

МЕДИЦИНА

УДК 618.3–008.6+618.63-055.23

ОСОБЕННОСТИ ЛАКТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

© 2007 г. М.З. Абдуллаева

It was investigated lactational function of 170 young parturients, divided into 2 groups depending on preventive therapies used as prophylaxis and treatment lactational complications. It is revealed, that plural gestational complications at young primiparas result to disorders of lactation not only quantitative, but also the qualitative character. Also it is decreased the contents of proteins, carbohydrates, fats. Efficacy of preventive pathogenetic treatment is proved.

Ситуация социальной и экономической нестабильности в России способствует распространению ряда девиантных медико-социальных тенденций среди несовершеннолетних [1]. Наблюдается снижение возраста начала половой жизни, увеличение сексуальной активности подростков, что с учетом национальных особенностей в Республике Дагестан вызывает тенденцию к более раннему созданию семьи [2]. Это приводит к значительному увеличению числа беременных женщин юного возраста.

Исследования состояния здоровья девушек-подростков Республики Дагестан свидетельствуют о высокой частоте соматической и гинекологической патологии, что естественно негативно сказывается на состоянии репродуктивного здоровья, течении гестации [2, 3]. Физиологическая незрелость механизмов в системе нейроэндокринной адаптации является ведущим звеном в патогенезе осложненного течения беременности, родов и формирования перинатальной патологии [3, 4].

Послеродовая лактация – это физиологический гормональнообусловленный процесс, подготовка к которому начинается с ранних сроков беременности [5]. Грудное вскармливание является одной из самых важных составляющих материнского поведения, что особенно важно для юных матерей [6]. Посредством грудного вскармливания продолжается симбиотическое единство матери и ребенка, выражающееся в продолжении непрерывного физического и эмоционального контакта между матерью и младенцем. Вскармливание материнским молоком обеспечивает не только полноценное физическое и нервно-психическое развитие ребенка, но и надежно защищает его от различных заболеваний, способствует хорошему эмоциональному состоянию, спокойному поведению младенца [7–10].

Разработка и уточнение состава грудного молока у юных матерей, особенностей течения послеродового периода, становления лактации позволит увеличить процент детей, получающих естественное вскармливание, и оптимизировать раннюю адаптацию младенца и матери в современных социальных условиях.

Целью исследования являлось снижение частоты и коррекция нарушения лактационной функции у юных первобеременных, оптимизация грудного вскармливания.

Материал и методы исследования

Лактационная функция изучалась у 220 родильниц. Основную группу составили 60 юных первородящих, получивших комплексное лечение; 110 несовершеннолетних беременных, не получивших комплексное лечение, определены как группа сравнения. Контрольная группа состояла из 50 здоровых беременных в возрасте 20–25 лет, которым предстояли первые роды.

Для снижения частоты гипогалактии (ГГ) проводили профилактику фетоплацентарной недостаточности, коррекцию экстрагенитальной патологии, санацию очагов инфекции, практиковали прикладывание новорожденного к груди непосредственно сразу после рождения, назначали канефрон, лактин, милдронат, церукал.

Определение суточного количества молока у кормящих матерей проводили путем взвешивания новорожденного в течение суток до и после каждого кормления грудью. Разница составляла количество молока, высосанного за одно кормление. Затем производилось сцеживание остаточного молока спустя определенное время после данного кормления. Суточное количество молока определялось на 2-е, 4-е, 6-е сут послеродового периода.

Общий белок определяли рефрактометрическим методом. Для определения суммарного содержания углеводов использовался метод титрования фелинговой жидкостью. Концентрацию жира в молоке определяли в жирометре по стандарту (ГОСТ 5867-57). Лактозу в наших наблюдениях определяли рефрактометрически.

Концентрация пролактина (ПРЛ) в крови определялась радиоиммунологическим методом с использованием соответствующих наборов, изготовленных на базе Научно-технического центра «Иммунотех», Чехия, с радиоактивной меткой I_{125} на анализаторе «Гамма-800» и тест-систем «Delfia» фирмы «Wallac» (Финляндия).

Обсуждение полученных результатов

При изучении количества грудного молока по суткам установлена общая закономерность увеличения его количества, но в группе юных первородящих об-

наружено, что на 2, 4 и 6-е сут объем секретируемого молока намного ниже, чем в контрольной группе: на 2-е сут – в 1,6 раза, на 4-е – 1,9 раза и на 6-е сут – в 1,5 раза. Как видно из представленных данных, у несо-

вершеннолетних родильниц наблюдалось значительное снижение суточного количества грудного молока и очень медленное его нарастание (табл.1).

Таблица 1

Сравнительные показатели объема молока у родильниц, мл

Группа	Дни лактации, сут		
	2-е	4-е	6-е
Основная	184,56±6,44	304,53±8,64	534,44±6,26
Сравнения	128,6±6,24	178,2±8,40*	384,6±8,84*
Контрольная	212,08±6,84"	344,70 ± 8,36"	572,50±10,1"

* $p < 0,05$ между основной группой и группой сравнения; " $p < 0,05$ между группой сравнения и контрольной группой.

Было подтверждено, что одной из причин медленного прироста секретируемого молока является то обстоятельство, что в связи с патологическим течением неонатального периода у большей части новорожденных от несовершеннолетних матерей имело место позднее прикладывание младенца к груди. Секреторные процессы в молочной железе имеют место только при регулярной стимуляции ее рецепторного аппарата, так как сосательные стимулы являются, по мнению большинства исследователей, пусковым моментом всей совокупности нейрогормональных процессов [7, 8, 10]. Нарушение режима вскармливания, отмена его на 12–16 и более часов способствует снижению лактогенеза [8, 9]. По мнению S.P. Varren, первый сосательный стимул не позднее чем через 2 ч после родов способствует развитию физиологической лактации [10].

Недостаточная лактация в первые дни после родов отмечается у большинства исследуемых женщин в группе сравнения. У этих женщин не было острого нагрубания грудных желез, а остаточного молока было мало. Важную роль играет низкая гормональная насыщенность организма, связанная с высокой частотой фетоплацентарной недостаточности, которая выявлена у 57,3±5,17 % обследованных, что в 2,9 раза чаще по сравнению с контрольной группой (16,0±1,58 %). Плацента синтезирует разнообразные гормоны и секреторные белки с участием материнских и плодовых предшественников. Их определенные уровни обеспечивают адекватное становление лактационной функции и устойчивость плода к воздействию неблагоприятных факторов [6].

Кроме того, на становление лактации влияет и психо-эмоциональное напряжение в течение всей беременности, характерное для юных первородящих в силу многих социальных факторов, которое отмечали 86,4 % женщин из группы сравнения [3, 7].

Анализ прироста суточного количества молока у родильниц показал эффективность проведенной терапии в основной группе. На 2-й день пуэрперия количество молока достоверно повышалось у родильниц основной группы относительно группы сравнения, при этом не достигая нормальных значений. На 4 и 6-е сут разница в объеме молока между здоровыми и лечившимися женщинами не была статистически значимой. У 4 женщин отметили недостаточный эффект от тера-

пии, но мы считаем, что это связано с поздним первым прикладыванием к груди (в связи с состоянием новорожденного). Агалактии в основной группе не было. Таким образом ГГ отметили только у 38,3±1,25 % родильниц, получавших комплексную терапию, что почти в 1,6 раза меньше, чем у пациенток из группы сравнения (60,9±2,14 %).

Частота развития ГГ I степени в 1,3 раза меньше в основной группе относительно группы сравнения, II степени – в 1,5, III степени – в 1,9 раза. Случаев агалактии в основной группе не наблюдалось (рис. 1).

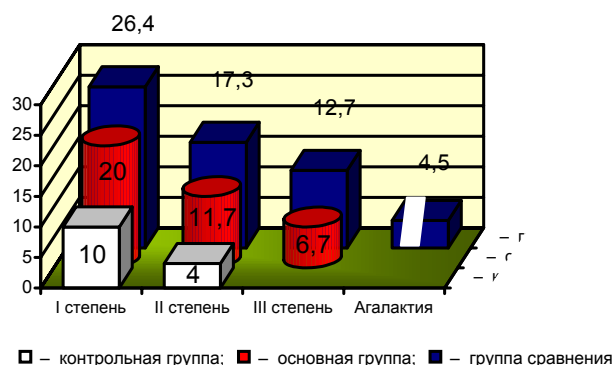


Рис. 1. Частота нарушений лактации и степень ее выраженности в обследованных группах, %

В подтверждение факта незрелости механизмов в системе нейроэндокринной адаптации при исследовании пролактина в крови у несовершеннолетних родильниц было отмечено, что его уровень прямо пропорционален количеству секретируемого молока у исследуемых женщин. В группе сравнения отмечалось стабильно низкое содержание ПРЛ в крови. На протяжении пуэрперия снижение его уровня четко коррелировало со степенью выраженности ГГ.

Отмечено, что беременные, которые получали лечение, имели уровень пролактина достоверно отличавшийся от нормальных величин, имевших место в контрольной группе ($p > 0,05$) (рис.2).

На рис. 2 видно, что уровень пролактина в группе, получавшей превентивное лечение, на 18,7 % выше на

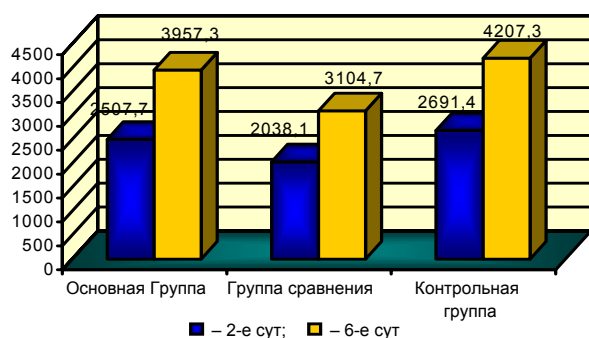


Рис. 2. Уровень пролактина в динамике в крови обследованных родильниц, мМЕ/л

2-й день, на 6-й – на 21,6 % уровня пролактина по сравнению с группой, не получившей этого лечения. Однако на 6-е сут содержание пролактина в крови в основной группе на 5,9 % ниже относительно показателей здоровых родильниц.

При исследовании пищевой ценности грудного молока нами установлено, что у юных родильниц калорийность достоверно ниже, чем у родильниц благоприятного фертильного возраста.

Так, калорийность молока на 2-й день в группе сравнения ниже на 30,5 %, на 6-й – на 24,2 % по сравнению со здоровыми женщинами. Таким образом, калорийность молока у юных родильниц со временем возрастает. Вероятно, это связано с тем, что, по данным ряда авторов, существует следующая зависимость: чем чаще опорожняются молочные железы в течение суток, тем выше жирность отделяемого молока, а к 6-му дню состояния большинства новорожденных позволяло достаточно активно осуществлять акт сосания [5–7]. Это в свою очередь улучшало качество и количество отделяемого молока.

Таблица 2

Сравнительные результаты исследования калорийности молока в обследуемых группах

Группа	Дни лактации, сут	
	2-е	6-е
Основная	25,15±0,28*	45,9±0,27*
Сравнения	22,08±0,17"	40,08±0,35"
Контрольная	31,77±0,41	52,87±0,24

* $p < 0,05$ между основной группой и группой сравнения; " $p < 0,05$ между группой сравнения и контрольной группой.

Однако нарастание объема секреции молока у несовершеннолетних родильниц из группы сравнения носило замедленный характер, в связи с чем удельная калорийность молока оказалась сниженной, а у новорожденных оказался более длительным период восстановления исходной массы тела.

У женщин, получавших превентивную терапию, наряду с количественными более высокими стали и качественные показатели молока: содержание белков, жиров, углеводов и витаминов оказалось намного выше по сравнению с родильницами, не получавшими превентивное лечение, следствием этого явилось дос-

товерное увеличение калорийности молока. Из рис. 3 видно, что содержание углеводов в молоке повысилось в основной группе, получившей лечение, на 19,2 %, белка – на 15,8, жира – на 16,4 % относительно группы сравнения.

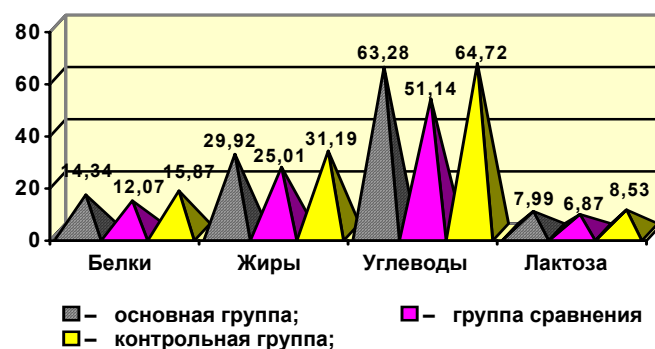


Рис. 3. Содержание пищевых ингредиентов в зрелом грудном молоке у обследованных родильниц, г/л, и лактозы, г/%

Таким образом, из вышеизложенного следует, что беременность у несовершеннолетних протекает с многочисленными гестационными осложнениями. Наиболее часто встречается фетоплацентарная недостаточность, следствием которой является низкая гормональная насыщенность организма, что приводит к нарушениям лактации не только количественного, но также и качественного характера, проявляющегося снижением содержания белков, углеводов, жиров. Кроме того, на становление лактации влияет позднее прикладывание младенца к груди (в связи с состоянием новорожденного), а также и психо-эмоциональное напряжение, имеющее место у большинства юных родильниц.

Стабильно низкое содержание ПРЛ в крови у юных родильниц коррелировало со степенью выраженности ГГ и подтверждало незрелость механизмов в системе нейроэндокринной адаптации.

Метод превентивного патогенетического лечения, основанный на результатах проведенных исследований, позволил снизить как частоту, так и тяжесть нарушений лактационной функции у юных первородящих: в 1,6 раза снижена частота ГГ и значительно улучшен качественный состав молока.

Литература

1. Гуркин Ю.А., Сулопаров Л.А., Островская Е.А. Основы ювенильного акушерства. СПб., 2001.
2. Кантаева Д.К., Омаров С.-М.А. Репродуктивный потенциал девушек-подростков Дагестана. Махачкала, 2003.
3. Брюхина Е.В. Беременность и роды у девочек-подростков. Предупреждение осложнений, реабилитация: Дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск, 1996.
4. Сулейманова Т.Г. Особенности беременности и родов у юных первородящих: Дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2000.
5. Омаров Н.С.-М. Влияние гестоза в сочетании с железодефицитной анемией на лактационную функцию. Махачкала, 1999.
6. Рагимова Ш.А. Нейроэндокринная характеристика системы «мать–дитя» в период грудного вскармливания

- (клинико-экспериментальные исследования): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Баку, 1992.
7. Буцык И.Г. Особенности течения послеродового периода и периода новорожденности при совместном пребывании матери и ребенка: Дис. ... канд. мед. наук. Смоленск, 2004.
8. Тутченко Л. И., Давыдова Ю. В. // Журн. практ. врача. 1996. № 3. С. 28–30.
9. Фатеева Е.М., Прошин В.А. // Рос. педиатр. журн. 2000. № 3. С. 34–38.
10. Barren S.P. et al. // J. Amer. diet. Ass. 1998. Vol. 88. № 12. P. 1557–1561.