

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ

**ГИПОГАЛАКТИЯ, ЕЕ ПРИЧИНЫ,
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ**

ЛЕНИНГРАД
1964

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ЛЕНИНГРАДСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИИ

ГИПОГАЛАКТИЯ, ЕЕ ПРИЧИНЫ, МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Разработано
М. Н. Небытовой-Лукьяничковой, А. А. Громковской
и М. И. Тарасовой

ЛЕНИНГРАД
1964

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящем методическом пособии отражены вкратце химический состав и биологические свойства женского молока, преимущества молока, получаемого ребенком в сыром виде в сравнении с пастеризованным, влияние на свойства молока питания женщин, требования предъявляемые к питанию в период беременности и лактации, а также даны примерные пищевые рационы для беременных и кормящих женщин. Изложены причины развития гипогалактии в различных условиях жизни матерей и методы борьбы с недостаточной лактацией.

Методическое пособие составлено на основании наблюдений и исследований, проведенных в течение 1955—1961 гг. сотрудниками Государственного научно-исследовательского Педиатрического института (ныне Ленинградский научно-исследовательский институт детских инфекций) М. Н. Небытовой-Лукиничевой, А. А. Громковской, Л. Т. Трофимовой, М. И. Тарасовой и Н. М. Лугиной-Ковалевской совместно с врачами 19-й детской поликлиники Петроградского района Ленинграда А. И. Изотовой и Т. П. Васильевой. Наблюдения проводились в клинике раннего возраста научно-исследовательского Педиатрического института, в 19-й детской поликлинике (главный врач А. В. Курбатова), в 4-й детской поликлинике (гл. врач Л. И. Соломина), в 21-й поликлинике (гл. врач Евдокимова В. С.), в санатории «Мать и дитя» (зав. отделением Е. В. Уткина) и в ряде родильных домов.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЖЕНСКОГО МОЛОКА

Несмотря на непрерывные поиски более совершенных форм и видов вскармливания детей грудного возраста большинство педиатров и в настоящее время признает

наилучшей пищей для ребенка молоко матери, а наиболее рациональной заменой его — молоко донорских пунктов. Какие же свойства женского молока ставят его выше всех видов пищи, приготовляемой из молока животных и обеспечивают полноценное развитие ребенка?

Тот факт, что при естественном вскармливании дети дают полноценное развитие при 2—2,5 г белка на килограмм веса, а при искусственном требуется не менее 3,5—4,5 г, говорит о том, что самый главный компонент — белок в женском молоке имеет более высокие биологические свойства, чем протеины молока животных.

Как показали исследования последних лет, биологическая ценность белков женского молока зависит не только от их аминокислотного состава, но и от свойств так называемых микропротентов, т. е. белков, связанных с витаминами или ферментами. Такие микропротеины, действительно имеют свои особенности для каждого вида молока (Б. М. Сумцов, 1961).

Жир женского молока в сравнении с жировым компонентом молока животных более богат эссенциальными ненасыщенными жирными кислотами, оказывающими большое влияние на иммунологическое состояние и обменные процессы детского организма. Ненасыщенные жирные кислоты — линолевая, арахидоновая, линоленовая способствуют проявлению физиологического действия ряда витаминов.

Фосфатиды имеются в женском молоке также в большей концентрации, чем в коровьем.

В женском молоке обнаружены вещества, способствующие росту бифидальной и ацидофильной микрофлоры, участвующей в синтезе витаминов группы В и витамина К, а также улучшающей всасывание жиров в кишечнике, жирорастворимых витаминов, кальция и белков.

Минеральные вещества в женском молоке содержатся в меньших количествах, чем в коровьем или козьем, но соединения, играющие роль в гемопозе (железо, медь) в женском молоке имеются в большей концентрации, чем в молоке вышеназванных животных. Это приводит к более частому развитию у искусственно вскармливаемых детей гипохромных анемий.

Молоко матери ребенок получает почти в стерильном виде. В сыром женском молоке имеются пищеваритель-

ные ферменты, из которых наибольшее значение имеет липаза в 15—25 раз более активная, чем в коровьем молоке.

Всегда ли женское молоко имеет в достаточном количестве необходимые для роста и развития ребенка составные компоненты? Изучение литературных материалов и собственные наблюдения показывают, что женское молоко, как и молоко животных, дает большие колебания в своем составе. Даже при благоприятных условиях жизни женщин и полноценном питании, белок в зрелом молоке колеблется в пределах от 0,9 до 2%. Еще большие колебания наблюдаются в жировой фазе. Жир при этом дает неравномерную концентрацию в зависимости от последовательности получения отдельных порций молока: первые порции содержат меньше жира — 1,5—2—2,5 процента, в последних порциях жир может колебаться в пределах 5—6 и даже 7 процентов. Среднее содержание жира в молоке колеблется от 3,5 до 4%.

Молочный сахар дает незначительные колебания (от 6,2 до 7%) и его содержание обычно не зависит от очередности получения отдельных порций.

Приведенный состав молока может меняться в зависимости от ряда условий, среди которых первое место принадлежит питанию женщин не только во время лактации и беременности, но и до зачатия.

Наш соотечественник д-р Шмидт в своей диссертации еще в 1881 году выявил снижение сыворотных белков в молоке женщин, находившихся на неполноценном питании. На снижение сывороточных белков в женском молоке при голодании и тяжелой работе указывают в своих монографиях немецкие педиатры Г. Гарнапп, А. Адам и другие.

Крыжановская Е. С. (1953, 1957) указывает на увеличение белков в женском молоке при введении в рацион кормящих женщин 120 г пивных дрожжей, некоторых витаминных концентратов, а также молочных белков в виде сыра и творога. В. А. Богданова (1955) показала возможность влияния на белки женского молока (в сторону увеличения неказеиновых фракций) введения больших доз аскорбиновой кислоты, Л. Г. Ковтунова (1961) наблюдала увеличение белка в молоке при лечении у женщин гипогалактии препаратом — пролактина.

Н. Е. Озерецковская и Е. Б. Рыскина (1961) наблю-

дали увеличение белка в женском молоке при введении кормящим матерям терапевтических доз никотиновой кислоты: по 50 мг 2—3 раза в день в течение 10—12 дней.

Те же авторы выявили увеличение лизоцима в женском молоке при введении кормящим женщинам сухих пивных дрожжей (10 г в сутки), а у матерей, имевших пониженное количество жира и белка в молоке, указанные компоненты увеличивались после введения данного препарата.

Особенно большое влияние характера питания матери сказывается на содержании жира в ее молоке. При длительном однообразном питании с преимущественным содержанием в пище углеводов за счет хлеба количество жира в молоке снижается. При нормализации пищевого рациона, особенно при обогащении его витамином В₁, способствующим переходу углеводов в жиры, содержание последних в молоке значительно увеличивается (А. А. Титатев, И. М. Островская, Б. Б. Кречмер, С. А. Баяндин, 1948).

ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Для правильного развития плода и сохранения здоровья беременной женщины, ее питание должно быть полноценным, но не избыточным. Особенно большое значение имеет введение достаточного количества белка, минеральных солей и в первую очередь кальция, фосфора, железа, а также витаминов. Доказано влияние питания беременной женщины на лактацию, состав молока.

Белки при беременности дополнительно расходуются на формирование тканей плода, а также на увеличение мышечной массы матки и других органов и тканей. Имеет значение повышение обменных процессов в организме беременной, требующих увеличенных количеств не только жиров и углеводов, но и белков.

Рядом работ, посвященных изучению обмена веществ у беременных (О. П. Молчанова и сотрудники, 1939, 1940) доказано, что беременная женщина в зависимости от ее роста, выполняемой работы, конституциональных особенностей и других свойств должна получать от 100 до 130 г белка в суточном рационе, что примерно должно составить 2 г протеинов на кг веса женщины. Жир в за-

зависимости от характера работы женщины, ее веса и роста должен вводиться в пределах 70—100 г, углеводов — в количестве 350—450 г. Калорийность — 2500—3500. Кальций за счет пищевых средств рекомендуется в пределах 1,3—2 г, фосфор — до 2—2,5 г, железо — 15—20 мг.

Витамины согласно рекомендациям, утвержденным Министерством здравоохранения СССР в 1960 году, предлагаются в следующих дозах: витамин А — 2 мг, тиамин — 2,5 мг, рибофлавин — 3 мг, никотиновая кислота — 20 мг, пиридоксин — 4 мг, витамин С — 100 мг, витамин Д — не более 500 И. Е.

Так как кальцием и биологически полноценным фосфором наиболее богато молоко и молочные продукты, то последние должны являться постоянными и составными компонентами пищевых рационов беременных женщин. Молоко рекомендуется в количестве 0,8—1,2 литра. Часть молока целесообразно использовать в виде кисломолочных продуктов (кефир, ацидофилин, простокваша), благоприятно влияющих на микрофлору кишечника, процессы пищеварения и деятельность пищеварительных желез.

В пищевой рацион беременных необходимо включать и мясо в количестве 100—200 г в день или рыбу — от 150 до 250 г. Как мясо, так и рыбу, предпочтительно употреблять нежирных сортов. Рыбу желательнее выбирать богатую аминокислотой-метионином — треска, судак, свежие сельди, сазан, лососевые. Часть мяса можно заменить творогом, так как в нем содержится значительное количество метионина, обладающего липотропными свойствами, что будет способствовать быстрой эвакуации из печени жира. Это предупредит развитие жировой инфильтрации данного органа. Не следует забывать, что при резком ограничении мяса и рыбы пища может оказаться однообразной, а при ограничении в ней овощей и фруктов, она будет бедна солями железа, меди, кобальта.

Супы в первой половине беременности могут использоваться самые разнообразные, в том числе мясные, рыбные. Во второй половине беременности рекомендуются супы вегетарианские — молочные, овощные, фруктово-крупяные. Изредка разрешаются супы на слабых мясных и рыбных наварях. Поваренная соль в первой половине беременности не ограничивается, во вторую

половину — хлористый натр рекомендуется вводить уже в приготовленную пищу перед ее употреблением от 4 до 6 г.

Не следует в избытке использовать белый хлеб, особенно высших сортов, так как он беден витаминами группы В и клетчаткой, необходимой беременным для правильной функции кишечника.

Витамины группы В являются катализаторами ферментных систем и их поступление в организм является обязательным не только в виде препаратов, но и за счет пищи. Для увеличения в рационе беременных указанной группы витаминов В полезно также использовать пивные и пекарские дрожжи сухие, воздушные и прессованные.

Употреблять жидкость в первой половине беременности рекомендуется по физиологической потребности, с 5-го месяца объем жидкости целесообразно ограничивать.

Часть жиров рекомендуется использовать за счет растительных масел: кукурузного, подсолнечного, соевого, оливкового и других.

Растительные масла предпочтительно употреблять без тепловой обработки с салатами, винегретами и другими блюдами. Взамен растительных масел можно пользоваться для заправки салатов и винегретов майонезами.

ПРИМЕРНЫЕ ПИЩЕВЫЕ РАЦИОНЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ (по сезонам года)

I. Зима.

1-й завтрак: Рыба отварная (треска, судак) с отварным картофелем, хлеб черный или серый.

Толокно на молоке или чай с молоком.

2-й завтрак: Каша гречневая с молоком. Сок помидорный (консервы).

Обед: 1. Борщ вегетарианский.

2. Блинчики с творогом.

3. Яблоко или клюква в сахаре.

Ужин: 1. Пирожки картофельные с рисом и яйцами.

2. Компот или кисель, витаминизированные настои шиповника.

В 21 час — стакан кефира или простокваши.

II. Весна.

1-й завтрак: Сырок «детский». Салат из картофеля и зеленого горошка (консервированного) с растительным маслом.

Чай или кофе с молоком, хлеб с сырной массой или плавленым сыром.

2-й завтрак: Салат из зеленого салатного растения с простоквашей или сметаной и сахаром. Творожники или «ленивые» вареники с сахаром. Чай или кофе с молоком, хлеб с маслом.

Обед: 1. Щи зеленые со шпинатом или крапивой и картофелем (вегетарианские) и сметаной.

2. Отварное мясо с тушеной морковью или тефтели с рисом.

3. Компот консервы (или из сухих фруктов), витаминизированный настоем шиповника.

Ужин: 1. Молочная лапша, каша гречневая или овсяная с молоком.

2. Черешни или компот—консервы.

В 21 час — кефир или простокваша с сахаром.

III. Лето.

1-й завтрак: Салат из огурцов.

Творог с простоквашей или творожники.

Чай с молоком, хлеб с маслом.

2-й завтрак: Салат сборный из ранних овощей с растительным маслом. Салака или корюшка запеченая или жареная.

Обед: 1. Ботвинья вегетарианская из яиц, свеклы, огурцов и других овощей с простоквашей или сметаной.

2. Зразы мясные с гречневой или перловой рассыпчатой кашей, свежий огурец.

3. Ягоды с молоком (клубника, земляника, черника, голубика или другие).

Ужин: 1. Кабачки запеченные или оладьи из кабачков.

2. Молочный крем или желе.

В 21 час — простокваша или кефир.

IV. Осень.

1-й завтрак: Салат из свежей капусты с растительным маслом и сахаром. «Ленивые» вареники или творог с простоквашей.

Кофе с молоком, хлеб с икрой из кабачков.

2-й завтрак: Творожный сырок с яблоками. Горячее молоко с ломтиком черного хлеба.

Обед: 1. Рыба запеченная с отварным картофелем и салатом из любых свежих овощей (огурцы, помидоры, свекла печеная и др.).

2. Яблоки печеные или тушеные с молоком.

Ужин: 1. Запеканка рисово-морковная или морковно-яблочная

2. Молоко горячее.

В 21 час — яблоки, сливы, груши или другие плоды.

ПИТАНИЕ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД ЛАКТАЦИИ

Если в течение беременности повышенный расход белков и других компонентов пищи требуется для роста и развития плода, для увеличения мышечной массы

матки, то в лактационном периоде эта повышенная трата пищевых ингредиентов, как и биологических факторов, обуславливается их участием в образовании составных элементов молока. Опыты на животных показали, что для синтеза молочных белков, жиров и сахара расходуется полуторное количество тех же веществ из пищевых рационов (В. Н. Никитин и сотрудники, 1949). По данным С. Левина (S. Sevine, 1952) для сохранения у кормящих женщин азотистого равновесия, им необходимо вводить 2 грамма азота на каждый грамм азота, выделяемого с молоком. Повышенный расход белка объясняется многими причинами, среди которых имеет значение различие в биологической ценности между белками пищи лактирующего организма и белками молока.

Белки расходуются и на образование жира молока. На повышенную потребность во всех пищевых элементах в лактационном периоде оказывает влияние усиление обменных процессов у кормящих женщин. Недостаточное введение белков неблагоприятно влияет на усвоение матерью кальция и на синтез молочного жира.

При кормлении ребенка мать должна получать в среднем 110—130 г белка, 100—130 г жира и 450—550 г углеводов.

При наличии у матери близнецов или при передаче ею молока другим детям количество пищевых компонентов в суточном рационе должно быть повышено по следующему расчету: на литр секретлируемого молока рацион матери увеличивается на 30 г белка, 50 г жира и 80—100 г углеводов.

Количество витаминов при средней лактационной способности (до 1 литра в сутки) рекомендуется: витамин А — 2 мг, тиамин — 3 мг, рибофлавин — 3,5 мг, никотиновая кислота — 25 мг, пиридоксин — 4 мг, аскорбиновая кислота — 120 мг. В лактационном периоде мать должна употреблять повышенное количество жидкости, необходимой для образования молока; Дополнительный объем жидкости может колебаться в пределах 1—2—2,5 литров в зависимости от объема секретлируемого молока. Кормящая мать может пользоваться закусочными средствами (колбасы, ветчина, селедка и т. д.), что ей противопоказано во второй половине беременности.

Обязательной составной частью пищевого рациона

матери должно являться молоко, кисломолочные продукты, творог и творожные изделия, богатые солями кальция и фосфора. Если мать не любит молоко, она может использовать его как составную часть различных видов пищи, вкус которых маскирует специфический вкус и запах молока: пудинги, запеканки, овощномолочные блюда и т. д.

Важной составной частью пищевых рационов кормящих должны быть самые разнообразные овощи и плоды и в первую очередь зеленые растения, богатые железом, медью, незаменимыми аминокислотами и витаминами. Овощи и плоды используются не только после тепловой обработки, но и в сыром виде — салаты, винегреты, соки, пюре, натуральные плоды. При недостатке свежих овощей следует пользоваться консервами. Мясо, рыба и яйца также должны использоваться кормящими женщинами в достаточных количествах после самой разнообразной кулинарной обработки их. Полезно употреблять блюда с дрожжами или использовать их в виде препаратов. Дрожжевые продукты и препараты способствуют увеличению в молоке белка и витаминов группы В, а также благоприятно влияют на объем лактации (Н. Е. Озерцовская и Е. Б. Рыскина).

ПРИМЕРНЫЕ ПИЩЕВЫЕ РАЦИОНЫ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН (по сезонам года)

I. Зима.

1-й завтрак: Салат из квашеной капусты, картофеля и лука с растительным маслом. Селедка. Сырок чайный или другой. Кофе с молоком, хлеб с маслом.

2-й завтрак: Простокваша, ватрушка с творогом.

Яблоко или витаминный напиток из шиповника.

Обед: 1. Борщ на мясном наваре с добавлением дрожжевой массы.

2. Мясо тушеное или жареное с картофелем.

3. Клюквенный кисель с молоком или молочный витаминизированный крем.

Ужин: 1. «Ленивые» вареники со сметаной и сахаром или картофельные пирожки с мясом.

2. Компот — консервы или кофе с молоком.

21 час — кефир или простокваша с ломтиком хлеба.

II. Весна.

1-й завтрак: 1. Сосиски с картофелем и салат зеленый. Каша из геркулеса на молоке.

Кофе или чай с молоком, хлеб с маслом.

2-й завтрак: «Ленивые» вареники или творожники со сметаной и сахаром. Дрожжевой напиток или воздушные дрожжи. Сок томатный — консервы.

Обед: 1. Суп из сборных овощей с зеленым горошком на рыбном наваре.

2. Рыба жареная или запеченая с картофелем, салат из зеленых овощей.

3. Черешня или компот из сухих фруктов, витаминизированный настоем шиповника.

Ужин: 1. Салат из маринованной свеклы.

2. Молочная лапша.

21 час — кефир или простокваша с сахаром (или медом).

III. Лето.

1-й завтрак: Салат из огурцов, салатного растения или других сезонных овощей со сметаной или простоквашей. Яйца всмятку или омлет.

Чай с молоком или кофе, хлеб с маслом и сыром.

2-й завтрак: Творог с простоквашей или творожники.

Дрожжи в любой обработке (дрожжевая крошка, дрожжевой напиток, воздушные дрожжи и др.).

Обед: 1. Ботвинья с рыбой или мясом, с овощами и простоквашей (или сметаной).

2. Рыба жареная, запеченая или отварная с картофелем

3. Ягоды с молоком.

Ужин: 1. Капустные или морковные котлеты или сборные овощи в молочном соусе.

2. Арбуз или другие плоды и ягоды.

21 час — простокваша, кефир или другие кисломолочные продукты с медом или сахаром.

IV. Осень.

1-й завтрак: Салат из помидор, огурцов, картофеля или других сезонных овощей, с растительным маслом или сметаной. Сырок «чайный», «детский» или творог с простоквашей. Чай с молоком или кофе, хлеб с маслом.

2-й завтрак: Лапша молочная, жареная тыква с вареньем.

Обед: 1. Щи свежие или суп картофельный со свежими огурцами, морковью и сметаной (вегетарианский или на мясном наваре).

2. Мясо отварное или котлеты с гарниром из сборных овощей. Свежий помидор.

3. Печеные яблоки с молоком.

Ужин: 1. Кабачки тушеные, жареные или оладьи из кабачков.

2. Чай с молоком и булочкой.

21 час — простокваша (кефир или яблоки).

ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЛАКТАЦИИ ЖЕНЩИН И ПУТИ ЕЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Неполноценное развитие ребенка при естественном вскармливании может иногда зависеть от тех или иных дефектов в химическом составе и биологических свой-

ствах молока матери, но значительно чаще это бывает при недостаточном объеме молока вследствие развивающейся у матери (постепенно или быстро) гипогалактии.

В отдельных случаях гипогалактия может быть первичной, зависящей от конституциональных свойств материнского организма, от недостаточного развития железистой ткани молочной железы, а также от нарушения гормональных функций, главным образом гормонов половых желез и гипофиза. Все же первичная гипогалактия встречается не так уж часто и в основе перевода детей на смешанное или искусственное вскармливание лежит, безусловно, вторичная гипогалактия, развивающаяся в одних случаях в первые дни послеродового периода, других — в более поздние сроки.

Профилактические или лечебные мероприятия, направленные к нормализации функций молочных желез должны основываться прежде всего на знании законов физиологии и биохимии лактации, на правильном понимании особенностей обменных процессов, протекающих в лактирующем организме.

Влияние на лактацию центральной нервной системы было доказано еще в XIX столетии в лаборатории И. П. Павлова. При обсуждении опытов М. М. Мирнова, изучавшего лактационный процесс на животных, И. П. Павлов указал: «Нет никакого сомнения, что влияние нервной системы на деятельность молочной железы существует и может быть доказано лабораторным путем». (И. П. Павлов, Полное собрание сочинений, том 1, 1951, стр. 583).

Лактация женщин, как и всех млекопитающих животных, в настоящее время понимается как сложный процесс, совершающийся при участии всех органов и систем материнского организма.

Многочисленными исследованиями отечественных ученых и практиков подтверждена точка зрения И. П. Павлова о влиянии на лактацию центральной нервной системы. Связь молочной железы с центральной нервной системой, как установлено рядом последующих исследований (И. А. Барышников и сотрудники, В. Н. Никитин и сотрудники, Г. И. Азимов и сотрудники, И. И. Грачев и многие другие), осуществляется через мощный рецепторный аппарат, заложенный как на поверхности молочной железы (в коже сосков и околосос-

ковой ареолы), так и в местах образования, накопления и выведения молока.

Импульсы, идущие с рецепторов молочной железы, являющихся периферическим аппаратом коркового анализатора, проходят сложным путем в центральную нервную систему по нервным проводникам через стебель гипофиза. Гипофиз из всех желез внутренней секреции играет наибольшую роль в лактогенезе (наступление лактации после родов) и в галактопоезе (поддержание в течение более или менее длительного периода секреторного процесса в молочной железе). Гормон задней доли гипофиза — окситоцин — принимает участие и в рефлексе молокоотдачи.

Доказана также связь лактогенеза и галактопоеза с сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной, выделительной и другими системами. Причины развития вторичной гипогалактии многообразны, а потому и методы ее предупреждения, а также лечения, должны быть комплексными.

Как указывают украинские педиатры и акушеры в своих работах по борьбе с гипогалактией, последняя может иметь место с момента рождения ребенка, если в период беременности не проводился комплекс мероприятий, направленных на развитие лактации: психо-профилактическая подготовка беременных к родам, подготовка молочных желез к кормлению, а также своевременное и регулярное посещение беременными женской консультации.

Заболевания грудных желез — трещин сосков, «насосы», маститы, также являются одной из частых причин гипогалактии. Указанные заболевания наиболее часто развиваются у женщин, нерегулярно и несвоевременно посещавших детские и женские консультации.

К развитию гипогалактии приводят заболевания женщин в период беременности, особенно токсикозы, неправильное неполноценное питание не только в период беременности, но и до зачатия.

Осложнения в период родов, позднее прикладывание ребенка к груди матери, неполное отцеживание молока после кормления ребенка не только в родильном доме, но и в домашней среде, могут снижать лактацию даже в том случае, когда она в предыдущий период была достаточной. Одной из причин угасания лактации может служить нарушение режима питания ребенка, его забо-

левания, снижающие активность сосания им груди, а также снижение частоты прикладывания ребенка к груди при уходе матери на работу. Отказ ребенка сосать грудь часто наступает при смешанном вскармливании, если докормом служат молочные смеси, имеющие более выраженный сладкий вкус, чем женское молоко, а также при использовании соски, имеющей широкое отверстие, благодаря чему ребенок получает ту или иную пищу, приготовляемую из молока животных, без тех усилий, которые он должен развивать при сосании груди матери.

Наиболее успешно с недостаточной лактацией можно бороться, как и предупреждать ее развитие, суммой комплексных мероприятий в первую очередь теми из них, которые направлены на восстановление равновесия центральной нервной системы кормящей матери.

Характер мероприятий может меняться в зависимости от условий, в которых находятся женщины: домашняя среда, родильный дом, санаторий, лечебный стационар, поликлиника, ясли и т. д.

Совершенно справедливо требование акушеров и педиатров Украинской ССР начинать проводить мероприятия, направленные на развитие лактации, в дородовом периоде.

При посещении беременной женской консультации ей должен быть дан совет по применению рационального пищевого режима (изложенного выше). Беременная должна быть обучена приемам гигиенической дыхательной гимнастики, направленной на улучшение кровообращения, на повышение тонуса молочных желез.

Наиболее целесообразно гимнастические упражнения заканчивать обтиранием или обмыванием тела до пояса. За 5—6 недель до родов целесообразно проводить облучение всего тела с экспозицией до 85—100 см.

За месяц—полтора до рождения ребенка целесообразно начинать обучать будущую мать приемам массажа грудных желез, который в последующий период должен проводиться систематически, каждый день. В соответствии с разработанной украинскими педиатрами и акушерами инструкцией, массаж молочных желез проводится по следующей методике: «а) беременная должна вымыть руки с мылом и вытереть их досуха, снять всю одежду до пояса и в стоячем положении при-

ступить к проведению массажа (лучше перед зеркалом); б) массаж проводится не пальцами, а всей кистью руки, без нажима на пальцы. Кисть должна плотно прилегать к коже, движения должны быть медленными и безболезненными. Массаж должен проводиться не более 2—3 минут (желательно 2 раза в день); в) первый прием массаж обеих желез проводится по ходу отводящих лимфатических путей двумя руками в виде двух поглаживаний, начиная сверху молочных желез от середины грудины по направлению к плечу и снизу к подмышечным областям; г) второй прием — одной рукой делают несколько круговых поглаживаний железы, не затрагивая соска и околососкового кружка. Этот прием у беременных можно проводить на обеих молочных железах одновременно двумя руками; д) третий прием — правой рукой поддерживается правая молочная железа и слегка приподнимается кверху, левая рука располагается сверху, не затрагивая околососкового кружка, после чего обеими руками одновременно делается нажим на молочную железу по направлению к грудной клетке. Такие нажимы повторяются 2—3 раза. Левая молочная железа поддерживается левой рукой, а правая располагается сверху». (Инструкция по борьбе с гипогалактией, издание Украинского института ОММ, Киев, 1957, авторы: М. Д. Бурова, С. П. Виноградова, Е. М. Лукьянова и др.).

Уже в женской консультации мать должна получить сведения о преимуществах для ребенка женского молока перед коровьим и о тех трудностях, которые ей придется испытать при отказе от кормления ребенка грудью и переводе его на различные виды пищи, приготовляемые из молока животных.

В женской консультации ей должны быть даны исчерпывающие сведения питания в период первой и второй половины беременности.

Наиболее детально мать знакомится с вопросами питания ребенка и сведениями по уходу за ним при дорожном патронаже, при посещении ею в поликлинике или консультации «Комнаты воспитания здорового ребенка».

Особенно большое значение в развитии лактогенеза и галактопоза имеет период пребывания женщин в родильном доме. Медицинский персонал этого учреждения должен нести особую ответственность за несвоевре-

менное выявление у матери недостаточного количества молока. Сопоставление веса ребенка при рождении с весом при выписке его сигнализирует педиатрам о недостаточности мероприятий в родильных домах по развитию у родильниц лактационного процесса. Еще велик процент детей, выписывающихся из палат новорожденных с невосстановленным весом даже в тех случаях, когда мать с ребенком покидает родильный дом не на 8—9 день, а в более поздние сроки.

Еще встречаются родильные дома, применяющие на 3—4 день после родов слабительные для снижения объема лактации из боязни развития мастита. При наличии в настоящее время электромолокоотсосов системы С. А. Дятлова (или других), сконструированных автором специально для родильных домов, недопустимо прибегать к методам, ограничивающим нарастание секреторного процесса у родильниц.

Сцеживание молока у родильниц после каждого кормления ребенка — одно из мощных стимулов к развитию лактации. Между тем этот процесс в родильных домах не всегда проводится со всей тщательностью, какая требуется от обслуживающего персонала. Целесообразно требование педиатров (Зайге, 1956) при медленном нарастании после родов объема молока кормить ребенка в первые дни жизни каждый раз из обеих грудных желез.

Применение Ф. Н. Голубицкой микродоз йода с целью усиления лактации именно у родильниц и в самое ближайшее время после выписки матерей в домашнюю среду дало блестящие результаты с нашей точки зрения именно потому, что препарат вводился в тот период, когда гипогалактия находилась еще в самом начале ее развития.

Известно также, что препарат передней доли гипофиза — пролактин дает в значительном числе случаев нарастание лактации в наибольшей степени при применении его в ближайшие дни после родов. В последующем периоде эффект его очень незначителен.

Среди комплекса мероприятий, требующихся для предупреждения развития гипогалактии, наибольшее значение имеет правильное полноценное питание матери, под которым следует понимать не только наличие в пище достаточного количества необходимых пищевых компонентов, минеральных солей и витаминов, но и соблю-

дение кормящей соответствующего пищевого режима. Пища должна приниматься всегда в одни и те же часы и не менее 4 раз в сутки. Между тем нарушение режима в питании матери происходит наиболее часто при появлении первого ребенка и отсутствии в семье опытного человека, который взял бы на себя часть забот по уходу за младенцем. В заботах о ребенке мать часто забывает о себе, во время не ест, не пьет, не досыпает ночью, не отдыхает днем, постоянно находится в волнении. У такой матери даже появившаяся в родильном доме в первые дни после родов лактация быстро снижается в домашней обстановке. Врач и медицинская сестра, посещающие мать и новорожденного после возвращения их из родильного дома, должны тщательно познакомиться с обстановкой, в которой живет мать, рассказать ей про те условия, при которых можно сохранять и повышать лактацию, а также указать на причины, приводящие к снижению последней. Непременно следует напомнить о необходимости сцеживания молока после каждого кормления ребенка, о соблюдении режима кормлений и питания самой матери.

2) Мать не должна чрезмерно переутомляться, так как это неблагоприятно влияет на объем секретиремого молока и на его состав.

Если избыточное утомление матери вредно отражается на интенсивности образования молока и отчасти на его химическом составе, то и полная бездеятельность и неподвижный образ жизни кормящей не может способствовать развитию секреторного процесса.

Молоковедами и животноводами давно установлен факт увеличения продуктивности молочного скота при переводе его из стойлового на пастбищное положение, при котором, как правило, подвижность животных увеличивается, а также усиливаются обменные процессы, ускоряется кровоток, к молочным железам, благодаря этому поступает больше так называемых «предшественников», т. е. составных компонентов крови (белков, липидов, сахара, минеральных солей, витаминов), которые являются субстратом для образования в молочной железе ингредиентов молока.

Факты, установленные физиологами и биохимиками для животных в условиях эксперимента, в основном должны быть отнесены и к кормящим женщинам.

3) Кормящая мать, помимо выполнения работы, связан-

ной с движениями, должна систематически пользоваться свежим воздухом; проветривать помещение, где находится она и ребенок; заниматься гимнастикой, а также легким спортом.

Особенно часто снижается лактация у матерей, когда ребенок болеет. У матери появляется больше забот по уходу за больным ребенком. Страх за жизнь ребенка приводит к нарушению равновесия ее нервной системы, она недостаточно спит, ребенок неактивно сосет грудь и молоко начинает задерживаться в грудной железе, что также ведет к снижению его образования.

Посещающие больного ребенка врачи и медицинские сестры должны особое внимание матерей обратить на необходимость продолжать кормление ребенка в строго установленные часы, а при отказе его от сосания груди, недостаточной активности сосания, все молоко сцеживать. О сцеживании молока через точно установленные промежутки (соответствующие промежуткам между кормлениями ребенка) необходимо напоминать матери и осуществлять это в тех случаях, когда из питания ребенка по лечебным показаниям выключается женское молоко с заменой его чайной или другой разгрузочной диетой (при токсических состояниях). Длительными наблюдениями, собираванием анамнестических данных нами установлено частое снижение лактации у матерей в период заболевания ребенка, что в последующем и приводит к переводу его на смешанное вскармливание. Это подтверждается и тем, что у матерей, дети которых развивались совершенно нормально, с достаточным нарастанием весовой кривой, лактация выявлялась сниженной при поступлении их в лечебный стационар уже в первые 2—3 дня от начала заболевания. Между тем по указаниям матерей и по данным наблюдающих за детьми врачей поликлиник до начала заболевания дети вскармливались только материнским молоком и при этом у них было совершенно достаточное физическое развитие с соответствующими возрасту увеличениями веса.

Одной из причин перевода детей на смешанное или искусственное вскармливание с первых месяцев жизни является их временное пребывание в детских лечебных учреждениях по поводу того или иного заболевания. Такие факты были выявлены в поликлиниках комиссией по питанию при анализе состояния здоровья детей, вида их вскармливания и психо-физического развития.

Последующее изучение историй болезни детей грудного возраста в различных лечебных детских стационарах подтвердило факт снижения лактации у некоторых матерей в одних случаях в первые дни их пребывания с ребенком в больнице, а других — в более поздние сроки. Из беседований с матерями выявлялось у некоторых из них снижение объема секретируемого молока с момента заболевания ребенка еще до поступления в больницу (или клинику).

Какие же моменты способствуют снижению лактации у кормящей матери при поступлении ее с больным ребенком в лечебное учреждение? Конечно, и само по себе заболевание ребенка, как указано выше, может нарушать равновесие центральной нервной системы матери и приводить к снижению молокообразовательной и молоковыделительной функции молочных желез. Но существуют и другие причины, сравнительно легко устранимые, которые могут угнетать секреторный процесс в молочных железах, а также рефлекс молокоотдачи.

1. При тяжелом состоянии младенца мать стремится в течение всего дня (а иногда и ночи) сидеть неподвижно у его кровати, забывая про свой сон, еду, отдых. Это не может способствовать ни нарастанию секреторного процесса, ни даже сохранению его на прежнем уровне.

2. Влияние других матерей, находящихся в соседних боксах или в той же палате, их беседования с вновь поступившей матерью часто полные пессимизма по отношению к здоровью ее ребенка или к характеристике лечащего врача и другого обслуживающего персонала приводят нередко к угнетению секреторного процесса в молочных железах.

3. Еще более неблагоприятно влияет на секреторный процесс недостаточно продуманное и нетактичное обращение с матерью медицинских сестер, врачей или технического персонала. У матерей часто резко и внезапно снижалась лактация (или рефлекс молокоотдачи) от того, что при возвращении ее из дома в утренние часы «услужливая» няня или медсестра сообщали, что «ночью ребенок беспокоился, плакал, у него поднялась температура, участился стул» и т. д.

Для предупреждения развития гипогалактии в условиях жизни матери с ребенком в лечебном стационаре рекомендуется следующее:

1. Врачами непрерывно должна проводиться разъяснительная работа с обслуживающим персоналом, который должен знать, что всякие огорчения причиненные кормящей матери, обоснованные или необоснованные, могут снизить у нее накопление и выделение молока и тем самым причинить вред больному ребенку.

2. Характер беседы лечащего врача с кормящей матерью, как при ее поступлении, при собирании анамнеза, так и в последующие дни, имеет огромное значение для сохранения у нее лактации на должном уровне.

3. При выявлении сниженной лактации необходимо убедить мать в том, что это явление временное, что оно зависит от поведения самой матери, от ее переутомления, недосыпания, нарушения режима и характера питания.

4. Врач должен суметь завоевать доверие матери и тогда его советы будут иметь реальное значение и проводиться в жизнь.

5. При организации режима кормящей матери должны быть учтены такие моменты, как возможность дневного отдыха и сна; при каждой больнице должна быть специальная комната отдыха матерей, столовая для приема горячей пищи, место для прогулок матерей с детьми. Для женщин, живущих вдали от лечебного учреждения, должна быть комната и для ночного пребывания.

6. Важно иметь все условия, благоприятствующие сцеживанию молока, т. е. условия, усиливающие рефлекс молокоотдачи: электромолокоотсосы, создание удобного положения матери, не переутомляющие ее, скамеечки под ноги, бутылочки стерильные с воронками, умывальник с подачей холодной и горячей воды, дезинфицирующие растворы для рук и молочных желез (0,2-процентный раствор хлорамина, борный спирт и другие), вата, салфетки и т. д.

7. Сцеживание молока должно проводиться после каждого кормления ребенка до полного освобождения грудных желез от накопленного секрета.

8. Если ребенок по тем или иным причинам временно переведен на сцеженное женское молоко или на другие виды пищи (при токсикозах) как, например, чай, настой шиповника, морковная смесь, необходимо следить, чтобы мать через каждые 3—4 часа сцеживала молоко.

9. При организации питания кормящих женщин сле-

дует руководствоваться указаниями, приведенными выше. При невозможности обеспечить мать свежими продуктами, богатыми витаминами, необходимо назначать их в виде препаратов.

10. Если регулирование режимных моментов не дает должного эффекта (у матери имеется молоко в меньшем количестве против потребности в нем ее ребенка), следует использовать специальные средства.

Как показали наблюдения сотрудников педиатрического научно-исследовательского института совместно с практическими врачами-педиатрами поликлиник Ленинграда (19-я детская поликлиника Петроградского района и 4-я поликлиника Ждановского района). Организация режима матерей, обеспечение им полноценного питания, систематические собеседования с ними позволили значительно повысить число детей, питающихся молоком своих матерей полностью или частично (смешанное вскармливание).

Выявилось все же известное количество кормящих женщин, у которых лактация увеличивалась не до полного удовлетворения их детей молоком в соответствии с возрастом, весом и другими показателями. У некоторых матерей регулирование режимных моментов вообще было трудно осуществить в условиях домашней обстановки.

Наблюдения за кормящими женщинами в клинике института (Л. Т. Трофимова) также показали благотворное влияние регулирования режимных моментов на лактацию, но все же и здесь лактация не всегда увеличивалась у матерей до полного удовлетворения потребности детей в молоке. Это и привело к поискам специальных средств, увеличивающих объем лактации, средств прежде всего безвредных для кормящих женщин, а через молоко и для их детей.

Учитывая данные физиологов, работающих по изучению лактации сельскохозяйственных животных (И. А. Барышников и сотрудники, В. Н. Никитин и сотрудники, Г. И. Азимов и сотрудники, И. И. Грачев, С. Фолли, Д. Эспе и др.) о влиянии на объем лактации количества доставляемых к молочным железам питательных веществ с кровью — «предшественников», было решено сначала в условиях лечебного детского стационара (Л. Т. Трофимова) под контролем постоянного врачебного наблюдения за матерями, а позже и в поликлини-

ческой обстановке, применить препараты, позволяющие ускорять кровоток, увеличивать кровонаполнение сосудов и в известной степени стимулировать обменные процессы.

У Из группы препаратов, влияющих в указанном направлении, заслуживает внимания никотиновая кислота.

Никотиновая кислота, как установлено исследованиями, уже через 5 минут после введения ее в дозе от 50 до 150 мг ведет к расширению просвета как венозных, так и артериальных капилляров (И. Е. Ганелина, 1948). Через 10—15 минут, как указывает автор, наступает временное уменьшение расширения, но все же просвет капилляров и в этот период не доходит до первоначального диаметра, имевшегося до введения никотиновой кислоты. В последующий период, через 25 минут после введения препарата, снова наступает расширение просвета, которое в среднем равно расширению, наблюдавшемуся в первую фазу. В дальнейшем расширение капилляров снижается, а еще через час после введения никотиновой кислоты оно не доходит до диаметра, наблюдавшегося перед применением препарата.

Установлена также способность никотиновой кислоты ускорять кровоток, а также ее свойство нормализовать нарушенную теми или иными причинами условно-рефлекторную деятельность (Я. Б. Максимович, 1957), что имеет особенно большое значение при использовании ее матерями больных детей, часто теряющих равновесие центральной нервной системы. При использовании никотиновой кислоты учитывалось и то, что при расширении просвета венозных и артериальных капилляров в кровь, а, следовательно, и в молочную железу, попадает большое количество гормонов, влияющих на образование молока (пролактин) и на рефлекс молокоотдачи (окситоцин).

Для борьбы с гипогалактией была взята разовая доза 50 мг, которая вводилась перорально 2—3 раза в день за 10—15 минут до кормления ребенка. Длительность применения 10—12 дней. Следует обратить внимание матерей при назначении им указанной дозы никотиновой кислоты, что через 5—10 минут после ее приема может наступить покраснение кожи лица, груди, ощущение покалывания в области молочных желез, а у особо чувствительных субъектов и зуд. Все указанные симптомы длиться в течение 3—5—10 минут. Чувствитель-

ность к никотиновой кислоте не у всех людей одинакова. При выраженной чувствительности разовую дозу можно сократить до 40—45 мг.

Наиболее целесообразное время для применения никотиновой кислоты, как фактора, повышающего лактацию, в условиях клиники было установлено под контролем изучения кожных температурных рефлексов. Кожная температура, измерявшаяся специальным прибором электромикротермометром — М. Т.-55 повышалась в области молочных желез на 0,2—0,3 градуса Цельсия через 19—12 минут.

Количество молока у большинства женщин начинает увеличиваться наиболее часто со 2—3 дня от начала введения препарата, но уже после 2—3 порошков, т. е. к концу первого или началу второго дня, матери сообщают о более свободном выделении молока при его сцеживании после кормления ребенка.

Эффект наиболее выражен у матерей, лактация которых начала снижаться незадолго до введения никотиновой кислоты. Никотиновая кислота в основном повышает количество молока у матерей, имеющих сниженную лактацию и почти не дает эффекта там, где она находится на среднем уровне (800—1000 мл), покрывающем потребность ребенка в молоке в возрасте от 2 до 5 месяцев жизни.

Измерение кровяного давления матерям, получавшим никотиновую кислоту в указанных выше дозах, не показывало выраженных изменений против нормальных цифр. Других симптомов, кроме незначительной краткосрочной гиперемии кожи, а также ощущения жара, матери не отмечали. У детей, которые получали молоко матерей, принимавших никотиновую кислоту, также отсутствовали симптомы, сигнализирующие о введении им через молоко высоких доз никотиновой кислоты. Из литературы также известно, что в молоко никотиновая кислота переходит при введении ее кормящим матерям в терапевтических или более высоких дозах только в небольших количествах. (И. И. Альтшулер. Из клиники Е. М. Лепского, Казань, 1951) при введении кормящим матерям до 500 мг никотинамида обнаруживала в их молоке никотиновую кислоту наиболее часто в пределах 1,0—2,0 мг. процентов, т. е. 10—20 мг в литре. Только у одной женщины концентрация никотиновой кислоты в молоке повысилась до 3,1 мг. процентов.

Учитывая, что никотиновая кислота выводится почками в виде метилированного никотинамида или тригонелина, содержащих в своем составе метильные группы, необходимые организму для образования холина, следует в период применения данного препарата рекомендовать кормящим женщинам использовать достаточное количество пищевых средств, обладающих липотропными свойствами, т. е. доставляющими к печени метильные группы.

Как указывалось выше, такими свойствами обладают молочные белки, многие рыбные продукты (треска, сом, судак, сельдь и др.).

Опыт клиники, позволивший убедиться в благоприятном влиянии никотиновой кислоты на лактацию, позже был перенесен в поликлинические условия.

Само собой разумеется, что и в поликлинических условиях одно только назначение никотиновой кислоты не дает (как и в стационаре) того эффекта, который наблюдается при комплексном лечении гипогалактии. При выяснении недостаточной лактации у матери в поликлинических условиях следует прежде всего выявить причины ее развития, время снижения молока после рождения ребенка, активность сосания младенца, режим его питания и общее состояние здоровья.

Патронажная сестра должна познакомиться с бытовой стороной жизни матери, ее питанием, домашней работой, возможностью иметь должное количество часов сна днем и ночью. Только при нормализации режимных моментов, организации достаточного питания матери целесообразно в качестве дополнительного стимулирующего фактора назначать никотиновую кислоту или другой препарат, способный влиять на секреторный процесс молочных желез.

В поликлинических условиях никотиновую кислоту также следует назначать перорально в дозах 45—50 миллиграмм на прием за 10—15 минут до кормления ребенка 2—3 раза в день с промежутками в 3—4 или 6 часов. Длительность применения 10—12 дней.

Никотиновая кислота при нормализации режимных моментов жизни матерей и полноценном питании, а также обеспечении кормящих витаминами в указанных выше дозах, примерно в половине наблюдений повышает лактацию до полного удовлетворения ребенка в молоке (800—1000 мл). У некоторых матерей молоко увеличи-

вается в меньшей степени на 200—300—400 мл., что при крайне низкой лактации, имевшейся до лечения, заставляет сохранять ребенку смешанное вскармливание. У 5—10 процентов матерей при назначении никотиновой кислоты молоко вовсе не увеличивается.

При недостаточном эффекте никотиновой кислоты, как в условиях клиники, так и при поликлинических наблюдениях, применялось поле ультравысокой частоты (УВЧ-терапия).

Воздействие УВЧ-терапии на кровеносные сосуды проявляется в кратковременном начальном сужении просвета капилляров и в последующем расширении их. Кожная температура при указанных аппликациях в области молочных желез поднимается на более высокий уровень, чем при назначении никотиновой кислоты, т. е. на 0,5—1,5° С. Поле ультравысокой частоты усиливает, как и никотиновая кислота, скорость кровотока, повышает обменные процессы.

5) Женщинам с гипогалактией следует применять УВЧ-терапию малой интенсивности. Длительность сеанса 10—12 минут, продолжительность курса при ежедневном применении 10 дней.

В некоторых случаях лактация при применении УВЧ-терапии нарастала там, где никотиновая кислота эффекта не давала. Увеличение молока наблюдалось со 2-го и 3-го дня после начала лечения.

Все же в отдельных случаях и при данном виде терапии эффект был слабый или полностью отсутствовал.

Отсутствие эффекта при использовании вышеуказанных средств, побудило применить мероприятия, описанные рядом акушеров.

6) Применение микродоз иода, иодированного казеина при гипогалактии рекомендовано рядом отечественных и иностранных авторов (А. Б. Прейсман, 1960, Ф. Н. Голубицкая, 1960, Жиран, 1953 и др.).

Как известно, иод принадлежит к группе биологически активных элементов, он входит в гормон щитовидной железы, которая вместе с другими железами внутренней секреции оказывает влияние на лактационный процесс.

По литературным данным (А. И. Венчиков, 1953, Ф. Н. Голубицкая, 1960), содержание иода в молозивном молоке имеется в концентрации 30—20 микрограмм-процентов. В последующий период он снижается и

в зрелом молоке обнаруживается только в количестве 2—3 микрограмм-процентов. Как и вышеперечисленные катализаторы лактационного процесса (никотиновая кислота, поле высокой частоты), препараты иода усиливают ферментативно-окислительные процессы, в результате чего повышается интенсивность обмена, повышаются защитные силы организма (А. И. Венчиков и др.).

На основе данных В. Н. Голубицкой, применявшей микродозы иода у родильниц и в ближайший период после перевода их в домашнюю среду, препарат, обозначенный автором как «биотик» № 1, применен А. А. Громковой в условиях санатория «Мать и дитя» в Ленинграде.

Препарат готовился в Педиатрическом научно-исследовательском институте по методу, указанному Ф. Н. Голубицкой. 10 мг иодистого калия разводилось в 200 мл дистиллированной воды, полученный 5 мг-процентный раствор иодистого калия передавался в санаторий, где по мере надобности из него готовился раствор еще менее концентрированный. 10 г полученного раствора разводили в 200 мл воды и давали матерям, страдающим гипогалактией, по одной чайной ложке 3 раза в день. Указанный биотик применялся с 4-го дня пребывания матерей в санатории, когда объем лактации был уже в достаточной степени проконтролирован. Части матерей, находившихся в одинаковых условиях с женщинами, получившими биотик, взамен указанного препарата, назначили воду по одной чайной ложке 3 раза в день.

Из 64 матерей, получавших иодистый препарат, у 11 дети были первого месяца жизни, у 42 женщин дети имели возраст от одного до двух месяцев и у 11 возраст детей был старше 2 месяцев. Анамнестические данные говорят о том, что большая часть матерей (40 из 64) имели отягощенный акушерский анамнез, а недостаточная лактация у них выявлена была в ранние сроки после родов.

Учет эффективности назначения биотика проводился путем сравнения средней суточной лактации отдельно за первые 3 дня (до приема препарата), за последующие 10 дней и за последние 9—10 дней пребывания в санатории.

Значительное увеличение молока (на 50% и больше

к тому количеству, которое ребенок получал до применения препарата). На 300—500 мл наблюдалось у 5 женщин, от 200 до 300 мл — у 15, от 100 до 200 мл — у 21 и от 50 до 100 мл — у 9 женщин. Лактация осталась на прежнем уровне у 13 матерей. У 5 женщин несмотря на применение препарата и благоприятные условия жизни в санатории лактация снизилась в сравнении с ее объемом при поступлении в санаторий.

В группе женщин, получавших вместо препарата вода, лактация в среднем увеличилась в меньшей степени в сравнении с матерями, получавшими биотик вода.

Эффективность применения женщинами биотика вода в условиях санатория, когда срок после родов был уже значительный и гипогалактия продолжалась довольно длительное время, оказалась меньшей, в сравнении с данными, приводимыми Ф. Н. Голубицкой, назначавшей указанный препарат в ближайший период после родов.

Хотя эффективность иодистого препарата в поздний период после родов оказалась в наших условиях лечения гипогалактии менее выраженной в сравнении с никотиновой кислотой, все же учитывая доступность такого метода борьбы с недостаточной лактацией в любых условиях жизни матери, его можно рекомендовать там, где другие средства не дадут должных результатов или будут отсутствовать соответствующие условия для их применения. В условиях пребывания матери в родильном доме или в ближайший период после возвращения ее в домашнюю среду иодистые препараты должны найти самое широкое применение.

В ближайший период после родов большой эффект дает, как по нашим данным, так и по мнению других авторов, гормон передней доли гипофиза-пролактин. Данный препарат вводится внутримышечно 2—3 раза в день по 5 единиц в течение 5—6 дней. В более поздние сроки (на втором месяце после рождения ребенка и позже) эффективность применения пролактина резко снижается.

Заслуживает внимания применение витамина Е. Женщинам, имеющим повторные беременности, сопровождающиеся гипогалактией, целесообразно данный витамин применять еще до рождения ребенка, так как он оказывает влияние на степень развития активной секре-

торной ткани молочной железы, что было показано В. Г. Васильевой в условиях эксперимента на животных.

По мнению В. Г. Васильевой (1957) витамин Е, не только оказывает влияние на рост железистой ткани, но играет также роль в процессе уравнивания рефлексов молокообразования и молоковыделения.

Витамин Е в дородовом периоде целесообразно применять 1—1,5 месяца по 15—20 мг в день.

Обоснованием для введения данного фактора в последние 1—1,5 месяца беременности являются указания женщин на низкую лактацию в предыдущие роды.

В послеродовом периоде витамин Е рекомендуется по 10—15 мг на прием 2 раза в день в течение 10—15 дней.

Анализируя механизмы влияния перечисленных выше факторов на лактационный процесс (никотиновая кислота, поле ультравысокой частоты, микродозы иода и другие катализаторы), становится понятным успех борьбы с недостаточной лактацией в Китае при применении чжень-цзю-терапии. Изучение принципа действия иглоукалывания показывает, что данный метод является одной из форм рефлекторной терапии, основывающейся на взаимодействии периферических рецепторов, расположенных в области наружных покровов человека, с его внутренними органами через нервную и гуморальную систему.

Одним из главных моментов влияния чжень-цзю-терапии является нормализация состояния центральной нервной системы.

Благоприятное влияние ее несомненно зависит и от повышения сосудистого тонуса и увеличения кровенаполнения сосудов.

Воздействие чжень-цзю-терапии на функцию центральной нервной системы и на кровенаполнение сосудов дает основание надеяться, что включение ее в арсенал средств, направленных на борьбу с гипогалактией, повысит удельный вес естественного вскармливания детей грудного возраста.

Исследования в указанном направлении проведены сотрудником института М. И. Тарасовой у 64 кормящих женщин, страдающих гипогалактией. 32 матери с детьми находились в санатории «Мать и дитя» в Ленинграде, остальные были под наблюдением в районной детской

поликлинике. Причины гипогалактии и сроки развития ее были различные. Большинство женщин первородящие, у половины повторнородящих лактация была недостаточной и при предыдущих родах. Со всеми женщинами наблюдаемой группы предварительно проводилась беседа о необходимости и преимуществах естественного вскармливания, давались советы по правильному режиму кормления ребенка и питанию матери. 43 матерям из 64 проведена чжень-цзю-терапия. Как в поликлинической, так и санаторной группах, лечение начиналось в основном на 4—6 неделе со дня выявившейся гипогалактии. Матерям, находившимся в санатории, лечение назначалось не ранее 9—11 дня пребывания, когда достаточно четко определялось отсутствие благоприятного действия на лактацию перемены домашних условий на санаторные.

Лечение проводилось ежедневно у санаторной группы матерей и через день у посещающих поликлинику. Курс состоял из 7—9 сеансов иглоукалывания и «прижигания».

Для укалывания использовались стандартные китайские стальные иглы, для прижигания — полынные сигареты.

При выборе точек исходили из рецептов китайских авторов (Чжу-Лань, Чжу Бен-ли, Ееь-Жень-ин), воздействовали как на точки общего, так и местного (сегментарно-органный) действия. Основные применяемые точки: Хэ-Гу, Чжи-Гоу, Цзи-Цюань, Тань-Чжун, Шао-Цзе, Ге-Жу, Жу-Гень и др. Иглоукалывание и «прижигание» чередовались через сеанс. Применялся второй вариант «тормозного» метода. После введения иглы в соответствующую точку, с появлением «предусмотренных» ощущений игла на 10—15 минут оставалась в тканях.

«Прижигание», вернее, прогревание точек, длилось 15—20 минут в области каждой точки; иногда применялось «ключущее-цзю». В ряде случаев, особенно у женщин легко возбудимых с выраженными вегетативными реакциями, иглоукалывание сочеталось с одновременным прогреванием рукоятки введенной в ткани иглы полынной сигаретой в течение 7—10 минут. Женщины при этом ощущали как бы «введение успокаивающего лекарства». Во время проведения сеанса, пациентки находились в положении «лежа». По окончании сеанса был предусмотрен 10—15 минутный отдых лежа или сидя.

В помещении, где проводилось лечение, температура воздуха была не ниже $+20^{\circ}\text{C}$.

В поликлинике и санатории для проведения лечения использовались физиотерапевтические кабинеты. У матерей, находившихся в санатории, ежедневно на протяжении всего курса лечения подсчитывалось суточное количество молока как высосанного, так и сцеженного.

В поликлинической группе учет велся по контрольным кормлениям, которые проводились повторно: 1-е кормление в день начала лечения, последующие — через каждые 3—5 во время лечения и по окончании курса. Повторные контрольные кормления проводились в те же часы, как и первое. Увеличение лактации отмечалось обычно после 3—5 сеанса.

По окончании курса чжень-цзю-терапии у половины матерей лактация достигла количеств, удовлетворяющих физиологические потребности ребенка, у трети — наступило улучшение, и объем докорма детей смесями снизился вдвое. У 4 матерей лечение эффекта не дало.

Так, в санаторной группе суточное количество молока по сравнению с исходным увеличилось на 200—300 г, а в поликлинической — количество молока по окончании лечения при контрольном кормлении было в 1,5—2 раза больше, чем до лечения.

Особый интерес представляет применение иглотерапии у матерей, имеющих двойни, когда по проведению двух курсов чжень-цзю-терапии удалось повысить лактацию выше среднего уровня.

Приводим примеры:

1. Мать Б., 38 лет, повторнородящая, возраст детей 2 месяца. До лечения суточное количество молока 1000—1200 г, после лечения — 1700—1900 г.

2. Мать Ф., 24 лет, первородящая, возраст детей 1,5 месяца. До лечения суточное количество молока 650—700 г, после лечения — 900—1050 г.

Обе группы матерей (санаторная и поликлиническая) в течение месяца сравнивались с так называемой контрольной группой.

В контрольную группу вошли женщины, страдающие гипогалактией, выявленной в те же периоды после рождения ребенка. Они находились в равноценных условиях с леченными и не получали специфического лечения.

Под влиянием режимных моментов у четырех из 21 матери данной группы лактация увеличилась до

объема полностью удовлетворяющего физиологические потребности ребенка, у шести наступило некоторое улучшение, а у одиннадцати гипогалактия прогрессировала.

Стойкость положительного действия чжен-цзю-терапии на лактацию прослежена катamnестически у 38 матерей. У половины женщин, лечившихся по поводу гипогалактии, дети до 5—6 месяцев находились на чисто грудном вскармливании. У трети матерей через 1,5—2 месяца после лечения количество молока не соответствовало возрастающим потребностям ребенка: дети переводились на смешанное вскармливание. У пяти матерей эффект был не стойким, через 7—10 дней после лечения гипогалактия была выявлена вновь.

ВЫВОДЫ

Изучение литературы и собственные наблюдения позволяют авторам прийти к выводу, что для повышения лактации при ее недостаточности, как и для сохранения объема, удовлетворяющего потребность в молоке ребенка, требуется комплекс мероприятий, из которых наибольшее значение имеют следующие:

1. Стремление врачей и медицинских сестер обеспечить ребенка молоком матери.

2. Стремление самой матери обеспечить ребенка своим молоком, а это в значительной степени зависит от влияния на нее медицинского персонала.

3. Полноценное питание женщин не только в период беременности и лактации, но и до зачатия.

4. Максимальное освобождение грудной железы от остатков молока после каждого кормления ребенка, а также в тот период, когда ребенок по тем или иным причинам временно переводится на прием пищи с ложки.

5. Точное соблюдение режима кормления ребенка грудью.

6. Достаточный сон матери, пребывание на свежем воздухе, отдых днем, не переутомляющая ее работа, связанная с движениями.

7. Массаж желез, подготовка их в дородовой период.

8. Применение специальных препаратов (никотиновая кислота, иодистые препараты, пролактин, витамин Е, поле УВЧ и иглотерапия) на фоне нормализованного режима и рационального питания с достаточным содержанием витаминов.

Л и т е р а т у р а

- Альтшулер И. И. Содержание никотиновой кислоты в женском молоке. Сборник работ клиник детских болезней Казанского ГИДУВ^а, Казань, Татиздат, 1951, стр. 51.
- Антонов А. Н. Новорожденные периода блокады Ленинграда. Вопросы педиатрии, № 2, т. XV, 1947, стр. 26.
- Барышников И. А. и сотрудники О нервной регуляции двигательной функции молочной железы. Журнал общей биологии, т. XII, 1951, № 6.
- Богданова В. А. Витамин С в женском молоке. В книге «Современные вопросы советской витаминологии» Москва, Медгиз, 1955, стр. 102—127.
- Васильева В. Г. Влияние витамина Е, применяемого во время беременности, на развитие молочной железы. Сборник трудов «Гипогалактия», Киев, изд. украинского ин-та ОММ, 1957.
- Вогулкина Т. З., Трутьякова. О применении пролактина в поздние сроки гипогалактии. Журн. ВОМД, № 4, 1961, стр. 58.
- Вогулкина Т. З. Вариации качественного состава грудного молока в зависимости от уровня лактации. Вопросы педиатрии (труды педиатрических клиник Свердловского мед. ин-та под ред. В. С. Дубровой), 1960, стр. 3.
- Вогулкина Т. З. Влияние уровня белка сыворотки крови на содержание жира в грудном молоке, стр. 10. Вопросы педиатрии (труды Свердловского мед. ин-та под ред. В. С. Дубровой), 1960, ред. В. С. Дубровой), 1960, стр. 110.
- Голубицкая Ф. Н. Лечение гипогалактии солями-микроэлементами. Вопросы охраны материнства и детства, № 5, 1960, стр. 46.
- Дятлов С. А. Молокоотсосы, БМЭ, Москва, Медгиз, т. 18, 1960, стр. 1063.
- Кватер Е. И., Маршак М. С. Методические указания по диетике беременной женщины и кормящей грудью матери. Издание Минздрава РСФСР и и.-и. ин-та акушерства и гинекологии РСФСР, Москва.
- Качанова Е. Е. С — витаминное обогащение грудного молока, Медгиз, Ленинград, автореферат канд. диссертации, 1954.
- Ковтунова Л. Г. Белки и сухой остаток женского молока при лечении гипогалактии пролактином, ВОМД, № 4, 1961, стр. 62.
- Кречмер Б. Б. и Баяндина С. А. Биологическая ценность грудного молока в зависимости от содержания в нем витаминов А и В₁ — Медгиз. Труды VI Всесоюзного съезда детских врачей, 1948, стр. 390.
- Крыжановская Е. С. К вопросу о роли питания в улучшении лактационной способности кормящих матерей, Педиатрия № 6, 1958, стр. 81.
- Крыжановская Е. С. Изменение состава женского молока под влиянием пищевых продуктов и витаминных концентратов. Сборник «Гипогалактия» Киев, изд. украинского Ин-та ОМД, 1957, стр. 121.
- Левин С. Роль белков и аминокислот в питании детей и при беременности. Из книги «Белки и аминокислоты в питании человека и животных», изд. И. Л. 1952.
- Максимович Я. Б. Данные о физиологическом значении никотиновой кислоты для ребенка. Педиатрия, № 7, 1957.
- Макарычев А. И. Влияние лецитина на условно-рефлекторную дея-

- тельность животных. Вопросы питания, т. XIV, вып. 2, 1955, стр. 21.
- Молчанова О. П.** Питание женщин в период беременности.
- Васильева Е. Н., Маршак М. С., Волкова А. О.** Вопросы питания, т. 9, вып. 5, 1940, стр. 3.
- Молчанова О. П., Кочергинский А. З.** Газовый азотистый и минеральный обмен у женщин в период беременности. Вопросы питания, т. 8, вып. 6, 1939, стр. 19.
- Небытова-Лукуянчикова М. Н. Громковская А. А. Лугинина Н. М.** Борьба с недостаточной лактацией матерей в условиях поликлиник. Сборник трудов «Вопросы физиологии и патологии детства». Сборник трудов н.-и. педиатрич. ин-та Ленинград, изд. ин-та, 1959.
- Никитин В. Н.** Биохимические проблемы лактации. Журнал общей биологии, т. X, вып. 6, 1949.
- Озерецковская Н. Е., Рыскина Е. Б.** Влияние некоторых витаминов на состав и количество молока кормящих женщин. Труды Московского н.-и. Педиатрич. ин-та «Вопросы питания и режима здоровых детей», Москва, изд. ин-та, 1961, стр. 21.
- Олевский М. И., Кузьменко С. Г.** Работа желудочного тракта при женском молоке. Советская педиатрия, № 9, 1936, стр. 10.
- Олевский М. И.** О некоторых принципах вскармливания детей раннего возраста». Педиатрия, № 6, 1961, стр. 12.
- Островская И. М. Титаев А. А.** Вариация качественного состава женского молока, сроки и виды прикорма. Труды VI Всесоюзного съезда детских врачей, Медгиз, Москва, 1948.
- Павлов И. П.** Полное собрание сочинений, т. 1, 1951, стр. 583.
- Сумцов Б. М.** Фракционирование белков грудного молока электрофорезом на бумаге. Биохимия, т. 21, вып. 6, 1956, стр. 793.
- Трофимова Л. Т.** Гипогалактия у матерей в условиях пребывания в детских лечебных стационарах. Педиатрия, № 7, 1957, стр. 49.
- Фолли С.** Физиология и биохимия лактации, (перевод с английского) И. Л. 1960.
- Эспе Д.** Секретция молока. Москва, Издание иностранной литературы, 1950.
-

Лит.-техн. редактор *В. В. Нечаева*

Сдано в набор 22/1-64 г. Подп. к печ. 10/II-64 г.
М-21748. Объем 2,25 печ. л. Заказ № 223.
Тираж 3000 экз. Цена 10 коп.

Ленинградская типография № 13 им. Котлякова
«Главполиграфпрома» Государственного комитета
Совета Министров СССР по печати, Садовая 21.