

Становление лактации у женщин с плацентарной недостаточностью и новые подходы к лечению гипогалактии

Тезиков Ю.В. - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», г. Самара
Липатов И.С. - доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», г. Самара
Есартя М.А. – врач акушер-гинеколог ММУ ГКБ №2 им. Н.А. Семашко, г. Самара
Салов В. В. – врач акушер-гинеколог ММУ ГКБ №2 им. Н.А. Семашко, г. Самара

Lactational formation of women with placental insufficiency and new methods for hypogalactia treatment

Tesikov U.V., Lipatov I.S., Esartia M.A., Salov V.V.

Резюме

Целью исследования явилась оптимизация тактики ведения родильниц с осложненным плацентарной недостаточностью течением беременности путем разработки новых способов прогнозирования, профилактики и лечения гипогалактии. На этапе лактогенеза обследована 221 родильница с последующей проспективной оценкой лактационной функции и здоровья новорожденных в течение года. На первом этапе исследования у 88 женщин с плацентарной недостаточностью оценена возможность прогнозирования и ранней диагностики гипогалактии по морфологическому составу секрета молочных желез в течение первых трех суток послеродового периода. На втором этапе у 103 родильниц с целью профилактики и лечения гипогалактии апробирован метод светотерапии видимым инфракрасным поляризованным светом лампы Биоптрон. Использование разработанного метода на этапе лактогенеза способствует увеличению продолжительности естественного вскармливания, уменьшению частоты реализации и степени тяжести поздней гипогалактии, заболеваемости детей острыми респираторными и аллергическими заболеваниями на первом году жизни.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, гипогалактия, светотерапия.

Resume

The aim of this research is optimization of tactics in management of puerperas with complicated placental insufficiency during pregnancy by the development of new methods in prediction, prophylactic and hypogalactia treatment. At the lactogenesis stage 221 puerperas were examined for the following prospective estimation of lactational function and health of newborns during the first year. At the first stage 88 women with placental insufficiency were examined for possibility of prediction and new stage of hypogalactia diagnostic according to morphological components of mammary glands secreta during three days of postnatal period. At the second stage 103 puerperas were examined, and light therapy method with visual infrared polarized light of Biotron lamp was tested for prevention and hypogalactia treatment. Using of this developed method at the lactogenesis stage contributes to increasing of natural breast feeding duration, decreasing of realization frequency and severity degree of late hypogalactia and incidence of infants' acute respiratory and allergic diseases during the first year.

Key words: placental insufficiency, light therapy, hypogalactia.

Введение

По заключению экспертов ВОЗ и других авторитетных международных организаций нарушения лактацион-

ной функции являются одной из наиболее сложных проблем, которая охватывает не только биологические, но и социальные вопросы [1]. В последние годы, по данным литературы, увеличивается частота гипогалактии, которая диагностируется у 26-80% кормящих матерей [2]. Развитие как ранней (первичной), так и вторичной поздней гипогалактии значительно связано с периодом становления лактации (лактогенезом), который в свою очередь связан с течением беременности, родов, послеродо-

Ответственный за ведение переписки -

Тезиков Юрий Владимирович,

443082, г. Самара, пр. К. Маркса д. 39 кв. 305

тел. сот 8 927 685- 44- 85

ura.75 @inbox.ru

вого периода, психосоматическим состоянием женщины [3].

Одним из наиболее частых и мало изученных в отношении влияния на лактацию осложнений беременности является плацентарная недостаточность (ПН). При ПН наблюдается гормональный, метаболический, цитокиновый, гемостатический, иммунологический сдвиг гомеостаза, что способствует нарушению подготовки молочных желез к полноценной секреторной деятельности [4].

Существующие медикаментозные и немедикаментозные методы коррекции нарушений лактации либо имеют ряд побочных реакций, либо применяются после установления диагноза, в конце или после периода лактогенеза, то есть после 7 дня послеродового периода. Поэтому необходимость проведения исследований, направленных на разработку новых патогенетически обоснованных методов прогнозирования, профилактики и лечения ранних нарушений лактационной функции, сохраняется. Наиболее оптимальным в этом отношении является период лактогенеза.

Целью работы явилась оптимизация тактики ведения роженицы с осложненной плацентарной недостаточностью течением беременности путем разработки новых способов прогнозирования, профилактики и лечения гипогалактии.

Материал и методы

Обследованы 221 роженица и их новорожденные. На первом этапе у 88 рожениц, беременность которых была осложнена ПН различной степени тяжести, оценена возможность прогнозирования и ранней диагностики гипогалактии по морфологическому составу секрета молочных желез в течение первых трех суток послеродового периода. Клинические группы сравнения составили: группа IA - 48 рожениц, беременность которых была осложнена компенсированной ПН (КПН); группа IB - 40 рожениц, беременность которых была осложнена субкомпенсированной и декомпенсированной плацентарной недостаточностью (25 случаев с СПН, 15 случаев с ДПН). Контрольную группу составили - 30 здоровых рожениц. На втором этапе у 103 рожениц: с КПН (группа IIA - 62 женщины) и с СПН и ДПН (группа IIB - 41 женщина, из них 29 с СПН и 12 с ДПН) с целью профилактики и лечения гипогалактии использован метод светотерапии видимым инфракрасным поляризованным светом (ВИП-свет лампы Биоптрон) с воздействием на молочные железы со 2-х суток послеродового периода.

Для диагностики ПН в период гестации нами использовался алгоритм обследования, включающий УЗИ фетоплацентарного комплекса, доплерометрическую оценку кровотока в маточных артериях и сосудах пуповины, кардиотокографию, результаты клинического обследования. При УЗИ учитывали размеры плода (соответствие фетометрических показателей предполагаемому сроку гестации), сердечную деятельность плода (частота сердечных сокращений, нарушений ритма, наличие эпизодов брадикардии), дыхательную активность плода (про-

должительность эпизодов, частота, форма дыхательных движений), двигательную активность плода, тонус плода (оценка положения конечностей относительно туловища), исследование плаценты (расположение, состояние миометрия в зоне плацентации, степень зрелости, толщина, патологические включения) и объем околоплодных вод. Каждый параметр оценивали в баллах от 5 до 0 в соответствии с выявленными доминирующими признаками. На основании полученных данных судили о степени ПН [5, 6]. Все случаи ПН различной степени тяжести подтверждены морфологическим исследованием плаценты [7]. Гистологические срезы плацент изучали светооптически и телеметрически с помощью видеокамеры ССД КОСОМ КСС - 310РД и светового микроскопа. Клинический подбор групп для прогнозирования гипогалактии (IA и IB) и проведения лечебно-профилактических мероприятий по коррекции ранних нарушений лактации (IIA и IIB) осуществлялся по принципу «случай-контроль» с учетом возраста, паритета, анамнеза, экстрагенитальной патологии, акушерских осложнений, показаний к родоразрешению, профессиональной принадлежности, места проживания, гестационного возраста новорожденных, их морфофункциональной зрелости и клинического состояния при рождении, таких факторов, как время первого контакта и первого прикладывания к груди, совместное или раздельное пребывание матери и ребенка, выполнение рекомендованной техники грудного вскармливания. Это позволило клинические группы IA, IB считать контролем относительно клинических групп IIA и IIB.

Роженицы групп IIA и IIB (со вторым или третьим морфотипом мазка секрета молочных желез), включенные во второй этап исследования, в период нахождения в акушерском стационаре получили от 10 до 16 сеансов светотерапии. При этом 12 пациенткам с гипогалактией, развившейся через 4 месяца после родов, был проведен повторный курс лечения ВИП-светом (от 15 до 22 сеансов). После проведенного курса лечебно-профилактического воздействия ВИП-светом проводилось проспективное наблюдение за женщинами и их детьми в течение года.

Женщинам групп IA, IB, IIA, IIB и контрольной группы в динамике первых 7 суток послеродового периода проводилась оценка количества и качественного состава (белок, жир, лактоза) секрета молочных желез. В процессе проведения светотерапии дополнительно регистрировали следующие показатели: разницу аксиллярной температуры и температуры молочных желез; уровень пролактина крови (ПРЛ); содержание провоспалительных и противовоспалительных цитокинов крови (ИЛ-6, ИЛ-10); лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ).

Для определения количества молока применялся гравиметрический метод. Расчет необходимого суточного количества молока для новорожденного производился по формуле Финкельштейна в модификации А.Ф. Тура [8].

Цитоморфологическую картину секрета молочных желез изучали по данным световой микроскопии мазков по модифицированному методу И.М. Мирова (1996). Цитоморфологическую характеристику типа мазка секрета

та молочных желез давали с учетом количества клеток и агрегационной способности лейкоцитов на 1, 2, 3 сутки послеродового периода и делали заключение о морфологическом типе мазка: первый (динамичный), второй (переходный), третий (инертный).

ЛПН рассчитывали по Кальф-Калифу и абсолютному числу эозинофилов крови. Содержание в молоке белка, молочного жира и лактозы определяли по В.Ю. Домбровскому с соавт. (1986). Для определения содержания ПРЛ и интерлейкинов использовался иммуноферментный метод. Для исследования ПРЛ - коммерческие наборы фирмы «Hoffman La Roche» (Швейцария) для автоматического анализатора Cobas Core II той же фирмы. Для определения концентрации провоспалительных и противовоспалительных цитокинов использовали тест-системы производства ООО «Протеинный контур» (Россия).

В нашем исследовании использовался аппарат Биоптрон Компакт (фирма «Центер Интернациональ», Швейцария), прошедший сертификацию в странах ЕС (93/42/ЕЕС) и РФ (рег. удост. МЗ РФ №2003/1452 от 11 ноября 2003 г.).

При гипогалактии использовалась следующая методика: свет лампы Биоптрон Компакт направляется под прямым углом на расстоянии 3-4 см на участок ареолы выше соска левой, затем правой молочных желез; экспозиция – 8 минут на одну точку; временной интервал между процедурами в течение дня – 3-4 часа; непосредственно перед и после сеанса участок воздействия обрабатывается окси-спреем; процедура назначается 2 раза в день.

При обработке результатов применялась статистическая программа STATISTICA-6. В работе применяли методы описательной статистики, корреляционного ана-

лиза в параметрическом и непараметрическом вариантах. Критическое значение уровня значимости принимали равным 0,05. Для расчета необходимого количества измерений (случаев) и получения достоверных результатов применялся метод математического планирования. Для объективной оценки предлагаемого метода прогнозирования и ранней диагностики гипогалактии применяли методы доказательной медицины [9].

Результаты и обсуждение

Анализ клеточного состава секрета молочных желез позволил выявить наличие трёх морфологических типов мазков в период лактогенеза в зависимости от секреторной активности молочных желез. По динамике изменений морфологических компонентов в мазках на 1-е, 2-е, 3-и сутки мы условно назвали первый тип мазка – «динамичным» мазком; второй тип мазка – «переходным» мазком; третий тип мазка – «инертным» мазком. Первый морфологический тип мазка был характерен для женщины с достаточной лактацией. Второй или «переходный» морфологический тип встречался у женщины, как с достаточной лактацией, так и с гипогалактией. Третий тип мазка («инертный») встречался только у женщины с секреторной недостаточностью молочных желез. При разделении типов мазков мы учитывали количество, величину и характер распределения по мазку молочно-жировых шариков; уровень выхода на 1-е, 2-е, 3-и сутки в секрет молочных желез клеточных элементов (эпителиальные клетки, лейкоциты); среднее количество клеточных элементов секрета молочных желез в поле зрения в первые трое суток послеродового периода; наличие агрегации лейкоцитов (табл. 1, 2).

Таблица 1. Характеристика морфологических типов мазков родильниц по уровню выхода клеточных элементов в секрет молочных желез (% , М±δ)

Сутки послеродового периода	Уровень выхода клеточных элементов в секрет		
	I морфотип	II морфотип	III морфотип
первые сутки	64,2±4,4	36,7±3,9*	30,2±5,2*
вторые сутки	29,3±3,5	53,9±4,1*	44,4±5,7*
третьи сутки	6,5±1,2	9,4±1,8	25,4±6,1*

*Примечание. * - разница достоверна по сравнению с I морфотипом (P<0,05).*

Таблица 2. Характеристика морфологических типов мазков родильниц по количеству клеточных элементов в секрете молочных желез в первые трое суток послеродового периода (число клеток в поле зрения, М±δ)

Сутки послеродового периода	I морфотип	II морфотип	III морфотип
первые сутки	8,11±0,22	3,53±0,19*	1,44±0,15*
вторые сутки	3,82±0,25	5,11±0,21*	2,12±0,18*
третьи сутки	0,81±0,12	0,92±0,09	1,15±0,11

*Примечание. * - разница достоверна по сравнению с I морфотипом (P<0,05).*

Таблица 3. Зависимость между уровнем секреторной активности молочных желез и морфологическим типом мазка в период лактогенеза (мл, М±δ) по уровню выхода клеточных элементов в секрет молочных желез (%; М±δ)

Сутки послеродового периода	Суточное количество молока у родильниц		
	I морфотип	II морфотип	III морфотип
четвертые сутки	326±24	282±95	131±19*
пятые сутки	458±38	341±63	158±26*
шестые сутки	529±41	408±99	219±15*

Примечание. * - разница достоверна по сравнению с I морфотипом ($P < 0,05$)

Таблица 4. Средняя продолжительность естественного вскармливания и частота гипогалактии у обследованных женщин в зависимости от морфологического типа мазка секрета молочных желез

Тип мазка (n=118)	Сред. продолж. груд вскарм (мес, М±δ)	Частота гипогалактии (абс. числа, %)	Сред. продолж. груд вскарм. при гипогалактии (мес, М±δ)
I тип (n=40)	10,2±0,8	0 (0)	-
II тип (n=29)	4,7±0,5*	18 (62)	3,5±0,4*
III тип (n=49)	3,1±0,3*	49 (100)	3,1±0,3*

Примечание. * - различия достоверны по сравнению с I морфологическим типом мазка ($P < 0,05$)

В динамике первых трех суток послеродового периода для первого «динамического» морфологического типа мазка секрета молочных желез характерно: высокий уровень встречаемости клеточных элементов и молочно-жировых шариков, агрегация лейкоцитов, с последующим прогрессивным снижением клеток в поле зрения и прогрессивным нарастанием молочно-жировых шариков; для второго «переходного» морфологического типа мазка характерно: умеренное количество клеточных элементов и молочно-жировых шариков, агрегация лейкоцитов или её отсутствие, последующее повышение и затем снижение клеточных элементов при увеличении количества молочно-жировых шариков; для третьего «инертного» морфологического типа мазка характерно: скудное содержание клеточных элементов и молочно-жировых шариков в динамике, отсутствие агрегации лейкоцитов. Данная закономерность была получена нами ранее у родильниц с другой акушерской и экстрагенитальной патологией, что мы объясняем ведущей ролью функционального состояния плаценты в подготовке молочных желез к лактации во время беременности. Морфологические изменения секрета молочной железы в период становления лактации указывают на то, что цитологический состав секрета специфичен для периода лактогенеза и отражает функциональное состояние органа (табл. 3).

В клинической группе с СПН и ДПН третий «инертный» морфологический тип мазка выявлен в 65% (26 случаев), в группе с КПН – в 47,9% (23 случая). Второй «переходный» морфологический тип мазка в сравниваемых группах IA и IB выявлен соответственно в 31,3% (15 случаев) и 25% (10 случаев). Первый «динамический» морфологический тип мазка выявлен в 10 (20,8%) случаях у женщин с КПН и в 4 (10%) случаях у женщин с СПН

и ДПН. В клинических группах IA и IB второй и третий морфологические типы мазка встретились соответственно в 38 (79,2%) и 36 (90,0%) случаях. В контрольной группе первый морфотип мазка встретился у 26 (86,7%) женщин, второй морфотип – у 4 (13,3%) женщины, третий морфотип мазка – не обнаружен.

Проспективное наблюдение за кормящими матерями показало, что продолжительность лактации достоверно отличается у женщин с «переходным» и «инертным» морфологическими мазками от женщин с первым «динамическим» мазком секрета молочных желез (табл. 4).

Предлагаемый способ прогнозирования и ранней диагностики гипогалактии у женщин с осложненным ПН течением беременности с позиций доказательной медицины имеет следующие характеристики: чувствительность – 90%; специфичность – 74,5%; точность – 76,6%; прогностичность (+) результата – 79,1%; прогностичность (-) результата – 87,3%.

Определение цитоморфологической картины секрета молочных желез на 2-3 сутки лактогенеза, отражающей функциональное состояние молочных желез, позволяет своевременно начать адекватные лечебно-профилактические мероприятия по коррекции нарушенной лактации.

В процессе лечения имела место положительная динамика жалоб и клинических симптомов гипогалактии. Кроме того, мы наблюдали появление условного рефлекса на проводимую процедуру воздействия ВПН-светом, который проявлялся в виде начала молоковыделения из обеих молочных желез во время проведения сеанса. Согласно полученным данным, в первый день проведения процедуры ни в одной из исследуемых групп мы не выявили рефлекторного выделения молока из молочных же-

Таблица 5. Суточное количество молока и содержание белка, жира, лактозы в молоке у рожениц по окончании светотерапии ВИП-светом (M±δ)

Показатель	Группы сравнения			
	IIA (n=62)	IIБ (n=41)	IA, IB (n=42)	Здоровые рождения (n=26)
кол-во молока, мл	545±31**	534±29**	368±24*	548±28
белок, %	4,1±0,37**	4,0±0,4**	2,7±0,30*	4,1±0,38
жир, %	3,9±0,29**	3,8±0,32**	2,5±0,27*	3,9±0,31
лактоза, %	6,6±0,57**	6,5±0,59**	5,6±0,44*	6,6±0,55

Примечание. * - различия достоверны по сравнению со здоровыми роженицами ($P<0,05$)
 ** - различия достоверны по сравнению с роженицами без лечения ($P<0,05$)

Таблица 6. Концентрация провоспалительного ИЛ-6, противовоспалительного ИЛ-10 в периферической крови у обследованных рожениц и уровень ЛНИ к концу периода лактогенеза (M±δ)

Показатель	Группы сравнения				Здоровые рождения (n=30)
	IA (n=31)	IB (n=30)	IIA (n=36)	IIБ (n=35)	
ЛНИ	1,52±0,04	1,32±0,03*	1,57±0,04*	1,34±0,03*	1,48±0,03
ИЛ-6, пкг/мл	54±9*	73±14*	29±7	34±8	28±6
ИЛ-10, пкг/мл	30±5	31±4	66±10*	78±13*	35±8

Примечание. * - различия достоверны по сравнению со здоровыми роженицами ($P<0,05$)

лез. В последний день курса лечения во время проведения процедуры имело место рефлекторное выделение молока из обеих молочных желез у 51 (82,3±4,3%) женщин с КПН и у 30 (73,2±4,9%) рожениц из группы с СПН и ДПН. Анализ частоты встречаемости рефлекторного выделения молока из обеих молочных желез в динамике светотерапии показал наличие прямой корреляционной зависимости от количества лечебных сеансов (в группе IIA $r=0,67$; в группе IIБ $r=0,61$). В процессе лечения происходит достоверное увеличение температуры кожи в области молочных желез, обусловленное усилением кровообращения и повышением функциональной активности органа.

Содержание ПРЛ у рожениц групп IIA и IIБ на 2-е сутки послеродового периода (до начала лечения) достоверно ($P>0,05$) не отличалось от данных, полученных в группах рожениц IA и IB, и было несколько ниже результатов обследования контрольной группы. В динамике светотерапии (на 4-е сутки) у 26 рожениц выявлен достоверно низкий базальный уровень пролактина, у 17 рожениц базальный уровень достоверно не отличался от такового в контрольной группе. Через 30 минут после утреннего сеанса светотерапии у женщин с низким базальным уровнем ПРЛ отмечалось достоверное ($P<0,05$)

его повышение, соответствующее значениям контрольной группы, а у женщин с нормальным базальным уровнем после стимуляции ВИП-светом уровень ПРЛ достоверно не изменялся. На 7-е сутки после родов по окончании курса светотерапии содержание ПРЛ не отличалось от его значений в контрольной группе и было достоверно ($P<0,05$) выше, чем у рожениц групп IA и IB, которым лечение не проводилось. У 12 женщин с гипогалактией I-II степени, которым через 4 месяца лактации был проведен повторный курс светолечения ВИП-светом лампы Биоптрон в течение 15 дней по разработанной методике, содержание ПРЛ до начала лечения составило 3237±299 мМЕ/л, в контрольной группе средний уровень ПРЛ соответствовал 3449±349 мМЕ/л. Статистически достоверных отличий выявлено не было ($P>0,05$). Через 7 дней после начала лечения было проведено контрольное определение сывороточного ПРЛ, его уровень составил 3407±326 мМЕ/л. Полученные результаты свидетельствуют о том, что светотерапия стимулирует повышение уровня ПРЛ при низком базальном уровне и не влияет на его содержание в крови при нормальном базальном уровне гормона, как на этапе лактогенеза, так и лактопоза, следовательно, ВИП-свет оказывает физиологическое воздействие на гормональную регуляцию лактационной функции.

Установившаяся к концу этапа лактогенеза секреторная функция молочных желез, а также качественный состав молока, являются важными индикаторами дальнейшей лактации. После проведенного курса терапии ВИП-светом у роженицы суточное количество молока и содержание в нем белка, жира и лактозы на 7-е сутки послеродового периода достоверно не отличалось от контрольной группы ($P > 0,05$) и было достоверно выше по сравнению с роженицами, не получавшими светотерапевтического лечения (табл. 5).

Полученные результаты свидетельствуют, что светолечение ВИП-светом на этапе лактогенеза способствует нормализации как количества, так и качественного состава молока. Это, в свою очередь, обнадеживает в отношении благоприятного течения лактопоза и возможности естественного вскармливания детей исследуемым контингентом рожениц. Увеличение количества молока происходит в результате нейро-гормонального и рефлекторного механизмов действия ВИП-света, о чем свидетельствует динамика уровня ПРЛ в процессе лечения, термометрии молочных желез, субъективных и объективных клинических симптомов пониженной секреторной функции молочных желез, при этом не только за счет увеличения водного компонента, что подтверждают результаты исследования содержания белка, жира и лактозы.

Согласно имеющимся в литературе данным [10], ВИП-свет реализует свои лечебные эффекты через противовоспалительный, иммуномодулирующий, ранозаживляющий, нормализующий свертывающую систему крови и обмен веществ механизмы действия. Однако, исследований посвященных изучению биологических эффектов ВИП-света у рожениц, беременность которых была осложнена ПН, мы не встретили.

Результаты исследования по содержанию цитокинов и уровню ЛИИ свидетельствуют о достоверно значимом системном действии светотерапии ВИП-светом с реализацией противовоспалительного и иммуномодулирующего биоэффектов: к 7-м суткам лечения концентрация провоспалительного ИЛ-6 в крови снижается в 1,8-2,2 раза, при этом концентрация противовоспалительного ИЛ-10 увеличивается в 2,2-2,5 раза и уровень ЛИИ снижается ниже значений контрольной группы (табл. 6).

На фоне проведения светотерапии ВИП-светом ни у одной женщины не наблюдалась клиническая картина лактостаза и трещин сосков молочных желез, в то время как в группах рожениц IA и IB лактостаз в первые 7 суток послеродового периода имел место у 14 женщин (15,9%).

Продолжительность естественного вскармливания детей женщинами групп IA и IB в среднем составила $8,7 \pm 0,6$ мес, что на $4,3 \pm 0,4$ мес больше, чем в среднем в группах IA и IB – $4,4 \pm 0,5$ мес ($P < 0,05$), и на $1,8 \pm 0,3$ мес меньше, чем в контрольной группе здоровых рожениц – $10,5 \pm 0,6$ мес ($P < 0,05$).

В динамике наблюдения вторичная гипогалактия I-II степени в группах женщин, получавших светолечение ВИП-светом на этапе лактогенеза, имела место у 12 (11,7%) женщин. У женщин групп IA и IB, не получавших

светолечение на этапе лактогенеза, гипогалактия I-II-III степени имела место в 70,5% (62 случая). Следовательно, в группах рожениц с ПН различной степени тяжести во время беременности при проведении светолечения ВИП-светом частота снижения лактационной функции наблюдалась практически в 6 раз реже, чем без лечебно-профилактического лечения ВИП-светом на этапе лактогенеза, при этом данный контингент женщин не только достоверно дольше кормит грудью, но и преобладающей причиной отказа от естественного вскармливания является не гипогалактия у матери, а достижение ребенком возраста 1 года (28 случаев – 27,2%) и необходимость выхода на работу (32 случая – 31,1%).

Средний срок восстановления менструальной функции в группах первого этапа исследований (IA и IB) составил $7,5 \pm 0,8$ мес (средняя продолжительность лактации – $4,4 \pm 0,5$ мес); в группах второго этапа исследований (IIA и IIB) – $9,0 \pm 0,7$ мес (средняя продолжительность лактации – $8,7 \pm 0,6$); в контрольной группе – $9,3 \pm 0,8$ мес (при длительности лактации – $10,5 \pm 0,6$ мес). В контрольной группе восстановление менструально-овариального цикла произошло в среднем на 1,2 месяца раньше окончания лактации. Отсутствие значительной разницы между восстановлением менструально-овариального цикла и продолжительностью лактации у рожениц, получавших светотерапию ВИП-светом, по сравнению с роженицами первого этапа исследования, подтверждает физиологичность метода лечения и отсутствие отрицательного влияния на реципрокную взаимообусловленность нейрогормональных структур организма.

Дети матерей групп IIA и IIB в течение первого года после рождения достоверно реже болели острыми респираторно-вирусными заболеваниями (на 34,1% меньше, чем в группах IA и IB), и среди них достоверно меньше встречались аллергические проявления (на 30,2% реже, чем в группах IA и IB). По нашему мнению, это связано с более длительным естественным вскармливанием детей, матери которых своевременно получали лечебно-профилактическую помощь в отношении ранних нарушений лактационной функции.

Таким образом, результаты исследования показали, что ВИП-свет при воздействии на молочные железы в динамике лактогенеза оказывает местное и системное регулирующее воздействие.

Выводы

1. Рожениц с плацентарной недостаточностью во время беременности следует относить к группе высокого риска реализации нарушений становления лактационной функции. Чем выше степень тяжести плацентарной недостаточности, тем больше частота нарушений функционального состояния молочных желез на этапе лактогенеза.

2. Прогнозирование и раннюю диагностику гипогалактии можно проводить по морфологическому типу мазка секрета молочных желез в первые 2-3 суток послеродового периода. При диагностике третьего «инертного» или второго «переходного» морфотипа мазка следу-

ет со 2-3-х суток послеродового периода назначать комплекс лечебно-профилактических мероприятий по коррекции сниженной секреторной функции молочных желез.

3. Применение видимого инфракрасного поляризованного света для профилактики и коррекции нарушений лактационной функции у женщин, беременность которых была осложнена плацентарной недостаточностью, приводит к значительному удлинению продолжительности

естественного вскармливания, уменьшению заболеваемости детей острыми респираторными и аллергическими заболеваниями на первом году жизни. Это позволяет рекомендовать разработанный метод светотерапии ВИП-светом лампы Биоптрон для широкого применения в клинической практике у родильниц с осложненным плацентарной недостаточностью течением беременности. ■

Литература:

1. Фатеева Е.М., Гмошинская М.В. Научное обоснование и опыт организации по поддержке грудного вскармливания. Вопросы детской диетологии. 2003; 1: 62-7.
2. Жураева З.Е., Исроилов А.Р. Заболеваемость детей раннего возраста, находящихся на различных видах вскармливания. Педиатрия. 2004; 1: 107-4.
3. Боровик Т.Э., Скворцова В.А., Ладодо К.С., Лукоянова О.Л. Использование современных молочных смесей в питании грудных детей. Вопросы современной педиатрии. 2003; 3: 55-4.
4. Гмошинская М.В., Фандеева Т.А., Конь И.Я. Условия формирования и роль доминанты лактации в повышении длительности грудного вскармливания. Вопросы детской диетологии. 2003; 2: 35-3.
5. Кузнецов М.И., Ордынский В.Ф., Васильев А.Р. Анализ результатов 3-летнего применения шкалы определения плацентарной недостаточности и шкалы оценки реактивности сердечно-сосудистой системы плода. Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. 2000; 2: 113-122.
6. Липатов И.С., Мельников В.А., Тезиков Ю.В. Оценка степени тяжести плацентарной недостаточности у беременных. Российский вестник акушера-гинеколога. 2008; 5: 38 - 6.
7. Милованов А.П. Патология системы мать-плацента-плод. М: Медицина; 2000; 55-107.
8. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебник. Санкт-Петербург: Специальная литература. 1997; 1: 204.
9. Денисов И.Н., Кулаков В.И., Хаитова Р.М. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. М: ГЭОТАР - МЕД; 2002.
10. Medenica L., Lens M. Application of polarized light as monotherapy of venous ulcers of the bottom finitenesses. Journal of Wound Care 2003; 12: 37 - 40