

эффективные меры по охране здоровья населения и увеличению продолжительности жизни. Впервые в истории мечта человечества о долголетии реализуется политикой Советского государства, направленной на построение коммунистического общества.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мерков А. М. Демографическая статистика, М., 1959. — 2. Мухамедьяров Ф. Г. Казанский мед. ж., 1930, 7. — 3. Народное хозяйство СССР в 1960 г. Стат. ежегод. М., 1961. — 4. Татарская АССР за 40 лет. Стат. сб., Казань, 1960. — 5. Фролова Н. А. Сов. здравоохран. 1961, 12. — 6. Чернобров П. Н. Здравоохран. Казахстана, 1961, 8. — 7. Эпштейн Т. Д. Казанский мед. ж., 1962, 1.

Поступила 11 июня 1962 г.

БОРЬБА С ГИПОГАЛАКТИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Г. А. Макарова, Г. Р. Архипова, А. А. Рахимова

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.—проф. Г. А. Макарова)
Казанского медицинского института на базе 4-й объединенной детской больницы
(главврач — Р. Х. Савенкова)

Несмотря на успехи, достигнутые за последние десятилетия при искусственном вскармливании детей, грудное молоко остается единственной своеобразной пищей, идеально приспособленной к потребностям ребенка первых месяцев жизни.

По данным И. Н. Дмитриук, С. А. Гиль, З. Г. Королевой и В. Я. Вашилко, Л. А. Шахнович, А. Т. Бальмагия, гипогалактия является самой частой причиной перевода ребенка на смешанное и искусственное вскармливание. Причиной дачи докорма при хорошей лактации у матери является в основном выход матери на работу после декретного отпуска; большой процент детей получил докорм необоснованно: 27,3% — по данным И. Н. Дмитриук и 24% — по данным С. А. Гиль с сотр.

Анализ причин перевода детей на смешанное и искусственное вскармливание, произведенный нами в детской консультации № 4 г. Казани, дал сходные результаты.

Мы подвергли анализу истории развития 1430 детей, родившихся за время с 1/VIII 1959 г. по 30/VI 1961 г. Переведено на смешанное вскармливание до 3 месяцев 50 детей и на искусственное — до 6-месячного возраста — 75. У 73 (из 125) детей матери страдали гипогалактией, а 52 были переведены на смешанное и искусственное вскармливание при достаточной лактации матерей (у 31 матери — из-за выхода на работу, у 11 — из-за острого заболевания и у 10 — без достаточных оснований).

Специальный опрос о причинах гипогалактии был проведен у 40 (из 73) матерей. Первичная а- и гипогалактия была у 3 матерей, у остальных — вторичная.

Как известно, лактация представляет собой сложный процесс, который нужно рассматривать как нейроэндокринный по своей природе (Г. И. Азимов, С. Фолли, И. И. Грачев, М. Г. Закс и др.). Импульсы, поступающие со стороны экстеро- и интерорецепторов грудных желез через центральную нервную систему, стимулируют отделение лактогенных гормонов гипофиза (пролактина и окситоцина), вызывающих развитие железистой ткани молочной железы, образование и отделение молока. При несвоевременном или недостаточном опорожнении грудных желез секреция молока приостанавливается в связи с нарушением рефлекторного выделения лактогенных гормонов гипофиза, а затем количество его в грудных железах уменьшается за счет реабсорбции составных частей молока в кровь (Г. И. Азимов с сотр.).

Отсюда понятно, что все моменты, вызывающие недостаточное опорожнение грудных желез, могут повлечь за собой развитие гипогалактии (нарушение техники и регулярности кормления, слабое сосание ребенка, а также аномалии развития и болезненные трещины сосков). Поскольку лактация является процессом, в котором участвует весь организм кормящей женщины, под влиянием таких неблагоприятных моментов, как заболевания, нарушение режима жизни, неполноценное питание, изменяется функциональное состояние вегетативной нервной системы (Т. Э. Вогулкина), что не может не отразиться на количестве секретируемого молока. Нередко причиной гипогалактии являются психические травмы, обуславливающие нарушение регуляции секреции молока и молокоотдачи центральной нервной системой; при этом страдает прежде всего процесс молокоотдачи, который, как показал С. Фолли, легко тормозится неприятными эмоциями.

При анализе наших данных выявилось, что причиной вторичной гипогалактии были нарушения режима жизни у 18 матерей (недостаточный сон, недостаточные прогулки, нерегулярное питание) и нарушения техники кормления (у 10), а также

аномалии сосков, трещины и маститы у 9 матерей. Нередки психические травмы и конфликтные ситуации как причина гипогалактии (у 9). Заболевания ребенка в периоде новорожденности вызвали гипогалактию у 5 матерей, а недоношенность и связанная с ней слабость сосания — у 4. У 20 матерей из 37 наблюдалась комбинация двух, а иногда трех причин, вызывающих гипогалактию.

В условиях детской консультации мы решили принять меры к увеличению лактации у женщин, которые не могли обеспечить естественное вскармливание своего ребенка. Через специальный прием прошло 27 женщин с гипогалактией в возрасте от 22 до 40 лет. Основная масса детей была в возрасте 1 и 2 месяцев жизни; 19 из них не получали докорма и 8 уже получали докорм в течение от 1 до 3½ недель. Диагноз гипогалактии подтверждался контрольными взвешиваниями ребенка до и после кормления. Лечение подвергнуты 1 мать с первичной гипогалактией и 26 матерей — с вторичной.

Женщина 23 лет с первичной гипогалактией, перенесшая тяжелую психическую травму во время беременности, была подвергнута лечению инъекциями пролактина, начиная с 10 дня после родов, по 1 мл 2 раза в день в течение 6 дней. Лактация восстановилась на седьмой день, и ребенок, получавший до лечения только молоко донора, перешел на естественное вскармливание.

Применение пролактина у 4 матерей с вторичной гипогалактией через 24—28 дней после родов эффекта не дало.

У матерей с вторичной гипогалактией выяснялись ее причины и, по возможности, принимались меры к их устранению.

Нами назначался почти всем матерям массаж грудных желез по методу С. П. Виноградовой, который проводился перед каждым кормлением ребенка в течение 2—3 минут. Массаж проводится следующим образом: 1) поглаживание по ходу отводящих лимфатических путей, начиная сверху молочной железы от середины грудины по направлению к плечу, затем снизу, от середины грудины к подмышечным впадинам; 2) круговые поглаживания молочной железы, не затрагивая соска и околососкового кружка; 3) правой рукой поддерживается правая молочная железа и слегка приподымается 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. Массаж проводится не пальцами, а всей кистью руки, без нажима на пальцы. Кисть должна плотно прилегать к коже, движения должны быть медленными и безболезненными. Массируется та железа, из которой предполагается кормление ребенка, за 10—5 минут до кормления. У 12 матерей массаж грудных желез комбинировался с назначением никотиновой кислоты по 45—50 мг 2—3 раза в день за 10—15 мин до кормления в течение 7—10 дней (Л. Т. Трофимова); 4 матери получали никотиновую кислоту без массажа.

Применение обоих этих методов теоретически оправдано, если учесть, что ускорение кровотока в грудных железах и расширение капилляров сосудистой сети, вызываемые массажем и никотиновой кислотой, создают условия, облегчающие проникновение к грудным железам лактогенных гормонов и усиление притока к ним так называемых «предшественников» — веществ, приносимых кровью для образования составных частей молока.

У 3 матерей массаж комбинировался с УВЧ-терапией, вызывающей после кратковременного сужения сосудов длительное расширение капилляров и ускорение в них кровотока (М. Н. Небытова-Лукьянчикова, Л. Т. Трофимова). УВЧ-терапия применялась по 8—10 мин, всего 8—12 сеансов.

Положительный результат лечения гипогалактии получен нами у 17 матерей (из 27). Дети этих матерей остались на естественном вскармливании и в дальнейшем хорошо прибывали в весе.

У 10 матерей увеличить лактацию не удалось, так как оказалось невозможным устранить причину гипогалактии (нарушения режима жизни матери, отрицательные психические факторы, заболевания, мешающие увеличению лактации). Так было у 7 из 10 женщин. Неблагоприятным моментом служит также дача ребенку докорма до начала лечения.

Мы видим, таким образом, что при повседневном внимании к борьбе с гипогалактией могут быть достигнуты определенные результаты. Большое, иногда решающее значение имеют выявление и устранение, по мере возможности, причин гипогалактии, убеждение матери в ее способности выкормить своего ребенка грудью.

Вопрос о борьбе за грудное вскармливание не может быть разрешен только детской консультацией. Профилактика гипогалактии должна начинаться уже во время беременности и с первых дней после рождения ребенка. Здесь необходимы совместные усилия врачей женской консультации, родильного дома и участковых педиатров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бальмагия А. Т. Сб. Гипогалактия. Изд. Укр. ин-та ОММ, Киев, 1957.—
2. Гиль С. А., Королева З. Г., Вашилко В. Я. Сб. Гипогалактия, изд. Укр.

ин-та ОММ. Киев, 1957.—3. Дмитриук И. Н. Там же.—4. Небытова-Лукьяничкова Н. М., Громковская А. А., Трофимова Л. Т. Полноценное естественное вскармливание ребенка. М., 1959.—5. Тимошенко Л. В. Пед., акуш. и гин., 1956, 3.—6. Шахнович Л. А. Педиатрия, 1955, 6.

Поступила 21 февраля 1962 г.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ИЗ ВОСПОМИНАНИЙ О МЕДИЦИНСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

(1909—1914)

А. Д. Егоров

(Уфа)

В продолжение многолетней (45 лет) врачебной деятельности много раз приходится вспоминать свою Alma mater.

Первый профессор, с которым (в 1909 г.) мы по зачислении в число студентов встретились, был тогда еще молодой Владимир Николаевич Тонков. Среднего роста, с небольшой русой бородкой, с прической чуть-чуть под «ершик», он привлек наше внимание своим педагогическим талантом. Лекции его были ясны, просты, демонстративны. Анатомические коллекции были богаты, и изучать анатомию было интересно и довольно легко. Анатомический музей — детище проф. Тонкова и его сотрудников (докторов Попова, Яхонтова, Малиновского, Бушмакина, Ромадоновского) — был богат, разнообразен, с уникальными экземплярами. Владимир Николаевич был очень строг к себе и к студентам, требовал хороших знаний, добросовестного отношения к препаровке трупов. На зачетах, на экзаменах был неумолим, строг и справедлив, все это знали, а поэтому тщательно готовились.

Анатомические знания, полученные нами у проф. В. Н. Тонкова, очень мнегодились в последующей врачебной деятельности. В своих лекциях он затрагивал вопросы биологии, сравнительной анатомии, физиологии и давал чисто практические советы, связанные с врачебной работой.

Проф. В. Н. Тонков вечером всегда появлялся в препаровочной, когда мы занимались препаровкой трупов. Прозектора и мы, студенты, побаивались его прихода. Переходя от одного стола к другому, он тщательно осматривал результат работы каждого студента. Взгляд у него был зоркий, наметанный. Если студент по неосторожности нарушит цельность какого-либо нерва, сосуда и вздумает замаскировать свою оплошность (сшивание нерва, сосуда, подкрашивание), то зоркий взгляд Владимира Николаевича непременно это заметит, профессор покачает головой и скажет: «Милостивый государь! Как это Вам удалось сделать такую аварию?» Этот факт он напоминал студенту на зачете или экзамене. Особенно он был придирчив к препаровке шейной области.

Авторитет его был настолько велик, что мы гордились тем, что учимся у проф. В. Н. Тонкова. У меня, думаю, что и у других, остались самые приятные воспоминания о Владимире Николаевиче. В университете он считался левым профессором, и реакционные профессора косились на него.

Его солидный учебник по анатомии, результат упорной, усидчивой и многолетней работы, способствовал его авторитету среди студентов.

Кафедру физиологии возглавлял проф. Николай Александрович Миславский. Он был высокого роста, глаза несколько на выкате, в выпуклых черных очках. Относился к левому крылу, и мы, студенты, само появление его в аудитории иногда встречали аплодисментами. Он читал нам физиологию нервной системы. Лекции сопровождались опытами на животных, ему помогал скромный студент 3 курса К. М. Быков (будущий академик). Проф. Н. А. Миславский оставил по себе хорошую память своими глубокими по содержанию лекциями.

Вторым профессором-физиологом был Полумордвинов. К сожалению, он рано умер. Симпатичный, представительный, в роговых очках, в безукоризненно аккуратном костюме, он пользовался нашей симпатией, его аудитория всегда была полна. На экзаменах был деликатен и снисходителен.

Из наших профессоров к школе И. П. Павлова относился проф. Панормов, читавший нам курс физиологической химии. В лекциях он часто ссылался на И. П. Павлова, которого очень любил.