

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ТЕРНОПОЛЬСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ И. Я. ГОРБАЧЕВСКОГО
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

Нелли Якубов

На правах рукописи

УДК

магистерская работа

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОМУ РЕБЕНКУ: ГРУДНОЕ
ВСКАРМЛИВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ

специальность 223 «Медсестринство»

Научный руководитель:
Галияш Наталия Богдановна,
Магистр медсестринского дела,
Доцент кафедры педиатрии №2
ТНМУ им. И. Я. Горбачевского

Тернополь, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1 РОЛЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО И ПЛАСТИЧЕСКОГО РЕСУРСА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ПЛАЦЕНТАРНО- ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	8
1.1 Теоретические основы налаживания грудного вскармливания в раннем неонатальном периоде.....	8
1.2 Помощь, необходимая матерям для успешного кормления грудью.....	11
ГЛАВА 2 ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	13
ГЛАВА 3 ИЗУЧЕНИЕ СТРОЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРОЦЕССА ОБРАЗОВАНИЯ ГРУДНОГО МОЛОКА И СОСАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫМ ГРУДИ МАТЕРИ.....	14
3.1 Ознакомление с основными анатомическими особенностями молочной железы.....	14
3.2 Сестринский анализ процесса лактации на гормональном и нервно-рефлекторном уровнях.....	16
3.3 Изучение акта сосания новорожденным и основных ошибок, возникающих при неправильном прикладывании его к груди для грамотного обеспечения сестринской помощи при грудном вскармливании.....	20
ГЛАВА 4 ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА ГРУДНОГО МОЛОКА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ НЕОНАТАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПОНИМАНИЯ ЕГО УНИКАЛЬНОСТИ И ЦЕННОСТИ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО И ПРЕИМУЩЕСТВ НАД ИСКУССТВЕННЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ.....	23
4.1 Анализ состава грудного молока.....	23
4.2 Преимущества грудного вскармливания над искусственным.....	29

4.3 Основные рекомендации по налаживанию успешного грудного вскармливания.....	32
ГЛАВА 5 ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ МЕДСЕСТРОЙ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ.....	38
ГЛАВА 6 АНКЕТИРОВАНИЕ МАТЕРЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ, С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ, РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И УСТРАНЕНИЮ.....	49
6.1 Анализ проблем, связанных с грудным вскармливанием с помощью опросника.....	49
6.2 Разработка лекций с целью коррекции выявленных методом анкетирования проблем, возникающих при грудном вскармливании.....	53
ВЫВОДЫ.....	54
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	56

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Грудное вскармливание считается биологической нормой для всех млекопитающих, включая людей. Оно крайне важно для достижения глобальных целей в отношении питания, здоровья и выживания, экономического роста и экологической устойчивости [7, 21]. ВОЗ и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) рекомендуют начинать грудное вскармливание в течение первого часа после родов, проводить исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни ребенка, а затем вместе с надлежащим и безопасным прикормом продолжать грудное вскармливание до двух лет или позже [12, 28]. В мировом масштабе эти рекомендации соблюдаются в отношении меньшей части детей: лишь 44% грудных детей начинают получать грудное вскармливание в течение первого часа после родов, и лишь 40% всех младенцев в возрасте до шести месяцев находятся на исключительно грудном вскармливании [17, 31].

Ранний и непрерывный контакт матери и ребенка «кожа к коже» и начало грудного вскармливания в течение первого часа после родов очень важны для налаживания грудного вскармливания, а также для выживания и развития новорожденных и детей более старшего возраста [10, 16, 37]. Риск смерти в течение первых 28 дней жизни возрастает на 33% для тех новорожденных, которые начали получать грудное вскармливание только через 2–23 часа после родов, и возрастает более чем в два раза для тех, кто начал получать его через сутки после родов или позже (в сравнении с новорожденными, которых приложили к груди в течение первого часа после родов). Защитный эффект от раннего начала грудного вскармливания действует вплоть до шестимесячного возраста [5, 18, 36].

Исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев обеспечивает установление отношений близости и любви между

матерью и ребенком, потребление ребенком питательных веществ и восполнение энергии, что необходимо для его физического и неврологического развития и роста [19, 39].

Ненадлежащая практика грудного вскармливания наносит значительный вред здоровью, развитию и выживанию детей грудного и более старшего возраста, а также их матерей [26]. Улучшение этой практики может способствовать спасению более чем 820 000 жизней ежегодно. Почти половина случаев диареи и одна треть респираторных инфекций вызваны ненадлежащей практикой грудного вскармливания [8, 13]. Более продолжительный период грудного вскармливания способствует снижению на 13% вероятности появления избыточного веса и распространенности ожирения, а также сокращению на 35% случаев развития диабета 2 типа [9, 33].

Согласно оценкам, ежегодно примерно 20 000 случаев смерти матерей от рака груди можно было бы предотвратить за счет улучшения показателей грудного вскармливания.

Матери желающие кормить своих младенцев грудью, часто полагаются на советы медицинских работников о грудном вскармливании. Поэтому знания медицинских работников и их отношение к этому вопросу могут повлиять на успех или неудачу грудного вскармливания [1, 22].

Цель исследования. Исследовать актуальные вопросы на тему грудного вскармливания, чтобы лучше понять этот физиологический процесс на анатомо-функциональном уровне, ознакомиться с основными проблемами матерей, которые возникают у них при кормлении малыша грудью и принять меры по их предупреждению и решению.

Задания исследования.

1. Ознакомиться с теоретическими основами грудного вскармливания, ролью медицинского персонала и специально созданных медицинских организаций в налаживании этого процесса как с физиологической, так и с психологической точки зрения.

2. Рассмотреть основные анатомо-физиологические особенности строения молочной железы, процесса образования грудного молока и сосания новорожденным груди матери.

3. Выяснить основные ошибки, возникающие при неправильном кормлении или приложении к груди малыша и помочь маме их устранить.

4. Исследовать состав грудного молока с целью понимания его уникальности и ценности для новорожденного и преимуществ над искусственным вскармливанием.

5. Проанализировать основные проблемы, связанные с грудным вскармливанием, помочь матери в их решении.

6. Создать опросник на основе полученной нами информации, чтобы исследовать, что больше всего беспокоит кормящих матерей и оценить их осведомленность в вопросах грудного вскармливания; разработать курс лекций для беременных с превентивной целью.

Объект исследования. Матери и новорожденные без патологий послеродового отделения перинатального центра, которым показано грудное вскармливание.

Предмет исследования. Грудное вскармливание как залог здоровья матери и ребенка, роль неонатальной медсестры в налаживании этого процесса.

Методы исследования: изучение и анализ научной литературы, опрос, осмотр, наблюдения, обработка медицинской документации, сбор анамнеза и обработка катamnестических данных, клинические методы, анкетирование, статистические методы обработки полученных данных и их научный анализ.

Научно-практическое значение исследования. Данное научное исследование способствует улучшению знаний медсестры о грудном вскармливании, пониманию адаптивных особенностей женщины и новорожденного, которые способствуют грудному вскармливанию и преимуществ по сравнению с альтернативными методами. Исследование составляющих грудного молока помогает понять важность сохранения

именно грудного вскармливания. Рассмотрены основные анатомо-физиологические особенности строения молочной железы, процесса образования грудного молока и сосания новорожденным груди матери; определены основные ошибки, возникающие при неправильном кормлении или приложении к груди малыша и помочь маме их устранить, проанализированы основные проблемы, связанные с грудным вскармливанием, помочь матери в их решении, создан опросник на основе полученной нами информации, с помощью которого исследовано, что больше всего беспокоит кормящих матерей и их осведомленность в вопросах грудного вскармливания; разработано и проведено курс лекций для беременных с превентивной целью для профилактики у них проблем с лактацией после рождения ребенка.

ГЛАВА 1

РОЛЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО
ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО И ПЛАСТИЧЕСКОГО РЕСУРСА ДЛЯ
НОВОРОЖДЕННЫХ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ПЛАЦЕНТАРНО-
ПЛОДОВОГО КРОВОТОКА
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Теоретические основы налаживания грудного вскармливания в раннем неонатальном периоде

Грудное вскармливание – лучший и безопасный способ кормления младенцев, при котором дети получают самое качественное питание. Кроме того, грудное вскармливание обеспечивает защиту от инфекций и закладывает фундамент дальнейшего нормального психического развития [11, 18]. Кормление искусственными смесями повышает риск заболеваемости, однако, в последние годы наблюдается неуклонное уменьшение количества женщин, кормящих своих детей грудью [26].

Во время внутриутробного развития между плодом и матерью существует жизнеобеспечивающая плацентарная связь, благодаря которой в организм ребенка попадают все необходимые для его развития питательные вещества. Причем набор их варьирует в зависимости от этапа развития и потребностей конкретного ребенка [29]. После рождения система внутриутробного гемотрофного питания (кровь матери – плацента – пуповина – плод) преобразуется в аналогичный, приспособленный к новым условиям жизни вне утробы матери (кровь матери – молочная железа – молоко – ребенок). К моменту рождения организм матери уже запрограммирован на выработку тех веществ, в которых нуждается именно ее ребенок и затем претерпевает изменения в процессе роста и развития малыша [14, 32]. Поэтому только материнское молоко можно назвать

полностью адаптированным источником питания для новорожденного и грудного ребенка [6, 39].

С развитием новых методов исследований открываются новые свойства грудного молока. Сейчас нам известно, что в нем содержится целый ряд полиненасыщенных жирных кислот, которые необходимы для развития головного мозга и сетчатки ребенка, но полностью отсутствуют в коровьем молоке и искусственных смесях [25, 27]. Данные некоторых исследований свидетельствуют, что дети, которых в раннем детстве кормили грудью, показывают более высокие результаты при тестировании уровня умственного развития, чем дети, которых кормили искусственным питанием [20, 23]. Также известно, что грудное молоко обладает важнейшими иммунологическими свойствами, которые не присущи ни одному из видов искусственного питания [35, 41]. У 2–7 % детей обнаружена непереносимость искусственных смесей на основе коровьего молока [24]. Результаты недавно проведенных исследований позволяют предположить, что грудное вскармливание способно защитить организм от таких хронических заболеваний, как диабет, рассеянный склероз и воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта [8, 13, 33].

Все эти болезни чаще встречаются у подростков и взрослых, которых в детстве кормили искусственными смесями. Грудное вскармливание также очень полезно для здоровья женщин, так как оно снижает риск заболевания раком груди и яичников в предклимактерическом периоде.

Большое значение имеет и то, что в последние несколько лет исследовано много новых фактов о физиологии грудного вскармливания и о том, как именно младенцы высасывают молоко из груди. Эти знания дают нам возможность лучше понять, почему у некоторых матерей возникают проблемы с кормлением грудью, и какая помощь необходима им и их детям для того, чтобы грудное вскармливание проходило успешно [38, 40].

Системы ухода за детьми в больницах нередко мешают грудному вскармливанию, например, в случаях, когда не обеспечивается совместное

пребывание матери и ребенка в палате, когда существует расписание кормлений, или когда детям дают ненужный докорм в виде смесей или раствора глюкозы [30, 42, 43]. Для успешного грудного вскармливания необходимо совместное пребывание в палате матери и ребенка, без ограничений в частоте и длительности кормлений.

Кроме того, врачи, медсестры и акушерки должны уметь показать матерям, как кормить грудью и помочь им преодолеть сложности, связанные с этим процессом [3, 22].

Лишь некоторые медицинские работники прошли курс обучения помощи грудному вскармливанию, который дает возможность консультировать матерей. Недостаток поддерживающих методик также способствует упадку грудного вскармливания [26]. Медсестра неонатального отделения должна работать так, чтобы помогать матерям успешно кормить грудью [1, 34].

Многие женщины отказываются от грудного вскармливания в связи с возникновением определенных проблем, которые можно было бы решить, если бы компетентный медицинский работник помог матери правильно наладить этот процесс [22, 26].

Психологические причины, лежащие в основе трудностей с грудным вскармливанием, следующие:

- недостаток поддержки со стороны женщин, находящихся в близких отношениях с роженицей;
- недостаток поддержки со стороны медицинских учреждений;
- давление современной городской жизни [2].

1.2 Помощь, необходимая матерям для успешного кормления грудью

Практические советы

Впервые родившая женщина может не знать, как прикладывать ребенка к груди. И ребенок, хотя и в состоянии сосать, иногда не захватывает ртом грудь в достаточной степени. И матери, и ребенку требуется помощь в обучении этому. Приложить ребенка к груди очень просто для матери, знающей, как это делается. Если же ребенок неправильно берет грудь, это может вызвать целый ряд проблем.

Женщины также хотят услышать советы относительно того, как часто кормить своих малышей и как давать им другие виды питания; о решении других проблем, которые могут у них возникнуть, таких как, воспаление и трещины сосков, застой молока, нехватка или избыток молока и т.д. Матерям нужен разбирающийся в этих вопросах человек [3, 34].

Психологическая поддержка

Для успешного кормления грудью женщине необходимо чувствовать уверенность. Это значит, что она должна:

- верить в то, что она может кормить грудью. Она должна знать, что у нее столько молока, сколько требуется ее ребенку, и что ее грудь, какого бы размера и какой бы формы она не была, выработает прекрасное молоко в достаточном количестве;
- знать, каких изменений в ее организме можно ожидать. В этом случае ей будет понятно, что испытываемые ею чувства нормальны;
- разбираться в поведении ребенка и знать, что предпринять в каждом отдельном случае.

В первые недели после родов женщина более чувствительна и эмоциональна, чем она была до этого. Это помогает ей любить своего ребенка, но в то же время она легко расстраивается. Она может с легкостью впасть в сомнение относительно своих способностей ухаживать за ребенком,

а также послушаться чужого совета. Молодая мама нуждается в добром, опытном человеке, который мог бы ее поддержать и вселить в нее уверенность [4, 15, 19].

Для решения таких задач и создаются общественные группы поддержки грудного вскармливания. Хорошим примером служит основание в США Международной Молочной Лиги (ММЛ), в которую вошли матери, успешно выкормившие своих детей грудью и готовые поделиться своим положительным опытом с другими женщинами. В настоящее время эта организация широко востребована, имеет представительства в 40 странах и тесно сотрудничает с Американской Академией Педиатрии (ААП).

ГЛАВА 2

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования были матери и новорожденные без патологий, которые препятствуют грудному вскармливанию послеродового отделения перинатального центра.

С целью исследования актуальных вопросов на тему грудного вскармливания, для лучшего понимания этого физиологического процесса на анатомо-функциональном уровне, ознакомления с основными проблемами матерей, которые возникают у них при кормлении малыша грудью и принятия мер по их предупреждению и решению, нами были использованы следующие методы исследования:

- изучение и анализ научной литературы,
- опрос,
- осмотр,
- наблюдения,
- обработка медицинской документации,
- сбор анамнеза и обработка катamnестических данных,
- клинические методы,
- анкетирование,
- статистические методы обработки полученных данных и их научный анализ.

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программного обеспечения «Excel» («Microsoft», США) и «STATISTICA» 10.0 («Statsoft», США).

ГЛАВА 3

ИЗУЧЕНИЕ СТРОЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРОЦЕССА ОБРАЗОВАНИЯ ГРУДНОГО МОЛОКА И СОСАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫМ ГРУДИ МАТЕРИ

3.1 Ознакомление с основными анатомическими особенностями молочной железы

Молочные железы по своему происхождению представляют видоизмененные кожные потовые железы. Но по своему функциональному значению они относятся к женской репродуктивной системе, так как обеспечивают первоначальное питание ребенка немедленно после рождения, когда прекращается получение им питательных веществ через плацентарную кровь.

У половозрелой женщины каждая молочная железа состоит из 15 – 20 отдельных железок, разделенных прослойками соединительной и жировой ткани. Размер груди определяется развитием в ней жировой ткани и не влияет на количество производимого молока. Железки по своему строению являются альвеолярными и их выводные протоки открываются на вершине соска.

Сосок представляет собой утолщение кожи, он сильно пигментирован. В области ареолы располагается множество нервных окончаний, обилие которых связано с тем, что выделение молока обусловлено рефлексом на раздражение этих окончаний актом сосания. Там же располагаются также железы Монтгомери, выделяющие бактерицидный секрет, по запаху напоминающий околоплодные воды. Отсюда следует, что частое мытье сосков, особенно с мылом ведет к нарушению защитного бактерицидного слоя и способствует возникновению трещин и гнойных процессов. Кроме этого, ребенок теряет обонятельный ориентир в процессе поиска соска.

Рассмотрим строение молочной железы от соска к альвеолам. Как мы уже отметили, на вершине соска открываются выводные протоки, которые переходят в молочные синусы, служащие резервуарами, где накапливается молоко, продуцируемое в альвеолах. В молочные синусы впадают многочисленные ветвящиеся и анастомозирующие молочные протоки, заканчивающиеся до наступления лактации тонкими слепыми трубочками – альвеолярными молочными ходами, которые во время беременности и лактации дают начало множеству альвеол. В железистых клетках альвеол (лактоцитах) происходит синтез молока.

3.2 Сестринский анализ процесса лактации на гормональном и нервно-рефлекторном уровнях

Лактация – синтез молока молочной железой. Регуляция деятельности молочной железы осуществляется в результате действия гормонов и рефлексов. Во время беременности гормональные изменения подготавливают молочную железу к выработке молока. Молочная железа развивается, и грудь увеличивается в размерах. Сразу же после родов гормоны заставляют грудь начинать вырабатывать молоко. Во время сосания ребенком груди два рефлекса стимулируют поступление молока в необходимом количестве и в нужное время.

Основные гормоны, принимающие участие в лактации – аденогипофизарный пролактин, который стимулирует железистые клетки альвеол (лактоциты) к биосинтезу молока и окситоцин – гипоталамический нейрогормон, под влиянием которого происходит выброс молока из млечных ходов.

Гипоталамус является высшим центром эндокринных функций. Он объединяет эндокринные механизмы регуляции с нервными. Субстратом объединения нервной и эндокринной систем служат нейросекреторные клетки, которые у высших позвоночных и человека располагаются в гипоталамусе.

Пролактин - гормон, стимулирующий выработку молока. Каждый раз во время сосания ребенком груди происходит стимуляция нервных окончаний соска. Эти нервы посылают сигнал в переднюю часть гипофизарной железы, вырабатывающей пролактин. Пролактин начинает работать после того, как ребенок пососет грудь и стимулирует синтез молока для следующего кормления.

Процесс сосания ребенком груди заставляет ее вырабатывать молоко.

Эти процессы, от стимуляции соска до секреции молока, называются рефлексом секреции молока или рефлексом пролактина.

Гипофизарная железа выделяет больше пролактина в ночное время, чем в дневное, поэтому ночное кормление особенно помогает поддерживать исправное поступление молока.

Рефлекс пролактина или рефлекс секреции молока.

Очень важно понять влияние сосания груди на выработку молока. Чем больше ребенок сосет грудь, тем больше молока она производит, и наоборот, чем меньше ребенок сосет, тем меньше молоко производит грудь.

Если же ребенок перестает сосать совсем или так и не начнет, молоко в груди перестанет вырабатываться. Если у матери близнецы, и она кормит их обоих, в ее груди будет вырабатываться прекрасное молоко, в количестве, необходимом обоим детям.

Это явление называется поступление и требование. В груди вырабатывается столько молока, сколько требует ребенок. Если мать хочет увеличить поступление молока, то лучший способ это сделать – это кормить ребенка грудью дольше и чаще. Не нужно стараться «сохранить» свое молоко – это приведет только к тому, что грудь будет вырабатывать меньшее количество молока. Давление остатков молока на клетки молочной железы снижает секрецию.

Более долгое и частое кормление приводит к увеличению количества молока.

Пролактин и другие родственные ему гормоны подавляют активность яичников. Таким образом, кормление грудью задерживает возвращение менструации и способности к деторождению.

Окситоцин – гормон, способствующий выделению молока.

Молоко выбрасывается маленькими мышечными клетками, располагающимися вокруг грудной железы, которые сокращаясь, повышают изнутри давление на молоко.

Давление заставляет молоко течь по протокам к млечному синусу, а иногда и протекать через сосок.

Мышечные клетки заставляет сокращаться гормон окситоцин. Окситоцин, также как и пролактин, вырабатывается во время сосания ребенком груди и стимуляции чувствительных нервных окончаний ареолы. Окситоцин вырабатывается гипоталамусом и током крови попадает в молочную железу. Окситоцин действует во время сосания ребенком груди и заставляет молоко выбрасываться из груди во время данного кормления.

Рефлекс окситоцина или рефлекс выделения молока.

Данные процессы представляют собой рефлекс выделения молока или рефлекс окситоцина. Ребенок не может получить достаточное количество молока из груди просто в процессе сосания. В этом ему должен помочь рефлекс окситоцина. Если рефлекс не срабатывает, ребенок может недополучать молока.

Рефлекс окситоцина – более сложен, чем рефлекс пролактина. На него могут оказывать влияние мысли, эмоции и чувства матери. Обычно ее чувства помогают рефлексу, но иногда они и препятствуют его проявлению.

Если мать с любовью думает о своем ребенке или слышит его плач, ее гипоталамус вырабатывает окситоцин. В этом случае она чувствует «распирание» в груди, и при этом молоко может самопроизвольно вытекать из груди.

Мешать женщине в проявлении рефлекса выделения молока могут одно из следующих эмоций:

- если она испытывает беспокойство или страх;
- если она испытывает боль, особенно если эту боль ей доставляет кормление грудью (например, в случае, когда ребенок неправильно берет грудь);
- если мать находится в смущении или замешательстве.

Таким образом, если женщина испытывает положительные эмоции, если она уверена, что может кормить грудью, то молоко у нее прибывает хорошо. Если же она сомневается в своей способности выкормить ребенка грудью, ее волнения могут остановить процесс пребывания молока.

Окситоцин заставляет матку сокращаться, что способствует рождению плаценты. Кормление грудью может помочь остановить кровотечение сразу же после родов, а также оно сокращает длительность послеродовых выделений. Недавно родившая мать может чувствовать сокращения матки во время кормления грудью. Боль может быть интенсивной, но это нормальное явление, которое скоро пройдет.

3.3 Изучение акта сосания новорожденным и основных ошибок, возникающих при неправильном прикладывании его к груди для грамотного обеспечения сестринской помощи при грудном вскармливании

Новорожденному ребенку присущи три рефлекса, помогающие ему питаться:

- ✓ Рефлекс захватывания. Этот рефлекс помогает ребенку находить сосок. Если прикоснуться чем-либо вблизи рта голодного ребенка, он повернет голову в этом направлении и откроет рот. Когда сосок касается рта ребенка, он его открывает и пытается найти сосок.
- ✓ Сосательный рефлекс. Если что-нибудь, попадая в рот ребенку, касается его неба, он начинает сосать. Сосательный рефлекс может быть очень сильным в первые часы жизни ребенка.
- ✓ Глотательный рефлекс. Когда рот ребенка заполняется молоком, он его глотает.

Следует обратить внимание на то, что существует рефлекс, позволяющий ребенку находить сосок, а также рефлекс, заставляющий его сосать во время прикосновения соска к небу. Однако, нет рефлекса, помогающего ребенку удерживать во рту грудь. Как раз этому он должен научиться, в чем ему и требуется помощь матери.

Рассмотрим процесс сосания груди как два действия:

- Вытягивание груди по форме соски. Ребенок захватывает ртом не только сосок, но и ареолу и участок груди, расположенный ниже, под которым располагается млечный синус. Ребенок должен вытянуть грудь по форме соски, что значительно длиннее, чем сам сосок. Сосок составляет лишь треть «соски». В момент, когда ребенок только что отпустил грудь, можно увидеть, как она вытянулась.
 - Прижатие вытянутой ареолы языком к небу. Вдоль языка ребенка, от его кончика до корня, проходит волна, похожая на

перистальтику. Волна «выжимает» молоко из млечного синуса в рот ребенка так, что он может его глотать не поперхиваясь. Во время кормления часто можно увидеть кончик языка ребенка, находящийся над нижней губой. Язык как бы «втягивает» грудь подобно эффекту банок.

Чтобы ребенок мог успешно сосать грудь, он должен в достаточной степени захватывать грудь, таким образом, чтобы его язык надавливал на млечный синус.

Окончание кормления регламентирует ребенок. Нет нужды прерывать кормление через определенный промежуток времени или отнимать у ребенка грудь. Дело в том, что одни дети «ленивые сосуны», а другие «активные сосуны». Нужно предоставить ребенку возможность самому решать, когда прекращать кормление.

Кормление в неправильном положении.

Бывает, что ребенок не захватывает грудь в достаточной степени и сосет в основном сосок. Это явление называется «сосковым сосанием» и служит частой причиной проблем грудного вскармливания.

Если ребенок неправильно сосет грудь:

- ✓ Мать может испытывать боль. Ребенок втягивает сосок неправильно и натирает его нежную кожу. Если это вовремя не исправить, может образоваться травма соска – трещины, которые могут нагноиться и стать причиной мастита.
- ✓ Молоко не вытекает должным образом. Ребенок недостаточно надавливает языком на млечный синус, поэтому молоко из груди не вытекает.
- ✓ Ребенок может проявлять беспокойство. Ребенок может нервничать и требовать частого кормления или же отказаться от еды вообще. У матери может сложиться впечатление, что у нее не хватает молока.

Таким образом, неправильное положение при кормлении грудью может стать причиной:

- воспаления и трещин сосков;
- недостаточного поступления молока и медленного роста ребенка;
- неудовлетворенности ребенка, постоянно требующего есть;
- нагрубания груди.

Медицинская сестра должна научить маму, как правильно прикладывать новорожденного к груди, наблюдать за процессом кормления, чтобы предотвратить возникновение ошибок, развития осложнений вследствие неправильного вскармливания как со стороны матери, так и у новорожденного.

Признаки, определяющие правильное положение ребенка при кормлении:

- ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней;
- подбородок ребенка прикасается к груди;
- рот ребенка широко открыт;
- нижняя губа вывернута наружу;
- над верхней губой ребенка виден большой участок ареолы, чем под нижней губой;
- заметно, как ребенок делает медленные, глубокие сосательные движения;
- ребенок расслаблен и доволен, в конце кормления наступает состояние удовлетворения;
- мать не испытывает боль в области сосков;
- слышно, как ребенок глотает молоко.

ГЛАВА 4

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА ГРУДНОГО МОЛОКА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ НЕОНАТАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПОНИМАНИЯ ЕГО УНИКАЛЬНОСТИ И ЦЕННОСТИ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННОГО И ПРЕИМУЩЕСТВ НАД ИСКУССТВЕННЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ

4.1 Анализ состава грудного молока

Процесс выработки молока грудными железами называется лактацией. Женское молоко - естественный биологический продукт и является основным фактором адаптации новорожденного к внеутробной жизни. Его состав до сих пор до конца не расшифрован и открытия в этой области происходят по мере использования новых методов исследования. В настоящее время известно, что материнское молоко представляет собой эквивалент пупочной крови и несет в себе не только питание для младенца, но и множество защитных, регулирующих веществ, факторов роста и созревания, гормонов и гормоноподобных соединений. По исследованиям ВОЗ зрелое грудное молоко содержит сотни различных компонентов.

Сложность в изучении качественного и количественного состава грудного молока заключается и в том, что он очень изменчив в процессе лактации и зависит от множества факторов. Даже у одной матери в разных молочных железах молоко отличается по составу и меняется от кормления к кормлению, не говоря обо всем периоде лактации. Основной причиной этих различий являются индивидуальные потребности каждого ребенка, меняющиеся по мере его развития.

Теперь рассмотрим основные составляющие грудного молока.

Молоко - сложная водная эмульсия, в состав которой входят жировые капельки, белки, углеводы, соли, витамины, микроэлементы и другие вещества. Все составляющие можно разделить на питательные вещества, восполняющие энергетические и пластические потребности детского

организма и непитательные, необходимые для созревания и роста, развития и защиты от инфекций.

Белок. Содержание белка в зрелом грудном молоке составляет примерно 1%. Это значительно ниже, чем в молоке других млекопитающих. Белки представлены казеиновой и сывороточной фракциями. Казеиновый белок синтезируется непосредственно в молочной железе, а сывороточный фильтруется из крови матери. Соотношение этих фракций в женском молоке 20:80 (30:70), в коровьем наоборот большая часть представлена казеинами 80:20. В процессе пищеварения казеин под действием желудочного сока образует более крупные хлопья, чем сывороточные белки и поэтому труднее всасывается. Грудное молоко образует в желудке практически невидимые хлопья, облегчающие пищеварение и быстро эвакуируется из желудка. Это дает возможность часто прикладывать ребенка к груди без опасений за перегрузку ЖКТ и нарушение пищеварения.

Сывороточные белки женского молока представлены в основном альфа-лактоглобулином, важным компонентом ферментной системы в синтезе лактозы. Необходимо отметить, что заменители грудного молока производятся на основе коровьего (козьего) молока и в качестве сывороточного белка содержат бета-лактоглобулин, являющийся мощным аллергеном.

В женском молоке определяется более высокий уровень свободных аминокислот, среди которых наиболее важными являются цистеин и таурин, так как их синтез у детей раннего возраста затруднен. Цистеин существенен для плода и детей, родившихся преждевременно, а таурин необходим для созревания и развития ЦНС, так как служит нейротрансмиттером и нейромодулятором.

Жиры. В женском молоке жиры находятся в виде микроскопических шариков, по размерам значительно меньших, чем в коровьем молоке. Это наиболее изменчивая составляющая, так как содержание жира колеблется от 2% (в молозиве) до 4 - 4,5% (в зрелом молоке). В заднем молоке

концентрация жира в 4 – 5 раз выше, чем в переднем и это действует как регулятор насыщения. Поэтому продолжительность кормления не должна быть регламентирована и может быть различной в зависимости от состояния ребенка. Если малыш испытывает лишь жажду, он в течение 5-10 минут ее удовлетворяет за счет переднего молока, бедного жирами и перестает сосать и, наоборот, при сильном чувстве голода он может проводить у груди до 1 - 1,5 часов. Исследования ВОЗ доказали, что дети сами регулируют свое энергетическое насыщение.

Жирные кислоты, входящие в состав грудного молока по составу относительно стабильны и представлены 57% ненасыщенных и 42% насыщенных жирных кислот. Длинноцепочковые полиненасыщенные жирные кислоты необходимы для миелинизации и созревания ЦНС, среди них наиболее важными являются арахидоновая и линоленовая жирные кислоты. Их содержание в женском молоке почти в 4 раза выше, чем в коровьем. От наличия этих жирных кислот зависит синтез простагландинов в ЖКТ ребенка, которые влияют на множество функций, активизирующих пищеварение и созревание клеток кишечника и таким образом на весь защитный механизм. Грудное молоко богато простагландинами, тогда как в заменителях их нет совсем.

Основным источником энергии для плода является глюкоза, а для новорожденного и грудного ребенка - жиры. Они обеспечивают 35 - 50% суточной энергетической нормы. Интересно, что только в женском молоке и молоке некоторых приматов содержатся ферменты, обеспечивающие переваривание жиров.

Углеводы. Основным углеводным компонентом женского молока является лактоза, иначе ее называют молочным сахаром. Этот сахар специфичен только для молока и наибольшее его количество содержится в женском молоке (4% в молозиве и до 7% в зрелом молоке). Лактоза это дисахарид, при расщеплении которого под действием фермента лактазы образуются глюкоза и галактоза. Лактаза обнаруживается только в ЖКТ

млекопитающих. Глюкоза является источником энергии, а галактоза используется для синтеза галактопептидов, необходимых в процессе развития ЦНС. Кроме этого лактоза стимулирует образование кишечных колоний *Lactobacillus bifidus*.

Другие составляющие углеводов грудного молока - олигосахариды, фруктоза, галактоза, содержатся в небольших количествах. Один из видов олигосахаридов известен как «bifidus фактор», он способствует размножению в кишечнике полезной микрофлоры, и препятствует развитию патогенной.

Витамины. Содержание витаминов в грудном молоке зависит от потребностей ребенка, питания матери, срока лактации. В молозиве и раннем (переднем) молоке большинство витаминов находится в большей концентрации, чем в зрелом и позднем (заднем) молоке. Поэтому перед кормлением нельзя сцеживать переднее молоко, богатое витаминами. По данным современных исследований витамин D содержится в основном в переднем молоке в водорастворимой (неактивной) форме, которая по мере потребности ребенка трансформируется в жирорастворимую (активную) форму.

Случаи дефицита витаминов у детей, находящихся на грудном вскармливании редки, даже если мать вегетарианка. На втором году жизни недостаток витаминов (в частности витамина А) более распространен у детей, которых рано отняли от груди, чем среди тех, кто продолжает кормиться грудью.

Макро- и микроэлементы. Минеральные вещества в грудном молоке содержатся в легкоусвояемой форме (соединениях), что обеспечивает высокий процент их всасывания в ЖКТ ребенка. Существуют многие другие факторы, улучшающие всасывание - определенные пропорции минеральных веществ и витаминов, наличие вспомогательных веществ, которые содержатся только в грудном молоке (лактоферрин) и т.д. Так железо

женского молока всасывается на 70%, железо коровьего молока на 30%, а железо, входящее в состав смесей лишь на 10%.

Для того, чтобы ребенок, находящийся на искусственном вскармливании получал достаточное количество минеральных веществ, их содержание в заменителях грудного молока значительно повышают, что не может не вызвать отрицательных воздействий на организм малыша.

Микроэлементы в женском молоке представлены широким спектром, и как макроэлементы значительно отличаются от тех, которые содержатся в смесях. В заключении хочется отметить, что ребенок, находящийся на грудном вскармливании менее подвержен дефициту или избытку макро- и микроэлементов.

Иммунные факторы. Материнское молоко имеет двоякое воздействие на организм ребенка. С одной стороны, оно само обладает защитными свойствами, с другой — стимулирует развитие собственной иммунной системы малыша.

Сразу после рождения в организм младенца попадает огромное количество микроорганизмов, токсинов, которые они вырабатывают, аллергенов. Трудно себе представить, как бы справилась еще незрелая иммунная система новорожденного с такой атакой, если бы не мамино молоко. В женском молоке, а особенно в молозиве содержится огромное количество факторов защиты таких как иммуноглобулины класса А, М, G, лизоцим и другие ферменты, лактоферрин, бифидус фактор, макрофаги, лимфоциты, нейтрофилы, эпителиальные клетки. Иммуноглобулины, в особенности секреторный иммуноглобулин А обволакивают ЖКТ малыша и не дают болезнетворным микроорганизмам внедриться в него. Одновременно происходит стимуляция созревания эпителия кишечника и выработки пищеварительных ферментов.

В организме матери постоянно идет процесс выработки антител против бактерий и вирусов, попадающих к ней в организм. Эти антитела попадают в молоко и защищают ребенка против многих возбудителей

заболеваний. В грудное молоко попадают также фрагменты вирусов, стимулируя чувствительность к ним организма малыша, в результате чего происходит эффективная иммунизация.

Гормоны. По данным современных исследований, в грудном молоке содержится более 20 видов гормонов. Причем концентрация некоторых из них в несколько раз превышает концентрацию в крови матери. К таким гормонам относятся окситоцин, пролактин, некоторые половые гормоны, простагландины, гормон роста, инсулин и др. Гормоны щитовидной железы содержатся в меньших концентрациях.

Таким образом, грудное молоко активно влияет на обмен веществ и различные процессы в организме ребенка. Очевидно, что подобными свойствами не могут обладать заменители грудного молока.

Ферменты (энзимы) являются одними из составляющих женского молока. Большинство из них многофункциональны - отражают процессы, происходящие в молочных железах и необходимы для развития новорожденного. Многие энзимы содержатся в молозиве в больших концентрациях, чем в зрелом молоке (например, лизоцим). Ввести энзимы в состав смесей не представляется возможным.

Другие вещества. В женском молоке представлены нуклеотиды, принимающие участие в липидном обмене, а также многочисленные факторы роста (фактор роста эпидермиса, инсулиноподобный фактор роста, фактор роста нервной ткани, фактор роста человеческого молока). Их роль в развитии ребенка до конца еще не выяснена.

4.2 Преимущества грудного вскармливания над искусственным

Защита ребенка от инфекций. Женское грудное молоко является живой биологически активной субстанцией, имеющей такие же факторы защиты, как в крови и лимфе, а также собственные факторы защиты. Ниже приведем основные из них:

- плазматические клетки, синтезирующие антитела (иммуноглобулины). Особенно много в грудном молоке иммуноглобулинов класса А;
- макрофаги, продуцирующие биологически активные вещества и ферменты, основную роль из которых играет лизоцим;
- лейкоциты, непосредственно принимающие участие в иммунологических реакциях;
- лактоза и олигосахариды, способствующие заселению кишечника полезной микрофлорой, которая препятствует размножению и росту патогенных микроорганизмов - бифидум-фактор;
- лактоферрин, связывающий железо и тем самым препятствующий росту болезнетворных бактерий, которые потребляют железо.

Очень важно не прекращать кормления грудью в период болезни матери или недомогания самого малыша, так как, в грудное молоко из крови матери поступают противoinфекционные факторы, направленные на уничтожение именно того возбудителя, который вызвал заболевание у мамы. Таким образом, малыш оказывается защищенным, и даже если заражение произойдет, болезнь будет протекать в легкой форме. О связи грудного вскармливания и риска кишечных инфекций говорилось на совещании ВОЗ: «...Вероятность смерти от связанных с диареей болезней в 14 раз ниже у детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, чем у их сверстников, не получающих грудное молоко, и в 4 раза ниже, чем у детей, прикармливаемых молоком животных. Более того, повышенному риску летального исхода от диареи подвержены даже дети, получающие воду, чай

или соки помимо грудного молока. Установлено, что каждое дополнительное ежедневное кормление грудью ассоциируется со снижением риска смерти от диареи на 20%».

Снижение риска аллергических заболеваний. Понятно, что дети, вскармливающиеся искусственно - смесями, изготовленными на основе животных ингредиентов, получают с питанием огромное количество аллергенов. Особенно аллергичным является чужеродный белок. Дети же, находящиеся на грудном вскармливании, генетически адаптированы ко всем составляющим материнского молока. Исследования ВОЗ показали, что у детей, находящихся на искусственном вскармливании, даже не имеющих семейной предрасположенности к аллергическим заболеваниям, увеличен риск их появления уже на первом году жизни, причем резко возрастает частота бронхиальной астмы и аллергического бронхита.

Снижение риска заболеваний в результате недостатка витаминов или минералов. В грудном молоке витамины и минералы находятся в легкодоступной для всасывания форме.

Снижение риска возникновения синдрома внезапной смерти. По проведенным исследованиям, дети, находящиеся на искусственном вскармливании в 3 раза чаще подвержены синдрому внезапной смерти, чем дети, вскармливающиеся грудью.

Дети, находящиеся на грудном вскармливании, реже болеют воспалительными заболеваниями среднего уха. Это связано с хорошей двигательной активностью нижней челюсти в акте сосания, в результате чего происходит достаточная вентиляция наружного слухового прохода и создаются благоприятные условия для отделения серного секрета.

Правильное формирование лицевого скелета и прикуса. Отмечено, что при искусственном вскармливании дети значительно чаще страдают изменениями прикуса. Чаще всего у этой группы детей выявляется недоразвитие нижней челюсти и сформированный из-за этого, «недокус». В процессе грудного вскармливания работают все основные группы мышц

челюстно-лицевого аппарата, которые в будущем участвуют в образовании звуков. Поэтому логопедические проблемы чаще встречаются у детей, вскормленных искусственно.

Дети, находящиеся на грудном вскармливании, реже страдают кариесом зубов.

Снижение риска онкологических заболеваний практически в два раза до 15-ти летнего возраста отмечено у детей, кормившихся грудью хотя бы до 6 месяцев.

Снижение в 2 раза риска заболеваний диабетом детей, находившихся на грудном вскармливании до 2 месяцев.

Преимущества нервно-психического развития детей. В результате более быстрого и полного установления психоэмоционального единства между матерью и ребенком, находящимся на грудном вскармливании, возникают более благоприятные условия для эмоционального и чувственного развития малыша. По результатам исследований, когда было протестировано 5 тысяч детей, к 15 годам существенные преимущества в нервно-психическом развитии имели дети, вскормленные естественно. Большая способность к обучению и социальной адаптации среди 16-летних школьников, имелась у тех, кто кормился в младенчестве грудью хотя бы до 3 месяцев.

Пубертатный период легче проходят подростки, которые в детстве длительно кормились грудью.

4.3 Основные рекомендации по налаживанию успешного грудного вскармливания

Оптимальная продолжительность исключительно грудного вскармливания составляет 6 месяцев, общая продолжительность грудного вскармливания составляет 2 и более года (рекомендации ВОЗ). Для обеспечения успешного грудного вскармливания ВОЗ и ЮНИСЕФ - ДЕТСКИЙ ФОНД ООН рекомендуют:

- первое прикладывание ребенка к материнской груди должно произойти в течение первого часа после родов;
- исключение любого допаивания или докармливания ребенка;
- кормление грудью по требованию - ребенок должен сосать грудь, как только захочет и сколько хочет;
 - из предметов ухода за ребенком должны быть исключены соски, пустышки, бутылочки.

ВОЗ и ЮНИСЕФ выработали программу поддержки грудного вскармливания для медицинских учреждений. В эту программу входят 10 рекомендаций для налаживания и поддержки успешного грудного вскармливания.

- ✓ Иметь изложенную в письменном виде политику в отношении грудного вскармливания, которая постоянно доводится до всего медицинского персонала;
- ✓ Обучать всех медицинских работников навыкам, необходимым для практического осуществления этой политики;
- ✓ Информировать всех беременных женщин о преимуществах грудного вскармливания и о том, как вести грудное вскармливание;
- ✓ Помогать матерям начать кормление грудью в течение получаса с момента рождения ребенка;

- ✓ Показывать матерям, как кормить грудью и как поддерживать лактацию, даже в тех случаях, когда им приходится разлучаться со своими детьми;
- ✓ Не давать новорожденным никакой еды и питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний;
- ✓ Практиковать круглосуточное совместное пребывание матерей и детей в одной палате;
- ✓ Поощрять кормление грудью по требованию ребенка;
- ✓ Не давать младенцам, кормящимся грудью, сосок или пустышек;
- ✓ Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и отсылать матерей в эти группы при выписке их больницы или клиники.

4 основные правила успешного грудного вскармливания:

1. Первое прикладывание ребенка к груди должно произойти в первый час после рождения.

Оптимальный физиологический срок первого прикладывания примерно через 20 минут после рождения, так как в это время новорожденный начинает проявлять поисковую активность. Мама или кто-то из медицинского персонала должны помочь ему найти грудь, но правильно взять ее должен научиться сам малыш. Это позволит ему сформировать правильную привычку захватывать сосок. За первое кормление новорожденный получит лишь незначительное количество молозива - около 1-3 миллилитров, однако, и этого достаточно для защиты от огромного числа микроорганизмов, с которыми он впервые контактирует. Для мамы раннее прикладывание к груди важно для адекватной стимуляции лактации, обеспечения ее длительности, профилактики послеродовых осложнений.

В этой связи очень важно исключить возможность первого кормления из бутылочки, а не из груди. Так называемое «догрудное кормление» ведет к тому, что у ребенка возникает «путаница» сосков и он может отказаться в дальнейшем от материнской груди или неправильно ее захватывать. Кроме

того, ребенок лишается первых капель молозива, играющего важную роль в становлении иммунитета, а у матери происходит срыв запуска лактации.

Правильный захват соска исключительно важен. Во - первых, захват большей части ареолы способствует хорошей стимуляции нервных окончаний, находящихся в ней и, соответственно лактации; во - вторых предупреждает заглатывание воздуха и срыгивания. Если мама неумело подносит ребенка к груди или находится в неудобной позе при кормлении - это приводит к неправильному прикладыванию и нарушению механизма сосания. В результате могут возникнуть следующие проблемы:

- аэрофагия, срыгивания, метеоризм, колики;
- плохая прибавка в весе;
- со стороны матери - травмы соска (мазоли, трещины);
- в связи с плохим опорожнением железы - лактостаз, мастит и т.д.

Причиной неправильного прикладывания является и докармливание или допаивание ребенка из бутылочки, когда у него формируется «бутылочное» сосание, крайне неэффективное для сосания груди.

2. Исключение докармливаний и допаиваний новорожденных.

Ранее считалось, что того количества молозива, которое содержится в материнской груди первые дни после родов, недостаточно для восполнения потерь жидкости, а также энергетических и пластических потребностей новорожденного. Молозиво перестало восприниматься как питание для ребенка, а воспринималось лишь как профилактика инфекций. Поэтому в родильных домах до появления у мам переходного молока существовала практика докорма новорожденных заменителями грудного молока и допаивание водичкой.

В настоящее время доказано, что молозиво является единственным адаптированным для организма только что родившегося ребенка продуктом, удовлетворяющим все его потребности.

К 3-4 дню после родов почки новорожденных уже функционально готовы к увеличению нагрузки и к 4 — 6 дню молозиво матери меняется на «переходное» молоко, содержащее значительно больше воды.

3. Кормление ребенка должно происходить по требованию, что означает, что он может сосать, когда хочет и сколько хочет.

Это правило может реализовываться только в условиях совместного пребывания матери и ребенка в послеродовом отделении. Количество кормлений в сутки может быть различным, но в среднем составляет 8-12 раз. Частоту прикладываний и их длительность определяет сам ребенок.

По рекомендациям Международной Молочной Лиги (ММЛ) и Американской Академии Педиатрии (ААП) перерыв между кормлением не должен превышать 3-4 часов. Если малыш спит дольше, то мама должна понаблюдать за ним и выбрать момент, когда сон становится поверхностным (ребенок кряхтит, шевелится во сне) и приложить к груди, не будя его. Малыш сосет грудь в сонном состоянии и, если не выспался, поев, крепко засыпает у груди. Таким образом, сон ребенка не прерывается, а малыш остается сытым.

Часто можно наблюдать, особенно у детей до 2 месяцев, следующую систему питания, выработанную ими самими. Ребенок прикладывается к груди 2-3-4 раза в подряд через 20 - 40 минут, сосет по 15 -20 минут и затем засыпает на несколько часов. Многие педиатры боятся, что желудок ребенка может быть перегружен, и не разрешают маме кормить чаще, чем через 2 часа. Чтобы развеять эти опасения, обратимся к анатомо-физиологическим особенностям желудочно-кишечного тракта грудных детей. Длина кишечника новорожденного в 6 раз превосходит длину его тела, кишечник взрослого человека - в 4,5 раза. Пищевод, желудок и 12-ти перстная кишка грудничка представляет собой широкую трубку с несовершенными сфинктерами, что позволяет молоку быстро эвакуироваться из пищевода в желудок, из желудка в 12-ти перстную кишку и т.д.

Кроме этого, молоко матери является наиболее адаптированным продуктом для усваивания ее ребенком. В нем содержатся ферменты, такие как липаза и прочие, способствующие быстрому перевариванию и усваиванию молока. Белки грудного молока всасываются не только за счет протеолиза, но и за счет прямого проникновения в стенки кишечника и далее в кровь. Т.е., женское молоко уникально тем, что помогает само себя усваивать.

Все эти особенности пищеварения - приспособления к почти непрерывному питанию. Ребенок может находиться у маминой груди практически постоянно без ущерба здоровью.

Продолжительность кормления может быть различной и зависит от потребностей ребенка. Если малыш голоден, он имеет право сосать грудь до 1,5 часов (рекомендации ММЛ и ААП). Если он сыт, а испытывает жажду, он находится у груди 5-10 минут, высасывает переднее молоко, богатое водой и успокаивается.

Очень важно не отказывать ребенку в ночных и предутренних кормлениях, т.к. это наиболее эффективное время для стимулирования лактации. В эти часы уровень пролактина в крови наиболее высокий. Поэтому в случае жалоб на недостаток молока, в первую очередь рекомендуется не пропускать ночных кормлений.

4. Исключение из ухода за ребенком сосок, пустышек, бутылочек.

Кормление из бутылочки и сосание пустышки формирует у ребенка «бутылочное» сосание, которое является поверхностным, плохо работает система «насоса», недостаточно опорожняется молочная железа, и недостаточно стимулируются нервные окончания ареолы. Все эти недостатки ведут к тем же последствиям, как и при неправильном прикладывании ребенка к груди снижается лактация, возникают проблемы со здоровьем у ребенка.

В случаях проблем грудного вскармливания таких, как лактостаз, мастит, трещины сосков, отказе ребенка от груди, проведении релактации

понадобится консультация опытной медсестры, чтобы правильно выделить причину сложившейся проблемы, проверить прикладывания ребенка к груди, провести коррекцию, если требуется, в уходе за ребенком, расцедить грудь нетравматичными приемами без применения лекарственных препаратов.

ВОЗ поощряет создание и деятельность таких организаций, как общественные группы по поддержке грудного вскармливания, рекомендует сотрудничество с медицинскими учреждениями для объединения усилий в пропаганде грудного вскармливания повышения его процента среди молодых мам.

ГЛАВА 5

ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОЙ МЕДСЕСТРОЙ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ

На первом месте среди всех проблем грудного вскармливания с которыми обращаются мамы, стоит жалоба на нехватку молока. Гипогалактия - это сокращение объема или срока лактации. Ее разделяют на: раннюю и позднюю, первичную и вторичную, истинную и ложную.

Ранняя гипогалактия - недостаток молока, развивающийся в первые 10 дней после родов.

Поздняя гипогалактия - выявляется спустя 10 дней после родов.

Первичная гипогалактия обусловлена гормональными факторами и может обнаруживаться у женщин, страдающих гормональными нарушениями (сахарный диабет, диффузный токсический зоб, инфантилизм и др). В этих ситуациях не происходит адекватная нейрогуморальная стимуляция лактации, и молочные железы не секретируют достаточное количество молока.

Вторичная гипогалактия чаще бывает связана с неправильно организованным грудным вскармливанием, недоношенностью, инфекционными заболеваниями матери, осложнениями беременности, родов, послеродового периода, нерациональным питанием матери, сильной психической травмой и т. д. Вторичную гипогалактию могут вызвать и некоторые лекарственные препараты, такие как камфора, мочегонные средства, гормональные препараты, подавляющие выработку пролактина и др. Эта форма гипогалактии в большинстве случаев хорошо поддается коррекции и, если правильно определена и ликвидирована причина ее вызвавшая, то в течение 1-10 дней выработка молока нормализуется.

Все перечисленные выше виды гипогалактии являются истинными и встречаются достаточно редко - до 3% среди всех родивших женщин.

В основной массе случаев имеет место так называемая ложная гипогалактия, при которой в груди у матери вырабатывается достаточное количество молока, но она жалуется на то, что ребенку его не хватает.

Вот основные жалобы мам в этой ситуации: «У меня не хватает молока, потому что:

- ребенок капризничает между кормлениями и часто просит грудь;
- ребенок подолгу сосет грудь;
- не чувствую прилив молока и грудь все время мягкая».

Все эти опасения не имеют под собой оснований, т. к. такие явления нормальны и физиологически оправданы. Во - первых, ребенок, находящийся на грудном вскармливании, за сутки должен прикладываться к груди не менее 8-12 раз (по данным некоторых авторов свободное грудное вскармливание предусматривает не менее 12 кормлений за сутки). Во - вторых, находиться у груди ребенок имеет право до 1,5 часов за одно кормление. В-третьих, в груди между кормлениями накапливается переднее молоко и именно его количество мама и ощущает. Заднее молоко образуется, в основном, в процессе кормления и его количество оценить невозможно. Чем дольше малыш сосет грудь, тем больше заднего молока он получает. Поэтому между кормлениями грудь и должна быть мягкой, так как в каждой груди количество переднего молока обычно не превышает 30-40 мл.

Педиатрам и мамам необходимо знать, что существуют физиологически обусловленные состояния временной нехватки молока.

Замедленный приход молока.

Как уже упоминалось, у большинства родивших женщин переходное молоко приходит на 3 - 5 сутки после родов, молочные железы нагрубают и увеличиваются в размерах. Однако, у некоторых мам переходное молоко появляется с запозданием - на 15 - 20 день. В этой ситуации нужно принимать меры, направленные на стимуляцию лактации, речь о которых пойдет далее.

Лактационные кризы.

Психические травмы, физическое и нервное переутомление, тревога, страх, циклические гормональные изменения и ряд других факторов могут вызвать временное снижение лактации. Это непродолжительное явление, оно длится не более недели и хорошо поддается коррекции. Главное - выявить причину, его вызвавшую и сохранить в эти дни исключительно грудное вскармливание. Для здорового, нормально набирающего вес малыша лактационные кризы не опасны. Если начать докармливать ребенка смесью, лактация может не восстановиться, а ребенок - отказаться от груди.

Ступенчатое увеличение энергетических потребностей ребенка. В этом случае у мамы сохраняется хорошее наполнение молочных желез, но ребенок часто и подолгу сосет и после кормления остается голодным, что проявляется беспокойством, плачем. Это может быть связано с резко возросшими потребностями детского организма в питательных веществах, когда малыш проявляет большую двигательную активность. Важно не вмешиваться в ход событий и давать малышу грудь так часто, как он хочет, тогда в течение 3-5 дней лактация увеличится, соответственно потребностям ребенка. Так же, как и в предыдущих ситуациях мама должна предпринять меры для стимуляции лактации.

Особо нужно отметить, что лактация - процесс, зависящий как от матери, так и от ребенка. Если мама делает все от нее зависящее для того, чтобы количество молока было достаточным, а ребенок при этом неправильно берет грудь, или, наоборот, малыш правильно и с удовольствием сосет грудь, а мама кормит по расписанию и выдерживает перерывы между кормлениями, грудное вскармливание не будет успешным, так как в обоих случаях стимуляция лактации недостаточная.

Международная Молочная Лига рекомендует следующие основные критерии для диагностики гипогалактии:

- Количество мочеиспусканий за сутки менее 6, при этом цвет мочи темно - желтый.
- Прибавка в весе за неделю менее 125 грамм.

Кормящая женщина должна быть уверена в своей способности выкормить ребенка грудью, и эта уверенность будет залогом длительного и успешного грудного вскармливания.

Частые и длительные прикладывания ребенка к груди оказывают сильнейшее стимулирующее лактацию действие. Чем чаще и дольше ребенок сосет грудь, тем больше гормонов, отвечающих за лактацию, выбрасывается в кровь матери. Естественно, ребенок при этом должен правильно брать грудь. Минимальное количество прикладываний в периоды гипогалактии - 12 в сутки. Если у мамы совсем мало молока лучше использовать следующую схему кормления: ребенок прикладывается к одной груди, через 15-20 минут переключается к другой, еще через 15-20 минут возвращается к той груди, с которой началось кормление. Это даст сильнейший стимулирующий лактацию эффект. Использовать такую схему можно до увеличения количества молока, далее лучше кормить в одно кормление из одной груди.

Не пропускать ночных и предутренних кормлений. Если ребенок спит днем более 3-4 часов, необходимо предложить ему грудь в фазе поверхностного сна, либо разбудить и дать грудь.

Увеличить употребление жидкостей, особенно за 20 - 30 минут до кормления.

Как можно чаще брать ребенка на руки, причем желателен непосредственный контакт «кожа к коже». Если позволяют условия, организовать совместный сон с ребенком.

Профилактика гипогалактии.

1. К моменту рождения ребенка у мамы уже должна быть сформирована «доминанта грудного вскармливания». Это означает, что будущая мама понимает важность и преимущества грудного вскармливания, уверена в своей способности и имеет желание выкормить ребенка грудью, из приобретаемых предметов

ухода за новорожденным исключает средства, имитирующие грудь (соски, пустышки, бутылочки).

2. Раннее прикладывание ребенка к груди в родильном доме, которое должно произойти в течение первого часа жизни малыша.
3. Исключение «предлактационного» кормления или допаивания.
4. Кормление ребенка по требованию, а не по графику. Сохранение ночного кормления.
5. Исключить допаивание водичкой между кормлениями.
6. Не использовать пустышку. Если ребенок хочет сосать, значит, ему нужна грудь мамы.
7. Проводить с ребенком как можно больше времени.
8. Правильное питание мамы необходимо для хорошей лактации. Ее диета должна быть разнообразной, после 2-й - 3-й недели после родов количество потребляемой жидкости увеличивается примерно на 1 литр в день.

Проблемы, связанные с состоянием сосков

Форма сосков

Идеальной для вскармливания грудью ребенка считается удлиненная форма соска. Это помогает младенцу быстро найти сосок и правильно его взять. Среди неправильных форм различают: плоские, втянутые соски, а также излишне длинные и широкие соски. Последние встречаются достаточно редко.

Измененная форма соска совсем не означает невозможность прикладывания ребенка к груди, но маме придется научиться правильно давать грудь. В случаях плоских или втянутых сосков перед тем, как предложить ребенку грудь, необходимо сформировать сосок в виде конуса, уплощенного сверху и снизу. Это облегчит захват груди и позволит ребенку взять сосок достаточно глубоко в ротик.

Если маме все-таки не удастся правильно дать ребенку грудь, ей необходимо обратиться за помощью к медсестре неонатального отделения, которая прошла подготовительный курс по грудному вскармливанию.

Болезненность сосков.

В самом начале грудного вскармливания болезненность сосков - обычное явление. Должно пройти некоторое время, чаще 2-3 недели, чтобы нежная кожа соска адаптировалась к частому сосанию. В этот период может даже возникнуть легкое покраснение ее. Тогда между кормлениями можно смазывать сосок и ареолу детским кремом или специальной мазью, содержащими ланолин. Ланолин делает кожу более эластичной и устойчивой к травматическим воздействиям.

Болевые ощущения в области соска возникают в первый месяц кормления в начале акта сосания, когда малыш берет грудь и присасывается. Они проходят буквально через 1-2 минуты, если ребенок правильно приложен к груди.

Травматические повреждения соска.

В случаях неправильного прикладывания ребенка к груди сосок может травмироваться. Наиболее частыми повреждениями соска являются: мозоли, ссадины и трещины.

Мозоль соска выглядит как обычная водяная мозоль. Это состояние может предшествовать появлению ссадины и трещины.

Ссадина соска чаще формируется после вскрытия мозоли, если вовремя не были исключены причины, вызвавшие травму. Ссадина имеет вид эрозии, которая время от времени кровоточит.

Трещина - наиболее серьезный вид травматического повреждения, который может стать причиной временного отлучения малыша от груди. Трещина соска может осложняться гнойным процессом, тогда на ее дне можно видеть гнойное отделяемое серого, желтого или зеленого цвета.

Лечение травм соска прежде всего сводится к исключению причин их вызывающих. Основной причиной является неправильное прикладывание ребенка к груди.

Другой причиной может стать неправильный уход за грудью. Перед кормлением и после него мыть грудь тем более с мылом категорически запрещается. Из-за этого смывается бактерицидная смазка, придающая коже эластичность и защищающая от инфицирования. После кормления соску необходимо дать высохнуть и только после этого одевать бюстгальтер. Если между кормлениями подтекает молоко (галакторея), то нужно использовать одноразовые впитывающие прокладки для груди и менять их после каждого кормления.

При появлении болезненности в области сосков - 2-3 раза в день накладывать ланолин содержащие мази или кремы. Но в случае появления кожных повреждений в виде трещины или ссадины, применять жирные мази не рекомендуется. Можно использовать раствор бриллиантового зеленого 2 раза с сутки, особенно если есть гнойное отделяемое.

Сосание ребенком груди в этих случаях болезненно, но не надо торопиться отлучать малыша от груди. Если рана не глубокая, применение бриллиантового зеленого облегчит болевые ощущения. Если же рана глубокая и обширная, скорее всего на 2 - 3 дня придется молочко из этой груди сцеживать, пока рана не затянется. В любом случае лучше еще при первых признаках травматического повреждения груди обратиться к медсестре за помощью.

Нагрубание груди.

Нагрубание груди происходит в период прихода молока на 3 - 12 день после родов. Это ощущается увеличением груди в размерах и уплотнении ее. В начальной стадии молоко вытекает хорошо и малыш сосет захлебываясь. Затем, если объем молока слишком велик и ребенок не может его отсосать, грудь и сосок становятся очень плотными, в результате чего опорожнение железы сильно затрудняется. В этот момент температура тела у мамы

поднимается до высоких значений. Основной помощью в этой ситуации является сцеживание молока до кормления ребенка до ощущения облегчения в груди. Сосок становится мягким, и малыш может самостоятельно сосать грудь.

Основной профилактикой нагрубания груди является правильная организация грудного вскармливания, когда ребенок может сосать грудь, когда захочет и сколько хочет. Тогда молочная железа опорожняется регулярно и молоко в ней не накапливается. Часто мамы, особенно первородящие не умеют правильно прикладывать ребенка к груди, в результате чего оттока молока не происходит. Нагрубание груди может осложниться лактостазом или маститом.

Лактостаз.

Лактостаз, или застой молока, является следствием недостаточного опорожнения всей молочной железы, нескольких или одной доли и может возникнуть на протяжении всего периода лактации. Причиной лактостаза может стать гиперлактация, переохлаждение молочной железы и ношение тесной одежды. Основное проявление лактостаза - повышение температуры и боль в области молочной железы. Пальпация пораженного участка очень болезненна, кожные покровы над ним гиперемированы и горячие.

Маме необходимо объяснить, что лактостаз - опасное состояние, которое за незначительное количество времени может перерасти в мастит. Поэтому срочно должны быть приняты меры для его ликвидации.

Лечение лактостаза сводится к правильной организации грудного вскармливания - кормлению по требованию и правильному прикладыванию ребенка к груди. Можно рекомендовать кормление ребенка только из больной груди, а здоровую сцеживать. Тогда создастся хороший отток молока, и застойные доли опорожнятся. Если это не помогает следует прибегнуть к сцеживанию больной груди перед кормлением. Показателем восстановления проходимости молочных протоков и опорожнения застойной доли является снижение температуры тела мамы. В большинстве

случаев температура опускается до нормальных значений в течение суток, иногда 2-3 дня может оставаться субфебрильной.

Если мама не может самостоятельно справиться с застоем молока, необходимо обратиться к медсестре неонатального отделения, как к опытному специалисту по грудному вскармливанию.

Мастит, абсцесс, флегмона груди.

Эти состояния являются гнойными осложнениями лактостаза и нагрубания груди. Время, за которое формируются данные осложнения, являются индивидуальными и, в основном, зависят от состояния иммунной системы мамы.

Проявления мастита и абсцесса груди такие же, как и при лактостазе, но более выражены. Температура тела у мамы поднимается до 40°C, ярко выражена гиперемия кожных покровов над пораженным участком, болезненные ощущения. Возникает отек тканей и кожа приобретает вид «апельсиновой корки».

В этом случае может потребоваться хирургическое вмешательство. Однако сохраняется возможность излечения с помощью расцеживания.

Флегмона груди встречается довольно редко и имеет все выше перечисленные симптомы, но гиперемия и отек тканей более распространенные, могут выходить за пределы молочной железы. Лечение только оперативное.

Отказ от груди

Отказ от груди - очень сложная проблема, требующая консультации медсестры, как специалиста по грудному вскармливанию. Отказ от груди может быть полным или частичным.

При полном отказе ребенок категорически отказывается брать любую грудь, при попытке приложить его к груди малыш плачет и отталкивается от мамы.

Неполный (частичный) отказ от груди:

- Ребенок берет сосок в рот, но не сосет, или сосет неактивно и мало;
- Отказывается сосать какую-то определенную грудь;
- Начинает активно сосать, но потом с плачем прекращает.

Причинами отказа от груди может быть заболевание ребенка, нарушение техники и правил кормления грудью, ошибки в уходе за ребенком, психическая травма ребенка, погрешности в диете мамы, циклические гормональные изменения в организме мамы.

Наиболее часто причинами отказа ребенка от груди являются несоблюдение правил грудного вскармливания и ошибки в уходе за ребенком. Самая распространенная ошибка - использование пустышек и докармливание или допаивание из бутылочки. Ребенок перестает воспринимать грудь как единственный источник питания. Малыш понимает, если мама предлагает что-то другое кроме груди, значит это также хорошо и полезно. В результате он перестает воспринимать маму как источник выживания.

Из заболеваний, приводящих к этой проблеме нужно отметить молочницу ротовой полости ребенка, воспалительные заболевания носоглотки, желудочно-кишечные заболевания, а также любые заболевания, вызывающие временную потерю аппетита.

Во время менструаций у мамы иногда наблюдаются капризы со стороны детей во время сосания, но они быстро проходят и, как правило, редко являются причинами отказа от груди. А вот изменения в диете мамы могут сыграть плохую роль даже в налаженном успешном грудном вскармливании. Следует осторожно вводить в рацион продукты, которые не использовались во время беременности и за предыдущий период кормления грудью. Прежде всего, это касается аллергенных продуктов, таких как морепродукты, шоколад, яйца, цитрусовые и т.д. Начинать потребление их нужно с небольшого количества, иначе можно вызвать аллергическую реакцию у

ребенка в виде кожных высыпаний или диспепсии, что может явиться причиной отказа от груди.

Медсестра должна помочь маме выявить причину отказа новорожденного от груди, а при возникновении трудностей проконсультироваться с врачом.

После исправления ошибок мама должна проявить настойчивость во взаимоотношениях с ребенком для продолжения грудного вскармливания. Малыш всегда примет позицию и требования мамы, если между ними существует хороший психоэмоциональный контакт. Для этого маме следует:

- как можно больше общаться с ребенком, носить его на руках, при возможности организовать совместный сон;
- обеспечить контакт с ребенком «кожа к коже»;
- обеспечить доброжелательную и спокойную эмоциональную обстановку;
- быть исключительно терпеливой, понять потребности малыша;
- помогать ребенку взять грудь, предварительно подцеживая молочко ему в рот, «приглашая» его тем самым к сосанию.

Медсестра должна помочь маме наладить грудное вскармливание до выписки из роддома, решить проблемы, возникающие при кормлении грудью, обеспечить психоэмоциональную поддержку, убедить маму в пользе грудного вскармливания как для нее, так и для малыша.

ГЛАВА 6

АНКЕТИРОВАНИЕ МАТЕРЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ, С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ГРУДНЫМ ВСКАРМЛИВАНИЕМ, РАЗРАБОТКА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И УСТРАНЕНИЮ

6.1 Анализ проблем, связанных с грудным вскармливанием с помощью опросника

Мы разработали специальный опросник для матерей, чтобы выяснить их осведомленность о грудном вскармливании, их готовность к кормлению грудью, основные проблемы, которые могут возникнуть у них или в их малышей. Нам важно было выяснить, какие вопросы на тему грудного вскармливания являются для рожениц наиболее актуальными и с чем они меньше знакомы, поскольку после проведения оценки результатов опроса мы запланировали провести курс лекций для беременных, чтобы грамотно подготовить их к грудному вскармливанию.

В исследование не были включены матери, дети которых родились раньше 34 недели гестации или после рождения нуждались в лечении в отделении интенсивной терапии, а также те матери, которые сами нуждались в неотложной медицинской помощи. Это было сделано с целью исключения из исследования тех матерей, у которых нарушения грудного вскармливания не было связано с нарушением механизма лактации или недостаточными знаниями на эту тематику.

Составленный нами опросник состоит из следующих 14 вопросов:

1. Есть ли у Вас опыт кормления грудью? Если да, то возникали у Вас при этом какие-то трудности?
2. Планировали Вы кормить малыша грудью, когда еще были беременны?

3. Готовились ли Вы во время беременности до кормления грудью?
4. Как проходили Ваши роды: физиологические или путем кесарева сечения?
5. Через сколько времени после родов Вы первый раз приложили новорожденного к груди?
6. Ознакомлены ли Вы с преимуществами грудного вскармливания?
7. Знаете ли Вы как проавильно прикладывать ребенка к груди?
8. Чувствуете ли Вы боль или дискомфорт во время кормления?
9. Были ли у Вас какие-то проблемы или осложнения во время грудного вскармливания? Если да, то какие?
10. Как часто прикладываете ребенка к груди?
11. Кормите по графику или по требованию?
12. Знаете ли Вы как правильно ухаживать за молочными железами кормящей матери?
13. Получаете ли Вы удовольствие во время кормления ребенка грудью?
14. Получаете ли Вы моральную поддержку со стороны мужа или других членов семьи по поводу грудного вскармливания?

В анкетировании приняли участие 203 матери, которые находились в послеродовом отделении перинатального центра.

После анкетирования мы проанализировали результаты:

1. У 142 матерей (70,0%) нет опыта кормления ребенка грудью, а у 41% матерей из тех, у кого есть такой опыт, возникали определенные трудности при этом, в частности такие как гипогалактия, воспалительные процессы молочной железы, боль и чувство распираания в груди, психологический дискомфорт.
2. Только 117 матерей (57,6%) знали, что хотят кормить новорожденного грудью еще когда были беременны, 46 матерей (22,7%) не задумывались о том, как будут кормить ребенка, остальные 40 (19,7%) - планировали искусственное вскармливание.

3. Только 49 матерей (24,1%) готовились во время беременности к грудному вскармливанию - проводили легкий массаж молочных желез, воздушные ванны, готовились к этому психологически и консультировались у врача.
4. У 139 женщин (68,5%) роды были физиологические, в остальных 64 (31,5%) - путем кесарева сечения. Эта информация нам была важна в связи с тем, что у женщин, рожаящих с помощью кесарева сечения несколько по-другому устанавливается гормональный фон, позже начинается лактация и могут быть некоторые трудности в начале грудного вскармливания.
5. Только 97 женщин (47,8%) приложили новорожденного к груди в течение первого часа после рождения, еще 65 (32%) - в первые сутки. Остальные 41 (20,2%) - начали кормления новорожденного смесью.
6. 36 матерей (17,7%) знают преимущества грудного вскармливания над искусственным, еще 63 (31%) знают, что грудное вскармливание лучше, чем смесь, но не могут объяснить почему, остальные 104 (51,2%) не знают преимуществ грудного молока или считают, что смесь лучше адаптирована для нужд малыша и исключает влияние на него аллергенов из продуктов, которые потребляет мать.
7. 112 опрошенных женщин (55,2%) знают, как правильно прикладывать новорожденного к груди, остальные 91 (44,8%) допускают ошибки или вообще не знают как правильно это делать.
8. 53 женщины (26,1%) испытывают дискомфорт или боль во время кормления новорожденного грудью.
9. 87 матерей (42,9%) отметили, что у них возникали определенные трудности в связи с грудным вскармливанием, такие как боль и чувство распирания в молочных железах, воспалительные процессы, ощущение, что ребенку не хватает молока, трещины сосков и другие.
10. Большинство опрошенных нами матерей - 135 (66,5%) прикладывают ребенка к груди 8 или более раз в сутки.

- 11.171 мама (84,2%) кормит ребенка по требованию, остальные - придерживаются определенного режима.
- 12.Только 73 мамы (36%) знают как правильно следить за гигиеной молочных желез в период грудного кормления.
- 13.127 матерей (62,6%) получают моральное удовлетворение от грудного кормления малыша.
- 14.Только 98 матерей (48,3%) чувствуют поддержку мужа или других членов семьи по поводу грудного вскармливания.

6.2 Разработка лекций с целью коррекции выявленных методом анкетирования проблем, возникающих при грудном вскармливании

Мы разработали курс лекций на тему грудного вскармливания, для посещения которого были приглашены женщины, которые находились на третьем триместре беременности. Разработанный нами курс состоит из 5 лекций продолжительностью до 60 мин, направленных на физическую и психологическую подготовку женщины к кормлению грудью.

1. Физиологические и психологические преимущества грудного вскармливания, состав грудного молока и сравнение его с альтернативами.
2. Подготовка молочных желез к грудному вскармливанию.
3. Правила вскармливания новорожденного и способы приложения его к груди.
4. Раннее выявление проблем при грудном вскармливании, способы их профилактики и лечения.
5. Психологические аспекты грудного вскармливания.

ВЫВОДЫ

В ходе научного исследования по менеджменту неонатальной медсестры в процессе налаживания грудного вскармливания нами был проведен детальный анализ полученных данных, их обработка, сравнение полученных результатов с данными научной литературы и сделаны следующие выводы:

1. Грудное молоко матери является лучшей пищей именно для ее новорожденного ребенка, поскольку адаптировано для ее энергетических и пластических потребностей, содержит уникальный набор витаминов, минералов, ферментов и иммунизирующих протеинов.

2. Понимание анатомо-физиологических, гормональных и нервно-рефлекторных особенностей регуляции лактации и грудного вскармливания как со стороны матери, так и новорожденного способствует улучшению качества менеджмента неонатальной медсестры в помощи налаживания этого процесса.

3. Психологическая и эмоциональная поддержка кормящей матери со стороны ее мужа и других членов семьи, медицинского персонала, а также уверенность в способности качественно выкормить своего новорожденного ребенка способствует процессу лактации.

4. Исследование проблем, которые могут возникнуть у кормящих матерей и их младенцев, способствует поиску медицинской сестрой путей их научно-обоснованного решения.

5. Анкетирования и опрос матерей являются важными научными методами выявления наиболее актуальных вопросов, требующих информационной и практической помощи со стороны компетентного медицинского персонала.

6. Женщины, которые заранее физически и психологически подготовлены к грудному вскармливанию и уверены в его преимуществах

для новорожденного, быстрее адаптируются к кормлению малыша грудью, имеют меньше осложнений и проблем, связанных с этим процессом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Auerbach KG. The role of the nurse in support of breast feeding. *J Adv Nurs*. 1979 May;4(3):263-85.
2. Breastfeeding experience differentially impacts recognition of happiness and anger in mothers. Krol KM, Kamboj SK, Curran HV, Grossmann T. *Sci Rep*. 2014 Nov 12;4:7006.
3. Breastfeeding Curricular Content of Family Nurse Practitioner Programs. Webber E, Serowoky M. *J Pediatr Health Care*. 2017 Mar-Apr;31(2):189-195.
4. Breastfeeding: an emotional instinct. Díaz Meneses G. *Breastfeed Med*. 2013 Apr;8:191-7.
5. Buck RH, Thomas DL, Winship TR, Cordle CT, Kuchan MJ, Baggs GE, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 2: immune cell development. *Pediatr Res*. 2004;56:891–900.
6. Bullen JJ, Rogers HJ, Leigh L. Iron-binding proteins in milk and resistance to *Escherichia coli* infection in infants. *Br Med J*. 1972;1:69–75.
7. CDC. Breastfeeding promotion. <http://www.cdc.gov/breastfeeding/promotion/index.htm> 2010.
8. Donovan S. Role of human milk components in gastrointestinal development: current knowledge and future needs. *J Pediatr*. 2006;149(suppl):49–61.
9. Donovan SM. Human milk oligosaccharides—the plot thickens. *Br J Nutr*. 2009;101:1267–1269.

10. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25;11(11):CD003519.
11. Ellison RT, 3rd, Giehl TJ. Killing of gram-negative bacteria by lactoferrin and lysozyme. *J Clin Invest*. 1991;88:1080–1091.
12. Eudeknab AJ, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-841.
13. Goldman AS. Modulation of the gastrointestinal tract of infants by human milk. Interfaces and interactions. An evolutionary perspective. *J Nutr*. 2000;130:426S–431S.
14. Hunt KM, Foster JA, Forney LJ, Schutte UM, Beck DL, Abdo Z, et al. Characterization of the diversity and temporal stability of bacterial communities in human milk. *PLoS One*. 2011;6:e21313.
15. Husbands' participation in prenatal care and breastfeeding self-efficacy in Iranian women: A randomized clinical trial. Rabiipoor S, Khodaei A, Valizadeh R. *Med J Islam Repub Iran*. 2019 Jun 20;33:58.
16. Immediate, uninterrupted skin-to-skin contact and breastfeeding after birth: A cross-sectional electronic survey. Allen J, Parratt JA, Rolfe MI, Hastie CR, Saxton A, Fahy KM. *Midwifery*. 2019 Dec;79:102535.
17. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. *J Midwifery Womens Health*. 2007 Nov-Dec;52(6):579-87.

18. Kau AL, Ahern PP, Griffin NW, Goodman AL, Gordon JI. Human nutrition, the gut microbiome and the immune system. *Nature*. 2011;474:327–336.
19. Krol KM, Grossmann T. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2018 Aug;61(8):977-985.
20. Maningat PD, Sen P, Rijnkels M, Sunehag AL, Hadsell DL, Bray M, et al. Gene expression in the human mammary epithelium during lactation: the milk fat globule transcriptome. *Physiol Genomics*. 2009;37:12–22.
21. Maternal birthplace and breastfeeding initiation among term and preterm infants: a statewide assessment for Massachusetts. Merewood A, Brooks D, Bauchner H, MacAuley L, Mehta SD. *Pediatrics*. 2006 Oct;118(4):e1048-54.
22. Maternity Nurses' Perceptions of Implementation of the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Cunningham EM, Doyle EI, Bowden RG. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2018 Jan/Feb;43(1):38-43
23. Mennella JA, Yourshaw LM, Morgan LK. Breastfeeding and smoking: short-term effects on infant feeding and sleep. *Pediatrics*. 2007;120:497–502.
24. Misak Z. Infant nutrition and allergy. *Proc Nutr Soc*. 2011;70:465–471.
25. Molinari CE, Casadio YS, Hartmann BT, Livk A, Bringans S, Arthur PG, et al. Proteome mapping of human skim milk proteins in term and preterm milk. *J Proteome Res*. 2012;11:1696–1714.

26. Mothers' experience of not breastfeeding in a breastfeeding culture. Hvatum I, Glavin K.J Clin Nurs. 2017 Oct;26(19-20):3144-3155.
27. Neville MC, Allen JC, Archer PC, Casey CE, Seacat J, Keller RP, et al. Studies in human lactation: milk volume and nutrient composition during weaning and lactogenesis. Am J Clin Nutr. 1991;54:81–92.
28. Neville MC, Anderson SM, McManaman J at all. Lactation and neonatal nutrition: defining and refining the critical questions. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2012 Jun;17(2):167-88.
29. Neville MC, Morton J, Umemora S. Lactogenesis: the transition from pregnancy to lactation. Pediatric Clinics of North America. 2001;48:35–52.
30. Nice FJ, Luo AC. Medications and breastfeeding: current concepts. J Am Pharm Assoc (2003) 2012;52:86–94.
31. Outpatient Breastfeeding Champion Program: Breastfeeding Support in Primary Care. Patterson JA, Keuler NS, Eglash AR, Olson BH. Breastfeed Med. 2020 Jan;15(1):44-48.
32. Palmer C, Bik EM, DiGiulio DB, Relman DA, Brown PO. Development of the human infant intestinal microbiota. PLoS Biol. 2007;5:e177.
33. Reinhardt C, Reigstad CS, Backhed F. Intestinal microbiota during infancy and its implications for obesity. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009;48:249–256.

34. Role of the pediatric nurse practitioner in promoting breastfeeding for late preterm infants in primary care settings. Ahmed AH. *J Pediatr Health Care*. 2010 Mar-Apr;24(2):116-22.
35. Schaller JP, Kuchan MJ, Thomas DL, Cordle CT, Winship TR, Buck RH, et al. Effect of dietary ribonucleotides on infant immune status. Part 1: humoral responses. *Pediatr Res*. 2004;56:883–890.
36. Stelwagen K, Carpenter E, Haigh B, Hodgkinson A, Wheeler TT. Immune components of bovine colostrum and milk. *J Anim Sci*. 2009;87:3–9.
37. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2019 Jan;58(1):1-9.
38. Victora CG. Nutrition in early life: a global priority. *Lancet*. 2009;374:1123–1125.
39. Walker A. Breast milk as the gold standard for protective nutrients. *J Pediatr*. 2010;156:S3–S7.
40. WHO. Infant and Young Child Nutrition: Global Strategy on infant and young child feeding. 2012; http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf.
41. Wiesner J, Vilcinskas A. Antimicrobial peptides: the ancient arm of the human immune system. *Virulence*. 2010;1:440–464.
42. Wu S, Grimm R, German JB, Lebrilla CB. Annotation and structural analysis of sialylated human milk oligosaccharides. *J Proteome Res*. 2011;10:856–868.

43. Zivkovic AM, German JB, Lebrilla CB, Mills DA. Human milk glycobioime and its impact on the infant gastrointestinal microbiota. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011;108(Suppl 1):4653–4658.