СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

Доцент кандидат медицинских наук
Т. Э. ВОГУЛКИНА

МАТЕРИАЛЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ВТОРИЧНОЙ ГИПОГАЛАКТИИ У ЖЕНЩИН

Автореферат
диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

СВЕРДЛОВСК
1963

СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Доцент кандидат медицинских наук
Т. Э. ВОГУЛКИНА

МАТЕРИАЛЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ВТОРИЧНОЙ ГИПОГАЛАКТИИ У ЖЕНЩИН

Автореферат
диссертация на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

СВЕРДЛОВСК
1963

Диссертация выполнена на кафедре пропедевтики детских болезней (зав.— доцент *Т. Э. Вогулкина*) Свердловского государственного медицинского института (директор — проф. *А. Ф. Зверев*). Научный консультант — проф. М. Н. Небытова-Лукьянчикова.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, проф. **В. С. Дуброва**
Доктор медицинских наук, проф. **А. И. Милосердова**
Доктор медицинских наук, проф. **С. А. Брайловский**

Дата рассылки автореферата «19» III 1963 г.

Защита диссертации состоится «19» IV 1963 г. на заседании Ученого Совета Свердловского государственного медицинского института (Свердловск, ул. Репина, 3).

Естественной пищей для ребенка первых месяцев жизни является материнское молоко. Состав и соотношение содержащихся в женском молоке питательных веществ, наличие необходимых для растущего организма ребенка гормонов, витаминов, микроэлементов, ферментов и иммунных тел объясняют высокую биологическую ценность женского молока и невозможность равноценной замены его смесями из молока животных.

Несмотря на несомненные успехи в области искусственного вскармливания при использовании ряда новых, более полноценных, пищевых продуктов, позволяющих избежать голодания и задержку развития ребенка, и в настоящее время все ведущие отечественные и многие видные зарубежные педиатры признают преимущества грудного вскармливания и являются горячими его сторонниками.

Отечественные педиатры считают необоснованной и вредной пропаганду искусственного вскармливания и расширение показаний к нему, имеющих место во многих зарубежных странах, — Америке, Англии, Швеции, Западной Германии, Франции и ряде других, где процент детей на грудном питании в последние годы резко снизился.

В Советском Союзе, благодаря всеобщему признанию естественного вскармливания и активной борьбе педиатров и акушеров в этом направлении, большинство женщин вскармливают своих детей грудью. Выпускаемые в последние годы отечественной пищевой промышленностью высококачественные молочные смеси и продукты для их изготовления предназначаются только для докорма и искусственного вскармливания, при наличии к тому определенных показаний, но не для широкой замены ими материнского молока.

Непрерывное повышение материального благосостояния и культуры трудящихся в нашей стране, улучшение условий труда и быта советских людей, охрана здоровья беременной

и кормящей женщины создают реальную возможность для проведения правильного грудного вскармливания огромному большинству детей.

Однако число детей, получающих ранний докорм и переведенных до 5—6-месячного возраста на искусственное вскармливание, остается еще высоким и не имеет значительной тенденции к снижению, а в ряде областей даже увеличивается. Приказом Министерства Здравоохранения РСФСР за № 575 от 9/VIII 1956 года было отмечено, что во многих поликлинических учреждениях педиатры ослабили внимание к вопросам грудного вскармливания и к профилактике ряда заболеваний раннего детского возраста.

Решением Комиссии Министерства Здравоохранения РСФСР (приказы №№ 553 и 38), изучавшей в 1955 г. показатели вскармливания детей в Свердловске, педиатры города были обязаны усилить работу по организации правильного питания детей раннего возраста и добиться снижения числа детей на раннем докорме.

По отчетным данным Горздравотдела в 1956 году в Свердловске на грудном вскармливании находилось 79% детей, 12,5% детей имели ранний докорм и 8,5% детей были переведены в первые 5 месяцев жизни на искусственное вскармливание. Таким образом каждый пятый ребенок вскармливался нерационально.

Анализ работы детских объединенных больниц показал, что среди заболевших и умерших детей раннего возраста многие получали неправильное питание.

Это побудило нас заняться, совместно с врачами детских объединений, детальным изучением причин раннего введения докорма и искусственного вскармливания детям г. Свердловска, выявить имеющиеся недостатки в обслуживании детей раннего возраста и разработать ряд практических мероприятий по улучшению показателей вскармливания детей первых месяцев жизни в наших условиях.

В последующем работа проводилась в соответствии с решениями научно-практической конференции Академии медицинских наук СССР по детскому питанию (12—15/III 1957 г.), указавшей на необходимость усилить исследования по вопросам повышения эффективности естественного вскармливания, поставив одной из основных задач борьбу с гипогалактией у кормящих женщин, которая является наиболее частой причиной раннего введения докорма детям.

Несмотря на большое число работ, в том числе и диссерта-

ционных: Ф. А. Варшавского (Харьков, 1941), Р. З. Гиршгорн-Жиловой (Ленинград, 1947), С. А. Дятлова (Москва, 1950), Е. Е. Качановой (Ленинград, 1954 г.), В. А. Шилейко (Харьков, 1955 г.), А. Е. Шпак (Киев, 1956 г.), В. П. Мирошниченко (Новокузнецк, 1957 г.), Н. С. Черкасовой (Рязань, 1958 г.), Л. Г. Ковтуновой (Ростов-на-Дону, 1960 г.) и др., проблема борьбы с гипогалактией у кормящих матерей далека еще до разрешения и требует дальнейших изысканий.

Остается актуальным выявление причин развития ранней и поздней вторичной гипогалактии у женщин в конкретных условиях и разработка эффективных методов ее предупреждения и терапии. Мало изучаются вопросы профилактики гипогалактии у женщин, работающих на промышленных предприятиях.

Разноречивы и неполны сведения о возможных изменениях состава женского молока при нарушениях лактации и зависимость их от причин, вызвавших гипогалактию.

Исследования отечественных (И. П. Павлов, М. М. Миронов, М. П. Никитин, И. И. Грачев, М. Г. Закс, Г. Н. Павлов, И. А. Барышников, Г. И. Азимов и мн. другие) и зарубежных физиологов (Д. Еспе, С. Фолли, Л. Коллип, М. Лелонг, М. Робинсон и др.) позволили познать многие стороны физиологии и биохимии лактации у животных. Заслугой отечественных ученых является изучение роли нервной системы в регуляции функции молочной железы и зависимости последней от состояния нервной деятельности животного.

Вместе с тем работ по изучению состояния нервной системы у женщин в периоде лактации очень мало, несмотря на многочисленные факты развития вторичной гипогалактии после психических травм и потрясений, а также переутомления и благоприятного влияния на уровень лактации психотерапии и правильного режима жизни и питания.

Остаются недостаточно изученными особенности обмена веществ у женщин в период кормления грудью, в частности особенности белкового обмена, принимающего большое участие в синтезе молока.

В настоящее время благодаря проведению отечественными и зарубежными физиологами многочисленных экспериментальных исследований в области физиологии и биохимии лактации у животных имеется возможность для более углубленного изучения этих вопросов и у человека.

При проведении нами в течение ряда лет работы по

изучению вторичной гипогалактии у кормящих женщин мы ставили перед собой следующие задачи:

1. Детально изучить причины раннего перевода детей на смешанное и искусственное вскармливание в условиях Урала, используя большой материал детских объединенных больниц гор. Свердловска и широко привлекая к этой работе врачей и руководителей практического здравоохранения.

2. Выявить основные факторы, неблагоприятно влияющие на лактационную функцию кормящих женщин в раннем и более позднем периоде лактации, с целью разработки и внедрения в практику здравоохранения мероприятий по профилактике вторичной гипогалактии.

3. Учитывая важность сохранения нормального состава женского молока для правильного развития ребенка и возможность изменения его при заболеваниях и нерациональном питании беременной и кормящей женщины, провести исследование молока женщин г. Свердловска на содержание белка, жира, лактозы, витамина «С» и солей Са и Р. Выявить наиболее часто встречающиеся изменения в составе женского молока при недостаточной лактации в зависимости от причины, вызвавшей гипогалактию. Дать определенные рекомендации по своевременному корригированию применяемых для докорма смесей и по улучшению питания кормящих женщин.

4. Изучить некоторые показатели белкового обмена у кормящих женщин с достаточной и пониженной лактацией: содержание общего белка, белковых фракций и подфракций глобулина в сыворотке крови, а также количество общего азота и азота мочевины в суточной моче. Выявить возможную зависимость между белковым составом сыворотки крови и содержанием жира и белка в женском молоке.

5. Основываясь на данных о ведущей роли нервной системы в регуляции процесса лактации и возможных изменений ее состояния при гипогалактии, изучить некоторые показатели, характеризующие функциональное состояние центрального и вегетативного отделов нервной системы, используя для этой цели эритемную реакцию кожи на ультрафиолетовое облучение и ряд простых вегетативных проб, удобных для исследования в любом медицинском учреждении. Выявление изменений состояния нервной системы может послужить дополнительным обоснованием для включения в комплекс мероприятий по борьбе с гипогалактией мер, нормализующих функцию нервной системы и повышающих общую реактивность организма кормящей женщины.

6. Показать на примере работы детских стационаров возможность успешно бороться с вторичной ранней и поздней гипогалактией при условии правильного использования известных и доступных методов стимуляции лактации с учетом причин, вызвавших гипогалактию. Дать, по возможности, сравнительную оценку использованных нами методов стимуляции лактации и показать зависимость эффективности проводимых мероприятий от продолжительности, причин и выраженности гипогалактии. Провести ряд мероприятий по улучшению обслуживания работающих на крупных промышленных предприятиях женщин и их детей в г. Полевском, где особенно велик процент детей, получавших искусственное и раннее смешанное вскармливание в связи с развитием у женщин гипогалактии. Мы стремились при этом показать большие возможности для сохранения грудного вскармливания детям работающих матерей при правильной организации обслуживания беременной и кормящей женщины и совместной работе врачей акушеров и педиатров в этом направлении.

Решение поставленных перед нами задач имело своей основной целью всемерно содействовать улучшению показателей вскармливания детей и повышению лактационной способности женщин в условиях Урала, привлечь внимание врачей практического здравоохранения к этому важнейшему разделу их работы, помочь правильному ее проведению.

Систематическая работа с врачами детских объединенных больниц в Свердловске и в районах области, организация взаимной проверки и обмена опытом работы отдельных районов города по организации питания детей, выступления с материалами работы на пленарных заседаниях Общества детских врачей и научных сессиях института, опубликование данных работы в периодической печати, внедрение в практику города и области методических указаний по борьбе с гипогалактией, просветительная работа среди населения — вот те основные пути, по которым проводилась реализация материалов настоящей работы в ходе ее выполнения. Намеченные и проводимые нами исследования по ряду вопросов вторичной гипогалактии у женщин не претендуют на разрешение этой большой и сложной работы в целом.

Если проведенная нами работа поможет дальнейшему изучению нарушений лактационной функции у женщин, а проводимые нами в г. Свердловске и г. Полевском мероприятия по сохранению и стимуляции лактации окажутся полезными

для практического здравоохранения, мы будем считать свою задачу выполненной.

1. Состояние вскармливания детей первых месяцев жизни и причины развития гипогалактии у женщин

Организация вскармливания детей первых месяцев жизни и причины раннего введения детям докорма и искусственного вскармливания изучались одновременно по всем районам города при активном участии заведующих поликлиническими отделениями объединенных детских больниц и участковых врачей. Для получения необходимых сведений нами был разработан подробный вопросник, позволявший в каждом случае выявить не только время и причину введения ребенку докорма, но судить и о качестве обслуживания его участковым врачом.

Разработка 5020 историй развития детей первого года жизни, находившихся под наблюдением детских консультаций не менее 6 месяцев, показала, что 80,8% детей (4061 ребенок) вскармливались до 5—6 месяцев грудным материнским молоком, 15,2% (755 детей) получили докорм молочными смесями и 204 ребенка (4%) были переведены на искусственное вскармливание в возрасте до 5 месяцев.

Наиболее часто докорм вводился на втором и третьем месяце жизни и во многих случаях совпадал с началом работы матери. Так в 82,4% случаев перевод на смешанное вскармливание имел место в первые 3 месяца жизни (из них в 17% на первом месяце), что особенно нежелательно, т. к. дети этого возраста значительно хуже приспосабливаются к чужеродной пище, чаще дают отставание в развитии и желудочно-кишечные заболевания.

Причины раннего введения докорма были различны. Наиболее часто (в 46,9%) поводом к введению докорма служила недостаточная лактация у матери. В 38,0% случаев смеси назначались при достаточной лактации с выходом матери на работу. В последующем и в этих случаях обычно развивалась гипогалактия вследствие редкого и беспорядочного кормления грудью ребенка. Заболевание матери без нарушений лактации (3,9%) или болезнь ребенка (4,1%) среди причин раннего введения докорма занимали небольшое место. В 7,1% случаев докорм вводился матерью без каких-либо показаний, что говорило об отсутствии должного контроля за вскармливанием детей на участке и просветительной работы.

Среди детей, получавших ранний докорм и искусственное вскармливание, лишь 68,3% систематически наблюдались консультацией. Дородовым патронажем было охвачено только 40% женщин. В 64,9% случаев докорм вводился матерью и лишь затем констатировался врачом. Более половины детей получили докорм без предварительной проверки кормления. Чередование грудных кормлений с кормлением из рожка неблагоприятно отражалось на лактации и нередко приводило к отказу ребенка от груди. Причины раннего докармливания и развития гипогалактии выявлялись редко, стимуляция лактации в большинстве случаев не проводилась.

Для проведения мероприятий по профилактике гипогалактии и стимуляции лактации явилась необходимость в детальном изучении причин понижения лактации у женщин, как в раннем послеродовом периоде, так и в последующие месяцы кормления.

По наблюдению многих авторов тяжелый токсикоз и заболевания в периоде беременности, патология в родах, особенно связанная с значительной кровопотерей и оперативными вмешательствами, а также преждевременные роды являются частыми причинами нарушения лактации (Г. Н. Сперанский, 1928; Э. Кравец, 1938; Робинсон М., 1943; В. А. Шилейко, 1954; Хиттен Ф. Е., 1954; И. Ф. Жордания, 1955; Е. С. Захарова, 1956; И. Н. Дмитрюк, 1957; Л. В. Тимошенко, 1957 и многие др.).

Большое влияние на уровень лактации оказывает питание женщин в период беременности и кормления. При снижении суточного калоража пищи, бедности пищевого рациона полноценными белками, жиром, растительными продуктами и витаминами нередко развивается гипогалактия и ухудшается состав молока (А. О. Гершензон, 1925; Б. М. Дашевская, 1929; Р. З. Гиршгорн-Жилова, 1947; Б. Б. Кречмер и С. А. Баяндина, 1948; И. М. Островская, 1951; Е. С. Крыжановская, 1953—1958; М. Н. Небытова-Лукьянчикова, 1949, 1954, 1959; К. Н. Иванова, 1955; Л. Т. Трофимова, 1959; Ф. В. Ведрашко, 1960 и др.).

Отрицательно влияют на лактацию повторные нарушения режима сна и отдыха, умственное и физическое переутомление, производственные вредности.

Редкое и беспорядочное кормление ребенка грудью, неполное освобождение молочных желез от молока, нарушая нервно-эндокринную регуляцию лактации, приводят к ее угнетению (Н. Ромер, 1938; З. О. Мичник, 1940; Л. Г. Эпштейн,

1948; И. В. Цимблер, 1949; Д. И. Огородник, 1954; К. Н. Иванова, 1955; С. П. Виноградова, 1957; Ф. М. Илупина, 1957 и др.). Отрицательно влияют на лактацию и тяжелые нервные переживания.

Нами были изучены причины развития гипогалактии у 897 женщин, 457 из которых наблюдались нами лично на участках и в детских стационарах города; 340 женщин — участковыми врачами, работавшими под нашим руководством.

На каждую женщину, взятую на учет по поводу недостаточной лактации, заполнялась карта с указанием возраста, профессии, условий жизни, питания и работы, состояния здоровья. Собирались подробные сведения о течении беременности, родов и послеродового периода, о режиме кормления ребенка грудью и имеющихся затруднениях при этом, а также об обслуживании женщины в роддоме и на участке.

Большинство наблюдаемых женщин имели возраст от 21 до 30 лет. Первородящие женщины составляли 63,8%, повторнородящие — 36,2%. Среди последних в 25,9% случаев отмечалась гипогалактия и при вскармливании предыдущих детей.

Рабочие составляли 50,4%, служащие — 24,9%, учащиеся — 3,5% и домашние хозяйки — 21,2%. Среди рабочих 87% работали на крупных промышленных предприятиях города, 13% — на транспорте, стройках и в различных учреждениях. Материально-бытовые условия у большинства женщин были удовлетворительными.

У 188 женщин (21,0%) гипогалактия развилась на первом месяце (из них у 114 (12,7%) в раннем послеродовом периоде); у 176 женщин (19,6%) — на втором, у 241 (26,9%) — на третьем, у 152 (16,9%) — на четвертом и у 140 (15,6%) на пятом месяце кормления.

Таким образом, наиболее часто лактация нарушалась на третьем и первом месяцах кормления. Последнее побудило нас выделить случаи ранней гипогалактии, дополнив имеющийся материал данными историй родов и соответствующих историй развития детей 121 женщины, родивших в 1956 г. в Свердловском институте Охраны Материнства и Младенчества и имевших недостаточную лактацию с первых дней послеродового периода. Лишь у 13 женщин из 235 с ранней гипогалактией можно было думать о гипогалактии первичной, связанной с общей инфантильностью или недоразвитием молочных желез у очень юных или пожилых первородящих женщин.

В остальных случаях был выявлен ряд неблагоприятных моментов, нарушающих состояние здоровья женщины во время беременности, родов и послеродового периода или мешающих нормальному вскармливанию ребенка грудью.

Так, у 45 женщин (19,1%) отмечался тяжелый токсикоз второй половины беременности — нефропатия, 36 женщин (15,3%) перенесли в периоде беременности заболевания (из них 10 женщин заболевания сердечно-сосудистой системы, 7 — вирусный грипп, 5 — пневмонию, 3 — острый нефрит). У 36 женщин из 114 опрошенных лично были выявлены дефекты в питании: преимущественное употребление крупяных и мучнистых блюд при недостатке молочных и мясных продуктов и овощей.

Обращает на себя внимание высокий процент осложнений в родах (26,3%): слабость родовой деятельности и затяжные роды отмечены у 25 женщин, атонические кровотечения — у 10, оперативные вмешательства у 26 женщин. Развитие трещин и ссадин сосков в первые дни кормления грудью отмечалось у 36,5% женщин с ранней гипогалактией. У 40 женщин (17%) выявлены различные заболевания в послеродовом периоде; у 12 из них имелся ранний мастит. Вследствие недоношенности и родовой травмы 30,6% женщин поздно прикладывали к груди ребенка (на 2—3 сутки и позднее). Слабо выраженный сосательный рефлекс имелся у 20,8% детей.

Имели место тяжелые переживания и волнения, связанные с заболеваниями женщины, осложнениями в родах, недоношенностью и родовой травмой ребенка и реже с семейным неблагополучием.

Развитию вторичной гипогалактии в более позднем периоде содействовали также различные причины, нередко сочетающиеся друг с другом, однако при внимательном опросе почти всегда удавалось выяснить основную причину нарушения лактации.

Наиболее часто, у 40,9% женщин, лактация понижалась после систематических нарушений правил кормления ребенка грудью: при редком и беспорядочном прикладывании к груди, нерегулярном сцеживании молока, неполном отсасывании молока ребенком.

Редкое кормление грудью часто совпадало с выходом матери на работу и введением ребенку докорма молочными смесями. Питание 185 женщин (20,6%) было неполноценным, содержащим мало мясных и молочных продуктов, овощных

блюд, животного жира. У 15% женщин отмечались заболевания и токсикоз в периоде беременности, у 14,4% — осложнения в родах, у 12% женщин — заболевания в раннем послеродовом периоде. Выявлено отрицательное влияние на лактацию трещин сосков, наблюдавшихся у 23,1% женщин, и маститов (у 7,9%).

Среди заболеваний, перенесенных в периоде кормления и вызвавших последующее понижение лактации, на первом месте стоит тяжелый вирусный грипп, затем пневмония, сердечно-сосудистые заболевания и реже заболевания желудочно-кишечного тракта.

2. К вопросу о составе женского молока при достаточной и пониженной лактации

Состав и физико-химические свойства женского молока изучены довольно полно. Выявлены значительные индивидуальные колебания в содержании основных ингредиентов молока, солей и витаминов, зависящие в основном от питания женщины, условий сбора молока, состояния здоровья кормящей матери (Р. О. Лунц, 1935; М. Н. Небытова-Лукьянчикова, 1935; Р. Л. Шуб, 1941; Б. А. Лавров, 1944—1945; Р. З. Гиршгорн-Жилова, 1947; И. В. Цимблер, 1948; Н. Р. Шастин, 1950; Р. М. Нугманова, 1950; М. С. Маслов, 1952; Е. Е. Качанова, 1954; Е. С. Крыжановская, 1956; Д. И. Хорошанская, 1956 и мн. другие).

Исследование состава женского молока проводилось в пищевой лаборатории Свердловского гигиенического института и городской санитарно-эпидемической станции. Определение белка производилось по методу Кьельдаля, жира — в бутирометрах Гербера, лактозы — поляриметрическим методом и витамина «С» — по стандарту, упрощенным методом Государственной контрольной витаминной станции.

У доноров и женщин с средним уровнем лактации молоко собиралось в утренние часы (в 9-часовое кормление) путем полного сцеживания его из одной груди без прикладывания ребенка. При значительном понижении лактации молоко сцеживалось полностью из той и другой груди, а иногда и в часы последующего кормления.

После перемешивания, необходимое для исследования количество молока в чистой, плотно закрытой и обернутой черной бумагой бутылочке немедленно направлялось в лабораторию.

У большинства женщин состав молока исследовался повторно через 1—2 дня при тех же условиях сбора. Существенных колебаний в составе молока при этом мы ни разу не наблюдали.

На каждую женщину, молоко которой исследовалось, заполнялась карта с указанием возраста, состояния здоровья, условий жизни и работы, особенностей питания.

Всего проведено исследований на содержание белка 220 проб женского молока, на содержание жира — 298, сахара — 181, витамина «С» — 343, солей кальция — 126 и солей фосфора — 123 пробы.

Для большей точности полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики.

Среднее содержание белка в молоке женщин г. Свердловска равняется, по нашим данным, 1,36±0,03 *г%*, жира — 3,43±0,05 *г%*, сахара — 6,25±0,05 *г%*, солей кальция — 40,72±0,32 *мг%*, фосфора — 24,91±0,07 *мг%* и витамина «С» — 2,74±0,11 *мг%*. Средние показатели содержания белка, жира, солей кальция и фосфора не отличаются существенно от данных других авторов. Среднее содержание сахара оказывается несколько пониженным (на 0,3—0,7 *г%*), а витамина «С» пониженным весьма значительно (2,74 *мг%* вместо 4—5 *мг%* в норме).

Количество белка, жира и углеводов в молоке женщин, имевших пониженную лактацию, колебалось в более значительных пределах, чем при достаточном уровне лактации. Гиполактация с понижением суточного количества молока до 200—250 *мл* нередко сопровождалась более высоким содержанием белка и жира в молоке при низком уровне лактозы, что приближало состав молока к переходному.

За исключением этих случаев, при гипогалактии минимальное содержание основных ингредиентов и витамина «С» встречалось значительно чаще, чем в молоке хорошо лактирующих женщин. Среднее содержание белка равнялось 1,18 *г%*, жира — 2,9 *г%*, углеводов — 5,78 *г%* и витамина «С» — 2,26 *мг%*.

Определенной зависимости между уровнем отдельных компонентов молока выявить не удалось. Значительных отклонений в содержании солей фосфора и кальция в грудном молоке при гипогалактии также не отмечалось.

Состав женского молока при достаточном уровне лактации и при гипогалактии во многом зависел от питания женщин, что подтверждали данные сопоставления анализов

молока у 100 женщин, получивших различный по качеству пищевой рацион. Минимальное содержание белка (в среднем 1,08 *г%*), жира (2,6 *г%*) и лактозы (5,6 *г%*) имелось у женщин, получавших одностороннее питание, бедное животными белками, жиром и растительными продуктами. Низкое содержание витамина «С» в молоке многих женщин как с нормальной, так, в особенности, с пониженной лактацией можно было объяснить недостаточным его содержанием в пище и отсутствием дополнительного назначения витаминных препаратов. Об этом свидетельствовали данные проведенного нами изучения сезонных колебаний в содержании витамина «С» в грудном молоке 343 кормящих женщин.

Максимальное среднее содержание витамина «С», равное 4,57 *мг%*, отмечалось в летне-осенний период года, а минимальное (1,95 *мг%*) — в зимне-весенний период.

Низкое содержание витамина «С» наблюдалось также в молоке женщин, перенесших тяжелые заболевания в периоде беременности и лактации, и нередко сочеталось с гипогалактией.

Возможность значительного понижения содержания в молоке белка, жира, углеводов и витамина «С» у нерационально питающихся женщин, в особенности при развитии гипогалактии, необходимо учитывать и соответственно корригировать материнское молоко, а также молочные смеси, применяемые для докорма ребенка, добавлением сливок, творога и других белковых препаратов, глюкозы и витамина «С».

Часто наблюдаемые дефекты в питании беременных и кормящих женщин, связанное с этим развитие гипогалактии и понижение питательной ценности женского молока, обязывают врачей-акушеров и педиатров усилить внимание к этому вопросу. Необходимо правильно проводить витаминизацию женщин в периоде беременности и лактации, предусмотренную приказом Министерства Здравоохранения СССР за № 209 — 1955 г. и инструкцией № 254 — 1957 г. о принятии необходимых мер при выявлении недоетаточного содержания в женском молоке витамина «С».

3. Некоторые показатели белкового обмена у кормящих женщин при достаточной лактации и при гипогалактии

Определение общего белка сыворотки крови, белковых фракций и фракций глобулина проведено у 53 здоровых кормящих женщин. В течение 1—2 недель до обследования все

женщины получали в основном больничное питание, содержащее 95—100 *г* белка, 85—95 *г* жира и 450—500 *г* углеводов, что составляло 3000—3200 калорий. Кроме того, большинство женщин дополнительно имели молоко или кисломолочные продукты (в среднем 0,5 *л* в сутки), сахар, печенье и, реже, фрукты.

Суточное количество молока определялось путем регулярных взвешиваний ребенка до и после кормления грудью с учетом сцеживаемого молока. Кровь для исследования бралась утром до первого завтрака. Общий белок и белковые фракции сыворотки крови исследовались биуретовым методом Вольфсона при помощи фотоэлектрического калориметра ФЭК-М в биохимической лаборатории Свердловского института ОММ.

Результаты исследования сопоставлялись с данными В. И. Лавровой (1957), использовавшей ту же методику. По данным В. И. Лавровой общий белок сыворотки крови у здоровых некормящих женщин равен 6,83±0,19 *г*%, альбумины — 3,95±0,13 *г*%, глобулины 2,88 *г*%, α-глобулины 0,85±±0,01 *г*%, β-глобулины 0,97±0,037 *г*% и γ-глобулины — 1,06±0,045 *г*%.

По нашим данным, содержание общего белка в сыворотке крови у кормящих женщин колеблется от 6,7 *г*% до 9,0 *г*% и равняется в среднем 7,98±0,09 *г*%, т. е. несколько выше средней нормы для нелактирующих женщин.

Повышение общего белка происходит за счет относительного и абсолютного повышения глобулина (в среднем 3,27±±0,11 *г*%) и, в меньшей мере, альбуминов (5,01±0,12 *г*%). Можно думать, что более высокое содержание белка в сыворотке крови у женщин в периоде лактации необходимо для синтеза основных ингредиентов молока печенью и молочной железой, причем в большей мере используются альбумины, являющиеся основной частью белка женского молока.

Альфа- и бета-глобулиновые фракции белка имеют тесную связь с многими гормонами, витаминами и принимают участие в переносе металлов, деятельность же гормональной системы и витаминный обмен в период лактации повышены. Уровень гамма-глобулиновой фракции белка, играющей большую роль в образовании антител и выработке иммунитета, у кормящих женщин несколько понижен. Вероятно γ-глобулины усиленно расходуются и выделяются с молоком, обеспечивая естественный иммунитет ребенку. Известно также,

что в периоде кормления женщины более подвержены различным заболеваниям, чем вне кормления грудью.

Исследование белкового состава сыворотки крови у 37 женщин с гипогалактией показали, что содержание общего белка колеблется примерно в тех же пределах, как и у женщин с достаточным уровнем лактации, составляя в среднем 7,96±0,11 *г*%. Вместе с тем, в ряде случаев отмечалось абсолютное и относительное понижение содержания альбуминов, повышенное содержание бета-глобулинов и понижение гамма-глобулиновой фракции. По-видимому, перенесенные ранее тяжелые заболевания, явившиеся в этих случаях основной причиной гипогалактии, вызвали нарушение белкового обмена. Нередко более низкое содержание альбуминов в сыворотке крови сочеталось и с минимальным содержанием белка в молоке этой группы женщин.

Прямой зависимости между содержанием общего белка в сыворотке крови и количеством выделяемого за сутки белка с молоком и его процентным содержанием не наблюдалось. Проведенные в этом направлении исследования (у 20 женщин) показали, что в ряде случаев относительно высокое содержание белка в сыворотке крови сочетается с низким содержанием его в молоке, особенно в случаях гипогалактии. Можно предполагать, что в этих случаях нарушается процесс использования печенью белков крови для синтеза «предшественников» молока и образования белка молока из последних молочной железой.

Зависимости между уровнем отдельных белковых фракций и содержанием белка в молоке выявить также не удалось. При сопоставлении белкового состава сыворотки крови с содержанием жира в суточном количестве молока и его процентным содержанием в молоке 15 женщин мы также определенной зависимости не выявили: высокое содержание белка в сыворотке крови нередко сочеталось с относительно низкой жирностью молока и, напротив, содержание жира в молоке могло быть высоким при сравнительно невысоком проценте белка в сыворотке крови. Учитывая, что количество азота, выводимого с мочой, является ценным показателем азотистого обмена в организме, нами у 34 здоровых кормящих женщин, находящихся в тех же условиях, исследовался по методу Аселя общий азот мочи и азот мочевины. Полученные данные сравнивались с указаниями других авторов о содержании азотистых продуктов в моче здоровых женщин той же возрастной группы (от 20 до 34 лет). По полученным данным,

количество выделяемого с мочой общего азота у кормящих женщин колеблется в широких пределах — от 7,2 до 18,0 *г*, составляя в среднем 11,23 *г*, вместо 16—18 *г* в норме по литературным данным. У 18 женщин из 34 обследованных содержание общего азота в суточном количестве мочи было в пределах обычных колебаний, но ниже средней нормы, а у 11 женщин оказалось ниже 10,0 *г*, т. е. минимального нормального количества его у здоровых людей, получающих достаточное по белковому составу питание. Уменьшение выделяемого с мочой количества азота происходило за счет снижения азота мочевины, количество которого колебалось от 4,2 *г* до 13,0 *г* в сутки и равнялось в среднем 7,17 *г* вместо 12—14 *г* в норме. Лишь у 3 женщин содержание азота мочевины было в пределах обычных колебаний; у 31 женщины оно оказалось ниже нормы. Соответственно менялся и относительный показатель: азот мочевины составил в среднем 64% общего азота мочи вместо 85—90%.

Низкое выделение азота мочевины у кормящих женщин связано, по-видимому, с изменением белкового обмена и дезаминирующей функции печени в период лактации, с усиленным использованием продуктов азотистого обмена для образования исходных для молока веществ. Отсутствие определенной зависимости между количеством выделяемого с мочой общего азота и азота мочевины, с одной стороны, и количеством белка, выделяемого за сутки с молоком (определявшегося нами у 20 женщин), не противоречит указанному выше предположению. Установлено, что белки сыворотки крови используются не только для синтеза молочного белка, но также для синтеза жира, лактозы и на процессы метаболизма, энергично протекающие в печени и в молочной железе в период лактации.

При недостаточной лактации количество общего азота мочи было выше — от 7,2 до 18,0 *г* и равнялось в среднем 11,02 *г*. Соответственно выше было и выделение азота мочевины, равное в среднем 7,53 *г* при колебаниях от 4,2 до 13,0 *г* у различных женщин, что подтверждает связь данных показателей с лактацией.

Практика показывает, что при вторичной гипогалактии меры, направленные на улучшение общего состояния женщины и нормализацию обменных процессов (витаминотерапия, полноценное питание и др.) позволяют в большинстве случаев в довольно короткий срок (1—2 недели) восстановить полностью или значительно повысить лактацию. Это указы-

вает на отсутствие у большинства женщин значительных и стойких нарушений обмена веществ; последние имеют место главным образом при тяжелых заболеваниях и осложнениях в периоде беременности, родов и послеродового периода и в этих случаях результаты стимуляции лактации оказываются значительно хуже.

4. К вопросу о роли нервной системы в процессе лактации у женщин

Экспериментально-клиническими исследованиями отечественных физиологов установлено, что деятельность молочной железы, как и других систем и органов, регулируется нервно-гуморальным путем при ведущей роли центральной нервной системы и ее высшего отдела. Высокий функциональный тонус нервной системы является важнейшим условием для нормальной деятельности молочной железы, определяя уровень и направление происходящих в период лактации синтетических процессов в печени и молочной железе (М. М. Миронов, И. П. Павлов, Л. Н. Воскресенский, В. Н. Бехтерев, К. М. Быков, И. А. Барышников, Г. Н. Павлов, И. И. Грачев и другие).

Имеются работы, свидетельствующие о том, что нарушение лактации у женщин нередко связано с переутомлением, недостаточным сном, тяжелыми психическими переживаниями. Напротив, упорядочение режима сна и отдыха, психотерапия и общеукрепляющие мероприятия оказывают на лактацию благоприятное влияние и во многих случаях позволяют предупредить и устранить гипогалактию (Г. Н. Сперанский, 1928; Р. О. Лунц, 1935; И. А. Штерн, 1936; Р. З. Гиршгорн-Жилова, 1947; И. В. Цимблер, 1949; К. Н. Иванова, 1955 и др.).

Вместе с тем работы по изучению состояния центральной нервной системы и ее вегетативного отдела у кормящих женщин немногочисленны и вопрос этот мало освещен в литературе.

В настоящей работе проведено исследование некоторых показателей, характеризующих функциональное состояние нервной системы у 41 здоровой женщины в возрасте от 18 до 36 лет и у 15 здоровых не кормящих женщин той же возрастной группы. У 15 кормящих женщин лактация была достаточной и у 26 пониженной.

Все женщины находились примерно в одинаковых условиях режима и питания и обследовались через 7—12 дней после поступления в стационар.

В качестве основного теста, характеризующего функциональный тонус как центрального, так и периферического отделов нервной системы, была использована, по предложению профессора Д. Г. Шефера, эритемная реакция кожи на облучение ее ультрафиолетовыми лучами и ряд вегетативных проб.

Изучение показателей ультрафиолетовой эритемы при физиологических и патологических состояниях организма выявляет зависимость развития и течения эритемной реакции кожи от функционального тонуса центральной нервной системы, от соотношения процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга (Д. Г. Шефер, 1944; А. А. Белугин, 1949; Р. С. Варшавер, 1950; А. Т. Пшоник, 1952; Л. А. Стукалова, 1953; А. С. Шарпань, 1953; К. В. Хилевский, 1953; В. В. Скрябин, 1954; А. А. Рогов, 1955; Э. М. Силина, 1956 и др.).

Для получения эритемной реакции кожи нами использовалась новая ртутно-кварцевая лампа типа ПРК-4 с подключением в цепь стабилизатора напряжения СН-2 завода «Кинап». Облучению подвергались симметричные участки кожи на сгибательной поверхности предплечий левой и правой руки с использованием биодозиметра Горбачева — Дальфельда в 10 полей. При характеристике реакции учитывались длительность скрытого периода, время биодозы, продолжительность и интенсивность эритемной реакции.

Эритемная реакция кожи у здоровых некормящих женщин и у женщин с достаточным уровнем лактации появлялась обычно после непродолжительного (чаще менее 2 часов) скрытого периода, была выражена ярко или умеренно и держалась от 3 до 6—7 дней. Время биодозы колебалось в значительных пределах и равнялось у большинства женщин 1—3 минутам, что говорило о достаточно высоком функциональном тонусе центральной нервной системы и реактивности организма.

В ряде случаев яркая эритема сочеталась с коротким латентным периодом и низким порогом биодозы (1—2 минуты), что указывало на повышенную реактивность кожи, свойственную людям с неустойчивой нервной системой и с вегетативной настроенностью в сторону парасимпатикотонии (К. В. Хилевский).

У женщин с пониженной лактацией ультрафиолетовая

эритема во многих случаях — у 16 женщин из 26, была слабо выражена, а у 3 женщин не проявилась совсем. Эритема кожи держалась не долго, чаще от 1 до 3 дней, порог биодозы в этих случаях был значительно выше, а время биодозы достигало 5—8 минут.

Угнетение эритемной реакции кожи особенно отчетливо выявлялось у женщин, перенесших незадолго до обследования тяжелые заболевания и осложнения в родах, имевших причиной гипогалактии умственное и физическое переутомление и неполноценное питание.

Показатели эритемной реакции кожи говорили о понижении тонуса центральной нервной системы у женщин с гипогалактией, о преобладании тормозных процессов в коре головного мозга и о понижении общей реактивности организма.

Отсюда вытекает необходимость включать в комплекс мероприятий, направленных на усиление лактации, средства, нормализующие деятельность нервной системы и повышающие реактивность организма женщины, не ограничиваясь временной стимуляцией лактации путем частых прикладываний к груди ребенка и назначения пролактина.

Наличие функциональной неустойчивости нервной системы у женщин в периоде лактации, в особенности при развитии гипогалактии, подтверждают и полученные данные повторных исследований у тех же групп женщин ряда вегетативных рефлексов: зрачкового рефлекса, рефлекса Ашнера, показателей артериального давления, частоты пульса и дыхания, гидрофильной пробы. Перечисленные рефлексы отличались лабильностью, частыми сдвигами вегетативных реакций в сторону ваготонии и симпатикотонии, что чаще и отчетливей было выражено у женщин, имевших гипогалактию.

Можно полагать, что неблагоприятные влияния на организм женщины в периоде беременности, родов и кормления явились причиной изменения нормального состояния центральной нервной системы и ее вегетативного отдела, что вызвало нарушение нервногуморальной регуляции лактации, развитие гипогалактии. С этим можно связать отчасти и отмеченные выше особенности белкового обмена у женщин в периоде лактации, а также, в известной мере, непостоянство состава женского молока и изменения последнего при гипогалактии. Очевидно, нарушение лактации встречается чаще и бывает более выраженным, при прочих равных условиях, у женщин слабого и неуравновешенного типа высшей нервной деятельности, более чувствительных к различным неблаго-

приятным влияниям. Определение показателей ультрафиолетовой эритемы кожи и перечисленных простых вегетативных проб легко выполнимо в условиях любого детского стационара и может быть рекомендовано для характеристики состояния нервной системы у кормящих женщин, что важно учитывать при проведении профилактики гипогалактии и стимуляции лактации.

5. Вопросы профилактики гипогалактии и стимуляции лактации у кормящих женщин

Изучение материалов детских консультаций г. Свердловска показало, что проведению правильного вскармливания детей первых месяцев жизни и сохранению лактации у кормящих матерей не уделяется должного внимания. Об этом свидетельствует далеко не полный охват беременных женщин дородовым патронажем и подготовкой молочных желез к лактации, слабый контроль за выполнением режима и питанием женщин в периоде беременности и кормления, отсутствие систематической витаминизации женщин, частые нарушения правил кормления грудью ребенка. Недостаточная разъяснительная работа среди женщин и слабый контакт их с работниками детской консультации приводят к тому, что матери часто сами, без достаточных оснований и без рекомендаций врача, вводят детям докорм, допуская при этом грубые ошибки.

Отсутствие должной преемственности в работе акушеров и педиатров по профилактике и терапии вторичной гипогалактии у женщин является причиной того, что во многих случаях понижение лактации выявляется поздно, стимуляция лактации в ранние сроки не проводится или не доводится до конца. Врачи родильных отделений и детских консультаций нередко неправильно используют известные методы стимуляции лактации.

Недостаточный контроль за уровнем лактации в периоде ее стимуляции и за выполнением сделанных назначений приводит к тому, что лечение часто не доводится до конца, а избыточное получение матерью смесей для докорма из молочной кухни и чередование грудных кормлений с кормлением из рожка поддерживает и усиливает гипогалактию.

В детских стационарах города и области нередко наблюдается развитие вторичной гипогалактии у женщин после

поступления их в стационар с больными детьми из-за отсутствия условий для отдыха и сна, несоблюдения водного и пищевого режима, отсутствия прогулок и витаминизации. Угнетающе влияют на лактацию переживания матери, связанные с заболеванием ребенка, и тревога об оставленной семье, а также слабое и неполное отсасывание молока при отсутствии регулярного сцеживания его после кормлений грудью. Выявленные недостатки в организации грудного вскармливания детей были положены нами в основу методических указаний по профилактике и борьбе с вторичной гипогалактией у женщин, разосланных во все детские объединенные больницы и родильные отделения города и области.

В методических указаниях подчеркивалась необходимость совместной работы акушеров и педиатров в этом вопросе. Даны подробные указания по проведению подготовки к лактации в дородовом периоде (утренняя гимнастика, воздушные ванны, массаж молочных желез, облучение тела ртутно-кварцевой лампой и др.), по проведению витаминизации в периоде беременности и кормления, правильному составлению пищевого рациона женщины и режима дня, а также излагались правила кормления грудью ребенка. Подчеркивалась необходимость своевременного обучения женщин сцеживанию молока и правильному проведению докорма. С целью стимуляции лактации рекомендовались оправдавшие себя методы лечения: лечебные дозы витаминов А, Е, С, РР, физиотерапия (облучение молочных желез ртутно-кварцевой лампой, УВЧ-терапия, диатермия), общеукрепляющая терапия (гемотерапия, инъекции экстракта алоэ, гамма-глобулина, витамина B_{12} и др.), а при ранней гипогалактии — пролактин.

Обращалось внимание на необходимость своевременного выявления и устранения причин, вызвавших нарушение лактации, и на обязательное использование тех или иных средств в комплексе с правильным питанием и режимом женщины, а также с достаточно частым и полным освобождением от молока молочных желез.

Слабым участком работы оставалось обслуживание женщин, работающих на промышленных предприятиях. Трудности в сохранении грудного кормления после выхода женщин на работу, в особенности при дальнем расстоянии от дома, неумение сцеживать молоко, частые нарушения режима сна и питания, неправильное использование (в конце рабочего дня) полагающегося перерыва для кормления ребенка, отсутствие условий для кормления и сцеживания молока на производст-

ве, а иногда и переутомление являлись частой причиной понижения лактации.

Проводимая под нашим руководством заведующим Горздравотделом г. Полевского А. И. Марковым работа по улучшению обслуживания работающих на крупных промышленных предприятиях женщин и их детей дала положительные результаты. Систематическое наблюдение за состоянием здоровья и питанием беременных женщин, назначение витаминных препаратов, правильная подготовка к лактации, своевременное обучение женщин правилам грудного кормления, массажу молочных желез и сцеживанию молока, позволили снизить число случаев гипогалактии. Создание правильного охранительного режима в родильных отделениях г. Полевского, усиление санитарно-просветительной работы в женских и детских консультациях, родильных отделениях и на участках по вопросам правильного вскармливания детей и предупреждения развития гипогалактии у женщин, назначение кормящим женщинам витаминных препаратов содействовали уменьшению раннего докорма и искусственного вскармливания детей первых месяцев жизни в г. Полевском.

Большую положительную роль сыграла организация при здравпунктах крупных заводов комнат для сцеживания грудного молока. Это позволило далеко живущим женщинам регулярно, в гигиенической обстановке, сцеживать молоко и при необходимости использовать его для кормления своих детей. Женщины, имевшие избыток молока, становились донорами, а собранное молоко поступало в детские больницы, ясли и детям на участки. Для сцеживания молока с успехом использовались электромолокоотсосы системы С. А. Дятлова.

В результате проведенных мероприятий число детей на грудном вскармливании в г. Полевском увеличилось в 2,3 раза, вместе с тем в 2,5 раза снизилась заболеваемость рахитом, значительно уменьшилась общая заболеваемость детей первого года жизни и ранняя детская смертность. Данные проведенной работы в г. Полевском указывают на необходимость и на возможность улучшить обслуживание работающих женщин и их детей.

Комплексная стимуляция лактации, проведенная нами в условиях детских стационаров г. Свердловска 158 женщинам, показала, что при правильной организации режима и питания, частом и полном освобождении молочных желез от молока, использовании лечебных доз витаминов А, Е, С и РР, проведении психотерапии и ряда физических методов лечения

(ультрафиолетового облучения молочных желез, диатермии, токов УВЧ, массажа) возможно довольно быстро повысить уровень лактации у большинства женщин. В тех случаях, когда развитие гипогалактии не было связано с заболеванием, а угнетение лактации продолжалось не долго и не достигало большой степени, результаты стимуляции лактации были лучше. Назначение пролактина при поздней вторичной гипогалактии оказалось малоэффективным и не могло быть рекомендовано в этих случаях. В процессе выполнения проводимой нами в течение ряда лет работы по изучению гипогалактии у женщин широко привлекались врачи и заведующие детских поликлинических отделений города для анализа работы по проведению вскармливания детей первого года жизни, профилактических и лечебных мероприятий по борьбе с гипогалактией.

Результаты работы обсуждались на пленарных и секционных заседаниях Свердловского отделения общества детских врачей и на врачебных конференциях в районах города. Взаимопроверка выполнения принятых решений по лучшей организации борьбы за грудное вскармливание и сохранение лактации у женщин, проведение массовых семинаров и лекций по данным вопросам в детских больницах, среди участковых врачей и средних медицинских работников, широкое внедрение в практику составленных методических указаний по профилактике гипогалактии и стимуляции лактации содействовали улучшению показателей вскармливания детей в г. Свердловске: за период с 1956 года по 1961 год процент детей, получивших ранний (до 3 месяцев) прикорм, удалось снизить в два раза. Оказание систематической помощи органам здравоохранения по организации правильного вскармливания детей раннего возраста в городе и области являлось одной из основных задач выполненной нами работы.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

1. Введение докорма и искусственного вскармливания детям первых месяцев жизни во многих случаях связано с развитием у женщин вторичной гипогалактии как в раннем послеродовом периоде, так и в последующие месяцы кормления ребенка. Неблагоприятные факторы, нарушающие лактацию, разнообразны и нередко сочетаются друг с другом, однако внимательный опрос женщины позволяет в большинстве случаев выявить основную причину развития гипогалактии.

2. Гипогалактия в раннем послеродовом периоде часто развивается у женщин, перенесших токсикозы и заболевания в периоде беременности, тяжелые осложнения и оперативные вмешательства в родах, а также заболевания (в том числе трещины сосков и маститы) в послеродовом периоде. Нерациональное питание в периоде беременности и нарушение режима жизни, нервные переживания, затруднения в проведении грудного вскармливания при недоношенности и болезни ребенка и реже по другим причинам также способствуют развитию ранней гипогалактии.

3. Среди причин развития вторичной гипогалактии в последующие месяцы на первом месте стоят систематические нарушения правил грудного кормления (40,9%): нерегулярное и редкое прикладывание к груди ребенка и сцеживание оставшегося после кормления молока, что нередко наблюдается после выхода матери на работу. Нерациональное питание кормящих женщин, недостаточный сон, нервные переживания, переутомление являются нередкой причиной понижения лактации.

Осложнения и заболевания, перенесенные в периоде беременности и родов, играют сравнительно небольшую роль в развитии поздней вторичной гипогалактии.

4. Содержание белка, жира, лактозы, витамина «С», а также фосфора и кальция в женском молоке колеблется в значительных пределах. Средние показатели содержания белка (1,36±0,03 *г*%) и жира (3,46±0,05 *г*%) в молоке женщин Свердловска не отличаются от данных других авторов, содержание лактозы (6,25±0,05 *г*%) и витамина «С» (2,74±±0,11 *мг*%) несколько понижено. Содержание кальция и фосфора (40,79±0,02 *мг*% и 24,91±0,07 *мг*%) также соответствует литературным данным.

Развитие гипогалактии часто сочетается с изменением состава молока: уменьшением содержания белка, жира, лактозы и витамина «С». При резком угнетении лактации в ряде случаев наблюдается некоторое повышение содержания в молоке белка и жира.

5. Выявленные колебания состава женского молока, как при достаточном уровне лактации, так и при гипогалактии, связаны в основном с особенностями питания кормящих женщин: при недостаточном содержании в пищевом рационе полноценных животных белков и жиров, растительных продуктов и витаминов содержание основных ингредиентов молока и витамина «С» понижается. Последнее подтверждают сезонные

колебания в содержании витамина «С» в молоке женщин Свердловска.

Наиболее значительное уменьшение в содержании белка, жира, лактозы и витамина «С» в молоке наблюдалось у женщин, имевших причиной нарушения лактации нерациональное питание и тяжелые заболевания в периоде беременности и кормления.

6. Белковый обмен у женщин в периоде лактации имеет свои особенности: общее содержание белка в сыворотке крови, колеблясь в тех же пределах, что и у нелактирующих здоровых женщин, дает более высокий средний показатель ($7{,}98 \pm 0{,}09$ *г%*) за счет повышения глобулиновой и, в меньшей мере, альбуминовой фракций белка; последняя в некоторых случаях оказывается сниженной. Увеличение глобулинов происходит в основном за счет абсолютного и относительного повышения содержания альфа- и бета-подфракций, в то время, как содержание гамма-глобулинов в ряде случаев несколько понижается.

7. Влияния на содержание белка и соотношение его фракций в сыворотке крови числа беременностей, родов и месяца лактации нами выявлено не было. Не установлена и зависимость между уровнем белка в сыворотке крови у кормящих женщин и содержанием белка и жира в их молоке при достаточном уровне лактации. При гипогалактии пониженное содержание в молоке белка в ряде случаев сочетается с более низким показателем альбуминовой фракции белка в сыворотке крови и некоторым повышением уровня глобулинов.

8. Количество выделяемого с суточной мочой общего азота и азота мочевины у здоровых лактирующих женщин, получающих правильное питание, варьирует в значительных пределах и имеет тенденцию к понижению, выходя в ряде случаев за пределы колебаний, обычных для некормящих женщин. Уменьшение выводимого с мочой азота происходит за счет значительного понижения содержания азота мочевины (в среднем 7,17 *г*), составляющей лишь 60% от общего азота мочи.

9. Средние показатели содержания общего азота мочи и азота мочевины у женщин с пониженной лактацией оказались более высокими, что позволяет думать о наличии связи между количеством выводимого с мочой азота и уровнем лактации. Какой-либо определенной зависимости между количеством выводимого с мочой азота и количеством выделяемого за сутки с молоком белка выявить не удалось.

10. Эритемная реакция кожи на ультрафиолетовые лучи у здоровых кормящих женщин с достаточным уровнем лактации проявляется в большинстве случаев после короткого латентного периода, бывает умеренной или яркой и сохраняется в течение нескольких дней. Порог биодозы низкий и равен чаще всего 1—2 минутам. При гипогалактии, особенно связанной с заболеваниями, переутомлением, а также нерациональным питанием, эритемная реакция кожи выражена слабо, держится непродолжительное время и порог биодозы сравнительно высок. Угнетение эритемной реакции кожи на ультрафиолетовое облучение указывает на понижение общей реактивности организма женщины под влиянием указанных неблагоприятных моментов, послуживших причиной развития вторичной гипогалактии.

11. Изучение ряда вегетативных реакций у кормящих женщин выявило их большую лабильность как при достаточной лактации, так, в особенности, при ее понижении. При гипогалактии нередко наблюдаются значительные сдвиги вегетативных реакций как в сторону ваготонии, так (чаще) и симпатикотонии.

12. Основными причинами недостаточной эффективности стимуляции лактации, проводимой в условиях детских консультаций, является неполное и позднее выявление случаев понижения лактации, несвоевременное и одностороннее, без учета причин развития гипогалактии, назначение отдельных методов стимуляции лактации, отсутствие должного контроля за полным проведением курса назначенной терапии и ее результатами, а также плохая преемственность в работе врачей-акушеров и педиатров по предупреждению и лечению гипогалактии у женщин.

13. Привлечение внимания врачей-акушеров и педиатров к совместной работе по сохранению лактационной способности кормящих женщин, повышение их знаний по профилактике и борьбе с гипогалактией и правильному проведению вскармливания детей первых месяцев жизни, внедрение в практику детских учреждений соответствующих методических указаний, организация взаимоконтроля и проверки организации питания детей в районах города позволили улучшить обслуживание кормящих женщин и детей первых месяцев жизни и снизить число случаев раннего введения докорма в г. Свердловске.

14. Проведенная под нашим руководством А. И. Марковым работа по улучшению обслуживания детей работниц

крупных промышленных предприятий г. Полевского показала, что совместная работа в этом направлении врачей-акушеров и педиатров дает хорошие результаты. Внимательное наблюдение за здоровьем, питанием и подготовкой к лактации беременных женщин, создание лучших условий для проведения грудного кормления в родильном отделении, витаминизация женщин, своевременное обучение правилам кормления грудью, создание условий для регулярного сцеживания молока в часы кормления ребенка на производстве, внедрение в практику мероприятий по профилактике гипогалактии и стимуляции лактации себя полностью оправдывают. Указанные мероприятия позволили сохранить естественное вскармливание многим детям работающих женщин, улучшить основные показатели развития детей и снизить заболеваемость и смертность в первые месяцы жизни.

15. Стимуляция лактации у кормящих женщин в условиях детского стационара, включающая правильный режим и достаточное (а в ряде случаев и усиленное) питание, психотерапию, частое и полное освобождение молочных желез от молока, физиотерапию (массаж желез, УФ-облучение, УВЧ-терапию, диатермию), применение лечебных доз витаминов С, А, Е и никотиновой кислоты позволяет в большинстве случаев добиться значительного повышения лактации в течение 10—15 дней.

16. Стимуляция лактации должна проводиться индивидуально с учетом причины, вызвавшей нарушение лактации. Лучшие результаты наблюдаются в случаях недавнего развития гипогалактии, умеренного угнетения лактации и при отсутствии указаний на длительные и тяжелые заболевания женщин в периоде беременности и кормления. Использование в целях стимуляции лактации лечебных доз витаминов (в частности витамина «С» и дополнение к пищевому рациону полноценных продуктов питания позволяют улучшить состав молока, повысить в нем содержание витаминов и жира. Применение пролактина позднее раннего послеродового периода оказывается малоэффективным, не влияет заметно на состав молока и с успехом может быть заменено другими методами стимуляции лактации.

17. Проведение указанных выше мероприятий по профилактике гипогалактии у кормящих женщин и своевременная комплексная стимуляция лактации при ее понижении являются обязательным и важным разделом работы не только для женской и детской консультации, но и для врачей детских

яслей и стационаров, где она успешно может быть проведена. При этом особое внимание должно быть уделено на правильное и своевременное использование известных и оправдавших себя методов стимулирующей лактации терапии, а также на изыскание других эффективных средств повышения лактации.

СПИСОК

опубликованных работ по материалам диссертации

1. Изменение состава грудного молока при гипогалактии. Тезисы докладов на XVIII годичной научной сессии Свердловского гос. мед. института. 1955.

2. К вопросу о влиянии витамина «С» на лактацию. Тезисы докладов на XIX годичной сессии Свердловского гос. мед. института, 1956 г.

3. Применение витамина «С» при гипогалактии. Журнал «Вопросы охраны материнства и детства» № 3 за 1956 г.

4. Недостатки в организации борьбы с вторичной гипогалактией у женщин. Труды XX годичной научной сессии Свердловского гос. мед. института, 1957 г.

5. Эффективность борьбы с пониженной лактацией у женщин в условиях детской больницы. Журнал «Педиатрия», № 3 за 1959 г.

6. Содержание белка в сыворотке крови и в молоке кормящих женщин. Журнал «Вопросы охраны материнства и детства», № 1 за 1959 г.

7. Влияние уровня белка сыворотки крови на содержание жира в грудном молоке. «Вопросы педиатрии», 1960 г. Сборник трудов педиатрич. кафедр Свердловского гос. мед. института.

8. Вариации качественного состава грудного молока в зависимости от уровня лактации. «Вопросы педиатрии», 1960 г. Сборник трудов педиатрических кафедр Свердловского гос. мед. института.

9. О вторичной гипогалактии и методах стимуляции лактации. Журнал «Фельдшер и акушерка», № 3, 1960 г.

10. О влиянии пролактина на лактацию в ранние и поздние сроки гипогалактии. Журнал «Вопросы охраны материнства и детства», № 4, 1961 г.

11. Некоторые особенности состояния вегетативной нервной системы у кормящих женщин. Журнал «Вопросы охраны материнства и детства», № 11 за 1961 г.

12. Методические указания: «Методы профилактики вторичной гипогалактии и стимуляции лактации у кормящих женщин». Облздравотдел, 1959 г.

13. Памятки для молодой матери: «Как правильно кормить маленького ребенка». «Как сохранить хорошую лактацию».

Издательство Свердловского областного Дома санитарного просвещения, 1959 год.

НС 22647. Подписано к печати 28/II 1963 г. Формат 60×1/16.
Объем 2 печ. л. Тираж 300. Заказ № 71.

Типография изд-ва «Уральский рабочий», Свердловск, проспект Ленина. 49.