

Основні ускладнення та труднощі, які виникають при грудному вигодовуванні

Уповільнення становлення лактації (перші 15-20 днів після пологів)

Досить часто тривогу медичного персоналу і матері - годувальниці викликає повільне прибуття молозива і молока в перші дні після пологів (в більшості випадків такі тривоги необґрунтовані).

При всіх випадках відстроченого лактопоезу існує єдина тактика його ведення. А саме:

- регулярне прикладання дитини до грудей (10-12 разів на добу) ;
- прикладання до обох молочних залоз під час годування;
- дотримання правильної техніки грудного годування;
- періодичний докорм (за показаннями), але без застосування пляшечки з соскою (використовувати альтернативні методи годування – чашечку, шприц, піпетку);
- при необхідності паралельне використання усього комплексу лікування гіполактації.

Надмірне бурхливе наростання прибуття молока

Ознаки: туга, напружена, болюча залоза із вторинно пласким або втягнутим соском.

Поради: зменшення напруги молочної залози шляхом зціджування молока перед годуванням. Після годування –зціджування молока до м'якого стану залози. Кількість годувань за вимогою дитини.

Пласкі або втягнуті соски

Пласкі або втягнуті соски не є перешкодою для успішного годування грудьми. Довжина соска не має вирішального значення для успішного годування грудьми, тому що дитина смоче груди а не сосок (згадаємо заняття “Як дитина смоче груди). Сосок є лише “орієнтиром”, який показує дитині , в якому місті треба захоплювати грудь для смоктання. Значення має спроможність навколососкового кружечка і тканини грудей витягатися у формі соски .

Ведення плоских і втягнутих сосків

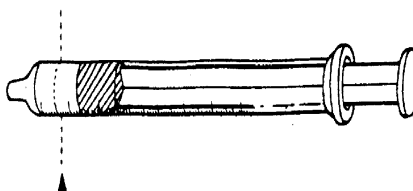
Аntenатальне лікування	Мало ефективне, не завжди можливе
Після пологів	Заспокойте матір, надайте їй впевненості, поясніть, що годування грудьми можливе, тому що дитина смокче не соски, а груди. Організуйте контакт шкіра до шкіри, допоможіть матері найбільш зручно приладнати дитину до грудей, використовуючи різні позиції Поясніть матері, що потрібно зробити, щоб перед годуванням соски були більш випнутими (метод шприця)
Якщо дитина не може ефективно смоктати в перший тиждень, потрібно:	Зціджувати молоко і годувати дитину з чашечки. Зціджувати молоко безпосередньо в ротик дитини. Частіше і довше тримати дитину біля грудей (контакт шкіра до шкіри). В крайньому випадку деякий час застосувати накладку на сосок.

Інколи при труднощах прикладання дитини можна використовувати для витягування сосків молоковідсмоктувач, допомагає також розташування дитини біля грудей у різних положеннях (заняття “Як дитина смокче груди?”). В крайньому випадку тимчасово (1-2 дні) можна застосувати накладку для соска. Тривале застосування накладки зменшує стимуляцію вироблення і виведення молока, що приводить до згасання лактації взагалі. Крім того, застосування накладок на соски сприяють розвитку інфекції.

Підготовка та використання шприця для лікування плоских та втягнутих сосків.

I етап.

По цій лінії відрізати кінець шприця



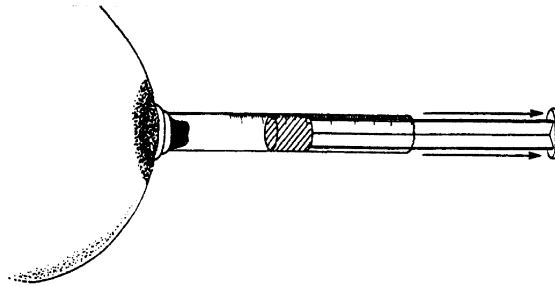
II етап.

Вставити поршень з боку відрізаного



III етап.

Мати легко підтягує поршень



Тріщини сосків



Виникають в основному при неправильному прикладанні дитини до грудей дитини, особливо після використання пляшечки з соскою або “пустушки“, а також при неправильному віднятті дитини від грудей.

Поради: виправити неправильне прикладання дитини до грудей, між годуваннями повітряні ванни для сосків, підсушування (можна феном) після кожного годування . Змазувати сосок молозивом або “заднім “ молоком. Не мити соски перед кожним годуванням (достатньо 1-2 рази на день під час загального туалету тіла). Використовувати бюстгальтер з простої тканини, міняти кожен день. При глибоких інфікованих тріщинах – зробити перерву в годуванні, обробити сосок розчином калію перманганату (“марганцівкою”), маззю каланхое, етонію, олійним розчином вітаміну А.

Закупорювання молочної протоки

Причинами закупорювання молочної протоки і маститу є:

Недостатній дренаж частини або усієї молочної залози	Пов'язаний з : • недостатньо частим і тривалим годуванням грудьми • неефективним смоктанням дитини • тиском одягу або пальців(під час годування) • дуже великою молочною залозою, в якій важко забезпечити дренаж
Тріщини соків	Шлях для проникнення бактерій
Травма грудей	Пошкодження тканини молочної залози (грубий масаж і зціджування, забій).
Стрес, надмірне навантаження	

Ознаки: локальне помірно болісне затвердіння, труднощі при зціджуванні, немає почервоніння шкіри, високої температури.

Поради: покращити техніку годування дитини, усунути тиск одягу, частіше, у різних положеннях годувати дитину. Перед годуванням або зціджуванням після годування –теплій душ і м'який масаж груді у напрямку соска. Після годування і зціджування – холодний компрес на 15-20 хвилин.

Якщо зазначені заходи не допомагають, затвердіння лишається, підсилюється біль, підвищується температура потрібно негайно звернутися до лікаря.

Різниця між наповненням та нагрубанням молочної залози



Наповнення грудей	Нагрубання грудей
Гаряча, але не гіперемована	Гаряча, може бути гіперемована
Туга	Щільна, особливо ареола і соски (вторинно плаский сосок)
Тверда	Набрякла, блискуча
Не болюча	Болюча
Молоко витікає при зіджуванні або смоктанні	Молоко не витікає при зіджуванні або смоктанні
Підвищення температури нема	Температура тіла підвищена

Лікування нагрубання молочних залоз

- ✚ Першою і головною умовою лікування нагрубання молочної залози є видалення молока з грудей. Тому під час такого стану “груди не повинні відпочивати”:
- ✚ Якщо дитина спроможна смоктати, то її треба часто годувати грудьми, не обмежуючи тривалість годування, виконуючи правильну техніку грудного годування;
- ✚ Якщо дитина не може приладнатися до грудей і захопити сосок та ареолу, треба допомогти матері зідидити молоко. Іноді достатньо зідидити невелику кількість молока для пом'якшення залози, після чого дитина спроможна смоктати

Перед годуванням або зіджуванням потрібно **стимулювати у матері рефлекс окситоцину**:

- теплий компрес на молочні залози або теплий душ;
 - зробити масаж спини або шиї (див розділ Зіджування грудного молока);
 - зробити легкий масаж молочних залоз;
 - стимулювати соски молочних залоз;
 - інколи доводиться використовувати окситоцин 0,5 мл п/ш за 1-2 хвилини до годування або зіджування;
 - допомогти матері розслабитися.
- Після годування - покласти холодний компрес на молочні залози на 20-30 хвилин для зменшення набряку

- Дуже важливо надати впевненості матері, заспокоїти її і пояснити, що це явище тимчасове і вона зможе успішно годувати грудьми свою дитину.

Лікування запалення молочної залози



- Своєчасно почати комплексну антибактеріальну та дезінтоксикаційну терапію, яка повинна тривати достатній час (не менше ніж 7-10 днів):
- антибіотики - пеніциліназо-резистентні – цефалоспорины (цефтриаксон – 2 г на добу в/м), макроліди (еритроміцин – 500мг кожні 6 годин, ровоміцин – 3 млн кожні 8 годин), флуклоксацилін 250 мг орально кожні 6 годин;
- інфузійна терапія (реополіглюкін, реомакродекс);
- анальгетики (парацетамол, анальгін);
- десенсибілізуючі препарати (супрастін, діазолін);
- постільний режим, повний спокій (при лікуванні вдома- догляд членів сім'ї).

Необхідно пояснити матері, що вона повинна продовжувати достатньо часто годувати грудьми , виконуючи усі вищеперераховані заходи.

Кандидозна інфекція



Може спостерігатися у жінок, які отримують антибіотикотерапію, із зниженням імунітету, при наявності інфекції *Candida* у інших біотопах (вагінальний, кишечний).

Ознаки: болючі, сверблячі соски, відчуття печіння, коління, які продовжуються після годування. Іноді біль порівнюють з відчуттям, яке нагадує коління голками. Шкіра виглядає гіперемованою, блискучою, іноді відмічається її розшарування.

Характерною ознакою для правильного встановлення діагнозу є стійка болючість сосків при відсутності тріщин і правильному прикладанні дитини до грудей.

Необхідно перевірити дитину на наявність кандидозної інфекції і враховувати це при лікуванні.

Лікування кандидозної інфекції

Соски матері : Ністатинова мазь 100 000МО/г

Наносити на соски чотири рази на день після годування грудьми. Продовжувати застосовувати іще протягом 7 днів після зникнення проявів захворювання. При поширеній кандидозній інфекції (вагінальній, кишечній) паралельно з місцевим лікуванням показане призначення препарату Дифлюкан 150 мг одноразово.

Лікування дитини: Суспензія ністатину 100 000 МО/мл.

Наносити піпеткою по 1 мл у ротик дитини чотири рази на день після годування протягом семи днів або на весь період лікування матері.

При наявності кандидозної інфекції потрібно припинити використовуватипустушки, соски, а також накладки на соски.

Додаткові молочні залози

З'являються найчастіше у пахві з одного або з обох боків у вигляді болючих, щільних утворень, часто з горбкуватою поверхнею. Збільшуються паралельно з прибуттям молока.

Заходи:

- абсолютно протипоказаний масаж;
- показаний холодний компрес або компрес із камфорним маслом локально на область додаткових залоз (при значних розмірах і больових відчуттях) .

Як правило, всі клінічні прояви послаблюються і зникають через декілька днів при правильному веденні випадку.

Рубці молочної залози

Спостерігаються у жінок після перенесених операцій на молочній залозі з приводу маститу, пухлин (наприклад фіброаденома), косметичних цілей а також після опіків.

Доцільний індивідуальний підхід (враховувати розташування рубця, або рубців, ступінь пошкодження тканини молочної залози) з консультуванням спеціаліста-мамолога.

Пластичні операції на молочній залозі з метою поліпшення форми

Питання про можливість грудного вигодовування узгоджується з хірургом, який виконував операцію.

Слід пам'ятати, що годування однією молочною залозою можливе.

Недостатня секреція молока

— одна з основних причин переводу дитини на штучне вигодовування. Надзвичайно важливим є вміння медичного працівника правильно оцінити лактаційну функцію жінки і допомогти їй налагодити повноцінну лактацію.

Лактаційний криз.

Під лактаційним кризом розуміють тимчасове короткочасне зменшення кількості молока, яке виникає без явної видимої причини. Основою лактаційних кризів є зсуви у гормональній системі жінки, які пов'язані з періодичністю гормональної регуляції лактації, у сполученні з підвищенням рухової активності жінки та інтенсивним ростом немовляти.

Лактаційні кризи виникають на 3-6 тижні, 3,4,7 і 8 місяцях лактації. Їх тривалість в середньому складає 3-4 дні, вони носять цілком зворотній характер і не являють собою небезпеки для здоров'я дитини. У деяких жінок в динаміці лактації такі лактаційні кризи виникають декілька разів.

Голодний криз — ситуація, коли у зв'язку із інтенсифікацією процесів росту дитини, т. з. "стрибки росту," в окремі періоди її розвитку об'єм молока, яке виробляється молочними залозами матері, не відповідає потребам дитини.

Частіше голодний криз виникає на 4-ому тижні, а також на 3,7,12 місяцях лактації.

Для успішного подолання лактаційних і голодних кризів необхідне дотримання наступної тактики:

- обов'язкове інформування матері-годувальниці (вже при першому консультуванні) про можливість виникнення таких кризів для спокійного сприймання жінкою тимчасового зменшення кількості молока;
- пояснення матері, що для подолання кризу необхідно своєчасно тимчасово збільшити кількість прикладань дитини до грудей (до 10-12 разів на добу), знову ввести нічне годування (обов'язково перевірити правильність техніки годування);
- налагодити відповідний відпочинок і сон матері залучити для допомоги в цей період родичів матері - годувальниці.

При такій тактиці досить швидко (3-4 дні) збільшується продукція молока. Якщо ж мати не підготовлена до такої ситуації, то при перших ознаках зниження лактації вона (навіть без призначення лікаря-педіатра) почне догодовування сумішами і швидко втратить лактацію.

Протипоказання до грудного вигодовування (з боку матері)

Грудне вигодовування протипоказане при наступних захворюваннях матері:

- онкологічні захворювання
- відкрита форма туберкульозу із бациловиділенням
- особливо небезпечні інфекції (віспа, сибірська виразка)
- правець
- гострі психічні захворювання
- гепатит С

Враховуючи досить часте розповсюдження екстрагенітальних захворювань серед вагітних, окремо розглянемо протипоказання для грудного вигодовування у цієї категорії породілей.

Захворювання	Грудне вигодовування протипоказане при:
Серцево-судинна патологія	Хронічній серцевій недостатності II Б (за класифікацією В.К. Василенко-Н.Д.Стражеско,* функціональному класі III-IV за класифікацією NYHA (США).Інфекційному ендокардиті. Усіх набутих вадах серця IV і V стадії (при III стадії виключити нічне годування). Усіх "синіх" вадах серця.Усіх вадах серця з проявами легеневої гіпертензії.Важких порушеннях ритму серця. Текучому ревмокардиті. Ділятаційній кардіоміопатії. Гіпертонічній хворобі II стадії, важкому перебігу, наявності гострого або вираженого хронічного порушення мозкового кровообігу.

Захворювання нирок	Наявності гострої або хронічної ниркової недостатності усіх стадій.
Захворювання печінки	Розвитку недостатності функції печінки, портальній гіпертензії, розширенні вен стравоходу.
Захворювання дихальної системи	Розвитку дихальної недостатності II стадії і вище
Цукровий діабет	Важких формах захворювання в стадії декомпенсації (діабетичний кетоацидоз)

****питання про можливість збереження лактації і грудного вигодовування дитини при СН- ІІА стадії може вирішуватися індивідуально з урахуванням особливостей гемодінаміки, стану хворої, при спостереженні лікаря-кардіолога.***

Вірусні інфекції матері

Герпес

Хронічна персистентна герпетична інфекція у матері не є протипоказанням для грудного вигодовування. Віруси простого герпесу I та II типу з грудним молоком не передаються. Водночас, новонароджена дитина отримує антитіла класу імуноглобулінів Ig G, які будуть зумовлювати імунний захист дитини протягом перших місяців життя. Якщо у матері перед пологами клінічний епізод урогенітального герпесу, жінка має отримувати лікування специфічними протигерпетичними препаратами, дитина має вигодовуватись грудьми.

ВІЛ

Шляхи передачі ВІЛ від матері дитині:

- Трансплацентарний – 10-15 %
- Інтранатальний – 70-75 %
- Через грудне молоко – 10-12 %

За даними експертів ВООЗ, в разі годування грудьми ВІЛ-позитивними матерями, інфікується кожна 7-ма дитина. Для профілактики перинатальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини важливе значення мають:

- визначення ВІЛ-статусу вагітної жінки, яке проводиться 2 рази протягом вагітності
- своєчасне проведення антиретровірусної терапії та профілактики у ВІЛ-позитивних вагітних і їх новонароджених (ретровір, азидотимідін)
- оптимальний (правильний) вибір виду вигодовування дитини

ВІЛ може передаватися через грудне молоко.

ВІЛ інфекція є протипоказанням для годування грудьми.

Вірусний гепатит В.

При гепатиті В можливість передачі вірусу новонародженій дитині через грудне молоко від матері, яка є носієм, або під час її хвороби не може бути виключена. Однак в таких ситуаціях дитина має високий ризик зараження через материнську кров, навколоплідну рідину та вагінальні виділення під час пологів. Дані літератури свідчать про те, що годування грудьми не підвищує показник захворюваності на гепатит В серед дітей. В той же час, у випадках, коли мати є носієм HBs- антигену або хвора на гепатит В, годування грудьми можливе за умови вакцинації новонародженого (вакцина Engerix-B).

Новонароджений від матері, що є носієм HBsAg, повинен отримати пасивно-активну вакцинацію, тобто введення специфічного імуноглобуліну і введення вакцини протягом першої доби життя. Потім новонароджений може годуватися грудьми матері.

Тактику вигодовування немовлят від матерів з гострою активною формою вірусного гепатиту В визначати індивідуально з врахуванням вірусного навантаження матері та рівня антигенемії. При наявності тріщин соска годування грудьми тимчасово слід припинити.

При гострій респіраторно-вірусній інфекції (ГРВІ), ангіні, бронхіті, пневмонії годування грудьми може бути здійснене після зниження температури і поліпшення стану жінки. При цьому необхідно користуватися маскою і перебувати окремо від дитини в період між годуванням грудьми.

Цитомегаловірусна інфекція

В разі активної цитомегаловірусної інфекції у матері існує ризик передачі вірусу з молоком (до 10 %). Водночас переважне значення у вагітних і осіб репродуктивного віку має хронічна персистентна цитомегаловірусна інфекція, яка супроводжується виробленням антитіл проти CMV, які передаються з молоком матері. Тому хронічна персистентна цитомегаловірусна інфекція не є протипоказанням для грудного вигодовування. У недоношених немовлят ризик ураження більший через низьку концентрацію отриманих через плаценту материнських антитіл.

Визначення тактики вигодовування дітей від матерів з персистентною цитомегаловірусною і герпетичною інфекцією:

- оцінка перинатального ризику
- оцінка клінічного стану
- визначення імуноглобулінів класу IgG і IgM у матері та дитини з індексом авідності. Високий індекс авідності імуноглобулінів IgG свідчить про хронічну (раніш перенесену) інфекцію, що не супроводжується ризиком передачі вірусу від матері до дитини

Токсоплазмоз

Збудник інфекції не проникає в молоко матері. Грудне вигодовування не протипоказане.

Туберкульоз

Грудне вигодовування протипоказано при відкритій формі.

Особливості ведення лактації і грудного вигодовування у вагітних груп високого ризику

Здорова майбутня матір, фізіологічний перебіг вагітності і пологів, безумовно, є ідеальною умовою для успішного початку, становлення та розвитку лактації і тривалого грудного вигодовування.

Між тим, за даними МОЗ України на 1999 р. має місце значне погіршення показників репродуктивного і соматичного здоров'я жінок і, в тому числі, вагітних. Зокрема, частота деяких найбільш поширених екстрагенітальних захворювань складає:

- захворювання системи кровообігу - 5,4 %
- захворювання сечо-статевої системи - 11,4 %
- анемії - 38,4%

У цьому зв'язку треба підкреслити, що сучасна програма ведення лактації є універсальною і може та повинна впроваджуватись не лише у здорових жінок з нормальним перебігом вагітності і пологів, але й при різних ускладненнях останніх, бо враховує, безумовно, як особливості стану вагітної і породіллі, так і новонародженого.

Поряд з використанням сучасних організаційних принципів ведення лактації у жінок з акушерськими ускладненнями та екстрагенітальною патологією, патогенетично обґрунтованим є застосування немедикаментозних (продукти лікувального харчування - Фемілак-2, Полісол; фітопрепарати; деякі фізметоди) та медикаментозних методів (антагоністи допаміну- метоклопрамід, гормональні препарати - лактин, окситоцин, вітаміни - С, РР, групи В, Е, А) профілактики та лікування порушень лактації у цієї категрії породілей.

Тактика ведення лактації у жінок з пізнім гестозом

1. Еклампсія	Годування грудьми протипоказано за станом жінки незалежно від терміну ішляху розродження
2. Прееклампсія важкого ступеня. Передчасні пологи.	Інтенсивна терапія жінки. Збереження лактації шляхом регулярного зціджування грудного молока, психологічної підтримки (за допомогою персоналу). Годування дитини через зонд, з чашечки. Призначення продуктів лікувального харчування (Фемілак-2, Полісол). Метод центральної електроанальгезії (ЦЕАН) (4-7 процедур в перші дні після пологів). Метоклопрамід (церукал)-1табл з рази на день за 15-20 хвлин до їжи – 7 днів. Піроксан.
3. Прееклампсія важкого ступеня. Термінові пологи природним шляхом.	Аналогічні заходи (див. пункт 2). Прикладання до грудей після поліпшення стану матері і зменшення медикаментозного навантаження при задовільному стані новонародженого.
4. Прееклампсія важкого ступеня. Термінові пологи шляхом операції кесарів розтин.	Аналогічні заходи (див. пункт 2 ,3).
5. Прееклампсія середнього ступеня. Термінові пологи природним шляхом.	При задовільному стані новонародженого і породіллі – раннє прикладання до грудей, шкіряний контакт. Індивідуальний режим годування дитини до можливості забезпечення спільного перебування матері і дитини. Лікування прееклампсії з урахуванням дії ліків на дитину (див. Розділ 14.). Призначення продуктів лікувального харчування, комплекс вітамінів, фіто- збори.
6.Прееклампсія середнього ступеня. Термінові пологи – кесарів розтин.	При задовільному стані новонародженого і породіллі – прикладання до грудей при активній допомозі персоналу після закінчення дії наркозу (через 6-8 годин), (враховувати терапію, що отримує жінка). До забезпечення можливості спільного перебування матері і дитини- годування її в палаті інтенсивної терапії акушерського відділення (приносить дитяча сестра). Лікувальні заходи-див. пункт 5.
7.Прееклампсія середнього ступеня. Незадовільний стан породіллі або новонародженого	Заходи – див. пункт 2 і 3.

Згідно з сучасними підходами ведення лактації, **кесарський розтин** – це операція, яка не повинна стати причиною втрати можливості грудного вигодування дитини. Але жінка після цієї операції потребує додаткової уваги з боку добре підготовленого медичного персоналу, особливо в перші після операції дні.

Відповідно сучасним уявленням, *ведення лактації у жінок після кесарського розтину потребує врахування наступних чинників:*

- характеру і тяжкості акушерської та екстрагенітальної патології, яка є показанням для абдомінального розродження
- планове чи екстрене виконання операції. При плановій операції питання особливостей ведення лактації обговорюються з вагітною заздалегідь, підготовлюючи її до можливих труднощів і шляхів їх подолання. При екстреній операції можуть виникнути і психологічні труднощі, які краще подолати (при можливості) за допомогою психолога;
- стану дитини (наявність або відсутність у новонародженого межових та /або патологічних станів, які утруднюють акт смоктання);
- виду анестезії (перидуральна анестезія чи ендотрахеальний наркоз);
- обсягу медикаментозної терапії.

Тактика ведення лактації у жінок після абдомінального розродження полягає в наступних діях:

- При сприятливому закінченні операції для матері і новонародженого прикладання дитини до грудей (одночасно з процедурою шкіряного контакту) здійснюється після того, як жінка може реагувати (як правило через 4-6 годин після ендотрахеального наркозу і 1,5-2 години після епідуральної анестезії).
- Перше прикладання до грудей допомагає здійснити медична сестра, яка приносить дитину з дитячого відділення і з цього часу новонароджений знаходиться у ліжечку поряд з ліжком матері в акушерській палаті інтенсивної терапії.
- Наступні годування за вимогою дитини в першу - другу добу здійснюються також за допомогою медсестри.
- Здорова дитина не потребує в ці перші 4-6 годин їжі, тому ні в якому разі не можна давати їй долактаційне годування сумішшю.
- При порушеному стані новонародженого і задовільному стані породіллі - через 6-8 годин після операції регулярне (кожні 3 години) зціджування грудного молока для збереження і підтримання лактації, пізніше - годування їм дитини в ПІТі. Спільне перебування з дитиною при поліпшенні її стану.
- При всіх ускладненнях з боку матері, розродженої шляхом операції кесарів розтин, які є тимчасовим протипоказанням для прикладання дитини до грудей, для збереження і підтримання лактації необхідне зціджування грудного молока не рідше, ніж кожні 3 години, а годування дитини здійснювати без застосування пляшечки з соскою.
- Окрім активного впровадження сучасних організаційних підходів до ведення лактації у жінок після операції кесарів розтин доцільним, безумовно, є одночасне використання існуючих немедикаментозних та медикаментозних методів стимуляції лактації (продукти лікувального

харчування – Полісол, Фемілак–2, фізметоди – ЦЕАН, фітозбори, окситоцин, метоклопрамід).

Дослідження останніх років переконливо довели, що описаний вище метод ведення лактації у жінок після операції кесарів розтин позитивно впливає на скоротливу функцію матки і сприяє зниженню гнійно-запальних ускладнень у цих породілей.

Ведення лактації у жінок з цукровим діабетом

1. Ускладнені форми цукрового діабету. Стадія декомпенсації захворювання.	Лактація протипоказана.
2. Компенсований цукровий діабет. Термінові пологи (38 тижнів і більше) через природні родові шляхи. Задовільний стан плода і новонародженого.	Раннє прикладання до грудей, шкіряний контакт, спільне перебування матері і дитини при стабільному їх стані під ретельним наглядом персоналу.
3. Компенсований цукровий діабет. Термінові пологи через природні родові шляхи. Порухений стан плода (знаходиться в палаті інтенсивної терапії-ПІТ).	Регулярне (через 3 години) зціджування грудного молока, годування їм дитини без застосування пляшечки з соскою. Участь матері у догляді за дитиною в ПІТі. Прикладання до грудей після поліпшення стану дитини.
4. Компенсований цукровий діабет. Пологи шляхом кесаревого розтину. Задовільний стан плода	При задовільному стану матері- прикладання до грудей при активній допомозі персоналу після закінчення дії наркозу. До забезпечення можливості спільного перебування матері і дитини- годування її в палаті інтенсивної терапії акушерського відділення (приносить дитяча мед.сестра).
5. Компенсований цукровий діабет. Пологи шляхом операції кесарів розтин. Порухений стан новонародженого.	Заходи – дивись пункт 3.
6. Компенсований цукровий діабет. Дострокове розродження за станом плода.	Заходи – дивись пункт 3.

Необхідно підкреслити, що в сучасних умовах, коли значна частина жінок, які вирішили стати матір'ю, страждають хронічними захворюваннями і в зв'язку з цим потребують постійної медикаментозної терапії, надмірне розширення протипоказань до грудного вигодовування через застосування жінкою ліків може мати надзвичайно серйозні наслідки в найближчому майбутньому.

Переведення новонародженого на штучне вигодовування повинно здійснюватись виключно рідко і лише за дуже суворими показаннями. До їх числа належить необхідність обов'язкового застосування жінкою препарату (препаратів). Разом з тим, прагнення мінімізувати медикаментозну терапію матері, що годує грудьми, призначати їй ліки тільки у випадках обов'язкових показань повинно бути керівним принципом дій лікаря.

Лікарські препарати, які проникають в грудне модоко і потенційно небезпечні для дитини

Преперат	Побічні ефекти
Категорично протипоказані	
Антибактеріальні:	
Хлорамфенікол(левоміцетин, тетрациклін)	Зниження кровотворної функції кісткового мозку, нудота, відригування, блювота, жовтяниця, гіпотермія, судоми, утруднення дихання, відмова від молока, порушення емалі зубів, можлива токсична дія на різні органи дитини
Фторхінолони	Хондротлоксичність, порушення процесу росту
Сульфаніламід	Гемолітична анемія у дітей з дефіцитом глюкозо-6-фосфатдегідрогенази, білірубінова енцефалопатія, висипання
Налідіксова кислота	Гемолітична анемія при дефіциті глюкозо-6-фосфатдегідрогенази
Метронідазол	Мутагенна та канцерогенна дія, рвота, анорексія, діарея, пригнічення функції кісткового мозку
Тінідазол	Мутагенна та канцерогенна дія
Антивірусні	
Амантадін, ганцикловір, зидовудін, ремантадін	Затримка сечі, нудота, блювота, шкіряне висипання
Засоби, які впливають на ЦНС:	
Фенітоїн (діфенін)	Метгемоглобінемія, петехії на шкірі, Сонливість, колапс
Вальпроат натрію	Сонливість, пригнічення рефлексів, рідко – гепатотоксичність
Препарати літію	Гіпотонія м'язів, гіпотермія, серцево-судинні порушення, дисфункція нирок
Барбітурати	Седативний ефект, метгемоглобінемія, зниження рефлексів, в т.ч. смоктального, прискорення метаболізму стероїдних гормонів
Резерпін	Сонливість, набряк слизової оболонки носу з затрудненням носового дихання, відмова від грудей, пронос
Наркотики (регулярно)	Пригнічення дихання, розвиток звикання, синдром відміни
Цитостатичні засоби	Висока анти-ДНК-активність, ураження кровотворної та імунної систем, порушення зросту, диференціювання тканин та органів

Препарати інших груп	
Йодіди	Пригнічення функції щитовидної залози
Антитиреоїдні засоби	Зоб, пригнічення функції щитовидної залози, лейкопенія, агранулоцитоз
Радіофармацевтичні засоби (1311, 1251, галій та ін.)	Порушення функції, рідко рак щитовидної залози, пригнічення кісткового мозку
Фенілін	Геморагічні ускладнення
Алкалоїди споринї	Інгібіція секреції пролактину, пригнічення лактації, симптоми ерготизму (блювота, діарея, слабкий пульс, гіпотензія, судоми)
Хлорпропамід	Гіпоглікемія, жовтяниця, олігурія
Циклоспорин	Потенційна нефротоксичність
Небажані	
Броміди	Висипання, сонливість, неспокій, слабкість
Мепробамат	Пригнічення цнс, зниження тонуусу скелетових м'язів
Похідні бензодіазепіна (діазепам, хлосепід, оксазепам та ін)	Седативний ефект, кумуляція, епізоди апное, гіпотензії
Аміназин	Сонливість, кволе смоктання, тремор
Етосуксимід	Пригнічення цнс
М-холінолітики	Антихолінергічні ефекти
Глюкокортикостероїди (в дозах больше 100 мг/доб)	Пригнічення функції наднирників
Індометацин	Судоми
Саліцілати (у великих дозах)	Метаболічний ацидоз, висипання, геморагії
Похідні сульфонілсечовини	Гіпоглікемія
Теофілін	Дратівливість, порушення сну, тахікардія, тремор
Нітрофурантоїн	Гемоліз у дітей з дефіцитом глюкозо-6-фосфатдегідрогенази
Хлорохін	Гемоліз у дітей з дефіцитом глюкозо-6-фосфатдегідрогенази
Ізоніазид	Дефіцит пиридоксину (вітамін В6), анти-ДНК-активність, ураження печінки
Циметидин	Пригнічення метаболізму ліків , збудження, значне зниження кислотності шлункового соку
Алюмініймісткі антациди	Затримка розвитку
Естрогени	Фемінізація, гинекомастія у хлопчаків
Препарати золота	Висипання, запальне ураження нирок та печінки
Ретиноїди	Можливі канцерогенні ефекти

Лікарські засоби, які впливають на секрецію грудного молока

Підсилюючі	Послаблюючі
Нікотинова кислота	Каберголін
Ксантинола нікотинат	Бромокріптин
Пентоксифілін	Естрогени
Теофілін	Ергометрин
Аскорбінова кислота	Діуретики
Вітамін А	Антигістамінні/ протинабрякові засоби
Вітамін В6	Леводопа
Вітамін В1	М-холінолітики (атропін та ін.)
Глутамінова кислота	Судиннозвужуючі засоби (адреналін, норадреналін, ефедрин)
Окситоцин	Клонідін
Піроксан	Амантадін
Метилдофа	
Метоклопрамід	
Сульпірід	
Лактин	
Фенотіазін	