

Міністерство охорони здоров'я України

Сучасне ведення лактації та грудного вигодовування

Навчальний посібник

Київ
2002 рік

За сприяння Дитячого Фонду Об'єднаних Націй
(ЮНІСЕФ)
в Україні



Розроблено на замовлення Міністерства охорони здоров'я України

Куратор проекту:

Моїсеєнко Р.А. - начальник управління організації медичної допомоги дітям і матерям МОЗ України

Автори:

Д.м.н., проф. Шунько Є.Є. - завідувача кафедри неонатології КМАПО ім. П.Л.Шупика

Д.м.н., Тутченко Л.І. - головний науковий співробітник інституту ПАГ АМН

К.м.н. Костюк О.О. - асистент кафедри неонатології КМАПО ім. П.Л.Шупика

К.м.н. Марушко Т.Л. - старший науковий співробітник інституту ПАГ АМН

Координатор проекту:

Шерстюк О.М. - координатор проекту "Здоров'я та розвиток дітей" Дитячого Фонду Об'єднаних Націй.

З М І С Т

Вступ

Актуальність впровадження сучасних принципів ведення лактації і грудного вигодовування
Сучасна термінологія
Основні документи ВООЗ та ЮНІСЕФ щодо заохочення, збереження і підтримки грудного вигодовування та Ініціативи «Лікарня, дружня до дитини»
Основні документи і програми МОЗ України, спрямовані на підтримку грудного вигодовування, захист здоров'я матері і дитини.

Розділ 1 Фізіологічні основи харчування плода, вигодовування новонароджених і дітей першого року життя

Розділ 2 Склад грудного молока, Харчова та імунобіологічна цінність грудного молока.

Білки, жири, вуглеводи
Вітаміни, мікроелементи
Імунологічні та регуляторні чинники
Особливості складу грудного молока в залежності від термінів лактації

Розділ 3 Переваги грудного вигодовування

Вплив грудного вигодовування на формування здоров'я дитини
Вплив на психо-емоційний та інтелектуальний розвиток дитини
Вплив на репродуктивне та соматичне здоров'я жінки
Переваги грудного вигодовування для сім'ї
Значення впровадження програм підтримки грудного вигодовування для закладів охорони здоров'я

Розділ 4 Фізіологічні основи формування і підтримання лактації

Будова молочної залози
Механізми регуляції післяпологової лактації
Механізм годування грудьми

Розділ 5 Перинатальна психологія плода і новонародженого

Основи перинатальної психології у системі рододопоміжних і лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я матері і дитини
Основи перинатальної психології

- розвиток плода в онтогенезі
- психологічні основи спілкування батьків з плодом і новонародженим
- раннє прикладання до грудей матері
- контакт "очі в очі", "шкіра до шкіри"

Психологічні переваги спільного перебування після пологів для матері і новонародженого
Психологічні аспекти підготовки вагітних до пологів і грудного вигодовування

Розділ 6 Фізіологічні основи вигодовування немовлят

Спостереження за годуванням грудьми
Оцінка процесу грудного годування
Положення дитини біля грудей матері
Прикладання дитини до грудей матері

Розділ 7 Сучасна практика ведення лактації та грудного вигодовування

Підготовка вагітних до годування грудьми
Грудне вигодовування в пологовому стаціонарі

- раннє прикладання дитини до грудей матері
- спільне перебування матері і дитини після пологів

- виключно грудне вигодовування
- годування за потребою дитини
- підтримка медичного персоналу

Зціджування грудного молока

Гігієна жінки, що годує грудьми

Особливості ведення лактації і грудного вигодовування у жінок групи високого ризику.

Розділ 8 Підтримка тривалого грудного вигодовування після виписки з пологового стаціонару

Організація підтримання грудного вигодовування в дитячій поліклініці

Недостатня секреція молока. Збільшення лактації.

Плач дитини

Відмова дитини від грудей

Мати, яка працює або вчиться, і годування грудьми

Консультації в дитячій поліклініці (практичне заняття)

Розділ 9 Вигодовування дитини першого року життя. Прикорми при грудному вигодовуванні

Розділ 10 Харчування жінки під час вагітності та годування грудьми

Розділ 11 Основні утруднення при годуванні грудьми. Протипоказання до грудного вигодовування.

Розділ 12 Вигодовування новонароджених з перинатальною патологією

Вигодовування новонароджених з перинатальною патологією

Вигодовування передчасно народжених дітей

Вигодовування дітей з низькою масою тіла при народженні

Вигодовування немовлят з гемолітичною хворобою

Вигодовування немовлят з перинатальними інфекціями групи TORCH - ВІЛ

Розділ 13 Лактація і контрацепція. Метод лактаційної аменореї

Розділ 14 Медикаментозна терапія і лактація

Розділ 15 Міжнародне зведення правил зі збуту замінників грудного молока та практика охорони здоров'я

Додатки

Розвиток Ініціативи ВООЗ/ЮНІСЕФ “Лікарня дружня до дитини” в Україні. Зміна практики охорони здоров'я з розвитком Ініціативи “Лікарня, дружня до дитини”.

Роль грудного вигодовування у формуванні здорової психіки дитини

Вступ

Актуальність впровадження сучасних принципів ведення лактації і грудного вигодовування в лікувально-профілактичних закладах, які надають медичну допомогу дітям і матерям.

В умовах соціально-економічної нестабільності в суспільстві, погіршення репродуктивного здоров'я нації, підвищення питомої ваги вагітних і немовлят з високим перинатальним ризиком і перинатальною патологією особливої актуальності набуває як збереження життя кожної дитини (внутрішньоутробного плоду), так і забезпечення фізіологічного росту і розвитку дитини, тобто забезпечення якості життя.

Грудне вигодовування дитини є **золотим стандартом** фізіологічного росту і психо-емоційного розвитку немовлят, формування психо-емоційної єдності з матір'ю, фізіологічне продовження пренатального харчування і постнатального розвитку дитини.

В Конвенції про права дитини зазначено, що кожна дитина має право на забезпечення її раціональним харчуванням, яке дасть змогу фізіологічного розвитку і формування здоров'я. Грудне вигодовування є найкращим способом забезпечення росту і розвитку немовля.

Вітчизняна наукова школа педіатрії та неонатології, акушерства і гінекології виділяє грудне вигодовування як єдиний раціональний вид годування дітей першого року життя, який забезпечує фізіологічний розвиток та імунобіологічний захист організму дитини, профілактику інфекційних та алергічних захворювань.

Водночас традиційні рекомендації щодо терміну прикладання до грудей матері, перебування матері і дитини в пологовому будинку, режиму годування по годинах з нічними перервами, раннього введення пригодовування створюють передумови для зниження лактації вже через 2-3 місяці годування грудьми.

Практика лікарів-педіатрів щодо контрольного зважування в дитячих поліклініках не дозволяє дійсно визначити обсяг лактації, проте ця практика завдає реальної шкоди через необґрунтовані рекомендації лікарів-педіатрів щодо введення молочних сумішей.

Важливою проблемою сучасної неонатології та педіатрії є діти з перинатальною патологією та передчасно народжені діти, особливо з низькою масою тіла. Вигодовування цих немовлят

має особливо важливе значення для їх подальшого розвитку і формування здоров'я в наступні роки життя.

Метою навчального модуля є підвищення рівня теоретичних знань та практичних навичок з питань сучасного ведення лактації і грудного вигодовування, сучасних принципів вигодовування дітей першого року життя, що дасть змогу покращити здоров'я жінок та дітей раннього віку, знизити рівень малюкової захворюваності і смертності шляхом підвищення тривалості і частоти грудного вигодовування, впровадження ініціативи ВООЗ-ЮНІСЕФ “Лікарня, доброзичлива до дитини” в лікувально-профілактичних закладах України.

Лікар повинен знати:

- Основи ефективної перинатальної допомоги
- фізіологію внутрішньоутробного розвитку плода
- фізіологію неонатального періоду
- фізіологію лактації
- сучасні принципи підтримки лактації і грудного вигодовування
- фізіологічні основи вигодовування дитини першого року життя
- переваги грудного вигодовування
- позитивний вплив годування грудьми на організм жінки
- фізіологічні принципи вигодовування дітей з перинатальною патологією

Лікар повинен володіти:

- технікою раннього прикладання дитини до грудей матері в пологовій залі
- технікою правильного прикладання дитини до грудей
- методом контакту матері та дитини «шкіра до шкіри»
- технікою зціджуванням грудей
- оцінити стан годування дитини

<i>Етапи підтримки грудного вигодовування:</i>

- **Заклади середньої освіти** – включення в навчально-освітні програми питань репродуктивного здоров'я, переваг грудного вигодовування для здоров'я жінки та дитини
- **Жіночі консультації** – надання інформації, ілюстративного матеріалу щодо переваг грудного вигодовування, сучасного ведення лактації, гігієни жінки. Перегляд фільму “Мама краще”.

- **Пологові будинки** – родопомічні заклади
- **Дитячі поліклініки**
- **Дитячі лікарні** – неонатологічні відділення
відділення для дітей раннього віку

Міжнародні документи щодо підтримки грудного вигодовування

“Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных учреждений”. Совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ, Женева, ВОЗ, 1989 г. Вперше були проголошені 10 принципів грудного вигодовування

З метою впровадження 10 кроків (принципів) грудного вигодовування за ініціативою ВООЗ-ЮНІСЕФ на Нараді Міжнародної педіатричної асоціації, яка відбулася в Анкарі 1991 року була прийнята програма “Лікарня, доброзичлива до дитини”.

Мета лікарні, дружньої до дитини:

Забезпечити право дитини на раціональне харчування , яким є грудне вигодовування,забезпечити право дитини на фізіологічний психо-емоційний розвиток шляхом:

- Надання доступної інформації вагітним та породіллям про переваги грудного вигодовування для здоров’я жінки та дитини
- Підтримка жінок, що годують грудьми з боку медичного персоналу
- Сприяння ранньому початку годування грудьми та контакту матері і дитини
- Постійне спільне перебування матері та дитини
- Виключно грудне вигодовування протягом 4-6 місяців життя
- Заборона реклами замінників грудного молока, в тому числі молочних сумішей, сосок, пляшечок, чаю для немовлят

Переваги практики “Лікарня, дружня до дитини”

Ранні (безпосередні):

- Зменшення рівня післяпологових ускладнень
- Профілактика маститів
- Забезпечення прав дитини на оптимальне харчування та розвиток
- Зниження рівня гнійно-септичних інфекцій у новонароджених
- Профілактика внутрішньолікарняних інфекцій
- Покращення психологічного клімату в колективі співробітників лікувального закладу

- Економічні переваги (економія матеріальних витрат на придбання молочних сумішей, пляшечок, сосок, ліків для немовлят)
- Зменшення вірогідності, що дитина буде покинута або ображена матір'ю

Віддаленні (глобальні)

- Покращення здоров'я дітей раннього віку
- Покращення репродуктивного здоров'я жінок
- Покращення психо-емоційного стану суспільства
- Покращення психо-емоційного стану сім'ї
- Забезпечення прав людини
- Зниження рівня агресії в суспільстві
- Підвищення народжуваності
- Покращення здоров'я нації

В березні 2000р.в Женеві відбулася консультативна Нарада з метою оцінки політики годування дітей раннього віку та розробки стратегії дій на наступне десятиріччя.

24 листопада 2001 року 109-ю сесією виконавчого комітету ВООЗ прийнята “Глобальна стратегія з годування дітей грудного та раннього віку”

В доповіді секретаріату відзначено, що на 101-ій сесії в січні 1998 року виконавчий комітет закликав поновити відданість насамперед грудному вигодовуванню і адекватному пригодовуванню та харчуванню дітей грудного і раннього віку.

З метою оцінки політики годування дітей грудного і раннього віку, аналізу провідних заходів і розробки загальної стратегії на наступне десятиріччя ВООЗ в тісній співпраці з ЮНІСЕФ організувала консультативну нараду (Женева, 13-17 березня 2002р.) з цих питань.

Головним напрямком глобальної стратегії щодо годування дітей грудного та раннього віку є підтримка грудного вигодовування з своєчасним введенням пригодовування, що дозволить покращити стан здоров'я дітей, а державам вирішити свої соціально-економічні проблеми.

Також зазначена необхідність виконання Міжнародного Зведення правил поширення замінників грудного молока, який забороняє рекламу замінників грудного молока та регламентує поширення ЗМГ на підставі належних методів поширення, призначення дітям за медичними показаннями.

Глобальна стратегія щодо годування дітей грудного та раннього віку ВООЗ заснована на повазі, захисті та здійсненні прав людини.

Належне (оптимальне) харчування є основним компонентом прав людини з метою досягнення найвищого рівня здоров'я і розвитку людини. *Діти* мають право на адекватне харчування, що дає змогу реалізації права для досягнення як можливо вищого рівня здоров'я.

Жінки в свою чергу мають право на належне харчування, на прийняття рішення як вигодовувати свою дитину, на відповідну інформацію щодо переваг грудного вигодовування, відповідні умови для реалізації прийнятого рішення (тобто лікарні, доброзичливі до дитини). В Україні ці права реалізовані ще неповністю.

Формуюча структура політики

Глобальна стратегія заснована на минулих та сучасних досягненнях, зокрема:

- © Ініціативі по створенню в лікувально-профілактичних закладах умов, що сприяють грудному вигодовуванню
- © Міжнародному зведенні правил збуту замінників грудного молока
- © Іннотентійській декларації про охорону, заохочення і підтримку грудного вигодовування

Глобальна стратегія повинна створюватись в контексті національної політики і програм в області охорони здоров'я матері та дитини відповідно до Всесвітньої декларації і плану дій в області харчування ("Всесвітня декларація і план дій у сфері харчування". Міжнародна конференція з харчування) , Рим, ФАО/ВОЗ, 1992 г.

Водночас, глобальна стратегія вигодовування дітей грудного і раннього віку має набувати подальшого розвитку і підкреслювати необхідність національної політики харчування дітей раннього і грудного віку, що перебувають в складних умовах, а також необхідність того, щоб всі медико-санітарні заклади забезпечували охорону, сприяння і підтримку виключно грудного вигодовування з своєчасним введенням адекватного пригодовування з продовженням грудного вигодовування.

В основу розробки стратегії покладено такі принципи:

1. Стратегія повинна базуватись на самих останніх ***наукових і епідеміологічних даних*** і здійснюватись за участю тих, хто проводить як наукові дослідження, так і впроваджує

сучасні принципи в практику родопомічних і дитячих лікувально-профілактичних закладів

2. В роботі консультативної наради ВООЗ/ЮНІСЕФ в березні 2000 року взяли участь експерти з стратегічних і програмних аспектів даної проблеми, представники МОТ, УВКБ і ЮНЕЙДС, експерти з проблеми передачі ВІЛ від матері до дитини, експерти, які розглядали оптимальну тривалість виключно грудного вигодовування (Женева, 28-30 березня 2001 року).

Було проведено 6 регіональних консультацій, в яких взяли участь представники понад 100 країн-членів, а також ЮНІСЕФ, ФАО, МОТ, Міжнародна консультативна асоціація з лактації, міжнародна мережа дій і області дитячого харчування, Всесвітнього альянсу дій у сфері грудного вигодовування.

На підставі отриманих даних і принципів, які отримали розвиток в ході цього, визначена наступна структура політики:

- неправильна практика вигодовування та її наслідки є основними перепонами, які стоять на шляху стійкого соціально-економічного розвитку і подолання бідності.
- уряди не будуть мати успіху в своїх зусиллях, спрямованих на тривалий економічний розвиток, якщо для більшості дітей не буде забезпечено умов оптимального росту і розвитку, особливо завдяки відповідній практиці вигодовування
- належна практика вигодовування на підставі фактичних даних є найважливішим елементом досягнення і підтримки відповідного харчування і стану здоров'я
- матері і діти грудного віку є біологічна і соціальна єдність, стан здоров'я і харчування їх тісно пов'язані між собою, залежать одне від одного
- постійна увага закладів охорони здоров'я до питань покращення харчування дітей грудного і раннього віку має важливе значення для закріплення досягнень в галузі охорони здоров'я за останні роки

Важливим новим напрямком глобальної стратегії є комплексний всеохоплюючий підхід і ступінь терміновості дій, які необхідні для вирішення такої елементарної та загальної проблеми як забезпечення належного харчування дітей світу.

Найбільш раціональним і економічним підходом до досягнення мети і завдань стратегії є використання існуючих медико-санітарних структур з посилення їх в разі необхідності.

Досягнення в здійсненні глобальної стратегії залежать, в першу чергу, від забезпечення політичної підтримки на найвищому рівні і концентрації необхідних людських і фінансових ресурсів.

Дії виконавчого комітету

Виконавчий комітет, розглянувши проект глобальної стратегії з питань харчування дітей грудного і раннього віку рекомендує 55-ій сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я прийняти наступну резолюцію:

55-а сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, розглянувши проект глобальної стратегії з питань харчування дітей грудного і раннього віку:

- висловлює занепокоєння тим, що великій кількості дітей грудного і раннього віку все ще не забезпечено адекватного вигодовування і що їх харчування, розвиток, стан здоров'я та виживання ставиться під загрозу
- визнаючи те, що 55% смертей дітей грудного віку від діарейних захворювань і гострих респіраторних інфекцій можуть бути наслідком невідповідної практики вигодовування і що менш ніж 35% дітей грудного віку в світі вигодовуються виключно грудьми протягом перших 4 місяців життя, а також часто пригодовування вводяться несвоєчасно, не належним чином є небезпечним для здоров'я дитини викликає занепокоєння тим впливом, через який невірна практика годування дітей грудного і раннього віку сприяє:
 - загальному підвищенню захворюваності, в тому числі недостатньому і неповноцінному харчуванні, а також такі наслідки як втрата зору внаслідок недостатності вітаміну А
 - формуванню порушень психомоторного розвитку внаслідок недостатності заліза, анемії
 - формуванню невідворотній уражень головного мозку через недостатність йоду

- вплив на захворюваність і смертність білково-енергетичної недостатності харчування, а також ожиріння дітей .

55-а сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я затвердила глобальну стратегію з харчування дітей грудного і раннього віку

Закликає держави-члени терміново:

Прийняти глобальну стратегію, здійснюючи її відповідно до національних умов як частину загальної політики Програм , спрямованих на охорону здоров'я матері та дитини для того, щоб забезпечити оптимальне харчування всіх дітей грудного і раннього віку. В Україні прийняті і діють:

- Програма “Діти України”
- Програма “Підтримка та заохочення грудного вигодовування”
- Програма “Репродуктивне здоров'я”
- Програма “Безпечне материнство”
- Програма “Планування сім'ї”

Посилити існуючі або створювати нові структури для здійснення глобальної стратегії в закладах охорони здоров'я та інших відповідних установах для впровадження моніторингу і оцінки ефективності підтримки грудного вигодовування і оптимального харчування дітей раннього віку, для направлення інвестицій і використання ресурсів для покращення вигодовування дітей грудного та раннього віку.

Відповідно до національних умов необхідно:

- визначити національну мету і завдання
- встановити реальні терміни їх досягнення
- розробити показники, за якими можна проводити відповідний контроль та оцінювати результати вигодовування дітей шляхом впровадження моніторингу оцінки дій щодо вигодовування дітей грудного в раннього віку
- мобілізувати всі відповідні соціальні і економічні ресурси в межах суспільства, в тому числі наукові, професійні, недержавні, комерційні групи і асоціації, активно залучати їх до здійснення глобальної стратегії і досягнення її мети та завдань

МЕТА ГЛОБАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ – ПОКРАЩЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я, РОСТУ, РОЗВИТКУ ТА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ГРУДНОГО І РАНЬОГО ВІКУ ШЛЯХОМ ОПТИМАЛЬНОГО ВИГОДОВУВАННЯ

Завдання стратегії:

- Підняти рівень інформованості населення відповідно до провідних проблем з питань вигодовування дітей грудного і раннього віку, визначити напрямки вирішення, забезпечити основу для здійснення основних заходів
- Привернути увагу уряду, суспільства і міжнародних організацій до оптимального вигодовування дітей грудного і раннього віку з втіленням відповідних дій і рішень держави
- Створити умови, які дозволять матерям та іншим членам родини в будь-якій ситуації приймати і здійснювати обґрунтований вибір відносно оптимальної практики годування дітей грудного і раннього віку

Сприяння оптимальному вигодовуванню дітей грудного і раннього віку:

Грудне вигодовування є найкращим способом надання ідеального харчування для здорового росту і розвитку дітей грудного віку, воно є складовою частиною репродуктивного процесу з важливими позитивними наслідками для здоров'я матерів.

Для оптимального росту, розвитку і здоров'я дітям грудного віку необхідно виключно грудне вигодовування протягом перших 6 місяців життя (консультативна нарада експертів ВООЗ, Женева 28-30 березня 2001 року)

Годування грудьми є набутою формою поведінки.

Фактично всі жінки здатні годувати грудьми своїх дітей в разі відповідної підготовки і надання інформації щодо переваг грудного вигодовування, сучасних методів ведення лактації і грудного вигодовування. Важливе значення має підтримка медичного персоналу, родини, суспільства, держави.

Сучасні принципи організації грудного вигодовування в Україні.

Основні документи та накази МОЗ України щодо підтримки грудного вигодовування.

Міністерством охорони здоров'я України в 1995р. розроблено і прийнято першу програму Підтримки грудного вигодовування дітей.

Метою першого етапу впровадження програми було:

- збільшення розповсюдження та тривалості грудного вигодовування дітей в Україні шляхом організації спільного перебування матерів та новонароджених

в родопомічних закладах (Наказ №4 МОЗ України від 5.01.1996 “Організація медичної допомоги новонародженим”)

- навчання медичного персоналу сучасним методам ведення лактації і годування грудьми
- розробка і впровадження регіональних програм підтримки грудного вигодовування дітей

З 1997-1998рр. в Україні діють 3 регіональні центри Підтримки грудного вигодовування дітей (м.Київ, м. Львів, м. Донецьк). В 1998 році створено навчально-методичний центр підтримки грудного вигодовування МОЗ України на базі УДСКЛ “ОХМАТДИТ” м. Києва.

Протягом 1999-2001 років проведено 6 навчальних семінарів-тренінгів за програмою міжнародного курсу ВООЗ-ЮНІСЕФ “Консультування з грудного вигодовування” (м.Київ, м.Донецьк, м.Львів, Полтава, Харків, Євпаторія). Підготовлено 35 національних тренерів, близько 300 лікарів акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів пройшли навчання за програмою 40-годинного курсу.

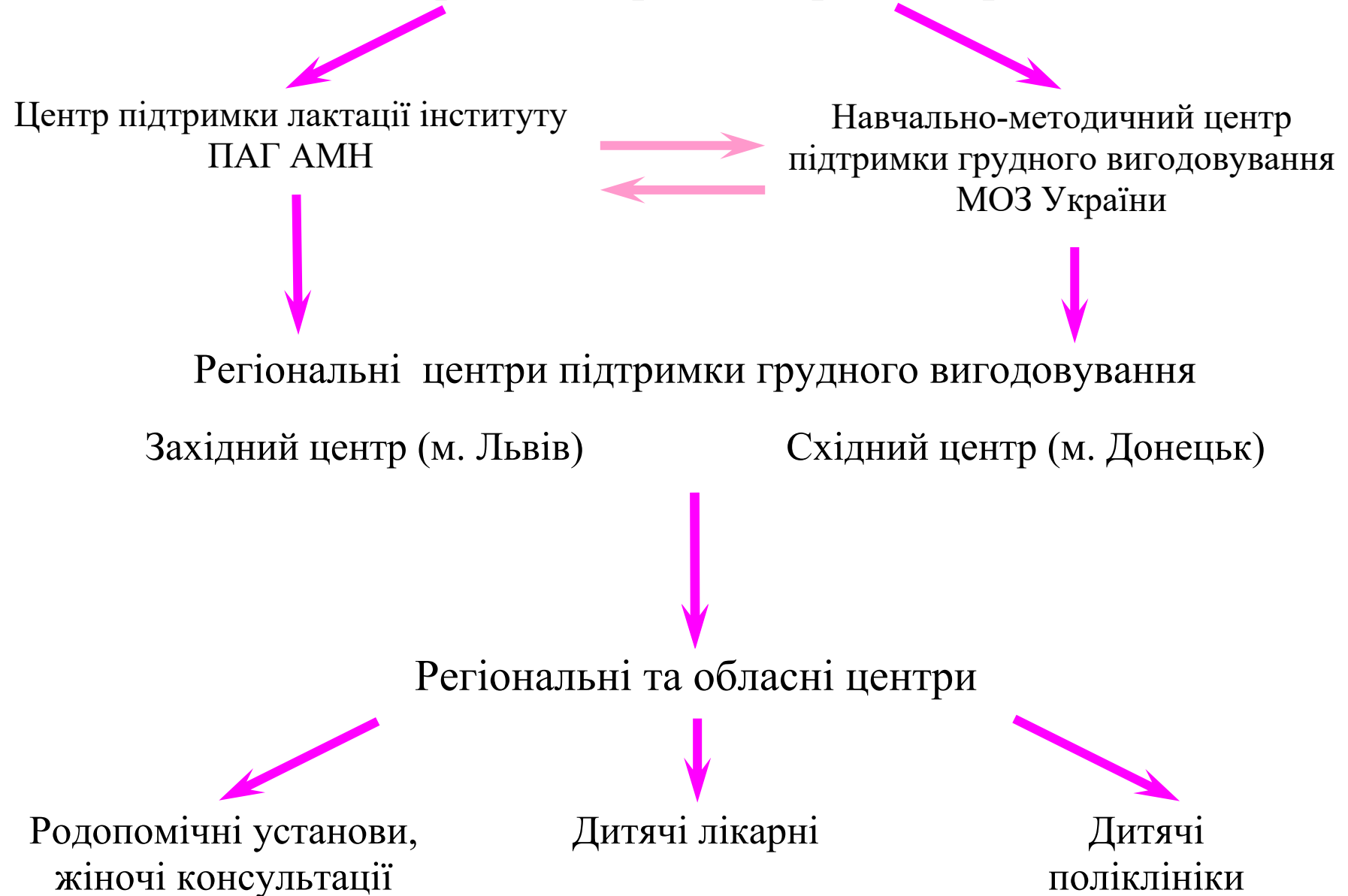
В 1997 році спільно з представниками ВООЗ-ЮНІСЕФ було проведено навчальний семінар-тренінг для організаторів охорони здоров'я з питань розвитку ініціативи ВООЗ-ЮНІСЕФ “Лікарня, доброзичлива до дитини”

Протягом 1998-2000 рр. пройшли навчання за програмою 18-годинного курсу “Ведення грудного вигодовування і сприяння в становленні “Лікарнею, доброзичливою до дитини” понад 1000 лікарів.

Сучасні принципи підтримки грудного вигодовування включені до програми післядипломної підготовки лікарів-неонатологів, педіатрів, до програми підготовки лікарів в інтернатурі кафедри неонатології Київської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України ім.П.Л.Шупика.

В 1999-2000 рр. МОЗ України розроблено і Наказом №50 від 09.03.2000 року затверджено нову Програму підтримки грудного вигодовування дітей в Україні на 2000-2005рр.

Міністерство охорони здоров'я України



Розвиток Ініціативи ЛДД в Україні

Законодавча база

Програма «Підтримки грудного вигодовування дітей в Україні на 2000-2005рр.» МОЗ України

Сертифікація родопомічних закладів за статусом «Лікарня, доброзичлива до дитини» 2001-2005рр.

Підготовка методичних рекомендацій щодо сертифікації ЛДД

Наказ №50 МОЗ України 9.03.2000 р. «Про впровадження програми «Підтримки грудного вигодовування 2000-2005рр.»

Навчання

Навчальні тренінги ВООЗ-ЮНІСЕФ

Підготовка фахівців для сертифікації ЛДД

Національні тренери

акушери-гінекологи, неонатологи, педіатри

Молодь, жінки репродуктивного віку, матері

Середній медичний персонал

Зміни існуючої практики

Раннє прикладання до грудей

Спільне перебування, годування за потребою дитини

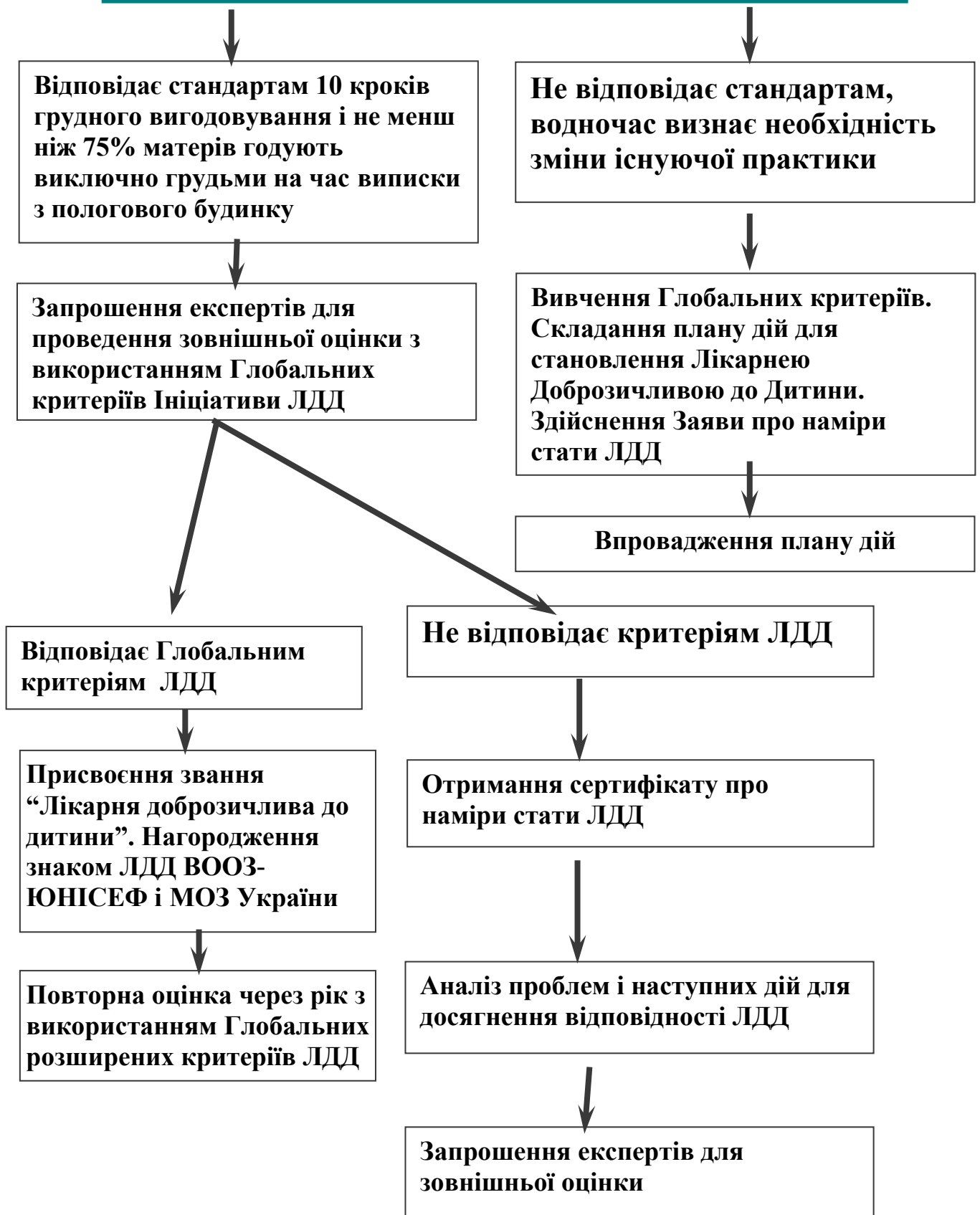
Виключно грудне вигодовування до 4-5 мес.

Підготовка і проведення самооцінки родопомічних і лікувально-профілактичних закладів ЛДД

Створення груп підтримки матерів



Шлях до присвоєння звання “Лікарня, доброзичлива до дитини”



Метою другого етапу реалізації програми є: зниження рівня захворюваності і смертності дітей першого року життя, післяпологових ускладнень, поліпшення репродуктивного здоров'я жінок шляхом підвищення розповсюдженості та тривалості грудного вигодовування дітей на підставі впровадження сучасних методів ведення лактації і годування грудьми за єдиними принципами на етапах – жіноча консультація – пологовий стаціонар – дитяча поліклініка.

Основні завдання:

- впровадження в лікувально-профілактичних закладах України сучасних принципів підтримки лактації та грудного вигодовування немовлят, ініціативи ВООЗ-ЮНІСЕФ “Лікарня, доброзичлива до дитини”
- подальше впровадження спільного перебування матерів та немовлят на всіх етапах надання медичної допомоги новонародженим та дітям першого року життя
- навчання медичного персоналу сучасним принципам ведення лактації та підтримки грудного вигодовування
- підготовка родопомічних закладів до сертифікації відповідно до звання “Лікарня, доброзичлива до дитини”
- проведення наукових досліджень щодо підтримки лактації і грудного вигодовування, профілактики післяпологових ускладнень, зниження захворюваності та смертності дітей першого року життя, впровадження ініціативи “Лікарня, доброзичлива до дитини” в Україні
- залучення засобів масової інформації до пропаганди переваг грудного вигодовування серед населення
- приведення основ діючого законодавства відповідно до Міжнародного зведення правил розповсюдження замінників грудного молока,
- включення питань сучасного ведення лактації та підтримки грудного вигодовування до навчальних програм медичних закладів середньої та вищої освіти

Перехід до нових статистичних форм реєстрації частоти і тривалості грудного вигодовування в Україні відповідно до Глобальної стратегії ВООЗ-ЮНІСЕФ щодо оптимального вигодовування дітей грудного в раннього віку

Ще в травні 1974 року була прийнята спеціальна декларація Всесвітньої організації охорони здоров'я про необхідність всесвітньої пропаганди грудного вигодовування, що дає найкращі результати для гармонійного фізичного і розумового розвитку дитини, відіграє велику роль у

зниженні захворюваності і дитячої смертності. Важливість всебічної підтримки грудного вигодовування також була підкреслена на спільній нараді ВООЗ/ЮНІСЕФ з питань харчування грудних дітей і дітей молодшого віку (Женева, жовтень, 1979р.).

По визначенню міжнародних організацій (дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) і ВООЗ), грудне вигодовування – невід’ємна складова процесу відтворення, а також ідеальний спосіб вигодовування немовляти, незамінна біологічна й емоційна основа розвитку дитини.

В березні 2000р. в Женеві відбулася консультативна Нарада з метою оцінки політики годування дітей раннього віку та розробки стратегії дій на наступне десятиріччя, серед яких провідним визначено грудне вигодовування в перші 4-6 місяців життя з наступним введенням відповідного пригодовування.

24 листопада 2001 року 109-ю сесією виконавчого комітету ВООЗ прийнята “Глобальна стратегія з годування дітей грудного та раннього віку”

Головним напрямком глобальної стратегії щодо годування дітей грудного та раннього віку є підтримка грудного вигодовування з своєчасним введенням пригодовування, що дозволить покращити стан здоров’я дітей, а державам вирішити свої соціально-економічні проблеми. Визначено, що неправильна практика вигодовування та її наслідки є перешкодами, які заважають соціально-економічному розвитку країни, тоді як належна практика вигодовування є важливим елементом досягнення і підтримки відповідного харчування та здоров’я. Матері і діти грудного віку мають біологічну та соціальну єдність.

Відзначено, що постійна увага питанням покращення харчування дітей грудного і раннього віку в сфері охорони здоров'я має основне значення для закріплення успіхів, досягнутих за останнє десятиріччя.

Серед нових компонентів глобальної стратегії є комплексний всеохоплюючий підхід, необхідний для здійснення стратегії щодо вигодовування дітей грудного та раннього віку на сучасному етапі, для ефективного вирішення такої елементарної та загальної проблеми як забезпечення належного харчування дітей у світі.

В 1991 році на нараді ВООЗ була прийнята термінологія відповідно грудного вигодовування:

Виключно грудне вигодовування – вигодовування грудним молоком як безпосередньо з грудей, так і зцідженим грудним молоком. Крім грудного молока можуть додаватися вітаміни, мікроелементи (за медичними показаннями).

Переважаюче грудне вигодовування – вигодовування грудним молоком, але дозволяється використання води, фруктового соку, а також введення густого прикорму не більше ніж 30 мл на добу (овочеве або фруктове пюре)

Доповнене грудне вигодовування – грудне вигодовування з введенням густого прикорму більш ніж 30 г або регулярно молочна суміш більш ніж 100 мл на добу, або паралельне їх застосування (відповідає вітчизняній термінології – змішане вигодовування)

В 1993 році ВООЗ прийняла “Схему для термінів і визначень з грудного вигодовування”:

I. Повне грудне вигодовування включає:

Виключно повне – дитина отримує тільки грудне молоко з грудей матері

майже виключно повне – грудне вигодовування, але дитина отримує воду, соки не більш ніж 30 мл.

II. Часткове грудне вигодовування – виділено три рівні:

1. високий рівень – в разі забезпечення за рахунок материнського молока понад 80% обсягу і калорійності харчування на добу
2. середній рівень – в разі забезпечення за рахунок материнського молока 79-20% обсягу і калорійності харчування на добу
3. низький рівень - коли забезпечення обсягу і калорійності харчування за рахунок грудного молока менш ніж 20%

III. Символічне грудне вигодовування (знакове) – прикладання до грудей матері, коли дитина майже не отримує молока, що не може враховуватись як мінімальне енергетичне забезпечення

Відповідно до сучасних рекомендацій ВООЗ-ЮНІСЕФ, введення I-ого пригодовування необхідно в 4-6 місяців – фруктове або овочеве пюре. При цьому, згідно сучасній термінології дитина отримує повне грудне вигодовування.

В 6 місяців дитина отримує I-е пригодовування відповідно віку, це є часткове грудне вигодовування високого рівня

Тому при проведенні статистичного аналізу тривалості і частоти грудного вигодовування необхідно користуватись міжнародними стандартами ВООЗ та внести зміни до існуючих статистичних облікових форм, а саме:

1. доцільно враховувати кількість дітей, що отримували повне грудне вигодовування до 4 місяців! (16 тижнів за рекомендаціями ВООЗ) до 6,5 місяців (26 тижнів за рекомендаціями ВООЗ)
2. виключити із статистичної звітності термін “змішане “ вигодовування, який відповідає сучасній міжнародній термінології часткове грудне вигодовування з відповідними рівнями
3. Збереження терміна змішане вигодовування не дасть змоги встановити дійсний рівень грудного вигодовування в Україні.

В Україні грудне вигодовування є традиційним і його перевага ніколи не викликала сумніву. Водночас, настав час, коли необхідно від проголошення лозунгів перейти до конкретних дій відповідно глобальній стратегії ВООЗ-ЮНІСЕФ на 2002-2010рр..

Основні документи ВООЗ/ЮНІСЕФ з організації успішного грудного вигодовування

1979 р. Спільна заява ВООЗ/ЮНІСЕФ на нараді з питань харчування немовлят та дітей молодшого віку. Женева.

“Грудне вигодовування є невід’ємною складовою частиною репродуктивного процесу, а також ідеальним способом годування немовляти. Воно є безцінною біологічною та емоційною основою для розвитку дитини.

У випадку неможливості здійснення грудного годування рідною матір’ю першою альтернативою, якщо можливо, повинно бути вигодовування грудним молоком з іншого джерела. В певних умовах необхідно мати запаси грудного молока.

Дитина, яка не вигодовується грудьми, повинна бути об’єктом особливого спостереження з боку служб охорони здоров’я.” [1]

1981 р. Міжнародне зведення правил маркетингу заміників грудного молока

Метою цього Зведення правил є сприяння забезпеченню повноцінного та безпечного харчування немовлят шляхом захисту і пропаганди грудного вигодовування, правильного використання замінників грудного молока, у випадках необхідності, на основі адекватної інформації і належних методів маркетингу і розповсюдження.

Сфера дії Зведення правил. Регламентує маркетинг та відповідні види діяльності, які стосуються наступних продуктів і товарів: **замінників грудного молока** (дитячі суміші, інші молочні продукти та напої, які будь - яким способом представлені для використання для повної або часткової заміни грудного молока), **пляшечок для дитячого харчування та сосок [2].**

1989р. Спільна декларація ВООЗ/ЮНІСЕФ “Охорона, заохочення та підтримка практики грудного вигодовування. Особлива роль родопомічних служб”.

Декларація звернена в першу чергу до працівників охорони здоров'я, які відповідають за питання охорони здоров'я матері і дитини.

“Для успішного початку і продовження грудного вигодовування матерям необхідна активна підтримка як під час вагітності, так і в післяпологовому періоді не тільки сім'ї , але і всієї системи охорони здоров'я. В ідеалі всі працівники охорони здоров'я, з якими майбутні і молоді матері вступають у контакт, повинні бути прихильниками грудного вигодовування і здатні надавати відповідну інформацію, демонструючи глибокі знання практичних питань з грудного вигодовування.” [3]

Резюме декларації – 10 принципів успішного грудного вигодовування.

10 принципів успішного грудного вигодовування ВООЗ та ЮНІСЕФ

кожному закладу, який надає родопомічні послуги і здійснює нагляд за новонародженими, слід:

- 1. Мати зафіксовану в письмовому вигляді політику у відношенні практики грудного вигодовування і регулярно доводити її до відома всього медико-санітарного персоналу.**
- 2. Навчати весь медико-санітарний персонал необхідним навичкам для здійснення цієї політики.**

3. **Інформувати всіх вагітних жінок про переваги і методи грудного вигодовування.**
4. **Допомогати матерям починати грудне вигодовування протягом перших 30 хвилин після пологів.**
5. **Показувати матерям, як годувати грудьми і як зберігти лактацію, навіть якщо вони повинні бути відокремлені від своїх дітей.**
6. **Не давати новонародженим ніякої іншої їжі або пиття окрім грудного молока, за виключенням випадків медичних показань.**
7. **Практикувати круглодобове спільне розміщення матері та новонародженого в одній палаті.**
8. **Заохочувати грудне вигодовування за вимогою дитини.**
9. **Не давати новонародженим, які знаходяться на грудному вигодовуванні, ніяких штучних засобів (імітуючих груди або заспокоюючих).**
10. **Заохочувати створення груп підтримки грудного вигодовування і направляти матерів у ці групи після виписки із лікарні або клініки.**

1990 р. Нарада ВООЗ\ЮНІСЕФ “Грудне вигодовування в 90-ті роки : глобальна ініціатива”(Флоренція, Італія. 1 серпня), на якій прийнята Інноцентійська Декларація по захисту, пропаганді та підтримці грудного вигодовування.

Декларація пропонує урядам всіх країн розробити національну стратегію підтримки грудного вигодовування шляхом затвердження конкретних завдань на наступні роки для її виконання і втілення в життя [4]. Зокрема, створити багатосекторний Національний комітет з питань грудного вигодовування, який складається з представників відповідних урядових відомств, недержавних організацій, професійних представників охорони здоров'я ;

- забезпечити впровадження в усіх медичних рододопоміжних і дитячих закладах сучасні принципи ведення лактації і грудного вигодовування (див. спільну Декларацію ВООЗ/ЮНІСЕФ) ;

- прикласти максимальні зусилля до реалізації положень Міжнародного Зведення Правил маркетингу замінників грудного молока
- прийняти закони, які б захищали право працюючих жінок на грудне вигодовування.

1990 р. Всесвітня зустріч на вищому рівні в інтересах дітей. 29-30 вересня. Італія.

“Надати можливість всім жінкам годувати своїх дітей виключно грудьми до 4-6 місяців і продовжувати грудне вигодовування з введенням прикорму протягом другого року життя дитини.”

1991р. Нарада Міжнародної педіатричної асоціації (Анкара), на якій прийнята програма - Ініціатива ВООЗ\ЮНІСЕФ “Лікарня, дружня до дитини”.

Мета Ініціативи:

- інформування матерів про переваги грудного вигодовування;
- всебічне сприяння ранньому початку грудного вигодовування ;
- активна пропаганда виключно грудного вигодовування протягом перших 4-6 місяців життя дитини ;
- неприпустимість рекламування штучних дитячих сумішей та безкоштовного забезпечення ними матерів, які мають немовлят.

В основу Ініціативи “Лікарня, дружня до дитини” покладені десять принципів успішного грудного вигодовування (Декларація ВООЗ\ЮНІСЕФ, 1989 р.), виконання яких є мінімальною вимогою до родопомічних закладів, які претендують на отримання цього статусу. У 2001 році в світі налічувалося біля 15 тисяч закладів, які отримали статус “Лікарня, дружня до дитини.”

- **1992 р. Всесвітня декларація і План дій з харчування на Міжнародній конференції з харчування**
- **2000 р. Всесвітня Асамблея Охорони Здоров'я.**
- **2001 р. Харчування дітей грудного віку . Глобальна ініціатива.**

Рекомендація - надати всім жінкам можливість годувати своїх дітей виключно грудьми до 6 місяців.
--

Розділ I

Фізіологічні основи харчування плода, новонародженого і дітей раннього віку

Мета розділу: надати повну і вичерпну інформацію про фізіологічні основи харчування плода, новонародженого та дітей раннього віку, дати наукове обґрунтування доцільності раннього прикладання новонародженої дитини до грудей матері (в перші хвилини життя), частого та нічного годування.

Фізіологічний перебіг перинатального, неонатального періодів та раннього грудного віку ґрунтується на забезпеченні організму дитини, починаючи з внутрішньоутробного періоду, необхідними інгредієнтами та умовами для пренатального і постнатального розвитку.

Періоди внутрішньоутробного розвитку

Табл.1.1

Період	Термін	Фізіологічний розвиток
I. Бластогенез- I-ий критичний період	З моменту запліднення до 15 дня вагітності	- Запліднення – дроблення зиготи з утворенням комплексу бластомерів, - Формування ембріобласту і трофобласту- пересування по матковим трубам - Імплантація заплідненої яйцеклітини в стінку матки
II. Період ембріогенезу або органогенезу – II-ий критичний період	16-76 день вагітності (гестаційного періоду або кіматогенезу)	Процеси ембріогенезу формуються три зародкових листки: • ектодерма • мезодерма • ентодерма диференціювання і формування внутрішніх органів і систем організму формування плаценти
III. Період фетогенезу (фетальний період): а)ранній фетальний б) пізній фетальний	76-280 день вагітності 76-180 днів вагітності 181-280 день вагітності	Диференціювання і дозрівання тканин плоду Розвиток плоду, фізіологічна функція плаценти Дозрівання плоду, старіння плаценти (після 36-37 тижнів)

Табл.1.2

Види харчування (живлення) плода протягом внутрішньоутробного розвитку

П №	Період гестації	Вид харчування (живлення)	Фізіологічне Забезпечення
1.	Період бластогенезу	гістотрофне	Трофобласт ембріобласт
2.	Період ембріогенезу (16-76 день або 3-12 тиждень гестації)	<i>Гістотрофне</i> поступово змінюється на <i>гемотрофне</i> з розвитком плаценти	Початок формування системи травлення – 3-4- тиждень 8-10 тиждень – сформовані стравохід, шлунок, кишечник, зачатки печінки, підшлункової залози
3.	Фетальний період: ранній Пізній фетальний період	<i>Гемотрофне</i> - трансплацентарне <i>Амніотрофне</i> – шляхом заковтування навколоплідних вод (з 16 тижнів гестації) <i>Гемотрофне</i> та <i>амніотрофне</i> живлення (особливо після 37-38 тижня гестації) <i>Амніотрофне</i> харчування – адаптація до постнатального лактотрофного годування	Після 4-5-го місяця <i>починають</i> <i>функціонувати органи</i> <i>травлення</i> З 16 тижнів гестації плід починає заковтувати навколоплідні води – формується амніотрофне живлення, з 25-26 тижнів гестації визначається перистальтика кишечнику Раннє грудне молоко за складом і фізіологічними властивостями <i>наближено до</i> <i>навколоплідних вод</i>
4.	Інтранатальний період	<i>Метаболічне живлення за рахунок запасів глікогену та процесів гліколізу</i>	Пренатально плід готується до пологів шляхом скопичення запасів глікогену, бурого жиру
5.	Період гострої неонатальної адаптації - перші 24 години постнатально-го життя	<i>Метаболічне живлення за рахунок запасів глікогену та процесів гліколізу</i> <i>Початок лактотрофного годування- молозиво як перехідний період від амніотрофного до лактотрофного живлення</i>	Мобілізація запасів енергії, розпад жирів до жирних кислот, розпад глікогену печінки до глюкози. <i>Молозиво – забезпечує підготовку шлунково- кишкового тракту до лактотрофного годування материнським молоком</i>
6.	Лактотрофний період - з моменту народження	<i>Годування грудним молоком</i>	Виключно (повне) грудне вигодовування до 4-6 місяців з введенням пригодування відповідно

			термінів
7.	Багатокомпонентне харчування з введенням нових видів їжі	<i>Повне грудне вигодовування до 4-6 місяців</i>	Введення фруктових пюре в 4 міс. 5-20 г Введення овочових пюре в 5 міс. 5-20 г

Таким чином, живлення плода протягом внутрішньоутробного періоду є безперервним (постійним) процесом. Враховуючи зазначені особливості перинатального розвитку та харчування плода, стає фізіологічно обґрунтованим та доцільним часте прикладання новонародженої дитини до грудей матері, нічні годування, тривале знаходження дитини біля грудей матері протягом перших днів і 3-5 тижнів життя.

Адаптаційно-приспосувальні процеси :

- перший вдих
- постнатальний синтез сурфактанту
- всмоктування легеневої рідини
- перехід від фетального кровообігу до кровообігу постнатального (закриття артеріальної протоки, овального вікна)
- перехід від амніотрофного до лактотрофного харчування
- колонізація організму дитини мікрофлорою матері, навколишнього середовища

Перехід від гемотрофного до лактотрофного годування є компонентом адаптаційно-приспосувальних процесів в організмі новонародженого. Заковтування амніотичних вод у плода визначається з 16 тижнів гестаційного віку. З 25-26 тижнів гестації визначається перистальтика кишечника, з 33-34 тижнів – відносна функціональна зрілість шлунково-кишкового тракту плода і новонародженого.

Амніотрофне живлення плода після 5-ого місяця гестаційного віку сягає

5 мл на кг маси тіла за годину.

Таким чином, плід, що має вагу 2 кг, за годину отримує:

$5 \times 2 \text{ кг} = 10 \text{ мл}$ навколоплідних вод за годину

$10 \text{ мл} : 60 \text{ хвилин} = 0,15 \text{ мл}$ за хвилину

відповідно $10 \text{ мл} \times 24 \text{ години} = 240 \text{ мл}$ за добу

після 37-38-ого тижня гестаційного віку плід заковтує протягом доби 400-500 мл навколоплідних вод

Амніотична рідина містить білки, ліпіди та вуглеводи, що стимулює розвиток шлунково-кишкового тракту, насамперед таких функцій як всмоктування, розщеплення поживних речовин, формування моторики (И.М.Воронцов, Е.М.Фатеева, 1998).

Амніотична рідина містить гормони, які сприяють розвитку шлунково-кишкового тракту плода, становленню його секреторної функції.

Амніотична рідина в нормі стерильна, має бактерицидні властивості, які захищають плід від інфекції. При порушенні цілостності навколоплідного міхура вже через 6 годин амніотична рідина втрачає свої бактерицидні властивості. Якщо плід продовжує амніотрофне харчування, то в шлунково-кишковий тракт потрапляють інфіковані навколоплідні води, що підвищує ризик:

- виразково-некротичного ентероколіту
- перинатального сепсису
- порушення формування мікробіоценозу кишечника
- незасвоєння ентерального харчування в тому числі грудного молока
- алергічних захворювань у немовлят

Амніотрофне харчування стимулює:

- анатомічне диференціювання клітин слизової оболонки травного каналу
- формування функцій травного каналу для засвоєння поживних речовин
- синтез ферментів для перетравлення їжі
- синтез гормонів шлунково-кишкового тракту

Плід заковтує навколоплідні води, рідка частина їх всмоктується, щільні частинки входять до складу меконію. Меконій складається з води, жовчі, поглинутих пушкових волосків, епідермісу, клітин епітелію кишечника.

Провідне значення для живлення плоду має гемотрофне харчування. Амніотрофне харчування в процесі онтогенезу відіграє роль як адаптаційного механізму до переходу до лактотрофного харчування (В.М.Запорожан, М.Л.Аряєв, 2000р.).

Після припинення трансплацентарного харчування новонароджена дитина має достатні запаси глікогена, які підтримують фізіологічний рівень глюкози, таким чином першу добу життя організм новонародженої дитини достатньо забезпечений енергетично ще на етапі антенатальної підготовки до пологів з боку плода.

Народження дитини, пологовий стрес, який є найбільшим у житті людини, різка зміна умов внутрішньоутробного розвитку на позаутробне існування зумовлюють: потужний потік аферентних імпульсів до гіпоталамічної ділянки $\Rightarrow$ звільнення кортикотропин-релізінг факторів, під впливом яких збільшується продукція адренкортикотропного гормону, який стимулює генез стероїдів в корковій речовині наднирників, що в свою чергу підвищує рівень адаптивних гормонів (Ю.А. Князев и соавт., 1983).

Протягом інтранатального періоду у плода підвищені рівні β -, α - та γ -ендорфінів. β -ендорфін має виражену знеболюючу дію. Встановлено, що енкефаліни та ендорфіни не проходять крізь плаценту, що свідчить про те, що високий рівень ендогенних опіатів в пуповинній крові є результатом синтезу їх дитиною (наднирниками). Цей механізм розглядають як захисну реакцію плода від стресу, больових подразнень, дефіциту кисню.

Гормональна тріада (катехоламіни, глюкокортикоїди, інсулін) ефективно регулюють енергетичний обмін в умовах стресу та напруженої адаптації, відновлюють біоенергетичний потенціал організму на етапі термінової адаптації за рахунок вільної енергії вуглеводів, на кінцевому етапі довготривалої адаптації – за рахунок вільної енергії жирів.

Під впливом катехоламінів і глюкокортикоїдів підвищується активність гормоночутливої ліпази жирової тканини, що зумовлює ефект мобілізації жирів та підвищенню в судинному руслі вільних жирних кислот. Основна маса вільних жирних кислот транспортується до печінки та бере участь в утворенні ліпопротеїдів різних класів, перш за все депо протеїдів низької щільності (β - ліпопротеїди) - головний енергетичний субстрат довготривалої адаптації.

Фази метаболічної адаптації:

- вуглеводний тип енергозабезпечення – термінова адаптація
- жировий тип енергозабезпечення – довготривала адаптація

Імунобіологічна адаптація :

- © Трансплацентарно плід отримує імуноглобулін G (IgG) – антитіла проти грампозитивної мікрофлори
- © IgM та IgA крізь плаценту не проникають, водночас саме вони необхідні для захисту дитини від постнатальної інфекції:
 - IgM – це антитіла проти грамнегативної мікрофлори

- IgA – здійснюють противірусний захист, секреторний IgA захищає шлунково-кишковий тракт дитини від інфекцій, формує імунобіологічний захист кишково-шлункового тракту
- Колонізація організму дитини мікрофлорою шкіри живота матері, навколососкових областей молочних залоз, які за 2-3 тижні до пологів колонізуються біфідо- та лактобактеріями, які мають імуномодуючу дію, що дуже важливо для становлення імунітету у новонародженого

Первинна бактеріальна колонізація новонародженого сприяє синтезу IgM, найбільш сприятливою є колонізація мікрофлорою матері

Фізіологічні механізми постнатальної імунобіологічної адаптації ще раз засвідчують доцільність:

- раннього прикладання дитини до грудей матері (перші 30 хвилин життя)
- виключно грудного вигодовування дитини – молозиво з високим вмістом секреторного IgA – імунобіологічний захист КШТ
- контакту матері і новонародженого “шкіра до шкіри” протягом 60 хвилин після народження для колонізації організму дитини мікрофлорою матері

Якби дитину було б недоцільно відразу після народження прикладати до грудей матері і викладати на живіт матері, то мабуть IgA проходив би крізь плаценту, сприяючи антиінфекційному захисту організму немовляти без грудного вигодовування.

Грудне вигодовування забезпечує збереження генофонду, з грудним молоком дитина отримує генетичну програму подальшого фізіологічного розвитку і психо-емоційного формування особистості.

Протягом 2-3-ої доби життя в крові новонародженого підвищується рівень неопіатних пептидів, а саме:

- нейротензину
- бомбезину
- субстанції P

Ці пептиди беруть участь в процесах регуляції виділення деяких гормонів та функціонального стану шлунково-кишкового тракту, підшлункової залози.

В синтезі цих пептидних гормонів і медіаторних нейроамінів бере участь АПУД-система (Amine and amine Precursor Uptake and Decarboxylation –поглинання і декарбоксилювання амінів та їх попередників) шлунково-кишкового тракту. В становленні цієї системи важлива роль належить ***ранньому прикладанню новонародженого до грудей матері***, ентеральному

амніотрофному харчуванню, що зумовлюють фізіологічну адаптацію новонародженої дитини до умов позаутробного існування (Н.П.Шабалов, 1995).

Період новонародженості – період адаптації до позаутробних умов існування.
--

Адаптивні ефекти стресу:

Мобілізація енергетичних і структурних ресурсів організму, яка проявляється різким підвищенням концентрації в крові глюкози, амінокислот, жирних кислот.

Водночас новонароджена дитина отримує з грудей матері перші краплі **молозива**, які є :

- імунобіологічним захистом організму дитини, молозиво має високий рівень секреторного імуноглобуліну А
- молозиво покриває шлунково-кишковий тракт дитини
- сприяє більш швидкому відходженню меконію
- зменшує інтенсивність і тривалість гіпербілірубінемії у новонароджених
- має високоенергетичні і поживні властивості
- високий вміст вітаміну А
- молозиво повністю забезпечує потребу організму новонародженої дитини протягом першої-другої доби життя.

Молозиво містить в 5-6 разів більше білків, ніж зріле молоко, у 2-10 разів більше вітаміну А і каротину, у 2-3 рази більше аскорбінової кислоти. Особливо багате молозиво секреторним імуноглобуліном А, який забезпечує як первинний імунобіологічний захист організму дитини, так і фізіологічне становлення імунітету у дитини. Частина макрофагів молозива має фагоцитарну активність, що сприяє становленню місцевого імунітету.

Склад молозива близький до тканин новонародженої дитини: білки ідентичні білкам сироватки крові, жири багаті на олеїнову кислоту, містять багато фосфоліпідів, цукор представлений лактозою, високий вміст мінеральних солей (В.М.Запорожан, Н.Аряєв,2000).

Молозиво має високу калорійність:

I доба – 150 ккал в 100 мл

II доба – 120 кал в 100 мл

III доба – 80 ккал в 100 мл

Таким чином, протягом першої-другої доби життя дитина повністю забезпечена необхідними калоріями, білками, вуглеводами, імунологічним захистом при виключно грудному вигодовуванні, коли дитина отримує молозиво в разі частого прикладання до грудей в

умовах спільного перебування матері та немовляти, кваліфікованої підтримки з боку медичного персоналу.

Знання перинатальної фізіології харчування плода і новонародженого, впровадження сучасних фізіологічних принципів становлення лактації і підтримки грудного вигодовування виключають необхідність долактаційного годування новонароджених в перші дні життя молочними сумішами, що є як перешкодою становленню лактації і грудного вигодовування, так і важливим фактором поширення госпітальних штамів бактерій, вірусів, грибів .

Забезпечити фізіологічне вигодовування і формування шлунково-кишкового тракту дитини в онтогенезі може:

- *Формування лактаційної домінанти у жінки протягом вагітності*
- *Фізіологічне харчування протягом вагітності та годування грудьми*
- спільне перебування матері і дитини з моменту народження,
- раннє прикладання дитини до грудей матері,
- виключно грудне вигодовування до 4-6 місяця,
- підтримка з боку медичного персоналу, суспільства
- своєчасне введення пригодовування

Оптимальне спільне перебування матері та дитини передбачає те, що :

дитина після народження знаходиться разом з матір'ю (раннє прикладання до грудей, контакт шкіра до шкіри) в пологовій залі (або поруч в спеціальній окремій палаті), через 2 години матір і дитина разом переводяться в післяпологове відділення, дитина отримує виключно грудне вигодовування за вимогою з годуваннями вночі, з боку медичного персоналу забезпечується необхідна допомога і підтримка.

В разі навіть тимчасового відокремлення дитини від матері (без медичних показань) спільне перебування не виконує своєї ролі і не може вважатися оптимальним .

Живлення плода протягом внутрішньоутробного періоду характеризується безперервним (постійним) отриманням поживних речовин гемотрофним та амніотрофним шляхом.

Враховуючи зазначені особливості перинатального розвитку та харчування плода, фізіологічно обґрунтованим та доцільним є:

- часте прикладання новонародженої дитини до грудей матері в перші дні і 3-4 тижня життя дитини
- годування за вимогою – внутрішньоутробно дитина постійно отримує 0,15-0,2 мл амніотичних вод за хвилину
- нічні годування – підтримують синтез пролактину, який забезпечує лактацію, організм плода і новонародженого не пристосований до тривалої перерви в постачанні поживних речовин - 6 годин нічної перерви – активуються процеси анаеробного гліколізу з розвитком метаболічного ацидозу
- тривале знаходження дитини біля грудей матері протягом перших днів і 3-5 тижнів **життя.**

Для самостійного встановлення інтервалів між годуваннями відповідно до індивідуальних фізіологічних властивостей організму дитині потрібно 3-5 тижнів постнатального життя, якщо внутрішньоутробно дитина протягом 39-40 тижнів отримувала харчування постійно.

З 24-ого по 37-39 тиждень гестації вага дитини збільшується приблизно на 15 г на кг маси тіла за добу. Це становить 1,5% маси плоду в день. Ріст плода уповільнюється при наближенні до терміну пологів.

Фізіологія раннього неонатального періоду :

Ранній неонатальний період – період адаптації до умов позаутробного існування

Фази адаптації раннього неонатального періода (перші 7 днів життя або перші 168 годин життя дитини): Н.П.Шабалов, 1995

- гостра респіраторно-гемодинамічна адаптація – перші 30 хвилин життя
- період аутостабілізації, синхронізація головних функціональних систем в умовах позаутробного життя – 1-6 година життя
- напружена метаболічна адаптація в зв'язку з переходом до анаболічної спрямованості основного обміну на фоні лактотрофного харчування – 3-4 доба життя

Компенсаторно-пристосувальні механізми адаптації до позаутробних умов існування:

- катаболічна спрямованість обміну речовин протягом перших трьох діб життя дитини
- низька потреба в енергетичному забезпечення протягом першої-другої доби життя – 50ккал/кал/добу, що відповідає основному обміну організму та покривається за рахунок молозива
- використання запасів бурого жиру

- становлення дихання – розправлення ателектазів
- становлення постнатального кровообігу
- перехід від амніотрофного до лактотрофного живлення
- колонізація організму дитини мікрофлорою матері, навколишнього середовища
- імунне харчування дитини - грудне вигодовування
- підвищення рівня антидіуретичного гормону (зменшує втрати рідини з організму)
- всмоктування амніотичної рідини з легенів новонародженого протягом першої доби життя (протягом внутрішньоутробного періоду легені плода заповнені амніотичною рідиною, 50% якої видаляється з легень протягом періоду народження дитини, проходження через пологові шляхи, 50% всмоктується в кров після народження)
- становлення імунітету

Таким чином, враховуючи перинатальну фізіологію, годувати молочними сумішами новонароджену дитину в першу добу життя (протягом перших 18-24 годин) не потрібно !

М.В.Бондарь, 1977, “Практическое акушерство” под ред. Я.П.Сольского, Н.П.Шабалов “Неонатология”, 1995

Долактаційне годування або годування дитини молочними сумішами в перші 2-3 доби життя дитини це:

- зрив ранньої неонатальної адаптації
- метаболічна катастрофа для організму новонародженої дитини
- порушення формування мікробіоценозу кишечника
- порушення формування імунітету
- рання алергізація організму немовляти
- порушення становлення лактації і матері
- підвищує ризик переводу дитини на штучне вигодовування після 3-х місяців життя через зменшення кількості молока у матері
- порушення прав людини
- Втрата маси тіла до 5-10%
- Фізіологічна (кон'югаційна) гіпербілірубінемія
- Статевий криз

Енергетичні потреби організму новонародженої дитини в першу – третю добу життя становлять 48-55 ккал/кг/ добу. Ці енерговитрати необхідні тільки для підтримки основного обміну, якщо дитина знаходиться в умовах термонеutralного середовища. Контакт “шкіра до шкіри” сприяє режиму термонеutralного середовища

РОЗДІЛ II.

Склад грудного молока

Мета: дати повну характеристику складу грудного молока по основним інгредієнтам та обґрунтувати необхідність вигодовування немовлят грудним молоком власної матері з перших хвилин життя з обов'язковим включенням молозивного періоду.

Жіноче молоко – унікальна комбінація поживних речовин, складна біологічна система, яка виконує пластичну, енергетичну, імуномодулюючу функції. Жодна, навіть сама адаптована молочна суміш, не може повністю замінити грудне молоко, компоненти якого повністю відповідають потребам організму дитини.

В кінці вагітності і в перші дні після пологів виділяється молозиво. Молозиво є досить важливою проміжною формою харчування, з одного боку між періодами гемотрофного та амніотрофного харчування, з іншого - початком лактотрофного

Молозиво :

являє собою клейку жовтувату рідину, яка заповнює альвеоли на протязі останнього триместру вагітності і виробляється ще на протязі кількох днів після пологів. Кількість молозива змінюється у широких межах від 10 до 100мл/д з середнім значенням біля 30 мл/д.

Енергетична цінність *молозива* у перший день життя становить 1500 ккал/л, на 2-й день – 1100 ккал/л, на 3-й – 800 ккал/л, на 4-й – 750 ккал/л, на 5-й – 700 ккал/л.

Склад молозива: менше лактози, жиру і водорозчинних вітамінів, ніж зріле молоко, але більше білків, жиророзчинних вітамінів (Е,А,К) і більше мінеральних речовин (Na, Zn), високий рівень імуноглобулінів.

Молозиво повністю відповідає потребам немовляти. Недостатньо розвинуті нирки новонародженої дитини не можуть переробити великі об'єми рідини без метаболічного стресу; продукція лактози та інших кишкових ензимів тільки починається; для захисту від окисних пошкоджень і геморагічних захворювань потрібні інгібітори та хінони; імуноглобуліни покривають незрілу поверхню кишківника дитини, таким чином захищаючи її від бактерій вірусів, паразитів та інших патогенних факторів, а фактор росту стимулюють власні системи дитини, таким чином молозиво діє як модулятор розвитку дитини. Дія молозива ослаблюється додаванням води, чи взагалі усувається введенням в шлунково-кишковий тракт дитини інших середників. Молозиво переходить у зріле молоко на 3-14 день після пологів.

Табл. 2.1

Зміни хімічного стану жіночого молока в перші дні лактації (ВООЗ, 1991р.)

Інгредієнти	Молозиво	Перехідне молоко	Зріле молоко
Вода, г	87	88	88
Білок, г (в т.ч.	2,7	1,59	1,1

казеїн)	1,2	0,51	0,4
Лактоальбумін	1,5	0,8	0,6
Лактоглобулін			
Жири, г	2,9	3,5	4,5
Поліненасичені	7,0	-	8
Холестерол	0,028	0,024	0,014
Вуглеводи (лактоза), г	5,7	6,4	7,1
Поташ (залишок)	0,5	-	0,2

Навіть якщо мати на протязі всього періоду вагітності годувала іншу дитину її молоко пройде стадію молозива якраз перед і безпосередньо після нових пологів.

Грудне молоко - містить сотні загальновідомих компонентів. Воно відрізняється за складом не тільки у різних матерів, але навіть у однієї жінки у різних молочних залозах, від годування до годування, не кажучи про весь проміжок лактації. Людське молоко відповідає індивідуальним потребам дитини.

Склад грудного молока:

Табл. 2.1

Компоненти грудного молока

Білки	Альфа-лактальбумін; бета-лактоглобулін; казеїни; Ензими; фактор росту; гормони; лактоферрин; лізоцим; секреторний IgA та IgG, IgM
Небілкові компоненти	Альфа-амінонітроген; креатин; креатинін; глюкозамін; неуклеарні кислоти; поліаміни; сечовина; сечова кислота
Ліпіди	Водорозчинні вітаміни (А та каротин, Д, Е, К); жирні кислоти; фосfolіпіди; стероли і гідрокарбонати; тригліцериди
Карбогідрати	Лактоза; олігосахариди; глікопептиди; біфідус-фактор
Водорозчинні вітаміни	Біотин; фолін; холат; інозитол; ніацин; пантотенова кислота; рибофлавін; тіамін; вітаміни B12, B6, C
Клітини	Фрагменти цитоплазми; епітеліальні клітини; лімфоцити; лейкоцити; макрофаги; нейтрофіли
Мінерали	Бікарбонати; кальцій; хлорид; цитрат; магnezія; фосфат; калій; сода; сульфат
Мікроелементи	Хром; кобальт; мідь; йод; залізо; марганець; молібден; нікель; селен; цинк

Білок: за результатами якісних і кількісних досліджень ВООЗ грудне молоко містить: білок – 1,15 г/100мл, за винятком першого місяця, коли цей показник становить 1,3 г/ 100мл.

Білки сироватки людського молока складаються, в основному, з людського альфа-лактальбуміну, важливого компоненту ензимної системи в синтезі лактози. Основний білок коров'ячої сироватки, коров'ячий бета-лактоглобулін, немає аналогів серед білків людського молока, хоча він може потрапити в склад грудного молока годуючої матері, яка вживає в їжу велику кількість коров'ячого молока і викликати антигенну реакцію дитини. **Казеїн** людського молока складається з бета та к-казеїну. К-казеїн є інгібітором адгезії

Helicobacter pylori на слизову шлунку. Це стосується також адгезії *Streptococcus pneumoniae* та *Haemophilus influenzae* на епітеліальні клітини дихального каналу. Казеїновий коефіцієнт в жіночому молоці складає, приблизно, 80:20, а в коров'ячому 20:80, тоді як у заміниках грудного молока змінюється в діапазоні від 18:82 до 60:40. Казеїнове співвідношення грудного молока дає змогу утворити більш м'який сирний згусток у шлунку дитини, який полегшує травлення. **Лізоцим**, на відміну від інших білків грудного молока, є резистентним до тривалих секретів, але більш чутливий до дії трипсину. Його концентрація зростає на протязі всього періоду лактації (дослідження проводились на протязі 2 років після народження). **Ензими**, які присутні у молоці людини, мають захисні властивості: вони є протектором шлунково-кишкового тракту новонароджених від запальних захворювань, зокрема таких, як некротичний ентероколіт.

Людське молоко має більш високі рівні **вільних амінокислот** і **цистину** і більш низький рівень метіоніну, ніж коров'яче. Цистин необхідний для розвитку передчасно народжених немовлят, оскільки вміст ензиму цистотіонази, який прискорює перехід метіоніну в цистин низький в мозку і печінці. Вміст **таурину** в жіночому молоці теж високий, він необхідний для з'єднання солей жовчі, а також є нейропередатчиком і нейрорегулятором під час розвитку нервової системи. Оскільки діти не здатні синтезувати таурин з цистину і метіоніну, вважається що ця амінокислота необхідна для розвитку дитини.

Жири: за деяким виключенням вміст жирів у зрілому жіночому молоці ідеально підходить дитині і відповідає фізіологічним потребам. Вміст жирів збільшується приблизно з 2,0 гр/100мл у молозиві до середнього значення у зрілому молоці 4-4,5 гр/100 мл на 15 день після пологів.

Жири є найбільш мінливим компонентом з усіх складових молока. Спостерігаються добові коливання жирів з максимумом, який реєструється як правило пізнім ранком і безпосередньо після полудня. Вважається, що вміст жирів під кінець годування діє як регулятор насичення. Оскільки молоко до кінця годування є найбільш енергетично цінним, важливо, щоб жінка при зціджуванні збирала не тільки початкове молоко, так зване "крапельне молоко" (яке самостійно збирається у молочних залозах). Таке молоко неадекватне за своєю калорійністю і особливо не підходить недоношеним дітям. У жіночому молоці переважають тригліцериди і міститься 42% насичених і 57% ненасичених кислот. Самі по собі тригліцериди не володіють захисними властивостями, але після гідролізу на вільні жирні кислоти та моно- гліцериди отримують можливість лізису бактерій, вірусів (в т.ч. герпес-вірусів, ВІЛ), грибів та найпростіших. Більшість заміників грудного молока не містить цих кислот взагалі або лише в незначних кількостях. Коров'яче молоко відрізняється більш високим вмістом коротко- і середньоланцюжкових жирних кислот і при додаванні його у заміники грудного молока, останні у поєднанні з високим вмістом казеїну у цих сумішах призводили до утворення нерозчинних лугів, що викликало перфорацію кишківника у немовлят. Серед **поліненасичених амінокислот** особливо важливі **арахідонова** і **ліноленова**, їх вміст у жіночому молоці майже у два рази вищий, ніж у коров'ячому (0,4 г і 0,1 г/ 100 мл, відповідно). Вони впливають на більшість фізіологічних функцій, які

активізують травлення поряд з дозріванням клітин кишківника, впливаючи таким чином, на весь захисний механізм. Жіноче молоко містить також інші пов'язані з ліпідами противірусні компоненти.

Лактоза є основним вуглеводом жіночого молока, хоча в ньому присутні в невеликих кількостях також і галактоза, фруктоза та інші олігосахариди. Лактоза є однією із стабільних складових грудного молока. Лактоза забезпечує біля 40% енергетичних потреб, а також виконує і інші функції.

Вона перетворюється в процесі обміну речовин в глюкозу (джерело енергії) і галактозу, складову частину галактоліпідів, необхідну для розвитку центральної нервової системи. Вона сприяє поглинанню кальцію і заліза і стимулює утворення кишкових колоній *Lactobacillus bifidus*. Не дивлячись на очевидну значущість лактози, не всі замітники грудного молока містять цей вуглевод.

Вітаміни: вміст вітамінів у жіночому молоці майже завжди відповідає потребам дитини, хоча може змінюватись в залежності від раціону харчування жінки.

Вміст **вітаміну А** у жіночому молоці вищий, ніж у коров'ячому, і у два рази вищий у молозиві, ніж у зрілому молоці. На другому місяці життя дефіцит вітаміну А поширений серед дітей, яких рано перестали годувати.

Рівень **вітаміну С** у зрілому грудному молоці у жінок, які повноцінно харчуються, приблизно 100мг/л.

Відразу після народження концентрація **вітаміну К** вища у молозиві і ранньому грудному молоці, ніж у пізньому. Концентрація вітаміну К (0,8-1,0 мг/л) зростає приблизно до 60 мг/л, якщо мати регулярно вживає вітамін-К-вмісні продукти. У дітей, які позбавлені молозива, або не отримують "пізнє" молоко, ризик виникнення кровотеч вищий, ніж у дітей, які вигодовувались повноцінно.

Вміст в жіночому молоці **вітаміну Е** адекватний потребам дитини, якщо мати не вживає надлишкову кількість поліненасичених жирів без додаткового прийому вітаміну Е. Альфа-токоферол складає приблизно 83% вітаміну Е. Найвища концентрація альфа-токоферолу у молозиві (8мг/л), у грудному молоці – біля 3-4 мг/л.

Вміст **вітаміну D** у жіночому молоці невеликий (0,15мкг/ 100мл), і на протязі ряду років це вважалося недостатнім. Пізніше було виявлено присутність водорозчинного вітаміну D у рідкій фазі молока, в концентраціях, які досягають значення 0,88 мкг/100мл.

Концентрація **вітаміну B12** в грудному молоці дуже низька (0,5-0,1 мг/л), але його біологічна посилюється особливим фактором переносу. Експериментально встановлено, що дієта практично не впливає на вміст вітаміну B12 у грудному молоці, або впливає незначно.

Вміст **вітаміну B6** в ранньому молоці коливається в межах 0,09мг/л, а в зрілому грудному молоці складає - 0,13 мг/л. Рівень вітаміну B6 у грудному молоці в 10 разів вищий,

ніж в сироватці крові матері. У жінок, які перорально приймали протизачаткові препарати, може спостерігатись недостатність віт В6 в грудному молоці.

Мінеральні речовини: вміст більшості мінеральних речовин у грудному молоці (фосфор, кальцій, залізо, магній, цинк, калій, фтористі сполуки) мало залежать від раціону харчування жінки і нижчий, ніж в будь-якому його заміснику.

Кальцій всмоктується більш ефективно, оскільки грудне молоко багате кальцієм: відношення кальцію до фосфору (2:1). Концентрація **фосфору** у грудному молоці коливається від 147 мг/л у перші три тижні лактації до 107 мг/л у 26 тижнів лактації. Більш високий вміст фосфору у коров'ячому молоці веде до посиленого його всмоктування, що в результаті є причиною недостатності кальцію у дітей і найбільш часто зустрічається у дітей, які вигодовуються штучно. Вміст Са у грудному молоці 259-248 мг/л. Недостатність кальцію у коров'ячому молоці також приводить до утворення нерозчинних лугів кальцію у кишківнику, що може викликати його непрохідність і перфорацію. Аналогічно, висока біологічна цінність **заліза** грудного молока є результатом ряду складних взаємодій між компонентами материнського молока та організму дитини. Всмоктується до 70% заліза з жіночого молока, в порівнянні з 30% в коров'ячому і лише 10% у замісниках. Залізодефіцитна анемія дуже рідко зустрічається у дітей, які вигодовуються виключно грудним молоком на протязі перших 6-8 місяців життя. Однак раннє введення інших продуктів у раціон таких дітей може порушити цю картину. Наприклад, груші утворюють хелатні сполуки з залізом грудного молока, роблячи його нерозчинним і недоступним для дитини, а введення додаткового заліза може знизити поглинання цинку та міді. **Цинк** необхідний для структури і функціонування ензимів, росту і клітинного імунітету. Його вміст у грудному молоці низький, але достатній для задоволення потреб дитини, не порушуючи поглинання міді і заліза; його біологічна цінність висока у порівнянні з цинком, який додають у замісники молока. Грудне молоко є лікувальним середником при ентеропатичному акродерматиті, пов'язаному з недостатністю цинку. Вміст цинку у замісниках грудного молока коливається у широких межах, але досліджено, що суміші на основі бобових бідні у цьому відношенні.

Мікроелементи: дитина, яка вигодовується груддю має менший ризик недостатності або надлишку мікроелементів. Мідь, кобальт, селен у жіночому молоці присутні у більших кількостях, ніж у коров'ячому. Недостатність міді, яка призводить до гіпохромної мікроцитарної пневмонії та неврологічних відхилень зустрічається тільки у дітей, які знаходяться на штучному вигодовуванні.

Інші речовини: в грудному молоці присутні деякі гормони (окситоцин, пролактин, стероїди наднирників і яєчників та простагландини), а також Gn-Rh (гонадотропін-виділяючий гормон), GRF (фактор, виділяючий гормон росту), інсулін, соматотропні, релаксин, кальцитонін і нейротензин, в концентраціях, які перевищують такі у крові матері. TRN (тіреотропін –виділяючий гормон), TSN (тіреотропін стимулюючий гормон), тироксин, трийодтиронін, еритропоетин та вобензим – в концентраціях, нижчих, ніж у крові матері.

Деякі ензими жіночого молока мають багатофункціональну природу. Одні відображають фізіологічні зміни, які відбуваються у молочних залозах, інші необхідні для розвитку новонародженого (протеолітичні ензими, пероксид аза, лізоцим, ксантинова оксид аза), треті посилюють дію власних травних ензимів дитини (альфа-амілаза та солестимулююча ліпаза).

Імунні властивості грудного молока: жіноче молоко – це дещо більше, ніж просто комбінація поживних речовин, це складна біологічна речовина, яка виконує як активну захисну так і імуномодулюючу дію. Воно не тільки забезпечує унікальний захист від інфекцій та алергій, а також стимулює відповідний розвиток власної імунної системи дитини. Найбільш очевидним наслідком його дії в порівнянні з штучним вигодовуванням є зниження захворюваності та смертності. Захисні властивості, які забезпечуються грудним молоком найбільш очевидні в ранні періоди життя і вони виражені в залежності від частоти і тривалості грудного годування.

Новонароджена дитина відразу після народження повинен зіткнутися з рядом проблем, в т.ч. заселення кишківника мікроорганізмами, токсинами, які продукуються ними, і попаданням всередину макромолекулярних антигенів; всі три фактори можуть викликати патологічні реакції. Захисні механізми кишківника незрілі при народженні; з цього моменту велика кількість імунних речовин і факторів росту в молозиві і грудному молоці захищають слизову оболонку кишківника від пошкоджень, сприяють пригніченню росту деяких хвороботворних мікробів, стимулюють дозрівання епітелію та сприяють виробленню ензимів травлення. Протиінфекційні властивості у молозиві і грудному молоці властиві як розчинним, так і клітинним компонентам. Розчинні компоненти включають імуноглобуліни (IgA, IgG, IgM) поряд з лізоцимами та іншими ензимами, лактоферрин, біфідум-фактор та інші імунорегулюючі речовини. До клітинних компонентів відносяться макрофаги, лімфоцити, нейтрофільні гранулоцити та епітеліальні клітини. У зрілому молоці, на відміну від молозива, їх концентрація знижується. Однак, оскільки зниження їх концентрації компенсується збільшенням об'єму молока, то дитина отримує їх більш менш в постійній кількості на протязі всього періоду лактації. В перерахунок на кілограм маси тіла дитини було встановлено, що новонароджений який вигодовується виключно грудним молоком отримує 0,5 секреторного IgA в день. Він є найбільш важливою фракцією глобуліна.

Розчинний **IgA** покриває слизову оболонку кишківника дитини, роблячи її недоступною для хвороботворних мікроорганізмів, вважається що антитіла SIgA зв'язують токсини, бактерії і макромолекулярні антигени, запобігаючи їх попаданню на епітелій. Відомо, що існує 2 субкласи IgA - IgA1 та IgA2. Грудне молоко стимулює вироблення власного SIgA у дитини. IgA, який знаходиться у молозиві, активно передається дитині на протязі перших 3-х днів життя, так вже на протязі 1-ї доби життя новонароджена дитина отримує близько 4гр IgA. Одна із принципових функцій IgA є адгезія мікробних патогенів на епітелії кишківника. Рівень **IgG** у молоці людини складає між 1 та 5 мг/дл і є порівняно нижчим, ніж в сироватці крові матері. У процентному співвідношенні рівень субкласів IgG (2 і 4) вищий від рівня сироватки крові матері. Концентрація **IgM** у грудному молоці становить 25мг/дл. IgE та IgD мають, в основному, значення при місцевій імунній відповіді. **Лактоферрин** являє собою ненасичений залізовв'язуючий глікопротеїн, який бореться за залізо із заліозалежними мікроорганізмами і є, таким чином, бактеріостатичним. Біфідум

фактор – це азотовмісний вуглевод , який легко руйнується при нагріванні; він протидіє заселенню кишківника лактобацилами в присутності лактози. Низький рН, який виникає внаслідок цього в порожнині кишківника, пригнічує ріст як E.coli, грам-негативних бактерій, так і грибків, таких як Candida albicans. Грудне молоко містить також вірусні фрагменти, які не можуть бути відтворені, але які стимулюють чутливість антитіл у немовлят. Діяльність клітинних складових грудного молока виявлена не до кінця. Макрофаги містяться у самих високих концентраціях, за ними йдуть лімфоцити і нейтрофільні гранулоцити, ці клітини допомагають запобігти інфекції як шляхом фагоцитозу так і секрецією імунних речовин, специфічних до тих мікроорганізмів з якими контактує мати.

Еволюція людства, яка тривала мільйони років, призвела до особливостей природного вигодовування, специфічних для кожного виду ссавців. Тому спроби вигодовувати новонароджену дитину молоком іншого біологічного виду по суті є екологічною катастрофою. Грудне вигодовування – один із найважливіших факторів адаптації новонароджених до нових умов позаутробного життя.

Розділ III.

Переваги грудного вигодовування

Мета: обґрунтувати переваги грудного вигодовування для новонароджених дітей з перших хвилин життя: вплив грудного годування на здоров'я немовлят та їх матерів, на психологічний клімат в сім'ї та економічні переваги.

Природне вигодовування – єдиний спосіб годування дитини, який має унікальний біологічний вплив на його здоров'я. Протягом перших 4-6 місяців природне вигодовування практично повністю забезпечує дитину харчовими і біологічно активними речовинами.

Вигодовування своїх дітей грудьми – національна традиція в Україні. Вітчизняна школа педіатрів традиційно розглядала грудне вигодовування як єдиний фізіологічний вид вигодовування, який забезпечує повноцінний розвиток і здоров'я дитячого організму. Жодна, навіть сама найкраща молочна суміш для годування немовлят не є абсолютно повноцінним замінником грудного молока. Між дитиною і матір'ю не повинна стояти пляшечка з молочною сумішшю і соскою.

Немовля, тобто дитина першого року життя, повинна вигодовуватися грудьми матері. Так закладено природою і так повинно бути, якщо нація хоче зберегти репродуктивне і психо-емоційне здоров'я та мати перспективи для розвитку, а кожна конкретна сім'я хоче виростити здорову дитину.

Грудне вигодовування незамінне для забезпечення повноцінного розвитку і росту дитини. Абсолютно унікальне значення мають імунобіологічні протиінфекційні властивості грудного молока. Так, грудне молоко містить імунобіологічні фактори, які сприяють формуванню імунного захисту організму дитини, захищають грудну дитину від інфекційних захворювань. PowerPoint BFH (3.1,3.2)

Діти, яких вигодувала мати грудьми, значно рідше мають:

- алергічні захворювання
- хвороби органів дихання
- шлунково-кишкового тракту – панкреатит, холецистит
- інфекційні кишкові захворювання
- цукровий діабет
- зайву вагу тіла

У таких дітей набагато рідше буває діарея, пневмонія, бронхіальна астма, ексудативний діатез, цукровий діабет.

Грудне вигодовування має неперевершений позитивний вплив на **формування нервової системи**. Так, поліненасичені жирні кислоти, які містяться у грудному молоці, розглядаються як «прискорювач» дозрівання і розвитку центральної нервової системи, особливо у дітей, які народились передчасно.

Чому так важливо раннє прикладання дитини до грудей матері, шкірний контакт після народження і спільне цілодобове перебування з матір'ю у пологовому будинку?

Стрес, який дитина переносить під час народження, незрівняний по силі ні з однією стресовою дією у наступні роки життя. Тому перше, що дитина повинна відчути і побачити у цьому новому для нього і незнайомому світі, має бути материнське тепло, обличчя і голос матері, в утробі якої вона жила і розвивалася 9 місяців або 280-286 днів.

Почуття комфорту і захищеності у дитини з перших хвилин життя може формувати тільки контакт з матір'ю, прикладання до грудей відразу після народження, у перші 30 хвилин життя, викладання малюка на живіт матері у пологовій залі, тобто контакт «шкіра до шкіри» на протязі не менше 60 хвилин.

Раннє прикладання новонародженого до грудей матері відразу після народження, контакт «шкіра до шкіри» сприяють:

- ◎ більш тривалій і успішній лактації у матері,
- ◎ заселенню організму новородженого материнськими біфідо- і лактобактеріями, що буде визначати фізіологічне становлення мікрофлори та імунітету у дитини.
- ◎ формуванню почуття прив'язаності матері до дитини
- ◎ формуванню почуття захищеності у новонародженої дитини

Дуже важливо, щоб новонароджений малюк отримав все молозиво до єдиної краплі, що можливо тільки при спільному перебуванні матері і дитини з моменту народження, частому прикладанні до грудей, виключно грудному вигодовуванні без догодовування молочними сумішами у пологовому будинку в перші дні життя.

З грудним молоком дитина отримує так звану ендокринну дотацію гормонів щитовидної залози – тиреоїдну дотацію, що також сприяє фізіологічному розвитку і созріванню ЦНС, легень, імунітету, особливо у передчасно народжених дітей.

Тиреоїдні гормони грудного молока забезпечують профілактику анемії у дітей грудного віку

Переваги грудного молока:

- Молоко містить поживні речовини, необхідні дитині;
- Воно легко засвоюється і ефективно використовується організмом немовляти;

- Захищає від інфекції, сприяє фізіологічному становленню імунітету у новонароджених та дітей першого року життя
- Сприяє формуванню фізіологічної мікробної колонізації організму немовляти, тоді як альфа-лактоза, яка міститься у коров'ячому молоку стимулює ріст грамнегативної флори, що веде до дефіциту біфідобактерій, розвитку в подальшому дисбіозу кишечника та цілого ряду захворювань, пов'язаних з дисбіозом кишечника

Переваги грудного вигодовування:

- Воно дешевше, ніж штучні суміші;
- Забезпечує тісний психоемоційний зв'язок матері і дитини;
- Допомогає гармонійному розвитку дитини;
- Запобігає небажаній вагітності;
- Охороняє здоров'я матері.

1. Харчова цінність грудного молока.

Молоко матері – найкраща їжа для її немовляти. Воно ідеально пристосовано до всіх особливостей травлення і обміну речовин новонародженої дитини. Білковий, жировий, вуглеводний компоненти жіночого молока, вітаміни, мінеральні речовини – індивідуальні для кожної дитини, а деякі речовини, що входять до складу молока :

- таурин,
- поліаміни,
- карнітин, інотизол,
- деякі поліненасичені жирні кислоти – унікальні.

Ці речовини необхідні для розвитку і формування центральної нервової системи, фоторецепторів сітківки ока .

Переваги грудного вигодовування

Дитина

- Профілактика інфекційних і алергічних захворювань
- Профілактика патології шлунково-кишкового тракту, цукрового діабету
- Забезпечення фізіологічного імунологічного розвитку
- Високий індекс інтелектуального розвитку

Мати

- Попередження післяпологових ускладнень
- Запобігання небажаній вагітності протягом перших 4-6 місяців після пологів
- Профілактика онкологічних захворювань

Родина

- Економічні переваги
- Здорова дитина
- Здорова жінка
- Збереження репродуктивного здоров'я
- Психоемоційна єдність

Здорове суспільство

Збереження генофонду нації

2.Захисна роль грудного молока

забезпечується вмістом у жіночому молоці і молозиві ряду специфічних і неспецифічних протиінфекційних факторів:

- секреторного імуноглобуліну А (IgA) у високій концентрації IgM, IgG, IgE,
- живих клітинних елементів (нейтрофіли, макрофаги),
 - лактоферину,
 - лізоциму, комплементу
 - біфідус-фактору,
 - параамінобензойної кислоти (протималярійний компонент),
 - антистафілококового фактору та інших, які також сприяють формуванню власної повноцінної імунної відповіді.

Важлива роль грудного молока у профілактиці харчової алергії.
--

Грудне молоко містить цитокіни – біологічні медіатори імунної відповіді, які необхідні для фізіологічного становлення імунітету у немовлят.

Найважливіші цитокіни:

- Фактор некрозу пухлин – TNF-L

Інтерлейкіни - ІІ

Гранулоцит-колоній стимулюючий фактор -GCSF

Гранулоцит-макрофаг-колоній стимулюючий фактор - GMCSF

3. Регуляторна роль грудного молока пов'язана з наявністю в ньому різних гормонів:

- гіпоталамічних релізінг-гормонів
- гіпофізарних,
- тиреоїдних,
- стероїдних,
- підшлункової залози,
- простагландинів),
- ферментів (пепсину трипсину, ліпази, амілази та ін.),
- факторів росту(епідермального, інсуліноподібного, нейроростового).

Ці речовини забезпечують:

- плавний перехід від гемотрофного до лактотрофного живлення дитини
- сприяють дозріванню, в першу чергу, травного тракту дитини
- запобігають перевантаженню гіпоталамо-гіпофізарної системи новонародженого
- регулюють процеси асиміляції і синтезу білка.

4. Психоемоційна єдність.

- Природне вигодовування відіграє важливу роль у процесах психоемоційних відносин
- матері та дитини. Сьогодні саме годування грудьми розглядається як могутні емоційний
- стимул у процесі становлення психічних функцій дитини. Відмічено, що під час

- годування грудьми між матір'ю і дитиною встановлюється особлива близькість, яка зберігається на довгі роки, а за деякими даними – на все життя.

Отже, для повноцінного розвитку дитини вигодовування грудним молоком має надзвичайно важливе значення:

- це контакт з мамою,
- звичні запахи і смаки,
- тілесний комфорт,
- почуття безпеки,
- джерело їжі і життя,
- налагодження всіх життєво важливих функцій організму,
- становлення і розвиток імунної, нервової та ендокринної систем.

5. Віддалений вплив грудного молока на здоров'я матері і дитини

Сучасними науковими дослідженнями доведено, що ризик розвитку в майбутньому:

- ожиріння,
- атеросклерозу,
- цукрового діабету,
- хронічних захворювань органів травлення,
- стоматологічних проблем значно нижчий, ніж у дітей, які вигодовувались штучно.

Природне вигодовування сприяє перебігу післяпологового періоду:

- зменшує ризик кровотеч
- зменшує ризик анемії
- профілактика гнійно-септичних захворювань
- профілактика маститу

Грудне вигодовування - надійний фізіологічний метод запобігання незапланованої вагітності. Грудне вигодовування сприяє профілактиці:

- © мастопатій
- © пухлин молочної залози,
- © онкологічних захворювань матки і яєчників у майбутньому.

6. Вплив годування груддю на здоров'я матері.

Годування грудьми має важливі переваги для здоров'я матері.

Так, у жінок, які вигодовують своїх дітей груддю, практично не буває

- маститів,
- післяпологових кровотеч.

Це також характерно для пологових будинків, в яких реально здійснюється раннє прикладання дитини до грудей матері, годування дітей за вимогою. У жінок, які годували грудьми свого малюка, значно нижчий ризик онкологічних захворювань (особливо раку молочної залози).

Годування грудьми є фізіологічним етапом репродуктивного циклу, який формують такі попередні етапи як :

- дозрівання статевих клітин,
- запліднення,
- розвиток вагітності,
- пологи.

При виключно грудному вигодовуванні у перші 4-6 місяців після пологів нижча частота небажаної вагітності.

7. Переваги грудного годування для родини.

Грудне вигодовування має також суттєві економічні переваги для всієї сім'ї так як:

- © економить сімейний бюджет не тільки на покупці молочних сумішей, а також ліків для дитини, ризик захворіти у якої набагато вищий при годуванні молочними сумішами.

Напевно, найбільшою перевагою грудного вигодовування є формування почуття взаєморозуміння, любові і прив'язаності матері і дитини, здоров'я дитини і її життєвий успіх. Згідно даних Американської академії педіатрії, діти, які годувались грудьми матері:

- *більш легко встановлюють контакти з оточуючими*
- *мають більш високий індекс інтелектуального розвитку, що сприяє життєвому успіху.*

Взаємовідношення матері і дитини починають формуватися дуже рано, можливо тоді, коли жінка тільки ще думає про можливість народження дитини. Свою майбутню дитину потрібно любити і бажати появи її на світ ще до зачаття, тобто до початку вагітності.

<i>Тільки годуючи дитину грудьми, жінка відчуває ні з чим не зрівняне щастя материнства</i>
--

Розділ 4

Анатомо-фізіологічні основи початку, становлення та підтримання лактації

Мета заняття:

Слухачі повинні засвоїти :

- будову молочної залози, функцію її основних частин;
- основні регуляторні механізми вироблення і виведення молока;
- уявлення про фізіологічні основи тривалої стійкої лактації;
- різницю між правильним та неправильним прикладанням дитини до грудей матері;
- різницю між ефективним та неефективним смоктанням

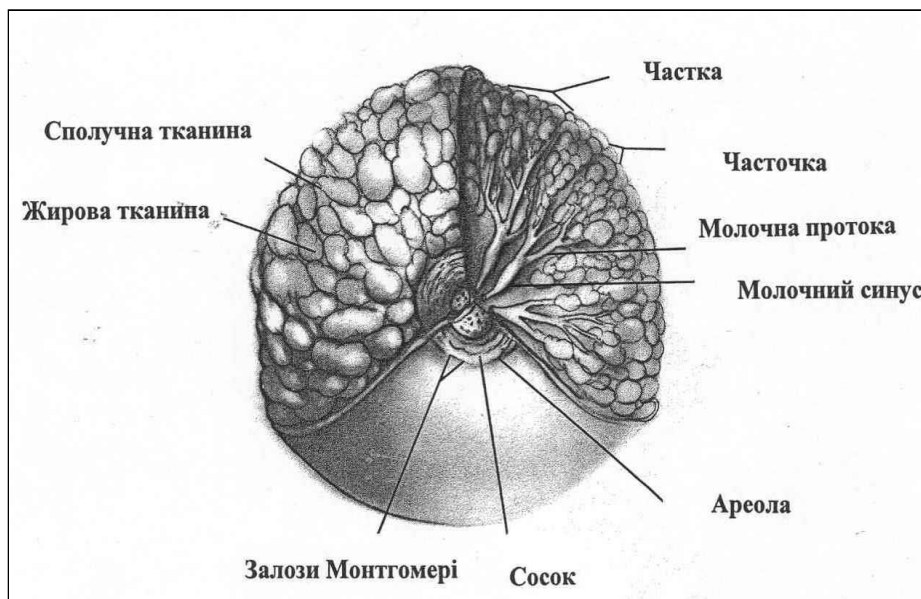
Будова молочної залози.

У жінок молочні залози розташовані симетрично з обох боків від грудини між III і IV-IV ребрами, можуть мати конічну, сферичну або блюдцеподібну форму, індивідуально відрізняються за розмірами та масою. Сосок розташований в середині навколососкового кружечка (ареоли), він є візуальним орієнтиром для дитини. На верхівці соска відкривається 15-20 молочних протоків. Сосок, як правило, виступає на декілька міліметрів над поверхнею шкіри, його форма і розмір дуже варіює. В той же час, форма соска, молочної залози, її розміри не надають якогось впливу на функцію лактації [5,6].

І ареола, і сам сосок вміщують велику кількість нервових рецепторів. Чутливість комплексу ареола-сосок підвищується під час вагітності і досягає максимуму в перші дні після пологів [7]. Подразнення цих рецепторів під час смоктання дитини викликає випрямлення та витягання соска і запускає рефлекторні механізми вироблення гіпофізом пролактину та окситоцину, тобто гормонів, які регулюють лактацію.

Ареола також вміщує апокринові залози Монтгомері, які виділяють антибактеріальну та пом'якшувальну змазку із специфічним запахом, який нагадує запах амніотичної рідини і є нюховим орієнтиром для дитини [8].

Паренхіма молочної залози має структуру альвеолярно-часточкових комплексів, які занурені у сполучнотканинну строму і оточені густою сіткою міоепітеліальних елементів, кровоносних і лімфатичних судин, нервових рецепторів



Мал.4.1.
Будова молочної залози

Морфо-функціональною одиницею залози є альвеоли.

Мал. 4.2.

Альвеоли

Вони мають форму пухирців або мішечків, їх розмір варіює в залежності від гормональної фази. Стінки альвеол вистлані одним шаром залозистих клітин **лактоцитів**, в яких саме і відбувається синтез елементів молока (**мал.4.2**).

Лактоцити своїми апікальними полюсами звернені в порожнину альвеол. Кожна альвеола оточена сіткою міоепітеліальних клітин (складається враження, що альвеола занурена у корзину, яка зплетена з клітин міоепітелію) (**мал.4.3**), які мають властивість скорочуватись, регулюючи викид секрету. До лактоцитів тісно прилягають кровоносні капіляри і нервові закінчення [5,6].

Альвеоли, звужуючись, переходять в тонкий проток. 120-200 альвеол поєднані у часточки із загальною протокою більшого калібру. Часточки утворюють частки (всього

їх 15-20) з широкими виводними протоками, які не доходячи до соска в зоні ареоли утворюють невеликі молочні синуси (мал.4. 4).

Вони являють собою порожнини для тимчасового депонування молока і разом з крупними молочними протоками утворюють єдину систему виведення його із залози .

Джерелом васкуляризації молочної залози є внутрішня та зовнішня грудні артерії, грудна гілка грудоакроміальної артерії та гілки міжреберних артерій.

Інервується молочна залоза від міжреберних гілок підключичної гілки шийного сплетіння і від грудних гілок плічового сплетіння [6].

Співвідношення між залозистою, сполучною, та жировою тканинами у молочній залозі відзначається значними коливаннями в залежності від віка жінки, гормональної фази статевого циклу, стадії вагітності та лактації [9].

Механізми регуляції післяпологової лактації.

Процеси утворення молока

Виділяють 5 основних фаз секреторного циклу . В першій фазі відбувається поглинання і сорбція секреторною клітиною компонентів-посередників молока із крові і тканинної рідини. В другій фазі відбувається внутрішньоклітинний синтез складних молекул. У третій - формуються гранули або краплі секрету, які потім, у четвертій фазі, транспортуються в апікальну частину клітини. У п'ятій - здійснюється виведення секрету у порожнину альвеоли. Потім цикл повторюється. Остаточне формування складу молока відбувається в тубулярній системі молочної залози.

Відрізняють наступні типи екструзії (виведення) секрету молочної залози: мерокринний - характеризується виходом секрету, головним чином, білкових гранул, через неушкоджену оболонку або отвори в ній; лемокринний - супроводжується виходом секрету з частиною плазматичної мембрани (в основному стосується виходу жирових крапель); апокринна екструзія – секрет відділяється від клітини разом з її апікальною

частиною, і при голокринному типі секрет виділяється в альвеолу разом з клітиною, яка його накопичила (мал.4.5).

Різні типи екструзії секрету обов'язково відбиваються на якісному складі молока. Так, в проміжках між годуваннями і при початку годування має місце мерокринний та лемокринний тип екструзії. Це молоко містить мало білка і особливо мало жиру (передне молоко). При включенні нейро-ендокринного рефлексу молоковидедення під час активного смоктання дитини забезпечується апокринна або голокринна секреція, яка приводить до формування “заднього молока” з більш високою жирністю та енергетичною цінністю [9].

Утворення білків . Головним чином має місце класичний шлях синтезу із вільних амінокислот крові. Деяка частина білка в незмінному вигляді попадає в молоко із сироватки крові , а імунні білки синтезуються не в основній секреторній тканині молочної залози, а у накопиченнях лімфоцитів та плазматичних клітин.

Утворення молочного жиру . Основним матеріалом для будови молочного жиру є тригліцериди крові. Найважливішою метаболічною особливістю жирового циклу у грудній залозі є трансформація насичених жирних кислот у ненасичені .

Утворення вуглеводів. Вуглеводи жіночого молока представлені в основному лактозою. Це специфічний дисахарід молока і в інших тканинах організму він не синтезується . Головною речовиною для синтезу лактози є глюкоза крові. Лактоза має особливу роль при формуванні молока в зв'язку з установленням його осмотичної активності [13].

Лактація (lactatio) – виділення молока молочною залозою. Повний цикл лактації включає: мамогенез (розвиток залози), лактогенез (виникнення секреції молока після пологів) і лактопоез (розвиток і підтримка вироблення та виділення молока).

Процес лактації складається із двох взаємно пов'язаних, але разом з тим , достатньо автономних фаз: продукції молока та його виділення.

Післяпологова лактація – це гормонально-обумовлений процес, який здійснюється рефлекторним шляхом через взаємну дію нейро-ендокринних та поведінкових механізмів [10,11].

Для лактогенезу не обов'язково, щоб вагітність була доношеною. Якщо навіть вона переривається достроково, лактація може починатися і розвиватися досить інтенсивно [7,8,9].

Почавши свій розвиток ще в антенатальному періоді, молочна залоза досягає морфологічної зрілості під час вагітності. Розвиток активної форми лобуло-альвеолярного апарату, спроможного синтезувати компоненти молока, регулюються, перш за все, статевими гормонами (естрогенами, прогестероном), а також хоріонічним соматомаотропіном і пролактином (ПРЛ), який синтезується під час вагітності не лише гіпофізом, але й трофобластом, децидуальною та амніотичною оболонками. Таким чином, предлактатійна підготовка молочної залози залежить від функціональної активності фето-плацентарного комплексу та гіпоталамо-гіпофізарної системи вагітної жінки [14].

Високий вміст естрогенів та прогестерону під час вагітності пригнічує лактогенний ефект ПРЛ і знижує чутливість нейрогенних закінчень соска і ареоли. Хоріонічний соматомаотропін (ХСМ), який конкурентно зв'язується з рецепторами пролактину, також пригнічує виділення молока під час вагітності. Різке падіння концентрації цих гормонів в крові після пологів обумовлює початок лактогенезу [5, 10,11].

У процесі лактації приймають участь два материнських рефлекса – рефлекс вироблення молока і рефлекс виділення молока і, відповідно, основними гормонами, відповідальними за встановлення та підтримання лактації, є ПРЛ та окситоцин (ОТ) [15].

Пролактин - це ключовий лактогенний гормон, який стимулює первинне вироблення молока в альвеолах. Він активує синтез молочних білків, лактози, жирів, тобто впливає на якісний склад молока. До функції ПРЛ належить консервація ниркамисолі і води, а також пригнічення овуляції та тривала післяпологова аменорея. **(мал4.6.)**

Основна функція ПРЛ - забезпечення базисних, довготривалих механізмів лактопоезу [9].

Продукція ПРЛ гіпофізом, а значить і процес молокоутворення, визначається, перш за все, нервово-рефлекторними механізмами - подразненням екстерорецепторів області соска і ареоли активним смоктанням дитини.

Концентрація ПРЛ коливається протягом доби, однак найвищі рівні визначаються вночі, що свідчить про доцільність ночного годування дитини для підтримання вироблення молока. Максимальне підвищення рівня ПРЛ (на 50-400%) у відповідь на смоктання відбувається через 30 хвилин незалежно від початкової його концентрації і періоду лактації [11].

Пролактиновий рефлекс .

1. Виникає при смоктанні, має свій критичний період формування і адекватно формується при застосуванні раннього прикладання дитини до грудей матері після пологів [16]. Саме в першу годину після народження інтенсивність смоктального рефлексу у дитини найбільш виражена і подразнення соска молочної залози супроводжується викидом ПРЛ та запуском процесу лактації.

2. Другим надзвичайно важливим чинником для формування і закріплення лактаційного нейро-гормонального рефлексу є активність і сила смоктання, достатня частота прикладання, яка визначається індивідуальним запитом дитини та ступенем його насиченості. **Активне, достатньо часте смоктання визначає успіх природного вигодовування в цілому [9,10,11].**

В регуляції ПРЛ важливу роль відіграють біогенні аміни гіпоталамусу – дофамін і серотонін. Зокрема, дофаміну відводиться роль інгібітора утворення ПРЛ безпосередньо в лактотрофах гіпофізу, в той час як серотонін стимулює синтез і секрецію ПРЛ. Таким чином, безпосереднім гуморальним регулятором викиду ПРЛ вважається гіпоталамус [11].

Сінергістами ПРЛ в забезпеченні лактопоезу є соматотропний, кортикотропний, тіреотропний гормони, а також інсулін, тіроксін, паратгормон, які в основному впливають на трофіку молочної залози, тобто здійснюють не центральну, а периферичну регуляцію [9].

Крім нейро-ендокринного механізму регуляції лактації існує, так званий, аутокринний контроль (або регуляторно-тормозна реакція), який забезпечується супресивними пептидами самої молочної залози. При недостатньому видаленні молока із залози супресивні пептиди пригнічують альвеолярний синтез молока. І навпаки, часте і активне смоктання забезпечує регулярне видалення із молочної залози супресивних пептидів з наступною активацією вироблення молока (**мал.4. 7.**) [17].

Тобто існує прямий зв'язок між обсягом молочної продукції і тим запитом на молоко, який відбувається при смоктанні. Відсутність такого запиту швидко приводить до зворотнього розвитку невикористаної молочної залози.

Окситоциновий рефлекс .

Другим надзвичайно важливим нейро-гормональним механізмом лактопоезу є рефлекс виведення молока, або окситоциновий рефлекс (мал.4.8)

Пусковою ланкою його також є подразнення області соска і ареоли при активному смоктанні. Виведення молока відбувається у дві фази. Перша - триває 40-60 секунд, пов'язана з передачею імпульсів від нервових закінчень ареоли і соска до центральної нервової системи і зворотно до молочної залози. При цьому сфінктер соска розслаблюється і скорочуються гладкі м'язи крупних протоків, що сприяє виведенню з них молока. В другій фазі (гуморальній), яка настає через 1-4 хвилини, важливу роль відіграє гормон **окситоцин**. Він викликає скорочення міоепітеліальних клітин і виведення молока з альвеол і мілких протоків [11,18]. Треба відзначити, що саме ця порція молока ("заднє або пізнє молоко") значно багатша на жири і інші компоненти, ніж перша порція ("переднє або раннє молоко"), котра багатша на білки [15].

Окситоцин виробляється значно швидше, ніж ПРЛ і стимулює виведення молока з альвеол під час даного годування. Важливою особливістю **ОТ** є те, що він сприяє активному скороченню матки після пологів, що, в свою чергу, попереджує розвиток післяпологових ускладнень (кровотечі, субінволюція матки, ендометрит) [19].

Існує декілька симптомів активного окситоцинового рефлексу, які може добре відчувати мати, що годує грудьми [8]:

- відчуття поколювання або розпирання у молочних залозах перед початком або під час годування дитини ;
- виділення молока із залоз, коли мати думає про дитину або чує її плач;
- виділення молока із однієї молочної залози, в той час як дитина смокче другу;
- виділення молока тонким струмочком із молочної залози , якщо дитина

відривається від груді під час годування ;

- повільне глибоке смоктання і ковтання дитиною молока;
- відчуття болю у матері від скорочення матки під час годування протягом 1 тижня після пологів.

Принциповою особливістю рефлексу виведення молока (окситоцинового) є участь вищих відділів центральної нервової системи і кори головного мозку [9] (мал 4.9.)

Саме тому витікає можливість формування умовних рефлексів, а також добре відома у широкій медичній практиці психогенна залежність і ранимість цього рефлексу [20]. Психологічний стрес, хвилювання, страх, біль, неухвалене, грубе відношення медичного персоналу до матері, яка годує, можуть приводити до повного (але тимчасового) гальмування рефлексу молоковиведення (пов'язано з дією адреналіну) і, навпаки, радість, спокій матері, спілкування з дитиною можуть бути сигналом для його реалізації і закріплення [21]. Така особливість рефлексу виведення молока може пояснити, чому успішне грудне вигодовування називають ще “ефектом довіри”. Якщо мати глибоко вірить, що може забезпечити грудним молоком свою дитину, то вона, навіть стикаючись з різними проблемами або стресовими ситуаціями, успішно їх долає , що доводить досвід більшості матерів світу.

І окситоцин, і пролактин впливають на настрій та фізичний стан матері, а останній гормон вважається вирішальним при формуванні поведінки матері в різних ситуаціях [22].

До кінця 1-го тижня після пологів відбувається остаточне закріплення рефлексу виведення молока. Приблизно в цей же час молочна залоза набуває спроможність накопичувати велику кількість молока при менш значному підвищенню тиску в ній. В подальшому тиск лишається постійним, незважаючи на продовження збільшення секреції молока. Таким чином, після пологів починають діяти механізми, які попереджують зростання тиску в молочній залозі. Кількість грудного молока поступово збільшується, досягаючи максимального об'єму до 8-9 тижня (приблизно 1000-1500 мл).

Треба також відзначити, що під час годування не відбувається значних змін кількості молока в протилежній груді за рахунок рефлекторного зниження тонуусу її скорочувальних елементів у відповідь на підвищення тиску у вмісткій системі залози. Цей рефлекс має важливе пристосувальне значення, зокрема, вигодовування однією молочною залозою цілком можливе (наприклад, при наявності деяких патологічних станів другої молочної залози) [11].

Поряд з центральними нейро-гормональними впливами і власне трофічними процесами молочної залози, здійснення функції лактації залежить від її кровопостачання. Відомо, що в нормі обсяг кровотоку молочної залози під час лактації в сотні разів більше обсягу виробленого молока, тому процес лактації вельми чутливий до судиннозвужуючих та судиннорозширюючих впливів.

Механізм годування грудьми

На транспоранті показано, як дитина бере у ротик груди.(мал4.10)

Потрібно звернути увагу на наступні моменти:

- вона захвачує більшу частину ареоли і розташованої під нею тканини, тобто захвачує у ротик молочні синуси ;
- вона формує із тканини молочної залози велику “соску”;;
- сосок молочної залози складає лише одну третину цієї “соски”
- дитина смочче груди, а не сосок.

Потрібно звернути увагу на положення язика дитини:

- язик висунутий вперед, знаходиться між нижніми яснами та молочними синусами.

Якщо дитина бере груди таким чином, вона правильно смочче груди, вона правильно прикладена до грудей. (мал 4.10).

Наступний транспорант демонструє процес смоктання (мал.4. 11) .

Стрілкою показано рух м'язів язика, скорочення яких притискує “соску” , яка утворилася з тканин молочної залози, до твердого піднебіння . Молоко видавлюється з молочних синусів у рот дитини, яка його ковтає.

Таким чином, при смоктанні дитина витягує тканину молочної залози у вигляді довгої “соски”; завдяки окситоциновому рефлексу молоко поступає у молочні синуси і під тиском язика воно із синусів надходить у ротик дитини.

Процес такого смоктання являє собою **ефективне смоктання** .

Важливо підкреслити, що при такому смоктанні не відбувається пошкодження соска (не утворюються тріщини), а також відсутні явища аерофагії.

Малюнок 4.12. демонструє різницю між правильним і неправильним прикладанням дитини до грудей матері.

Ознаки правильного прикладання:

- підборіддя дитини торкається груді матері;
- ротик дитини широко розкритий;
- нижня губа вивернута;
- щічки округлені або розтікаються на груді матері;
- більшу частину ареоли не видно (в основному нижню її частину);
- мати не відчуває біль навіть при тривалому смоктанні;
- чути як дитина ковтає молоко.

Слід підкреслити, що забезпечення правильного прикладання дитини до грудей матері і здійснення ефективного смоктання - один з вирішальних чинників успіху лактації взагалі.

Наслідки неправильної техніки вигодовування дитини:

- утворення тріщин, біль при годуванні грудьми, поява страху у матері перед відчуттям болі, гальмування рефлексу виведення молока;

- неефективне смоктання дитини, а отже його незадоволення, зниження маси тіла;
- недостатнє спорожнення молочної залози спричиняє лактостаз та зменшення секреції молока;
- розвивається так звана “гіпогалактія”;
- наслідком утворення тріщин і лактостазу може бути мастит.

Причинами неправильної техніки грудного годування є:

- недосвідченість матері;
- недосвідченість медичного персоналу, невміння надати практичну допомогу матері;
- годування дитини з пляшечки (долактаційне годування або догодовування)
- деякі анатомічні варіанти сосків у матері;
- туге сповивання дитини, обмеженість її рухів;
- мала вага дитини.

Окрім материнських рефлексів для початку і підтримання лактації значна роль надається рефлексам дитини. Нормальна доношена дитина до моменту народження має все для того, щоб успішно смоктати груди. Новонароджений діє за вродженою програмою пошуку їжі в перші години після пологів, а саме – карабкається по животу матері до її грудей, має координовану діяльність рухів ручек і широко розкритого рота у активному пошуку соска та активно захоплює сосок і частину ареоли, енергійно насичуючись до засинання. Тобто, при годуванні дитини грудьми підключається низка рефлексів: пошуковий – викликається торканням до щічки або ротика дитини, після чого вона опускає язичка і висуває його вперед ; смоктальний - викликається, якщо торкнутися соском до піднебіння і ковтальний – при наповненні рота молоком. Всі ці рефлексивні здійснюються автоматично, без попереднього навчання дитини [8]. В той же час, для відповідного спрацювання цих рефлексів мати повинна правильно тримати груди, виконувати правильне положення і прикладання дитини під час годування грудьми (дивись розділ VI).

Таким чином, для запуску, становлення і розвитку стійкої і тривалої лактації необхідні наступні умови:

1. Передлактаційна підготовка молочної залози, яка визначається, в першу чергу, станом фето-плацентарної системи вагітної жінки.
2. Раннє прикладання новонародженого до грудей матері (в перші 30 хвилин після пологів).
3. Активне, інтенсивне, часте смоктання грудей за вимогою дитини.
4. Правильна техніка прикладання новонародженого до грудей матері для забезпечення ефективного смоктання
5. Регулярне спорожнювання молочної залози.
6. Позитивний емоційний стан матері при годуванні грудьми.

Цілком очевидно, що виконання цих умов можливо тільки при веденні лактації і грудного вигодовування у відповідності до сучасних рекомендацій, які передбачають використання системи спільного перебування матері і дитини в пологових стаціонарах з обов'язковою підтримкою з боку підготовленого медичного персоналу.

Що ж відбувається, якщо ці умови не виконуються? Лактація все одно виникає, тому що вміст пролактину в крові після пологів підвищений протягом 25-40 днів. Пролактиновий “фон”, який зберігається після пологів, можна розглядати як своєрідний філогенетично сформований механізм “страхування”, який забезпечує мінімальну тривалість лактації на той час, коли відбувається її рефлекторна регуляція і підтримання.

Таким чином, адекватність терміну, частоти і техніки прикладання дитини до грудей реально впливають на стан лактації жінки, починаючи з середини 2-го місяця після пологів, що ми і бачимо в медичній практиці. Саме в цей період у більшості жінок має місце недостатня кількість молока, що призводить до використання штучних сумішей [9].

Як бачимо, саме в перші години і дні після пологів, саме ятрогенні чинники організації годування новонародженого визначають долю його природного вигодовування в подальшому і в цілому.

РОЗДІЛ V

Перинатальна психологія плода і новонародженого

МЕТА заняття:

- *Визначити особливості психо-емоційного розвитку плода та новонародженого*
- *Обґрунтувати фізіологічну необхідність раннього контакту матері та новонародженого*
- *Обґрунтувати фізіологічну доцільність грудного вигодовування як передумови оптимального психо-емоційного розвитку дитини та формування особистості*

Актуальність теми.

В 1998 році Регіональне Європейське бюро ВООЗ розробило концепцію “Здоров”я для всіх в XXI-ому столітті”.

Першим пунктом цієї концепції є – забезпечення ефективної перинатальної допомоги, а саме:

- ☐ визначення ризику вагітності
- ☐ фізіологічне ведення пологів з мінімальним втручанням
- ☐ присутність близької (рідної) людини на пологах
- ☐ ранній контакт матері та новонародженого
- ☐ грудне вигодовування дитини

Перинатальний період складає всього 0,5-0,6% від загальної тривалості життя людини, але саме протягом перинатального періоду формується фізичне та психоемоційне здоров’я людини в наступні роки життя.

Смертність протягом перинатального періоду перевищує цей показник в перші 30-40 років життя.

Складові частини перинатального періоду:

- ☐ антенатальний (пізній фетальний) період – 24-40 тижнів гестації
- ☐ інтранатальний період – проходження через пологові шляхи
- ☐ ранній неонатальний період – перші 7 днів або 168 годин життя

Складові частини перинатальної психології:

антенатальний період:

- ☐ *підготовка молоді та людей репродуктивного віку до створення сім’ї, свідомого ставлення до народження дитини – преконцепційний період*
- ☐ *підготовка сімейної пари до спілкування з дитиною протягом її внутрішньоутробного розвитку*
- ☐ *підготовка вагітних до пологів, народження дитини, спільного перебування з дитиною в пологовому будинку*
- ☐ *психологічна підготовка вагітної жінки до грудного вигодовування немовляти*

- ❑ **обізнаність жінок щодо переваг грудного вигодовування для здоров'я дитини та її власного стану здоров'я**

Інтранатальний період:

- ❑ **фізіологічне ведення пологів з мінімальним втручанням**
- ❑ **сімейні пологи – присутність на пологах рідної людини | зменшення пологового стресу для матері, плода та новонародженого**

Ранній неонатальний період:

ставлення до новонародженої дитини як до особистості, що має свої права. Саме ранній неонатальний період (особливо перша година життя) визначає психо-емоційний розвиток та формування особистості дитини в подальшому.

Ставлення до новонародженого як до особистості реалізується шляхом:

- ❑ **викладання дитини на живіт матері відразу після народження**
- ❑ **раннього прикладання дитини до грудей матері в перші 30 хвилин**
- ❑ **контакту “шкіра до шкіри” протягом 60 хвилин**
- ❑ **спільному перебуванню з матір'ю з моменту народження**
- ❑ **виключно грудного вигодовування протягом перших 4-6 місяців життя**

На протязі останніх десятиріч, як у нашій країні, так і за кордоном, відмічається підвищений інтерес до проблем перинатології. Насамперед це пов'язано з необхідністю пошуку способів припинення тенденції росту кількості новонароджених та дітей раннього віку з нервово-психічними розладами.

Причин цього явища багато.

- несприятливий вплив факторів навколишнього середовища на стан здоров'я молоді репродуктивного віку – погіршення екології, імунітету
- підвищення питомої ваги вагітних з високим перинатальним ризиком
- збільшення кількості передчасних пологів на фоні важкої екстрагенітальної та акушерської патології
- розвиток неонатології, що дало змогу зменшити рівень смертності дітей з перинатальною патологією в минулому несумісною з життям
- підвищення рівня виживання передчасно народжених дітей завдяки заходам інтенсивної терапії
- незадовільна психопрофілактична підготовка вагітних
- необґрунтоване втручання в пологи, помилки при пологах.
- розлучення матері та дитини після пологів
- штучне вигодовування немовлят
- зростання числа вагітних - одначок, хворих на алкоголізм і наркоманію, вагітних – підлітків – соціальні проблеми суспільства

Перинатальний період виділяють як окремий період життя людини.
--

За даними ряду авторів, зокрема St. Grof вважає, що те що відображає перинатальний рівень безсвідомого переживання смерті і відродження проявляються у чотирьох типових паттернах або

констеляціях. Для теорії і практики виявились досить корисними існування гіпотетичних динамічних матриць, які керують процесами, що відносяться до перинатального рівня безсвідомого. Їх називають **базовими перинатальними матрицями (БПМ)**.

- ❑ Біологічною основою **першої** перинатальної матриці (БПМ-1) є досвід первинної симбіотичної єдності плода і матері в періоді ідеального внутрішньоматкового існування.
- ❑ Емпіричний паттерн **другої** перинатальної матриці (БПМ-2) відноситься до початку біологічного народження (початок пологів), до його першої клінічної стадії. При повному розгортанні цієї стадії плід періодично стискається м'язами матки, але шийка матки ще закрита, виходу немає. St. Grof вважає, що дитина відчуває при цьому нездоланне почуття зростаючої тривоги, яка пов'язана з смертельною небезпекою, і визначити джерело небезпеки неможливо.
- ❑ **Третя** перинатальна матриця (БПМ-3) відображає другу клінічну стадію біологічних пологів. На цій стадії скорочення матки продовжуються, але на відміну від попередньої стадії шийка матки вже відкрита. Це дозволяє плоду постійно просуватись по пологовому каналу. Це супроводжується значним механічним стисканням, задихом, часто безпосереднім контактом з такими біологічними середовищами як кров, сеча, слиз, кал. Все це відбувається у контексті відчайдушної боротьби за виживання. Ситуація при цьому не здається безнадійною, а її учасник не безпорадний. Він бере активну участь у тому, що відбувається, відчуває, що ці страждання мають певну направленість і мету.
- ❑ **Четверта** перинатальна матриця (БПМ-4) пов'язана з заключною стадією пологів, з безпосереднім народженням дитини. St. Grof вважає, що акт народження - це звільнення і, в той же час, відмова від минулого. Тому на межі звільнення дитина відчуває наближення грандіозної катастрофи. Однак, радість свободи поєднується з тривогою: після внутрішньоутробної темряви дитина вперше зустрічається з яскравим світлом, відрізання пуповини припиняє тілесний зв'язок з матір'ю, і дитина стає анатомічно незалежною. Отримана в процесі пологів фізична і психологічна травма, яка пов'язана із загрозою для життя, з різкими змінами умов існування, визначає наступний розвиток дитини.

Інтенсивність і наслідки пологового стресу можна звести до мінімуму.

Для цього необхідно:

- ❑ правильно провести підготовку до пологів
- ❑ фізіологічне ведення пологів з мінімальними акушерським і медикаментозним втручаннями
- ❑ відсутність яскравого світла та приглушеність розмов в пологовій кімнаті
- ❑ здійснення раннього контакту матері та новонародженого при викладанні його на живіт матері відразу після народження
- ❑ прикладання дитини до грудей матері протягом перших 30 хвилин після народження
- ❑ контакт "шкіра до шкіри" протягом першого-другого часу життя
- ❑ постійний контакт з матір'ю – спільне перебування в пологовому будинку, виключно грудне вигодовування
- ❑ психологічна підтримка з боку медичного персоналу, сім'ї, суспільства

Після пологів починається процес адаптації дитини до нових умов. Якщо в пологах дитина отримує гостру психологічну травму, то при неправильному відношенні до неї в постнатальному періоді немовля

може попасти в хронічну психотравмуючу ситуацію. В результаті можливі порушення процесу адаптації, відхилення і затримка психомоторного розвитку.

Однією із самих поширених і грубих помилок, є незрозуміння того, що "середовище дитини є його мати" (А. Реігер, 1962).

Лише в системі "мати - дитина" запускається процес, названий Е. Фромм "індивідуалізацією", який приводить до розвитку самосвідомості. У 1941 році Е. Фромм писав: "Відносно швидкий перехід від внутрішньотробоного до самостійного існування, обрив пуповини означає початок незалежності дитини від тіла матері. Але цю незалежність можна розуміти лише в грубому розумінні розділення двох тіл. У функціональному змісті новонароджений залишається частиною тіла матері. Вона його годує, доглядає за ним, оберігає його. Поступово дитина приходить до усвідомлення того, що його мати та інші об'єкти – це дещо окреме від нього. Одним з факторів цього процесу є психічний та загальний фізичний розвиток дитини, його здатність розумового сприйняття навколишнього світу.

Достовірно відомо, що людина належить до числа тих, які народжуються незрілими, причому давно встановлена морфологічна і функціональна незрілість багатьох органів і систем при народженні, особливо нервової системи.

На протязі тривалого часу існувало переконання, що новонароджена дитина не здатна до пізнавальних процесів і дослідження поведінкових реакцій новонароджених дітей були нечисленними. Своєрідним поштовхом у розвиток цього напрямлення стали роботи етолога Конрада Лоренца, який висунув у 1935 році теорію *імпринтингу* - закарбування в пам'яті новонародженого подій, які є важливим стимулом для нього, в тому числі і матері. Одним із найважливіших результатів імпринтингу є формування тривалого зв'язку з матір'ю, тобто запам'ятовування об'єкту і виникнення стійких взаємовідносин з ним, причому відбувається це у певний період, який носить критичного або сенситивного.

Новонароджена дитина нормально бачить, чує, розрізняє кольори, здатна фіксувати погляд на 10-15 секунд і повертати голову за об'єктом. Новонароджені диференціюють основні смакові відчуття і прекрасно сигналізують мімікою на гірке, кисле і солоне, позитивно відносяться до солодкого. Новонароджені реагують на різноманітні запахи, реагуючи на них поворотом голови, зміною частоти серцебиття і рівнем рухової активності.

Почуття відчуття розвивається ще у фетальному періоді, коли плід знаходиться у комфортних умовах тепла материнського тіла. Загальновідома заспокійлива дія на дитину, коли її беруть на руки, обіймають, притискають до себе. Ще внутрішньотробоно дитина чує і після народження може впізнавати голос матері і, ймовірно, батька. Після народження у немовляти відбувається додатковий викид катехоламінів, який у 2-3 рази перевищує такий під час пологів. Ця ситуація відіграє важливу роль під час адаптації новонародженої дитини: збільшення кровообігу через легені, всмоктування легеневої рідини, миттєвої мобілізації енергетичних запасів із депо і т.д. Крім того є дані про те, що в перші 40-60 хвилин життя новонароджена дитини не спить, а знаходиться у так званому "стані спокійної настороженості", а після цього діти приблизно 90% часу сплять і лише 10% - перебувають у стані активного неспання.

Саме “спокійна настороженість” здатна забезпечити сприятливу можливість для встановлення контакту з матір’ю “очі в очі” – надзвичайно важливо для взаємозв’язку матері і дитини. Отже:

- на момент народження дитини має достатньо розвинутий сенсорний апарат для сприйняття зовнішнього світу ;
- новонароджена дитина добре чує (протягом внутрішньоутробного розвитку дитина починає чути з 22-24 тижнів гестації)
- новонароджена дитини здатна пізнавати світ;
- новонароджена дитина має потребу в спілкуванні з мамою
- перша година життя дитини є найбільш важливим періодом для процесу імпринтингу, при чому не тільки для новонародженого, але і для матері.

Дії матері, які впливають на дитину

- ❑ Дотик . Майже всі дослідники, які вивчали поведінку матерів при першому контакті з їх немовлятами, відмічають однакові дії, які направлені на дотик до своєї дитини, прогладжування, обійми, обмацування, причому мати робить це кінчиками пальців, а потім всією долонею, починаючи з кінцівок дитини переходячи до тулуба і обличчя.
- ❑ Контакт “очі в очі”. Переважна більшість матерів має нестримне бажання заглянути в очі своїй дитині. 73% з них просять свого малюка “відкрити очки”. Ряд дослідників вважають, що кожна мати мріє співставити образ, створений в її уяві під час вагітності з тим, який є насправді.
- ❑ Голос матері. Відмічено, що матері розмовляють зі своїми дітьми підкреслено високим голосом моментально переходячи на звичайну мову при спілкуванні з оточуючими. Дослідження цього феномена показало, що те що мати робить інстинктивно, орієнтуючись на відповідь дитини, має під собою фізіологічну основу - система акустичного сприйняття новонародженого найбільш чутлива до високий тонів.
- ❑ Імітація дитиною рухів губ і голосу матері при спілкування матері та дитини – це має надзвичайно важливе значення для *становлення мови дитини* як засобу спілкування та контакту з оточуючими людьми, розвиток та становлення мови є важливим фактором формування особистості, контакту з іншими людьми, адаптації в складних соціальних умовах
- ❑ Навчання. Людське спілкування включає в себе не тільки звук, але і рухи. Ритм танцю – малюнок розмови. Новонароджена дитина, як виявилось, теж рухається у ритмі розмови дорослих. Якщо той, що говорить, робить паузу, переводячи дихання, чи акцентуючи якийсь склад, немовля майже непомітно піднімає брови, піднімає чи опускає руку або ногу.

Проведені дослідження доводять, що жива розмова дуже ефективна для тренування рухів дитини. Ніякі інші, навіть спеціально змодельовані звуки не викликають такої відповідної реакції, як звичайна ритмічна розмова. Особливо це відноситься до різних мовних культур (зокрема тестувались англійська та китайська мови).

Інакше кажучи, якщо новонароджених з самого початку рухається у певному конкретному ритмі, заданому розмовною структурою його культури, він вже бере участь у комплексному соціально-

біологічному процесі навчання, відтворюючи рухами мільйони повторів лінгвістичних форм, задовго до того, коли він буде їх вживати у розмові. Саме мати – перша, хто дає дитині цю практику.

- **Мати, синхронізатор біологічних ритмів.** Поки дитина знаходиться в утробі, багато її дій та ритмів співзвучні з такими у матері. Це відбувається завдяки численним ритмічним впливам матері – сну та періоду неспання, циркадному ритму її гормонів, звичному розкладу дня, регулярному биттю її серця. Момент народження порушує звичний перебіг цих ритмів у новонародженого, приводить його системи у стан розбалансування, тому дитина повинна реорганізувати свою біоритмологію і поведінку, щоб відповідати позаутробному оточенню. Саме мати своїм щоденним доглядом допомагає дитині подолати цей стрес. Дослідники порівнюють роль матері в цьому процесі з діями магніту на упорядкування залізних стружок на папері.
- **Запах матері.** За даними американських дослідників, новонароджений до 6-го дня життя розрізняє запах молока своєї матері. Численні вчені вважають, що ольфакторна система має дуже важливе значення у формуванні прив'язаності до матері.
- **Тепло матері.** Загальновідома заспокійлива дія тепла на живі істоти. Новонароджена дитина не є винятком з цього правила. При цьому добре відомо, що силу своїх особливостей дитина може швидко охолоджуватись, причому втрати тепла відбуваються, в основному, за рахунок конвекції. Тому для зігрівання новонародженої дитини використовуються, в першу чергу, променисті джерела світла.

Але що цікаво, викладена на груди матері ретельно обтерта дитина практично не охолоджується, не дивлячись на відсутність зігріваючої лампи.

Для пояснення цього феномену необхідно пригадати, що під дією контакту, “skin to skin”, і, особливо, наступного годування грудьми за рахунок виділення у матері окситоцину і вазоактивного інтестинального пептиду, відбувається локальне розширення судин шкіри грудей і місцеве підвищення їх температури. Врешті решт, новонароджений оточений енергетичною “хмаринкою” материнського тепла.

Дослідники помітили, що мати, спілкуючись з новонародженим, навіть не годуючи його, чітко тримає дистанцію між своїм обличчям і обличчям дитини, яка складає, приблизно, 22,5 см. Очевидно, це вона робить інстинктивно, орієнтуючись на реакцію дитини. В даний час достовірно відомо, що ця відстань оптимальна не тільки для зорового і нюхового сприйняття, але і для відчуття тепла материнського тіла.

Дії дитини, які впливають на матір

- **Контакт “очі в очі”.** Зорова система є однією з найпотужніших складових, які забезпечують зв'язок матері і дитини. Це особливо підкреслюється в роботах, які детально описують труднощі, з якими зустрічаються матері сліпих новонароджених при встановлення контакту з ними. Такі матері, які не отримують погляду дитини у відповідь, відчують розгубленість, відчуженість від власної дитини до тих пір, поки не знайдуть інших шляхів взаємодії.
- **Крик дитини.** Крик дитини теж надзвичайно важливий для матері. Відомо, що мати здатна розрізнати крик власної дитини відразу після пологів. Достовірно відомо, що крик голодної дитини збільшує у матері збільшення кровообігу в грудних залозах і, навіть, мимовільне виділення молока.

- ❑ **Викид гормонів.** Своїми діями дитина ініціює викид гормонів у матері. Як крик голодної дитини, так і просте лизання материнського соска, не кажучи вже про смоктання грудей, викликає виділення **окситоцину**, що приводить до скорочення міоепітеліальних клітин молочної залози і виділенню молока.

Крім того, окситоцин сприяє скороченню матки, що є чудовою профілактикою кровотеч у післяпологовому періоді. Тому **окситоцин ще називають гормоном прив'язаності**. Слід відмітити, що у дітей при смоктанні за рахунок подразнення нервових закінчень ротової порожнини, відбувається збудження блукаючого нерва і відповідне виділення гастроінтестинальних гормонів. Як відомо, смоктання заспокоює дитину, робить її сонливою.

Дослідження показали, що чим молодші діти по днях життя, тим вище у них рівень холецистокініну після годування, і вони прекрасно засинають, не дивлячись на малий об'єм їжі в період становлення лактації у матері.

Крім окситоцину у відповідь на смоктання дитиною грудей, у матері підвищується в крові рівень **пролактину**, який забезпечує продукцію молока. Цей гормон вважається **гормоном любові**, який сприяє виникненню батьківської поведінки. Очевидно, це означає, що різке підвищення цих гормонів у крові матері підвищує її прив'язаність до дитини, якщо це відповідає дійсності, то продукція цих гормонів, індукована самою дитиною є ефективним біологічним механізмом, який служить для забезпечення виживання новонародженого.

Зазначені взаємовідносини матері та новонародженої дитини склалися в процесі еволюції і є складовими частинами забезпечення виживання людства.

- ❑ **Запах дитини.** Безумовно, запах дитини впливає на матір, тим більше, що експерименти показали, що вже на 3-4 й день після пологів більшість матерів пізнають запах власної дитини.
- ❑ **Навчання.** Під дією людської мови новонароджена дитина починає робити певні ритмічні рухи. Коли мати це відчуває, вона отримує великий стимул (проти якого вона не може встояти) до повторення своїх дій знову і знову, тобто кажучи іншими словами відбувається навчання (стимульоване реакцією дитини) діями матері, які направлені на психічний розвиток дитини.

Цілком очевидно, що процес утворення взаємозв'язків між матір'ю та дитиною відбувається синхронно, з участю всіх сенсорних систем матері і малюка, і дуже залежить від обопільних реакцій зворотного зв'язку.

- ❑ **Сповивання дітей .** Обґрунтування цієї традиції, яка бере початок ще з добіблійних часів, було переконання, що сповита дитини більш спокійна і менше переохолоджується. Безперечно це твердження має право на існування, але не можна не відмітити негативних моментів сповивання, особливо тугого, це:
 - a) примусове позбавлення дитини вільних рухів веде, можливо, до проблем становлення мовної функції;
 - b) позбавлення дитини тактильної стимуляції, тобто виключення одного із сенсорних каналів, впливає на формування прив'язаності;

- с) зростання ризику розвитку респіраторних інфекцій. За даними ряду досліджень (Туреччина, 2000р.) у дітей, яких туго сповивали в перші 3 місяці життя ризик розвитку пневмонії вищий у 4 рази, ніж у дітей без сповивання;
- д) зростання ризику дисплазії кульшових суглобів. Існує значна кореляція між тугим повиванням дітей з розгинанням і аддукцією ніг та дисплазією кульшових суглобів;
- е) зростання ризику “синдрому раптової смерті”.

Даний розділ показує, що не дивлячись на численні дослідження проблем розвитку психічних функцій дитини, вплив взаємовідносин матері і дитини недостатньо вивчений. Таким чином, роботи у цьому напрямку слід вважати перспективними і вони повинні тривати.

Дослідженнями вчених на молекулярному рівні був доведений вплив навколишнього середовища на процеси морфогенезу мозку.

Таким чином ранній контакт матері та дитини, прикладання дитини до грудей матері в перші 30 хвилин життя, контакт “шкіра до шкіри” має **морфогенетичне значення** як головне джерело інформації для немовляти про оточуючий світ, а також як фактор, який знімає пологовий стрес для новонародженого, покращує адаптаційно-компенсаторні фізіологічні реакції організму дитини.

Раннє прикладання дитини до грудей матері, контакт “шкіра до шкіри”, грудне вигодовування є важливими елементами **фізіологічної абілітації новонароджених**, яка сприяє оптимальному психо-емоційному розвитку дитини, становленню особистості.

Особливості ведення лактації і грудного вигодовування у вагітних груп високого перинатального 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 [23]. Зокрема, частота деяких найбільш поширених екстрагенітальних захворювань складає:

- захворювання системи кровообігу - 5,4 %
- захворювання сечостатевої системи - 11,4 %
- анемії - 38,4%

Згідно з статистичними даними [23] нормальні пологи становлять у середньому 31% випадків. Частка ускладнених пологів у їх загальній кількості підвищилась з 58,3 % у 1990 р. до 69 % у 1999 р. Це збільшення відбувається в основному за рахунок зростання частоти анемій, аномалій пологової діяльності. Значно збільшилася частота кровотеч під час пологів і в післяпологовому періодах, що пов'язано з рядом чинників. Так, поряд з погіршенням стану здоров'я жінок, велике значення має зниження якості медичного обслуговування, недостатня забезпеченість необхідними медикаментами, препаратами крові, обладнанням. Останнім часом значно підвищилась кількість септичних післяпологових ускладнень, що є прямим наслідком захворювань, які передаються статевим шляхом. Зростає також частота кесарського розтину, яка становить у регіонах від 7 до 17 % пологів (в великих стаціонарах обласного масштабу – до 20-23 %). Між тим, оптимальним вважається частота кесаревого розтину 7-10 % від загальної кількості пологів (рішення пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України, 1998 р.). Не має тенденції до зниження і частота передчасних пологів, яка склала у 1999 р. 3,4% від загальної кількості пологів по Україні [23].

Основою порушень лактації, в тому числі **гіполактації**, у названої категорії жінок є поєднання чинників ризику на етапах мамогенезу (фето-плацентарна недостатність) і лактогенезу (пізні прикладання дитини до грудей, відокремлене перебування матері і дитини, погодинний режим годування, використання сосок, сумішей). Це призводить до суттєвих змін в процесі формування і закріплення лактаційних материнських рефлексів і рефлексів дитини та порушенню лактопоеза.

Отже, існує ціла низка чинників, пов'язаних із здоров'ям вагітної жінки і породіллі, які можуть становити певні перешкоди успішному грудному вигодовуванню.

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 не медикаментозних (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, тканинний препарат Лактоцен) профілактики та лікування порушень лактації у цієї категорії породіль.

Розглянемо особливості ведення лактації і грудного вигодовування при найбільш поширених екстрагенітальній патології та ускладненнях перебігу вагітності і пологів. При цьому, перш за все,

необхідно підкреслити, що всі захворювання матері в стадії вираженої декомпенсації є підставою для припинення лактації і протипоказанням для грудного вигодовування дитини (дивись розділ IX).

Передчасні пологи

Для процесу лактації не обов'язково, щоб вагітність була доношеною, навіть якщо вона перервалася достроково (передчасні пологи), лактація може розвиватися досить інтенсивно [11]. Основною проблемою є стан дитини, ступінь її функціональної зрілості, наявність пошукового і смоктального рефлексів, що визначається в першу чергу терміном гестації. Одним з вирішальних чинників успіху грудного вигодовування недоношеної дитини за даними світової практики є володіння медичним персоналом сучасних технологій її виходжування з обов'язковим застосуванням сучасних технологій ведення лактації і грудного вигодовування (дивись розділ X).

Пізній гестоз (прееклампсія).

Серйозне (особливо на фоні захворювань нирок, гіпертонічної хвороби, ожиріння) і досить часте ускладнення вагітності (8-12 %) (24), яке призводить до: перфузійно-дифузійної недостатності плаценти, яка суттєво погіршує всі її функції, в тому числі і ендокринну; передчасних пологів (родорозродження за медичними показаннями); тяжкого стану дитини при народженні; використанню масивної медикаментозної терапії. За даними літератури [25, 26] серед багатьох патогенетичних чинників, які визначають порушення лактації при пізньому гестозі, суттєве значення мають також стійкі зміни корково-підкоркових відносин і функції гіпоталамусу, функціональні зміни симпатно-адреналової і серотонінергічної систем, розлад гормональної функції плаценти і обмінних процесів в організмі жінки. Дані літератури свідчать також про зміни якісного складу молока у породіль з пізнім гестозом [27]. Усі ці чинники необхідно враховувати при веденні лактації у жінок з цим ускладненням вагітності.

Тактика ведення лактації і грудного вигодовування у жінок з пізнім гестозом залежить від ступеня тяжкості цього ускладнення вагітності, а також стану новонародженого (табл.5.1).

Таблиця 5.1.

Тактика ведення лактації у жінок з пізнім гестозом

1. Еклампсія	Годування грудьми протипоказано за станом жінки незалежно від терміну і шляху 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	Аналогічні заходи (див. пункт 2 ,3).

пологи шляхом операції кесарів розтин.	
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....).Призначення продуктів лікувального харчування , комплекс вітамінів, фіто-збори. При нормальному тиску- Лактоцен –д/ін’єкцій -0,4мл на 1 кг маси тіла під шкіру нижнього кута лопатки в одному шприці з 2мл 2% розчину лідокаїну на 4 і 6 добу після пологів а також повторно через один місяць.
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.

Анемія (залізодефіцитна)

Не дивлячись на значну частоту залізодефіцитної анемії серед вагітних жінок, переважна більшість з них має I ступінь захворювання (за класифікацією ВООЗ). Дійсну проблему для успішної лактації складають випадки вираженої анемії (рівень гемоглобіну 90 г/л і нижче в зв’язку з впливом вираженої хронічної гіпоксії на процеси нейро-ендокринної регуляції лактації, а також змінами якісного складу молока (зокрема, зниження рівня білка, вуглеводів, мікроелементів) [27,28].

Отже, комплекс заходів, спрямованих на підтримання достатньої, тривалої лактації у жінок з анемією, складається з наступних дій:

- своєчасне, достатнє за обсягом лікування анемії у жінки під час вагітності і після пологів;
- виконання усього комплексу організаційних заходів з сучасного ведення лактації та грудного вигодовування (див. розділ ПУ);
- призначення біологічно активних продуктів лікувального харчування під час вагітності і після пологів (Гемосол, Фемілак-2) з метою поліпшення якісного складу молока;
- у породіль з анемією II ступеня - поряд з вищеназваними заходами, застосування метоклопраміду, Лактоцену, ЦЕАН, фітотерапії (схема призначення – див. вище)

Кесарів розтин

До впровадження сучасних методів ведення лактації операція кесаревого розтину вважалася надзвичайно високим чинником ризику порушень лактаційної функції у породіль [29,30,31]. За даними літератури недостатня секрція молока у породіль після операції кесарів розтин пов’язана з підвищеною крововтратою, великому напруженню пристосувальних реакцій для підтримання гомеостазу, низьким рівнем пролактину у крові в період лактогенезу та іншими (30,31). В той же час, традиційне ведення лактації у цих породіль передбачало пізнє прикладання дитини до грудей (на 2-3 добу) тільки після переводу породіллі з палати

інтенсивної терапії (дитина в цей час годувалась з пляшечки з соскою). При цьому регулярне зціджування грудного молока для підтримання лактації в перші години і дні після операції, як правило, не проводилось. Спільне перебування матері і дитини починалося пізно (4-6 доба), дитина годувалась за погодинним розкладом.

Якщо враховувати механізми запуску і становлення лактації (див. розділ ІУ), стає зрозумілим, що традиційні підходи до її ведення у жінок після операції кесарів розтин і складають фізіологічну основу порушень лактаційної функції у цієї категорії породіль.

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 кесаревого розтину потребує врахування наступних чинників:

- характеру і тяжкості акушерської та екстрагенітальної патології, яка є показанням для абдомінального розродження (заходи – дивись лактація при акушерській та екстрагенітальній патології) ;
- 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 (положення при годуванні у жінок після операції – див. розділ УІ).

Треба також підкреслити, що здорова дитина не потребує в ці перші 4-6 годин їжі , тому ні в якому разі не можна давати їй долактаційне годування сумішшю (дивись розділ УІІ).

При порушеному стані новонародженого і задовільному стані породіллі - через 6-8 годин після операції регулярно (кожні 3 години) зціджування грудного молока для збереження і підтримання лактації, пізніше - годування їм дитини в ПІТі. Спільне перебування з дитиною при поліпшенні його стану.

При всіх ускладненнях з боку матері, розродженої шляхом операції кесарів розтин, (дивись ведення лактації при акушерській та екстрагенітальній патології), які є тимчасовим протипоказанням для прикладення дитини до грудей, для збереження і підтримання лактації необхідне зціджування грудного молока не рідше, ніж 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 не медикаментозних та медикаментозних методів стимуляції лактації (30,31) (продукти лікувального харчування – Полісол, Фемілак-2, фізметоди – ЦЕАН, фітозбори, окситоцин, метоклопрамід, Лактоцен) (схеми призначення – див. вище).

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 породіль (19).

Серцево-судинні захворювання

Вагітні жінки з вродженими і набутими вадами серця, захворюваннями міокарду, гіпертонічною хворобою, особливо з проявами серцевої недостатності являють собою групу високого ризику по розвитку як акушерських ускладнень, так і порушень лактації, основною патогенетичною ланкою яких є хронічна гіпоксія материнського організму (25,32,33). В той же час, новонароджені матерів з цією патологією в зв'язку з функціональною і фізичною незрілістю мають особливу потребу в годуванні материнським молоком. Саме тому зберігання і підтримання лактації у цієї категорії породіль потребує особливої уваги і підготовки медичного персоналу (лікарів-терапевтів, акушерів та середньої ланки) і застосування комплексу сучасних організаційних підходів (див. розділ УІІ, Х) та медикаментозних і не медикаментозних методів стимуляції лактації (дивись вище).

Захворювання нирок

За винятком дуже важких форм захворювання нирок в стадії вираженої декомпенсації (дивись розділ ІХ) ниркова патологія, в тому числі і запальна, яка найчастіше зустрічається під час вагітності та після пологів і потребує протизапальної терапії, не являє собою значну перешкоду для грудного вигодовування.

Ведення лактації у таких хворих потребує врахування медикаментозної терапії, її вплив на новонародженого (дивись розділ ..). В зв'язку з наявністю досить великого арсеналу медикаментів є реальна можливість вибору протизапальних препаратів з урахуванням їх дії на дитину і збереження лактації у цієї категорії хворих породіль.

Захворювання щитовидної залози

Гіпотіреоз. Головною умовою для настання вагітності, її виношування і закінчення у жінок з гіпотіреозом є досягнення при лікуванні еутіреоїдного стану. Тому замісна терапія гормонами щитовидної залози обов'язково проводиться у цієї категорії хворих до вагітності, під час вагітності і після пологів. За даними експериментальних досліджень гіпотіреоз супроводжується гіпопролактинемією (5), а клінічні спостереження свідчать про порушення лактаційної функції у жінок з гіпотіреозом (34). При досягненні стабільного еутіреоїдного стану у породіллі з гіпотіреозом, яка постійно отримує замісну терапію тиреоїдними гормонами, грудне вигодовування не протипоказано, а рівень лактації може бути достатнім для вигодовування дитини. Обов'язковим для жінок з цією патологією є постійне спостереження лікаря-ендокринолога, а також регулярне консультування дитини у цього спеціаліста.

У жінок з дифузним токсичним зобом успішне виношування, закінчення вагітності, а також грудне вигодовування, як правило, можливо при легкій формі захворювання. При більш тяжких формах цієї патології, яка потребує застосування певних медикаментів (наприклад, мерказолілу) грудне вигодовування протипоказано [34].

Цукровий діабет

Частота цукрового діабету серед вагітних складає 1 %. Вагітні жінки, які хворіють на інсулінозалежний цукровий діабет (І типу) являють собою групу дуже високого перинатального ризику [29,30,31] і, безумовно, групу високого ризику з розвитку порушень лактаційної функції [5]. Недостатня секреція молока у цієї категорії жінок пов'язана з цілою низкою чинників: глибокими зрушеннями всіх видів обміну речовин, гормональним дисбалансом і в першу чергу інсуліновою недостатністю (інсулін є одним з гормонів лактогенного комплексу) [5], а головним чином – високим рівнем акушерських ускладнень, оперативних втручань і значних порушень стану плода, які можуть стати суттєвою перешкодою для становлення і розвитку достатньої лактації. Не дивлячись на це, захворювання вагітної жінки на цукровий діабет не виключає можливості грудного вигодовування її дитини. Дані літератури свідчать також і про відсутність суттєвих змін у складі молока породіль, хворих на діабет [5]. Головною умовою успішного перебігу і закінчення вагітності є досягнення і підтримання компенсації інсулінозалежного цукрового діабету [29,30]. Для збереження і підтримання лактації у цієї категорії хворих **також потрібне забезпечення максимальної компенсації цукрового діабету.**

Тактика ведення лактації і грудного вигодовування у породіль з цукровим діабетом представлена в табл.5.2

Таблиця 5.2

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	Регулярне (через 3 години) зціджування грудного молока,

діабет. Термінові пологи через природні родові шляхи. Порушений стан плода (знаходиться в палаті інтенсивної терапії- ПІТ).	годування їм дитини без застосування пляшечки з соскою. Участь матері у догляді за дитиною в ПІТі. Прикладання до грудей після пліпшення 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. Порушений стан новонародженого.	Заходи – дивись пункт 3.
6. Компенсований цукровий діабет. Дострокове розродження за станом плода.	Грудне вигодовування є проблематичним. Заходи – див. пункт 3.

Психологічні аспекти підготовки вагітних до пологів і грудного вигодовування.

Впровадження сучасного ведення лактації і грудного вигодовування обов'язково супроводжується виникненням і потребою вирішення цілої низки психологічних проблем, які є значною перешкодою для реалізації можливості жінки в якості матері, що годує грудьми. Розповсюдженість грудного вигодовування в Україні ускладнена тим, що жінка дуже часто має незадовільний соціальний, побутовий і матеріальний стан. В результаті такої невлаштованості і невпевненості в наступному дні у багатьох з них виникає психологічний дискомфорт. Дуже часто грудне вигодовування не підтримують родичі жінки, які вважають, що вигодовування з пляшки значно простіше, усуває цілу низку труднощів і не гірше за природне вигодовування.

Саме тому для успішної реалізації програми підтримки грудного вигодовування потрібне залучення до участі в ній спеціалістів-психологів і психологів-перинатологів.

Для успішних пологів і наступного грудного вигодовування дуже важливою є попередня підготовка жінки ще під час вагітності, яка, перш за все, спрямована на психологічну адаптацію до цих процесів.

Необхідною є також обізнаність матерів, психокорекція, звільнення від комплексу страху перед пологами, формування домінанти на грудне вигодовування, а також підготовка родичів майбутньої матері до ідеї тривалого грудного вигодовування.

Під час підготовки вагітних до пологів і грудного вигодовування головним завданням психолога – перинатолога є пояснення матері, що її майбутня дитина здатна до емоційних переживань і володіє розвиненими органами почуттів. Це допомагає жінці створити оптимальні умови для розвитку утробного плода, запобігти його стресам. Другим, не менш важливим завданням, є впевнити жінку в тому, що

вагітність, пологи і грудне вигодовування – це фізіологічна норма, реалізація якої необхідна, як для жіночого здоров'я, так і для здоров'я дитини. При повторних пологах для жінки важливу роль відіграє досвід попередніх пологів, грудного вигодовування та догляду за своєю дитиною. Цей досвід зовсім не завжди є позитивним. Саме тому необхідним елементом підготовки до пологів повинна бути психокорекція, тобто переробка негативного досвіду вагітної. Важливим елементом підготовки до сприятливих пологів є звільнення від комплексу страху перед пологами, а також досягнення розслабленості та психоемоційної свободи жінки [13,15].

Формування домінанти на грудне вигодовування.

Для того щоб жінка прийшла до рішення про необхідність грудного вигодовування, вона повинна проникнутись ідеєю дбайливого відношення до немовляти. Використовуючи високу здатність вагітних до навіювання, доцільно звертатися до їх підвищеної чутливості по відношенню до майбутньої дитини. Апелюючи до беззахисності новонародженого, його повної залежності від матері, негативних наслідків від порушення контакту за нею, можна підвести матір до твердого рішення годувати дитину грудьми. При підготовці вагітних до грудного вигодовування найбільш дієвим виявляються не просто заклики годувати грудьми, а наголос на відчуття і переживання новонародженого і немовляти, його потребу в контакті з матір'ю. Це завдання найбільш ефективно вирішується шляхом вивчення психології новонародженого, в результаті чого жінки самі приходять до висновку, що саме грудне вигодовування найкращим чином відповідає бажанням і потребам дитини. Після пологів такі жінки виявляються готовими до багатьох несподіванок і не розгублюються при перших проблемах – вони з ними знайомі і знають, як з ними впоратись. Як правило, жінки, які пройшли таку підготовку мають великий потенціал в якості матерів, які годують, і продовжують природне вигодовування своїх дітей не менше року. Треба також підкреслити, що такі жінки впевнені у самостійному прийнятті такого рішення без сторонньої допомоги.

Підготовка родичів вагітної до грудного вигодовування.

Для здійснення жінкою тривалого грудного вигодовування важливе значення має підготовка родичів до сприйняття цієї ідеї. Для того, щоб майбутній батько, бабусі і дідусі підтримували матір і не перешкоджали їй в реалізації бажання годувати грудьми, вони повинні розуміти необхідність в ньому для здоров'я дитини. Ця ідея повинна стати для них звичною, тому бажано запрошувати їх на спеціальні бесіди і заняття ознайомити з сучасним веденням грудного вигодовування, а також з інформаційними матеріалами (пам'ятки, статті, фільми). Звичайно, потрібно наголошувати на всебічній допомозі і підтримці жінки, яка годує грудьми [13, 35].

РОЗДІЛ VI.
ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ГОДУВАННЯ ГРУДЬМИ

Мета заняття: навчитися спостерігати за процесом годування грудьми і вміти правильно оцінити прикладання та положення дитини біля грудей матері, вміти коректно допомогти матері виправити положення.

Спостереження за годуванням грудьми

Оцінка годування грудьми

Матері, які потребують допомоги під час годування грудьми:

- жінки, які стали матерями вперше і вперше годують грудьми;
- матері, які мають певні труднощі при годуванні грудьми;
- матері, які попередніх дітей годували з пляшечки, а тепер хочуть годувати грудьми.

Перш, ніж запропонувати матері будь-яку допомогу, завжди потрібно поспостерігати за процесом годування.

Потрібно допомагати лише тоді, коли у матері виникли проблеми. Деяких матерів і дітей влаштовує положення при годуванні грудьми, яке для інших матерів є не зручним (не правильним). Це більшим чином відноситься до дітей старших двох місяців. Немає підстав змінювати положення дитини, якщо вона ефективно смокче, а її мати почуває себе комфортно.

1. Дозволяйте матері якомога більше діяти самій. Старайтесь не допомагати силоміць. Поясніть, що ви маєте на увазі і покажіть, що ви очікуєте від неї (можна на собі).
2. Переконайтесь, що мати вас зрозуміла, і далі може діяти сама. Мета консультанта – допомогти матері самій прикласти свою дитину до грудей.

Намагайтесь, по можливості, не торкатися ні матері ні дитини, але якщо це необхідно, то

- покладіть свою руку та руку матері, щоб ви тримали дитину через руку матері;
- підтримуйте дитину знизу за плечі, а не за голову, будьте обережні і не штовхайте силоміць вперед голову дитини до грудей.

Якщо ви виправляєте неправильне положення дитини, мати часто може відмітити, що їй стало зручніше. На жаль інколи після виправлення неправильної позиції жінка може сказати, що їй так незручно і буде

продовжувати годувати у неправильному положенні. У такому випадку переконайтесь, що мати проінформована, як потрібно правильно годувати і дозвольте їй діяти самій.

Щоб добре прикласти дитину до грудей інколи потрібно кілька спроб. Можливо потрібно попрацювати з жінкою ще раз, або на другий день. Якщо мати має певні проблеми при годуванні в одному положенні, можна запропонувати їй інше, або кілька на вибір.

Прикладання дитини до грудей

Положення дитини біля грудей

Слайди №12,14,21,23,22, 57-60,

Основні чотири ключові моменти положення дитини біля грудей:

- 1. Голова і тулуб дитини знаходяться на одній лінії. Дитина не може легко смоктати і ковтати молоко, якщо його голівка викривлена чи зігнута.**
- 2. Обличчя дитини повернуте до грудей матері, носик – навпроти соска. Дитина має бути відсунута від матері лише настільки, щоб був збережений контакт “очі в очі”.**
- 3. Тіло дитини притиснуте до тіла матері (живіт до живота).**
- 4. Мати повинна притримувати все тіло дитини знизу, а не тільки плечі та голову (особливо, якщо дитина новонароджена або з низькою вагою). Деякі матері тримають дитину на колінах.**

Як підтримувати грудь під час годування:

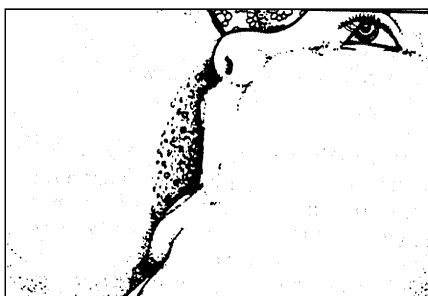
- **Пальці жінки, яка годує грудьми, повинні вільно лежати на грудній клітці під груддю так, щоб вказівний палець її руки служив опорою для основи груді;**
- **Великим пальцем жінка може злегка натискати на верхівку груді. Це може покращити форму груді і дитині буде легше до неї пристосуватися. Не потрібно притримувати грудь надто близько біля соска (цю позицію досить часто використовують матері з метою запобігання перекриття носових ходів у дитини, але це хибне твердження)**

Якщо у матері надто велика звисаюча грудь, то підтримка груді має важливе значення (покращення форми груді сприяє витіканню молока, бо дитини при цьому захоплює велику ділянку з молочними синусами). Якщо у матері невеликі груди – їх можна не підтримувати взагалі.

- *Слід торкнутися соском вуст дитини, почекати, щоб вона сама широко відкрила рот, а потім присунути її до грудей (а не грудь заштовхувати дитині в рот)*

Ознаки правильного прикладання дитини до грудей, не залежно від способу прикладання:

- *підборіддя торкається до груді матері;*
- *ротик дитини широко розкритий;*
- *нижня губа вивернута;*
- *щічки округлені або ніби розтікаються по груді матері;*
- *більша частина ареоли (нижня частина) захоплена ротом дитини;*
- *мати не відчуває біль навіть при тривалому смоктанні;*
- *чути як дитина ковтає молоко.*



Мал. 6.1.

Дитина правильно прикладена до грудей матері



Мал. 6.2.

Дитина неправильно прикладена до грудей матері

Основні способи положення дитин біля грудей

Слайди № 65,89,90,95,102-105, 133,134,150,151

I. Як допомогти матері, яка сидить:



- *переконайтесь, щоб мати сиділа у зручному, розслабленому положенні (низьке сидіння зручніше, особливо при наявності опори для спини). Якщо сидіння досить високе, то варто мати підставку під ноги, але слідкуйте, щоб коліна не були підняті надто високо. Якщо мати сидить у ліжку, їй допомогти можна за допомогою подушки.*
- *якщо вона сидить на підлозі, теж має бути опора для спини. Якщо дитина лежить у неї на колінах, допоможіть підняти дитину вище, щоб їй необхідно нахилитись вниз, щоб прикласти дитину до грудей.*

Інші позиції дитини біля грудей в положенні “сидячи”.

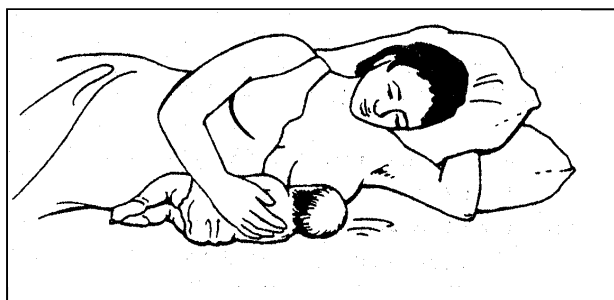
Положення “з-під руки” - голова дитини знаходиться на китиці руки матері, але мати не повинна підштовхувати її до грудей. Це положення може бути корисним для:

- *годування близнюків;*
- *якщо мати має певні проблеми при прикладанні дитини до грудей спереду;*
- *для лікування лактостазу;*
- *якщо для матері така позиція є просто зручною*

Положення, при якому дитина знаходиться на руці, протилежній груді з якої годується – тулуб дитини лежить на передпліччі матері, китицею руки вона підтримує голову дитини на рівні вух або нижче, але не підштовхує її до грудей знизу. Такий спосіб корисний коли:

- *дитина з вагою малою до терміну гестації, або недоношена;*
- *якщо дитина ослаблена або з вродженими вадами;*
- *якщо мати віддає перевагу цьому положенню.*

II. Як допомогти матері, яка “лежить”



Мал.6.5

Мати годує дитину лежачи.

Слайди № 62,63,64

Мати повинна лежати у зручній розслабленій позі (в якій вона може спати), при цьому голова має лежати у децю підвищеному положенні (краще використовувати високу подушку або класти руку під голову). Дитину при цьому вона підтримує іншою вільною рукою.

Досить частою причиною того, чому дитину важко прикласти до грудей в положення лежачи є те, що дитина знаходиться занадто високо і її голівці приходится нахилитися вперед, щоб дотягнутися до соска.

Годування в положенні “лежачи” корисно у таких випадках:

- після акушерських втручань, які затруднюють годування в положенні сидячи (кесарів розтин, епізіо-, перінеотомія, акушерські щипці та ін.);
- якщо матері хочеться спати, вона може годувати не встаючи.

III. Інші положення

- мати може годувати стоячи (при неможливості сидіти чи лежати);
- мати може годувати лежачи на спині (дитина зверху) – це положення зручне при лактостазі, а також при надмірній кількості молока у матері;
- якщо дитині важко прилаштуватися до грудей, то інколи може допомогти таке положення: мати лягає на живіт, спираючись на лікті, дитина під нею.

В якому б положенні мати не годувала свою дитину, для успішного вигодовування мають важливе значення ті ж 4 ключових моменти положення біля грудей та принципи правильного прикладання до грудей.

Основні помилки при прикладанні дитини до грудей:

- надто високе положення (мати сидить, високо піднявши коліна);
- надто низьке положення (мати не підтримує дитину, тому приходится нахилитися вперед);
- дитина далеко від матері (це відбувається тоді, коли мати підтримує дитину знизу китицею руки, яка знаходиться на стороні грудей, якою вона годує);

- *мати підтримує грудь в положення “ножиць” (таким чином можна вирвати грудь з рота дитини і заблокувати потік молока через молочні синуси),*

Основні помилки при прикладанні дитини до грудей з боку медпрацівників:

- *намагаються самі покласти дитину на грудь, замість того щоб допомогти матері самій це зробити (якщо ви будете це робити замість матері, вона ніколи не навчиться це робити сама);*
- *намагаються силоміць заштовхати грудь дитині в рот.*

Розділ 7 Сучасна практика грудного вигодовування

Мета заняття.

Слухачі повинні вміти:

Обґрунтувати кожен з принципів успішного грудного вигодовування.

Підготовка вагітних жінок до годування грудьми

Для успішних пологів і наступного грудного вигодовування велике значення має попередня підготовка жінки під час вагітності. Головна роль в цьому процесі належить медичному персоналу жіночої консультації, а також центрів планування сім'ї. Якщо жінка у другу половину вагітності перебуває у стаціонарі з приводу ускладнень, то підготовка до майбутньої лактації повинна здійснюватись медичним персоналом відділення патології вагітності. В першу чергу, надзвичайно важливо забезпечити формування психологічної впевненості майбутньої матері і членів її сім'ї в необхідності природного вигодовування. З цією метою потрібно обов'язково провести бесіди про грудне вигодовування з усіма жінками, які відвідують жіночу консультацію. Особливо важливо проводити такі бесіди з молодими недосвідченими жінками, які народжують першу дитину, або які мали негативний досвід попереднього годування дитини [36].

Основні теми занять з майбутніми матерями при проведенні бесід під час відвідування “Школи материнства” або у відділенні патології вагітності:

1. Переваги грудного вигодовування для здоров'я дитини і матері, небезпечність штучного вигодовування
2. Як відбувається початок і становлення лактації після пологів, від чого залежить достатня і тривала лактація (у вигляді простої і доступної інформації)
3. Переваги режиму спільного перебування матері і дитини після пологів
4. Небезпека передлактаційного годування дитини
5. Як правильно годувати дитину (положення дитини біля грудей, прикладання до грудей матері).

6. Зціджування грудного молока (коли воно потрібно, як його виконувати).

7. Харчування під час вагітності і жінки, яка годує грудьми.

Найбільш ефективно навчання майбутніх матерів можна здійснити шляхом демонстрацій відповідних темам занять відеофільмів, а також використанням ляльки-немовляти і макета молочної залози. До таких занять дуже важливо залучати чоловіків або інших членів родини вагітної жінки.

Головною метою антенатальної підготовки до майбутньої лактації є надання впевненості жінці в можливості успішного годування грудьми. Важливою умовою для формування такої впевненості є рішення особистих психологічних проблем вагітної жінки, звільнення її від страху перед пологами і труднощами догляду за дитиною. У вирішенні цієї проблеми значну підтримку жінці можуть надати спеціалісти–психологи. Саме в компетенцію психолога входить звільнення жінки від комплексу страху перед пологами і новонародженою дитиною, корекція її психологічних проблем, пов'язаних з попереднім негативним досвідом або негараздами в сім'ї, навчання методам подолання негативних емоцій і досягнення душевного комфорту.

Вже при початку спостереження за вагітною жінкою лікар повинен фіксувати її увагу на ретельному контролі за масою тіла, активізації гімнастичних вправ для грудних м'язів, носінні бюстгальтеру з простої щільної тканини, достатнього за об'ємом для того, щоб не здавлювати молочну залозу.

Неприпустимою є обробка сосків спиртом .

Не пізніше шостого місяця вагітності бажано проводити спеціальний огляд молочних залоз, під час якого констатується ступінь їх розвитку, форма сосків і навколососкового поля. Якщо у жінки пласкі, плескуваті або втягнуті соски, то ніякі вправи, спрямовані на їх витягання, або носіння спеціальних накладок з отвором для сосків не допомагають. Більш того, виконання цих процедур може викликати загрозу передчасних пологів, якщо їх виконувати до 38 тижня вагітності. В більшості випадків в кінці вагітності або в перший тиждень після пологів форма сосків і ступінь їх витягання поліпшується і проблеми не існують взагалі. Найбільш доцільно і своєчасно надати практичну допомогу матері зразу після пологів, обов'язково пояснюючи їй, що дитина при смоктанні захоплює частину груді за соском, а не тільки сам сосок.

Якщо у жінки є рубці після операцій чи після опіків, або виявлені пухлини, можливо, буде потреба в консультації спеціаліста-мамолога. В той же час, треба підкреслити про можливість успішного грудного вигодовування однією молочною залозою.

Кожен лікар, або інший персонал, який працює з вагітними жінками, повинен чітко розуміти, що первинна органічна неспроможність до лактації спостерігається виключно рідко (біля 3-4%). Всяка невдача в природному вигодовуванні визначається, перш за все, або недостатнім вмінням і практичними навичками жінки, що годує, тобто неповним її навчанням з боку медичного персоналу, або недостатньою психологічною підтримкою і впевненістю в необхідності годування грудьми (15).

Грудне вигодовування в пологовому стаціонарі

Раннє прикладання дитини до грудей матері

Після народження головки дитини акушерка відсмоктує слиз з верхніх дихальних шляхів за допомогою гумового балона або електровідсмоктувача. Народжену дитину акушерка кладе на знеражений лоток, покритий стерильною пелюшкою, бере з розгорнутого пакета для первинної обробки новонародженого піпетку і за допомогою ватних тамонів (для кожного ока окремо) закапує в очі, а дівчаткам і в ділянку зовнішніх полових органів по 2-3 краплі 30% розчину сульфацил натрію або 0,25% розчину левоміцетину.

У новонароджених, що народились у необстежених протягом вагітності матерів або у матерів з проявами генітальної інфекції на момент пологів профілактику офтальмії проводять шляхом закладання за повіки дитині 1% еритроміцинової мазі (враховуючи провідну роль хламідій в виникненні кон’юнктивіту у новонароджених).

В разі фізіологічних пологів у обстежених жінок з низьким інфекційним ризиком проводять відстрочену профілактику офтальмії з метою встановлення контакту матері і дитини “очі в очі”.

Після обробки очей дитини акушерка накладає один затискач Кохера на пуповину на відстані 10 см від пупкового кільця, другий на відстані 8 см від пупкового кільця, а третій якомога ближче до зовнішніх статевих органів жінки. Ділянку пуповини між першим і другим затискачами Кохера акушерка обробляє 95% етиловим спиртом і перерізує її ножицями. Зріз дитячої кукси пуповини змазують 1% розчином йодонату. Далі акушерка показує дитину матері, повідомляє стать дитини, вроджені вади розвитку якщо вони є і

викладає дитину на живіт матері , здійснюючи перший контакт матері і дитини, прикладання дитини до грудей матері (в перші 30 хвилин після народження).

Після пологів стан дитини оцінює лікар неонатолог, який присутній на пологах та має попередню інформацію щодо факторів перинатального ризику, балів оцінки біофізичного профілю плоду, що дозволяє акушеру-гінекологу та неонатологу прогнозувати стан дитини при народженні. У вагітних з високим ризиком прогноз пологів і стану дитини слід обговорювати разом лікарям акушерам-гінекологам та неонатологам з метою своєчасної підготовки до надання кваліфікованої допомоги новонародженому. На

пологах у жінок з середнім або високим ризиком має бути неонатолог.

У разі відсутності неонатолога стан дитини оцінює черговий лікар акушер-гінеколог.

В перші 30 хвилин після народження дитина (не сповита) прикладається до грудей матері, потім здійснюється контакт “шкіра до шкіри”протягом 30-60 хвилин під спостереженням акушерки. Раннє прикладання до грудей матері (в перші 30 хвилин життя) та контакт “шкіра до шкіри” протягом 30-60 хвилин забезпечують:

- © встановлення психо-емоційного зв’язку матері та дитини
- © зменшують вплив післяпологового стресу на організм дитини (запах, голос матері)
- © становлення фізіологічної лактації і тривалого грудного вигодовування
 - © колонізацію дитини мікрофлорою матері (біфідо-лактобактерії)
 - © зменшення ускладнень III-ого періоду пологів
 - © зниження частоти післяпологових кровотеч

Протягом III-ого періоду пологів, огляду пологових шляхів матері дитина знаходиться на грудях матері (в разі фізіологічних пологів).

Після 30-60 хвилин контакту матері і дитини, акушерка проводить первинний туалет новонародженої дитини. Вона йде до дитячої кімнати пологової зали. Дістає стерильним корнцангом із бікса пакет для вторинної обробки пуповини, відкриває його корнцангом.

Потім миє руки під проточною водою щіткою з милом, обробляє їх одним із шкірних антисептиків і проводить вторинну обробку пуповини за методом Роговина.

Після обробки пуповини проводять первинну обробку шкірних покривів: стерильним ватним тампоном, змоченим стерильною олією з індивідуального флакона, відкритого перед обробкою дитини, акушерка дегкими рухами видаляє з голови та тіла

новонародженої дитини кров, первородне мастило, слиз, меконій. Якщо дитина дуже забруднена меконієм, її обмивають над тазом або раковиною теплою проточною водою з дитячим милом.

Після обробки шкіру обсушують стерильною пелюшкою. Потім зважують дитину, загорнуту в іншу стерильну пелюшку, на лоткових вагах. Вагу пелюшки віднімають від одержаного показника. Вимірюють дитину за допомогою стерильної сантиметрової стрічки. Зріст дитини вимірюють від потилиці до п'яткових горбів, окружність голови – по лінії, що проходить через лобні горбки та потилицю в ділянці малого тім'ячка, об'єм грудної клітки по лінії, що проходить через соски і пахвинні ямки. Потім дитини залишають нещільно загорнуту на сповивальному столі. Акушерка дістає і розгортає пакет з браслетками й медальйонами (дотримуючись стерильності), обробляє розчином антисептика руки і пише на браслетках та медальйоні прізвище, ім'я та по-батькові, номер історії пологів матері, стать дитини, масу тіла, зріст, дату народження. Услід за цим акушерка знову обробляє руки, прив'язує до ручок дитини браслетки, сповиває дитину, використовуючи одну пелюшку як підгузник, другу – як косинку з заходом кінців по боках грудної клітки, третю – як підковдру, а в теплу пору року як ковдру. Поверх ковдри пов'язують медальйон і дитину кладуть в індивідуальне ліжечко.

Якщо дозволяють умови пологового залу, дитина після проведення первинного туалету, незапеленана або легко запеленана знаходиться біля матері (в ліжку поруч з матір'ю, або в індивідуальному ліжечку).

Через 2 години після народження акушерка проводить повторну профілактику офтальмії новонародженого.

Після обробки пуповини на культю пуповини накладається зажим, що є оптимальною формою догляду за пуповинним залишком (виключає необхідність щоденного накладання лігатур з шовка, що підвищує ризик нозокоміальної (госпітальної) інфекції через зайвий контакт з руками медичного персоналу).

До переводу в післяпологове відділення породілля і новонароджена дитина знаходяться разом (дитина біля матері, або продовжується контакт "шкіра до шкіри").

Через 2 години новонародженого знову оглядає неонатолог, а породіллю акушер-гінеколог, жінка разом з дитиною переводиться в післяпологове відділення в палату спільного перебування, про що акушерка робиться відповідний запис в історію пологів та історію розвитку новонародженого.

Чергова акушерка приносить новонароджену дитину у палату до матері і передає її медичній сестрі відділення новонароджених. Час передання медичній сестрі дитини та її

стан (характер крику, кольор шкірних покривів тощо) фіксується на І-й сторінці історії розвитку новонародженої дитини і засвідчується підписами акушерки та медичної сестри відділення новонароджених.

Спільне перебування матері і дитини в пологовому будинку (відділенні)

На сучасному етапі найбільш раціональним і фізіологічним режимом акушерського стаціонару є спільне перебування матері і дитини.

Спільне перебування породіллі і новонародженої дитини в палаті післяпологового відділення акушерського стаціонару забезпечує:

- 4 профілактику внутрішньолікарняних інфекцій
- 4 колонізацію новонародженого мікрофлорою матері
- 4 фізіологічне становлення лактації у жінки
 - 4 годування дитини за потребою
 - 4 успішне і тривале грудне вигодовування
 - 4 формування психо-емоційної єдності матері та дитини
- 4 виконання прав дитини відповідно п.24 “Декларації про права дитини”.

Крім того, спільне перебування :

- обмежує контакт з медичним персоналом
- знижує частоту післяпологових ускладнень
- попереджує розвиток (практично ліквідує) лактостазу, маститу у породіль
 - знижує частоту гнійно-септичних ускладнень у новонароджених
 - забезпечує активну участь матері в догляді за новонародженим
 - зменшує матеріальні витрати родопомічної установи на утримання новонародженого (предмети догляду, харчування)
 - дає можливість залучати батька до контакту з дитиною

Єдність матері і дитини починає формуватися протягом періоду внутрішньоутробного розвитку і продовжується формуватись з моменту народження дитини залежно від умов перебування і надання медичної допомоги породіллі і новонародженому. Спільне перебування починається з моменту народження дитини

(викладання на живіт матері з наступною обробкою немовляти, прикладанням до грудей матері в перші 30 хвилин, контактом “шкіра до шкіри”, “очі в очі”).

Інформацію щодо спільного перебування з дитиною жінка має отримати під час підготовки в жіночій консультації.

META відділень спільного перебування – підтримка гестаційної єдності матері та дитини шляхом раннього прикладання дитини до грудей матері, контакту “шкіра до шкіри”, “очі в очі”, виключно грудного вигодовування за вимогою дитини, цілодобового спільного перебування матері і дитини, що дасть змогу знизити рівень післяпологових ускладнень, гнійно-септичних інфекцій, забезпечити репродуктивне здоров’я жінки, оптимальний фізіологічний та психо-емоційний розвиток дитини.

Спільне перебування матерів та новонароджених обмежує контакт медичного персоналу з дитиною, виключає необхідність долактаційного годування дитини молочними сумішами з пляшечки, що є важливими чинниками захисту увід внутрішньолікарняної інфекції!

Після припинення трансплацентарного харчування новонароджена дитина має достатні запаси глікогена, які підтримують фізіологічний рівень глюкози, таким чином першу добу життя організм новонародженої дитини достатньо забезпечений енергетично ще на етапі антенатальної підготовки до пологів з боку плода.

Водночас новонароджена дитина отримує з грудей матері ***перші краплі молозива***, які є імунобіологічним захистом організму дитини, молозиво вистілює (покриває) шлунково-кишковий тракт дитини, сприяє більш швидкому відходженню меконію, зменшує інтенсивність і тривалість гіпербілірубінемії у новонароджених, має високоенергетичні і поживні властивості, що повністю забезпечують потребу організму новонародженої дитини протягом першої-другої доби життя.

Особливості перинатальної фізіології харчування плода і новонародженого, впровадження сучасних фізіологічних принципів становлення лактації і підтримки грудного вигодовування виключають необхідність долактаційного годування новонароджених в перші дні життя молочними сумішами, що є як перешкодою становленню лактації і грудного вигодовування, так і важливим фактором поширення госпітальних штамів бактерій, вірусів, грибів .

Оптимальне спільне перебування матері та дитини передбачає те, що дитина після народження знаходиться разом з матерією (раннє прикладання до грудей, контакт шкіра до шкіри) в пологовому залі (або поруч в спеціальній окремій палаті), через 2 години матір і дитина разом переводяться в післяпологове відділення, дитина отримує виключно грудне вигодовування за вимогою з годуваннями вночі, з боку медичного персоналу забезпечена необхідна допомога і підтримка.

В разі навіть тимчасового відокремлення дитини від матері (без медичних показань) спільне перебування не виконує своєї ролі і не може вважатися оптимальним .

При спільному перебуванні матері та новонародженого їх розміщують в палатах на одне-три (оптимально два) ліжка. Можливе перепланування післяпологових палат у раніше побудованих пологових будинках для спільного перебування матері і новонародженого.

Бажана наявність туалетної кімнати в кожній палаті. Обов'язковим є наявність раковини в палаті.

Допускається використання палат з умивальником без санвузла.

В перинатальних центрах обов'язковим є така площа палати для спільного перебування декількох породіль в одній палаті, щоб відстань між ліжками породіль, ліжечками новонароджених не була меншою ніж 0,5 м. Оскільки в перинатальному центрі зосереджені вагітні з групи високого перинатального ризику, то близько 60-70% породіль післяпологового фізіологічного відділення можуть після пологів перебувати спільно з новонародженими.

Палата спільного перебування матері і дитини оснащується:

- ліжко (зручне) для жінки
- ліжко для дитини (знаходиться на одному рівні з ліжком матері)
- стілець для матері (опора під спину при годуванні грудьми забезпечує фізіологічне положення жінки, що годує грудьми)
- сповивальним столом з ємкістю для дезінфікуючих засобів
- індивідуальною тумбочкою для зберігання білизни, особистих речей жінки, розміщення на ній лотка з медикаментами , що використовуються для догляду за шкірою та слизовими новонародженого (стерильна рослинна олія в індивідуальних

упаковках або спеціальна олія для обробки шкіри немовлят індивідуального користування, стерильна вода для промивання очей)

- медичними вагами для зважування новонародженого

В палатах спільного перебування матерів та новонароджених має бути інформація щодо корисності годування грудьми для здоров'я жінки і дитини, правильного прикладання дитини до грудей, гігієни та харчування жінки, що годує грудьми, інформація про групу підтримки матерів, куди жінка може зателефонувати в разі потреби після виписки з пологового будинку (відділення).

Важливе значення для профілактики гнійно-септичних інфекцій у новонароджених та внутрішньолікарняних інфекцій має спільне перебування матері і новонароджених в обсерваційних відділеннях.

Здорову новонароджену дитину лікар неонатолог обов'язково повинен оглянути в першу добу життя (оцінити процес ранньої неонатальної адаптації), на III-IV добу для визначення показань для проведення щеплення БЦЖ і в день виписки (переважно 5 доба життя). При необхідності (зміни в стані дитини визначені матір'ю або медичною сестрою) дитина повинна бути негайно оглянута неонатологом.

Медичній сестрі відділення новонароджених в першу добу життя сумісного перебування матері і дитини слід не менш ніж 5-6 разів відвідати породіллю з метою контролю стану дитини, навчання і допомоги матері при догляді за дитиною, дотримання санітарно-протиепідемічних заходів в палаті).

У кожную палату медична сестра відділення новонароджених приносить бікс із стерильним матеріалом (ватні кульки, бінт, тампони), змінюючи по мірі використання стерильний матеріал і медикаменти , але не рідше ніж 1 раз на добу.

Медична сестра щоденно визначає стан дитини, міряє температуру тіла у новонародженої дитини, її вагу і івідмічає в історії розвитку новонародженого.

Обробку пупочної ранки після відпадиння пуповинного залишку проводить лікар, оцінюючи одночасно її стан та характер заживлення.

Протипоказання для спільного перебування матері і дитини:

Абсолютні протипоказання:

4 відкрита форма туберкульозу

4 нелікований сифіліс

4 гострі психичні захворювання

Тимчасові протипоказання з боку матері:

- важкі форми гестозу
- операційні втручання з важкими порушеннями гомеостазу
- стан декомпенсації при хронічних хворобах серця,
легень, печінки, нирок
- гострі інфекційні захворювання
- розриви промежини II-III ст.

Протипоказання з боку новонародженого:

- асфіксія при народженні (середнього і важкого ступенів)
- дихальна недостатність II-III ст.
- гестаційний вік менш ніж 33 тижні
- вроджені вади розвитку, що потребують інтенсивної терапії
- гемолітична хвороба важкого ступеня
- пологова травма з порушенням функцій життєвоважливих органів
- гіпербілірубінемія III ст.

Перший туалет новонародженого і догляд за ним у першу добу життя здійснює медична сестра відділення новонароджених у присутності матері.

Медична сестра надає матері необхідну допомогу і підтримку при прикладанні дитини до грудей, пояснює матері переваги грудного вигодовування за вимогою дитини для здоров'я жінки та немовля, навчає матір особливостям догляду за новонародженим, користуванням стерильним матеріалом та дезінфікуючими засобами. Пояснює матері правила особистої гігієни (попереджує про шкідливий вплив на молочні залози миття їх з милом та дезінфікуючими засобами).

Протягом першої доби життя дитину оглядає неонатолог, надає інформацію про стан дитини, спостерігає за годуванням грудьми, звертає увагу матері на важливість частого прикладання дитини до грудей, ночного годування протягом перших днів для становлення лактації і профілактики тріщин сосків, а також для того щоб дитина отримала всі краплі молозива. Пояснює матері правила гігієни (попереджує про шкідливий вплив на молочні залози миття їх з милом та дезінфікуючими засобами).

Неонатолог здійснює контроль за культею пуповини та пупковою ранкою. Обробку пуповини та пупкової ранки виконує медична сестра.

Для обходу сестра готує:

- стерилізаційний бікс зі стерильним матеріалом (кульки, вата, палички з ватою, бинт)

- стерильні пінцети для забору стерильного матеріалу і по одному на кожну новонароджену дитину для обробки пупкової ранки

- місткість з 95% розчином спирту етилового – 2,0 мл

- місткість з 10% розчином калію перманганату – 30 мл

- місткість з 3% розчином перекисю водню – 2,0 мл

Перед оглядом дитини неонатолог і медична сестра двічі миють руки з милом теплою проточною водою.

Медична сестра забезпечує породіль необхідною кількістю стерильних пелюшок (не менш ніж 20 на добу на одну дитину). Використані пелюшки збирають в баки, які мають кришки або в педальні відра з вставленими в них бавовняними чи цератовими чохлами. Після закінчення обходу санітарка збирає разом з чохлами використану білизну і через шахту або іншим шляхом доставляє її в кімнату для сортування і збирання брудної білизни. В палаті проводять вологе прибирання. Медична сестра слідкує за своєчасною зміною та використанням дезінфікуючих розчинів у кожній палаті.

Дозволяється використання памперсів.

В разі накладання зажиму на пуповинний залишок, через добу його знімають.

Пуповинний залишок оброблюють 95% спирту етилового.

На 3-ій день проводиться вакцинація БЦЖ (за відсутності протипоказань)

Питання виписки вирішує лікар акушер-гінеколог відповідно до стану жінки. Мати з дитиною виписуються додому на 3-5 добу після пологів. Перед випискою жінка отримує інформацію щодо підтримки грудного вигодовування (пам'ятки, брошури тощо).

Для забезпечення допомоги та підтримки жінок з боку медичного персоналу в відділеннях спільного перебування матері та новонароджених слід збільшити кількість лікарів-неонатологів та медичних сестер, що доглядають за дітьми.

Посада лікарів-неонатологів встановлюється з розрахунку 1 цілодобовий пост на 20 ліжок для спільного перебування матерів і новонароджених

Посади медичних сестер по догляду за новонародженими встановлюють з розрахунку 1 цілодобовий пост на 10 ліжок спільного перебування матерів та новонароджених.

Старша медична сестра на 30 ліжок

Посади молодшого медичного персоналу встановлюються з розрахунку 1
цілодобовий пост на 30 ліжок для новонароджених

Годування за потребою дитини.

Перше годування грудьми дитини слід провести через 2-3 години після перевodu їх з
пологового залу (або раніш за вимогою дитини).

Новонароджені діти годуються за вимогою, в перші 3-5 днів життя дитини необхідне
часте прикладання до грудей матері. В перші дні дитина прикладається до грудей 10-12
раз, що дає можливість забезпечити їй необхідну кількість нутрієнтів і сприяє
рівномірному збільшенню кількості грудного молока в матері, попереджує розвиток
лактостазу.

Напувати дитину будь-якими розчинами при годуванні зп потребою не слід, так як
необхідну кількість рідини дитина отримує з молоком матері.

Необхідні допомога і підтримка матерів з боку медичного персоналу. Під час
першого годування медична сестра спостерігає за годуванням грудьми, допомагає жінці
правильно прикласти дитину до грудей. Бажана допомога з боку медичного персоналу
протягом перших 2-3-х днів після народження дитини.

Годування за вимогою дитини і виключення догодовування дитини забезпечують:

- профілактику внутрішньолікарняних інфекцій
- фізіологічне становлення лактації у матері
- зменшення частоти лактостазу
- профілактику маститу
- профілактику післяпологових кровотеч у породіль
- профілактику субінволюції матки
- імунобіологічний захист дитини
- фізіологічне формування мікробної колонізації і імунітету у дитини
- більш скоріше відновлення маси тіла дитини

***Новонароджена дитина має отримувати тільки виключно грудне
молоко своєї матері без докормів і напування розчинами глюкози.***

Перед годуванням мати приймає гігієнічний душ (вранці і ввечері) або обмиває
груди теплою проточною водою.

Бажано, щоб породілля кожного дня приймала душ, одягала чистий бюстгальтер і сорочку. За таких умов мити молочні залози перед годуванням не має необхідності.

У новонароджених дітей з пограничними станами, а саме: затримка внутрішньоутробного розвитку, кон’югаційна гіпербілірубінемія I-II ступеня, порушення ранньої кардіо-респіраторної адаптації, тощо при відсутності позитвної динаміки маси тіла і зменшенні її за добу більш ніж на 2%, проводить контрольне зважування і індивідуально і в кожному випадку вирішується лікарем неонатологом режим і характер харчування дитини.

Вакцинація (БЦЖ і гепатит В) новонароджених проводиться так само як і при роздільному утриманні матері і дитини.

Виписування новонароджених дітей.

Якщо післяпологовий період у породіллі та неонатальний період у новонародженої дитини минули без ускладнень, мати з дитиною можуть бути виписані на 5-й день після пологів.

Перед виписуванням із пологового будинку лікар-неонатолог проводить у кожній палаті бесіди з породіллями про те, як треба доглядати за дитиною, годувати її грудьми. Медична сестра перед виписуванням дитини зобов’язана провести туалет та пересповити дитину у присутності матері і ще раз нагадати їй про особливості догляду за новонародженою дитиною у домашніх умовах.

Перед випискою з пологового будинку мати отримує пам’ятку з рекомендаціями щодо догляду і грудного вигодовування дитини вдома, а також з телефонами, куди можна звернутись в разі необхідності консультування щодо вигодовування і догляду дитини.

Підтримка медичного персоналу

Одним з вирішальних чинників успішної тривалої лактації є кваліфікована, своєчасна, надана у доброзичливій формі допомога медичного персоналу на всіх етапах підготовки, становлення і розвитку лактації. Особливо важливим є надання такої допомоги і підтримка медичного персоналу в цілому в перші години і дні після пологів. Саме цей період - початку, запуску механізмів лактації, встановлення і закріплення лактаційних нейро-гормональних рефлексів потребує особливої уваги, а також обізнаності і відповідної підготовки медичного персоналу.

“На відміну від існуючих уявлень спроможність жінки прикладати дитини до грудей не є вродженою. Скоріш це навичка, якій вона навчається і досягає цього вміння через спостереження і досвід.”

(М. Вулрідж, 1986)

Досвідчена акушерка або спеціально підготовлена медсестра (у великих пологових відділеннях або будинках потрібно мати в штаті таку посаду для цілодобового чергування) повинна допомогти породіллі на ранньому етапі годування грудьми (краще в перше або наступне годування дитини в першу добу після пологів).

Для того, щоб допомога персонала була ефективною, потрібно засвоїти певну особливість спілкування з матір'ю, яка годує, і виконувати наступні правила :

- * Уникайте поспішності, галасу. Розмовляйте спокійно і не поспішайте, навіть якщо у Вас є лише декілька хвилин.

- * Спитайте у матері, як вона себе почуває і як просувається годування грудьми. Дозвольте їй розповісти вам , як вона себе почуває, перш ніж повідомити їй будь-яку інформацію або щось запропонувати.

- * Спостерігайте за годуванням грудьми – спокійно дивлячись, як це робить жінка **(мати сама не може пересвідчитись на відміну від помічника де знаходиться нижня губа і підборіддя дитини по відношенню до соска, оскільки їй погано видна ця частина грудей, яка є найважливішою зоною для оцінки правильного прикладання).** Якщо положення дитини правильне і вона правильно прикладена до грудей – скажіть жінці про це. В цьому випадку нема потреби показувати матері, що робити.

- * Допоможіть жінці зайняти зручне положення , якщо це необхідно. Якщо у матері є затруднення або дитина неправильно прикладена до грудей, потрібно надати їй відповідну допомогу.

- * Дайте матері доречну інформацію. Впевніться, що мати знає про годування за потребою, про ознаки голоду у дитини, поясніть, як і коли у неї “прибуде “молоко.

- * Дайте відповіді на запитання матері. Поясніть просто і чітко, що їй потрібно знати.

Якщо мати тимчасово знаходиться окремо від дитини (наприклад, за станом дитини), їй особливо потрібні увага, підтримка а також навчання з боку медичного персоналу (як зберігти лактацію, як зціджувати грудне молоко, як годувати дитини з чашечки або ложечки).

Такий стиль спілкування з жінкою, яка годує грудьми, повинен засвоїти і використовувати в своїй роботі весь медичний персонал , з яким стикається мати протягом всього годування грудьми (пологовий стаціонар, дитяча поліклініка, патронаж вдома, дитяча лікарня) [36,39].

Зціджування грудного молока

Правильно організоване грудне вигодовування і нормальна лактація у матері, як правило, не потребує зціджування грудного молока . В той же час, медичний персонал рододопоміжних закладів повинен добре володіти методикою зціджування молока і навчати цьому жінку іще під час вагітності і в перші дні після пологів у зв'язку з можливим виникненням показань для проведення цієї процедури [36].

Існує ціла низка ситуацій, коли необхідно зціджувати грудне молоко для:

- *збереження і підтримки лактації при наявності тимчасових протипоказань для грудного вигодовування з боку матері або дитини;*
- *годування дитини з низькою вагою тіла;*
- *здійснення правильної техніки годування при переповнений щільній молочній залозі*
- *полегшення стану жінки при нагруданні молочної залози, розвитку лактостазу;*
- *годування хворої дитини , яка не може висмокати достатню кількість молока;*
- *годування дитини грудним молоком , якщо мати працює або вчиться;*
- *змащування молозивом або молоком сосків і ареоли з метою попередження утворення тріщин або їхнього лікування;*
- *стимуляції лактації при недостатній кількості молока у матері.*

При відсутності перелічених показань зціджування грудного молока не тільки не корисне, але й може бути шкідливим для жінки, особливо при порушенні правильної техніки, (травмування тканини молочної залози, необгрунтована стимуляція продукції молока).

При зціджуванні молока активність окситоцинового рефлексу значно нижча, ніж при смоктанні дитини, тому перш ніж почати зціджування потрібно стимулювати рефлекс виведення молока.

Як стимулювати окситоциновий рефлекс?

Психологічна підтримка матері:

- надати їй впевненості, заспокоїти;
- при можливості усунути або зменшити тривожні або больові відчуття;

-надати інформацію про стан дитини в найбільш коректній формі.

Практична підтримка або порада:

- якщо є можливість - здійснити контакт матері і дитини (шкіра до шкіри або очі в очі);
- випити теплий напій (молоко, некріпкий чай, компот, фруктовий сік, тощо);
- зігріти молочну залозу (теплий душ або компрес);
- стимулювати соски легким потягуванням їх пальцями;
- зробити легкий, обережний масаж молочної залози ;
- зробити жінці масаж спини протягом 2-3 хвилин (**мал.7.1**)

Зціджування грудного молока руками – це найбільш продуктивний метод, він не потребує ніяких пристосувань, тому жінка може зціджувати молоко в будь-якому місці і в будь-який час.

Зціджування грудного молока не викликає труднощів, якщо груди м'які і буває досить важким, коли молочні залози щільні, тугі і навіть болючі. Саме тому потрібно навчити породіллю зціджуванню молока в перший або другий день після пологів (при навчанні бажано показувати більше на макеті молочної залози або на собі).

Жінка повинна сама зціджувати своє грудне молоко, що забезпечує найменше травмування тканини молочної залози.

Приготування посуду для зцідженого грудного молока:

- чашку, стакан, або банку потрібно ретельно вимити водою з милом;
- залити підготовлений посуд водою, яка тільки закипіла, і лишити на декілька хвилин;
- коли потрібно виконувати зціджування, вода виливається.

Навчання жінки техніці зціджування грудного молока руками складається з наступних етапів:

- ретельно вимити руки;

- зайняти зручне положення (сидячи або стоячи), тримаючи підготовлений посуд недалеко від грудей;
- покласти великий палець **ЗВЕРХУ** соска та ареоли, а вказівний палець - **НИЖЧЕ** соска та ареоли навпроти великого пальця, останніми пальцями підтримувати молочну залозу. **(малюнок 7.2.)**
- злегка натиснути великим та вказівним пальцями на залозу у напрямку до грудної стінки;
- великим і вказівним пальцями натиснути на ділянку залози за навколососковим кружечком, де відповідно розташовані молочні синуси (дивись розділ 4.)
- по черзі натискати і відпускати, не відриваючи пальці від залози (процедура не повинна викликати біль, якщо виконується правильно);
- подібним чином зцідити молоко з боків, щоб випорожнити всі сегменти залози (змінити розташування пальців на залозі) **(малюнок 7.2.)**;
- руки повинні бути сухими (використовувати серветку з м'якої тканини), уникати тертя шкіри пальцями;
- уникати здавлювання самих сосків, яке не забезпечує отримання молока;
- тривалість зціджувannya однієї залози складає не менш, ніж 5-6 хвилин, потім виконується зціджувannya другої залози, потім обидві повторно. В цілому процедура займає 20-30 хвилин, особливо в перші дні після пологів.

Малюнок 7.2.

Як часто потрібно зціджувати грудне молоко? Це залежить від показань для виконання даної процедури.

Для установалення та підтримання лактації, для годування дитини з низькою масою тіла або новонародженого з порушенням стану:

- мати повинна при можливості почати зціджувати молоко в перший день після пологів, бажано не пізніше, ніж через шість годин;
- для достатнього вироблення молока потрібно зціджувати його не рідше, ніж кожні три години, враховуючи і зціджувannya вночі.

Для підвищення кількості молока, якщо його вироблення зменшилось :

- протягом декількох днів (2-4) потрібне часте зціджування (кожні 2 години вдень і кожні чотири години вночі).

Для забезпечення грудним молоком дитину, якщо мати працює або вчиться:

- максимально зцідити молоко перед тим, як йти на роботу, а також регулярно зціджувати його під час роботи для підтримки достатньої лактації.

Для полегшення стану при явищах нагрудання, лактостазу, закупорки молочних протоків, або маститі:

- так часто і так довго, як потребує відповідний стан.

Для попередження утворення тріщин або їх лікування:

- зцідити молозиво або «заднє» молоко у кінці годування дитини і змазати ним сосок та навколосокове поле.

Зціджування грудного молока можна здійснювати також за допомогою молоковідсмоктувачів, які можуть бути різних моделей. Потреба в їх застосуванні може виникнути при вираженому нагруданні і больових відчуттях молочних залоз, що інколи викликає труднощі для ручного зціджування.

Найбільш поширені моделі молоковідсмоктувачів:

- молоковідсмоктувач з резиною грушею досить простий у використанні. Головним недоліком даної моделі є незручність для збирання молока і неможливість забезпечити його стерильність.
- Молоковідсмоктувач – шприц (або поршньовий) (**малюнок 7.3.**). Значно зручніший, ніж з резиною грушею, простий і надійний у використанні, його легко мити і стерилізувати.
- Електричний молоковідсмоктувач – продуктивний, зручний, але користування можливе лише в стаціонарі.

Зберігання зцідженого молока

Чисте свіжезціджене молоко повинно зберігатися в стерильній, щільно закритій банці або в контейнері, обов'язково в темному місці. Терміни зберігання залежать від температури, при якій зберігається зціджене молоко:

- 1) без холодильника при +18-20°C не більше 20 годин
- 2) в основній камері холодильника при +4-5 °C - до 72 годин
- 3) в морозильній камері при мінус 18- 20 °C – до 4 місяців.

Заморожувати молоко для зберігання потрібно у невеликій кількості.

Для того, щоб молоко розтануло його треба поставити в основну камеру холодильника, або проводити розморожування при кімнатній температурі. Після цього його можна зберігати в звичайній камері холодильника іще 48 годин.

Підігрівати холодне молоко для годування краще повільно в теплій воді і тільки до кімнатної температури.

Категорично не можна використовувати для нагрівання мікрохвильові печі.

При підозрі на інфекцію молоко підлягає кип'ятінню.

Гігієна жінки, що годує грудьми

Годування грудьми вимагає виконання певних гігієнічних навичок. В той же час, мити груди до і після кожного годування, як це рекомендувалося раніше, недоцільно, тому що така обробка молочних залоз призводить до руйнування природного захисного шару секрету залоз Монтгомері (див розділ 4), який підтримує шкіру в здоровому стані і захищає від інфекцій. При частому митті грудей з милом шкіра пересушується, що може стати причиною утворення тріщин на сосках. Крім того, при вигодовуванні за потребою (особливо в перші тижні і місяці після пологів), коли частота годувань сягає 10-12 разів на добу, миття грудей перед і після годування просто фізично неможливе і подібна рекомендація медиків може значно ускладнити грудне вигодовування і навіть стати причиною відмови матері годувати дитину грудьми.

Для збереження здорової шкіри грудей потрібно після годування обробляти сосок і ареолу «пізнім» молоком. Мити груди потрібно під час щоденного прийняття душа або ванни. Слід також часто змінювати білизну, особливо бюстгальтер, доцільно також використовувати спеціальні прокладки в бюстгальтер, які зберігають білизну сухою [13,36].

Обов'язковим і головним правилом гігієни є миття рук перед кожним годуванням, після відвідування туалета та зміни пелюшок.

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 [23]. Зокрема, частота деяких найбільш поширених екстрагенітальних захворювань складає:

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

Згідно з статистичними даними [23] нормальні пологи становлять у середньому 31% випадків. Частка ускладнених пологів у їх загальній кількості підвищилась з 58,3 % у 1990 р. до 69 % у 1999 р. Це збільшення відбувається в основному за рахунок зростання частоти анемії, аномалій родової діяльності. Значно збільшилася частота кровотеч під час пологів і в післяпологовому періоді, що пов'язано з низкою чинників. Так, поряд з погіршенням стану здоров'я жінок, велике значення має зниження якості медичного обслуговування, недостатня забезпеченість необхідними медикаментами, препаратами крові, обладнанням. Останнім часом значно підвищилась кількість септичних післяпологових ускладнень, що є прямим наслідком захворювань, які передаються статевим шляхом. Зростає також частота кесарського розтину, яка становить у регіонах від 7 до 17 % пологів (в крупних стаціонарах обласного масштабу – до 20-23 %). Між тим, оптимальним вважається частота кесаревого розтину 7-10 % від загальної кількості пологів (рішення пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України, 1998 р.). Не має тенденції до зниження і частота передчасних пологів, яка склала у 1999 р. 3,4% від загальної кількості пологів по Україні [23].

Основою порушень лактації, в тому числі **гіполактації**, у названої категорії жінок є поєднання чинників ризику на етапах мамогенезу (фето-плацентарна недостатність) і лактогенезу (пізніше прикладання дитини до грудей, відокремлене перебування матері і дитини, погодинний режим годування, використання сосок, сумішей). Це призводить до суттєвих змін в процесі формування і закріплення лактаційних материнських рефлексів і рефлексів дитини та порушенню лактопоеза.

Отже, існує ціла низка чинників, пов'язаних із здоров'ям вагітної жінки і породіллі, які можуть становити певні перешкоди успішному грудному вигодовуванню.

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, тканинний препарат Лактоцен) профілактики та лікування порушень лактації у цієї категрії породіль.

Розглянемо особливості ведення лактації і грудного вигодовування при найбільш поширених екстрагенітальній патології та ускладненнях перебігу вагітності і пологів. При цьому, перш за все, необхідно підкреслити, що всі захворювання матері в стадії вираженої декомпенсації є підставою для припинення лактації і протипоказанням для грудного вигодовування дитини (дивись розділ 11).

Передчасні пологи

Для процесу лактації не обов'язково, щоб вагітність була доношеною, навіть якщо вона перервалася достроково (передчасні пологи), лактація може розвиватися досить інтенсивно [11]. Основною проблемою є стан дитини, ступінь її функціональної зрілості, наявність пошукового і смоктального рефлексів, що визначається в першу чергу терміном гестації. Одним з вирішальних чинників успіху грудного вигодовування недоношеної дитини за даними світової практики є володіння медичним персоналом сучасних технологій її виходжування з обов'язковим застосуванням сучасних технологій ведення лактації і грудного вигодовування (дивись розділ 12).

Пізній гестоз (прееклампсія).

Серйозне (особливо на фоні захворювань нирок, гіпертонічної хвороби, ожиріння) і досить часте ускладнення вагітності (8-12 %) (24), яке призводить до: перфузійно-дифузійної недостатності плаценти, яка суттєво погіршує всі її функції, в тому числі і

ендокринну; передчасних пологів (родорозродження за медичними показаннями); тяжкого стану дитини при народженні; використанню масивної медикаментозної терапії. За даними літератури [25, 26] серед багатьох патогенетичних чинників, які визначають порушення лактації при пізньому гестозі, суттєве значення мають також стійкі зміни корково-підкоркових відносин і функції гіпоталамусу, функціональні зміни симпато-адреналової і серотонінергічної систем, розлад гормональної функції плаценти і обмінних процесів в організмі жінки. Дані літератури свідчать також про зміни якісного складу молока у породіль з пізнім гестозом [27]. Усі ці чинники необхідно враховувати при веденні лактації у жінок з цим ускладненням вагітності.

Тактика ведення лактації і грудного вигодовування у жінок з пізнім гестозом залежить від ступеня тяжкості цього ускладнення вагітності, а також стану новонародженого (таблиця 7.1).

Таблиця 7.1

Тактика ведення лактації у жінок з пізнім гестозом

1. Еклампсія	Годування грудьми протипоказано за станом жінки незалежно від терміну і шляху 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 по-логи 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	Аналогічні заходи (див. пункт 2 ,3).

кесарів розтин.	
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. При нормальному тиску- Лактоцен –д/ін'єкцій - 0,4мл на 1 кг маси тіла під шкіру нижнього кута лопатки в одному шприці з 2мл 2% розчину лідокаїну на 4 і 6 добу після пологів а також повторно через один місяць.
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.

Анемія (залізодефіцитна)

Не дивлячись на значну частоту залізодефіцитної анемії серед вагітних жінок, переважна більшість з них має І ступінь захворювання (за класифікацією ВООЗ). Дійсну проблему для успішної лактації складають випадки вираженої анемії (рівень гемоглобіну 90 г/л і нижче в зв'язку з впливом вираженої хронічної гіпоксії на процеси нейро-

ендокринної регуляції лактації, а також змінами якісного складу молока (зокрема, зниження рівня білка, вуглеводів, мікроелементів) [27,28].

Отже, комплекс заходів, спрямованих на підтримання достатньої, тривалої лактації у жінок з анемією, складається з наступних дій:

- своєчасне, достатнє за обсягом лікування анемії у жінки під час вагітності і після пологів;
- виконання усього комплексу організаційних заходів з сучасного ведення лактації та грудного вигодовування (див. розділ 7. вище);
- призначення біологічно активних продуктів лікувального харчування під час вагітності і після пологів (Гемосол, Фемілак-2) з метою поліпшення якісного складу молока;
- у породіль з анемією II ступеня - поряд з вищеназваними заходами, застосування метоклопраміду, Лактоцену, ЦЕАН, фітотерапії (схема призначення – див. вище)

Кесарів розтин

До впровадження сучасних методів ведення лактації операція кесарського розтину вважалася надзвичайно високим чинником ризику прущень лактаційної функції у породіль [29,30,31]. За даними літератури недостатня секреція молока у породіль після операції кесарів розтин пов'язана з підвищеною кровотратою, великому напруженню пристосувальних реакцій для підтримання гомеостазу, низьким рівнем пролактину у крові в період лактогенезу та іншими (30,31). В той же час, традиційне ведення лактації у цих породіль передбачало пізніше прикладання дитини до грудей (на 2-3 добу) тільки після переведу породіллі з палати інтенсивної терапії (дитина в цей час годувалась з пляшечки з соскою). При цьому регулярне зціджування грудного молока для підтримання лактації в перші години і дні після операції, як правило, не проводилось. Спільне перебування матері і дитини починалося пізно (4-6 доба), дитина годувалась за погодинним розкладом.

Якщо враховувати механізми запуску і становлення лактації (див. розділ 4.), стає зрозумілим, що традиційні підходи до її ведення у жінок після операції кесарів

розтин і складають фізіологічну основу порушень лактаційної функції у цієї категорії породіль.

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 (заходи – дивись лактація при акушерській та екстрагенітальній патології) ;
- планове чи екстрене виконання операції. При плановій операції питання особливостей ведення лактації обговорюються з вагітною зарані, підготувавши 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 (положення при годуванні у жінок після операції – див. розділ 6.).

Треба також підкреслити, що здорова дитина не потребує в ці перші 4-6 годин їжі, тому ні в якому разі не можна давати їй долактаційне годування сумішшю (дивись розділ 7- вище).

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 ПТТі. Спільне перебування з дитиною при поліпшенні її стану.

При всіх ускладненнях з боку матері, розродженої шляхом операції кесарів розтин, (дивись ведення лактації при акушерській та екстрагенітальній патології), які є тимчасовим протипоказанням для прикладення 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 (30,31) (продукти лікувального харчування – Полісол, Фемілак-2, фізметоди – ЦЕАН, фітозбори, окситоцин, метоклопрамід, Лактоцен) (схеми призначення – див. вище).

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 породіль (19).

Серцево-судинні захворювання

Вагітні жінки з вродженими і набутими вадами серця, захворюваннями міокарду, гіпертонічною хворобою, особливо з проявами сецевої недостатності являють собою групу високого ризику по розвитку як акушерських ускладнень, так і порушень лактації, сновною патогенетичною ланкою яких є хронічна гіпоксія материнського організму (25,32,33). В той же час, новонароджені матерів з цією патологією в зв'язку з

функціональною і фізичною незрілістю мають особливу потребу в годуванні материнським молоком. Саме тому зберігання і підтримання лактації у цієї категорії породіль потребує особливої уваги і підготовки медичного персоналу (лікарів-терапевтів, акушерів та середньої ланки) і застосування комплексу сучасних організаційних підходів (див. Розділи 7 вище, 10) та медикаментозних і немедикаментозних методів стимуляції лактації (дивись вище).

Захворювання нирок

За винятком дуже важких форм захворювання нирок в стадії вираженої декомпенсації (дивись розділ 11) ниркова патологія, в тому числі і запальна, яка найчастіше зустрічається під час вагітності та після пологів і потребує протизапальної терапії, не являє собою значну перешкоду для грудного вигодовування.

Ведення лактації у таких хворих потребує врахування медикаментозної терапії, її вплив на новонародженого (дивись розділ 14.). В зв'язку з наявністю досить великого арсеналу медикаментів є реальна можливість вибору протизапальних препаратів з урахуванням їх дії на дитину і збереження лактації у цієї категорії хворих породіль.

Захворювання щитовидної залози

Гіпотіреоз. Головною умовою для настання вагітності, її виношування і закінчення у жінок з гіпотіреозом є досягнення при лікуванні еутіреоїдного стану. Тому замісна терапія гормонами щитовидної залози обов'язково проводиться у цієї категорії хворих до вагітності, під час вагітності і після пологів. За даними експериментальних досліджень гіпотіреоз супроводжується гіпопролактінемією (5), а клінічні спостереження свідчать про порушення лактаційної функції у жінок з гіпотіреозом (34). При досягненні стабільного еутіреоїдного стану у породіллі з гіпотіреозом, яка постійно отримує замісну терапію тиреоїдними гормонами, грудне вигодовування не протипоказано, а рівень лактації може бути достатнім для вигодовування дитини. Обов'язковим для жінок з цією патологією є постійне спостереження лікаря-ендокринолога, а також регулярне консультування дитини у цього спеціаліста.

У жінок з дифузним токсичним зобом успішне виношування, закінчення вагітності, а також грудне вигодовування, як правило, можливо при легкій формі

захворювання. При більш тяжких формах цієї патології, яка потребує застосування певних медикаментів (наприклад, мерказолілу) грудне вигодовування протипоказано [34].

Цукровий діабет

Частота цукрового діабету серед вагітних жінок за даними МОЗ України складає 0,11-0,13 %. Вагітні жінки, які хворіють на інсулінозалежний цукровий діабет (I типу) являють собою групу дуже високого перинатального ризику [29,30,31] і, безумовно, групу високого ризику з розвитку порушень лактаційної функції [5]. Недостатня секреція молока у цієї категорії жінок пов'язана з цілою низкою чинників: глибокими зрушеннями всіх видів обміну речовин, гормональним дисбалансом і в першу чергу інсуліновою недостатністю (інсулін є одним з гормонів лактогенного комплексу) [5], а головним чином – високим рівнем акушерських ускладнень, оперативних втручань і значних порушень стану плода, які можуть стати суттєвою перешкодою для становлення і розвитку достатньої лактації. Не дивлячись на це, захворювання вагітної жінки на цукровий діабет не виключає можливості грудного вигодовування її дитини. Дані літератури свідчать також і про відсутність суттєвих змін у складі молока породіль, хворих на діабет [5]. Головною умовою успішного перебігу і закінчення вагітності є досягнення і підтримання компенсації інсулінозалежного цукрового діабету [29,30]. Для збереження і підтримання лактації у цієї категорії хворих також потрібне забезпечення максимальної компенсації цукрового діабету.

Тактика ведення лактації і грудного вигодовування у породіль з цукровим діабетом представлена в таблиці 7.2.

Таблиця 7.2

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. Порушений 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 пліпшення 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	Заходи –дивись пункт 3.

кесарів розтин. Порушений стан новонародженого.	
6. Компенсований цукровий діабет.Дострокове розродження за станом плода.	Заходи – див.пункт 3.

Розділ 8. Підтримка лактації у матері і тривалого грудного вигодовування. Вигодовування дитини першого року життя .

Мета заняття:

Слухачі повинні:

- чітко уявляти особливості організації підтримки грудного вигодовування в дитячій поліклініці
- вміти діагностувати недостатню секрецію молока у матері і надати ефективну допомогу
- вміти налагодити успішне годування грудьми при відмові дитини від грудей та плачі, при ситуації, коли мати повернулась на роботу або навчання
- оволодіти методикою консультування матері, що годує, в дитячій поліклініці

Організація підтримки лактації в дитячій поліклініці

Дитяча поліклініка – це надзвичайно важливий етап роботи з підтримки грудного вигодовування, від організації якої в значному ступеню залежить успішність лактації в цілому .

Основні напрямки роботи по підтримці тривалої лактації в дитячій поліклініці:

- Для всього колективу – виконання сучасних принципів ведення лактації та грудного вигодовування;
- Дотримання правил маркетингу замінників грудного молока (див. розділ XV);
- Організація кабінетів підтримки лактації;

Для дільничних лікарів та медичних сестер –правильна тактика та вміння надати практичну допомогу при консультуванні матерів, що годують грудьми, з таких питань орієнтування на тривале грудне вигодовування під час первинного медичного відвідування після виписки з пологового будинку:

- режим годування дитини;
- недостатня кількість молока, лактаційні кризи
- плач дитини та допомога сім'ї, у якій дитина багато плаче;
- відмова дитини від грудей та допомога жінці в налагодженні лактації.
- режим та харчування матері, що годує грудьми

- організація грудного вигодовування у випадках, коли мати працює або навчається.

Виконання персоналом дитячої поліклініки принципів сучасного ведення лактації та грудного вигодовування.

Увесь вигляд і оформлення дитячої поліклініки повинні позитивно впливати на формування впевненості у батьків в необхідності тривалого грудного вигодовування немовлят.

В місцях, які відвідують батьки (вхід в поліклініку, коридори, кабінети дільничних лікарів, кабінет щеплень, кабінет здорової дитини та інш.), необхідно розмістити мальовничі та наглядні плакати, стенди, які б не тільки пропагували грудне вигодовування, а й показували недоліки та небезпеку застосування штучних молочних сумішей. Бажано забезпечувати годуючих матерів, особливо тих, які народжують вперше, науково-популярною літературою (брошури, пам'ятки).

Медичні працівники (лікарі, медичні сестри) при кожному спілкуванні з матір'ю, що годує грудьми, повинні приділяти досить уваги перевагам грудного вигодовування та допомагати у вирішенні питань та труднощів, які можуть виникнути у жінки.

Під час зважування дитини під час планового візиту до лікаря потрібно підкреслювати добру прибавку маси тіла при грудному вигодовуванні. Якщо прибавка маси тіла недостатня, потрібно з'ясувати її причину, в той же час, не хвилюючи и не насторожуючи жінку.

У зв'язку з цим необхідно відмітити, що ставлення до контрольного зважування, яке широко практикувалось в дитячих поліклініках та лікарнях для контролю за станом лактації у матері, в теперішній час неоднозначне. Наприклад, в Росії згідно Методичних рекомендацій 2000 р. .(Организация работы, 2000) контрольне зважування дитини (цілодобово !) і тепер вважається обов'язковим при підозрі на недостатню кількість молока у матері. Між тим, у відповідності з сучасними міжнародними рекомендаціями проведення контрольного зважування дитини (особливо в незвичному для матері та дитини місці – поліклініка, лікарня) не може бути об'єктивним показником стану лактації і не допомагає у вирішенні питань з її корекції. Більш того, контрольне зважування може

чинити різко виражену негативну дію на вразливу психіку годуючої жінки, концентруючи увагу жінки до конкретної кількості висмоктаного дитиною молока в кожне годування і закріплюючи негативні враження від годування грудьми, в результаті чого може відбутися швидке згасання лактації (Righard L., Alade M.O., 1992; Neifert M. et al., 1995; Victora CG et al., 1993).. Тому проведення контрольного зважування при підозрі на недостатню кількість молока у матері без суттєвої необхідності слід вважати недоцільним.

При лікуванні хворої дитини обов'язково слід нагадати матері, що грудне молоко – найкраща їжа під час хвороби дитини, яка сприяє її швидкому одужанню.

Під час проведення профілактичних щеплень потрібно нагадати матері, що грудне молоко попереджає інфекційні захворювання.

Важливо, щоб весь медичний персонал дитячої поліклініки дотримувався єдиних рекомендацій по вигодовуванню дитини для уникнення розбіжностей та суперечливих порад. У зв'язку з цим необхідно проведення в кожній дитячій поліклініці семінарів для педіатрів і середніх медичних працівників по засвоєнню сучасних методів ведення лактації та грудного вигодовування.

Орієнтовний перелік занять з медичним персоналом по сучасним принципам ведення лактації та грудного вигодовування:

1. Переваги грудного вигодовування. Недоліки та небезпека штучного вигодовування.
2. Будова молочної залози. Механізм вироблення і виведення молока.
3. Значення правильного прикладання дитини до грудей. Положення дитини біля грудей.
4. Допомога матері в прикладанні дитини до грудей.
5. Стан молочних залоз. Вірогідні проблеми та допомога матері.
6. Зціджування молока.
7. Причини плачу дитини.
8. Недостатня секреція молока та методи її підвищення, релактація.
9. Відмова дитини від грудей.
10. Підтримка лактації при роботі або навчанні матері.
11. Годування недоношених та хворих дітей.
12. Годування дітей 1-го року життя. Прикорм при грудному вигодовуванні. Відлучення від грудей.

Дотримання правил маркетингу заміників материнського молока.

У відповідності із Міжнародним кодексом правил маркетингу заміників грудного молока неприпустимою в дитячій поліклініці є будь-яка реклама або безкоштовне розповсюдження молочних сумішей для штучного вигодовування дітей. В поліклініці не може бути плакатів або стендів з рекламою дитячих сумішей для вигодовування дітей віком до 6 місяців, пляшечок, сосок. Персонал дитячої поліклініки не повинен носити медичні халати з логотипом фірм-виробників молочних сумішей; застосовувати банки з-під молочних сумішей для зберігання ручок, олівців; користуватися будь-якими предметами з логотипами фірм або їх продуктів –замінників грудного молока (ручки, бланки, календарі , брелоки, тощо).

Організація кабінетів підтримки лактації (КПЛ).

Для оптимізації роботи з підтримки лактації бажано організувати в дитячій поліклініці КПЛ, в якому повинен працювати досвідчений медичний працівник (лікар або медична сестра), який пройшов поглиблену підготовку з сучасних принципів ведення лактації та грудного вигодовування, є активним захисником та пропагандистом природного вигодовування.

До КПЛ матерів, що годують грудьми, на консультацію можуть направляти дільничні лікарі. Мати також повинна бути інформована про роботу цього кабінету для можливості звернутись до кабінету самостійно.

Робота в КПЛ повинна включати як індивідуальний прийом матерів для вирішення конкретних питань з грудного вигодовування, так і проведення групових занять-бесід з матерями-годувальницями.

Важливим є дотримання принципу доброзичливості. При спілкуванні з матерями, які годують грудьми, працівник КПЛ повинен вміти показати свою зацікавленість в їх проблемах, заспокоїти матір, надати їй впевненість в успішному грудному годуванні та при необхідності – надати конкретну практичну допомогу.

КПЛ повинен також бути центром навчання медичного персоналу поліклініки з сучасних принципів ведення лактації та грудного вигодовування.

Первинне патронажне відвідування новонародженого після виписки з пологового стаціонару

Дільничний лікар обов'язково повинен приділити достатню увагу питанням грудного вигодовування під час першого візиту до сім'ї з новонародженою дитиною.

Основні моменти, яким потрібно приділити увагу:

1. Ставлення матері до грудного вигодовування. Потрібно нагадати їй про переваги грудного вигодовування, небезпеку та недоліки штучного вигодовування.
2. Під час бесіди з'ясувати, як відбувається годування дитини, і розпитати, чи є у жінки питання стосовно грудного годування.
3. Оглянути молочні залози жінки, звертаючи увагу на їх форму, наповнення, виділення молока, форму та стан сосків.
4. Спостерігати за грудним годуванням, впевнитись в правильному положенні дитини біля грудей матери або виправити неправильне її положення.
5. Переконати жінку в перевагах годування “за бажанням дитини”, не дотримуючись суворого режиму.
6. Зупинитись на питанні харчування жінки і при виявленні якихось недоліків допомогти жінці їх усунути.
7. Впевнитись у вмінні матері правильно зідждувати молоко.
8. Попередити жінку про відсутність необхідності в допоюванні дитини, а також введенні прикорму раніше 4-6 місяців.
9. Навчити жінку методам збільшення секреції молока на випадок виникнення “лактаційного” або “голодного” кризу.
10. Проінформувати жінку про метод лактаційної аменореї, як ефективний природний метод попередження вагітності.

Режим годування дитини.

В домашніх умовах, як і пологовому будинку, потрібно рекомендувати матері додержуватись вільного режиму “за бажанням дитини”. Додержання такого режиму з більш частим грудним годуванням, в тому числі в нічні години, що забезпечує циклічність випорожнення молочних залоз і стимулює вироблення пролактину, є одним із важливих факторів стимулювання і правильного формування лактації в перші тижні та місяці після пологів.

В період становлення лактації частота годування грудьми матері може досягати 8-12 разів на добу. Але вже до кінця періоду новонародженості, коли у матері встановлюється достатня лактація, а дитина спроможна в кожне годування висмоктувати необхідну кількість молока, у неї встановлюється свій власний індивідуальний режим годування - 6-7 разів на добу, тобто через 3-3,5 години.

В нормі кількість грудного молока у матері збільшується у відповідності із збільшенням потреби дитини в молоці. Максимальна кількість грудного молока виділяється між 10-20 тижнями після пологів.

Якщо мати скаржитися на надмірну кількість годувань, при консультуванні треба з'ясувати причину цього і надати матері практичну допомогу.

Між тим, потрібно переконати жінку, що зайве прикладання до грудей ні в якій мірі не зашкодить дитині, оскільки біля материнських грудей вона не тільки вгамовує свій голод, а й заспокоюється і отримує моральну насолоду та почуття захищеності, що особливо важливо при неспокої дитини у зв'язку із кишковими коліками, змінами в оточенні та іншими ситуаціями, які засмучують дитину.

Тривалість кожного годування – цілком індивідуальний показник. В середньому одне годування триває 15 – 30 хвилин, при цьому за перші 5-7 хвилин дитина висмоктує приблизно 80 % молока, а протягом іншого часу – досмоктує його та отримує задоволення від ссання. Якщо тривалість годування занадто мала (до 5 хвилин) або надмірна (більше 30 хвилин), це свідчить про порушення в процесі годування, які потребують з'ясування їх характеру та допомоги з боку медичного працівника.

Недостатня секреція молока, збільшення лактації, релактація

Недостатня секреція молока – одна з основних причин переводу дитини на штучне вигодовування. Тому важливим є вміння медичного працівника правильно оцінити лактаційну функцію жінки і допомогти їй налагодити повноцінну лактацію.

Ситуація, коли дитина отримує недостатню кількість молока може виникнути на будь-якому етапі – в пологовому будинку в перші дні після народження дитини (особливо якщо нормальне становлення лактації було порушене з якихось причин – ускладнення пологів та післяпологового періоду, важкий стан новонародженого, тощо), а також на етапі дитячої поліклініки у разі виникнення лактаційного або голодного кризу.

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 (Freed GL et al., 1995)..

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 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.

Як і лактаційний криз, це явище також зворотнє і за умов правильної тактики молочні залози матері відповідають на підвищену потребу в молоці збільшенням його продукції.

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. Разом з тим, якщо мати не підготовлена до такої ситуації, то при перших ознаках зниження лактації вона (навіть без призначення лікаря-педіатра) спробує додати дитині докорм сумішами.

Для того, щоб допомогти жінці, яка звернулася із скаргою на недостатню кількість молока і голодування дитини, консультант, в першу чергу, повинен з'ясувати такі питання:

- дійсно дитині не вистачає материнського молока чи так здається матері;
- голодування дитини пов'язане з недостатнім надходженням молока дитині при нормальній лактації у матері чи із зниженням секреції молока у жінки, що годує.

ОЗНАКИ ТОГО, ЩО ДИТИНА ОТРИМУЄ НЕДОСТАТНЮ КІЛЬКІСТЬ ГРУДНОГО МОЛОКА

ДОСТОВІРНІ

• Недостатнє збільшення маси тіла • Виділення незначної кількості концентрованої сечі	Менше 500 г за 1 місяць Рідке сечовиділення (менше, ніж 6 разів на добу). Сеча інтенсивно жовтого кольору, з різким запахом
--	---

ВІРОГІДНІ ОЗНАКИ

Дитина не задоволена після годування грудьми
Дитина часто плаче
Дуже часті годування
Дуже тривалі годування грудьми
Дитина відмовляється від грудей
У дитина тугий, сухий або зелений стілець
У дитини рідкий стілець в невеликому об'ємі
При зціджуванні немає молока
Відсутнє відчуття прибування молока після пологів

• При виявленні консультантом вірогідних ознак, які можуть бути пов'язані не тільки з тим, що дитина отримує недостатню кількість молока, а і з іншими чинниками, потрібно шукати абсолютні ознаки недокорму дитини.

ПРИЧИНИ, ЗА ЯКИМИ ДИТИНА МОЖЕ ОТРИМУВАТИ НЕДОСТАТНЮ КІЛЬКІСТЬ МОЛОКА

Чинники, які пов'язані з технікою грудного вигодовування

- Неправильне прикладання до грудей;
- Відсутність нічного годування;
- Великі інтервали між годуваннями;
- Не досить тривалі годування грудьми;
- Пізній початок грудного годування;
- Застосування пустышок та пляшечок для догодовування;
- Введення прикорму.

Мати: психологічні чинники

- Фізична втома;
- Недостатня впевненість;
- Хвилювання, стресова ситуація;
- Негативне відношення до грудного вигодовування;
- Негативне відношення до дитини.

Мати: стан

- екстрагенітальна патологія
- застосування контрацептивних засобів, діуретиків;
- вагітність
- вживання алкоголю, наркотиків, паління;
- голодування;
- затримка часточки плаценти (рідко);
- недостатній розвиток молочних залоз (дуже рідко)

Дитина: стан

- хвороба
- аномалія розвитку

В залежності від результатів консультування медичний працівник повинен вирішити, яку саме допомогу потребує жінка в даній конкретній ситуації.

Надання допомоги може відбуватися за наступними напрямками:

- **Допомога матері, яка вважає, що у неї недостатньо молока;**
- **Допомога матері, дитина якої отримує мало молока при нормальній його секреції;**
- **Допомога матері при зниженій секреції молока.**

Допомога матері, яка вважає, що у неї недостатньо молока

1. З'ясувати причину хибної думки матері про недостатню кількість молока

- З'ясувати відношення жінки, її чоловіка та інших членів сім'ї до грудного вигодовування;
- Оцінити фізичний розвиток дитини, стан її здоров'я;
- Оглянути молочні залози матері, оскільки невеликий розмір грудей може бути причиною недостатньої впевненості;
- Оцінити грудне годування.

2. Формувати впевненість та надавати допомогу

- Прийняти нейтральним чином думку матері, не висловлюючи критики і не погоджуючись з нею;
- Похвалити за все те, що мати робить правильно (за те, що годує грудьми; за те, що правильно прикладає дитину до грудей; за те, що годує дитину за її потребою, тощо; похвалити дитину за те, що добре розвивається на грудному вигодовуванні);
- Надати практичну допомогу, якщо в цьому є потреба;
- Дати доцільну інформацію про грудне вигодовування і особливості поведінки дитини;
- Запевнити жінку у її спроможності успішно годувати дитину грудьми (у некритичній формі);
- Якщо думка матері про недостатню кількість молока пов'язана з іншими причинами (дитина багато плаче, дитина відмовляється від грудей та інші) пояснити матері, як вона може їх усунути;
- Якщо в цьому є потреба, запросити для бесіди інших членів сім'ї.

Допомога матері, дитина якої отримує мало молока при нормальній його секреції

1. З'ясувати причину, з якої дитина отримує мало молока при нормальному об'ємі лактації у матері

- З'ясувати відношення жінки до грудного вигодовування;
- Оцінити фізичний розвиток дитини, стан її здоров'я;
- Оцінити настрій та емоційний стан матері, стан її здоров'я, оглянути молочні залози;
- З'ясувати режим та техніку годування дитини;
- Спостерігати грудне годування та оцінити його;
- Запитати про допоювання дитини, прикорм, застосування штучних імітаторів соска – пляшечки з сосками, соски-пустушки.

2. Формувати впевненість та надавати допомогу

- Прийняти нейтральним чином думку матері, не висловлюючи критики і не погоджуючись з нею;
- Похвалити за все те, що мати робить правильно (наприклад, за те, що годує грудьми; за те, що правильно прикладає дитину до грудей; за те, що годує дитину за її потребою, тощо);
- Запевнити жінку у її спроможності успішно годувати дитину грудьми (в некритичній формі);
- При необхідності – запросити для бесіди інших членів сім'ї;
- В залежності від причини дати доцільну інформацію та надати практичну допомогу :
 - при неправильній техніці годування та неефективному смоктанні – в доступній формі пояснити механізм смоктання, навчити мати правильно прикладати дитину до грудей та впевнитися, що вона може самостійно зробити все правильно;
 - якщо мати дає дитині смоктати обидві молочні залози в кожне годування (може скластися ситуація, що дитина буде голодною, оскільки отримує недостатню кількість “жирного” заднього молока) – дати інформацію про склад грудного молока, запропонувати змінити техніку годувань дитини;
 - при великих інтервалах між годуваннями, відсутності нічних годувань, недостатній тривалості годування – пояснити, яким повинні бути режим годування дитини, частота та тривалість годувань;

- при утрудненні виділення молока – пояснити механізм виділення молока, навчити жінку стимулювати рефлекс окситоцину, навчити чоловіка або інших членів сім'ї прийомам масажу;

- при зниженні активності смоктання дитини в зв'язку із допоюванням або введенням прикорму - переконати в недоцільності допоювання дитини, обговорити необхідність прикорму, при застосуванні пляшечок з сосками або сосок-пустушок – пояснити шкідливість від їх застосування та навчити користуватись альтернативними методами догодовування дитини;

- при захворюванні дитини – підкреслити важливе значення грудного молока для одужання дитини, ознайомити з правилами грудного вигодовування хворих дітей, навчити користуватись альтернативними методами догодовування дитини (чашечка, ложка, піпетка);

- при відмові дитини від грудей – см. Розділ “Відмова дитини від грудей”.

ДОПОМОГА МАТЕРІ ПРИ ЗНИЖЕННІ СЕКРЕЦІЇ МОЛОКА

1. З'ясувати причину зниження секреції молока у матері

- Оцінити фізичний та емоційний стан матері, стан її здоров'я, оглянути молочні залози; вживання медикаментів, контрацептивних препаратів; шкідливі звички;
- З'ясувати відношення жінки та членів її сім'ї до грудного вигодовування; підтримка з боку сім'ї по продовженню грудного вигодовування;
- З'ясувати, чи отримує жінка допомогу членів сім'ї у веденні господарства та у догляді за дитиною, режим та харчування жінки.
- Оцінити фізичний розвиток дитини, стан її здоров'я;
- З'ясувати режим та техніку годування дитини (частота та тривалість годувань, нічні годування, тощо)
- Спостерігати грудне годування та оцінити його;
- Запитати про допоювання дитини, прикорм, застосування штучних імітаторів соска – пляшечки з сосками, соски-пустушки.

2. Формувати впевненість та надавати допомогу

- Прийняти нейтральним чином думку матері, не висловлюючи критики і не погоджуючись з нею;
- Похвалити за все те, що мати робить правильно;

- *Запевнити жінку у її спроможності підвищити лактацію та успішно годувати дитину грудьми (в некритичній формі);*
- *При необхідності – запросити для бесіди інших членів сім'ї;*
- *В залежності від причини дати доцільну інформацію та надати практичну допомогу:*

- при перевтомі жінки – обговорити з нею можливість нормалізувати режим (при необхідності залучати до бесіди інших членів сім'ї);

- при стресових ситуаціях – надати моральну підтримку та заспокоїти;

- при негативному відношенні чоловіка та інших членів сім'ї до грудного вигодовування – провести з ними бесіду;

- при захворюванні жінки – надати моральну підтримку та лікувати її;

- при порушенні режиму або техніки грудного годування – обговорити з жінкою оптимальний режим годування конкретно для даної дитини і даної сім'ї, пояснити механізм смоктання, навчити правильно прикладати дитину до грудей та впевнитися, що вона може самостійно зробити все правильно;

- при зниженні активності смоктання дитини в зв'язку із допоюванням або введенням прикорму – переконати в недоцільності допоювання дитини, обговорити необхідність прикорму, при застосуванні пляшечок з сосками або сосок-пустушок – пояснити шкідливість від їх застосування та навчити користуватись альтернативними методами догодовування дитини;

- *при “голодному” кризі – пояснити особливості росту дитина протягом 1-го року життя та запропонувати тимчасово збільшити частоту годувань та практикувати зціджування молока після годування дитини.*

Рекомендувати до виконання наступні заходи для відновлення лактації –

1. Відпочити не менше 48 годин (ніякої важкої роботи, домашніх прибирань, прання, приготування їжі, прийому відвідувачів);
2. Тимчасово збільшити частоту годувань до 10 – 12 разів на добу (якщо дитина дуже спокійна і витримує інтервали між годуваннями 3-3,5 години, навіть, при голодуванні – будити її пропонувати груди кожні 2-2,5 години);
3. Під час кожного годування давати обидві груди;
4. Тимчасово ввести нічні годування для стимуляції вироблення пролактину;
5. Зціджувати молоко після кожного годування;
6. Практикувати тісний контакт матері та дитини (для новонароджених безпосередньо шкіряний контакт) протягом 6-8 годин;
7. Використовувати методики розслаблення (масаж, аутотренінг, музико терапія) для покращення випорожнення молочних залоз;

8. При необхідності догодовування дитини не використовувати ніяких імітаторів материнського соска, застосовувати альтернативні засоби для догодовування (чашка, ложка, піпетка);
9. Застосування лактогонних продуктів харчування та фітозборів (відвари, настої та напої з трав та насіння – меліси, тисячолісника, кропу, тмину, анісу, фенхелю, грецьких горіхів, морквяний сік з молоком та інш.).

СОКИ, НАСТОЇ ТА НАПОЇ ДЛЯ ЗБІЛЬШЕННЯ ЛАКТАЦІЇ ДОМАШНЬОГО ПРИГОТУВАННЯ

1. Напій з меліси, кропиви, душиці

Трави змішують у рівному співвідношенні. Одну столову ложку суміші заливають 2 склянками окропу і настоюють у термосі 2 години. П'ють по 1/2 склянки 2-3 рази на добу.

2. Настій з насіння кропу

Одну столову ложку насіння кропу заливають склянкою окропу та настоюють у термосі 2 години. Проціджують, п'ють по 1-2 столові ложки 3-6 разів на добу (в залежності від переносимості).

3. Настій з анісу

2 чайні ложки насіння заливають склянкою окропу і настоюють 1 годину. Охолоджують і проціджують. П'ють по 2 столові ложки 3 рази на добу за півгодини до прийому їжі.

4. Напій з тмину

Для приготування 0,5 л напою беруть 10 г насіння тмину, 50 г цукру, сік 1/2 лимону середньої величини. Тмін заливають водою, варять на малому вогні 5-10 хвилин, проціджують, додають цукор та лимонний сік. П'ють по 1/2 склянки 2-3 рази на добу.

5. Горіхове молоко – ефективний засіб для збільшення секреції та покращення якості молока. Очищені горіхи подрібнюють з цукром до

тістоподібної консистенції, масу кладуть у кип'яче молоко, розмішують та настоюють протягом 2-х годин.

Для приготування однієї порції напою необхідно 0,5 л молока, 100 г очищених горіхів, 25 г цукру.

Приймають по 1/3 склянки за 20 хвилин до кожного годування грудьми.

6. Сік морквяний

Свіжоприготовлений сік п'ють по півсклянки 2-3 рази на добу. Для покращення смакових якостей у морквяний сік можна додавати молоко, мед, фруктовো-ягідні соки (1-2 столові ложки на 1 склянку соку).

7. Молочний коктейль з морквяним соком

125 мл. молока (просто кваші чи йогурту), 60 мл. морквяного соку, 10 мл. лимонного соку та 15 г цукру. Збивають міксером безпосередньо перед споживанням і п'ють по 1 склянці 2-3 рази на добу. Увечері в коктейль можна додати замість лимонного соку 1-2 чайні ложки меду (для зняття нервової напруги та хорошого сну).

Іноді хороший результат дає призначення жінці медикаментозних вітамінних та загальноукріплюючих препаратів (апілак, полівітамінні-полімінеральні комплекси, нікотинова кислота, екстракт сухих дріжджів), а також фізіотерапевтичних процедур (УФО на молочні залози, ультразвук, масаж, голкорексфлексотерапія). Призначати їх можна в тих випадках, коли жінка знає про їх існування та вірить в ефективність. Але потрібно роз'яснити жінці, що не від використання медикаментів та фізіопроцедур, в першу чергу, залежить успішність відновлення лактації, а від ретельного дотримання режимних заходів по відновленню лактації.

Потрібно пояснити жінці, що надмірне вживання рідини не приводить до збільшення секреції молока, оскільки серед матерів існує думка, що цей засіб

допомагає підвищити лактацію. При надмірному вживанні рідини кількість молока може дійсно тимчасово збільшитись, але в ньому зменшується вміст нутрієнтів, при цьому збільшується навантаження на материнський організм, яке приводить до подальшого пригнічення лактації.

Особливу групу жінок, по відношенню до яких належить найбільш ретельно дотримуватись принципів підтримки лактації, становлять жінки групи високого ризику порушень лактації. До цієї групи відносяться жінки з екстрагенітальною та акушерською патологією, ускладненим перебігом пологів та післяпологового періоду, відсроченим початком грудного вигодовування, порушенням стану та захворюваннями дитини в ранньому неонатальному періоді. Для цієї когорти годувальниць дуже важливим є профілактика раннього згасання лактації. Психологічна підтримка повинна бути спрямована на формування сильної стійкої домінанти грудного вигодовування дитини, до підтримки жінки та допомоги їй потрібно залучати всіх членів її сім'ї, заздалегіть навчити методам підвищення лактації.

У випадках, коли є необхідність догодовувати дитину, дуже доречно навчити жінку користуватись **методом догодовування**, яке дає змогу нагодувати дитину і стимулювати секрецію молока у матері. Особливо важливо застосовувати його у випадках, коли дитина відмовляється ссати порожні груди.

Метод полягає у застосуванні назогастрального зонду. Його треба розташувати уздовж молочної залози таким чином, щоб кінець зонду знаходився біля соска. Інший кінець зонду занурюють в ємність, у якій знаходиться зціджене грудне молоко або молочна суміш.

Коли дитина захоплює молочну залозу і починає смоктати, молоко за рахунок від'ємного тиску починає потрапляти до рота дитини.

Швидкість витікання залежить від рівня, на якому знаходиться ємність з молоком (якщо її розташувати нижче, молоко буде витікати повільніше; якщо вище – молоко витікає швидше). Швидкість витікання потрібно відрегулювати таким чином, щоб дитина отримувала необхідну кількість молока за 20-25 хвилин. Це буде хорошим стимулом для підвищення секреції молока.

Малюнок 8.1. Застосування назогастрального зонду для

догодовування дитини

Час, який потрібен для відновлення зменшеної лактації, залежить від багатьох чинників, таких як

- Бажання матері годувати дитину своїм молоком;
- Підтримка і допомога чоловіка та членів сім'ї;
- Вік дитини (чим вона менша, тим легше відновлюється лактація);
- Активність дитини при смоктанні;
- Час, який пройшов від початку згасання лактації;
- Ретельність виконання жінкою заходів по підвищенню лактації.

Зазвичайно для нормалізації лактації потрібно 3-7 днів.

Релактація – відновлення повністю згаслої лактації. Така ситуація може скластися, наприклад, при тимчасовому розлученні матері і дитини у зв'язку з її від'їздом, під час якого вона не підтримувала лактацію, або з якихось інших причин. В літературі відомі факти про початок лактації та грудне вигодовування усиновленої дитини.

Треба пам'ятати, що процес релактації - більш тривалий та складний, ніж підвищення згасаючої лактації. Але при сильній мотивації з боку жінки та хорошій підтримці з боку сім'ї та медичних працівників він є цілком можливим.

Потрібно інформувати жінок, які з якихось причин втратили лактацію, про можливість її відновлення.

Плач дитини

Плач дитини – це єдина можливість її повідомити оточуючих про якийсь дискомфорт (голод, втома, брудні пелюшки, тощо). Якщо немовля плаче забагато, це може бути перешкодою для успішного грудного вигодовування через те, що батьки найчастіше зв'язують плач з голодуванням дитини і без вчасної правильної допомоги з боку медичного працівника не можуть розібратися в ситуації, починають догодовувати дитину, що веде до передчасного згасання лактації і штучного вигодовування дитини. Крім того, якщо немовля багато плаче, це може порушувати взаємозв'язок між матір'ю та дитиною, викликає психологічну напругу в сім'ї, внаслідок негативних емоцій у жінки, може сприяти зниженню у неї лактації.

Тому при звертанні із скаргою на надмірний плач дитини завданням консультанта є розібратися з причиною плачу та надати такій сім'ї кваліфіковану допомогу.

Причини, через які дитина може плакати

- Почуття голоду у зв'язку з швидким ростом або зменшенням об'єму лактації у матері;
- Дискомфортні відчуття (брудні пелюшки, жарко, холодно);
- Втома дитини у зв'язку із частими відвідуваннями, шумом в кімнаті, переїздом;
- Кишкові коліки;
- Харчування матері;
- Хвороба дитини;
- Надлишок грудного молока.

Як допомогти сім'ї з дитиною, яка багато плаче

- **Виявити причину плачу дитини**

- провести бесіду з матір'ю дитини, а при можливості і з іншими членами сім'ї, дізнатися про оточення дитини, умови догляду за нею, відношення членів родини до дитини;

- настрій матері, її самопочуття, особливості харчування прийом медикаментів;

- розпитати про поведінку дитини, характер плачу;

- оглянути дитину, визначити інтенсивність збільшення маси тіла;

- розпитати про годування дитини та оцінити годування грудьми.

• **Формувати впевненість та надати доречну допомогу**

- похвалити та заспокоїти жінку; відмічаючи все позитивне в її діях (годує дитину грудьми, звернулась до поліклініки по допомогу, хвилюється за здоров'я немовляти та інш.);

- дати інформацію та практичну допомогу, яка доречна до даної ситуації, в тому числі при необхідності допомогти нормалізувати режим годування дитини, налагодити техніку грудного вигодовування, оптимізувати харчування матері, при кишкових коліках - навчити способам їх зменшення, в тому числі способам тримати дитину при кишкових коліках (малюнок),

- при недостатній секреції молока і голодуванні дитини - навчити заходам по збільшенню лактації (див. Нижче), при виявленні захворювання дитини – лікувати основну патологію.

Малюнок 8.2

А) Утримувати дитину
на передпліччі

Б) Утримувати дитину
на колінах, злегка дитина у грудей
натискаючи на живіт

В) Батько тримає

Відмова від грудей

Звертання матері до дитячої поліклініки з приводу відмови дитини від грудей заслуговує серйозної уваги, оскільки, з одного боку, може бути проявом захворювання

дитини, а з іншого боку – без достатньої підтримки та кваліфікованої допомоги може призвести до припинення грудного вигодовування.

ПРИЧИНИ ВІДМОВИ ДИТИНИ ВІД ГРУДЕЙ

Хвороба, біль або дія седативних медикаментів	Гостре інфекційне (респіраторне або кишкове) захворювання Черепно-мозкова травма (тиск на місце травми) Молочниця Прорізування зубів Застосування седативних препаратів (в тому числі прийом медикаментів матір'ю)
Утруднення, які пов'язані з порушенням техніки грудного годування	Неправильне прикладання дитини до грудей Годування з пляшечки, в т.ч. до лактаційне годування Нагрубання молочних залоз Тиск на голову ззаду під час прикладання до грудей Неправильна підтримка грудей під час годування (пережимання молочних синусів) Обмеження частоти годувань (великі інтервали між годуваннями) Надлишок молока в молочних залозах Труднощі, які пов'язані з координацією ссання
Зміни, які можуть засмучувати дитину (особливо у віці 3-12 місяців)	Розлука з матір'ю Нова особа або багато осіб, які доглядають за дитиною Зміни в сімейному оточенні Мати хвора У матері менструація Зміна запаху тіла матері

	Зміна запаху материнського молока
Відмова, що здається	Новонароджений – “прицілюється” Дитина у віці 4-8 місяців – відвертається увага Після 1 року життя – відлучення від грудей

ДОПОМОГА МАТЕРІ ПРИ ВІДМОВІ ДИТИНИ ВІД ГРУДЕЙ

1. При можливості усунути причину
2. Допомогти матері та дитині налагодити годування та отримувати від нього задоволення

1. Усунути або лікувати причину, якщо можливо

Хвороба

Лікувати основне захворювання

Прикладати до грудей частіше, в тому числі вночі

Запропонуйте протягом декількох днів годувати дитину частіше і зменшити тривалість кожного годування

Якщо дитина не може смоктати, допомогти матері зціджувати молоко та годувати дитину з чашечки або через зонд до того часу, поки вона знову не зможе ссати

Біль

При черепно-мозковій травмі – допомогти матері знайти такий спосіб тримати дитину, щоб не натискати на місце травми

При прорізуванні зубів – переконати матір бути терплячою та продовжувати пропонувати дитині грудне годування

Запропонуйте протягом декількох днів годувати дитину частіше і зменшити тривалість кожного годування

Дія седативних препаратів

Якщо мати або дитина потребує тривалого прийому седативних препаратів, спробувати знайти альтернативу

Порушення техніки грудного вигодовування

Під час бесіди з матір'ю та спостереження за грудним годування виявити помилки в проведенні годування дитини та допомогти їх усунути

Надлишок молока в молочних залозах

Може бути результатом неефективного ссання грудей дитиною, в результаті чого дитина годується частіше і довше, ніж в цьому є потреба, і відбувається підвищена стимуляція лактації

Спостерігається також у випадках, коли мати пропонує дитині обидві молочні залози в кожне годування без необхідності для цього

Для усунення надлишку молока потрібно:

- допомогти матері покращити положення дитини;
- запропонувати їй годувати дитину із однієї молочної залози, не обмежуючи тривалість кожного годування. Наступне годування проводити іншою молочною залозою;
- в деяких випадках допомагає зціджування невеликої кількості молока перед прикладанням дитини;
- іноді допомагає годування в положенні на спині (якщо молоко надходить знизу догори, воно виділяється більш повільно).

Труднощі, які пов'язані з порушенням координації смктання

Можуть спостерігатись в ранньому неонатальному періоді, як адаптація дитини до грудного годування.

В деяких випадках є проявом захворювання (перинатальне ураження ЦНС)

Потрібно переконати матір бути терплячою та продовжувати пропонувати дитині грудне годування, а в разі виявлення захворювання, лікувати дитину

Зміни, які можуть засмучувати дитину

Обговорити з матір'ю та іншими членами сім'ї можливість зменшення розлуки дитини з матір'ю та уникати змін в оточенні, якщо це можливо

Запропонувати матері користуватись милом, до запаху якого звикла дитина, не застосовувати незвичні парфуми, особливо з різким запахом, та не застосовувати в їжу продукти, які можуть впливати на запах молока

Відмова, що здається

“Прицілювання” новонародженого – роз’яснити матері, що таке явище цілком нормальне. Вона повинна тримати дитину біля грудей дати їй змогу обстежувати соски. Якщо в цьому є необхідність, допомогти матері покращити положення дитини біля грудей.

Відвертається увага дитини 3-8 місяців – запропонувати деякий час годувати дитину в більш спокійному місці.

Дитина віком більше 12 місяців відлучається від грудей –

- впевнитись, що дитина отримує повноцінне харчування;
- запропонувати матері приділяти дитині достатню увагу будь-яким іншим способом;
- зберегти 1-2 годування грудьми (переважно в нічний час) до 2-річного віку).

2. Допомогти матері та дитині налагодити годування та отримувати від нього задоволення

Допомогти матері виконувати наступні рекомендації:

• Постійно знаходитися поряд з дитиною

- переважно самій доглядати свою дитину;
- не тільки під час годування грудьми, а й в любий інший зручний час, тримати її на руках (для дітей перших місяців – тісний шкіряний контакт);
- залучити інших членів родини до виконання інших сімейних обов’язків (приготування їжі, прання, прибирання, догляд за старшими дітьми та інш.);
- якщо мати вийшла на роботу, взяти тимчасову відпустку.

• Годувати дитину грудьми, коли вона тільки цього забажає

- мати повинна надавати можливість дитині ссати груди якомога

частіше, відразу коли помітить її зацікавленість. Деякі діти в такій ситуації активніше ссуть груди після годування з чашечки, а не тоді, коли вони дуже голодні;

- можна спробувати годування в різних позиціях;
- якщо мати відчуває, що у неї спрацьовує окситоциновий рефлекс, вона також повинна запропонувати дитині груди.

• *Допомогти дитині взяти груди наступним чином*

- зцідити невелику кількість молока в ротик дитини;
- застосовувати вільне сповивання;
- зручно розмістити дитину біля грудей і надати їй можливість обстежити груди матері;
- уникати тиску на голову дитини ззаду і неправильної підтримки молочної залози;
- здійснити правильне прикладання дитини до грудей, щоб забезпечити ефективне сосання молока.

• *При необхідності – годувати дитину з чашечки в проміжках між грудними годуваннями*

- зціджувати грудне молоко і давати його дитині з чашечки або ложечки. При відсутності достатньої кількості материнського молока давати молочну суміш також з чашечки або ложечки;
- слід уникати використання пляшечок з сосками для догодовування дитини, а також застосування штучних заспокоюючих засобів (соски-пустушки).

Робота і навчання жінки та грудне вигодовування

Вихід жінки на роботу або її навчання можуть бути причиною припинення грудного вигодовування та переводу дитина на штучне вигодовування, оскільки серед багатьох матерів існує думка, що підтримувати лактацію та продовжувати годувати немовля своїм молоком дуже важко.

Тому в дитячій поліклініці особлива увага повинна бути звернена на підтримку та надання своєчасної кваліфікованої допомоги матерям, що годують, які навчаються або повинні приступити до роботи поза домом.

Кожен раз під час спілкування з жінкою (при первинному патронажному відвідуванні після виписки з пологового будинку, при відвідуваннях нею поліклініки) треба проводити бесіду про переваги грудного вигодовування та небезпеку штучного годування, морально її підтримувати та заохочувати до продовження грудного вигодовування, похвалити дитину, яка добре розвивається та не хворіє завдяки материнському молоку.

Медичний працівник повинен ознайомити жінку, яка навчається або повинна вийти на роботу, з такими прийомами, які допоможуть їй зберегти лактацію та природне вигодовування:

- *Виключно грудне, досить часто годування дитини протягом перших місяців життя.*

Важливим є дотримання таких режимних моментів, як часте годування дитини за її потребою, нічні годування, правильне прикладання до грудей, яке забезпечує ефективне смоктання, тісний контакт матері та дитини протягом 6-8 годин на добу, відсутність догодовування, особливо з пляшечки з соскою, раціональне харчування жінки, достатній сон та перебування на свіжому повітрі. Всі ці фактори, особливо в перші 2 місяці після народження дитини, сприяють нормальному становленню лактаційної функції та ініціюють тривалу лактацію.

- *Не вводити інші продукти харчування без реальної необхідності. Жінка не повинна привчати дитину до молочної суміші тільки тому, що через якийсь час вона повинна вийти на роботу. Зазвичай при достатній лактації мати може зцідити*

достатню кількість молока, щоб забезпечити дитину на час своєї відсутності. Якщо передбачається, що материнського молока для дитини буде недостатньо, привчати її до молочної суміші потрібно не раніше, ніж за 1 тиждень до виходу на роботу або навчання.

- *Не застосовувати пляшечку з соскою для догодовування дитини.*

Як правило, діти легко навчаються пити молоко з чашечки. Навчати немовля потрібно також приблизно за 1 тиждень до виходу на роботу або навчання.

- *Продовжувати годувати дитину грудьми вночі та влюбий інший час, коли мати знаходиться вдома.* Це буде сприяти підтримці лактації за рахунок стимуляції вироблення пролактину і надасть змогу дитину максимально користуватися перевагами грудного вигодовування. Деякі діти після виходу матері на роботу або при її навчанні пристосовуються таким чином, що більш активно смокчуть груди вночі і під час нічних годувань отримують основну кількість молока.

- *Якщо робота або навчання проходить недалеко від місця проживання або є умови для відвідування дитини протягом дня, мати повинна так розпланувати свій час, щоб максимальну кількість разів годувати дитину грудьми.*

- *Якщо режим роботи або навчання не дозволяє жінці відвідувати дитину протягом дня, вона повинна навчитися правильно та швидко зціджувати грудне молоко.* Медичний працівник під час консультування повинен перевірити вміння жінки зціджувати молоко, при необхідності – навчити її цьому і впевнитися в правильності техніки зціджування.

- *Перед виходом на роботу або на заняття зціджувати молоко для годування дитини під час відсутності матері.* Багато матерів привчаються зціджувати молоко в достатній кількості (400-500 мл.), що повністю задовольняє денну потребу дитини (див. Розділ Зціджування грудного молока).

- *Після зціджування молока погодувати дитину грудьми.* Ссання – більш ефективний спосіб виділення молока із грудей по відношенню до зціджування. Тому після зціджування потрібно погодувати дитину. Як правило, при цьому вона спроможна висмоктувати із грудей ще достатню кількість молока, тобто втамовує голод, і паралельно це є додатковою стимуляцією лактації.

- *Навчити особу, яка буде доглядати немовля під час відсутності матері, користуватися чашечкою або ложечкою для його годування.*

Ні в якому випадку не користуватись пляшечкою з соскою, що веде до швидкої відмови дитини від грудей.

Допомогти матері визначити об'єм зцідженого грудного молока або молочної суміші, необхідний на одне годування.

- *При можливості під час роботи або занять зціджувати молоко із грудей кожні 3 години.* Це гарний спосіб запобігання швидкому згасанню лактації. Періодичне зціджування молока від час роботи або занять дозволяє також зменшити неприємні відчуття від переповнених молочних залоз і запобігає лактореї. Якщо є така можливість, зціджене молоко можна зберігати для подальшого годування дитини. Через те, що поза домом складно зціджувати молоко та зберігати його із дотриманням всіх гігієнічних умов, таке молоко можна застосовувати після термічної обробки (пастерізації).

КОНСУЛЬТУВАННЯ В ДИТЯЧІЙ ПОЛІКЛІНІЦІ

(практичне заняття)

Мета заняття – навчитися складати історію грудного вигодовування, яка допоможе виявити труднощі при годуванні грудьми, та надавати допомогу годуючим матерям в різних ситуаціях.

Заняття повинно проводитись на базі дитячого лікувально-профілактичного закладу (дитячої поліклініки).

План проведення заняття:

1. Знайомство з організацією підтримки лактації та тривалого грудного вигодовування в даному медичному закладі.
2. Основні правила консультування матерів, що годують грудьми. Ознайомлення з формою історія грудного вигодовування” .
3. Індивідуальне консультування матерів та їх дітей з питань грудного вигодовування.
4. Обговорення результатів практичного заняття.

Заняття проводиться в невеликих групах – по 8-10 слухачів.

Перед проведенням консультування слухачі повинні повторити основні правила спілкування медичного працівника з пацієнтом, від дотримання яких багато в чому залежить успішність консультування.

Основні принципи – це

- вміння СЛУХАТИ та ЗРОЗУМІТИ;
- вміння ПЕРЕКОНЛИВО, ДОБРОЗИЧЛИВО дати матері ДОРЕЧНУ ПОРАДУ, а при необхідності надати ПРАКТИЧНУ ДОПОМОГУ.

Для того, щоб між медичним працівником та пацієнткою склалися довірливі відносини, при консультуванні треба дотримуватись таких правил:

- *проводити бесіду насамоті в зручному затишному місці;*
- *розташуватися на одному рівні з пацієнткою;*
- *бесіду проводити спокійно, виділивши для неї достатньо часу;*
- *назвати себе та звертатись до матері та дитини за іменем;*
- *попросити мати розповісти про себе та дитину, як вона сама бажає (спочатку потрібно надати матері змогу розповісти все, що вона вважає важливим);*
- *ставити уточнюючі запитання, які допоможуть скласти історію грудного вигодовування (в кожній конкретній ситуації потрібно виявити, на яких питаннях потрібно зупинитись більш детально);*
- *опитувати жінку потрібно в доброзичливій не критичній формі;*
- *під час бесіди намагатися скласти уяву про настрій, емоційний стан та здоров'я матері;*
- *попросити дозволу ознайомитися з історією розвитку дитини та оглянути дитину.*

Для того, щоб поради консультанта були сприйняті матір'ю і консультування мало позитивний ефект, слід дотримуватись таких правил:

- *приймати все, що думає та відчуває мати, нейтральним чином (не показувати свою незгоду з матір'ю, не критикувати її);*

- *розпізнати та схвалити все, що мати і дитина роблять правильно;*

Іноді це дуже важко зробити, але потрібно вміти знайти щось позитивне в будь-якій ситуації (хоча б те, що мати звернулась до Вас за порадою).

- *надати практичну допомогу;*

Перед тим, як щось рекомендувати матері, бажано надати їй доцільну практичну допомогу (особливо, якщо жінка стомлена, відчувається дискомфорт, має проблеми із молочними залозами - нагрубання, лактостаз, тріщини сосків, тощо; і потребує допомоги в прикладанні дитини до грудей; отримала до того безліч порад)..

- *Дати невелику кількість доречної інформації;*

- важливо ознайомити жінку з тією інформацією, яка доречна в даній ситуації і може допомогти тепер, а не через декілька тижнів або місяців;

- потрібно давати невелику кількість (1-2 при кожному консультуванні) інформації, щоб жінка була в змозі її засвоїти;
- інформувати пацієнтку в доброзичливій не критичній формі.

- *при консультуванні користуватись простими термінами, які будуть зрозумілі жінкою;*

- *зробити одну-дві пропозиції (але не команди) для поліпшення практики грудного годування.*

Якщо під час консультування Ви виявили якісь помилки, які потрібно виправити для поліпшення грудного годування, пропозиції не можна робити в категоричній формі. Завдання консультанта полягає в інформуванні жінки, яким чином вона може поліпшити свою практику, залишаючи за жінкою право вибору.

Завдання наступного етапу заняття – ознайомити слухачів з формою історія грудного вигодовування ” та пояснити такі основні моменти:

1. форма допомагає організувати опитування матері таким чином, щоб не пропустити щось важливе. В ній перелічені основні пункти, які допоможуть в консультуванні. Після опитування за всіма пунктами, можливо, знадобиться задати додаткові питання по окремим розділам.
2. Питання згруповано в шість розділів –
 - перші два стосуються дитини та її харчування на момент консультування;
 - третій розділ – про перебіг вагітності и пологів;
 - четвертий розділ – про стан здоров'я матері, її відношення до грудного вигодовування та планування сім'ї;
 - п'ятий розділ – попередній досвід годування грудьми;
 - шостий розділ – про сім'ю жінки та її соціальний статус.
 - починати опитування потрібно з перших двох розділів, тому що вони найбільш важливі. Потім в залежності від ситуації продовжувати опитування по іншим розділам
 - При першому користуванні формою краще заповнити її повністю для кращого оволодіння навичкою консультування.

ФОРМА: ІСТОРІЯ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ

ПІБ матері

Ім'я дитини

Дата народження

Причина консультування

1. Годування дитини в даний час (задавати питання по всім пунктам)	Грудне вигодовування Як часто Тривалість кожного годування Найбільший проміжок часу між годуваннями Годування з однієї молочної залози або з двох Прикорм (і допоювання водою) Який вид прикорму Коли почали давати Яку кількість Як дають прикорм (з пляшечки, чашки і т.д.)	Вдень Вночі Заспокоювачі (соска-пустушка) Так / ні
2. Стан та поведінка дитини (задавати питання по всім пунктам)	Маса при народженні Дитина доношена чи ні Частота сечовиділень (більше / менше 6 разів на добу) Стілець (м'який і жовтий; твердий або зелений; як часто) Поведінака під час годування (спокійний або ні; апетит, зригування) Як спить Захворювання	Маса на момент консультування Фізичний розвиток Об'єктивна оцінка стану
3. Вагітність, пологи годування в ранньому віці	Перебіг вагітності, захворювання Перебіг пологів Сумісне перебування матері та дитини (так / ні) Долактаційні годування (так / ні, що давали) Надання допомоги в грудному годуванні	Чи обговорювались питання грудного вигодовування Ранній контакт матері та дитини після пологів Коли дитину вперше приклали до грудей Як відбувались перші годування За яким режимом
4. Стан матері та планування сім'ї	Вік Стан здоров'я Метод планування сім'ї	Стан молочних залоз Відношення до грудного вигодовування Шкідливі звички Прийом медикаментів

5. Досвід попереднього годування грудьми	Кількість попередніх дітей Характер їх вигодовування	Тривалість грудного вигодовування Причини припинення грудного вигодовування Застосування пляшечок
6. Сім'я та соціальний статус	В шлюбі чи ні Економічне положення Відношення батька до грудного вигодовування Відношення інших членів сім'ї до грудного вигодовування	Допомога по нагляду за дитиною

Після ознайомлення з формою “Історія грудного вигодовування” слухачі повинні самостійно провести консультування матерів, що годують грудьми, скласти історію грудного вигодовування, запропонувати жінці доречну інформацію та поради, надати практичну допомогу для поліпшення грудного годування, якщо це необхідно.

Бажано надати можливість кожному слухачеві провести консультування годуючої матері. Є кращим, якщо слухачі будуть консультувати матерів та їх дітей, які прийшли до дитячої поліклініки у зв'язку з різними питаннями (планове обстеження немовляти, проблеми з грудним вигодовуванням, захворювання дитини, планове профілактичне щеплення, тощо).

Обговорення результатів консультування – важливий елемент даного практичного заняття, яке дозволить закріпити отримані на ньому знання та досвід.

Розділ 9. ГОДУВАННЯ ДИТИНИ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

ПРИКОРМ ПРИ ГРУДНОМУ ВИГОДОВУВАННІ

Мета заняття.

Слухачі повинні:

- переконатись у фізіологічній доцільності сучасних підходів до термінів і послідовності введення блюд прикормів (в порівнянні з традиційними рекомендаціями)
- засвоїти сучасні рекомендації з годування дитини першого року життя

З точки зору потреби дитини в енергії та поживних речовинах, фізіологічних темпах дозрівання моторної функції та ферментативних можливостей шлунково-кишкового тракту, особливостей обміну речовин, імунологічної безпеки **материнське молоко – це єдина їжа, яка необхідна дитині протягом перших 4-6 місяців, а введення в її раціон прикорму не є доцільним і навіть може нанести шкоду.**

Дитина перших місяців життя характеризується швидкими темпами росту і тому має підвищену потребу в енергетичному та пластичному матеріалі. З іншого боку, система травлення та нирково-видільна система у неї розвинуті неповністю, в результаті чого максимально припустиме загальне та специфічне навантаження нутрієнтами та водою у новонароджених та немовлят перших місяців життя досить обмежена. Спроможність нирок концентрувати сечу в цьому віковому періоді обмежена, тому їжа повинна бути з підвищеним вмістом води.

Вікові особливості функціонування системи травлення у дітей першого року життя вже давно вивчені, але тільки в останні роки прийшло розуміння педіатрами ролі цих особливостей у визначенні оптимальних термінів введення в раціон харчування окремих видів прикорму.

Засвоєння жирів. На відміну від дорослого організму, аліментарні жири – це основне джерело енергії для дітей перших місяців життя. Між тим, у доношених і, особливо

недоношених, дітей функції підшлункової залози та печінки розвинуті не повністю, а концентрація панкреатичної ліпази та солей жовчи досить низьки (Zoppl G. et al., 1972; Poley J.R/ et al., 1964). Тому грудне молоко, яке містить в своєму складі ферменти та ензими для розщеплення та утілізації жирів (Hall B.G., Muller D.P.R., 1982), є найбільш придатним для годування немовлят перших місяців життя. Якщо до раціону в цьому віковому періоді входять жири іншого походження, вони засвоюються з перенапруженням власних ферментних можливостей дитини і в далеко неповному обсязі. Крім того, занадто раннє введення в раціон додаткових вуглеводів в складі фруктових соків та пюре збільшує їх квоту в енергетичному обміні і може сприяти порушенню обміну речовин малюка.

Засвоєння білків. В неонатальному періоді виділення шлунком соляної кислоти і активність пепсину та протеолітичних ферментів тонкої кишки дещо знижені по відношенню до більш дорослого організму і поступово зростають протягом 4-5 місяців, спроможність розщиплювати та засвоювати казеїн в першому півріччі життя досить низька (Hadorn B., 1981).

Тому потрібно уникати надмірного навантаження раціону дитини (особливо в перші місяці життя) білками, в першу чергу – казеїном, оскільки це викликає перевантаження системи травлення і може призвести до кислотного дисбалансу та метаболічного ацидозу.

Деяке зниження активності протеолітичних ферментів протягом перших місяців життя має своє фізіологічне значення. Завдяки цьому, а також підвищеній проникності слизової оболонки кишечника до 3-4 місяців (Walker W.A., 1972), частина білків грудного молока (в тому числі секреторні імуноглобуліни) потрапляє в систему кровообігу в незмінному вигляді. Цим пояснюється біологічна, і в першу чергу, імунологічна, роль грудного молока. Якщо протягом перших 3-4 місяців життя до шлунково-кишкового тракту дитини потрапляють чужеродні білки, вони також частково проникають в систему кровообігу в незмінному вигляді, що стає причиною виникнення алергічних реакцій на передчасне введення прикорму.

Засвоєння вуглеводів. Активність дисахаридаз з періоду новонародженості досить велика і відповідає рівню у дорослої людини. Тому перетравлення та засвоєння лактози у немовлят перших місяців життя, як правило, не має труднощів. В той же час, активність амілази після народження становить, навіть у доношених дітей, не більше 10 % від рівня у дорослої людини і тільки починаючи з 3-місячного віку її активність поступово

збільшується і до 6-місячного віку досягає рівня, який дозволяє без ускладнень вводити в раціон дитини продукти, які містять крахмал (Lebenthal E., Lee P.C., 1980).

Засвоєння вітамінів, мінеральних солей та мікроелементів з грудного молока значно вища, ніж з інших продуктів завдяки тому, що вони знаходяться в жіночому молоці у формі, яка найбільш придатна для засвоєння дитячим організмом в перші місяці життя..

В результаті незначного засвоєння додаткове збагачення раціону дитини в перші 3-4 місяці фруктовими соками та пюре не впливають суттєво на забезпеченість дитини вітамінами (наприклад, забезпеченість вітаміном С зростає лише на 2-3 %).

Біодоступність заліза з жіночого молока набагато перевищує біодоступність його з молочних сумішей та прикорму. Це пояснюється наявністю в грудному молоці спеціального транспортного білку – лактоферину, який і забезпечує дитину залізом та іншими мінеральними речовинами (цинк, мідь та інші), що дозволяє задовольнити досить високу потребу в них протягом перших місяців життя і запобігає виникненню анемії та розвитку інших дефіцитних станів (Siimes M.A. et al., 1984; Pisacane A. Et al, 1995).

Експериментально доведено, що абсорбція заліза з грудного молока знижується майже в 5 разів при введенні овочевого прикорму (Oski F.A., 1981), тобто ранній початок пригодовування дитини стравами овочевого прикорму може підвищувати ризик виникнення анемії.

Як було висвітлено в попередніх розділах (див. Розд. “Склад грудного молока”), грудне молоко містить основні нутрієнти (білки, жири, вуглеводи), мінеральні речовини, вітаміни, мікроелементи в найбільш доступній для засвоєння людським організмом формі при достатній кількості води, що забезпечує максимальне перетравлення та засвоєння при обмеженому навантаженні на травну систему та нирково-видільну систему.

Моторика шлунково-кишкового тракту протягом перших місяців життя також має свої особливості, а саме: високу вираженість смоктального рефлексу та рефлексу виштовхування (Herbst J.J., 1981). З моменту народження нормальна дитина спроможна смоктати молоко з материнських грудей, переміщувати його вздовж ротової порожнини та ковтати його. Рефлекси смоктання і ковтання є життєвоважливими для новонародженого і забезпечуються особливостями анатомо-морфологічної структури ротової порожнини та дією безумовних рефлексів.

Якщо в ротову порожнину дитини перших місяців життя потрапляє більш тверда їжа, спрацьовує рефлекс виштовхування, який також є життєвоважливим безумовним рефлексом. Доцільність його полягає в запобіганні проникнення в організм дитини чого-небудь, крім материнського молока. І тільки у чотирьох-шестимісячному віці рефлекс виштовхування згасає, розвивається моторика, необхідна для просування напівгустої та густої їжі, тобто дитина набуває спроможності приймати напівгусту їжу, переміщувати її вздовж ротової порожнини та ковтати. Пізніше, в семи-дев'ятимісячному віці у дитини з'являються ритмічні рухи кусання, прорізуються перші зуби, в результаті чого стає можливим жування.

Тобто протягом першого року життя відбувається формування функцій організму таким чином, що фізіологічним є вигодовування дитини в перші 4-6 місяців лише рідкою їжею, в 6-9 місяців – напівгустою, з 9 місяців – введення густої та твердої їжі, яка потребує жування.

На основі ретельних досліджень, проведених в останні роки, встановлено, що введення в раціон дитини харчових коригуючих додатків у вигляді соків та фруктових пюре, а також страв прикорму у віці до 3-4 місяців життя може призвести до негативних наслідків: появи у дітей диспептичних та дисбіотичних розладів (більше 30 %), алергічних реакцій (35-40%), в більш зрілому віці – формуванню хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту та алергії, а також негативно впливає на активність смоктання дитиною материнських грудей, що викликає погіршення лактації у матері (Сорвачева Т.Н., 1996). В той же час, засвоєння мікро- та макронутрієнтів з прикорму в перші місяці життя досить низьке. Так, введення соків та фруктових пюре з 6-8-тижневого віку збільшує добову забезпеченість вітаміном С не більше, ніж на 2-3 %. Тобто ризик порушення здоров'я дитини та зниження лактації у матері набагато перевищує користь від такого раннього введення в раціон соку або фруктового пюре.

Саме тому в усьому світі, в тому числі в Україні, в теперішній час терміни введення коригуючих додатків та прикорму переглянуто на користь більш пізніх, ніж були прийняті раніше (Кормление и питание, 2000; Дитяче харчування, 1999; Конь И.Я., 2001; Cohen R.J. et al. 1994; Brown K.H. et al., 1998; Growth of healthy infants, 2002).

Перш за все потрібно уточнити визначення “прикорму”. За міжнародною термінологією, **прикорм** – це будь-яка їжа, крім грудного молока та молочних сумішей, яку отримує дитина першого року життя. Для наближення вітчизняної термінології до міжнародних стандартів доцільним є розширення терміну “**прикорм**” на такі продукти, як соки, фруктові пюре, сир, жовток тощо, що традиційно визначаються в Україні, як

коригуючі добавки, також доцільним є розділення продуктів (соки, фруктові пюре, яєчний жовток, олія, хліб та інші) і страв прикорму (каша, овочеве пюре тощо).

Терміни введення прикорму визначається строго індивідуально в залежності від особливостей розвитку дитини, стану її здоров'я, спроможності сприймати та засвоювати чужеродну їжу, темпів згасання рефлексу виштовхування, в результаті чого дитини може приймати та ковтати прикорм напівгустої консистенції.

За умов нормального розвитку дитини, відсутності у неї захворювань та ознак аліментарної недостатності, нормальної лактації та раціонального харчування матері рекомендується введення коригуючих додатків та прикорму у віці дитини від 6 місяців.

У випадку виявлення ознак вітамінної або мікроелементної недостатності (клінічні прояви моно- або полігіповітамінозу, анемії, рахіту, тощо), які пов'язані не з порушенням їх засвоєння в шлунково-кишковому тракту дитини або з іншими причинами з боку дитини, а саме з недостатнім аліментарним надходженням, потрібно, в першу чергу, звернути увагу на стан здоров'я та раціон харчування матері, при необхідності надати їй належну допомогу, і лише в крайньому випадку – рекомендувати більш раннє (але не раніше 3 місяців) введення в раціон харчування дитини соків та фруктових пюре.

Якщо у віці 3-4 місяці спостерігається недостатній приріст маси тіла та інші ознаки недостатності кількості молока, потрібно допомогти матері збільшити його кількість, при необхідності – догодовувати немовля адаптованими молочними сумішами, а не починати пригодовувати овочевим пюре, кашею або сиром.

З іншого боку, при гострих захворюваннях, диспептичних розладах, харчовій алергії введення прикорму дещо відстрочується. Не починають його також давати в надто жорсткі дні або при запланованих змінах у житті дитини (наприклад, переїзд сім'ї).

Введення прикорму – це дуже відповідальний етап переходу дитини на нову форму харчування. Реакція на його введення не завжди буває однозначно позитивною. Тому, перш за все, треба зробити правильний вибір продукту стосовно його смакових і поживних властивостей, безпеки та чистоти (виключити можливість бактеріального чи іншого забруднення при підготовці) і технічно правильно вводити їх до раціону дитини.

Приблизна схема введення продуктів та страв прикорму дітям на природному вигодовуванні представлена в таблиці 9.1.

Фруктові, ягідні та овочеві соки починають давати дитині у віці 4 – 5 місяців. Як правило, починають з яблучного соку, виготовленого з некислих жовто-зелених сортів

яблук. Сік вводять дуже обережно, не поспішаючи зі збільшенням його об'єму. Поступово асортимент соків збільшують, дотримуючись принципу “проби на зносимість” кожного нового виду соку та витримуючи час для адаптації дитини. Дітям, які мають кишкові коліки та інші прояви дисфункції системи травлення, бажано спочатку давати сік, на $\frac{1}{2}$ або $\frac{1}{3}$ розбавлений свіжокип'яченою, остудженою водою.

Фруктове пюре – це перший крок до пригодовування дитини більш густою, ніж молоко, їжею. Зазвичай у віці 5,0 – 5,5 місяців відмічається поступове згасання рефлексу “виштовхування”, що дає можливість починати пригодовування продуктами напівгустої консистенції з ложечки. Першим фруктовим пюре є яблучне, потім асортимент розширюють, застосовуючи комбіновані фруктові та фруктово-ягідні пюре з різних видів фруктів та ягід.

Перший прикорм, який поступово повністю замінює одне грудне годування, як правило, вводять у віці 5,0-6,0 місяців. В якості першого прикорму рекомендується овочеве пюре (ретельно перетерте, з додаванням 3 г олії на одну повну порцію). Завдяки овочевому пюре раціон малюка поповнюється мінеральними солями, мікроелементами, вітамінами, полісахаридами (крохмаль, пектини), харчовою волокниною

Вводять його, починаючи з 5 г, і за 1 тиждень доводять до необхідного на одне годування об'єму (150 г), поступово витісняючи одне годування грудьми.

Другий прикорм, який замінює ще одне грудне годування, вводять до раціону дитини через 1-1,5 місяці після першого прикорму. Другим прикормом є молочно-круп'яна або, за показаннями, безмолочна каша.

З кашею дитина отримує повноцінні вуглеводи, клітковину, рослинний білок, значно збільшується її забезпечення мінеральними речовинами, мікроелементами та вітамінами, особливо групи В.

Перевага надається кашам з рисової або гречаної крупи, пізніше – кукурудзяна каша. Молочно-злакові каші (вівсяна, манна та інші), які містять клейковину (гліадин, глютен) і можуть провокувати виникнення у дитини целиакії, рекомендуються до застосування не раніше, ніж в 7-8 місяців, (давати їх по черзі і з молочно-круп'яними кашами). З особливою обережністю продукти, які містять глютен, потрібно вводити дітям з затяжними діареями, алергією до білку коров'ячого молока, проявами мальабсорбції.

Для дітей, які мають алергію на білки коров'ячого молока, готують безмолочні каші, збагачені фруктами.

Спочатку вводять кашу, виготовлену з одного виду крупи, потім корисно готувати дво- або багатозернові каші-асорті, а також застосовувати каші з фруктовими або овочевими добавками (пюре з моркви, гарбуза, яблук тощо).

В домашніх умовах кращим вважається приготування молочно-круп'яної або молочно-зернової каші із застосуванням адаптованих молочних сумішей, а не цільного коров'ячого молока, використання якого в раціоні харчування дітей першого року життя взагалі бажано уникати.

При достатній лактації, коли жінка може зцідити грудне молоко, можна застосовувати його для приготування каші.

Сухі готові каші промислового виробництва (особливо інстанті, тобто ті, які не потребують варіння), мають перевагу над кашами домашнього приготування. Вони збагачені вітамінами, солями заліза, олією і тому мають більшу біологічну цінність.

Кашу рекомендовано давати дитині один раз на добу.

Поступово всі види простого прикорму ускладнюються за рахунок включення до раціону інших продуктів.

Коли дитина отримує повну порцію першого та другого прикорму, до овочевого пюре можна додати м'ясне пюре, а до каші – протертий жовток круто звареного курячого яйця.

З 6,5-7 місяців рекомендується вводити до раціону сир у вигляді молочно-сирної пасти або сирно-фруктового пюре.

З 9,0 – 10,0 місяців можна включати до раціону страви з нежирних сортів риби (1 раз на тиждень), враховуючи індивідуальну зносимість.

На 10-11 місяці дитина починає жувати їжу, у неї з'являється декілька зубів, тому в цьому віці можна готувати фрикадельки з телятини, курки чи кроля, а в 11-12 місяців – парові котлети з нежирних сортів м'яса.

Згідно сучасних міжнародних рекомендацій, вводити в раціон дитини першого року життя м'ясний бульйон не доцільно (Кормление и питание, 2000).

Третім прикормом, який замінює ще одне годування грудьми, в нашій країні традиційно вважаються кисломолочні продукти (кефір, ацидофільне молоко, біфівіт, симбівіт та інші), які рекомендується вводити дитині у віці 8 – 9 місяців.

Між тим, доцільність третього прикорму та продукти, які застосовуються для нього, є у теперішній час предметом дискусії (Лебедев А.Г., 2002).

При достатній лактації у матері навряд чи є обґрунтованим заміна третього грудного годування прикормом, оскільки в такому випадку залишається лише два грудних годування на добу, що веде до швидкого згасання лактації.

Крім того, вважається, що кисломолочні суміші – це продукти лікувальної дії, які мають показання та протипоказання для їх призначення. Вони неадаптовані, містять велику кількість білку, мають високу осмолярність і, за думкою багатьох клініцистів, негативно впливають на “незрілі” нирки дитини першого року життя, можуть провокувати діapedезні кишкові кровотечі, за рахунок високої кислотності змінювати кислотно-лужну рівновагу в організмі дитини (Коровина Н.А., Захарова И.Н., 2002).

Тому питання про введення в раціон третього прикорму в кожному випадку повинно вирішуватись індивідуально, при можливості – не постіпаючи з його призначенням і при відсутності показань для призначення кисломолочного продукту надавати перевагу адаптованим молочним сумішам, які рекомендовані для дітей другого півріччя життя і збагачені пробіотиками.

При консультуванні матерів в дитячій поліклініці обов’язково потрібно пояснювати, що введення прикорму є дуже відповідальним етапом в житті дитини, тому проводити його треба по рекомендаціям та під наглядом лікаря-педіатра.

В кожному конкретному випадку термін введення, послідовність, вибір продуктів та страв вирішуються індивідуально.

Критеріями для початку пригодовування дитини є:

1. Вік понад 5-6 місяців;
2. Згасання рефлексу “виштовхування” та поява скоординованого рефлексу переміщення їжі язиком та ковтання її;
3. Поява рухів жування при потраплянні в ротик дитини їжі густої консистенції або ложки;
4. Початок прорізування зубів;
5. Поява невдоволеності дитини лише грудним вигодовуванням при нормальному об’ємі молока у матері (неспокій дитини, зменшення інтервалів між годуваннями, голодний крик, нічні пробудження, зменшення приросту маси тіла за останній тиждень), а також поява інтересу до того, що їдять інші;
6. Достатня зрілість шлунково-кишкового тракту, яка дає можливість засвоювати невелику кількість прикорму без диспептичних розладів або алергічної реакції.

Потрібно ознайомити жінку з правилами введення прикорму:

- Прикорм дається перед годуванням грудьми.
- Будь-які нові для дитини продукти і страви починають давати з невеликої кількості (соки – з крапель, пюре і каші – з однієї чайної ложки) і поступово, за 5-7 днів збільшують до повної порції.
- Нове пригодовування можна починати вводити тільки тоді, коли немовля звикне до попереднього, з’їдаючи повну порцію і добре себе почуває (звичайно, через 2 тижні).
- Щоразу після того, як малюк отримав порцію пригодовування, прикладати його до грудей. Це допоможе зберегти лактацію, а дитина почуватиме себе задоволеною, спокійнішою.
- Прикорм давати тільки з ложечки, а не через соску, поклавши невелику кількість їжі на середину язичка, тоді дитина легко її проковтне. Годування густою їжею через соску може призвести до травматизації ясен, формуванню неправильного прикусу, сприяє відмові дитини від грудей.

- Під час годування дитина повинна знаходитись у вертикальному положенні, в зручній позі на руках або на колінах матері чи в спеціальному дитячому стільчику.
- Їжа завжди повинна бути свіжоприготовленою, мати ніжну гомогенну консистенцію (спочатку – вершкоподібну, потім – сметаноподібну), остудженою до температури тіла (36-37 градусів Цельсія).
- Не годувати дитину примусово. Мати повинна уважно слідкувати за її поведінкою під час годування. Якщо маля виштовхує їжу з рота, відвертається, потрібно його заспокоїти, погодувати грудьми, а наступного разу знову запропонувати прикорм.
- Під час годування руки дитини повинні бути вільними. Потрібно дати їй ложечку в праву руку, щоб маля звикало до “своїх” ложки.

При консультуванні матерів з питань пригодовування дитини достатню увагу постійно треба приділяти підтримці тривалого грудного вигодовування, пояснювати значення материнського молока для дітей другого півріччя та другого року життя, заохочувати бажання матері годувати дитину своїм молоком якомога триваліший час, а при необхідності – надавати доречну допомогу.

Розділ 10. Харчування жінки під час вагітності і годування грудьми

Мета заняття.

Слухачі повинні:

- вміти впевнити вагітну жінку і матір, що годує грудьми, у важливості правильного харчування для нормального розвитку плода і здоров'я народженої дитини
- при консультуванні жінок і призначенні рекомендацій з харчування обов'язково враховувати економічний стан сім'ї

забезпеченні просто можливості життя й розвитку, захисту від макроаномалій і макродисплазій, зниження ризику неповноцінного розвитку і наступного нездоров'я дитини має саме харчування в період внутрішньоутробного росту. Як показують епідеміологічні дослідження останніх 15–20 років, а також спостереження по харчовій корекції в преконцепції і при вагітності, роль недостатнього або незбалансованого харчування може бути зіставлена з роллю генетичних чинників та активних хімічних або інфекційних тератогенів [37,38]. Зв'язок харчування плода з вихідним станом харчування матері до зачаття і харчуванням вагітної жінки має виключно тісний характер. Зокрема, в умовах несприятливої харчової забезпеченості і початку втрати маси тіла організм вагітної жінки спроможний включати потужні механізми самозбереження, і з цього періоду недостатність харчування, перш за все, переважно впливає на розвиток плода.

Все вище наведене підтверджує і виключну значимість харчування жінки під час вагітності і лактації, і реальну наявність у медичних працівників дуже потужного ключа до зниження перинатальної і малюкової смертності, до управління здоров'ям дітей шляхом удосконалення харчування [15].

Наслідки неоптимального харчування під час вагітності.

Для жінки та новонародженого.

Білково -калорійна недостатність, обумовлена зниженням маси тіла до вагітності або малим збільшенням маси під час вагітності, є ризиком передчасних пологів, вроджених аномалій розвитку плода і новонародженого, низької маси тіла плода і новонародженого, ризиком генералізованої інфекції новонародженого, зниження якості молока та термінів лактації у матері, прогнозу тривалої анемізації в малюковому віці.

Надлишок білка в раціоні.

(більш ніж 20% по калорійності) – ризик збільшення маси тіла новонародженого, ризик невиношування вагітності, ризик енцефалопатії.

Есенціальні жирні кислоти.

Недостатність – порушення росту і мієлінізації провідних шляхів головного мозку, порушення функції сітківки зі зниженням гостроти зору, порушення електрогенезу серцевого м'язу з ризиком аритмії.

Дефіцит вітаміну В1 – блювання, неспокій, безсоння, анорексія, моторні розлади шлунково-кишкового тракту, метаболічний ацидоз, набряки, неврологічні розлади. Пізніше - кардіомегалія і серцева недостатність у новонародженого або немовляти.

Дефіцит вітаміна В6 – нудота, блювання під час вагітності, у дитини – блювання, діарея, судоми, анемія, пізніше - себореїтний дерматит, кон'юнктивіт, алергодерматози.

Дефіцит аскорбінової кислоти – прееклампсія вагітних, ризик передчасного розриву навколоплідних оболонок, переривання вагітності.

Вітамін Є – дефіцит - передчасне переривання вагітності, негативно впливає на рост плода

Вітамін А

Недостатність – збільшення ризику розвитку респіраторного дистрес -синдрому.

Надлишок – вроджені аномалії.

Вітамін Д

Недостатність – гіпокальціємія новонароджених, рахіт, недорозвинення зубної емалі в наступні роки.

Надлишок – гіперкальціємія у новонароджених, кальцифікація м'яких тканин, стеноз артеріальних судин, аномалії лицевого черепа.

Фолієва кислота дефіцит – аномалія формування нервової трубки (головного і спинного мозку).

Фтор - недостатність – ураження карієсом молочних і постійних зубів в наступні роки життя.

Кальцій - недостатність – артеріальна гіпертензія, пізній гестоз, рахіт новонародженого і немовляти.

Йод - дефіцит – для дитини – порушення розвитку мозку з широкою варіабельністю клініки [37].

Завдання по формуванню правильно збалансованого раціону харчування достань складне завдання для будь-якого лікаря - спеціаліста. Однак поряд з науково-методичними проблемами, в контролі і управлінні харчуванням існують і інші перешкоди, головним чином, немедичного походження. По-перше – небажання, а точніше, нерозуміння важливості правильного харчування самими вагітними жінками, а по-друге – неможливість виконання багатьох медичних рекомендацій в зв'язку із незадовільною матеріальною забезпеченістю значної частини молодих сімей, а тим більше одиноких матерів. Таким чином, вирішенню проблеми передує надзвичайно велика робота по навчанню родин, а головне, удосконаленню систем соціальної підтримки вагітних і жінок, що годують.

Іще декілька років тому існувало уявлення про оптимальне збільшення маси тіла вагітної на 9 –10 кг. В останні роки отримані підтвердження більш сприятливого перебігу вагітності і меншого ризику для новонароджених , коли вага за період вагітності збільшується на 11-13 кг [7]. Треба підкреслити також , що ні в якій життєвій ситуації вагітна жінка не повинна худнути і завжди повинна збільшувати масу тіла. В таблиці 10.1. наведений конкретний розподіл цієї нової маси.

Таблиця 10.1

Величина та структура збільшення ваги під час вагітності, г.

Показники	Тиждень вагітності.			
	10	20	30	40
Плід, плацента, навколоплідні води.	55	720	2530	4750
Матка, молочні залози.	170	765	1170	1300
Кров.	100	600	1300	1250
Міжклітинна рідина.	---	---	---	1200
Жир.	325	1915	3500	4000
Загальне збільшення маси тіла.	650	4000	8500	12500

Зростання маси тіла вагітної і плода потребує визначеного енергозабезпечення за рахунок продуктів харчового раціону. Величина цього додаткового енергозабезпечення коливається від 150 до 300 ккал/доб., в залежності від способу життя і фізичної активності вагітної жінки.

Енергозабезпечення суттєво зростає у випадках, коли вагітність настає у підлітка, з її власними витратами на ріст і розвиток.

Як видно з таблиці, головна частина нової маси вагітної жінки складається з маси плода, плаценти, навколоплідних вод. Жирова тканина складає 3675 г. Жирові відкладення під час вагітності надзвичайно важливі як енергетичне депо і депо есенціальних жирних кислот та жиророзчинних вітамінів на потреби плода, що росте, і на весь наступний період лактації і грудного вигодовування. Будь-яка недостатність енергетики харчування під час вагітності призводить, перш за все, до порушення процесів депонування в організмі жінки, пізніше вплине на процеси депонування плода, і тільки в третю чергу обумовить затримку розвитку самого плода.

В останні роки розроблені нові фізіологічні норми потреб в харчових речовинах і енергії для вагітних жінок. Дані наведені в таблиці 10.2.

Як видно з наведених даних у другій половині вагітності енергетична цінність раціону збільшується на 350 ккал. Кількість білка збільшується на 30 г., особливо білка тваринного походження з 50 % до 60 % і більше по відношенню до загального білку раціону. Частину олій доцільно збільшити з 15-20% до 30-40%, суттєво збільшується потреба в мінеральних речовинах, особливо в фосфорі (+450мг), кальції (+300мг), залізі (+20мг), а також в магнії, цинку, йоді, водо- і жиророзчинних вітамінах.

З перших днів вагітності організм жінки потребує надходження повноцінних білків – основного будівельного матеріалу для плода, що розвивається. Джерелом білків є такі продукти як м'ясо, птиця, риба, молоко, горіхи, яйця.

Із рослинних жирів можна рекомендувати сонячникову, оливкову, кукурудзяну олію (приблизно 2 столові ложки на день), а із тваринних – вершки, вершкове масло, сметану. Продукти, які містять тваринні жири, слід вживати в невеликій кількості. Добова потреба організму в вуглеводах в 3 – 3,5 рази більше, ніж в білках і жирах. Вагітна жінка повинна їх отримувати в основному за рахунок продуктів, багатих на рослинну клітковину (хліб з борошна грубого помолу, овочі, фрукти, соки, крупи).

Таблиця 10. 2.

Норми фізіологічних потреб в харчових речовинах та енергії для жінок репродуктивного віку, які займаються середньою фізичною працею в звичайному стані і під час вагітності (1991 р).

Назва харчових речовин та енергії г.	Рекомендовані величини для жінок в звичайному стані.	Рекомендовані величини для жінок під час вагітності, особливо в другу половину.
Білок, г.	66	96
В т. ч. тваринний, г.	36	56
Жири, г.	73	85
Вуглеводи, г.	318	348
Ккал. г.	2200	2550
Мінеральні речовини.		
Фосфор, мг.	1200	1650
Кальцій, мг.	800	1100

Магній, мг.	400	450
Залізо, мг.	18	38
Цинк, мг.	15	20
Йод, мг.	0,15	0,18
Вітаміни.		
С,мг.	70	90
А, мг.	800	1000
Е, мг.	8	10
Д, мг.	2,5	12,5
В1, мг.	1,1	1,5
В2, мг.	1,3	1,6
В6, мг.	1,8	2,1
Ніацин, мг.	14	16
Фолієва кислота, мг*.	180	400
Селен.,мг*..	55	65

*- Рекомендовано Dietary Allowances, 1989 р.

Ці продукти вміщують також вітаміни, мінеральні речовини, поліршують функцію травлення. Добова потреба в цукрі повинна обмежуватися 40-50 г. З початку вагітності зростає потреба в мінеральних речовинах, особливо в кальції. Основним його джерелом є молоко, сир, жовток., крім того кальцій міститься в ржаному хлібі і зелених овочах. Особливу увагу треба приділити вживанню повареної солі. В першій половині вагітності її можна вживати до 10 г за добу, у другій обмежити до 6-8г, а в останні 2 місяці до 5 г.

Наводимо перелік продуктів, які є основним джерелом вітамінів, необхідних жінці під час вагітності (таблиця 10.3.).

Таблиця 10.3.

Основні джерела вітамінів, необхідних жінці під час вагітності

Вітамін	Назва	Основні джерела
А	ретинол	Печінка, яйця, вершкове масло, морква, сир.
Е	Токоферол	Зелені боби, зелений горошок, пшениця, кукурудза, овес, салат, печінка, нирки, горіхи, олія.
Д	Ергокальциферол	Вершкове масло, риб'ячий жир, жовток.
В1	Тіамін	Хліб, дріжжі, бобові, м'ясо, печінка, молоко.
В2	Рибофлавін	Молоко, м'ясо, яйця, творог, печінка, дріжжі.
В6	Піридоксина гідрохлорид	Дріжжі, боби, печінка, м'ясо, жовток, молоко.
В12	Ціанкобаламін	Печінка, нирки, серце, яєчний жовток, м'ясо, сир, гречнева крупа.
Вс	Фолацин	Дріжжі, печінка, салат, зелень.
РР	Нікотинова кислота	Дріжжі, горіхи, бобові, картопля, печінка, м'ясо, хліб ржаний.
С	Аскорбінова кислота	Чорна смородина, шипшина, суниця, зелена цибуля, капуста, томати, шпінат.

Вагітна повинна отримувати 1-2 до 1,5 л вільної рідини (вода, компоти, чай, соки) за день. Слід пам'ятати, що вагітна жінка не повинна відчувати спрагу.

При складанні раціону вагітної жінки слід враховувати її індивідуальні особливості (зріст, початкову масу, конституцію, спосіб життя, фізичне навантаження) і термін вагітності. Наводимо приблизний добовий набір продуктів (табл. 10. 4.)

Таблиця 10.4.

Приблизний добовий набір продуктів для вагітної жінки

Набір продуктів.	Кількість в грамах	
	Брутто (г)	Нетто (г)
Хліб ржаний	100	100
Хліб пшеничний	100	100
Борошно пшеничне, вироби з борошна.	50	50
Крупа, макаронні вироби.	60	60
Картопля.	300	200
Овочі , зелень.	500	400
Фрукти, соки.	200	180
Сухофрукти.	20	18
Цукор, солодощі.	50	50
Чай.	0.3	0.3
М'ясо , птиця.	180	126
Риба (судак).	100	50
Молоко.	250	250
Кисломолочні продукти.	200	200
Творог н/ж.	100	100
Сметана.	30	30
Масло тваринне.	20	20
Олія.	25	25
Яйце.	1шт	47

Режим харчування вагітної жінки.

В першій половині вагітності рекомендується використовувати 4 разове харчування, а в останні місяці бажано приймати їжу 5-6 разів на день (в межах рекомендованої калорійності). Їжа повинна бути різноманітною, свіжою, добре приготовленою, смачною і не дуже гарячою. Вагітна жінка не повинна вживати великий об'єм їжі в один прийом.

Розподілення калорійності добового раціону повинно бути приблизно наступним:

- сніданок - 25-30 %;
- обід - 30-40 %;
- полудник - 10-15%;
- вечеря - 15-20%.

На сніданок і обід краще вживати продукти, багаті на білки. Вони підвищують обмін речовин в організмі. На ніч рекомендується випити стакан теплого молока або кефіру

Гострі страви у другій половині вагітності потрібно виключити з раціону.

Алкогольні напої заборонені вагітній жінці з самого початку вагітності.

Загальновизнано, що оптимальним є формування раціону із природних , натуральних продуктів харчування без використання фармпрепаратів або харчових додатків. В той же час, досить часто виникають проблеми із забезпеченням раціону через продукти харчування за такими нутрієнтами як вітмін В6, Є, фолат, залізо, кальцій, цинк, магній, особливо у вагітних з екстрагенітальними захворюваннями. Одним з досить ефективних методів корекції раціону харчування при вагітності є використання спеціальних продуктів – коректорів (вітчизняні продукти дієтичного харчування на

основі полісолодових екстрактів – полісол, антигіпоксин, вітасол, а також продукт Фемілак- 1) [37,38].

Харчування жінки, що годує грудьми.

Формування хімічних речовин-нутрієнтів жіночого молока являє собою значний енерговміщуючий процес і потребує суттєвої підтримки за рахунок додаткової калорійності харчування. Крім того, хімічні джерела для нутрієнтів жіночого молока (для більшої частини з них) повинні також безпосередньо поставлятися через харчування самої жінки, яка годує грудьми.

В той же час, слід пам'ятати, що обсяг лактації залежить майже виключно від частоти прикладання дитини до грудей та активності і інтенсивності смокатання. Саме тому період годування грудьми не потребує призначення якихось надзвичайно калорійних або особливих раціонів та дієт. Головним об'єктом уваги лікаря повинен бути якісний склад раціону жінки, який в певній мірі може впливати на якісний склад жіночого молока.

Калорійність харчування матері, що виділяє до 1 літра молока за добу, повинна бути підвищена в середньому на 700 ккал. Так, якщо для жінок середнього рівня фізичного розвитку (зріст 155-165 см, маса тіла 55-65 кг), яка займається легкою або середньою по тяжкості працею, енергетична цінність добового раціону складає 2500 ккал, то на період годування грудьми вона повинна бути 3200 ккал.

Однак, при оцінці харчового статусу жінки, що годує, необхідно брати до уваги той факт, що підвищена потреба в енергії та основних нутрієнтах при лактації частково задовольняється за рахунок внутрішніх ресурсів, які були накопичені організмом під час вагітності. Жінка за період вагітності при нормальному харчуванні накопичує необхідні запаси харчових речовин, які потім використовуються для компенсації збільшеної потреби в них протягом перших місяців лактації. **(мал.10.1.)**

Виходячи з цих позицій, харчування жінки до і під час вагітності має для нормальної лактації не менш важливе значення, ніж харчування під час годування грудьми.

Крім того, дослідження показали, що під час лактації значно підвищується ефективність обміну речовин, в результаті чого їжа засвоюється суттєво повніше, ніж звичайно. (Бюллетень, 145, стр.46).

Саме цим можна пояснити той факт, що відсутність підвищення енергетичної цінності раціону харчування або навіть деяке голодування, як правило, не позначається на кількості молока, яке виділяє жінка. **(мал. 10.2.)**

Тому в сучасній нутріціології більше уваги приділяється не кількісному, а якісному складу харчування жінки, що годує. Раціон харчування повинен бути збалансованим по вмісту всіх харчових речовин: білків, незамінних амінокислот, жирів, поліненасичених

жирних кислот, вітамінів, мінеральних солей та мікроелементів. Від цього залежить якість материнського молока, що суттєво позначається на формуванні здоров'я дитини (Heck H., 1993; Butte N.F. et al., 1984; Montgomery D, Splett P., 1997; Schmidt MK et al., 2002).

Аналіз даних фактичного харчування серед вагітних жінок і годуючих матерів, проведений в ІПАГ АМН України, показав загальні негативні тенденції, що склалися в Україні в останні роки, а саме : незбалансованість харчування та вузький спектр продуктів, що застосовуються; недостатнє вживання продуктів тваринного походження; недостатнє вживання рослинної олії та морепродуктів, як основного джерела високополіненасичених жирних кислот; надмірне вживання рафінованих вуглеводів та жирів тваринного походження; недостатнє аліментарне надходження продуктів харчування, які мають пре- та пробіотичну дію і забезпечують нормальний стан мікробіоценозу в організмі жінки; недостатнє вживання овочів та фруктів, як основних носіїв вітамінів, мінеральних солей та мікроелементів.

Неадекватне по енергетичній цінності та по якісному складу харчування жінки, що годує, може мати такі наслідки :

- відбувається виснаження материнського депо нутрієнтів;
- зменшується кількість нутрієнтів в материнському молоці;
- і, як результат, - розвивається клініка аліментарної моно- або полінутритивної недостатності у матері та дитини.

Сучасні дослідження вказують на те, що від якості материнського молока багато в чому залежить формування здоров'я дитини .

В педіатричній практиці найчастіше зустрічаються клінічні прояви дефіциту харчового статусу матері, що годує, за такими компонентами як залізо, цинк, йод, фолати, вітаміни В 6, В12, А, Д, Е, К, біотин, аскорбінова кислота, що супроводжується розвитком моно- або полігіповітамінозу, анемії, рахіту тощо.

Надзвичайно важливе значення має забезпечення дитини пренатально та постнатально через материнське молоко високополіненасиченими жирними кислотами (омега-3 та омега-6 ПНЖК), які впливають на формування клітинних структур та регуляторних механізмів у дитини і, в першу чергу, на формування ЦНС, а також – на біосинтез грудного молока у матері (Hornstra G., 1995; van Houwelingen A.C., 1995; Makrides M., 2000).

Недостатнє вживання жінкою в період вагітності та лактації продуктів харчування з пре- та пробіотичною дією негативно впливає на стан системи мікробіоценозу її

організму, в першу чергу, на мікробіоценоз шлунково-кишкового тракту, що порушує процеси перетравлення та засвоєння їжі, знижує синтез вітамінів, послаблює систему місцевого імунітету, в тому числі зменшується вміст специфічних та неспецифічних імунологічних факторів в грудному молоці. Зважаючи на те, що мікрофлора матері є початковим джерелом бактеріальної колонізації новонародженої дитини, порушення нормального мікробіоценозу жінки в періоді вагітності та лактації є суттєвим чинником ризику порушення нормального формування мікробіоценозу у дитини (Полищук Е.І., 1996; Ткачева І.І. и соавт., 1999)

Таким чином, неадекватність харчування жінки, що годує, негативно діє на стан здоров'я дитини. Цей вплив не такий виражений, як в періоді вагітності, коли нераціональне харчування підвищує ризик невиношування, значних анатомічних вад розвитку і зменшує життєздатність новонародженого. Між тим, зниження забезпеченості певними нутрієнтами в умовах грудного вигодовування відбивається на показниках фізичного та психо-інтелектуального розвитку, дозріванні центральної нервової, травної, дихальної, ендокринної та інших систем, імунітету тощо. Воно призводить до тонкого порушення диференціювання та гетерохронії, наслідком чого є малі пороки розвитку та неповний розвиток різних систем та функцій, результатом який буде порушення формування здоров'я та зниження якості життя людини в майбутньому (Воронцов І.М., Фатеева Е.М., 1998).

Приблизний рекомендований набір продуктів для жінки, що годує, представлений в таблиці 10.5.

Таблиця 10.5

Рекомендований добовий перелік продуктів та енергетична цінність раціонів харчування жінок в період вагітності та годування грудьми

М'ясо і м'ясні вироби	120
Риба і рибні вироби	100
Сир нежирний	100
Яйця	1 шт.
Кефір та ін. кисло-молочні вироби	200
Молоко	300
Сметана	30
Масло вершкове	15
Масло рослинне	30

Цукор, мед, варення та ін.	60
Хліб житній	120
Хліб пшеничний	120
Борошняні вироби (здоба звичайна)	100
Крупи і макаронні вироби	60
Картопля	200
Овочі різні (капуста, буряки, морква, цибуля, гарбуз, кабачки, перець солодкий та ін.)	500
Фрукти, ягоди	300
Сік фруктовий, ягідний	200
Горіхи	20
Полісолодовий екстракт	60
Енергетична цінність:	
Ккал	3220,0
КДж	13472,5

Саме тому поясненню важливої ролі раціонального харчування в періоді годування грудьми та допомозі жінці в його організації необхідно приділяти важливу увагу на всіх етапах консультування годуючої жінки.

Із продуктів, які містять повноцінні білки, рекомендуються сир або вироби з нього, молоко, негострі сорти твердого сиру, кефір, ряжанка, відварене м'ясо, риба, птиця. Коров'яче молоко краще застосовувати знежирене. Якщо жінка погано переносить молоко та молочні продукти, в такому випадку можна їй рекомендувати молоко із зниженим вмістом лактози та кисломолочні вироби. Регулярне вживання продуктів з пробіотичною дією – профілактика дизбактеріозу. Тому серед кисломолочних продуктів перевагу слід віддавати біокефірам, які містять живі культури лактобактерій (Біо-Кефір, Симбівіт, Біфівіт тощо).

Бажано використовувати м'ясо різних видів (яловичина, нежирна свинина, куряче м'ясо, індишатина, кроляче м'ясо) у відвареному або тушкованому вигляді, але не ковбасні вироби, сосиски або сордельки. Риба нежирних сортів (судак, треска, карп, хек) також використовується у відвареному або тушкованому вигляді.

Курячі яйця (не більше 1 штуки на добу) можна використовувати у відвареному або жареному вигляді.

Важливо регулярно вживати морепродукти (морська риба, риб'ячий жир, морська капуста, тощо).

Як джерело жиру слід використовувати легкозасвоювані жири (вершкове масло, вершки, сметана). Обов'язковим є включення в щоденний раціон рослинної олії (соняшникової, кукурудзяної, оливкової), як основного джерела поліненасичених жирних кислот та вітаміну Е, необхідних для нормального розвитку дитини.

Джерелом вуглеводів є такі продукти, як хліб житній та пшеничний), борошняні вироби, крупи (краще вівсяна, гречнева, пшонна), овочі, фрукти. Важливо включати в свій раціон дієтичні сорти хліба з додаванням муки грубого помолу, що є додатковим джерелом вітамінів (особливо групи В) та стимулює нормальне функціонування шлунково-кишкового тракту жінки.

Слід застережити від використання надмірної кількості легкозасвоюваних вуглеводів (цукор та кондитерські вироби), яке викликає надмірне збільшення маси тіла, пригнічує лактацію, а у дитини може бути причиною алергії та диспептичних розладів.

Важливо включати в раціон харчування овочі (свіжі та після термічної обробки), фрукти, свіжу городину, ягоди, овочеві та фруктові соки, як основного джерела вітамінів, мінеральних солей та мікроелементів. Асортимент залежить від сезону. Якщо жінка не має можливості забезпечити свій раціон достатньою кількістю овочів та фруктів, необхідно рекомендувати їй регулярно приймати полівітамінні-полімінеральні комплекси.

Питний режим жінки, що годує, повинен бути достатнім (не менше 2 літрів на добу, включаючи супи, молоко та кисломолочні продукти, відвари, напої, чай). Між тим, надмірне вживання рідини не приводить до підвищення лактації, як вважають деякі жінки, а викликають збільшення навантаження на серцево-судинну систему, нирки і може навпаки пригнічувати лактацію. Зважаючи на те, що в організмі годуючої жінки рідина використовується, в першу чергу, на секрецію молока, а потім на інші функції, показником достатнього вживання рідини буде виділення нормальної кількості сечі світло-жовтого кольору та відсутність відчуття спраги.

Для контролю за адекватністю харчування жінки, яка годує, крім оцінки стану здоров'я її дитини важливим та інформативним є контроль за динамікою маси тіла жінки. Як правило, в динаміці лактації відбувається поступове зниження маси тіла на 500-1000 г за місяць протягом 4-6 місяців після пологів. Одночасно відбувається зменшення товщини жирового шару тіла. Якщо втрата маси тіла відбувається більш інтенсивно, що свідчить про виснаження материнського нутритивного депо, необхідно рекомендувати збільшити

енергетичну цінність харчового раціону на 200-250 ккал та провести аналіз харчування і при необхідності провести його корекцію.

Поряд із цим необхідно пам'ятати і про інші патологічні стани, які можуть бути викликані особливостями харчування матері. Так, при вживанні нею продуктів, які є облігатними алергенами (шоколад, шоколадні цукерки, какао, цитрусові, полуниця, гриби та інші), надмірному вживанні меду, горіхів, коров'ячого молока, сиру, риби у дитини можуть з'явитися прояви харчової алергії (алергічні висипи на шкірі, диспептичні розлади).

Досить часто алергічні прояви винакають при вживанні окремих видів фруктів та ягід. Тому рекомендувати їх до вживання треба послідовно, починаючи з невеликої кількості, а при появі алергічної реакції з боку дитини – виключити з раціону.

Вживання деяких овочів та фруктів (виноград, огірки, сливи, абрикоси) також можуть викликати метеоризм та диспептичні розлади.

Режим харчування. Жінка, що годує, повинна приймати їжу 5-6 разів на добу, в зручний для неї час, але з більш-менш рівномірним розподілом об'єму та харчового навантаження протягом дня.

Для покращення секреції та виділення молока за 15-20 хвилин до початку годування рекомендується жінці випити 200-250 мл теплої напою (чай з молоком, відвар трав, компот тощо).

Їжа повинна бути смачною, доброякісною і різноманітною. Слід уникати надмірної термічної обробки продуктів, перевагу віддавати продуктам у свіжому, відвареному або тушкованому вигляді.

Вживання пересмажених продуктів, концентрованих бульйонів, пряностей, консервів, надмірної кількості солі може викликати подразнення слизової оболонки шлунково-кишкового тракту дитини, появу у неї кишкових колік, диспептичних розладів, алергії.

Неприпустимим є вживання міцної кави, алкогольних напоїв, в тому числі пива, оскільки проникнення їх через материнське молоко до організму дитини може викликати в неї неврологічні порушення, а також впливати на розвиток ЦНС.

Жінка, що годує, повинна мати змогу повноцінно відпочивати, достатньо часу перебувати на свіжому повітрі, уникати важкої фізичної роботи. Частину домашньої роботи (прибирання, прання, приготування їжі) повинні взяти на себе члени її сім'ї, особливо в перші місяці після пологів.

Розділ 11. Основні утруднення при годуванні грудьми. Протипоказання до грудного вигодовування

Мета заняття. Слухачі повинні:

- вміти кваліфіковано діагностувати і лікувати ускладнення лактації (нагрубання молочних залоз, тріщини, мастит),
- вміти надати відповідну допомогу при утрудненнях , які виникають у матері під час грудного вигодовування дитини
- вміти діагностувати та надати відповідну допомогу при утрудненнях грудного вигодовування з боку дитини

Практично кожна жінка спроможна вигодовувати свою дитину виключно грудним молоком протягом 4-6 місяців. В той же час, існує декілька об'єктивних характеристик процесу годування грудьми і станів молочної залози, які можуть викликати утруднення або тимчасові перешкоди при грудному вигодовуванні дитини. Вміння ці стани попереджувати, своєчасно діагностувати, якщо вони виникли, і лікувати допоможуть матері в підтримці тривалого і успішного годування грудьми.

Досить часто жінки вважають себе неспроможними годувати дитину грудьми, якщо в них маленькі молочні залози.

Як відмічалось вище (див. розділ 4.), не форма і розмір молочних залоз , які можуть бути різноманітними у матерів, що годують, визначають рівень лактації (**малюнок 11.1.**).

Дуже важливо впевнити жінку в тому, що вони можуть виробляти достатню кількість молока , якого б розміру не були їх молочні залози .(**слайд**)

Пласкі соски. (слайд...)

Досить часто плоскі соски і медичний персонал, і матері вважають значною перешкодою для годування грудьми. Однак при правильному прикладанні дитина захоплює ротиком окрім соска частину тканини молочної залози, розташованої під ареолою із створенням «соски», в якій сосок займає лише третину (див. розділ 4). Тобто дитина смокче не сосок, а груди. Тому найбільш важливим при плоских соках є спроможність тканини молочної залози до витягування (слайд..)

Втягнуті соски (слайд).

Це більш складна ситуація, при спробі витягнути сосок він навіть може втягнутися ще глибше. Такі соски, на щастя, зустрічаються досить рідко.

Ведення плоских і втягнутих сосків

Аntenатальне лікування	Мало ефективно, не завжди можливе(див. Розділ 7.)
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 (див. розділ 6.). Поясніть матері, що потрібно зробити, щоб перед годуванням соски були більш випнутими (метод шприця - див. нижче).
Якщо дитина не може ефективно смоктати в першій 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.

Метод лікування втягнутих сосків з використанням шприцю. (малюнок 11.2.) :

- використовувати такий шприц для витягування сосків – безпосередньо перед годуванням дитини;
- приставити кінець шприця (об'єм 20 мл) до соску;
- легко потягнути поршень, щоб підтримувати постійний, але невеликий тиск;
- виконувати цю процедуру протягом 30-60 секунд декілька разів на день;
- під час віднімання шприця від груді штовхнути поршень в протилежному напрямку.

Довгі соски (слайд).

Зустрічаються не часто, але можуть створити певні труднощі при годуванні дитини. Прикладаючи дитину до такої груді, потрібно дотримуватись головного принципу – ротик дитини захоплює не лише сосок, але й частину тканини молочної залози, головним чином, розташованої під ареолою.

Тріщини сосків (слайд).

Виникають головним чином при неправильному прикладанні дитини до грудей. Особливо часто це буває, коли використовується долактаційне годування або догодовування дитини з пляшечки із соскою («плутанина сосків»), а також при невірному відніманні дитини від грудей. Причиною з'явлення тріщин може бути також часте (до і після годування миття молочних залоз), особливо з милом (див. розділи 4.,7.).

Заходи при наявності тріщин сосків:

- заспокоїти жінку, впевнити її у можливості продовження успішного годування грудьми;
- допомогти правильно прикласти дитину до грудей, навчити цьому матір;
- дати поради щодо правильного гігієнічного догляду за сосками (див. розділ 7.);
- змазувати сосок молозивом або «заднім» молоком після годування, робити повітряні ванночки, підсушування феном;
- при глибоких інфікованих тріщинах зробити перерву в годуванні хворою залозою (обов'язково її зцідити), обробити сосок розчином калію перманганату (1:5000), маззю етонію, каланхое.

Наплив молока та нагрубання молочної залози (слайди)

Різниця між наповненням та нагрубанням молочної залози

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

Якщо у породіллі має місце наплив молока (наповнення грудей) яке, як правило, спостерігається на 3-4 добу після пологів, то єдиним заходом є часте і достатньо тривале годування дитини за її потребою, але обов'язково дотримуючись правильної техніки годування (див. розділ 4.,6.). Інколи може виникнути потреба у зціджуванні молока. Через 1-2 дні при такій тактиці вироблення молока відповідає потребам дитини і всі вище описані явища зникають.

Нагрубання молочних залоз – спостерігається на 3-4 добу після пологів, пов'язане не тільки з напливом молока, але й підвищенням вмісту лімфи, крові, що значно підвищує тиск у молочній залозі і перешкоджає течії молока. Однією з причин розвитку нагрубання молочної залози є також слабкість окситоцинового рефлексу, що спричиняє невідповідність між продукцією та виведенням молока.

Основні чинники, які сприяють нагрубанню молочної залози:

- затримка початку грудного годування;
- невірне прикладання дитини до грудей;
- рідке спорожнення грудей від молока;
- обмеження частоти і тривалості грудного вигодовування.

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” [36]:

- *Якщо дитина спроможна смоктати, то її треба часто годувати грудьми, не обмежуючи тривалість годування, виконуючи правильну техніку грудного годування;*
- *Якщо дитина не може прикладатися до грудей і захопити сосок та ареолу, треба допомогти матері зцідити молоко (див. розділ 7.). Іноді достатньо зцідити невелику кількість молока для пом'якшення залози, після чого дитина спроможна смоктати;*
- *Перед годуванням або зціджуванням потрібно стимулювати у матері рефлекс окситоцину:*
 - теплый компрес на молочні залози або теплий душ;
 - зробити масаж спини або шиї (див розділ Зціджування 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 зціджування;
 - 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.*

Закупорювання молочної протоки, мастит(слайди..)

При закупорюванні молочної протоки (наприклад згустком молока) частина молочної залози не спорожнюється , з'являється локальне, помірно болісне, горбкувате, тверде утворення. Зціджування молока утруднене. Порушення загального стану породіллі , підвищення температури нема. Стан, при якому молоко не видаляється з грудей, пов'язаний із закупорюванням молочної протоки або нагруданням залози, зветься лактозтазом .

Якщо своєчасно не видалити молоко із залози , розвивається досить серйозне ускладнення мастит.

*Мастит може бути неінфекційним процесом, особливо на початку захворювання. Причиною запалення може бути “прорив” або рефлюкс молока з молочних ходів під великим тиском в оточуючий інтерстіціальний простір з наступним аутолізом тканини як ферментами молока, так і звільненими клітинними ферментами самої залози. Приєднання інфекції спричиняє розвиток інфекційного маститу (в етіології маститу провідне місце займає патогенний стафілокок - *Staphylococcus aureus* [41-42]). Однак на практиці дуже важко відрізнити наявність чи відсутність інфекційного процесу (заходи –див. нижче)*

Отже, причинами закупорювання молочної протоки і маститу є:

<i>Недостатній дренаж частини або усієї молочної залози</i>	<i>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</i>
<i>Тріщини соків</i>	<i>Шлях для проникнення бактерій</i>
<i>Травма грудей</i>	<i>Пошкодження тканини</i>

	<i>молочної залози (грубий масаж і зціджування, забій).</i>
<i>Стрес, надмірне навантаження</i>	

Симптоми маститу:

- *підвищення температури до 38,5-39° С*
- *дриж*
- *слабкість, головний біль*
- *біль у молочній залозі*
- *збільшення, ущільнення, набряк, гіперемія залози*
- *пальпація окремих дуже щільних болючих ділянок залози*
- *молоко важко зцідити*

Серозна форма маститу при недостатньому або неефективному лікуванні протягом 1-3 днів переходить у інфільтративну. Це найбільш поширена клінічна форма. Гнійна стадія маститу має ще більш виражену клінічну картину (висока температура тіла-39° С і вище, сильна дриж, втрата апетиту, збільшення і болючість пахвових лімфатичних вузлів).

Лікування запалення молочної залози

• Покращити дренаж залози:

- *забезпечити правильне прикладання дитини до грудей, часте годування;*
- *усунути тиск одягу, або інших чинників;*
- *забезпечити підвищене положення молочної залози*
- *стимулювати окситоциновий рефлекс (див. вище –нагрубання молочних залоз)*

;

- *починати годування здоровою залозою, міняти позиції при годуванні;*

• 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 (супрастин, 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.

Протипоказанням для грудного вигодовування є гнійний мастит.

Кандидозна інфекція (слайд..)

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 гіперемовано, блискучою, іноді відмічається її розширення.

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 використовувати пустышки, соски , а також накладки на соски.

Додаткові молочні залози (слайд)

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 протипоказане роминання, масаж;
- 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 (слайди)

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.

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

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 (див. розділ 6.);
- періодичний докорм (за показаннями) , але без застосування пляшечки з соскою (використовувати альтернативні методи годування – чашечку, шприц, пипетку);
- при необхідності паралельне використання усього комплексу лікування гіполактації (див. Розділ Недостатня секреція молока).

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
- гострий нелікований сифіліс

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

Захворювання

Грудне вигодовування протипоказане при:

Серцево-судинна патологія	Хронічний серцевий 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, портальної 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 гемодинаміки, стану хворої, при спостереженні лікаря-кардіолога.

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 [43]. В той же час, у випадках, коли мати є носієм HBs- антигену або хвора на гепатит В, годування грудьми можливе за умовою вакцинації новонародженого (вакцина Engerix-B).

При таких інфекціях у матері як кір, вітряна віспа годувати грудьми можна за умовою введення дитині γ -глобуліну.

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 бути окремо від дитини в період між годуванням грудьми.

Вигодовування немовлят з перинатальними інфекціями групи TORCH –BII (див. розділ 12).

Основні труднощі грудного вигодовування з боку дитини

Ускладнення грудного годування	Тактика неонатолога
1. Слабка смоктальна активність протягом перших 2-3 днів життя. Часто є одним із проявів напруження адаптаційних реакцій; нормалізується через 4-5 днів	Необхідно диференціювати з перинатальною чи вродженою патологією.
2. Синдром “голодного щасливця” у дітей – ледачих смок тунів. Проявляється відсутністю неспокою ц випадку голоду, а при прикладанні до грудей – наявністю млявого смоктання, у зв’язку з чим дитина отримує, в основному, легко доступне переднє молоко і загальна кількість отриманого молока навіть при тривалому годуванні рідко досягає норми. Проблема полягає в тому, що це веде до зниження лактації у матері та зниження ваги у дитини.	Прикладати дитину до двох молочних залоз, після чого повне зіджування залишків молока і догодовування дитини з чашки чи з ложки (піпетки).

3. Поведінковий синдром “розгубленості перед соском” проявляється у пошуковій активності дитини під час прикладання до грудей: неможливість захопити сосок, поява збудженості і крику. Часто трапляється тоді, коли немовля годується з пляшечки в 1-2 добу життя. Стереотип смоктання з соски значно відрізняється від годування грудьми і швидко закріплюється.	Необхідно повне відлучення від пляшечки і соски, наполегливе, терпляче навчання смоктанню з грудей матері, часте прикладання до грудей.
4. Надзвичайно жадібне і енергійне смоктання дитини, як правило, дуже короткий час, що призводить до ковтання не тільки молока, але й повітря. Як наслідок спостерігається зригування, кишкові кольки та неспокій дитини.	В таких обставинах потрібно робити перерви у годуванні 2-3 рази, тримати вертикально для відригування повітря.
5. Коротка вуздечка язика	Це не перешкода для годування, вуздечка з часом та ростом дитини має здатність розтягуватися. Може підрізатися хірургом, якщо це хвилює батьків.
6. ГРВІ (риніт, отит) - проявляється неспокоєм та криком після перших смоктальних рухів дитини, або неможливість смоктання внаслідок обтурації носових ходів.	Лікування основної причини, а тим часом – тимчасове годування з чашки або ложки (піпетки) зцідженим молоком.
7. Кандидозний стоматит. Нemoжливість смоктання внаслідок ураження порожнини рота (болючі відчуття), при цьому як правило порушений загальний стан).	Лікування стоматиту у дитини. Тимчасове годування зцідженим молоком з чашки або ложки (піпетки).
8. Розщілина верхньої губи, твердого піднебіння	Діти, народжені з розщілиною губи чи верхнього піднебіння можуть мати проблеми під час годування через неможливість створити негативний тиск або через неможливість витискати молоко з груді. Важкість проблеми залежить від ступеня патології і форми груді. Більшість дітей з розщілиною губи, але здоровим піднебінням здатні смоктати груди і їх матері згодом навчаються допомагати їм, закриваючи груддю отвір між ротом і носом; форма груді (витягнута) сприяє цьому. Для таких дітей годування грудьми може бути більш зручним, ніж при вигодовуванні з пляшечки. Грудь, крім того, ще й активно випускає молоко і мати сама може стискати її коли годує дитину. При годуванні з пляшечки, дитині навпаки потребується більше зусиль, щоб висмокати молоко (якщо отвір в сосці не дуже широкий чи дитина не вигодовується із спеціально сконструйованої пляшечки). У випадку розщілини твердого піднебіння – можливість грудного годування залежить від ступеня патології. Якщо вона невелика і розміщується з одного боку мати може так розмістити грудь, що годування буде можливим. Не зважаючи на всі дії, годування може залишитись недостатньо ефективним в результаті чого може знизитись продукція молока, в таких випадках необхідно поєднувати смоктання з грудей та їх зціджування, а також рекомендується користуватись <i>обтуратором</i> який спеціально сконструйовано для цієї мети. У дуже важких випадках, коли ні годування з грудей, ні з пляшечки, ні за допомогою обтуратора не ефективні, варто використовувати інші методи годування: такі, як ложка, чашка чи

	зонд. <i>Зрештою, розщілина губи та піднебіння відноситься швидше до проблем, які пов'язані з нездатністю дитини годуватися, але не пов'язані з вибором між грудним молоком та сумішами. Найкращим продуктом для таких дітей є і залишається грудне молоко внаслідок його харчових та імунологічних переваг. У дітей з щелепними вадами часті випадки запалень середнього вуха та дефектів мови і це свідчить про те, що все ж при годуванні перевага повинна надаватись грудному молоку, щоб виключити з харчування антигенні білки і щелепно-лицеву активність.</i> Частота випадків розщілини губі та верхнього піднебіння складає, відповідно, 1 і 0,4 на 1000.
9. Синдром П'єра Робена: маленька нижня щелепа, глосоптоз, розщілина м'якого піднебіння	При неможливості пристосуватися до грудей - годування з ложечки зцідженим грудним молоком. (тактика див. попередню патологію)

РОЗДІЛ XII

Вигодовування передчасно народжених дітей та новонароджених з перинатальною патологією

Мета заняття:

1. Розробити та обґрунтувати концепцію ефективної перинатальної допомоги передчасно народженим дітям
2. Визначити оптимальні методи та методики вигодовування передчасно народжених дітей і дітей з перинатальною патологією
3. Дати клініко-імунологічне та патогенетичне обґрунтування доцільності вигодовування передчасно народжених дітей грудним материнським молоком
4. Обґрунтувати доцільність та необхідність вигодовування грудним материнським молоком новонароджених з перинатальною патологією
5. Допомогти і навчити матір годувати передчасно народжену або хвору дитину грудним молоком, використовуючи сучасні методи і методики
6. Впроваджувати гуманізацію медичної допомоги передчасно народженим немовлятам і новонародженим з перинатальною патологією на всіх етапах надання лікувально-профілактичної допомоги

Новонароджені з низькою масою тіла

Немовлята, які мають масу тіла менше ніж 2500 г незалежно від гестаційного віку, відносяться до новонароджених з низькою масою тіла – НМР.

Класифікація новонароджених (ВООЗ):

- Передчасно народженими є діти, які мають гестаційний вік від 24-х до 37 тижнів
- Діти, які народились в строк - гестаційний вік 37-42 тижні
- Діти, які народились після строку – гестаційний вік більш ніж 42 тижні

Якщо діти з низькою масою тіла народжені в строк, то вони малі до гестаційного віку. Діти з масою менше ніж 1500г при народженні відносяться до новонароджених з низькою масою тіла при народженні. Діти з масою тіла менш ніж 1000г при народженні формують групу немовлят з екстремально низькою масою тіла.

Підвищення рівня перинатальних технологій, розвиток інтенсивної терапії в неонатології зумовили підвищення рівня виживання передчасно народжених дітей. Водночас, особливої актуальності останніми роками набуває впровадження *гуманізації пери- та неонатальної медицини* з метою зниження рівня захворюваності та інвалідності з дитинства у передчасно народжених дітей та немовлят з перинатальною патологією. Проблеми виживання, виходжування і вигодовування мають важливе значення для всіх категорій немовлят.

Новонароджені з низькою масою тіла при народженні мають більшу потребу в грудному молоці, бо мають більший ризик виникнення інфекції
--

Передчасно народжені немовлята потребують особливого імунобіологічного захисту, забезпечення білками, жирами, вуглеводами, вітамінами, мікроелементами. При

передчасних пологах грудне молоко має особливі поживні і енергетичні властивості. Так, молоко жінок, що народили передчасно, містить більшу кількість білка, поліненасичених жирних кислот, які необхідні для росту і розвитку організму недоношеної дитини, насамперед, для дозрівання центральної нервової системи.

Також грудне молоко при передчасних пологах більш багате на вуглеводи, вітаміни А, Е, С порівняно з грудним молоком у жінок, що народили в строк. Дуже важливо, що грудне молоко у жінок при недоношеній вагітності містить більше мікроелементів, необхідних для розвитку дитини, а саме: заліза, хлору, цинку, йоду.

Таблиця 12.1

Компоненти грудного молока жінок, що народили передчасно

Рівні компонентів, що збільшені	Рівні компонентів, що не змінені
Загальний азот	Об'єм
Азот білка	Калорії
Жирні кислоти довго ланцюгові	Лактоза (?)
Жирні кислоти с середньою довжиною ланцюгів	Лінолева кислота
Жирні кислоти з короткою довжиною ланцюгів	Фосфор
Натрій	Кальцій
Хлор	Калій
Магній (?)	Мідь
Залізо	Осмолярність
Цинк	Вітаміни В 1-12

Молоко жінок, що народили передчасно, вище за білковим наповненням протягом перших місяців годування грудьми, містить 1.8 - 2.4 г/100мл.

За літературними даними, кількість жиру в грудному молоці у жінок, що народили передчасно не відрізняється від такого у жінок, що народили в строк. Але Anderson і співав. (1989) вважають, що кількість жиру в молоці у жінок, що народили передчасно значно більше, а його енергетична цінність вища (58 - 70 ккал/100мл). Жири грудного молока повністю засвоюються, фекальний вихід жирів і жирних кислот у новонароджених, що годуються грудним молоком, значно нижчий ніж у тих, які отримують суміш. Середня жирність молока матерів, що народили передчасно 3.2 - 3.4 г/100мл і середнє всмоктування жирів 5.0 - 5.5 г/кг/добу.

Лактоза в молоці жінок, що народили передчасно складає 5.96 г/100мл - 6.95 г/100мл. Кальцій та фосфор незначно вище в молоці жінок з передчасними пологами (14 - 16 мЕкв/л проти 13 -16 мЕкв/л кальцій і 4.7 -

5.5 ммоль/л проти 4.0 - 5.1 ммоль/л фосфор). Співвідношення кальцій/фосфор в грудному молоці більш фізіологічне ніж в суміші, але все ж таки низький рівень фосфору призводить до втрати кальцію з сечею.

Незважаючи на те, що ні молоко жінки, що народила в строк, ні молоко жінки, що народила передчасно, не мають адекватного вмісту кальцію і фосфору для новонародженого з дуже низькою масою тіла, раннє годування передчасно народжених немовлят грудним молоком сприяє адекватному росту скелету і мінералізації кісток в подальшому житті.

Steichen і співав. вважають за доцільно щотижневе визначення фосфору крові протягом першого місяця життя і кожні 2 тижні до досягнення 2000г, і його рівні нижче 4 мг/100мл, повинні супроводжуватися рентгенівськими знімками зап'ясть для визначення порушень остеогенезу і рахіту. Щотижня необхідно проводити визначення рівнів кальцію в крові, рівень понад 11 мг/100мл вважається з великим.

Рівні магнію складають 28 - 31 мг/л, знижуються до 25 мг/л в 28 днів. Рівні цинку вище в молоці жінок, що народили передчасно (5.3 мг/л і знижуються до 3.9 в 28 днів).

Рівні натрію також вище (26.6 мЕкв/л, знижуються до 12.6 мЕкв/л), молоко жінок, що народили в строк - 22.3 мЕкв/л, зниження до 8.5 мЕкв/л в 28 днів.

Хлориди мають подібну закономірність: у жінок, що народили передчасно 31.6 мЕкв/л зі зменшенням до 16.8 мЕкв/л, у жінок, що народили в строк 26.9 мЕкв/л зі зменшенням до 13.1 мЕкв/л в 28 днів життя.

До складу грудного молока входять дев'ять незамінних і напівнезамінних амінокислот, необхідних для дітей з малою масою тіла при народженні, особливо таурин, цистин і лейцин.

Передчасно народженому немовляті необхідні ферменти для метаболізму і накопичення нефізіологічних рівнів метіоніну, тирозину, фенілаланіну, сечовини крові і аміаку. Вимоги до кількості білку для передчасно народжених засновані на внутрішньо матковому збільшенні від 2.5 г/100 ккал, або 325 мг/кг/щоденно. Енергія основного обміну - 109 ккал/кг/добу.

Жіноче молоко має високі рівні лінолевої кислоти, що забезпечує добре всмоктування жирів навіть у новонароджених з малою масою тіла при народженні, а також у дітей з синдромом мальабсорбції. Новонароджені з масою тіла 1500 г абсорбують 90 % жиру грудного молока и 68 % жирів суміші. **Найвище засвоєння молока власної матері, особливо якщо воно свіже і термічно необроблене.** При стерилізації молока або при додаванні кальцію, засвоєння жирів зменшується. Якщо молоко збагачене жирами, то це призводить до зміни співвідношення вітаміну Е/ поліненасичені жирні кислоти. Тому необхідно додавати вітамін Е, щоб зберегти це співвідношення більше ніж 0.6 (в грудному молоці співвідношення - 0.9).

Вимоги до кількості вітаміну Д залежать від стану матері, з яким існує пряма кореляція. Вважаючи на те, що для новонароджених з низькою масою тіла запаси мінімальні, через короткий час вони будуть залежні від екзогенного вітаміну Д. Добові дози, що рекомендовані, складають 400 МО. Збільшення дози призводить до збільшення ризику виникнення токсичної дії вітаміну Д. Не всі новонароджені з низькою масою тіла при народженні будуть мати рахіт, особливо ті, що мають гестаційний вік 40 тижнів, навіть якщо вони не отримували екзогенний вітамін Д.

Мікроелементи:

- **Потреби в цинку** забезпечуються молоком матері до 6 міс. Після цього строку необхідно корегувати кількість цинку в харчуванні дитини.
- **Засвоєння міді** складає 50 % - 70 %. Рівні міді в молоці знижуються до 6 міс і потребують корекції. Новонароджені з дуже низькою масою тіла при народженні потребують додаткового введення міді в кількості 30-40 мкг/добу перші 3 міс життя.
- **Марганець** – щоденна потреба складає 7 мкг/кг/добу. В жіночому молоці - 0.35 нг/мл або 0.5 мкг/кг/добу.
- **Селен**- вважається, що необхідно 1.5 -2.5 мкг/кг/добу. Жіноче молоко забезпечує 1 - 2 мкг/100мл і кількість його стабільна протягом періоду лактації.
- **Йод**- кількість задовольняє потреби новонародженої дитини будь-якої маси тіла при адекватному йодному забезпеченні матері.
- **Хром**- рекомендована кількість 1.0 - 2.0 мкг/кг/добу, заснована на тому, що засвоєння складає тільки 10 % , а необхідна добова кількість 0.1 - 0.2 мкг/кг/добу. Рівні в грудному молоці 0.03 мкг/100мл.
- **Залізо**- введення додаткової кількості проводиться в термін від 2 до 3 міс, коли маса тіла стає вдвічі більшою ніж при народженні. Для новонароджених з масою тіла до 1000 г необхідно введення елементного заліза 4 мкг/кг/добу; від 1000 до 1500 г повинні отримати 3 мкг/кг/добу. Необхідно адекватне надходження вітаміну С і вітаміну Е (4 - 5 мг/добу), навіть при тому, що грудне молоко містить 5 мг/100мл вітаміну С і 0.25 мг/100мл вітаміну Е.

Перевагами грудного молока для передчасно народжених дітей є:

- психоемоційний взаємозв'язок дитини та матері
- фізіологічний склад амінокислот
- повне засвоєння білків і жирів
- високий рівень поліненасичених жирних кислот, які є пластичним та енергетичним матеріалом для дозрівання та розвитку ЦНС
- імуномодуючі властивості грудного молока, що є основою для подальшого формування імунітету
- молоко для передчасно народжених немовлят містить більше IgA, лізоцима, лактоферина
- вище абсолютна кількість макрофагів, лімфоцитів і нейтрофілів
- більш високий рівень тиреоїдних гормонів, які сприяють фізіологічному становленню функції щитовидної залози, розвитку та дозріванню ЦНС, легеневого сурфактанту у передчасно народжених дітей

- годування передчасно народжених немовлят грудним молоком знижує частоту розвитку респіраторного дистрес-синдрому
- годування грудьми і біля грудей матері ініціює перистальтичні рухи кишечника, викликає рефлекс ковтання і фізіологічну відповідь кишечнику
- наявність активних ферментів, що допомагає дозріванню ферментної системи шлунково-кишкового тракту
- профілактика виразково-некротичного ентероколіту
- присутність активних ферментів розширює дозрівання і доповнює дію ферменту цієї слабоборзвинutoї кишки
- низька завантаженість нирок, що сприяє фізіологічному становленню їх функції

Таким чином, сама природа забезпечила фізіологічну доцільність годування передчасно народжених дітей грудним молоком їх матерів

Що необхідно враховувати при вигодовуванні передчасно народженої дитини

Швидкі темпи росту передчасно народженої дитини зумовлюють більш високу потребу організму в білках, мікроелементах, вітамінах. Тому, щоб задовольнити фізіологічні потреби такої дитини, використовують грудне молоко як основу, а також додають поживні речовини, які є в дефіциті.

Це додаткове забезпечення білками, деякими мікроелементами, вітамінами, особливо дітей з гестаційний віком менш ніж 32 тижні і масою тіла 1500 і менше, може проводитися шляхом часткового парентерального харчування.

Немовлятам, що мають гестаційний вік 32-34 тижні, додаткове введення білку можна здійснювати ентерально, додаючи до грудного молока спеціальні, збагачені білком, добавки. Новонароджені, що отримували збагачене грудне молоко своєї матері мають більший приріст ваги, лінійний зріст, а також значно вищий рівень азоту сечовини.

Способи годування передчасно народжених дітей

Протягом перших днів життя передчасно народженій дитині можливо потрібне парентеральне харчування. Годування через рот необхідно починати настільки рано, наскільки це дозволяє стан дитини.

Рефлекс ковтання сформовано вже протягом періоду внутрішньоутробного розвитку, починаючи з 18-20 тижня гестації. Рефлекс смоктання формується з 22-24 тижня гестації, водночас при народженні дитини з терміном гестації 24-30 тижнів рефлекс смоктання і ковтання ще не сформовані таким чином, щоб забезпечити можливість самостійного ентерального харчування. Тому у недоношених дітей з гестаційний віком менше 30-32 тижнів використовується годування материнським молоком через назогастральний зонд з

проведенням часткового парентерального харчування. Але бажано, щоб мати дитини тримала її на руках, була з нею в контактi шкіра до шкіри кожен день. Це сприяє налагодженню зв'язків і становленню лактації

Дітей з гестаційним віком 30-32 тижні можливо годувати з чашечки або з ложечки. Спочатку можливо годувати дитину через зонд з поступовим переводом на годування з чашечки. Якщо дитина гарно їсть з чашечки, немає потреби годувати її через зонд. Залежно від стану дитини при народженні, починаючи з 31-32 тижнів гестаційного віку, немовлят можна годувати з чашечки материнським молоком з додаванням білкових добавок, що виключає необхідність парентерального харчування. **Слайди № 117-122**

Слайди № 7-11

Діти гестаційного віку більше ніж 32 тижні можуть починати годування біля грудей матері. Дозвольте матері покласти дитину до себе на живіт, як тільки стан її буде задовільним. Спочатку він може підповзти до грудей матері, знайти соски і лизати їх. В цей період, коли годування біля грудей не налагоджено, необхідно продовжувати годувати дитину з чашечки або через зонд.

Як тільки новонароджений з низькою масою тіла починає ефективно смоктати, він може робити часті і довгі паузи під час годування. Наприклад, після 4-5 смоктальних рухів він може зробити паузу на 4-5 хвилин. Дуже важливим є не віддалення дитини від грудей в цей період. Залиште дитину біля грудей матері, щоб після паузи вона знову мала можливість почати процес смоктання. Недоношена і дитина з низькою масою тіла може смоктати біля грудей матері протягом години, якщо в цьому є потреба.

Поради:

- Запропонуйте новонародженому їжу з чашечки після годування біля грудей матері
- Переконайтесь, що положення недоношеної дитини біля грудей є правильним
- Найкращими положеннями, при яких мати може утримувати дитину є:
 - горизонтально до свого тіла, підтримуючи його рукою протилежного боку
 - положення під рукою

При обох положеннях мати підтримує тіло дитини рукою і контролює його голову.

Координація смоктання і ковтання у немовлят формується з 32-34 тижнів гестації. Новонароджених з гестаційним віком 34-36 тижнів і масою тіла більш ніж 1800г можна прикладати до грудей матері.

При виходжуванні і грудному годуванні передчасно народжених немовлят з гестаційним віком 30-36 тижнів доцільно використовувати метод кенгуру, який забезпечує контакт шкіра до шкіри матері і дитини, синхронізацію біоритмів матері і дитини, які склалися ще протягом внутрішньоутробного періоду. Метод кенгуру зберігає тепло дитини і зменшує її енергетичні витрати, що забезпечує більш швидкий ріст дитини і кращий психоемоційний розвиток. **Слайди №20**

Табл.12.2

Гестаційний вік до 30-31 тижнів, маса тіла 1300г і менше	Зондове годування з використанням материнського молока
Гестаційний вік до 31-32 тижні, Гестаційний вік до 32-34 тижні	Годування з чашечки материнським молоком
Гестаційний вік до 34-36 тижнів	Прикладання до грудей матері, грудне

	вигодовування
--	---------------

При смоктанні грудей передчасно народжені немовлята використовують меншу кількість енергії для всмоктування того ж самого об'єму молока ніж народжені в строк. Це пояснюється здатністю передчасно народжених немовлят створювати більш низький тиск і більш низьку частоту при проведенні смоктання. Складність в тому, що не завжди передчасно народжені можуть адекватно регулювати потік.

Чому важко годувати передчасно народжених немовлят виключно грудьми?

- Збільшення питомої ваги передчасно народжених дітей з перинатальною патологією, що потребує проведення інтенсивної терапії
- передчасно народжені немовлята не завжди ефективно можуть ссати грудь
- матері інколи важко зцідити грудь
- їм потрібно введення додаткової кількості поживних речовин, що недостатньо в грудному молоці

Годування новонародженої дитини,

що не може бути прикладена до грудей матері

Якщо дитина не може годуватися біля грудей матері, використовують альтернативні методи годування зцідженим грудним молоком:

- **з чашечки**
 - з чашечки і ложечки (. *Слайди №7-9*)
 - через зонд . *Слайди №52-54, 6, 115-116*

- через зонд з додатковим використанням методу “пальця”
- за допомогою шприца
- з піпетки

Переваги зазначених методик в порівнянні з годуванням з пляшечки

- зазначені засоби не можна залишити біля дитини вважаючи, що вона поїсть сама. Мати повинна знаходитись поруч, тримати дитину, дивитись на неї, приділяючи їй увагу
- не відволікають дитину від їжі
- на годування треба менше часу ніж на годування з пляшечки, що зменшує вірогідність розповсюдження бактерій
- чашки та ложки краще мити, а зонди та шприци як правило одноразового використання
- годування за допомогою зазначених засобів не створює перешкоди годуванню грудьми
- при годуванні з чашечки новонароджений керує подачею кількості їжі
- не втрачає багато енергії при годуванні
- стимулюють рухи язика і рух захвату
- підтримують контакт матері та дитини очі в очі

Годування новонародженої дитини з чашечки

- Для годування використовуйте невелику чашечку, яка містить 10-20 мл жіночого молока. Вона може бути скляною або з пластмаси. Пластмасова чашечка дозволить згинати краї у вигляді жолоба (носика)
- Наповніть чашечку принаймні наполовину, або навіть більше, так, щоб вистачило на годування
- Бажано приготувати декілька чашечок, тому що ритм годування не повинен перериватися
- Покладіть пелюшку, або гігроскопічну серветку під підборіддя дитини, щоб абсорбувати молоко, яке може пролитися при годуванні
- Покладіть дитину до себе на коліна в вертикальній або напівлежачій позиції
- Підведіть бортики чашки до нижньої губи дитини і нахилийте доки молоко не досягне країв чашки

- Зверніть увагу, що чашка лежить на нижній губі дитини
- Наберіться терпіння, дозвольте дитині пити молоко ковтками за його власним темпом, навіть коли на Ваш погляд це складає тривалий час. Не треба лити молоко до рота дитини, вона може розплескати і навіть поперхнутися
- Молоко в роті дитини потрібно утримувати в стані “спокійного озера”, уникаючи приливів-відливів і навіть незначних хвиль

Годування за допомогою ложки і чашечки

- Покладіть дитину до себе на коліна в вертикальній позиції як і при годуванні з чашечки
- Наповніть ложку молоком, наблизьте її до губ дитини, покладіть її на нижню губу дитини
- Коли новонароджений відкриє ротик, трохи нахилить ложку, дозволяючи дитині брати молоко и робити ковтки за власним темпом

Труднощі, що можуть виникати:

- Годувати ложкою довше ніж безпосередньо з чашечки
- Деякі матері завершують годування коли дитина ще не наїлася досхочу, тому такі діти частіше мають проблеми з набором маси тіла, або взагалі погано їдять
- Для годування потрібна більша зайнятість рук, коли одна рука тримає дитину і чашку, друга рука маніпулює ложкою. Якщо під час годування потрібна будь - яка корекція положення дитини, його переривають, тимчасово залишаючи чашку або ложку на столику поруч

Але хворій дитині, наприклад з респіраторною інфекцією, годування з ложки і чашки проводити краще і легше.

Годування з піпетки або шприца

- Положення дитини вертикальне або напівлежаче на колінах матері
- Для годування використовуються пластмасові піпетки або шприц
- Кінчик піпетки або шприца підводиться до рота дитини і вводиться молоко в кількості, що залежить від гестаційного віку дитини і її загального стану
- Не потрібно докладати додаткових зусиль для введення молока через зонд, молоко має поступати до дитини повільно без тиску

Годування через зонд

- Використовується у хворих новонароджених, що знаходяться у важкому стані
- При відсутності рефлексів
- У новонароджених з низькою та екстремально низькою масою тіла в перші дні життя
- У новонароджених з вродженими вадами розвитку
- При недостатній кількості молока у матері або його відсутності, для стимуляції і становлення лактації використовується годування через трубочку, що є складовою частиною пристрою, що закріплюється біля грудей матері. Він складається з колби, що містить молоко, зонду-трубочки з кремній органічного матеріалу, фіксатора – липучої смужки, що закріплюється біля соска матері. Цей пристрій дозволяє дитині смоктати груди і отримувати завчасно зціджене грудне молоко

Цей метод застосовується матерями:

- коли необхідно вигодовування саме біля грудей матері, а саме:

- для досягнення тісного психоемоційного контакту матері та дитини
- у новонароджених з перинатальними ураженнями ЦНС
- в разі передчасного народження дитини

- що мають прийомних дітей

- при відновленні лактації після перерви

Годування за допомогою пальця

Новонароджений вигодовується за допомогою додаткового пристрою (див. вище) але він фіксується до пальця дорослої людини, матері або персоналу, що виходжує і доглядає дитину. Палець вставляється в рот дитини, проводячи смоктання пальця, дитина отримує молоко за допомогою зонда з спеціальної колби, що заповнена молоком

Який метод обрати?

Годування з чашки, з чашки і ложки, з піпетки

- Коли новонароджений не може смоктати з грудей матері

- Коли є проблеми з утриманням соска
- Коли новонародженому потрібне додаткове введення речовин
- Коли дитина відлучається від грудей
- Коли є проблеми матері і вона відсутня біля дитини
- Вроджені вади розвитку, що утруднюють смоктання
- При запальних захворюваннях соска, коли необхідно зробити відпочинок

Годування за методикою “годуючого пальця”

- Коли новонароджений не може ссати груди достатньо ефективно
- Коли дитину навчають правильно годуватися біля грудей матері
- Якщо дитина з групи “лінивих сосунів”
- Коли дитина знаходиться не з матір'ю
- Коли у матері є проблеми з сосками. Палець замінює на деякий час грудь, дозволяє соскам загоїтись, не призводить до зміни механізму смоктання. Рухи язика при захваті пальця подібні як при подачі грудей

Методика проведення:

- Вимити руки, краще за все, щоб нігті були коротко підрізані, але це не є необхідним
- Положення новонародженого вертикальне або напівлежаче на колінах матері, максимально комфортне для дитини
- Голова дитини утримується рукою позаду шиї і плечей
- Для годування обирається катетер 5F
- Катетер закріплюється на пальці, найчастіше вказівному, таким чином, щоб його кінець не виходив за край пальця
- Якщо катетер плавно лягає по траєкторії пальця, немає необхідності кріпити його за допомогою пластиру до пальця
- Вказівним пальцем з закріпленим катетером стимулюйте губи дитини для відкривання рота
- Введіть палець м'яко і без зусиль
- Корекція підборіддя дитини дозволить правильно утримувати палець в роті дитини і утримувати нижню губу вивернутою
- Методика спрацьовує, якщо дитина достатньо отримує молока і з необхідною швидкістю

Якщо методика використовується для того, щоб привчити дитину до грудей матері, необхідно проводити годування за допомогою пальця і спробувати давати груди матері. Взагалі за кілька днів тренувань спроби закінчуються успіхом.

Якщо для годування дитини використовується палець особи з родини дитини, необхідно завчасно обумовити строки і тривалість перебування батька або представників родини немовляти в дитячому стаціонарі.

Найкраще, якщо батьки зроблять фото своєї дитини, коли вона годується з чашечки або з ложечки. Час минає, дитина росте і її образ, коли вона п'є з чашечки минає назавжди. Утримання і годування з чашечки, що було для батьків важким колись, при розгляданні старих фотографій стане легким і забавним.

Грудне вигодовування і формування розвитку мозку

Поживні речовини грудного молока пов'язані з ростом тканини мозку новонароджених, включаючи таурин, холестерин, поліненасичені жирні кислоти, аміносахари вільних і пов'язаних форм. Аміносахари - важливі компоненти глікопротеїдів і гангліозидів мозку. У новонароджених, що вигодовувалися грудним молоком, функція органу зору була значно краще, що пов'язують з наявністю в жіночому молоці поліненасичених жирних кислот, а також дією антиоксиданту жіночого молока. Крім того, діагноз ретинопатії був значно рідше у новонароджених, що вигодовувалися грудним молоком, ніж у новонароджених, що вигодовувалися сумішшю.

Особливості шлунково-кишкового тракту передчасно народжених немовлят

Хоча анатомічне диференціювання кишківника починається з 20 тижня вагітності, функціональний його розвиток до 26 тижня відбувається повільно. Окремі частини його розвиваються в різний час для того, щоб деякі поживні речовини краще всмоктувалися ніж інші. Швидкість засвоєння грудного молока визначає зрілість носіїв мембран і зрілість ферментів. У передчасно народжених немовлят 50 % материнського молока евакуюється із шлунку в перші 25 хв. Якщо новонароджений отримує суміш – евакуація відбувається в 2 рази повільніше.

Грудне молоко попереджує розвиток таких захворювань і станів як: сепсис, менінгіт, вірусних захворювань, некротичного ентероколіта.

Провідна перинатальна патологія передчасно народжених дітей:

- інтранатальна гіпоксія – перинатальна асфіксія
- респіраторний дистрес синдром І типу
- гіпоксично-ішемічні ураження ЦНС: периінтравентрикулярні крововиливи, перивентрикулярна лейкомаляція
- внутрішньоутробні інфекції
- перинатальні інфекції
- виразково-некротичний ентероколіт

Патологічні стани перинатального періоду

➤ Новонароджені, замалі для свого гестаційного віку.

Такі діти можуть мати як малу масу для даного гестаційного віку так і зріст. Це залежить від фактора, що подіяв протягом вагітності. Так відомо, що гіпертензія матері в третьому триместрі вагітності сприяє затримці маси тіла плода, а перенесення краснухи матір'ю в першому триместрі вагітності – затримці зросту. Чим більша затримка зросту у новонародженого, тим більші проблеми при проведенні харчування такої дитини. У новонароджених цієї групи частіше відбувається гіпокальціємія, гіпотермія, гіпоглікемія.

Грудне молоко сприяє повноцінному розвитку кишківника.

. Слайди № 49-51

➤ Патологічні стани плода і гіпоксія новонародженого

Новонароджені, стан яких потребує проведення інтенсивної терапії, мають низьку оцінку за шкалою Апгар. В залежності від клінічного стану прикладання до грудей повинно бути відстрочене на 48 год. Іноді цей термін може бути подовжено на 96 год. Гіпоксія призводить до зменшення перистальтики кишківника і зменшенню рівня стимулюючих гормонів. Такі новонароджені можуть мати неврологічні проблеми і не завжди адекватно реагують на спроби годування грудьми в подальшому. Для таких дітей оптимальною позицією біля грудей матері може стати поза “балерини” або “футбольного м'яча”, коли дитина знаходиться попереду матері, голова і обличчя дитини стабілізовані рукою матері і знаходяться прямо напроти її грудей.

Шлунково-кишкові розлади

Розлади з боку шлунково-кишкового-тракту зустрічаються досить часто як у новонароджених, що отримують грудне молоко, так і у новонароджених, які отримують суміш. Єдине правило - новонароджені в разі виникнення захворювання повинні отримувати грудне молоко настільки, наскільки це можливо. Грудне молоко - фізіологічний розчин, що не викликає ні дегідратацію ні гіпернатріємію. Матері дитини необхідна корегуючи дієта. Алергія на молоко матері може бути, але вона зустрічається досить рідко.

Коліт при годуванні груддю

У новонароджених спостерігаються випорожнення з кров'ю і слизом, при проведенні ректороманоскопії виявлення виразок, набряку, крихкість слизової оболонки Причина - відсутність толерантності до чого-небудь в молоці матері, наприклад до молочного білку. В цьому випадку доцільно короткочасне використання гідролізованої молочної суміші. Матері необхідно дотримуватись дієти з виключенням коров'ячого молока.

Спадкові захворювання, що супроводжуються порушенням обміну в періоді новонародженості

Відсутність толерантності до лактози

Лактоза, головний вуглевод молока, гідролізований гідролітичним ферментом флоретинглюкозиду лактази, ферментом тонкої кишки. Вроджений дефіцит лактази є надзвичайно рідкісним і успадковується за аутосомно- рецесивним типом. Фермент гідролізує лактозу, флоретинглюкозид, глікозилцераміди.

В більшості випадків клінічні прояви зменшуються в 3-5 років життя. Передчасно народжені немовлята не мають толерантності до лактози. Необхідна корекція дієти матері, введення гідролізованого лактозою грудного молока.

Галактоземія

Захворювання, що обумовлене дефіцитом галактозо-1-фосфат-урідінтрансферази. Вроджене порушення метаболізму. Клінічні прояви:

- *жовтяниця*
- *блювота*
- *рідкі випорожнення*
- *мозкові порушення*
- *електролітні порушення*
- *зниження маси тіла*

Необхідно переведення дитини на годування лікувальними штучними сумішами, тому що високі рівні лактози сприяють підвищенню глюкози і галактози.

Фенілкетонурія

Порушення обміну амінокислоти – фенілаланіну, при якому вона накопичується за рахунок відсутності ферменту. Дитина з фенілкетонурією має низьку масу при народженні, мікроцефалію, природжену хворобу серця.

Рівні фенілаланіну в жіночому молоці від 29 до 64 мг/100мл. Для новонароджених з даною патологією рекомендовано вигодовування грудним молоком з додаванням суміші Lofenalac /з низьким вмістом фенілаланіна/.

Жіноче молоко має більш низький вміст фенілаланіну ніж штучна суміш, але це все ж таки перевищує допустимі рівні для новонароджених з фенілкетонурією. Прогноз для інтелектуального розвитку сприятливий, якщо лікування розпочато рано і рівень фенілаланіну крові не перевищує 120 и 300 ммоль/л. Введення густої їжі рекомендовано не раніше 6 міс. життя.

Сеча “із запахом кленового сиропу”

Основні клінічні прояви:

- підвищення непрямого білірубіну –ранні прояви, перший тиждень
- підвищення прямого білірубіну – пізні прояви
- гіпоглікемія
- гепатомегалія
- кровотеча, коагулопатії
- проблеми з годуванням, втрата ваги
- грам-негативний сепсис
- катаракта
- нирковий синдром Фаншоні
- ацидемія, кетонурія і кетоз
- запах кленового сиропу від поту або сечі
- летаргія
- знижений тонус м'язів,

Лікування: призначення лікувальних сумішей, обмеження білку, додавання тіаміну

Муковісцидоз

Рекомендовано грудне вигодовування з додаванням протеолітичних ферментів. В важких випадках можливо використання гідролізованих сумішей.

Ентеропатичний акродерматит (Danbolt-Closs синдром)

Акродерматит enteropathica – рідкісна, але унікальна хвороба, аутосомно- рецесивна, характеризується симетричним висипом навколо рота, геніталій, кінцівок). Висип - гострий везикулобульозний, екзематозний і часто вторинно інфікований *C. albicans*.

Захворювання спостерігається при відлученні від грудей, супроводжується діареєю, втратою волосся, збудженням, низьким рівнем цинку в крові. Жіноче молоко містить менше цинку за кількістю ніж коров'яче, але він пов'язаний з низькомолекулярними фракціями, на відміну від коров'ячого, який є більш високомолекулярним. Співвідношення мідь/цинк більш низьке в молоці корови. В лікування повинні бути включені препарати цинку в вигляді глюконату або сульфату.

Синдром Дауна

Новонароджені з синдромом Дауна не завжди адекватно можуть взяти грудь і ефективно смоктати. Необхідна допомога матері і медичного персоналу для того, щоб навчити дитину правильно і адекватно смоктати. Необхідно використовувати положення дитини біля грудей матері, при якому забезпечується підтримка голови і гіпотонія м'язів корегується координаційними рухами матері. Для корекції положення можна використовувати подушку, або руку для стабілізації захвату і грудей. Допомогу матері в догляді за дитиною надають педіатр, кардіолог, генетик, медична сестра і інші медичні експерти. Особливо важливим для таких дітей є грудне вигодовування, тому, що вони схильні до інфікування і мають підвищений ризик розвитку генералізованої інфекції.

Гіпотиреоз

Новонароджені потребують грудне вигодовування, оскільки молоко має високі рівні тиреоїдних гормонів.

Гіперплазія наднирників

Новонароджені, що отримували грудне молоко протягом неонатального періоду мали меншу частоту зригувань, стабільний клінічний стан.

Оптимізація грудного вигодовування новонароджених з перинатальною патологією

Гіпербілірубінемія і жовтяниця

Фізіологічна жовтяниця виникає на 3-5 добу життя, не супроводжується патологічними клінічними симптомами і високим рівнем непрямого білірубіну. Грудне вигодовування не протипоказано. Часте годування грудним молоком сприяє посиленню перистальтики кишечника і виведенню білірубіну.

Гіпербілірубінемія кон'югаційна	Грудне вигодовування
ABO-сенсibilізація (перша вагітність)	Раннє прикладання до грудей матері. Грудне вигодовування
ABO-конфліктна ситуація у жінок з високим перинатальним ризиком	Клініко-лабораторне спостереження за станом дитини (гемоглобін, еритроцити, гематокрит, білірубін) з прикладанням до грудей матері залежно від клінічної ситуації
Резус-конфлікт	Клініко-лабораторне спостереження за станом дитини (гемоглобін, еритроцити, гематокрит, білірубін) з прикладанням до грудей матері залежно від клінічної ситуації

Гемолітична жовтяниця:

Жовтяниця може бути обумовлена наявністю гемолізу в крові дитини, наприклад при несумісності за системою ABO або за резус-фактором. Грудне вигодовування слід продовжити і дуже важливим є допомога матері зберегти лактацію і вигодовувати грудьми, незважаючи на лікування, що отримує її дитина.

Фототерапія може призвести до зневожування організму, таким чином йому необхідна додаткова кількість рідини. Найкращою рідиною для новонародженого є грудне молоко. Можливо постане необхідність давати грудне молоко з чашечки або через зонд, залежно від стану дитини.

Якщо можливо, мати повинна годувати таку дитину частіше. Новонароджені, що вигодовуються грудним молоком мають більш низькі рівні білірубіну, більш інтенсивно відбувається виділення білірубіну з сечею і випорожненнями.

В тих випадках, коли додаткова порція грудного молока не припиняє зневожування організму, виникає необхідність в парентеральному введенню рідини.

Вірусні інфекції матері

При вірусних захворюваннях матері інфекція може бути передана через грудне молоко.

1. 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 уrogenітального герпесу, жінка має отримувати лікування специфічними протигерпетичними препаратами, дитина має вигодовуватись грудьми.

Матері, які мають активні ураження молочних залоз мають молоко зціджувати. Поновити годування грудьми можливо після того як ураження підсохнуть на фоні системного лікування матері препаратами ацикловіру.

Гострий клінічний оралабіальний герпес потребує тимчасової ізоляції матері від дитини, мати зціджує молоко, дитина годується з чашечки.

Ураження у інших місцях під час годування слід накривати.

2. ВІЛ

Шляхи передачі ВІЛ від матері дитині:

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

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.

Але якщо жінка має бажання годувати дитину грудьми, то це є її правом, але лікар повинен попередити про можливий високий ризик інфікування її дитини.

Якщо жінка або родина дитини не в змозі забезпечити повноцінне штучне годування дитини протягом перших 2 років життя, можна рекомендувати виключно грудне вигодовування з своєчасним введенням пригодовування відповідно віку дитини.

Ні в якому разі грудне вигодовування не повинно супроводжуватись паралельним призначенням молочних сумішей, тобто так зване змішане вигодовування. Такий вид вигодовування підвищує ризик клінічної маніфестації ВІЛ у дитини.

3. Вірусний гепатит В.

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.

4. Вірусний гепатит С

Гостра активна форма вірусного гепатиту С супроводжується високим ризиком передачі вірусу з молоком, тому тактику вигодовування немовлят від матерів з гострою активною формою вірусного гепатиту С необхідно визначати індивідуально з врахуванням вірусного навантаження матері та рівня антигенемії. При наявності тріщин соска годування грудьми тимчасово слід припинити.

5. 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

Годування грудьми новонародженого з перинатальною патологією:

Якщо хворий новонароджений не годується грудним материнським молоком або грудьми:

- спостерігається більш тривалий перебіг захворювання, особливо що стосується перинатальних інфекцій, сепсису
- більш високий рівень ускладнень інвазивної терапії
- дитина більше втрачає масу тіла і довше її відновлює
- необхідний більш тривалий термін проведення інфузійної терапії, часткового парентерального харчування
- новонароджений не отримує факторів імунобіологічного захисту з молоком матері, що зумовлює як більшу тривалість захворювання, так і більший обсяг медикаментозної, в тому числі антибактеріальної та імунозамісної терапії
- відсутній психоемоційний контакт з матір'ю, дитина не отримує емоційного задоволення при годуванні. На сьогодні відомо, що контакт матері та дитини сприяє нормалізації рівня глюкози в крові
- можливо, що контакт матері та хворої новонародженої дитини сприяє покращенню кровообігу мозку.
- зменшується кількість грудного молока у матері
- новонароджена дитина може відмовитися сосати груди після видужання

Ендорфіни, рівень яких підвищується в разі психоемоційного контакту матері та дитини, зменшують спазм судин, в тому числі головного мозку, кишечнику, легенів, що може бути одним з механізмів покращення результатів інтенсивної терапії та виходжування недоношених дітей та немовлят з перинатальною патологією, які отримували грудне молоко в постійному контакті з матір'ю

Якщо хвора дитина продовжує сосати груди або годуватись материнським молоком, це дає змогу:

- підтримати оптимальний водно-електролітний баланс
- скоротити термін лікування дитини та тривалість перебування дитини в стаціонарі
- скоротити обсяг використання інвазивних процедур, а саме інфузійної терапії, парентерального харчування
- зменшити кількість медикаментів, що має економічний ефект для закладів охорони здоров'я,
- знизити ятрогенний вплив на дитину
- отримати емоційне задоволення і психологічний комфорт при годуванні
- підтримати та відновити лактацію у матері та грудне вигодовування у дитини
- забезпечити імунобіологічний гомеостаз організму дитини

Як допомогти матері продовжити грудне вигодовування, якщо її дитина хвора?

Впровадження спільного перебування матері та дитини на всіх етапах лікувально-профілактичної допомоги

Якщо продовжується годування грудьми:

- **доведіть матері, що вона повинна годувати якомога частіше**
- **мати може збільшити кількість годувань до 12 разів на добу, коли дитина хвора**
- Іноді дитина відмовляється від іншої їжі, але вона продовжує ссати грудь
- новонароджені з діареєю взагалі потребують більш частого прикладання до грудей матері
- іноді хвора дитина потребує більш частого прикладання до грудей, що сприяє збільшенню продукування грудного молока.

Оптимізація формування біоценозу

Новонароджена дитина, поступаючи з внутрішньоутробного існування в оточення мікроорганізмів, є надзвичайно вразливою до зовнішнього середовища. Фізіологічну колонізацію, неонатальний біоценоз регулюють захисні мікроорганізми матері (біфідобактерії і лактобацили), що їх отримує новонароджений з полового каналу, із сосків і шкіри грудей матері. Передчасно народжені і новонароджені з перинатальною патологією потребують корекції мікробіоценозу, особливо:

- коли перші 2-3 дні життя вони віддалені від матері
- коли в пологовій залі не було викладання на живіт матері і першого прикладання до грудей матері
- діти, що народжені шляхом кесарського розтину
- при відсутності грудного вигодовування, особливо в найбільш критичний період життя – з моменту народження і до 4 місяців
- новонароджені, що мають захворювання верхніх дихальних шляхів
- новонароджені з перинатальними інфекціями, при лікуванні яких використовувалися антибіотики, імунні препарати
- коли є патологія матері, насамперед мікро екологічні порушення в кишковому і піхвовому біотопах
- коли є несприятливі екологічні, соціально-економічні умови життя

Кишкові дисбіози можуть супроводжуватися наступними клінічними синдромами:

- інтоксикаційним
- діарейним
- дискінетичним
- больовим абдомінальним
- мальабсорбції
- дермоінтестинальним
- астеноневротичним

В даний час з метою лікування і профілактики мікроекологічних порушень у новонароджених все частіше використовують мультикомпонентні пробіотичні засоби, що являють собою препарати або продукти, які

містять живі клітини цілющих мікроорганізмів. Одним з таких є пробіотик нового покоління – Симбітер, що являє собою біомасу живих цілющих клітин мікроорганізмів із високою концентрацією лактофлори, біфідобактерій різноманітних видів.

Для лікування зазначених захворювань і патологічних станів розроблен алгоритм застосування пробіотиків, що враховує вік дитини, термін гестації, характер патологічних змін в організмі. Пробіотики приймають під час або після їжі.

Новонародженим Симбітер призначається по 0,5 дози на добу, курсом від 10 днів, що може бути продовженим.

Для стимуляції лактації застосовуються:

Метоклопрамід- по 10 мг кожні 8 годин, перорально, протягом 7 днів, поступово знижуючи дозу протягом 2 діб.

Розділ 13 Лактація і контрацепція. Метод лактаційної аменореї

Мета заняття.

Слухачі повинні:

- визначити наукову обґрунтованість і високу ефективність методу лактаційної аменореї (МЛА)
- включати МЛА у рекомендації з планування сім'ї

Впровадження Національної програми планування сім'ї, концепцією якої є попередження небажаної вагітності, вибір часу народження дитини в залежності від віку та стану здоров'я батьків, народження лише бажаних дітей, передбачає також надання відповідної уваги питанням післяпологової контрацепції. Переривання вагітності в перший рік після пологів, особливо в перші місяці, негативно впливає на загальний стан здоров'я жінок та їх репродуктивну систему, спричиняє гінекологічні захворювання, порушення функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, психо-емоційні розлади. В разі пролонгування такої вагітності спостерігається розвиток фето-плацентарної недостатності, гіпотрофії плода, підвищений ризик самовільного викидня, передчасних пологів.

Таким чином, оптимальні інтервали між вагітностями і пологами сприятливо впливають на стан здоров'я матерів і дітей.

За визначенням ВООЗ грудне вигодовування є біологічним засобом регуляції народжуваності, який на популяційному рівні може надати більший внесок в регулювання інтервалів між вагітностями і пологами, ніж усі разом узяті методи планування народжуваності, які використовуються в різних країнах.

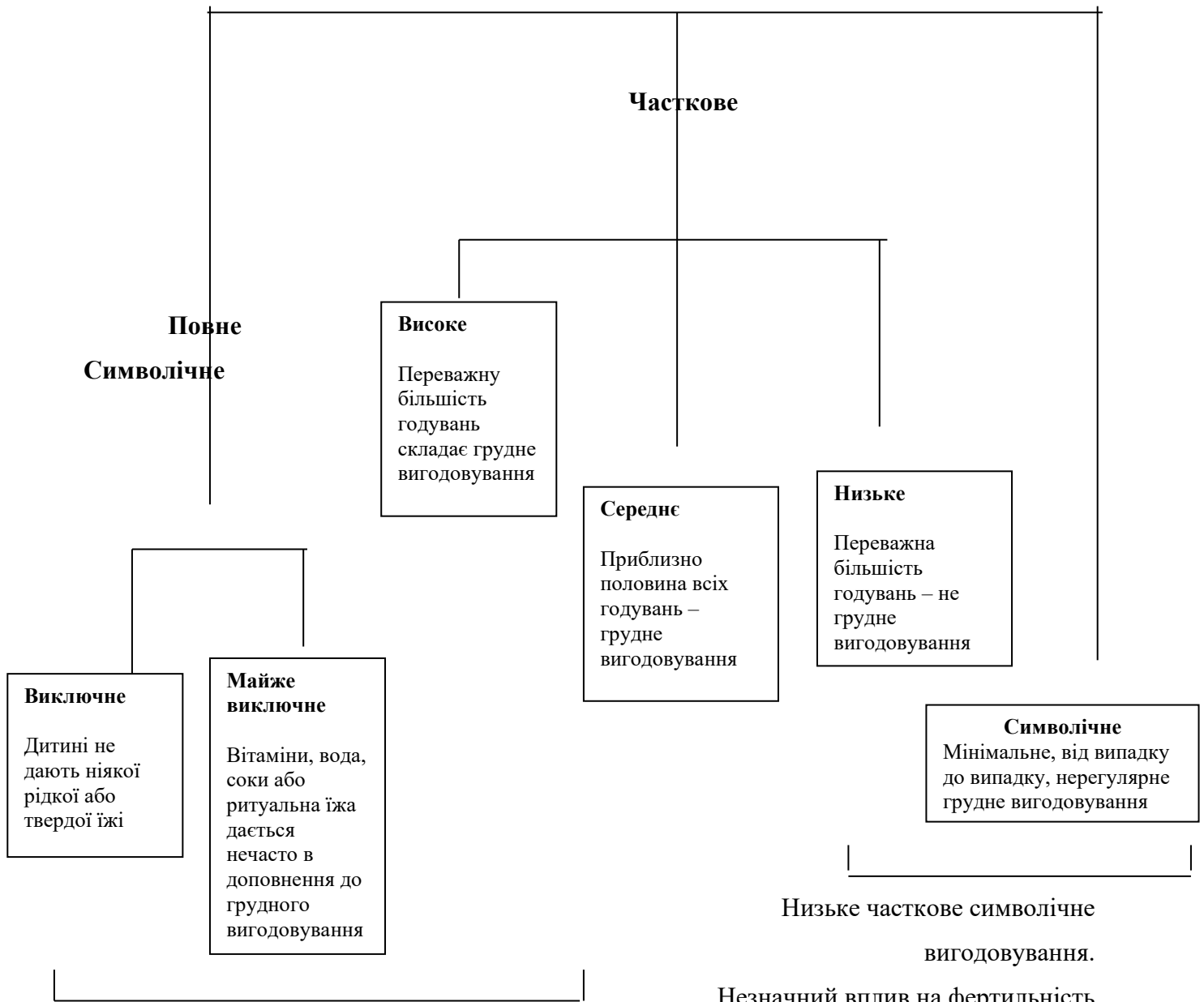
МЕТОД ЛАКТАЦІЙНОЇ АМЕНОРЕЇ (МЛА)

Метод лактаційної аменореї (МЛА) є відносно новим (розроблений в кінці 80-х років) методом планування народжуваності, який застосовується в післяпологовому періоді і одночасно сприяє подовженню інтервалів між пологами та грудному вигодовуванню.

Метод лактаційної аменореї оснований на використанні періода лактаційного непліддя для запобігання вагітності і вказує також час початку застосування додаткових методів контрацепції. МЛА рекомендують використовувати протягом 6 місяців після

пологів тим жінкам, які повністю або майже повністю годують дитину грудьми (**малюнок**) і у яких спостерігається аменорея. Цей метод оснований також на витриманні визначеного режиму грудного годування для подовження лактаційного непліддя, і, відповідно, для затримки відновлення менструації.

Грудне вигодовування дуже різноманітне. Наступна діаграма показує різні приклади грудного вигодовування, їх фізіологічний вплив як на фертильність, так і на вироблення молока.



Повне або майже повне грудне вигодовування*

Значний вплив на фертильність

*Інтервали не повинні перевищувати 4 години вдень і 6 годин вночі, прикорм не повинен перевищувати 5-15 % від усіх годувань, краще менше.

Хоча дуже часто годування грудьми сприяє подавленню фертильності, жінку слід проінформувати, що будь-який прикорм або зрив в режимі грудного вигодовування можуть збільшити ризик відновлення фертильності.

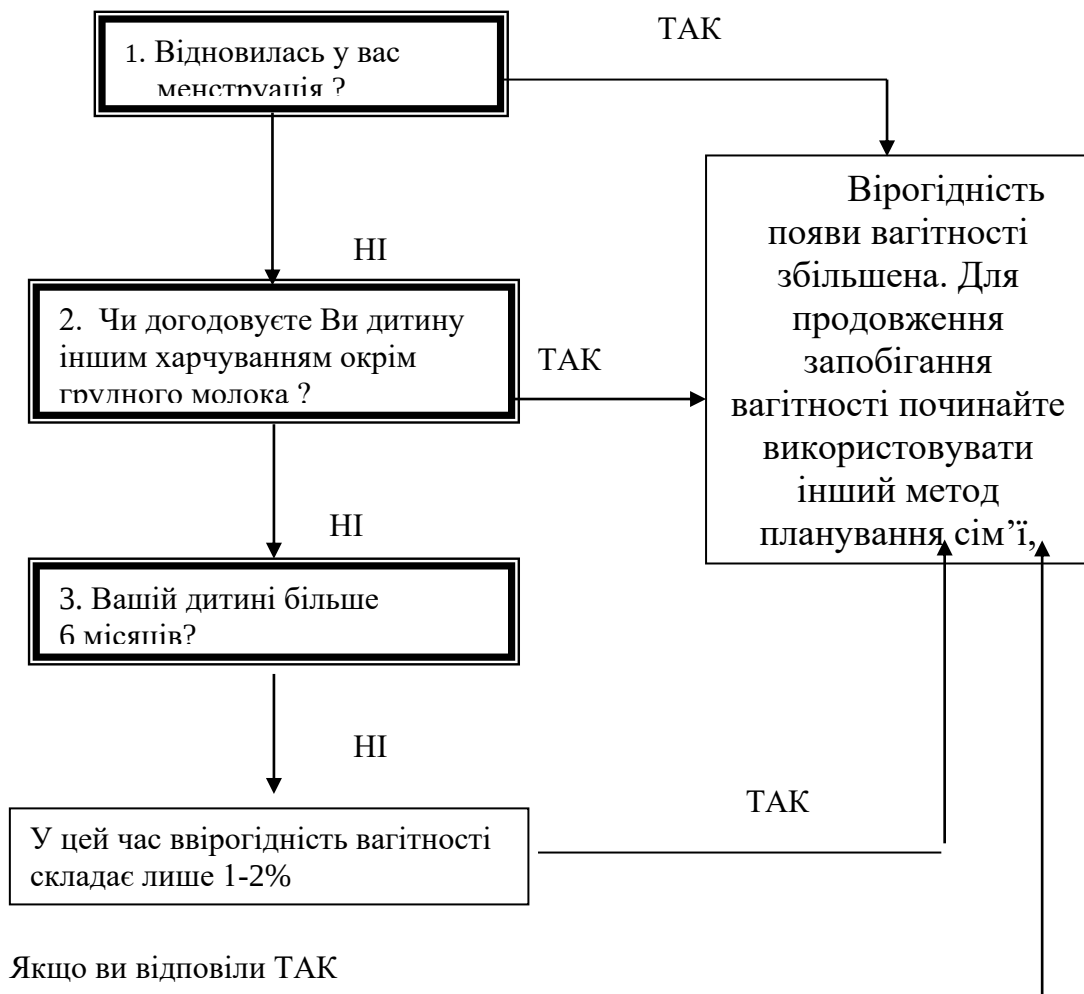
Клінічні дослідження останніх років підтвердили високу ефективність даного метода 98% і вище, а широкі обстеження підтвердили його практичну придатність.

Науково обгрунтовано, що у жінки , яка годує грудьми і має аменорею є незначний ризик позапланово завагітніти протягом 6 місяців після пологів

Крім того , встановлено, що у жінки , яка повністю, або майже повністю годує дитину грудьми, значно подовжується період відновлення менструального циклу, зменшується ризик запліднення в період аменореї, інакше кажучи , повне або майже повне грудне вигодовування дозволяє їй використовувати МЛА протягом 6 місяців (малюнок 13.1.)

Метод передбачає відповіді жінок на 3 запитання:

1. Чи спостерігається в неї аменорея?
2. Повністю чи майже повністю вона годує дитину грудьми?
3. Вік її дитини не більше 6 місяців?



на будь-яке з цих питань.....

Малюнок 13.1. Метод лактаційної аменореї.

Якщо відповіді жінки задовольняють цим 3 критеріям або доки відповідь хоча б на одне із запитань не буде негативною можна стверджувати, що ризик завагітніти в неї менш ніж 2% і їй не потрібні додаткові протизаплідні засоби.

Якщо відповідь на одне із запитань позитивна (да) , вона повинна використовувати додаткові методи планування народжуваності.

Фізіологічне обґрунтування МЛА.

Згідно з даними літератури при лактогенній гіперпролактинемії пригнічується біоритм пульсуючої секреції лютропіну (ЛГ) і фолітропіну (ФСГ), знижується чутливість гіпофізу до релізінг фактору ЛГ (РГ-ЛГ), не спрацьовує естрогеновий позитивний зворотній зв'язок з периферії на центр. Механізм овуляції, як відомо, реалізується через гіпоталамус. У випадку підвищення секреції пролактину в портальні капіляри гіпофізу зразу відбувається викид додаткової кількості дофаміну. Ефективність цього короткого функціонального зв'язку порушується при пролактиномах , введенні антагоністів дофаміну і лактації. У серединній горбистості між аксонами, які несуть РГЛГ, і дофамінергічними волокнами виявлені прямі аксо-аксональні синапси, що передбачає найтоншу взаємну інформацію між найважливішими системами, які відповідають за репродуктивну функцію. Ключовим чинником в підтриманні у жінок ритмічних овуляторних циклів є пульсуюче вивільнення в портальні капіляри РГ-ЛГ, яке і пригнічується пролактином в період лактації. Результатом цього є сповільнення і дезорганізація розвитку фолікулів. При продовженні смоктання дитиною грудей вступає в дію механізм парадоксального зворотнього зв'язку – при підвищенні рівня естрогенів має місце підсилення пригнічення секреції ЛГ і ФСГ на противагу зростанню концентрації та прискоренню імпульсної секреції ЛГ і ФСГ, що має місце у жінок, в яких відсутня лактація. У жінок з інтенсивною лактацією створюються умови, які сприяють подовженню періоду відновлення менструацій або появі менструацій, але без овуляції.

Значний вплив на фертильність має лише виключне, майже виключне (див розділ Вступ) та повне або майже повне грудне вигодовування , коли інтервали між годуваннями не перевищують 4 години вдень та 6 годин вночі , а прикорм не перевищує 1-15 % від усіх годувань . Відновлення менструацій у жінок, що годують, є ознакою відновлення їх фертильності.

Основні принципи грудного вигодовування для використання МЛА:

1. Дати можливість жінці годувати новонародженого якомога раніше (краще у пологовому залі у перші 30 хвилин).
2. Дати можливість матері весь час знаходитись поряд із немовлям.
3. Рекомендувати матері годувати дитину так часто, як тільки дитина цього вимагає і вдень, і вночі.
4. До закінчення перших 6 місяців життя новонародженого не давати йому ніякої іншої їжі або води, оскільки при виключно грудному годуванні дитина не має потреби в додатковому введенні їжі або рідини.
5. Після введення прикорму (після 6 місяців) починати годування дитини із смоктання грудей, а лише потім давати призначений прикорм. Така практика дає можливість дитині продовжувати отримувати харчові та імунні речовини з материнського організму, одночасно підтримуючи виділення молока та пригнічуючі фертильність.
6. У випадку захворювання матері чи дитини необхідно продовжувати годування грудьми, оскільки імунологічний захист, що забезпечується грудним молоком, особливо важливий для немовляти в період його хвороби, або захворювання матері.
7. Уникати використання сосок, пустышок тощо, враховуючи те, що немовля швидко звикає до них і може відмовитися від грудей.
8. Мати повинна отримувати достатню кількість харчових продуктів відповідної якості під час вигодовування дитини.

При умові дотримання вищенаведених принципів, а також у випадку, якщо в жінки не з'явилися менструації, а вік її дитини не перевищує 6 місяців вірогідність завагітніти для неї складає менше 2%.

Використання методу МЛА у вітчизняній практиці підтвердило високу контрацептивну ефективність МЛА (98-99%), а проведені серйозні наукові дослідження показали позитивний вплив впровадження сучасних методів ведення лактації на перебіг післяпологового періоду (зокрема, прискорення скорочувальної активності матки після пологів і зниження частоти інфекційно-запальних ускладнень) як при розродженні через природні родові шляхи, так і після операції кесаревого розтину.

Література

1. Дедов И.И. Мельниченко Г.А. Персистирующая галакторея-аменорея., «Медицина».Москва. – 1985.-255 с.

2. Запорожан В.М., Гойда Н.Г., Нізова Н.М. та інші. Грудне вигодовування і метод лактаційної аменореї (МЛА): особливості використання, переваги та проблеми. // Методичні рекомендації. Одеса. – 1999. – 34С.
3. Малярчук Н.І. Особливості післяпологової реабілітації породіль, що застосовують метод лактаційної аменореї. Автореферат канд. дис. 2001. – 24С.
4. Малярчук Н.І, Нізова Н.М. Перспективи використання методу лактаційної аменореї з метою профілактики гнійно-септичних ускладнень після операції кесарського розтину // Зб. Наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України.-1999.-с.228-230.
5. Лаббок М.Х., Перес А., Вальдес В. и др. Метод лактационной аменореи (МЛА). // Успехи контрацепции. 1994. №10. – с. 93-109.
6. Gudelsky G.A. Tuberoinfundibular dopamine and regulation of prolactin secretion. – Psychoneuroendocrinology, 1981, vol. 6, p. 3-16.
7. Lawrens R.A.Breast-feeding. –St. Louis .-1993.-602 p.

Розділ 14. Медикаментозна терапія і лактація

Мета заняття.

Слухачі повинні:

- вміти визначити, які медикаментозні препарати можна призначати матері, що годує грудьми, (хворій або з метою профілактики ускладнень)
- вміти впевнити матір, що годує грудьми, у відсутності небезпеки для дитини при необхідності отримання лікарських засобів

Оскільки грудна залоза допускає проникнення у молоко багатьох ксенобіотиків і навіть активно секретує їх , то можливо в певних умовах нанесення дитині шкоди присутніми у молоці токсичними домішками . До їх числа належать деякі медикаменти, які призначаються жінкам у зв'язку з їх захворюванням . Це перший і найбільш важливий аспект проблеми “медикаментозна терапія і лактація”. Другий аспект – вплив лікарських засобів на кількість молока , тобто, на інтенсивність самого процесу лактації.

Розглянемо перший аспект проблеми.

Вплив лікарських засобів, які застосовуються під час лактації,

на грудну дитину

Більшість медикаментів в тому чи іншому ступеню проникають у молоко і потрапляють з ним до організму дитини. На процес проникнення лікарських засобів (ЛЗ) у молоко впливають наступні чинники:

- концентрація препарату в крові матері (при більш високих дозах вона вища, відповідно, більш ЛЗ проникає в молоко);
- частота введення (чим частіше вводиться препарат, тим більше його проникає в молоко);
- шлях введення (при парентеральному введенні кількість виділяемого з молоком ЛЗ більш, ніж при пероральному застосуванні);
- швидкість елімінації з організму матері (при порушенні функції печінки, застійній серцевій недостатності і, особливо, при нирковій недостатності проникнення ліків у молоко збільшується);
- зв'язок препарату з білками крові (чим більша частина ліків, що знаходиться в крові, пов'язана з білками, тим менш його поступає в молоко);
- фізико-хімічні властивості препарату (краще проникають у молоко жиророзчинні неіонізовані, малополярні, слабколужні молекули з відносно невеликою молекулярною масою).

Велике значення має величина відношення концентрація ЛЗ у молоці і плазмі матері (М/Пк). Фактично вона характеризує спроможність препарату проникати і накопичуватись у молоці. У таблиці 14.1 наведено відношення М/Пк для ряду широко відомих лікарських ЛЗ.

Дуже мале його значення показує, що лише невелика кількість препарату, що знаходиться у крові, переходить у грудне молоко і може потрапляти до дитини (наприклад, бензилпеніцилін, цефалоспорини, каптоприл). При коефіцієнті 1,0 можна стверджувати, що даний препарат вільно шляхом дифузії проникає у молоко і цей процес зупиняється лише по досягненні рівноваги, тобто, однакової концентрації у крові та молоці (наприклад, тінідазол, сульфаметоксазол, тіопентал-натрій).

Коефіцієнт вище 1,0 вказує, що ЛЗ активно секретується молочною залозою у молоко (наприклад, вальпроат натрію, мепробамат).

Очевидно, що чим вище концентрація ліків у молоці, тим вірогідніше небезпека небажаної побічної дії їх на дитину. Разом з тим, потрібно враховувати не лише величину співвідношення М/Пк, тому що дуже велике значення мають і такі чинники як токсичність препарату, його спроможність всмоктуватись із шлунково-кишкового тракту дитини. Так, деякі ліки, які знаходяться у молоці у високій концентрації, практично не надають системного впливу на дитину, тому що не всмоктуються у кров (наприклад, аміноглікозиди). Напроти, високотоксичні препарати, які добре всмоктуються,

можуть при мінімальному вмісті у молоці викликати у дитини небажані ефекти (наприклад, налідіксова кислота, особливо при нирковій недостатності у матері, може викликати гемолітичну жовтяницю у немовляти; метотрексат – призводить до пригнічення імунітету; естрогени – до розвитку гінекомастії у хлопчиків і т.д.).

Необхідно враховувати також здатність деяких препаратів накопичуватися у грудному молоці при надходженні у нього у невеликій кількості. Оскільки рН молока нижче, ніж крові (6,8-7,4, відповідно), то ліки, які є слабколужними, дисоціюють у ньому краще і, відповідно, гірше дифундують зворотньо у кров, напроти, ліки - слабкі кислоти гірше дифундують у молоко і краще зворотньо у кров, у зв'язку з чим не накопичуються у молоці. Наприклад, сульфадимезин, стрептоцид, які є слабколужними, накопичуються у молоці, а сульфаціл-натрій (слабка кислота) погано проникає у молоко і добре – у плазму крові.

Таблиця 14.1

**Співвідношення концентрацій лікарських препаратів в грудному
молоці і плазмі крові матері**

Препарат	М/Пк
Антибактеріальні засоби	
Бензилпеніцилін	0,03-0,2
Ампіцилін	0,25-0,3
Оксацилін	не проникає в молоко
Цефалоспоріни	0.05-0,2
Стрептоміцин	0,5-1,0
Ерітроміцин	0,5-2,5 ²
Спіраміцин	1,0
Гентаміцин	0,3-0,35
Канаміцин	0,2-0,4
Левоміцетін	0,5-0,7
Тетрацикліни	0,5-0,75
Рифампіцин	0,2-0,45
Лінкоміцин	0,15
Кліндаміцин	0,1
Ізоніазид	0,4-1,0
Налідиксова кислота	0,1-0,25
Нітрофурантоїн	в молоці сліди
Сульфаметоксазол	1,0
Сульфадіоксид	1,0
Хлоридин	0,2-0,4
Метронідазол	0,6-1,4

Тінідазол	1.0
Засоби, які впершу чергу впливають на ЦНС	
Літія карбонат	
Карбамазепін	
Діазепам	0,5
Броміди	0,6-0,8
Фенобарбітал	0,1-0,5
Фенітоїн (дифенін)	0,06-0,25
Мепробамат	0,15-0,25
Вальпроат натрія	0,4
Аміназін	2,0-4,0
Імізін	1,5-2,5
Етанол	0,3-0,5
Тіопентал-натрій	0,1-0,5
	1,0
	1,0

Інші препарати	
Дігосин	0,8
Каптопріл	0,06
Теofilін	0,7
Неодікумарин	0-0,12
Фолієва кислота	0,025
Йод 131	до 65
Циметидін	5-12
Аспірин	0,7-0,9
Індометацин	0,15
Бутадіон	0,1
Хініна сульфат	0,14
Хінідін	0,1-0,2
Метотрексат	0,1
Циклосерин	0,6-0,75
Колістин	0,1-0,2
Антигістамінні препарати	в молоці мінімальна кількість
Пропранолол	1,0
Естрогени	0,05
Гестагени	0,05
Андрогени	0,01

¹ При прийомі матір'ю середньої терапевтичної дози препарату.

² В літературі приводяться протилежні дані відносно концентрації еритроміцину у грудному молоці – від незначної до 0,05 мг/мл, що в 2,5 раза вище, ніж в крові матері.

Для процесу проникнення ЛЗ у молоко і виділення його з останнім при вигодовуванні грудної дитини описані наступні важливі закономірності:

- співвідношення концентрації препарату М/Пк не залежить від значення концентрації у крові, тому що для більшості препаратів це співвідношення стало, тобто, концентрація у молоці завжди пропорційна концентрації у плазмі крові;
- концентрація ЛЗ у молоці не залежить від інтенсивності процесу лактації, тобто, від обсягу виробленого молока, однак, абсолютна кількість ЛЗ, яка надходить до організму дитини, прямо пропорційна обсягу лактації;
- періоди напіввиведення із крові і молока для одного препарату однакові;
- чим більший інтервал часу від використання ЛЗ до годування, тим нижча концентрація його у молоці і тим менш його надходить до дитини (практичний висновок з цього положення – приймати ліки краще зразу після годування дитини).

Існуючи способи оцінки кількості ЛЗ, які надходять до дитини з молоком матері, (Викторов А.П., Рыбак А.Т., 1989) та інші у повсякденній практиці, на жаль, неприйнятні. Тому на підставі багатьох експериментальних досліджень та численних клінічних спостережень розроблені переліки ЛЗ, застосування яких в період лактації слід уникати (таблиця 14.2.). Вони розподілені на дві категорії. До першої - “категорично протипоказані” – належать ті, у яких ризик потенційного негативного впливу на немовля перевищує можливу користь для нього материнського молока. Якщо клінічна ситуація потребує обов’язкового призначення жінці одного з ЛЗ цієї категорії, лактацію слід припинити. До другої категорії – “небажані”- належать ЛЗ, які можуть надавати несприятливу дію на дитину, однак потенційний ризик їх нижче, ніж користь грудного молока, а також користь лікування для матері. При необхідності застосовувати саме ці препарати лактацію припиняти не слід.

Треба також підкреслити, що в грудне молоко добре проникає алкоголь (етиловий спирт) та никотин. Вживання алкоголю матір’ю, що годує, може привести до інтоксикації, аж до розвитку у немовляти псевдокушингоїдного синдрому. Отруєння нікотинном грудної дитини можливо при палінні жінкою десяти і більш цигарок на день.

Опіюїди, такі як героїн, метадон і морфін, надходять у грудне молоко у кількостях, потенційно достатніх для подовження стану неонатальної наркотичної залежності, якщо мати постійно приймала препарат під час вагітності.

Таблиця 14. 2.

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

Препарат	Побічні ефекти
<i>Категорично протипоказані</i>	
Антибактеріальні: Хлорамфенікол (левоміцетин) тетрациклін Фторхінолони Сульфаніламід Налідіксова кислота Метронідазол	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 Хондротоксичність, порушення процесу росту Гемолітична анемія у дітей з дефіцитом глюкозо-6-фосфатдегідрогенази, білірубинова енцефалопатія, висипання Гемолітична анемія при дефіциті глюкозо-6-фосфатдегідрогенази Мутагенна та канцерогенна дія; рвота, анорексія, діарея, пригнічення функції кісткового мозку Мутагенна та канцерогенна дія

Тінідазол	
Антивірусні (амантадін, ганцикловір, зидовудін, ремантадін)	Затримка сечі, нудота, блювота, шкіряне висипання
Засоби, які впливають на ЦНС: Фенітоїн (діфенін) Вальпроат натрію Препарати літію Барбітурати Резерпін Наркотики (регулярно)	метгемоглобінемія, петехії на шкірі. Сонливість, колапс; сонливість, пригнічення рефлексів, рідко – гепатотоксичність; гіпотонія м'язів, гіпотермія, серцево-судинні порушення, дисфункція нирок; седативний ефект, метгемоглобінемія, зниження рефлексів, в т.ч. смоктального, прискорення метаболізму стероїдних гормонів; сонливість, набряк слизової оболонки носу з затрудненням носового дихання, відмова від грудей, пронос; 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 Антитиреоїдні засоби Радіофармацевтичні засоби (¹³¹ I, ¹²⁵ I, галій та ін.) Фенілін Алкалоїди споринї Хлорпропамід Циклоспорин	пригнічення функції щитовидної залози; зоб, пригнічення функції щитовидної залози, лейкопенія, агранулоцитоз; порушення функції, рідко рак щитовидної залози , пригнічення кісткового мозку ; геморагічні ускладнення; інгібіція секреції пролактину, пригнічення лактації; симптоми ерготизму (блювота, діарея, слабкий пульс, гіпотензія, судоми) гіпоглікемія, жовтяниця, олігурія потенційна нефротоксичність
<i>Небажані</i>	
Броміди Мепробамат похідні бензодіазепіна (діазепам, хлосепід, оксазепам та ін.) Аміназин	висипання, сонливість, неспокій, слабкість; пригнічення ЦНС, зниження тону скелетових м'язів седативний ефект, кумуляція, епізоди апное, гіпотензії;

Етосуксимід	сонливість, кволе смоктання, тремор;
М-холінолітики	пригнічення ЦНС;
Глюкокортикостероїди (в дозах >100 мг/доб)	антихолінергічні ефекти;
Індометацин	пригнічення функції наднирників;
Саліцілати (у великих дозах)	судоми;
Похідні сульфонілсечовини	метаболічний ацидоз, висипання, геморагії;
Теофілін	гіпоглікемія;
Нітрофурантоїн	дратівливість, порушення сну, тахікардія, тремор;
Хлорохін	гемоліз у дітей із дефіцитом глюкозо-6-фосфатдегідрогенази
Ізоніазід	гемоліз у дітей з дефіцитом глюкозо-6-фосфатдегідрогенази
Циметидин	дефіцит пиридоксину (вітамін В ₆), анти-ДНК-активність, ураження печінки;
Алюмініймісткі антациди	пригнічення метаболізму ліків, збудження, значне зниження кислотності шлункового соку;
Естрогени	затримка розвитку;
Препарати золота	фемінізація, гинекомастія у хлопчиків;
Ретиноїди	висипання, запальне ураження нирок та печінки;
	можливі канцерогенні ефекти

В умовах достатнього контролю і сприятливих відношень між лікарем і матір'ю дитину можна вигодовувати грудьми, поки мати приймає метадон. Однак вона не повинна раптово припиняти вживання препарату ; дитина може бути відлучена від метадону, якщо мати буде поступово знижувати дозу. При цьому необхідно слідкувати за ознаками наркотичної абстиненції у дитини.

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) з першої частини таблиці 14.2 . Припинення грудного вигодовування у зв'язку із застосуванням інших ЛЗ не тільки невиправдано, але й шкідливо як для дитини, так і для матері. 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.

У випадках призначення ЛЗ жінці, яка годує грудьми, лікар повинен керуватися наступними принципами:

1. Робити призначення тільки за суворими показаннями
2. По мірі можливості застосовувати нешкідливі для грудної дитини лікарські засоби
3. Тривалість фармакотерапії повинна бути короткою
4. Якщо необхідне проведення тривалого лікування, потрібно робити перерву
5. При необхідності призначення небезпечних для дитини ЛЗ (таблиця 14.2., перша частина), доцільно відлучити дитину від грудей.

ЛЗ можуть потрапляти в організм дитини і при використанні їх з метою обробки сосків молочної залози. Найбільш небезпечні в цьому відношенні розчини борної кислоти та ацетату свинцю (свинцева примочка). Борна кислота при повторному застосуванні може кумулюватися у тканинах (але не у плазмі) , тому що дуже повільно виводиться і обумовлювати ураження нирок, зниження артеріального тиску, метаболічний ацидоз; іноді можливий летальний кінець. Використання препаратів свинцю може привести до виникнення у дитини енцефалопатії.

Вплив медикаментів на процес лактації

Багато років цілеспрямований медикаментозний вплив на секрецію молока розумівся лише як пригнічення лактації. В теперішній час інтерес викликає стимулююча дія ЛЗ на продукцію молока при гіполактації, а також можливості медикаментозної індукції лактації або релактації.

Беручи до уваги фізіологію вироблення та виведення молока (див. Розділ 4.), можна вважати, що будь-які впливи на ці механізми, в тому числі медикаментозні, можуть підсилювати або гальмувати секрецію молока. У таблиці 14.3. наведені ЛЗ, які найбільш суттєво впливають на процес лактації. Слід також підкреслити, що можливості медикаментозного пригнічення лактації в цілому значно потужніші і надійніші, ніж можливості стимуляції (питанням недостатньої секреції молока присвячений розділ 8.).

ЛЗ, які пригнічують секрецію грудного молока, як видно із таблиці 14.3., належать до різних фармакологічних груп. Найбільш специфічну пригнічуючу дію на процес лактації має каберголін (достінекс) та бромокриптин (парлодел), які є агоністами дофамінових рецепторів типу D2.

Таблиця 14.3

Лікарські засоби, які впливають на секрецію грудного молока

Підсилюючі	Послаблюючі
Никотинова кислота	Каберголін
Ксантинола нікотинат	Бромокриптин
Пентоксифілін	Естрогени
Теофілін	Ергометрин
Аскорбінова кислота	Діуретики
Вітамін А	Антигістамінні/протинабрякові засоби
Вітамін В ₆ ¹	Леводопа
Вітамін В ₁	

Глутамінова кислота	М-холінолітики (атропін та інші)
Окситоцин ²	Судиннозвужуючі засоби
Піроксан	(адреналін, норадреналін, ефедрин)
Метилдофа	Клонідін
Метоклопрамід ²	Амантадін
Сульпірід	
Лактин	
Фенотіазін	

¹ В помірних дозах (20-30 мг/доб). Навпроти, високі дози піридоксина (500-600 мг/доб) можуть пригнічувати лактацію.

² В більшій мірі сприяє виведенню молока, ніж його секреції.

Стимулюючи останні в гіпоталамусі, вони гальмують виділення пролактину передньою часткою гіпофізу. У фізіологічних умовах таку дію надає ендогенний дофамін. Властивість каберголіну та бромокріптину вибірково блокувати виділення пролактину (не порушуючи його синтез) використовується у клінічній практиці з метою пригнічення лактації за медичними показаннями, тобто, в тих досить рідких випадках, коли стан матері не дозволяє їй здійснювати грудне вигодовування (див. Розділ 11.).

Деякі препарати знижують інтенсивність лактації за рахунок судиннозвужуючої дії (катехоламіни, синтетичні адреноміметики, ефедрин) або завдяки зменшенню обсягу циркулюючої крові (диуретики). Серед останніх особливо несприятливу дію надають тiazидні сечогінні засоби. Пригнічують лактацію також і естрогени, що потрібно враховувати при виборі методу контрацепції жінки, яка годує грудьми. Чисті гестагенні контрацептиви, які часто рекомендують застосовувати жінкам, що годують, також за

даними окремих повідомлень знижують лактацію і негативно впливають на новонародженого. Тому призначати гестагенні контрацептивні засоби слід не раніше шести тижнів після пологів (якщо жінка не застосовує МЛА).

Враховуючи надзвичайно важливе фізіологічне значення грудного вигодовування для здоров'я дитини і матері, слід уникати призначення жінкам під час лактації усіх препаратів, які перелічені у правій частині таблиці 14.3.

Література

1. Абрамченко В.В. Перинатальная фармакология. – Санкт-Петербург: Logos, 1994/ - 178 с.
2. Викторов А.П., Рыбак А.Т. Экскреция лекарств при лактации. – Киев: Здоровья 1989. – 72 с.
3. Грудное вскармливание и медикаментозное лечение матери: рекомендации по использованию лекарств, включенных в Фармакопею. – ВОЗ, 1995. – 24 с.
4. Гусель В.А., Маркова И.В. Справочник педиатра по клинической фармакологии. – Ленинград: Медицина, 1990. – 318 с.
5. О прогнозировании нарушений лактации, профилактике и лечении гипогалактии: Методические указания / Ильенко Л.И., Костенко А.Ю., Качалова О.В. и др. – Москва, 1998. – 56 с.
6. Холодов Л.Е., Яковлев В.П. Клиническая фармакокинетика. Москва: Медицина, 1985. – 464 с.
7. Anderson P.O. Medication use while breast feeding a neonate // Neonatal. Pharmacol. – 1993. – V2, №2. – P.3-14.
8. Anderson P.O. Drugs use during breast feeding// Clin. Pharm. – 1991. – V.10. – P. 596-624.
9. Tran J.H., Montakantikul P. The safety of antituberculosis medications during breast feeding// J. Human Lactation. – 1998. – V.14, N4. – P.337-340.
10. Walker M. Do labor medications effect breast feeding// J. Human Lactation. – 1997. – V.13, N2. – P. 131 – 137.
11. Lawrens R.A. Breast – feeding. – St. Louis. – 1993. – 602 p.

Розділ 15 Міжнародне зведення правил зі збуту замінників грудного молока та практика охорони здоров'я.

Мета заняття:

Ознайомлення слухачів з важливістю документа “Міжнародного зведення правил зі збуту замінників грудного молока” як інструмента захисту і підтримки грудного вигодовування, особливо приділити увагу розділам , які стосуються медичних працівників.

Міжнародне зведення правил зі збуту замінників грудного молока (МЗП) являє собою нормативний документ, покликаний контролювати правила збуту замінників грудного молока. Його головне завдання – захист і пропаганда грудного вигодовування, суворий контроль за маркетингом продуктів харчування для дітей грудного віку.

МЗП являє собою мінімальні вимоги , які повинні виконуватися в повному обсязі державними організаціями, компаніями-виробниками та медичними працівниками.

МЗП створений групою експертів дитячого фонду ООН ЮНІСЕФ та ВООЗ і прийнятий на Всесвітній Асамблеї Охорони Здоров'я (ВАОЗ) в 1981 році.

В 2001 році виповнилося 20 років Міжнародному Зведенню правил зі збуту замінників грудного молока.

Визначення , які використовуються в МЗП:

- **Замінник грудного молока** – будь-який продукт, який продається на ринку або представлений якимось іншим чином для часткової або повної заміни грудного молока, незалежно від того придатний він для цієї мети чи ні.

- **Дитяча суміш** – замінник грудного молока, який виготовлений на промисловій основі з дотриманням відповідних стандартів Codex Alimentarius для задовільнення нормальних потреб в харчуванні немовлят в віці до 4 – 6 місяців та адаптований до їх фізіологічних особливостей. Дитяча суміш може також бути виготовлена в домашніх умовах, в цьому випадку її називають сумішшю домашнього виготовлення.

- **Маркетинг** – просування, розповсюдження, реклама і продаж продукту, всі види діяльності, спрямованої на підвищення запиту на цей продукт, а також інформаційне забезпечення.

Сфера дії МЗП:
1. Харчування для немовлят. 2. Пляшечки і соски. 3. Вода, соки, чай, розчини глюкози і т. п в пляшечках , як частина раціону для дітей молодших 6 місяців або як заміна грудного молока для дітей старших за 6 місяців.

МЗП стосується в першу чергу продуктів, які в Україні звуться дитячими сумішами або дитячими молочними сумішами (згідно з МЗП – замінниками грудного молока). До цієї категорії також відноситься значна кількість продуктів харчування для дітей першого року життя, особливо до 6 місяців, які можуть тим чи іншим чином виступати в якості замінника грудного молока, тобто застосовуватися замість нього , навіть , якщо цей продукт не призначений для цього. Наприклад, вода або чай не є харчовими продуктами, однак їх використання, як тепер цілком доведено науковими дослідженнями, знижує споживання грудного молока. Крім того, під дію МЗП підпадають пляшечки і соски, тому що з їх допомогою дитина отримує ці продукти, а також тому, що вони можуть порушити її смоктальний рефлекс.

МЗП не забороняє продаж замінників грудного молока, але встановлює правила, згідно яких компаніям дозволяється їх продавати.

МЗП регулює правила розповсюдження цих продуктів для того, щоб знизити маркетинговий або рекламний тиск з боку виробників на жінок, населення в цілому та професіоналів – медиків.

Некоректна реклама замінників грудного молока призводить до того, що у жінок змінюються ціннісні орієнтири – штучна суміш вважається равноцінною грудному молоку, жінки втрачають впевненість у своїй спроможності нагодувати дитину грудним молоком для забезпечення його всім необхідним для росту і розвитку.

10 основних положень Міжнародного Зведення правил маркетинга замінників грудного молока

- 1. Серед населення неприпустима люба реклама продуктів, що знаходяться в сфері дії Зведення правил.**

2. Неприпустима роздача безкоштовних зразків сумішей матерям.
3. Неприпустимо просування продуктів, що знаходяться в сфері дії Зведення правил, в установах охорони здоров'я, включаючи поставки на безкоштовній основі і по зниженим цінам.
4. Неприпустимі контакти представників компаній з матерями.
5. Неприпустимо надання компаніями подарунків і зразків робітникам охорони здоров'я, а також передача матерям зразків робітниками охорони здоров'я.
6. На етикетках продуктів, що знаходяться в сфері дії Зведення правил, не повинно бути текстів або малюнків, включаючи зображення малюків, що ідеалізують використання дитячих сумішей.
7. Інформація для працівників охорони здоров'я повинна бути обмежена науковими і фактичними даними.
8. Вся інформація по штучному харчуванню малюків повинна роз'яснювати переваги та вигоду грудного вигодовування, а також фінансові витрати і небезпеку, що пов'язані з штучним вигодовуванням.
9. Такі продукти, як сгущене молоко, не можуть бути представлені на ринку в якості продуктів харчування для малюків, бо вони для цього непридатні.
10. Компанії – виробники/розповсюджувачі зобов'язані виконувати положення Зведення правил навіть в тому випадку, якщо країни не прийняли відповідних законів або інших актів по виконанню Зведення правил.

Після багатьох років тиску громадськості більшість компаній, які виробляють дитяче харчування, припинили пряму рекламу сумішей. Замість цього вони діють таким чином, щоб збувати свою продукцію через лікарні, пологові будинки, надаючи їм безкоштовні партії молока для немовлят, а також впливаючи на лікарняну практику таким чином, що матері починають годувати дітей з пляшки з самого народження або припиняють грудне вигодовування через короткий час. **Відомо, що навіть одне два**

харчування через пляшку з соскою в перші дні після народження дитини знижує вірогідність успішного годування грудьми на одну третину.

Стаття п'ята МЗП вимагає: виробники, розповсюджувачі продуктів, які знаходяться в сфері дії МЗП, не повинні безпосередньо або через посередників постачати зразки своєї продукції вагітним жінкам, матерям або членам їх сімей. Крім того, забороняється надавати вагітним жінкам і матерям немовлят і дітей раннього віку будь-яких подарунків у вигляді предметів або засобів, які б могли сприяти використанню заміників грудного молока чи годуванню з пляшки.

Дві статті МЗП (6 і 7) звернені до працівників охорони здоров'я. Саме працівники охорони здоров'я матері та дитини несуть особливу відповідальність за успіх або невдачу МЗП. Часто вони є головною мішенню для компаній виробників дитячого харчування, які використовують медиків, як ідеальний канал для розповсюдження своєї продукції. Це значно ефективніше і надійніше ніж запевняти жінку-матір індивідуально. Реклама в лікарнях має на увазі, що продукт схвалений системою охорони здоров'я і потрібен дітям.

Зокрема у статтях 6 і 7 стверджується:

- засоби системи охорони здоров'я не повинні використовуватися для рекламування дитячих сумішей та інших продуктів згідно сфери дії МЗП **(в закладах охорони здоров'я не повинно бути рекламних матеріалів-календарів, ручек, бланків, плакатів, медичного одягу та інших з зображенням логотипів фірм-виробників або торгової марки суміши, сосок і пляшок).**
- В системі охорони здоров'я не повинен функціонувати персонал, який отримує платню від виробників і розповсюджувачів.
- Робітники охорони здоров'я повинні захищати і заохочувати грудне вигодовування, а ті, хто безпосередньо займаються питанням харчування матерів і дітей, повинні виконувати свої обов'язки відповідно МЗП.
- Виробники продуктів, які знаходяться в сфері дії МЗП, не повинні пропонувати виробникам охорони здоров'я або членам їх сімей ніякої винагороди у вигляді грошей або в іншій формі за просування своєї продукції, а робітники охорони здоров'я і члени їх сімей не повинні приймати цю винагороду.
- Зразки дитячих сумішей та інших продуктів, згідно сфери дії МЗП, можуть бути надані робітникам охорони здоров'я лише в тих випадках, коли це необхідно для професійної оцінки або наукових досліджень на рівні закладу.

Окрема увага в МЗП (стаття 9) приділяється вимогам до етикеток. Зокрема, ні на упаковці , ні на етикетці не можуть бути присутні зображення

немовлят, а також інші малюнки або тексти, що ідеалізують використання дитячої суміші. Не повинні використовуватись терміни – “наближено до жіночого”, “подібний до материнського”, “гуманізовані”. Виробники та розповсюджувачі повинні забезпечити наявність на кожній упаковці або етикетці чіткого, яскравого, зрозумілого напису наступного змісту: заява про перевагу грудного вигодовування і небезпеку використання сумішей, а також економічний аспект застосування штучних продуктів дитячого харчування, крім того, повинно бути вказано на необхідність використання даного продукту тільки за рекомендацією медичного працівника.

Етикетки продуктів повинні містити наступну інформацію:

а) інгредієнти , що використані;

б) склад продукту;

в) необхідні умови зберігання;

г) номер серії;

д) термін придатності продукту з урахуванням клімату і умов зберігання в конкретній країні.

Продукти харчування , які знаходяться в сфері дії МЗП , повинні відповідати стандартам , які рекомендовані Комісією Codex Alimentarius, в тому числі Зведенню правил Codex Alimentarius з гігієни харчових продуктів для немовлят і дітей.

Контроль за дотриманням Міжнародного зведення правил збуту замінників грудного молока здійснюється урядом, який діє в рамках ВООЗ. Виробники і розповсюджувачі продуктів, які знаходяться в сфері дії МЗП, відповідні недержавні організації, професійні об’єднання та організації споживачів повинні співпрацювати з урядом.

Проведення в життя Міжнародного Зведення правил зі збуту замінників грудного молока – обов’язок кожного медичного працівника.

Розвиток ініціативи ВООЗ ЮНІСЕФ "Лікарня, дружня до дитини" в Україні

Раціональне харчування є однією із найважливіших умов, які забезпечують гармонійний розвиток дитини - адекватне дозрівання різноманітних органів та тканин, оптимальні параметри фізичного, психічного, інтелектуального розвитку, опірність дитячого організму до дії інфекційних та інших несприятливих факторів.

Характер вигодовування протягом першого року життя в значній мірі визначає стан здоров'я дитини не тільки в ранньому дитинстві, але і в наступні періоди її життя. Метаболічні порушення, які виникають при нераціональному вигодовуванні, є фактором ризику розвитку захворювань шлунково – кишкового тракту, органів дихання, ожиріння, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, алергічних реакцій та ін.

Сучасні принципи організації грудного вигодовування в Україні, його захист і підтримка.

Вигодовування грудним молоком є оптимальним видом харчування для дітей першого року життя. Серед унікальних властивостей материнського молока, найважливішими є:

- ❑ оптимальний та збалансований рівень поживних речовин;
- ❑ максимальне засвоєння поживних речовин жіночого молока дитячим організмом;
- ❑ наявність в його складі широкого спектру біологічно активних речовин і захисних факторів (гормонів, ферментів, імуноглобулінів, лактоферину, лейкоцитів тощо);
- ❑ сприятлива дія на мікрофлору кишківника;
- ❑ низька осмолярність;
- ❑ стерильність;
- ❑ оптимальна температура.

Жіноче молоко повністю відповідає особливостям обміну речовин організму новонародженої дитини, позитивно впливає на ріст, розвиток, імунологічну резистентність, інтелектуальний потенціал, поведінкові та психічні реакції. У зв'язку з цим забезпечення повноцінної та тривалої лактації є однією з найбільш важливих задач

для збереження здоров'я малюків. Її мають вирішувати лікувально-профілактичні установи, зокрема заклади охорони здоров'я матері та дитини.

Підтримка грудного вигодовування повинна виконуватись на всіх етапах надання медичної допомоги жінкам і немовлятам - підготовка жінок до вагітності, вагітність, пологи, післяпологовий період, період лактації та відлучення від грудей. При цьому надзвичайно важливим є забезпечення співпраці та послідовності в роботі всіх основних ланок лікувальної мережі - жіночих консультацій, пологових будинків та дитячих поліклінік.

На етапі пологового будинку найважливішими факторами встановлення та підтримки лактації є наступні:

- ◆ раннє прикладання дитини до грудей;
- ◆ годування дитини "за вимогою" (вільне годування) з перших днів життя;
- ◆ спільне перебування матері та дитини в одній палаті в пологовому будинку;
- ◆ обмеження використання будь-яких напоїв (лише у випадках медичних показань);
- ◆ відмова від застосування будь-яких засобів, які імітують грудну залозу (сосок, пустушок, пляшок);
- ◆ профілактика тріщин сосків, нагрубання молочних залоз, лактостазу, шляхом забезпечення правильного прикладання дитини до грудей та відмови від обробки шкіри сосків дезінфікуючими засобами.

Важливу роль у встановленні лактації у породіллі відіграє час першого прикладання дитини до грудей. Рекомендується прикладати дитину до грудей в перші 30 хвилин після пологів, з урахуванням стану породіллі. Медперсонал надає допомогу при першому прикладанні малюка до грудей матері та забезпечує контакт "шкіра –до-шкіри", тривалість якого має бути не менше 60 хвилин. Ці рекомендації ВООЗ в Україні закріплені наказом № 4 МОЗ України "Про організацію медичної допомоги новонародженим" від 05.01.1996 року

Раннє прикладання дитини до грудей:

- стимулює процес утворення та секреції молока,
- сприяє налагодженню психоемоційного контакту між матір'ю та дитиною,
- пришвидшує виділення плаценти, що є профілактикою післяпологових кровотеч у породіль.

Молозиво, яке отримує дитина в цей час формує нормальну мікрофлору кишківника, адекватну імунну відповідь, сприяє виділенню меконію в немовляти, що є профілактикою жовтяниці.

Протипокази до раннього прикладання до грудей зі сторони матері:

- ◆ оперативні втручання в пологах;
- ◆ важкі форми гестозу;
- ◆ стан декомпенсації при хронічних хворобах серця, легень, печінки, нирок.

Протипокази до раннього прикладання до грудей зі сторони дитини:

- ◆ оцінка за шкалою Апгар нижча, ніж 7 балів на 5-тій хвилині;
- ◆ кардіо-респіраторна депресія
- ◆ глибока недоношеність;
- ◆ вроджені вади розвитку, при яких порушуються життєво важливі функції організму;
- ◆ важка форма гемолітичної хвороби (при наявності Rh – від'ємної матері, незалежно від наявності антитіл в крові, перше прикладання до грудей відтерміновувати не потрібно!).

Протипокази до грудного вигодовування зі сторони дитини та матері на наступних етапах лактації дуже обмежені. Вони передбачають:

спадкові ензимопатії, які перешкоджають засвоєнню молока (галактоземія, фенілкетонурія, хвороба кленового сиропу).

Протипоказами для годування грудьми є :

- відкрита форма туберкульозу,
- гостра стадія психічного захворювання,

- гострий нелікований сифіліс.
- лікування цитостатиками
- лікування антитиреоїдними засобами
- лікування гормональними препаратами

Важливим фактором забезпечення повноцінної лактації є режим "вільного годування" новонародженої дитини, коли дитину годують за її бажанням. Частота годування залежить від активності рефлексів новонародженого та його маси тіла. Немовля може вимагати, щоб його прикладали до грудей від 8-10 до 12 і більше разів за добу. Тривалість годування може сягати 20 хв. і більше. Наприкінці 1-го місяця життя частота годувань зменшується до 7-8 разів на добу, тривалість годування також зменшується.

Нічні годування при вільному вигодовуванні необхідні і дитина має сама відмовитись від них. Вільне грудне вигодовування сприяє не тільки встановленню лактації, але і встановленню та розвитку тісного психоемоційного контакту між матір'ю та дитиною. Це дуже важливо, та є можливим лише в умовах спільного перебування матері та дитини. Тому в пологовому будинку при відсутності протипоказів, мати повинна знаходитись поряд з дитиною в післяпологовій палаті.

Проведені дослідження показали, що при вільному вигодовуванні об'єм лактації в перший тиждень після родів у 1,5 і більше разів вищий, ніж при вигодовуванні за годинами, при цьому "питома" вага / тобто вміст у розрахунку на 1 мл молока/ білків, жирів, вітамінів, активність ряду ферментів не нижче, а у деяких випадках вища, ніж при вигодовуванні за режимом. Результатом цього є більша сумарна /добова/ секреція з молоком основних харчових складників. Тенденція до збільшення об'єму лактації і більшої секреції поживних речовин при вільному вигодовуванні, ніж при вигодовуванні за режимом, зберігається і у наступні періоди лактації.

Важливе значення має правильна техніка годування грудьми. Годувати потрібно у зручному для матері положенні. Вона має почувати себе комфортно. Для того, щоб м'язи не були напружені, можна використовувати подушки для опори під голову або руки, та підставку під ноги.

Важливо, щоб в процесі годування спостерігалися наступні ознаки правильного прикладання дитини до грудей:

підборіддя торкається грудей матері,

ротик широко відкритий,

нижня губа вивернута,

дитина захоплює більшу частину ореоли.

Бажано, щоб при годуванні дитина мала можливість максимально близько контактувати з матір'ю / контакт " шкіра- до- шкіри" , " очі- в- очі"/, що можливо, якщо дитина не є туго спеленута. Ручки немовляти при годуванні мають бути вільні. При такому близькому контакті формується не тільки прив'язаність дитини до матері, але й додаткова гормональна стимуляція лактації, що особливо важливо як при її становленні у перші дні та тижні після пологів, так і при тимчасовому зменшенні лактації у зв'язку з так званими лактаційними кризами.

Склад молока міняється протягом одного годування. Для того, щоб дитина отримала “заднє молоко”, яке містить більше жирів, отже є більш калорійним, перед тим, як пропонувати дитині другу молочну залозу, вона має повністю звільнити першу. Якщо дитина за одне годування смоктала обидві молочні залози, наступне годування слід починати з тої, яка була останньою. Зціджування молока доцільно проводити лише в ранній період становлення лактації при відсутності режиму вільного вигодовування. Показом до зціджування грудного молока є вищевказані хвороби матері, тимчасова розлука матері та дитини, хвороби дитини,

коли неможливе ефективне смоктання, або якщо треба збільшити кількість молока. В інших випадках зціджувати молозиво або молоко не має потреби. Більша перевага надається ручному методу зціджування молока, і медичний персонал післяпологового відділення зобов'язаний навчити жінок, як його проводити. Якщо ручне зціджування є неефективним, наприклад, при нагрубанні молочних залоз, можна використати молоковідсмоктувач.

Збереження достатньої лактації.

Кількість жінок, які фізично не можуть годувати грудним молоком становить менше, ніж 5%. В усіх інших випадках зниження лактації викликано іншими причинами:

відсутність в жінки сильного бажання годувати дитину грудьми (відсутня домінанта лактації),

нечасті годування,

неправильне прикладання до грудей,

раннє та безпідставне введення додаткового харчування,

стрес,

напружена атмосфера в сім'ї,

вихід на роботу тощо.

В ряді випадків зниження лактації носить перехідний характер і проявляється у вигляді так званих лактаційних криз (тимчасове зменшення кількості молока, яке виникає без

жодної видимої причини). В їх основі лежать зміни у гормональній системі жінки, які виникають, коли ріст дитини випереджає швидкість прибування молока. Лактаційні кризи виникають на 3-6 тижні, 3 і 6 місяцях лактації. Їх тривалість в середньому, складає 3-4 дні, і вони не завдають шкоди здоров'ю дитини. Якщо мати проінструктована лікарем про можливість виникнення лактаційних кризів і своєчасно збільшує частоту прикладань до грудей, об'єм лактації збільшується. Разом з тим, якщо ж мати не підготована до такої ситуації, то при перших ознаках пониження лактації вона намагається дати дитині будь-який замінник грудного молока. Зважаючи на це, одним з найважливіших завдань дільничного лікаря та медсестер дитячих поліклінік є вчасне інформування, та **підтримка жінки в період лактаційної кризи**.

Достовірними ознаками зниження лактації є:

- ◆ недостатнє збільшення маси тіла за місяць;
- ◆ симптом "сухих пелюшок", що свідчить про зменшення добового об'єму сечі (дитина перших місяців, що знаходиться на грудному вигодовуванні, повинна мочитися не менше 6 разів на добу, при цьому сеча повинна бути безбарвною або блідо-жовтою)
- ◆ голодний стілець (мала кількість, зеленкуватий, зміненої консистенції)??.

Важливо підкреслити, що основними критеріями ефективності грудного вигодовування є адекватна швидкість росту і хороше загальне самопочуття та стан дитини. При цьому немає необхідності проводити "розрахунок" харчування, який є обов'язковим при штучному вигодовуванні.

Неприпустимо призначати дитині замінники грудного молока (молочні суміші) лише при підозрі на зниження лактації. Доведено, що навіть одноразове годування дитини сумішами у період новонародженості може негативно вплинути на становлення лактації, збільшує ризик алергічних захворювань, порушує формування нормальної мікрофлори кишківника.

У випадку підтвердження пониження лактації необхідно збільшити частоту прикладань дитини до грудей. Ефективним може виявитися так само комплекс заходів із стимуляції лактації, включаючи раціоналізацію харчування матері, додаткового зціджування молока, призначення лактогенних напоїв, фізіотерапевтичних процедур, вітамінно-мінеральних комплексів та медикаментозних препаратів. В якості лактогенних напоїв можна рекомендувати настій сім'я тмину, кропу, чай з

духм'яном, з мелісою, морквяний сік, напій із листя листового салату, настій анісу, напій з анісу, фенхелю, духмяна тощо.

Якщо вищенаведені методи виявляться неефективними, слід застосувати методику релактації.

До фізпроцедур, які стимулюють лактацію, можна віднести УФО грудних залоз, лазерну терапію, ультразвук, масаж грудей, обливання грудей теплим душем.

Важливим моментом у профілактиці зниження лактації є раціональне харчування жінки, що годує. Раціони жінок, які годують, повинні додатково включати 15-20 г білка, 20-25 г жиру, 50-60 г вуглеводів, що відповідає 450-550 ккал. Це особливо важливо у перші місяці лактації, коли об'єм лактації може досягати 1 л і більше. Із збільшенням квоти продуктів прикорму /з 6 місяців життя дитини/ об'єм необхідного для неї жіночого молока знижується і, відповідно, зменшується потреба матері у додаткових кількостях енергії та поживних речовин.

Раціони матерів, що годують, повинні бути повноцінними, різноманітними і включати всі основні групи продуктів - м'ясо та м'ясопродукти, рибу і рибні вироби, молоко та молочні продукти, хліб, крупи, макаронні вироби, рослинне та вершкове масло, овочі, фрукти, цукор, кондитерські вироби. Перевага надається різним сортам м'яса (телятина, нежирна свинина, баранина, курка, індик, кролик), але не ковбасні вироби, сосиски та сардельки; нежирні сорти риби (судак, тріска, карп, хек і т.п.). Слід широко використовувати творог та сир, за рахунок чого збільшується кількість білка та кальцію в раціоні. Надлишок цільного коров'ячого молока може викликати у дітей алергічні реакції, його краще замінити кисломолочними продуктами (кефір, йогурт та ін.)

Дуже важливим є достатній вміст рослинних волокон, що стимулюють перистальтику кишечника. У зв'язку із цим важливо вживати значну кількість (300-500гр.) свіжих, або приготованих овочів (морква, буряк, цвітна капуста, кабачки, гарбуз та ін.), до 300 гр. фруктів та ягід (яблука, груші, сливи, абрикоси, персики, вишні, та т.п.), соків 200-300 мл. як свіжоприготованих, так і консервованих. Рослинними волокнами багаті також пшона, гречана та вівсяна крупи, хліб з низькосортного борошна, сухофрукти (чорнослив, курага). Раціони годуючих жінок мають містити 20-40 грам вершкового масла, 20-30 гр. рослинних олій (соняшникової, кукурудзяної, соєвої, оливкової та .п.), при необхідності – вершковий маргарин у невеликій кількості(10-20г.).

Цукор та кондитерські вироби (зефір, пастилу, торти та тістечка) слід вживати в обмеженій кількості, поза як вони мають про алергенні властивості, сприяють відкладенню надлишкового жиру, можуть викликати порушення функції кишечника у дитини.

Всі харчові речовини через кровоток жінки потрапляють в молоко.

Але не слід притримуватися однакової дієти всім жінкам. Продукти слід вводити в раціон поступово (по черзі), та уникати вживання тих, на які дитина погано реагує.

Принципи етапної організації підтримки грудного вигодовування в лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я матері та дитини

Тісний взаємозв'язок роботи жіночих консультацій, пологових будинків та дитячих поліклінік є необхідним для реальної підтримки грудного вигодовування.

Найважливішу роль в процесі становлення повноцінної лактації має психологічне ставлення жінки до грудного вигодовування – ***“домінанта лактації”***.

Цей термін характеризує стійке переконання жінки в рішучих перевагах грудного вигодовування перед штучним, та впевненість в тому, що вона може вигодувати дитину грудним молоком, не дивлячись на перешкоди. Вироблення домінанти лактації, як основного фактора, що визначає її майбутню тривалість, забезпечується для вагітних жінок в жіночій консультації під час прийому лікарем-гінекологом та на школах материнства. Проведена антенатальна підготовка допомагає жінці подолати перші труднощі при виникненні тріщин, нагрубаньх молочних залоз, симптомах недостатньої продукції молока, тощо.

Інформацію про користь грудного вигодовування та його численні переваги перед штучним, умови становлення та збереження повноцінної лактації, жінка має отримувати від лікарів та акушерок жіночих консультацій, пологових будинків, неонатологів, лікарів-педіатрів та дільничних медсестер стаціонарів і дитячих поліклінік.

Слід зазначити, що дитяча патронажна медична сестра має здійснити патронаж двічі вдома у вагітної жінки. Під час такого патронажу є корисним надати інформацію жінці про переваги грудного вигодовування, та навчити майбутню матір принципам годування грудьми та основам догляду за молочною залозою.

Навчання теорії та практики грудного вигодовування, основним методам зціджування молока, догляду за молочними залозами, має проводитися на заняттях «Школи материнства» в жіночій консультації, або дитячій поліклініці. Особлива практична допомога в освоєнні грудного годування на практиці, потрібна жінці в перші години та дні після пологів. Цю допомогу мають надавати лікар-акушер, акушерка та молочна сестра, лікар-педіатр та дитяча сестра.

Індивідуальні рекомендації по харчуванню надаються лікарем жіночої консультації, корекція харчування проводиться в пологовому будинку, потім в дитячій поліклініці, особливо при наявності симптомів непереносимості деяких видів продуктів у дитини на природньому вигодовуванні.

Слід приділяти особливу увагу ранньому контакту матері з дитиною, першому моменту прикладання дитини до грудей, спільному перебуванню матері та дитини після пологів. У зв'язку із цим, великого значення набуває організація палат спільного перебування.

Враховуючи те, що вагітна жінка емоційно сприймає інформацію про майбутню дитину, та стосунки з нею, інформація про негативні почуття новонародженого

при порушенні контакту з матір'ю, як правило, підводить жінку до рішення годувати дитину грудьми.

Таким чином, при підготовці вагітних до грудного вигодовування, найбільш ефективним є не прямі заклики годувати дитину грудьми, а фіксація уваги на відчуттях та переживаннях новонародженої та грудної дитини, її потреби в нерозривному контакті з матір'ю, яку забезпечує тільки грудне вигодовування, про його теперішню та майбутню користь для дитини, і для самої матері.

Контроль за відсутністю допоювання та догодовування дитини заміниками жіночого молока має починатися з палати спільного перебування, та продовжуватися в дитячій поліклініці.

Необхідність перевodu дитини на змішане та штучне вигодовування має обґрунтовуватися лікарем та узгоджуватися з завідуючим відділенням з обов'язковою фіксацією цього в історії розвитку дитини за двома підписами.

Профілактика та лікування тріщин, нагрубання молочних залоз, є обов'язком лікаря-акушера та акушерок післяродового відділення, потім-жіночої консультації.

Контроль за фізичним та психо-емоційним розвитком дитини, як основними показниками достатньої лактації, здійснюється лікарем-педіатром та медсестрою дитячої поліклініки. При підозрі на недостатність молока, слід в'ясувати причину цього стану у матері.

Засоби аудіо- та відеоінформації, буклети, пам'ятки, стенди по підтримці грудного вигодовування, мають використовуватися на всіх етапах вагітності та лактації. Особливо важливим для збереження лактації на всіх етапах надання допомоги жінці, є створення спокійної, доброзичливої атмосфери.

Підтримка грудного вигодовування

Підтримка грудного вигодовування повинна виконуватись на всіх етапах надання медичної допомоги жінкам і немовлятам:

- підготовка жінок до вагітності,
- вагітність,
- пологи,
- післяпологовий період,
- період лактації та відлучення від грудей.

При цьому надзвичайно важливим є забезпечення взаємодії, послідовності та обґрунтованих рекомендацій всіх основних ланок лікувальної мережі - жіночих консультацій, пологових будинків та дитячих поліклінік.

Підтримка грудного вигодовування має здійснюватись на етапах:

в період навчання в середніх навчальних закладах шляхом включення питань репродуктивного здоров'я, переваг грудного вигодовування для здоров'я жінки та дитини в навчально-освітні програми

в період вагітності:

на етапі спостереження в жіночій консультації

в відділеннях патології вагітності

в відділеннях екстрагенітальної патології

в пологовому будинку – акушерському відділенні

в відділенні інтенсивної терапії новонароджених та неонатального догляду

в дитячих поліклініках

Принципи підтримки грудного вигодовування:

1. Підготовка жінок до вагітності, планування сім'я, усвідомлене материнство

2. Підготовка вагітних з питань:

- сучасного ведення лактації і грудного вигодовування
- переваг грудного вигодовування для здоров'я жінки та немовляти
- гігієни вагітної та жінки, що годує грудьми
- харчування вагітної, харчування в період лактації
- сімейних пологів
- догляду за новонародженим

3. Навчання медичного персоналу сучасним методам ведення лактації та грудного вигодовування

4. Спільне перебування матерів і новонароджених на всіх етапах надання медичної допомоги

5. Раннє прикладання новонародженого до грудей матері – протягом перших 30 хвилин після народження

6. Контакт “шкіра до шкіри” протягом 30-60 хвилин

7. Допомога з боку медичного персоналу (лікарів, акушерок, медичних сестер) щодо правильного прикладання дитини до грудей матері, підтримка з боку медичного персоналу жінки, яка годує грудьми

8. Годування новонароджених за потребою, нічні годування

9. Виключно грудне вигодовування (виключення долактаційного годування молочними сумішами) на етапі пологового будинку та протягом перших 4-5 місяців життя дитини

10. Заборона реклами молочних сумішей та інших замінників грудного молока в родопомічних закладах відповідно Міжнародного свода правил щодо поширення замінників грудного молока (ВООЗ, 1981 р.)

11. Забезпечення фізіологічного спіджування грудного молока в випадках, коли мати і дитини тимчасово відокремлені друг від друга за медичними показаннями

З метою виконання і впровадження принципів підтримки грудного вигодовування кожна лікувально-профілактична установа має розробити власну **політику** (конкретний план дій щодо впровадження сучасних принципів ведення лактації і грудного вигодовування в даному пологовому будинку, акушерському відділенні тощо).

Політика грудного вигодовування затверджується Наказом головного лікаря і є підставою для впровадження її в роботу даного родопомічного закладу.

Пологовий будинок, центр охорони здоров'я матерів і дитини, перинатальний центр або акушерське відділення, в якому впроваджено в практику роботи сучасні принципи ведення лактації і грудного вигодовування (10 кроків грудного вигодовування), а також який не отримує безкоштовно молочні суміші має право на сертифікацію відповідно звання "Лікарня, доброзичлива до дитини".

Звання "Лікарня, доброзичлива до дитини" отримує родопомічний заклад, в якому не менш ніж 75% новонароджених з моменту народження та на момент виписки отримують виключно грудне вигодовування, а також цей родопомічний заклад не отримує безкоштовно замінники грудного молока від фірм виробників продуктів дитячого харчування. Також в цьому родопомічному закладі має бути доступна наглядна інформація, ілюстративні матеріали щодо грудного вигодовування, плакати, брошури, стенди.

Родопомічний заклад, який впроваджує сучасні методи ведення лактації і грудного вигодовування, розробив і впровадив політику відповідно до 10 принципів грудного вигодовування та має не менш ніж 75% новонароджених на виключно грудному вигодовуванні з моменту народження та на момент виписки з пологового будинку, проводять самооцінку відповідно до анкети самооцінки, направляють заяву в МОЗ України на сертифікацію.

На звання "Лікарня, доброзичлива до дитини" тобто впровадження сучасної практики грудного вигодовування можуть претендувати акушерські відділення ЦРЛ, акушерські відділення обласних лікарень, пологові будинки I-III рівня надання медичної допомоги, центри охорони здоров'я матерів та дитини, перинатальні центри.

Етапи підтримки грудного вигодовування.

Жіноча консультація

МЕТА – пренатальна підготовка сім'ї, жінки до годування грудьми шляхом надання доступної інформації щодо сучасних рекомендацій по грудному вигодовуванню, підготовки до лактації, підтримки лактації, переваг грудного вигодовування для жінки та дитини.

Переважає більшість жінок приймає усвідомлене рішення щодо годування своєї дитини протягом першого триместру вагітності

Лікар акушер – гінеколог:

- спостерігає за здоров'ям вагітної та станом її молочних залоз;
- контролює діяльність акушерки жіночої консультації, яка навчає вагітну жінку техніці та практиці грудного вигодовування; надає індивідуальні рекомендації вагітній жінці з врахуванням її особливостей та звичок, рекомендацій терапевта;
- намагається виробити домінанту лактації шляхом індивідуальних бесід про користь грудного вигодовування та його переваги перед штучним, умовах встановлення та збереження повноцінної лактації;
- читає лекції в школі материнства (1 раз в тиждень);
- ознайомлює матір з сучасними підходами підтримки та заохочення грудного вигодовування.
- дає рекомендації щодо гігієни та харчування протягом вагітності та лактації

Акушерка:

- навчає вагітних техніці та практиці грудного вигодовування, гігієнічним правилам догляду за молочними залозами;
- контролює виконання режиму харчування та відпочинку вагітних, приймає участь у заняттях школи материнства (1 раз в тиждень);
- розповсюджує пам'ятки та брошури по підтримці грудного вигодовування.

Дитяча поліклініка

Дільнична медсестра:

- проводить допологовий патронаж (двічі за період вагітності), під час якого знайомиться з анамнезом вагітної, особливостями перебігу вагітності; оцінює відношення вагітної до грудного вигодовування;
- проводить індивідуальні бесіди з вагітною, скеровані на вироблення домінанти лактації та психологічний настрій членів сім'ї на підтримку грудного вигодовування; навчає техніці грудного вигодовування.

Родопомічний заклад

Відділення патології вагітності (екстрагенітальної патології):

МЕТА: інформування вагітних про переваги грудного вигодовування для стану здоров'я жінки та дитини, підготовка до годування грудьми і спільного перебування з дитиною

Проведення занять з питань:

- Переваги годування грудьми для здоров'я жінки та дитини
- раннього прикладання до грудей
- спільного перебування матері та дитини після пологів
- вигодовуванню дитини за потребою

- сціджування грудного молока (за показаннями)
- перегляд відеофільмів з грудного вигодовування

пологове відділення

На етапі пологового будинку найважливішими факторами встановлення та підтримки лактації є наступні:

- ◆ раннє прикладання дитини до грудей;
- ◆ годування дитини "за вимогою" (вільне годування) з перших днів життя;
- ◆ спільне перебування матері та дитини в одній палаті в пологовому будинку;
- ◆ обмеження використання будь-яких напоїв (лише у випадках медичних показань);
- ◆ відмова від застосування будь-яких засобів, які імітують грудну залозу (сосок, пустушок, пляшок);
- ◆ профілактика тріщин сосків, нагрубання молочних залоз, лактостазу, шляхом забезпечення правильного прикладання дитини до грудей та відмови від обробки шкіри сосків дезінфікуючими засобами.

Важливу роль у встановленні лактації у породіллі відіграє час першого прикладання дитини до грудей. Рекомендується прикладати дитину до грудей в перші 30 хвилин після пологів, з урахуванням стану породіллі. Медперсонал надає допомогу при першому прикладанні малюка до грудей матері та забезпечує контакт “шкіра –до-шкіри”, тривалість якого має бути не менше 60 хвилин. Ці рекомендації закріплені наказом МОЗ України № 4 “Про організацію медичної допомоги новонародженим”, 1996р.

Раннє прикладання дитини до грудей:

- стимулює процес утворення та секреції молока,
- заспокійливий вплив на організм матері, зниження рівня стресових гормонів в організмі матері
- фізіологічна адаптація новонародженого до нових умов позаутробного життя
- колонізація організму новонародженого мікрофлорою матері, формування колонізаційної резистентності до заселення госпітальною мікрофлорою
- сприяє налагодженню психоемоційного контакту між матір'ю та дитиною,

- прискорює виділення плаценти, що є профілактикою післяпологових кровотеч у породіль

Молозиво, яке отримує дитина в цей час, є первинною вакцинацією дитини, імунобіологічним захистом організму немовля, профілактикою внутрішньолікарняної (нозокоміальної) інфекції. Молозиво також сприяє формуванню фізіологічного мікробіоценозу кишечника, адекватної імунної відповіді, сприяє виділенню меконію у немовляти, що зменшує інтенсивність та тривалість гіпербілірубінемії у новонароджених.

Пологовий будинок (приймальне відділення)

Акушерка:

- привітна зустріч, збір анамнезу, санітарна обробка вагітної, за винятком обробки шкіри сосків дезінфікуючими засобами.

Пологовий блок

МЕТА – забезпечити фізіологічне становлення лактації та грудного вигодовування шляхом раннього прикладання дитини до грудей матері, спільного перебування матері і дитини, виключно грудного вигодовування, правильного прикладання до грудей, усвідомленої кваліфікованої підтримки з боку медичного персоналу.

Лікар – акушер та лікар – неонатолог

- лікар-акушер пологового відділення, спільно з неонатологом, що присутній на пологах, проводить оцінку стану породіллі та немовляти, при відсутності протипоказів, рекомендує акушерці пологової зали здійснити перше прикладання дитини до грудей, не пізніше, ніж 30 хвилин після пологів.
- лікар акушер-гінеколог та неонатолог спільно вирішують питання про перебування матері разом із дитиною після пологів та контролюють їх перевід в післяпологове відділення через 2 години після пологів.
- забезпечують контакт “шкіра до шкіри” протягом 60 хвилин до переводу матері і дитини в палату спільного перебування

Акушерка:

- під контролем лікаря викладає немовля на живіт матері відразу після народження дитини, пережимає пуповину після закінчення пульсації пуповини
- проводить первинну обробку новонародженого

- проводить перше прикладання дитини до грудей, не пізніше ніж через 30 хвилин після пологів (при цьому дитина не має бути спеленана);
- спостерігає за станом матері і новонародженого протягом перебування в пологовій залі (контакт шкіра до шкіри) до переводу матері і дитини в палату спільного перебування
- переводить мати та дитину в палату спільного перебування післяпологового відділення.

Протипокази до раннього прикладання до грудей зі сторони матері:

- ◆ оперативні втручання в пологах;
- ◆ важкі форми гестозу;
- ◆ стан декомпенсації при хронічних хворобах серця, легень, печінки, нирок.

Протипокази до раннього прикладання до грудей зі сторони дитини:

- ◆ оцінка за шкалою Апгар нижча, ніж 7 балів на 5-тій хвилині;
- ◆ важка кардіо-респіраторна депресія (потребує АВС-первинної реанімації)
- ◆ глибока недоношеність – гестаційний вік менш ніж 32 тижні, маса тіла менш ніж 1500 г
- ◆ вроджені вади розвитку, при яких порушуються життєво важливі функції організму;
- ◆ важка форма гемолітичної хвороби (при наявності Rh – від’ємної матері, незалежно від наявності антитіл в крові, перше прикладання до грудей відкладати не потрібно!).

Кесарев

розтин.

Пологи шляхом кесарського розтину при сприятливому результаті не є протипоказом для грудного вигодовування з першого дня життя дитини. За деякий час (не більше 4-6 –ти годин) після закінчення дії наркозу, дитяча медсестра приносить дитину до матері та допомагає прикласти її до грудей, забезпечує контакт “шкіра-до-шкіри”. Протягом першої доби це проводиться декілька разів. Жінці медичний персонал (акшерка) допомагає зціджувати молочні залози для становлення лактації. На другу добу, при задовільному стані матері, її переводять в післяпологове відділення разом з дитиною. Перші 2-3 дні необхідна допомога з боку медичного персоналу.

Післяпологове відділення спільного перебування матері та дитини

МЕТА – забезпечення фізіологічного становлення лактації і грудного вигодовування шляхом спільного перебування матері та дитини, виключно грудного вигодовування, частого прикладання до грудей матері протягом перших днів життя, годування дитини за потребою, виключення заміників грудного молока.

Лікар – неонатолог:

- оглядає дитину, дає поради та рекомендації щодо виключно грудного вигодовування, годування за вимогою (виключає долактаційне годування тобто годування дитини молочними сумішами)
- роз'яснює матері переваги виключно грудного вигодовування, повідомляє матір про зміни кількості молока протягом доби, та можливості прикладання дитини за одне годування до обох молочних залоз;
- проводить спостереження за годуванням грудьми, положенням дитини біля грудей матері, в разі необхідності дає поради
- контролює динаміку фізичного розвитку новонародженого, здійснює контроль за тим, щоб новонародженому не давали ніяких заміників грудного молока, а також напоїв по бажанню медсестер або на прохання матері;
- повідомляє матір про можливість лактаційних кризів;
- інформує матір про широкий спектр методів по стимуляції лактації; при необхідності застосовує методику релактації.

Дитяча сестра:

- навчає матір правильному прикладанню дитини до грудей в перші години після переводу жінки з пологової зали в післяпологове відділення;
- здійснює контроль за тим, щоб годування дитини відбувалося в зручному для матері положенні;
- надає рекомендації по вибору оптимального положення дитини при годуванні;
- надає допомогу матері по догляду за дитиною;
- слідкує, щоб мати не догодовувала та не допоювала дитину по власній ініціативі, без рекомендації лікаря;
- інформує матір про можливі негативні наслідки штучного вигодовування;
- навчає матір техніці догодовування немовляти з горнятка, на випадок необхідності.

Лікар – акушер-гінеколог:

- щоденно контролює стан молочних залоз;
- в перший день дає рекомендації по догляду за грудьми (не обробляти соски водою з милом та ін. дезінфікуючими засобами), профілактиці тріщин сосків (правильне прикладання до грудей); у випадку нагрубання молочних залоз надає рекомендації по коректному зціджуванню молока;
- в разі тимчасового окремого перебування матері та дитини за медичними показаннями, пояснює необхідність зціджування грудного молока з першої доби, не менше 5 – 6 разів на день;
- контролює роботу акушерки по навчанню жінки основним прийомам зціджування, роз'яснює матері переваги вільного вигодовування, пояснює важливість грудного вигодовування для її здоров'я, дає необхідні медичні поради, пов'язані з організацією вигодовування дітей по потребі, догляду за грудьми та необхідними діями матері при раптовому нагрубанні молочних залоз.

Акушерка:

- відразу після поступлення жінки з пологової зали, допомагає правильно прикласти дитину до грудей в перші один – два дні після пологів,
- контролює проведення вільного вигодовування та спостерігає за станом молочних залоз;
- навчає жінку зціджувати молоко (руками та за допомогою молоковідсмоктувача);
- у випадку нагрубання молочних залоз надає допомогу жінці в зціджуванні молока;
- організує перегляд відеофільмів про переваги грудного вигодовування.

Протипокази до грудного вигодовування з боку дитини на наступних етапах лактації досить обмежені:

спадкові ензимопатії, які перешкоджають засвоєнню молока (галактоземія, фенілкетонурія, хвороба кленового сиропу)

Протипоказання до годування грудьми з боку матері є :

- відкрита форма туберкульозу
- позитивний ВІЛ- статус матері
- нелікований сифіліс

При позитивній серологічній реакції матері на ВІЛ – інфекцію необхідно надати матері інформацію про можливість передачі вірусу імунodefіциту людини дитині з грудним молоком та попередити її про ризик інфікування дитини.

Грудне молоко ВІЛ-інфікованої матері можна зціджувати і після стерилізації давати дитині при згоді на це матері.

Вигодовування грудним молоком також не рекомендується, якщо мати, яка годує, вживає цитостатики, антитіреодні засоби, гормональні препарати .

Дитяча поліклініка (перший місяць життя)

Дільничний лікар-педіатр:

- в першу добу після виписки з пологового будинку, а потім 1 раз в тиждень протягом першого місяця життя дитини здійснює патронаж на дому;
- оцінює стан дитини; психологічний та соціальний клімат в сім'ї;
- проводить бесіди з членами родини про допомогу матері, що годує дитину, та підтримку її у відношенні тривалого грудного вигодовування;
- роз'яснює матері та членам сім'ї переваги грудного вигодовування для неї та для дитини;
- дає поради по організації вигодовування по вимозі, забезпечує психологічний настрій матері на тривалу лактацію;
- пояснює важливість контакту “шкіра до шкіри” та “очі в очі”;
- знайомить матір з основними критеріями достатньої кількості молока (число сечовипускань у дитини та динаміка ваги);
- дає поради по раціональному харчуванню годуючої матері як важливому фактору адекватної лактації; контролює правильність прикладання дитини до грудей.

Дільнична медсестра:

- навчає матір техніці вигодовування дитини;
- виправляє помилки в техніці годування при спостереженні вдома,
- контролює прибавку маси тіла в кінці першого місяця життя;
- при підозрі на недостатню кількість молока, надає відповідні рекомендації.

Дитяча поліклініка (після першого місяця життя)

Дільничний лікар – педіатр:

- контролює дотримувannya вільного вигодовування та техніки грудного вигодовування;
- надає рекомендації по подоланню лактаційних кризів(більш часте прикладання дитини до грудей, годування обома молочними залозами, не виключаючи нічні годування, відпочинок, примінення лактогогів та інших методів стимуляції лактації, при необхідності проводить релактацію).

Необхідність переводу на змішане вигодовування обумовлюється лікуючим лікарем та зав. відділом з обов'язковою фіксацією в історії розвитку та за двома підписами.

Дільнична медсестра :

- надає практичні рекомендації по організації та техніці грудного вигодовування,
- надає допомогу матері при розрішенні проблем в сім'ї по підтримці тривалої лактації;
- оформляє стенди в кабінеті здорової дитини по підтримці грудного вигодовування та догляду за дитиною, організовує перегляд відеофільмів.

Жіноча консультація (на протязі двох місяців після пологів)

Лікар акушер-гінеколог:

- надає допомогу матері, що годує грудьми при розвитку лактостазів;
- контролює правильність зціджування молока матір'ю.

Акушерка:

- контролює виконання жінкою рекомендацій лікаря акушер-гінеколога при наявності лактостазу у жінок,
- навчає матір зціджувати грудне молоко.

Додаток 2

Роль грудного вигодовування у формуванні здорової психіки дитини.

(факультативна лекція)

Благополучний розвиток новонародженого та його сприятливе відношення до оточуючого світу є основою для його психічного здоров'я. Особистість дитини, її характер, схильності та багато іншого формується на більш пізніх ступенях розвитку, але тільки при умові вдалого початку все, що відбувається потім, може дати позитивний ефект. Сьогодні точно відомо, що дбайливий догляд новонародженого є гарантом розвитку його здорової психіки, а в разі невдалих пологів – засобом корекції та профілактики наслідків родового стресу. Глибоке розуміння психологічних особливостей новонародженого, значення його попереднього утробного досвіду повинні мати усі фахівці, які мають безпосереднє відношення до новонароджених та немовлят і, в першу чергу, мати дитини.

Новонароджений та немовля є абсолютно залежною істотою. Саме ця ідея повинна визначати відношення оточуючих до новонародженої дитини та його переживанням. Знаходячись у стані повної залежності, дитина має цілу низку психофізіологічних потреб, задовольнити які може і повинна тільки мати.

Торкаючись теми материнства, треба підкреслити, що це поняття включає в себе здатність жінки виносити, народити та вигодувати грудьми дитину до певного віку, обумовленого його фізіологічними потребами. Головною ознакою материнства є здатність жінки ідентифікувати себе з дитиною, що виражається не в розумінні його станів на рівні розсудку, а в переживанні цих станів разом з немовлям. Ця унікальна здатність, яка характеризує материнство, є органічним продовженням симбіотичного поєднання матері і дитини під час вагітності.

Мати і дитина з самого початку являють собою симбіотичну сполуку і саме тому після народження дитини тільки мати здатна створити умови, необхідні для його успішного розвитку.

Для того, щоб жінка змогла реалізувати материнську функцію, вона володіє материнським інстинктом та материнською поведінкою. Закладання материнського інстинкту відбувається ще під час вагітності, але все ж головним його пусковим механізмом, безумовно, є пологи, перший контакт

матері і дитини та перше прикладання її до грудей. Для відповідного пробудження та проявлення материнського інстинкту надзвичайно важливо, щоб пологи у жінки пройшли максимально фізіологічно. Необхідно дуже коректно застосовувати в родах стимуляцію та знеболення, оскільки ці втручання порушують пускові механізми материнського інстинкту і не дають йому проявитися, що врешті згубно впливає на формування тривалого стійкого грудного вигодовування. В цьому відношенні особливо небезпечною є перидуральна анестезія, оскільки в результаті її застосування матері проявляють байжужість до своєї новонародженої дитини.

Повсякденна практика показує, що для гарного догляду за немовлям наявність материнського інстинкту є необхідною, але недостатньою умовою - високоорганізованому мозку людини потрібне навчання. Жінка, яка не спостерігала за процесом виходжування новонародженого та немовляти або не мала такого досвіду - навіть при розвинутому материнському інстинкті неспроможна цілком проявити материнську поведінку.

Материнська поведінка отримує свій розвиток, який виражений в поглибленні материнських почуттів і відповідальності за дитину, в процесі тривалого грудного вигодовування.

Таким чином, породіллю можна назвати матір'ю лише в тому випадку, якщо в неї сформована материнська поведінка, яка дозволяє задовольнити фізіологічні та психологічні потреби дитини і обов'язково з включенням тривалого грудного вигодовування. Ця поведінка формується на базі материнського інстинкту під впливом тривалих спостережень або спеціального навчання.

Для матері, особливо молодій, природне вигодовування дитини є найкращим та єдиним шляхом формування материнської поведінки. Не вагітність, не пологи роблять жінку матір'ю, а майже виключно прикладання дитини до грудей. Закріплення головних рис материнської поведінки корелює з тривалістю грудного вигодовування, загальним числом прикладань до грудей та успіхом годувань. Однак, для здійснення повноцінного грудного вигодовування жінка потребує допомоги, навчання як безпосередньо техніці годування грудьми, так і цілому колу питань, пов'язаних з природним годуванням дитини.

Сучасне навчання материнству можна поділити на спеціальне та побутове. Спеціальне навчання жінки повинні отримувати в жіночій консультації, а також в центрах перинатального виховання, створення і

розповсюдження яких сьогодні є надзвичайно актуальним. До складу таких центрів повинні входити спеціалісти психологи-перинатологи, інструктори за доглядом новонароджених, консультанти з грудного вигодовування, педіатри, акушери-гінекологи. Продовження навчання навичкам правильного грудного вигодовування, а також першим прийомам догляду новонароджених повинно проводитися в палатах “мати-дитина” пологових відділень і будинків за допомогою добре підготовленого медичного персоналу. Подальша підтримка матері може здійснюватись співробітниками дитячих поліклінік та центрів перинатального виховання. В той же час, не слід забувати про важливість і ефективність побутового навчання – передачі позитивного досвіду від однієї матері до другої. Тобто, мова іде про надзвичайну важливість і необхідність створення груп материнської підтримки, які можуть чудово виконувати функцію центрів побутової освіти і навчання молодих матерів.

Зупинимось на тих умовах, які необхідні для формування здорової психіки дитини. Виходячи із змісту несвідомого досвіду новонародженого, стану його психіки та потреб розвитку, а також з його взаємозв'язку з матір'ю, можна визначити, які саме умови потрібні для формування здорової психіки дитини. Це, по-перше, підтримуюче оточення, яке забезпечує сприятливі умови для розвитку дитини, по-друге, правильно організований контакт матері та новонародженого в першу годину життя. Надзвичайно важливою також є м'яка адаптація новонародженого до нових умов існування і створення у нього сприятливого враження про зовнішній світ, яке включає грудне вигодовування.

З психології емоційного розвитку відомо, що для реалізації вроджених потенційних можливостей, які закладені в індивідумі, необхідні відповідні умови оточення. І саме мати має найкращі можливості для створення умов максимальної реалізації інтелектуального та духовного потенціалу дитини, оскільки вона володіє здатністю переносити на себе стан дитини, а дитина відчуває свою єдність з нею і повну залежність від її “Я”.

Однак не тільки мати приймає участь в створенні сприятливого оточуючого середовища для розвитку малюка. В цьому процесі приймають участь батько дитини та інші родичі. Але крім родичів надзвичайно великий вплив в створенні підтримуючого оточення надають спеціалісти. І першими, від кого це залежить, є акушери та неонатологи пологових відділень та будинків. Характер людського оточення навкруги матері та дитини дуже важливий для повноцінного материнства та благополучного дитинства. *Без сприятливого людського оточення дитина не може розвинутися до рівня*

людської особистості. Тому надзвичайно важливо, щоб кожна мати, надаючи підтримку своїй новонародженій дитині, сама знаходилася у колі турбування рідних та близьких людей, а також спеціалістів, які турбуються про неї та здоров'я її дитини.

Перша година життя. Перша година життя після народження – це надзвичайно важливий період для матері та немовляти. Свчасно і правильно проведений перший контакт матері і дитини після пологів визначає їх відношення один до одного. Для матері цей контакт важливий, оскільки від нього залежить пробудження її материнського інстинкту. Для новонародженого – цей критичний період визначає його здатність любити і взагалі відчувати прив'язаність. Тому надзвичайно важливо в саме цей час створити навкруги породіллі теплу, спокійну атмосферу, яка сприяє виникненню інтимності у відношенні між нею та дитиною.

Говорячи про перший контакт матері і дитини, неможливо не зупинитися на явищі **імпринтінгу**. У зв'язку з тим, що при народженні людини має місце морфологічна та функціональна незрілість багатьох його систем, у тому числі і центральної нервової, протягом довгого часу існувало переконання, що новонароджена дитина не здатна до пізнавального процесу. Поштовхом для зміни цих уявлень стали роботи етолога Конрада Лоренца, який видвинув у 1935 році теорію імпринтінгу – фіксації у пам'яті новонародженого відмінних рис діючих на нього життєво важливих стимулів, у тому числі і матері. Одним з важливіших результатів імпринтінгу є формування довготривалого зв'язку з батьками, тобто запам'ятовування об'єкту і формування стійкої прихильності до нього, причому відбувається це у суворо визначений період, який зветься критичним або сенситивним (почуттєвим).

Для новонародженого таким періодом фіксації є перша година життя. Саме в цей час, а далі на протязі першої доби життя він зафіксує мати, що згодом є основою для формування по відношенню до неї стійкої прихильності. Ця година є важливою також і для матері, оскільки в саме цей період в неї відбувається зафіксування її дитини, що є поштовхом для пробудження її материнського інстинкту і формування прив'язаності до новонародженого. Саме тому зір новонародженого настрений таким чином, що він чітко бачить предмети на відстані 20-25 см і при цьому виділяє обличчя. Обличчя матері при годуванні грудьми знаходиться саме на такій відстані від очей немовляти.

Таким чином, імпринтинг є невід’ємною частиною родового процесу і життєво необхідною умовою для реалізації успішного материнства, формування взаємної прихильності матері та дитини, а також для формування у новонародженого сприятливого враження про оточуючий світ.

Хоч перша година – це дуже короткий період часу, для новонародженого він ділиться на 4 фази: релаксація (перші 20 хвилин після народження), пробудження, активна фаза (подаліш 40 хвилин), відпочинок і сон (через 1 годину). Узгодженість емоційних переживань породіллі, відчуттів новонародженого та їх дій по відношенню одне до одного, на диво точно співпадають у часі і викликають різке враження.

Період релаксації необхідний для відновлення сил новонародженого після напруження під час пологів. Через 20 хвилин після народження новонароджений починає робити рухи: повертає голівку, рухає ніжки, ручки. Надзвичайно важливим в цей час є налагодження контакту “шкіра до шкіри”. Хвилини першого тілесного контакту матері і дитини важко переоцінити. У світі ссавців завдяки ньому мати признає своє маля, а дитинча – свою мати.

Для людини смисл першого контакту “шкіра до шкіри” не втратив своєї актуальності. Для новонародженого він є сигналом “я в безпеці”, а для матері це сигнал про те, що дитина жива і її треба годувати. Цей імпульс стимулює у жінок виділення гормонів, зокрема, пролактину та окситоцину, які забезпечують лактацію. Крім того, окситоцин і пролактин стимулюють емоційний зв’язок між матір’ю і дитиною, тому їх іще звуть гормонами зв’язку і любові. Завдяки їх дії у жінок пробуджується материнський інстинкт, що дозволяє їй краще розуміти дитину і задовольняти його потреби.

Активна фаза. З початком проявлення рухової активності, коли новонароджений потрапляє на руки або на живіт матері, у нього з’являється пошуковий рефлекс, який дозволяє йому самостійно, без сторонньої допомоги знайти материнську грудь. *Сьогодні вважається надзвичайно важливим, щоб дитина знайшла і узяла груди матері у момент проявлення пошукового рефлекса.* Перше прикладання новонародженого до грудей матері і зоровий контакт є продовженням їх тілесного контакту, який здійснюється ще до перерізання пуповини. Ця природна дія має надзвичайно велике значення як для немовляти, так і для матері – вона сприяє формуванню стійкої лактації. Саме з початком смоктання у головний мозок жінки поступає сигнал про необхідність годування дитини, завдяки чому підсилюється продукція гормонів окситоцину і пролактину, які стимулюють лактацію.

У фазі пошукової активності надзвичайно важливим є момент контакту “очі в очі” і момент захвату материнської груді. Момент встановлення зорового зв'язку є дуже важливим для новонародженої дитини.

Після проявлення пошукової активності, взяття материнської груді і отримання перших крапель молозива, дитина засинає. Це відбувається приблизно через 1 годину після пологів.

Новонароджена дитина, як відомо сьогодні, це не чистий аркуш паперу, а істота, яка володіє власним унікальним досвідом. Народження – це переверот, кардинальна зміна оточення, в якому старий досвід немовляти перестає себе виправдовувати. Адаптація новонародженого до неутробного існування триває протягом першого року життя та, крім фізіологічного, має психологічний аспект. Народження є ломкою способу існування і уявлень про світ, які склалися, і не може не бути відображене на відчуттях дитини. Зміна зовнішніх умов призводить до зміни в роботі його органів чуттів, в результаті чого відчуття дитини поділяються на знайомі, які складають утробний досвід, та незнайомі.

Таким чином, після народження оточуючий світ поділяється для немовляти на звичний, який є для нього джерелом щастя і безпеки, і незнайомий, який є для нього джерелом небезпеки.

Після народження для дитини єдиним джерелом звичних відчуттів і надійності є його мати. Таким чином, м'яка адаптація новонародженого до нових умов існування полягає в першу чергу у продовженні симбіотичної єдності з матір'ю. Але крім того, вона включає в себе догляд і задоволення фізіологічних потреб дитини, формування сприятливого враження про оточуючий світ.

Фізичний контакт з матір'ю – це перша і найважливіша умова м'якої адаптації новонародженого до нових умов життя, виконання якої є гарантією поноцінного розвитку немовляти.

Материнські дотики стимулюють кровообіг дитини, вони забезпечують розвиток його ендокринної, імунної та нервової систем, а також сприяють розвитку головного мозку. Активна стимуляція шкіри немовляти відбувається під час носіння його на руках, годуванні грудьми, та сумісному сні з матір'ю. В останній час широко використовується психоаналітичний термін “холдинг”. Здійснювати холдинг означає “нянчити”, “турбуватись”. Холдинг, або носіння на руках, є необхідним, оскільки найбільш повно забезпечує фізичний контакт з матір'ю, а отже, і щоденну фізіологічну норму

тактильної стимуляції шкіри дитини. Крім того, носіння немовляти на руках , а також укачування його – це необхідні дії матері, які забезпечують повноцінний розвиток нервової системи та вестибулярного апарату дитини.

При здійсненні фізичного контакту з матір'ю відбувається постійне відчуття знайомого запаху, звуків биття серця, ритму дихання матері, що створює почуття безпеки і надійності у дитини.

Треба підкреслити, що грудне вигодовування забезпечує найбільш повноцінний фізичний та психоемоційний контакт матері і дитини. Це продовження зв'язку, який під час вагітності здійснювався між матір'ю і дитиною через пуповину. Грудне вигодовування якнайкраще допомагає відтворити для новонародженого звичне смакове середовище. Молоко матері має смак, подібний до смаку навколоплідних вод, які плід ковтає з 16 тижня утробного розвитку. Секрет, який виділяють залози навколососкового кола материнських грудей, має запах, подібний до запаху навколоплідної рідини. Оскільки малюк зберігає утробну звичку дуже часто смоктати і пам'ятає смак навколоплідних вод, часте прикладання до грудей дозволяє йому зберігти і застосувати ці звички в іншій якості.

Крім джежа харчування і звичних відчуттів, грудне вигодовування є основою і початком взаємовідносин новонародженого з об'єктами зовнішнього світу. І першим об'єктом, з яким після появи на світ дитина вступає в контакт, є материнські груди. Перше прикладання новонародженого до грудей матері – це початок взаємовідносин з оточуючим світом. Тому найважливіше в годуванні грудьми – це не тільки годування , але й контакт матері й дитини.

Таким чином, для повноцінного розвитку дитини грудне вигодовування має надзвичайно велике значення: це контакт з мамою, звичні запахи і смаки, тілесний комфорт, задоволення рефлексу смоктання, почуття безпеки, джерело харчування і життя, налагодження всіх функцій організму, становлення і розвиток імунної, нервової та ендокринної систем. При відсутності грудного вигодовування неможливо зростити дитину, гармонійну у всіх відношеннях.

Надзвичайно важливо, щоб дитина знаходилась на виключно грудному вигодовуванні протягом перших 4-6 місяців життя. Дуже важливо, щоб дитина прикладалася до грудей, як тільки схоче, і смоктала стільки часу, скільки вона схоче, тобто, мова йде про годування за вимогою. Особливо цінними є нічні годування дитини, які відбуваються під час сну. Прикладання

до грудей є також повноцінним засобом для компенсації стресів у дитини. Тому надзвичайно важливо зберігти грудне вигодовування до фізіологічних термінів закінчення лактації, тобто, до 1 року і 3 місяців - 2 років.

Новонароджена дитина наділена здатністю відчувати тіж емоції, які відчуває його мати. Спілкування матері і дитини надзвичайно важливе для розвитку зору, слуху і здатності дитини до спілкування і мовлення взагалі. Треба підкреслити, що для повноцінного спілкування матері і дитини величезне значення має акт годування грудьми за умови його достатньої тривалості і повторюваності. Ще раз нагадаємо про особливу природну налаштованість новонародженого на спілкування з матір'ю. Все пристосовано для цього: фокусна відстань очей новонародженого, відповідна відстань між його очима і очима матері під час годування, неблимаючий погляд немовляти, його здатність виділяти обличчя, і не просто обличчя, а обличчя, яке розмовляє, а також його дивна здатність до імітації. Відгук матері годуванням не тільки на голод, але також на занепокоєння і тривожність, створює для дитини ту атмосферу любові і захищеності, без яких не можливий повноцінний розвиток його інтелекту і психіки.

Природно, що при такому високому ступіні зв'язку матері і дитини в процесі грудного вигодовування і догляду формується цілий комплекс іще більш складних психо-фізіологічних відносин – бази майбутньої соціалізації дитини. З часом залежність дитини від материнського молока і самої матері буде зменшуватися, але сформовані в процесі їх фізичного та емоційного спілкування психо-фізіологічні зв'язки, а також відношення матері і дитини залишаться життєвою основою внутрішньородинних відносин, відносин між поколіннями і, можливо, в суспільстві в цілому. Подальша соціалізація дитини і її розвиток будуть будуватися на основі материнської любові і турботи, які були закріплені в процесі догляду і природного вигодовування у ранньому дитинстві.

Література

- 1.Бертин А. Воспитание в утробе матери или рассказ об упущенных возможностях - С.-Петербург: МНПО «Жизнь», 1992.
- 2.Винникот Доналд Вудс. Маленькие дети и их матери - М.:ТОО Независимая фирма, 1998 .
3. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка - С.-Петербург: Фолиант,1998.

4.Конь И.Я., Попович М.В., Фатеева Е.М. и др. Сравнительное изучение эффективности свободного режима грудного вскармливания и по часам // Российский педиатрический журнал. – 1999. - № 4. - С.19-20.

5.Кормление детей первого года жизни:физиологические основы // Бюллетень ВОЗ, Женева. С.-Петербург: Гиппократ,1997.

6.Психика и роды /Под редакцией Э.К.Айламазяна. – С.-Петербург: «Яблочко СО», 1996.

7. Фатеева Е.М., Цареградская Ж.В. Грудное вскармливание и психологическое единство «Мать-дитя» – М.:АГАР, 2000. - 183с.