

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Г. Ф. Султанова, И. Е. Иванова

Кафедра педиатрии (зав. — проф. Г. Ф. Султанова) Чувашского государственного университета имени И. Н. Ульянова

В последние годы советские и зарубежные исследователи все большее внимание уделяют изучению социально-биологических и гигиенических факторов, влияющих на длительность естественного вскармливания. Влияние наследственных причин на развитие гипогалактии незначительно [7], что подтверждается стремительным ее ростом в последние десятилетия. Ранний перевод на искусственное и смешанное вскармливание является грубейшим нарушением в сложившейся в процессе эволюции биологической цепи «беременность — роды — лактация» и наносит нередко вред здоровью женщины и ребенка, нарушает микроклимат семьи. Это побуждает к исследованию причин, приводящих к гипогалактии и изысканию новых путей и методов их ликвидации.

Целью работы было изучение распространенности естественного вскармливания и влияния комплекса социально-биологических факторов на длительность лактации, а также разработка критериев риска раннего перевода детей на искусственное вскармливание. Нами проведен статистический анализ 1000 историй развития детей 1984 г. рождения, проживающих в г. Чебоксары. Установлено, что уже в периоде новорожденности 4,3% из них получали искусственные смеси, к месячному возрасту их число возросло до 13,4%, к 4 — до 32,9%. К одному году лишь 36,8% детей оставались на естественном вскармливании, что несколько больше, чем по данным других авторов [4]. Средняя продолжительность грудного вскармливания составляла 6,9 мес.

Среди детей, вскармливаемых искусственно, только треть получала адаптированные смеси. Это свидетельствует о стойкой традиции применения в питании детей раннего возраста несбалансированных по основным факторам молочных продуктов, что неблагоприятно сказывается на состоянии их здоровья и физическом развитии [2].

На раннее искусственное и смешанное вскармливание переводили по следующим причинам: в связи с гипогалактией и агалактией (80,5%), отказом ребенка от груди (23,1%), болезнью ребенка (16,5%), заболеванием матери (10,7%), сочетанием нескольких неблагоприятных факторов (28,3%).

Влияние социально-биологических и гигиенических факторов на длительность лактации было изучено путем опроса 540 женщин, имеющих детей в возрасте одного года. В 1-ю группу вошло 270 кормящих матерей (контроль), во 2-ю — 270 женщин, дети которых вскармливались искусственно. При анализе полученных данных установлено, что статистически достоверной разницы в возрастном составе женщин 1 и 2-й групп не имелось, то же относится и к кратности родов. Следовательно, эти показатели не влияют на распространенность естественного вскармливания.

Значительное влияние на удлинение периода лактации оказали нормальное течение беременности и родов, которое у женщин 1-й группы наблюдалось гораздо чаще ($P < 0,001$). Особенно неблагоприятными для становления лактации были токсикозы беременных ($P < 0,05$), анемия ($P < 0,05$), острые инфекционные заболевания ($P < 0,05$), сочетанная патология ($P < 0,001$). У женщин 2-й группы достоверно чаще имели место большая кровопотеря, слабость родовой деятельности, затяжные, преждевременные и оперативные роды.

Важным моментом для становления полноценной лактации являлось состояние здоровья матери и ребенка в течение первого месяца после родов. Так, у 28,3% матерей 2-й группы были острые заболевания в послеродовом периоде или патология со стороны сосков, то есть в 1,7 раз чаще, чем в 1-й группе. Более высокой (в 1,6 раза) была заболеваемость и их детей, что не могло не сказаться на выраженности акта сосания. Особенно неблагоприятным было одновременное заболевание матери и ребенка в периоде новорожденности. Во 2-й группе подобная ситуация наблюдалась в 4 раза чаще. Не меньшее значение имела и частота

хронической патологии различных органов и систем у матери; женщины 1-й группы болели реже ($P < 0,001$).

При изучении влияния сроков первого кормления на частоту естественного вскармливания было установлено, что в течение первых 12 ч после рождения к груди были приложены 61,7% детей 1-й группы и 48,5% детей 2-й группы ($P < 0,05$).

К важным медико-биологическим причинам сокращения сроков естественного вскармливания относится, по нашим данным, недооценка педиатрами и врачами женских консультаций мер по стимуляции лактации и профилактике гипогалактии. У 50,7% женщин 2-й группы не проводилось лечения гипогалактии, а у 30,6% из них оно было недостаточным и кратковременным. Только половина женщин этой группы была обучена во время беременности правильной подготовке молочных желез к кормлению, что значительно меньше, чем в 1-й группе ($P < 0,005$). У женщин, дети которых вскармвливались искусственно, гипогалактия в анамнезе наблюдалась в 2,6 раза чаще; следовательно, этот фактор необходимо учитывать при формировании группы риска.

Полноценное сбалансированное питание и рациональный режим дня в условиях отсутствия голода, эпидемий и выраженных стрессов нередко приобретают первостепенное значение среди факторов, способствующих удлинению периода лактации [1, 8], что с большей степенью достоверности подтвердилось и в нашем исследовании. Так, женщины 2-й группы в 1,5 раза чаще питались нерегулярно и неполноценно ($P < 0,005$); 75,3% из них недосыпали ночью, 71,3% не отдыхали днем (у женщин 1-й группы эти показатели составили соответственно 49,3% и 56,9%; $P < 0,001$). Матери 2-й группы реже бывали на свежем воздухе, и длительность их прогулок была короче.

Значительное число женщин как в 1-й, так и во 2-й группе не получали достаточной помощи от других членов семьи по уходу за ребенком и ведению домашнего хозяйства (36,8% и 49,6%; $P < 0,05$), что не могло не сказаться на их физическом состоянии и функциональной активности молочных желез. Достоверная разница этого показателя у женщин 1-й группы свидетельствует о тесной связи его с удлинением сроков естественного вскармливания.

Серьезной претензией в адрес медицинских работников является то, что только 30% детей получали докорм соответственно степени гипогалактии и наблюдались при переводе на искусственное вскармливание. Почти 40% матерей не прислушивались к рекомендациям педиатра по вопросам вскармливания ребенка и самостоятельно выбирали смеси для докорма. У 32% детей перевод на смешанное и искусственное вскармливание осуществлялся врачом без контрольного кормления.

К отказу ребенка от груди и резкому снижению лактации приводят грубые нарушения правил вскармливания (беспорядочное кормление ночью и днем, кормление сразу из двух молочных желез, докорм перед кормлением и через рожок, нерегулярное сцеживание остатков молока). Эти нарушения и, особенно, их сочетание тесно коррелировали с уменьшением длительности естественного вскармливания ($P < 0,001$).

Нами изучены некоторые социальные аспекты естественного вскармливания: образование матери, ее социальный статус, планирование беременности. Установлено, что матери-служащие достоверно дольше осуществляют естественное вскармливание, чем студентки и домохозяйки ($P < 0,05$). Образование матери и планирование беременности не влияли на длительность лактации. Отрадным является тот факт, что мы не встретили ни одну женщину, не пожелавшую вскармливать своего ребенка грудью, хотя яркое эмоциональное отношение к этому выразили лишь 43% опрошенных.

В настоящее время большое внимание уделяется уровню санитарно-гигиенических знаний населения по многим медицинским вопросам, в том числе и пропаганде естественного вскармливания, недостаточностью которой обеспокоены многие педиатры [3, 5, 6]. Так, если о значении грудного вскармливания для здоровья ребенка было осведомлено большинство матерей (93,5%), хотя и не в полной мере, то о положительном влиянии кормления грудью на здоровье женщины — лишь 47,5%. Еще меньше знали женщины о пользе естественного вскармливания в становлении благоприятного психологического климата семьи.

Среди основных источников информации о грудном вскармливании 44% матерей назвали женскую консультацию, 24% — родильный дом, 43% — участковых врача и медсестру; 45% женщин читали научно-популярную литературу; 23% получили необходимые сведения по радио и телевидению. У 14% женщин

представление о грудном вскармливании складывалось в быту, причем нередко в искаженном виде. Показательно, что матери 1-й группы были более информированы по вопросу естественного вскармливания ($P < 0,001$).

Анализ историй развития детей и результатов анкетирования позволил нам выделить факторы риска раннего перевода на искусственное вскармливание. К ним относятся: 1) отягощенное течение беременности и родов; 2) недоношенность; 3) позднее прикладывание к груди; 4) заболевания матери и ребенка в течение 1 мес после рождения; 5) хроническая патология у матери; 6) гипогалактия в анамнезе; 7) грубые нарушения правил вскармливания; 8) низкий уровень санитарно-гигиенических знаний матери о естественном вскармливании; 9) несоблюдение кормящей женщиной рационального режима труда и отдыха, неполноценное питание; 10) рождение ребенка у студенток и домохозяек.

Таким образом, комплексная профилактическая работа с женщинами даст возможность сократить число детей, лишенных грудного молока.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельтищев Ю. Е., Ермолаев М. Р., Ананенко А. А., Князев Ю. П. // Обмен веществ у детей. — М., Медицина, 1983.
2. Иванова И. Е. // В кн.: Экспериментальная и клиническая иммунология и аллергология. — Чебоксары, 1986.
3. Ладодо К. С., Фатеева Е. М., Бренц М. Я. // Вестн. АМН СССР. — 1986. — № 11. — С. 49—54.
4. Тамбовцева В. И., Шищенко В. М., Фомина О. П. // Педиатрия. — 1985. — № 4. — С. 7—10.
5. Тур А. Ф. // Справочник по диететике детей раннего возраста. — Л., Медицина, 1971.
6. Ченуша В. П., Чокырла Л. Ф. // Здоровоохранение. — Кишинев, 1985. — № 1. — С. 37—39.
7. Эрман Л. В., Берлинсон М. Я., Саранина Г. И. // В кн.: Актуальные вопросы неонатологии. — Л., 1979.
8. Stuheberg M. R. // Acta Paediat. Scand. — 1985. — Vol. 74. — P. 36—39.

Поступила 19.02.87.

УДК 616.995.122.21 (470.41)

К ИЗУЧЕНИЮ ОПИСТОРХОЗА В ТАТАРСКОЙ АССР

Д. Б. Яход, Р. И. Хамидуллин, А. С. Гурьянов, О. Д. Любарская,
В. А. Бойко, М. И. Смирнова, Б. Л. Медынский, О. К. Грачева

Республиканская санэпидстанция (главрач — В. В. Морозов) МЗ ТАССР, кафедра терапии (зав. — проф. Р. И. Хамидуллин) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Описторхоз является одним из серьезных природно-очаговых заболеваний человека и многих плотоядных животных. Значимость описторхоза для нашей страны еще в 1932 г. отмечал академик К. И. Скрябин, считая его серьезной социально-экономической проблемой. Это заболевание приводит к снижению и потере трудоспособности людей, к гибели животных (лисицы, горностая, ондатры и др.). Описторхоз регистрируется на обширной территории Европы и Азии (СССР, Польша, ГДР, ФРГ, Финляндия, Голландия и др.), однако его основной нозоареал находится в нашей стране. На территории СССР насчитывается около 2 миллионов больных описторхозом [1]. В связи с этим с 1983 г. начались планомерные исследования по целевой комплексной межотраслевой научной программе «Описторхоз».

Актуальна проблема описторхоза и для Волжско-Камского бассейна, в том числе и для Татарской АССР. До 1957 г. в республике не было зарегистрировано ни одного случая описторхоза у человека, лишь в единичных случаях этот патогенный сосальщик был выявлен у енотовидных собак и лисиц [2, 3, 5]. В 60-е годы впервые была определена эндемичная территория описторхоза в прибрежных районах республики, расположенных в бассейнах рек Волги, Камы, Белой и Вятки, где в населенных пунктах было обнаружено много больных людей и зараженных животных (особенно кошек), а также разных видов рыб, пораженных метацеркариями [4, 6].

В последние годы возникла еще одна возможность широкого завоза инвазионного начала из районов Западной Сибири в связи с их интенсивным освоением нефтяниками вахтовым методом и формирования новых очагов заболевания. Так, за 1983—1986 гг. в районах республики в 21 (по неполным данным) из 126 случаев описторхоза инвазия произошла в районах Сибири.