

Н. С. АКУЛИЧ, В. М. САВИЦКАЯ, Р. Л. КОРШИКОВА

**ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО
ПЕРИОДА. ЛАКТАЦИЯ.
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ**

Минск БГМУ 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Н. С. Акулич, В. М. Савицкая, Р. Л. Коршикова

**ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО
ПЕРИОДА. ЛАКТАЦИЯ.
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2021

УДК 618.63(075.8)

ББК 57.32я73

А44

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 19.05.2021 г., протокол № 5

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последипломного образования С. Л. Воскресенский; канд. мед. наук, доц. каф. репродуктивного здоровья и медицинской генетики Белорусской медицинской академии последипломного образования О. Г. Дражина

Акулич, Н. С.

А44 Физиология послеродового периода. Лактация. Грудное вскармливание : учебно-методическое пособие / Н. С. Акулич, В. М. Савицкая, Р. Л. Коршикова. – Минск : БГМУ, 2021. – 36 с.

ISBN 978-985-21-0915-4.

Излагаются вопросы физиологического течения послеродового периода, методы регуляции лактации, практические рекомендации по грудному вскармливанию, обеспечивающие полноценное развитие и рост ребенка, сохраняющие здоровье матери, а также правила правильного прикладывания новорожденного к груди, основные позы кормления новорожденных.

Предназначено для студентов 3-го курса медико-профилактического факультета, 4-го курса лечебного, педиатрического, военно-медицинского факультетов, медицинского факультета иностранных учащихся по дисциплине «Акушерство и гинекология».

УДК 618.63(075.8)

ББК 57.32я73

ISBN 978-985-21-0915-4

© Акулич Н. С., Савицкая В. М., Коршикова Р. Л., 2021

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2021

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятия: 6 ч.

Тема занятия: данный материал рассматривается по дисциплине «Акушерство и гинекология» в рамках учебной и типовой программ по теме «Физиология послеродового периода» при обучении студентов медико-профилактического, лечебного, педиатрического, военно-медицинского факультетов и медицинского факультета иностранных учащихся.

Несмотря на то что послеродовой период является физиологическим процессом, он требует от врача знания процессов инволюции в органах и системах женщины после родов, лактации, что позволяет своевременно выявить начальные признаки заболеваний и осложнений, которые могут возникать у родильницы.

Этот промежуток времени является очень важным, т. к. происходят физиологические процессы приспособления материнского организма к новым условиям существования, поэтому необходимо создание наиболее комфортных условий, способствующих эффективной адаптации после родов.

Ведение послеродового периода, основанное на принципах доказательной медицины, способствует более физиологическому течению послеродового периода, снижению частоты осложнений в послеродовом периоде, быстрой психологической адаптации женщины после родов.

Одним из ключевых моментов ведения послеродового периода является организация совместного пребывания матери и новорожденного и вопросы грудного вскармливания.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) обращают внимание на то, что грудное вскармливание является наилучшим способом питания младенцев, а грудное молоко — оптимальной пищей для новорожденных, т. к. содержит питательные элементы, необходимые для здорового развития детей, и антитела, помогающие защитить малышей от распространенных детских болезней.

Бесспорно, ведущим мотивационным фактором для кормления грудью является забота о здоровье ребенка. С другой стороны, лактация не может не влиять на здоровье матери как в первые недели и месяцы после рождения ребенка, так и в отдаленный период.

Цель занятия: изучить особенности течения и ведения физиологического послеродового периода, принципы грудного вскармливания, методы регуляции лактации, особенности питания кормящих матерей.

Задачи занятия:

1. Изучить физиологические процессы, происходящие в органах и системах женщины после родов.
2. Освоить основные методы обследования родильниц.
3. Изучить основные принципы грудного вскармливания.

4. Определить показания и противопоказания для совместного пребывания родильницы и новорожденного.

5. Изучить правила правильного прикладывания новорожденного к груди.

6. Изучить современные подходы к режиму, личной гигиене и питанию родильниц.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы необходимо повторить:

– из *анатомии человека*: строение женских половых органов, их иннервацию, кровоснабжение, строение молочных желез;

– *нормальной физиологии*: физиологические изменения в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе женщин;

– *биоорганической химии*: реологические свойства крови, гормоны и их биологическое действие;

– *гистологии*: гистологическое строение органов половой системы и молочных желез;

– *преждевтики внутренних болезней*: общие клинические, лабораторные и инструментальные обследования.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Что относится к органам половой системы у женщин, их строение и функции?

2. Строение и функции молочной железы.

3. Химический состав и реологические свойства крови.

4. Биологическое действие гормонов гипофиза и половых гормонов.

5. Физикальные, лабораторные и инструментальные методы обследования органов репродуктивной системы женщины.

6. Физикальные, лабораторные и инструментальные методы обследования молочной железы.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Организация оказания медицинской помощи родильницам.

2. Какие физиологические изменения происходят в органах и системах женщины после родов?

3. Какие методы обследования применяются для оценки состояния родильницы?

4. Как оценивается состояние молочных желез?

5. Показания и противопоказания для совместного пребывания родильницы и новорожденного.

6. Показания и противопоказания для грудного вскармливания.

7. Принципы грудного вскармливания.

8. Когда проводится первое прикладывание новорожденного к груди матери?

9. Как правильно проводить прикладывание ребенка к груди?

10. Режим, личная гигиена и диета родильниц.

ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Послеродовой период (puerperium) начинается сразу после окончания родов, т. е. с момента изгнания последа, и длится 6–8 недель (42–56 дней). В течение этого периода репродуктивная, эндокринная, нервная, сердечно-сосудистая и другие системы возвращаются к тому состоянию, которое было до беременности; происходит становление функции молочных желез.

Выделяют ранний послеродовой период, который длится 2 ч после родов, и поздний послеродовой период.

ИЗМЕНЕНИЯ, ПРОИСХОДЯЩИЕ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ РОДОВ

Матка. В течение 6–8 недель размеры матки уменьшаются, ее масса снижается с 1000 г сразу после родов до 60–70 г, что больше связано со значительным уменьшением мышечных клеток, чем со снижением их общего количества. К концу первой недели послеродового периода матка весит 500–600 г, к 10-му дню после родов масса матки составляет 300–400 г, к концу третьей недели масса матки уменьшается до 200 г. Кормление грудью ускоряет инволюцию матки, т. к. при стимуляции сосков происходит выделение окситоцина из нейрогипофиза, что и вызывает сокращение миометрия. Сокращения матки происходят с убывающей силой в направлении от дна матки к нижнему ее отделу.

Послеродовые боли возникают в результате сокращения матки, особенно у повторнородящих и кормящих грудью матерей. У первородящих матка, как правило, постоянно находится в тоническом напряжении, в то время как у повторнородящих возникают сильные периодические сокращения матки.

О степени сокращения матки можно судить по уровню стояния ее дна — высота стояния дна матки уменьшается на 1–1,5–2 см в сутки.

Подвижность матки в первые дни после родов повышена, что обусловлено растяжением и расслаблением ее связочного и фиксирующего аппарата и мышц тазового дна.

После родов внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность. Обратное развитие эндометрия сопровождается регенерацией эндометрия. Внеплацентарные участки внутренней поверхности матки эпителизируются к 9–10-му дню после родов. Слизистая оболочка полностью восстанавливается на 6–7-й неделе, а в области плацентарной площадки эпителизация заканчивается на 8-й неделе после родов.

В процессе заживления внутренней поверхности матки появляются послеродовые выделения — *лохии*, которые содержат фрагменты децидуальной ткани, обрывки плодных оболочек, сгустки крови в первые дни после

родов, микробную флору, в т. ч. и патогенные штаммы стрептококков и стафилококков. Характер лохий в течение послеродового периода меняется:

- красные лохии (*lochia rubra*) — в первые 2–3 дня, выделения с примесью крови;

- серозные лохии (*lochia serosa*) — с 3–4-го дня, лохии бледнеют, становятся серозно-сукровичными, с преобладанием лейкоцитов;

- белые лохии (*lochia alba*) — после 10-го дня, лохии приобретают белый или желтовато-белый цвет, становятся жидкими.

Количество лохий постепенно уменьшается, с 3-й недели они становятся скудными. Прекращаются выделения из матки на 5–6-й неделе после родов.

Изменения претерпевает и **шейка матки**:

- сразу после родов шеечный канал пропускает в полость матки кисть руки;

- через 24 ч шеечный канал проходим для двух пальцев; цервикальный канал имеет воронкообразную форму;

- через 3 дня шеечный канал пропускает один палец;

- к 10-му дню цервикальный канал сформирован, но наружный зев проходим для кончика пальца;

- на 3-й неделе после родов наружный зев полностью закрывается; шейка матки приобретает цилиндрическую форму, наружный зев становится щелевидным в поперечном направлении.

Маточные трубы. По мере инволюции трубы быстро возвращаются в исходное положение, опускаются вместе с маткой в полость малого таза, приобретают горизонтальное положение, исчезает их отечность, гиперемия.

Связочный аппарат. Тонус связочного аппарата, сниженный в первые дни после родов, постепенно восстанавливается к концу 3-й недели послеродового периода.

Менструальный цикл. В гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, в связи с прекращением тормозящего влияния на гипоталамус и гипофиз хорионического гонадотропина и высоких уровней половых стероидов фетоплацентарного происхождения, восстанавливается выработка гонадотропинов в передней доле гипофиза, что приводит к возобновлению овогенеза в яичниках.

Тогда:

- у *некормящих матерей* менструальная функция обычно возобновляется в течение первых 6–8 недель после родов, при этом овуляция происходит на 2–4 неделе послеродового периода;

- у *кормящих матерей* овуляция может произойти после 10-й недели послеродового периода. В связи с этим обусловленный лактацией период контрацепции продолжается только 8–9 недель, после чего возможно возобновление овуляторного менструального цикла и наступление беременности.

Влагалище, тазовое дно. Тонус стенок влагалища восстанавливается, сокращается его объем, исчезают отеки и гиперемия. Мелкие повреждения мягких тканей родовых путей полностью эпителизируются в течение первых 7–9 дней. Тонус мышц тазового дна постепенно восстанавливается; при наличии разрывов восстановление замедляется.

Брюшная стенка. Тонус передней брюшной стенки восстанавливается преимущественно за счет сокращения мышц и наиболее растянутых тканей вокруг пупка. Между прямыми мышцами живота иногда остается щелевидное пространство, в основном у повторнородящих. Стрии беременных сокращаются и бледнеют.

Молочные железы. В послеродовом периоде лактационная функция молочных желез достигает полного расцвета. *Послеродовая лактация* — это гормонально обусловленный процесс, осуществляемый рефлекторным путем через взаимодействие нейроэндокринных механизмов.

Во время беременности (особенно в конце беременности) и в первые 2–3 дня после родов молочные железы продуцируют **молозиво** — близкий к молоку экскрет, представляющий собой густую желтоватую жидкость щелочной реакции, свертывающуюся при кипячении, содержащую белок, жировые капельки, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков, молозивные тельца. Молозиво богато белками (2,25 %); солями; содержит меньше углеводов, чем молоко; содержит витамины, ферменты, антитела. Молозиво действует как слабительное, помогает прохождению мекония у ребенка; иммуноглобулины молозива обеспечивают защиту ребенка от инфекции. Молозиво, таким образом, является первой иммунизацией ребенка против многих бактерий и вирусов.

С 4–5-го по 15–18-й день после родов молочные железы продуцируют «переходное молоко» и лишь после этого — истинное грудное молоко с относительно стабильным составом. **Молоко** представляет собой жировую эмульсию белого цвета, которая не свертывается при кипячении, имеет щелочную реакцию и удельный вес от 2026 до 2036. Состав грудного молока: вода — 87–88 %; белок (альбумины, глобулины, казеин) — 1,5 %; жир — 3,5–4,5 %; углеводы — 6,5–7 %; соли — 0,18–0,2 %; витамины, ферменты, антитела. Молоко предохраняет ребенка от вирусов, бактерий, аллергии. Уровень лактации в основном зависит от количества молока в первые 5–7 дней послеродового периода. Основными гормонами, ответственными за установление и поддержание лактации, являются пролактин и окситоцин.

Общее состояние родильницы. При нормальном течении послеродового периода общее состояние родильницы не нарушается. Температура тела не повышается. Возможно лишь однократное повышение температуры тела в связи с перенесенным нервным и физическим напряжением.

Постепенно восстанавливается обычная возбудимость коры головного мозга, подкорковых центров и спинного мозга, функция желез внутренней секреции. Основной обмен веществ в первые недели послеродового периода повышается, в дальнейшем становится нормальным, достигая обычного уровня к 3–4-й неделе после родов. Органы пищеварения функционируют нормально. У кормящих грудью женщин может наблюдаться повышение аппетита. Вследствие атонии кишечника (в результате расслабления мышц брюшной стенки, ограничения движений, нерационального питания родильницы) могут возникать запоры.

В результате опускания диафрагмы сердце принимает обычное положение, увеличивается емкость легких, восстанавливается нормальное дыхание. Происходят существенные сдвиги в гемодинамике, связанные с перераспределением крови в результате ликвидации маточно-плацентарного кровообращения, сокращения матки и снижения ее кровенаполнения. Артериальное давление нормализуется. Пульс ритмичный, полный, 70–80 ударов в 1 мин. У некоторых родильниц может отмечаться склонность к брадикардии.

После родов возникает лейкоцитоз (до $30 \times 10^9/\text{л}$) с преобладанием гранулоцитов. К концу 1-й недели послеродового периода объем крови снижается до нормального уровня. Длительность послеродовых изменений факторов свертывания крови, вызванных беременностью, варьирует. Повышенный уровень фибриногена в плазме обнаруживают, как правило, в течение первой недели после родов. Постепенное снижение уровня плазменных факторов коагуляции объясняет возникновение флебитов нижних конечностей, чаще развивающихся после родов, чем во время беременности.

В послеродовом периоде увеличивается вместимость мочевого пузыря и снижается его чувствительность к внутрипузырному давлению. Неполное опорожнение и перерастяжение мочевого пузыря могут предрасполагать к послеродовому инфицированию мочевыводящих путей. Диурез обычно нормализуется между 2-м и 5-м днями послеродового периода.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Тактика ведения послеродового периода направлена на профилактику осложнений. Послеродовые палаты физиологического отделения должны иметь 50–55 % расчетного количества коек акушерских отделений родильного дома. Необходимо строго соблюдать все правила асептики и антисептики.

В стационаре в раннем послеродовом периоде (2 ч после рождения последа) наблюдение за родильницей осуществляют в родовом отделении: контроль пульса, АД, цвета кожи и слизистых, размеры, положение и плотность матки, количества выделений из половых путей проводят каждые 20–30 мин. Прикладывание к груди в течение 30 мин после рождения —

при готовности ребенка и отсутствии необходимости оказания экстренной помощи новорожденному или матери.

Наблюдение за родильницей в послеродовом отделении: контроль пульса, АД, цвета кожи и слизистых; состояния молочных желез, сосков, активность лактации; размеров, положения и плотности матки, количества выделений из половых путей осуществляют ежедневно. УЗИ, влагалищное исследование проводят по показаниям перед выпиской. У Rh-отрицательных женщин в случае отсутствия анти «D»-антител при Rh-положительной принадлежности крови новорожденного показана профилактика резус-иммунизация в течение 72 ч после родов.

После выписки из стационара диспансерное наблюдение за женщиной осуществляет врач акушер-гинеколог в женской консультации.

КЛАССИФИКАЦИЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Грудное вскармливание — это способ обеспечения идеальным питанием детей для их полноценного роста и развития, способствует созреванию различных органов и тканей, воздействует на оптимальные параметры физического, психомоторного, интеллектуального развития, повышает устойчивость ребенка к действию инфекций и других неблагоприятных факторов внешней среды. Характер вскармливания на первом году жизни в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни. Метаболические нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании грудных детей, являются фактором риска развития ожирения, гипертонической болезни, сахарного диабета и других заболеваний.

Вскармливание бывает следующим:

1. *«Естественное»* или *«грудное» вскармливание* — кормление ребенка материнским молоком.

2. *Смешанное вскармливание* — сочетание кормления грудным молоком (не менее 150–200 мл) и его искусственными заменителями.

3. *Искусственное вскармливание* — вскармливание ребенка заменителями женского молока.

Классификация вскармливания, рекомендуемая ВОЗ:

1. Исключительно грудное вскармливание — вскармливание ребенка только грудным молоком.

2. Преимущественно грудное вскармливание — вскармливание материнским молоком в сочетании с допаиванием.

4. Частично грудное вскармливание — вскармливание ребенка грудным молоком в сочетании с его искусственными заменителями.

ОСНОВНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ЖЕНСКОГО МОЛОКА

Женское молоко имеет следующие положительные свойства:

1. Оптимальный и сбалансированный уровень пищевых веществ.
2. Высокая усвояемость пищевых веществ женского молока организмом грудного ребенка.
3. Наличие в молоке широкого спектра биологически активных веществ и защитных факторов (ферментов, гормонов, иммуноглобулинов, лактоферрина, лейкоцитов и др.).
4. Благоприятное влияние на микрофлору кишечника ребенка.
5. Низкая осмоляльность.
6. Стерильность.
7. Оптимальная температура.

Женское молоко полностью соответствует особенностям метаболизма грудного ребенка на ранних этапах онтогенеза и оказывает положительное влияние на все его функции и системы.

Работа по поддержке грудного вскармливания должна осуществляться на всех этапах ведения женщин (подготовка к беременности, беременность, роды, послеродовой период и период лактации). Особенно важное значение имеет обеспечение тесного сотрудничества и преемственности всех основных звеньев лечебной сети — женских консультаций, роддомов и детских поликлиник.

СТРОЕНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Строение молочной железы представлено на рис. 1, 2, 3.

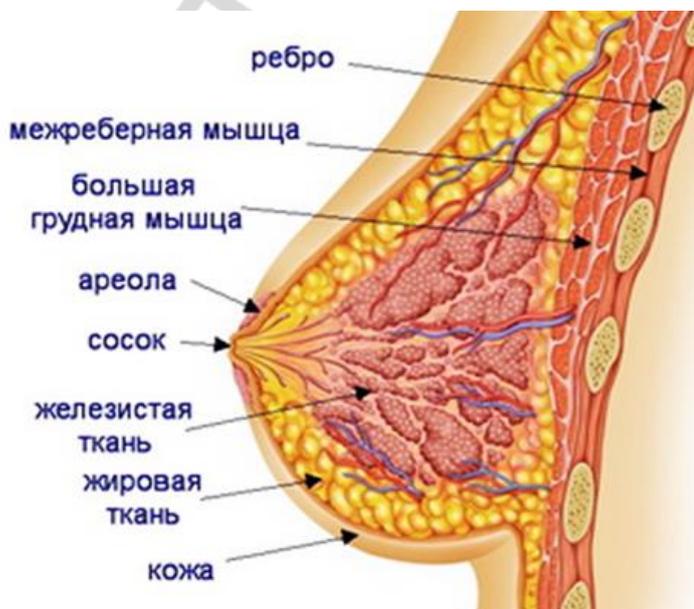


Рис. 1. Строение молочной железы



Рис. 2. Строение протоков и синусов



Рис. 3. Строение клеток

ФИЗИОЛОГИЯ ЛАКТАЦИИ

За **выработку** молока отвечает гормон **пролактин**:

- каждый раз во время сосания ребенком груди происходит стимуляция нервных окончаний сосков; они посылают сигнал в головной мозг и происходит выработка пролактина передней долей гипофиза;

- пролактин вырабатывается преимущественно в ночное время, поэтому кормление ночью помогает поддерживать необходимое количество молока.

За **выделение** молока отвечает гормон **окситоцин**:

- стимуляция нервных окончаний соска во время сосания груди способствует выработке окситоцина организмом женщины;

- положительные эмоции матери, ее уверенность в себе, звуки, издаваемые ребенком, его вид и запах также способствуют выработке молока;

- боль, стресс, неуверенность тормозят выработку окситоцина.

Процесс выделения молока из груди называют еще «Рефлексом окситоцина», который имеет следующие признаки:

- покалывание в груди до начала или во время кормления грудью;

- чувство тепла или полноты в груди;

- подтекание молока до того, как ребенок начинает сосать;

- выделение молока из второй груди в то время, когда ребенок сосет другую грудь;

- боль спастического характера внизу живота во время кормления, вызванная сокращением матки;

- выделение молока тонкой струйкой, если ребенок внезапно отрывается от груди во время кормления;

- медленное глубокое сосание и глотание ребенком, что свидетельствует о поступлении молока в рот.

Размер и форма груди не влияют на количество молока. Количество молока преимущественно зависит от частоты стимуляции груди и от того, насколько часто и хорошо она опорожняется.

Важнейшими факторами становления и поддержания лактации являются:

1. В первые дни после родов:
 - раннее прикладывание новорожденного к груди;
 - кормление «по требованию» (свободное вскармливание) с первого дня жизни;
 - совместное пребывание матери и новорожденного в палате родильного дома;
 - исключение допаивания (кроме обусловленных медицинскими показаниями случаев);
 - отказ от использования сосок, бутылочек и пустышек;
 - профилактика трещин, нагрубания молочных желез (лактостаза).
2. На последующих этапах лактации, для ее сохранения крайне важны:
 - спокойная и доброжелательная обстановка в семье;
 - помощь со стороны близких по уходу за ребенком;
 - рациональный режим дня, обеспечивающий достаточный сон и отдых кормящей женщины;
 - адекватное питание, включая дополнительный прием молока и предпочтительнее кисломолочных продуктов, чая, соков и других напитков.

За 15–20 мин до начала кормления грудью прием специальных лактогенных фиточаев в горячем виде, точечный массаж груди; контрастный душ; сохранение режима «свободного вскармливания».

Раннее прикладывание новорожденного к груди не только стимулирует образование и секрецию молока, но также способствует более быстрому отхождению плаценты, профилактике послеродовых кровотечений у рожениц, а также формированию нормальной микрофлоры кишечника, адекватного иммунного ответа и ускорению отхождения мекония у новорожденных (рис. 4).



Рис. 4. Рефлекс, «отпускающий» молоко

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны матери:

- оперативное вмешательство в родах;
- преэклампсия тяжелой степени;
- сильные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде;
- открытая форма туберкулеза;
- состояние декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени;
- острые психические заболевания;
- злокачественные новообразования.

При положительной серологической реакции на ВИЧ-инфекцию молоко можно сцеживать и после стерилизации давать новорожденному, учитывая желание матери.

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны плода:

- оценка состояния новорожденного по шкале Апгар ниже 7 баллов;
- тяжелая асфиксия новорожденного;
- нарушение мозгового кровообращения II–III степени;
- глубокая недоношенность;
- тяжелые пороки развития (челюстно-лицевого аппарата, сердца, желудочно-кишечного тракта и др.).

Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) не является противопоказанием к грудному вскармливанию. После окончания операции родильница переводится в палату интенсивной терапии роддома, а новорожденный — в детскую палату послеродового отделения. При переводе родильницы в послеродовое отделение новорожденного приносят к ней для дальнейшего совместного пребывания.

Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны новорожденного на последующих этапах лактации очень ограничены. Они включают:

- наследственные энзимопатии, препятствующие усвоению молока (галактоземия, фенилкетонурия, болезнь кленового сиропа);
- тяжелые формы врожденных пороков развития (волчья пасть, заячья губа и др.).

Вскармливание грудным молоком не рекомендуется также, если кормящая мать принимает цитостатики, антибактериальные средства, гормональные препараты и др.

РЕЖИМ И ТЕХНИКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Важную роль в становлении лактации у роженицы играет время первого прикладывания новорожденного к груди, которое рекомендуется осуществлять сразу же после рождения, непосредственно в родильном зале с учетом состояния новорожденного и роженицы. Медперсонал оказывает помощь при первом прикладывании новорожденного к груди матери и контакте «кожа к коже». Длительность этого контакта должна быть не менее 30 мин.

Другим фактором обеспечения полноценной лактации является режим «свободного вскармливания» новорожденного.

В течение многих лет основным подходом к вскармливанию детей было кормление строго по часам с соблюдением сначала 3-часового, а затем 3,5-часового перерыва между кормлениями. Однако в последние годы произошел пересмотр этих рекомендаций, и в настоящее время следует признать существенно большую эффективность «свободного» вскармливания, т. е. «по требованию ребенка», под чем понимают прикладывание к груди столько раз и в такое время, в какое требует ребенок, включая ночные часы. Частота кормления зависит от активности рефлекса новорожденного и массы тела при рождении. Новорожденный может «требовать» от 8–10 до 12 и более прикладываний к груди за сутки. Длительность кормления может составлять 20 мин и более. К концу первого месяца жизни частота кормления обычно снижается до 7–8 раз и уменьшается длительность кормления. Ночные кормления при свободном вскармливании новорожденных не исключаются и даже поощряются: от ночных кормлений ребенок должен отказаться сам. Свободное грудное вскармливание способствует становлению оптимальной лактации и установлению тесного психоэмоционального контакта между матерью и ребенком, что очень важно для правильного эмоционального и нервно-психического развития новорожденного. Исходя из этого, в родильном доме при отсутствии противопоказаний мать должна находиться вместе с новорожденным в послеродовой палате совместного пребывания.

Согласно литературным данным, при свободном вскармливании объем лактации в первую неделю после родов в 1,5 и более раз выше, чем при вскармливании по часам, при этом «удельное» содержание (т. е. содержание в расчете на 1 мл молока) белков, жиров, витаминов, а также активность ряда ферментов не ниже, а в ряде случаев выше, чем при вскармливании по часам. Следствием этого является большая суммарная (суточная) секреция с молоком основных пищевых веществ. Тенденция к большему объему лактации и большей секреции с молоком пищевых веществ при свободном вскармливании, чем при вскармливании «по часам», сохраняется и в последующие периоды лактации.

Свободное вскармливание оказывает положительное влияние на лактационную функцию матери, состояние здоровья и физическое развитие новорожденного.

Важное значение имеет **правильная техника кормления грудью** (рис. 5). Кормить следует в удобной для матери позе, в спокойной обстановке. Наиболее удобные положения: лежа, сидя, так, чтобы ребенок находился в приподнятом положении (профилактика попадания воздуха в желудок). Важно, чтобы при кормлении соблюдались принципы правильного прикладывания к груди: подбородок касается груди матери, рот широко открыт, нижняя губа вывернута, ребенок захватывает большую часть ареолы. Желательно, чтобы при кормлении ребенок имел возможность максимально тесно контактировать с матерью (контакт «кожа к коже», «глаза в глаза»). При таком тесном контакте происходит не только формирование привязанности к матери, но и дополнительная гормональная стимуляция лактации, что особенно важно как при ее становлении в первые дни и недели после родов, так и при временном уменьшении лактации в связи с так называемыми лактационными кризами.



Рис. 5. Четыре признака правильного прикладывания к груди

В первые дни после рождения мать кормит ребенка в одно кормление одной грудью. После «прихода» молока можно кормить каждое кормление из обеих грудей, но так, чтобы кормление заканчивалось из той груди, с которой начиналось, чтобы ребенок получил не только «переднее», но и «заднее» молоко, отличающееся более высоким содержанием жира (более чем в два раза).

Правила прикладывания можно описать по пунктам:

1. При кормлении в положении «сидя» нужно взять малыша на руки и положить головку на сгиб руки. Словом, так сделать, чтобы животик ребенка касался живота мамы. Т. е. ребенок не должен поворачивать голову, чтобы схватить сосок.

2. Маме необходимо полностью расслабиться при кормлении. Этого легче достигнуть в положении «лежа».

3. Ребенок должен брать грудь широко открытым ртом, как если бы он громко пропевал букву «О» или зевал.

4. Нос ребенка и сосок должны быть на одном уровне, голова не должна запрокидываться или тянуться вперед.

5. Ребенок должен сосать не сам сосок, а ареолу. Кончик соска при этом находится глубоко во рту, а губы лежат на ареоле.

6. Чтобы правильно дать грудь, женщина должна немного зажать ее пальцами (как будто ножницами) и направить сосок в рот малышу. Причем сначала нужно приложить нижний край ареолы к нижней губе малыша, а потом вкатывающим движением протолкнуть в ротик оставшуюся часть ареолы.

Основные правила для удобного прикладывания новорожденного к груди:

– выбрать удобную позу. Мама может сидеть или лежать, для удобства допустимо использовать подушки и мягкие валики, которые прекрасно поддержат уставшую руку или обеспечат комфорт для спины. Новорожденный должен быть плотно прижат к маме всем телом, не рекомендовано укладывать ребенка на спину, оптимальное положение — лежа на боку;

– положение тела ребенка должно быть ровным, правильно, когда головка, плечики и бедра находятся на одной линии. Шея должна быть ровной, иначе грудничок не сможет глотать молоко;

– нельзя применять силу во время прикладывания к груди. Ребенка не нужно притягивать к соску, надо лишь показать верное направление и плотно придерживать плечики и спинку, но ни в коем случае не надавливая на голову;

– между кормящей мамой и новорожденным должно быть минимальное количество одежды, длительное прикосновение кожа к коже способствует созданию тесной взаимосвязи между ними и выработке большого количества молока.

Выполняя такие нехитрые советы, спустя немного времени ребенок сам сможет правильно захватывать сосок.

ОСНОВНЫЕ ПОЗЫ ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

Процесс кормления грудью занимает немало времени, поэтому поза для него, в первую очередь, должна быть удобной. Нет единого правила, в каком положении следует кормить новорожденного, поскольку каждой маме по душе разные положения.

Существует как минимум 20 поз для кормления. Основными из них являются «сидя» и «лежа».

Далее приведены позы для кормления «сидя».

Колыбелька. Кормление сидя, или «колыбель» — мама усаживается в кресло или на диван, подложив под спину и локти подушки. Новорожденный находится на руках, его тело повернуто животиком к материнскому животу, а голова находится на уровне соска. Одной рукой мама постоянно поддерживает плечи и спинку ребенка, обеспечивая ему удобную позу, а другой помогает правильно захватить сосок. Если она кормит с левой груди, то ребенок головой лежит на сгибе левой руки, если с правой, то на сгибе правой (рис. 6).

Обратная колыбелька. Кормя ребенка с левой груди, мама держит его правой рукой. Таким образом, голова ребенка лежит на ладони мамы, а попа размещается почти на сгибе руки (рис. 7, 16).



Рис. 6. Поза для кормления «колыбелька». Ребенок должен лежать строго на боку, тесно прижавшись животиком к животу матери. Головку малыша надо поддерживать рукой или использовать для кормления специальные подушки



Рис. 7. Поза для кормления «обратная колыбелька».

Головка малыша лежит не на локтевом сгибе руки матери, а придерживается кистью. Поза хороша для малышей с самого рождения, так как позволяет научить младенца правильно захватывать грудь и управлять сосанием, направляя головку

Кормление «из-под руки» — удобная поза для женщин, рожавших посредством кесарева сечения, т. к. в таком положении малыш не давит на живот. Ребенка укладывают сбоку от сидящей мамы на высокую подушку, таким образом он оказывается в непосредственной близости к груди, а мама может контролировать его положение рукой (рис. 8, 16).

Ребенок сидит. Подросший ребенок может кормиться и сидя у мамы на коленях, и стоя рядом с ней — кормление в слинге (рис. 9, 16).



Рис. 8. Поза для кормления «из-под руки». Ребенок лежит на боку, его ножки находятся за спиной мамы. Малыша необходимо придерживать под шейку рукой. Поза хороша для мам после кесарева сечения, так как позволяет избежать давления на живот



Рис. 9. Поза для кормления «ребенок сидит».

В этой позе кормят малышей старше 6 месяцев. Малыш сидит на коленях у мамы лицом к ней, ротик — на уровне соска

ПОЗЫ «ЛЕЖА» ДЛЯ ПРАВИЛЬНОГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ МАЛЫША ВО ВРЕМЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

Кормление лежа — идеальный выбор для ночного времени. Мама лежит на боку, малыш рядом с ней — живот к животу. Голова новорожденного в данной позиции должна быть немного приподнята, туловище в ровном положении, шея прямая. Если мама лежит на правом боку, то прикладывать следует к правой груди, и наоборот. Грудь, находящаяся снизу, намного ближе к роту малыша, поэтому ему не придется выгибать шею и тянуться к соску, к тому же молоко из нее течет быстрее, что также облегчает добычу питания.

«Лежа» — кормление на боку. При таком способе кормления ребенок должен лежать на боку, как и мама, и касаться ее животом. У мамы под головой для удобства может лежать подушка, ребенку же она не нужна (рис. 10, 16).

«Лежа» — кормление верхней грудью. Поза выглядит следующим образом (рис. 11, 16).

Ребенок на руке мамы. Поза и описание представлены на рис. 12.



Рис. 10. Поза для кормления «лежа на боку».

Ось тела ребенка должна совпадать с осью тела матери. Малыш лежит на боку, его живот плотно прижат к животу матери. Эта поза хороша для малышей с 2–3 месяцев, когда он немного подрос

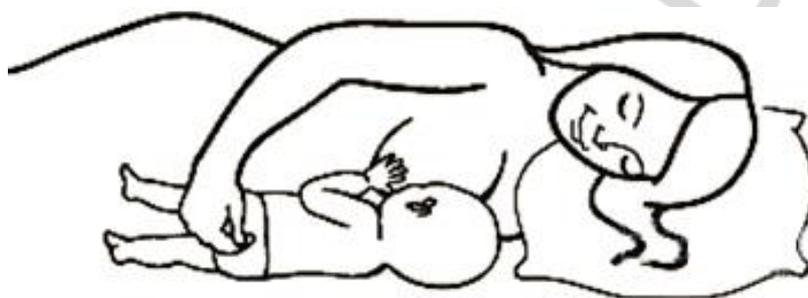


Рис. 11. Поза для кормления «лежа — кормление верхней грудью».

Эта поза кормления на боку, но мама дает малышу верхнюю грудь, ее тело чуть наклонено по направлению к ребенку. Это позволяет избежать застоя молока и облегчает для малыша сосание, если грудь тугая



Рис. 12. Поза для кормления «ребенок на руке мамы».

Эта поза на боку, при этом головка малыша находится на руке матери, плечики же лежат на плоскости кровати. Поза хороша для кормления младенцев с рождения, она позволяет расположить малыша ротиком прямо напротив соска

«Лежа» — ребенок на подушке. Обычно мамы кормят малышек в этой позе с нижней груди. Однако можно переменить грудь, не меняя положения тела. Для этого достаточно только подложить под ребенка высокую плотную подушку (рис. 13, 16).



Рис. 13. Поза для кормления «лежа — ребенок на подушке». Малыш лежит на подушке, что позволяет маме расположить его ротиком прямо напротив соска. Поза хороша для кормления младенцев с рождения

«Валет». Эта поза хороша при первых признаках лактостаза. При этом мама и ребенок лежат на боку лицом друг к другу, а их ноги смотрят в противоположные стороны (рис. 14, 16).



Рис. 14. Поза для кормления «валет». Мама лежит на боку, малыш лежит на боку, но валетом. Такая поза позволяет ребенку рассосать застой в верхних долях груди

Поза «лежа на спине». При интенсивных приливах молока удобно кормить ребенка лежа на спине. Такая поза прикладывания к груди позволяет маме хорошо отдохнуть. В этом случае малыш лежит животиком на животе мамы, которая придерживает его, чтобы он не упал. В таком положении ребенку приходится прикладывать некоторые усилия для добычи молока, поэтому данная поза не рекомендована для слабеньких и болезненных детей.

В такой позе ребенок не захлебывается потоком молока, что удобно обоим (рис. 15, 16).



Рис. 15. Поза для кормления «лежа на спине».

Расслабленное кормление. Мать полулежит на спине, ребенок лежит сверху на ее животе и плотно прижат к нему животиком. Поза хороша для беспокойных малышей, которые мешают себе движениями ручек при кормлении в других позах. Еще один плюс — ребенок не захлебывается при избыточном молокоотделении из груди

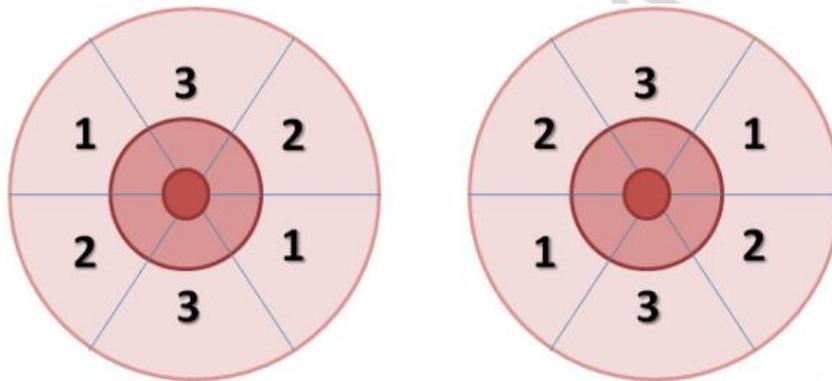


Рис. 16. Положения ребенка, при которых наиболее эффективно опорожняются определенные сегменты груди:

сектора «1» — положения «колыбелька», «обратная колыбелька»; сектора «2» — положение «из-под руки»; сектора «3» — положения «лежа на боку», «валетом»

* Если необходимо рассосать застой в верхнем сегменте, также хорошо помогает позиция, когда малыш лежит на пеленальном столе головой к маме, а мама нависает над ним, т. е. подбородок малыша указывает на верхнюю дольку.

Как понять, что ребенок правильно сосет грудь?

1. Боль — это верный признак проблемы с грудным вскармливанием. Грудь при правильном прикладывании не болит.

2. При правильном прикладывании ребенка к груди она полностью освобождается. К концу кормления остается пустой и мягкой.

3. Ребенок берет грудь широко открытым ртом. Поэтому между губами нет уголка. Не видно напряжения щек. Нижняя губа вывернута, а верхняя охватывает ареолу.

4. Подбородок ребенка касается или утопает в груди мамы.
 5. При сосании не видно движения мускулатуры лица, губ, щек. Зато можно заметить работу подчелюстных мышц, которые действуют вместе с языком.
 6. Ребенок глотает молоко, а сосок находится далеко на верхнем небе, ближе к глотке.
 7. Нижняя часть альвеолы практически открыта, зато верхняя почти вся покрывается губами.
 8. Ребенок не чмокает и не хватает воздух.
- Если ребенок неправильно берет грудь, то нужно вытащить сосок и вложить его в рот правильно.

НЕПРАВИЛЬНОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ РЕБЕНКА К ГРУДИ

На рис. 17 проиллюстрированы неправильные положения ребенка.



Рис. 17. Положения при неправильном прикладывании к груди

Правильный захват — это самое важное условие удачного грудного вскармливания. Неправильные позы для кормления показаны на рис. 18.

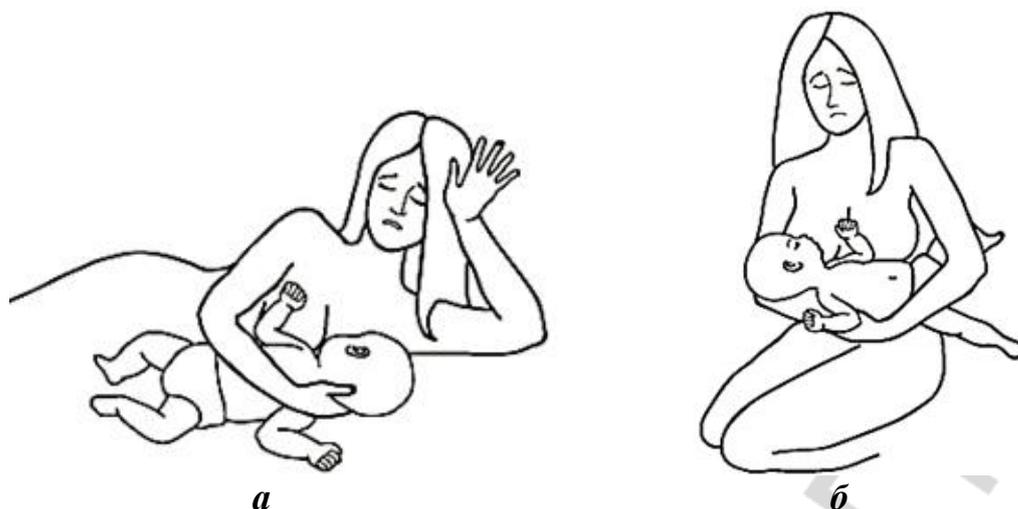


Рис. 18. Неправильные позы для кормления грудью:

а — при неправильном положении в позиции «колыбелька» ребенок лежит животиком вверх и не прижимается к маме, повернута только головка. Такая поза затрудняет сосание, малыш быстро устает, заглатывает много воздуха и может захлебываться молоком; *б* — при неправильном положении в позиции «лежа на боку» малыш лежит на спинке, и к груди мамы повернута только головка. Так ребенок не может захватить грудь правильно

Сцеживание грудного молока может быть целесообразным в ранний период установления лактации при отсутствии возможности «свободного» вскармливания или при неспособности ребенка по тем или иным причинам к эффективному отсасыванию молозива или молока.

Показаниями к сцеживанию грудного молока являются:

- гипогалактия у женщины (когда уровень выделения молока не удовлетворяет потребности ребенка, т. е. молока у мамы недостаточно);
- лактостаз (застой молока в груди), мастит (воспаление молочной железы), нагрубевшие участки груди у женщины;
- лактационный криз у женщины (временное уменьшение количества молока), который иногда случается при грудном вскармливании;
- малыш находится на лечении (например, в палате интенсивной терапии, реанимации);
- кормление или докорм маловесного, недоношенного ребенка;
- докорм при отказе ребенка от груди, или пока ребенок учится сосать при втянутых сосках у матери, или у ребенка есть затруднения при координации сосания–глотания–дыхания;
- маме нужно выйти на работу, учебу или куда-то отлучиться на длительное время;
- болезнь женщины (ей предстоит принимать препараты, запрещенные при грудном вскармливании, например, антибиотики);

Предпочтительным является ручное сцеживание. При неэффективности ручного сцеживания можно использовать молокоотсос.

Преимущества ручного сцеживания:

- для ручного сцеживания не нужно специального оборудования;
- это более экологичный способ сцеживания;
- контакт «кожа к коже» лучше стимулирует рефлекс отделения молока, ощущения более естественные;
- ручное сцеживание более эффективно (особенно при правильной технике) и напоминает сосание ребенка, тем самым лучше стимулирует грудь, чем молокоотсос;
- рекомендуется при наличии трещин сосков, крупных сосках, отеке соска и ареолы, травмах груди;
- рекомендуется при мягкой груди.

Техника сцеживания грудного молока руками:

1. Тщательно вымыть руки.
 2. Подготовить стерилизованную емкость с широким горлышком для сбора сцеженного грудного молока.
 3. Положить ладонь на грудь так, чтобы большой палец находился в 5 см от околососкового кружка (ареолы) и возвышался над остальными пальцами.
 4. Прижать руку к грудной клетке.
 5. Свести большой и указательный палец вместе, следя за тем, чтобы они находились только на ареоле и не соскальзывали на сосок.
 6. Дождаться появления первой капли молока.
 7. Ритмично повторять движения пальцев, перемещая их по кругу, чтобы воздействовать на все молочные ходы.
 8. Следить за тем, чтобы пальцы находились дальше от соска, чтобы сесть больше молока и предотвратить болезненные ощущения при надавливании.
 9. Сцеживать необходимо ориентировочно 10–15 мин, пока молочная железа не станет пустой. Удобнее делать это сидя.
- Процесс сцеживания руками проиллюстрирован на рис. 19.

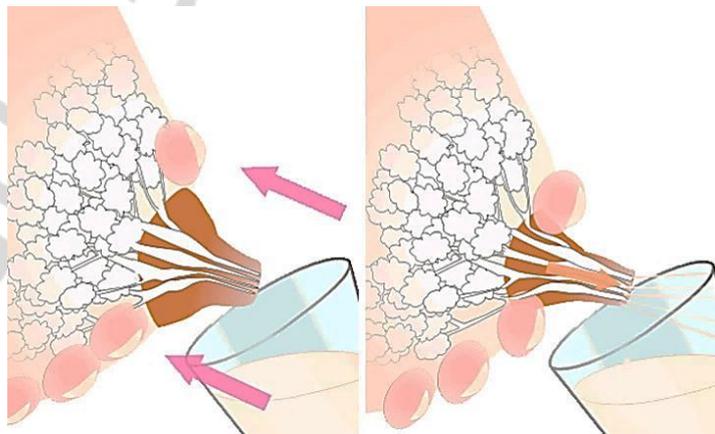


Рис. 19. Сцеживание грудного молока руками

Сцеживание молокоотсосом:

- работа автоматическая, но необходимо специальное оборудование, в т. ч. наличие электричества; много деталей для обработки после применения; кроме того, оборудование может сломаться;
- работает при помощи силы втягивания, т. е. другой механизм, по сравнению с сосанием груди ребенком;
- некоторые женщины испытывают больший комфорт, чем при ручном сцеживании;
- подходит женщинам с больными руками или с ограниченными возможностями;
- подходит мамам, вышедшим на работу;
- молокоотсосом легче пользоваться, когда грудь наполнена;
- не рекомендуется при наличии трещин сосков, крупных сосках, отеке соска и ареолы, травмах груди.

ПРОФИЛАКТИКА ГИПОГАЛАКТИИ

Гипогалактия (от греческих «*hupo*» + «*galaktios*» — «низкое» + «молоко») — состояние, характеризующееся понижением секреторной деятельности молочных желез в период лактации.

Истинная (или первичная) гипогалактия встречается не более чем у 5 % женщин. В остальных случаях снижение лактации вызывается различными причинами, основными среди которых являются: отсутствие у женщины доминанты лактации; редкие кормления; неправильное прикладывание новорожденного к груди; раннее и необоснованное введение докорма заменителями женского молока; неблагоприятные семейные обстоятельства; стресс; необходимость выхода на работу и др.

В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер, проявляясь в виде так называемых лактационных кризов, под которыми понимают временное уменьшение количества молока, которое возникает без явной видимой причины. В их основе лежат сдвиги в гормональной системе женщин, связанные с периодичностью гормональной регуляции лактации, в сочетании с увеличением двигательной активности женщин и интенсивным ростом новорожденного, приводящим к увеличению у него аппетита.

Лактационные кризы возникают на 3–6 неделе, 3-м, 4-м, 7-м и 8-м месяцах лактации. Их продолжительность в среднем составляет 3–4 дня, и они не представляют опасности для здоровья ребенка. Если мать проинструктирована врачом о возможности возникновения лактационных кризов и своевременно увеличивает частоту прикладывания к груди, то тем самым она успешно увеличивает объем лактации.

Основными симптомами гипогалактии являются:

- 1) малая прибавка массы тела за месяц;
- 2) снижение суточного объема грудного молока;
- 3) беспокойство ребенка;

4) симптом «сухих пеленок», свидетельствующий об уменьшении суточного объема мочи (ребенок первых месяцев, находящийся на грудном вскармливании, должен мочиться не менее 6 раз в сутки, причем моча должна быть бесцветной или бледно-желтой);

- 5) голодный стул (скудный, зеленоватый, измененной консистенции).

Указанные симптомы являются лишь косвенными доказательствами гипогалактии, и окончательный диагноз гипогалактии может быть поставлен только после определения суточного объема лактации (секретируемого молока), которое осуществляется с помощью контрольного взвешивания. При этом контрольные взвешивания необходимо проводить после каждого кормления в течение суток.

Важно подчеркнуть, что основными критериями эффективности грудного вскармливания являются адекватная скорость роста, хорошее общее самочувствие и состояние новорожденного. При этом нет необходимости проводить «расчет питания», который является обязательным при искусственном вскармливании детей.

Недопустимо назначать новорожденному докорм молочными смесями лишь при подозрении на гипогалактию без прямого подтверждения этого диагноза. Доказано, что даже однократная дача смеси в период новорожденности может отрицательно влиять на становление лактации, увеличивать риск развития аллергических заболеваний, нарушать формирование нормальной микрофлоры кишечника.

В случае подтверждения снижения лактации необходимо увеличить частоту прикладываний новорожденного к груди. Эффективным может оказаться также *комплекс мероприятий по стимуляции лактации:*

– рационализация питания матери;

– назначение лактогенных напитков. В качестве лактогенных напитков можно рекомендовать настой семян тмина, настой семян укропа, чай с душицей, чай с мелиссой, морковный сок, напиток из семян листового салата, настой аниса, напиток из аниса, фенхеля и душицы и др.;

– назначение физиотерапевтических процедур, витаминно-минеральных комплексов и медикаментозных препаратов. К числу физиотерапевтических процедур, стимулирующих лактацию, относятся УФО грудных желез, лазерная терапия, ультразвук, массаж груди, обливание груди теплым душем;

– хороший лактогенный эффект может оказывать назначение женщинам апилака, комплексов поливитаминов и минеральных веществ.

Важным моментом в профилактике гипогалактии является *рациональное питание кормящей женщины*, которое должно обеспечивать:

- удовлетворение всех физиологических потребностей матери в энергии и основных пищевых веществах;

- дополнительную энергию и пищевые вещества, которые необходимы для продукции достаточного количества молока с высокой пищевой ценностью;

- предотвращение поступления с молоком матери в организм новорожденных аллергенов и соединений, способных вызвать раздражение слизистой пищеварительного тракта.

В связи с этим пищевые рационы кормящих женщин должны дополнительно включать 15–20 г белка, 20–25 г жира, 50–60 г углеводов, что соответствует 450–550 ккал. Это особенно важно в первые месяцы лактации, когда объем лактации может достигать 1 л и более. По мере увеличения квоты продуктов прикорма (с 5–6 месяцев жизни ребенка) объем необходимого ему женского молока снижается и, соответственно, уменьшается потребность матери в дополнительных количествах энергии и пищевых веществ.

Рационы кормящих женщин должны быть полноценными, разнообразными и включать все основные группы продуктов: мясо и мясопродукты, рыбу и рыбные изделия, молоко и молочные продукты, хлеб, крупы и макаронные изделия, растительное и сливочное масло, овощи, фрукты, соки, сахар и кондитерские изделия. Предпочтительнее использовать различные виды мяса: говядина, тощая свинина, баранина, курица, индейка, кролик, но не колбасные изделия, сосиски или сардельки; нежирные сорта рыбы (судак, треска, карп, хек и др.). Следует широко использовать творог и сыр, за счет которых наиболее целесообразно увеличивать квоту белка и кальция в рационе. Цельное коровье молоко, избыток которого в рационе матери может вызывать у детей аллергические реакции, предпочтительнее заменять различными кисломолочными продуктами (кефир, йогурт и др.).

Очень важно, чтобы рационы кормящих матерей содержали достаточно растительных волокон, стимулирующих двигательную активность кишечника. Важно, чтобы в рационы включалось значительное количество (300–500 г) свежих или подвергнутых тепловой обработке овощей (морковь, свекла, цветная капуста, кабачки, тыква и др.), до 300 г фруктов и ягод (яблоки, груши, сливы, абрикосы, персики, вишня, черешня), соков (200–300 мл), как свежеприготовленных, так и консервированных. Растительными волокнами богаты также пшеничная, гречневая и овсяная крупы, хлеб грубого помола, сухофрукты (чернослив, курага). Рационы кормящих женщин должны содержать 20–40 г сливочного масла, 20–30 г растительных масел (подсолнечного, кукурузного, соевого, оливкового), при необходимости — небольшое количество сливочного маргарина (10–20 г).

Сахар и кондитерские изделия (зефир, пастилу, мармелад, нежирные торты и пирожные) следует потреблять в ограниченном количестве, поскольку они обладают проаллергенным действием, способствуют отложению жира в организме женщины, могут вызывать нарушения функций кишечника у ребенка.

Поскольку многие пищевые вещества проникают через слизистую кишечника и поступают в кровоток, а оттуда секретируются в молоко, в рационе кормящих женщин необходимо избегать больших количеств соли, эфирных масел, аллергенных продуктов. Исходя из этого, в рационе кормящих матерей необходимо ограничивать закусочные консервы, соленую рыбу, соленья, лук, чеснок, специи и продукты, являющиеся облигатными аллергенами (шоколад, какао, цитрусовые, томаты, клубника, орехи, мед, яйца, креветки).

Для успешного грудного вскармливания следует придерживаться следующих рекомендаций:

1. **Раннее прикладывание к груди** в течение первого часа после рождения.

2. **Не докармливать новорожденного из бутылки** или другим способом до того, как мать приложит его к груди, чтобы у ребенка сформировалась установка на грудное вскармливание.

3. **Совместное пребывание матери и ребенка** после рождения.

4. **Правильное прикладывание ребенка к груди** обеспечит эффективное сосание и комфорт матери.

5. **Кормление по первому требованию.** Прикладывайте малыша к груди по любому поводу. Позвольте ему сосать грудь, когда он хочет и сколько хочет. Тогда он будет сыт и спокоен.

6. **Продолжительность кормления регулирует ребенок.** Кормление закончится тогда, когда малыш сам отпустит сосок.

7. **Очень важны ночные кормления из груди** для хорошей выработки молока. Для ребенка они наиболее полноценны.

8. **Малыш на исключительно грудном вскармливании не нуждается в допаивании водой.** Если ребенок хочет пить, его следует чаще прикладывать к груди. Грудное молоко на 87–90 % состоит из воды.

9. **Нежелательно использование бутылочек и пустышек.** Они могут спровоцировать следующие проблемы: мало молока, травмы сосков и беспокойство под грудью. Если необходим докорм, то его следует давать только из несосательных предметов (чашки, ложки, стаканчика, пипетки или шприца без иглы).

10. **Полноценные кормления** длятся 20 мин и дольше. За это время ребенок получает достаточное количество жиров, чтобы хорошо прибавлять в весе. Это также гарантия полноценной работы кишечника.

11. **Совместный сон (по желанию родителей).** При такой организации сна родители могут лучше выспаться, т. к. не надо постоянно вставать к ребенку, да и большинство детей спят лучше в непосредственной близости мамы или папы.

12. **Грудь не требует частого мытья.** Это приводит к удалению защитного бактерицидного слоя жиров с ареолы и соска, что может быть причиной ссадин, раздражения и трещин. Достаточно ополаскивать грудь 1–2 раза в день во время общего душа и лучше без мыла.

13. **Частые взвешивания ребенка не дают объективной информации о полноценности питания** младенца, нервируют мать, приводят к снижению лактации и необоснованному введению докорма. Достаточно взвешивать 1 раз в неделю.

14. **Дополнительные сцеживания не нужны.** При правильной организации вскармливания молока вырабатывается ровно столько, сколько нужно ребенку. Сцеживание необходимо при проблемах.

15. **Только грудное вскармливание до 6 месяцев.** Ребенок не нуждается в дополнительном питании и прикорме до 6 месяцев. Он может находиться до 1 года на преимущественно грудном вскармливании без ущерба для своего здоровья (по отдельным исследованиям).

16. **Сохранение грудного вскармливания до 1,5–2 лет** (или дольше по желанию матери и ребенка). Кормление до 1 года не является физиологическим сроком прекращения лактации, поэтому при необходимости завершения грудного вскармливания проконсультируйтесь со специалистами, чтобы принять взвешенное, информированное решение.

Правила смешанного грудного вскармливания:

1. Докорм (искусственную смесь) следует давать только после прикладывания ребенка к груди и после полного опорожнения грудных желез.

2. Ребенок должен получать искусственную смесь 2–3 раза в течение суток, если мама вынуждена отсутствовать в течение определенного времени или проходит лечение некоторых ее заболеваний. Все остальные кормления ребенка осуществляются грудным молоком.

3. Докорм лучше давать из ложечки, если его объем небольшой.

4. Частота кормления может быть уменьшена на одно кормление по сравнению с естественным вскармливанием.

5. Смесь и предметы для докорма должны быть стерильными.

6. Температура готовой смеси — 37–38 °С.

7. Прикорм при смешанном вскармливании вводится на 2–3 недели раньше, чем при естественном вскармливании.

ЛАКТОСТАЗ

Лактостаз является следствием дисфункции между выработкой и выделением молока из молочных желез женщины, что приводит к застою молока из-за нарушения его движения по протокам молочной железы. Лактостаз возникает, как правило, в первые месяцы грудного вскармливания.

Возможные причины лактостаза:

- повышенная секреция молока;
- нечастые и непродолжительные кормления, что может привести к недостаточному опорожнению груди;
- кормление по часам и изменение режима кормления;
- чрезмерное или неправильное сцеживание;
- неэффективное сосание груди;
- неправильное прикладывание ребенка к груди;
- резкое изменение положения для кормления или постоянное кормление в одной позе;
- неправильный питьевой режим матери;
- нажим на грудную клетку во время кормления;
- сдавливание груди тесной одеждой;
- ношение бюстгалтера ночью;
- сон на животе или в неудобной позе;
- любое физическое воздействие на грудь (удар, сдавливание);
- стресс и накопленная усталость, тяжелый физический труд;
- повышение вязкости молока после употребления некоторых продуктов (например, орехов) или от недостаточного количества выпитой жидкости (особенно в жару);
- анатомо-физиологические факторы: варианты строения молочной железы (провисающая грудь), аномалии строения соска (плоский сосок), трещины соска и ареолы, особенности строения протоков молочной железы (узкие, извилистые), закупорка «молочной пробкой» одного или нескольких млечных протоков, диффузная фиброзно-кистозная мастопатия, переохлаждение молочных желез.

Признаки лактостаза:

- появление уплотнения или болезненного участка в молочной железе, которое не устраняется только усилиями женщины более суток;
- появление покраснения кожи над областью уплотнения или болезненности, молочная железа стала горячей на ощупь;
- появление гриппоподобного синдрома (ломота в теле, повышение температуры, общее недомогание) на фоне уплотнения или болезненности в молочной железе;
- на фоне вышеописанных симптомов молоко отделяется вяло, по каплям.

Что делать маме:

– приложить ребенка к больной груди так, чтобы его носик или подбородок упирался в застой — лучше ребенка никто и ничто не может сосать лактостаз;

– после кормления сделать холодный компресс на грудь с лактостазом на 10–15 мин;

– грудь с лактостазом давать ребенку в 2 раза чаще, чем здоровую, в т. ч. предлагать ее ребенку во время сна;

– обратиться за помощью к квалифицированному специалисту.

Что важно знать!

– ни в коем случае нельзя прекращать кормить ребенка из молочной железы с лактостазом;

– нельзя греть больную грудь;

– не ограничивать питье, особенно если есть подъем температуры;

– неправильное лечение лактостаза или отсутствие лечения может привести к маститу, что может потребовать хирургическое вмешательство.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. Термином «послеродовой период» обычно обозначают:

- а) первые 2 месяца после родов;
- б) период грудного кормления новорожденного;
- в) период послеродовой аменореи;
- г) все выше перечисленное.

2. Окситоцин способствует отделению молока из молочных желез путем:

- а) сокращения миоэпителиальных клеток в молочных ходах;
- б) увеличения секреции пролактина;
- в) снижения содержания эстрогенов;
- г) все из выше перечисленного;
- д) ничего из выше перечисленного.

3. К препаратам, тормозящим лактацию, относятся:

- а) эстрогены;
- б) бромокриптин;
- в) барбитураты;
- г) нитрофураны;
- д) правильно а) и б);
- е) правильно а), б), в).

4. Гиперпролактинемия часто сопровождается:

- а) ановуляцией;
- б) недостаточностью лютеиновой фазы цикла;
- в) аменореей-галактореей;
- г) повышением продукции ФСГ;
- д) верно 1, 2, 3;
- е) верно 1, 2;
- ж) все из выше перечисленного;
- з) ничего из выше перечисленного.

5. Принципы грудного вскармливания предполагают:

- а) кормление ребенка грудью каждые 3 часа;
- б) кормление ребенка грудью по его желанию на протяжении суток;
- в) кормление ребенка грудью только по назначению педиатра;
- г) кормить ребенка грудью только днем, а ночью поить его водой из бутылочки.

6. Совместное содержание матери и ребенка в послеродовом отделении способствует:

- а) снижению частоты гнойно-септических заболеваний;
- б) становлению лактации;
- в) формированию психоэмоциональной связи матери и ребенка;
- г) все из выше перечисленного;
- д) ничего из выше перечисленного.

7. Первое прикладывание к груди матери здоровых новорожденных проводится обычно:

- а) сразу после рождения;
- б) через 6 ч после рождения;
- в) через 8 ч после рождения;
- г) через 12 ч после рождения;
- д) через 24 ч после рождения.

8. Одним из принципов грудного вскармливания по рекомендациям ВОЗ является:

- а) кормление ребенка по требованию;
- б) кормление ребенка каждые 3 часа;
- в) кормление ребенка каждый час.

9. Наиболее важным принципом профилактики трещин сосков при грудном вскармливании является:

- а) правильное положение ребенка, правильное прикладывание к груди;
- б) обработка сосков антисептиком;
- в) кварцевание сосков.

10. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начинающийся:

- а) с периода зачатия и заканчивающийся рождением плода;
- б) с периода жизнеспособности плода и заканчивающийся 7-ю сут (168 ч) после рождения;
- в) с периода рождения плода и заканчивающийся через месяц после родов;
- г) с 22 недель беременности и заканчивающийся 14-ю сут после рождения;
- д) ничего из перечисленного.

11. Неполюценное питание и голодание матери не вызывает:

- а) самопроизвольные выкидыши;
- б) тератогенный эффект голодания (повреждения ЦНС в виде гидроцефалии, анэнцефалии, монголоидной идиотии);
- в) пренатальную дистрофию;
- г) нарушение адаптации к внеутробной жизни;
- д) респираторный дисстресс новорожденных.

12. Наиболее выраженные инволюционные процессы в послеродовом периоде происходят:

- а) в головном мозге;
- б) молочных железах;
- в) половых органах.

Ответы: 1 — а; 2 — а; 3 — д; 4 — д; 5 — б; 6 — г; 7 — а; 8 — а; 9 — а; 10 — б; 11 — д; 12 — в.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Акушерство* : учеб. пособие / под общ. ред. Ю. К. Малевича. Минск : Беларусь, 2017. 511 с.
2. *Медицинское* наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии : клинический протокол / М-во здравоохранения Респ. Беларусь. Минск : Профессиональные издания, 2018. 208 с.

Дополнительная

3. *Акушерство* : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 1080 с.
4. *Жданова, С. И.* Профилактика и лечение гипогалактии. Роль лактогонных средств / С. И. Жданова // Медицинский совет. 2018. № 2. С. 26–31.
5. *The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee* ABM clinical protocol № 9 (Second Revision 2018) // *Breastfeeding Medicine*. 2018. Vol. 13 (5). P. 307–314.
6. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. World Health Organization, 2017. 120 p.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы.....	3
Физиология послеродового периода	5
Изменения, происходящие в организме женщины после родов	5
Ведение послеродового периода.....	8
Классификация вскармливания.....	9
Основные преимущества женского молока.....	10
Строение молочной железы.....	10
Физиология лактации	11
Противопоказания к грудному вскармливанию	13
Режим и техника грудного вскармливания.....	14
Основные позы для кормления грудью.....	16
Позы «лежа» для правильного прикладывания малыша во время кормления грудью	18
Неправильное прикладывание ребенка к груди	22
Профилактика гипогалактии	25
Лактостаз	30
Самоконтроль усвоения темы	31
Список использованной литературы	34

Учебное издание

Акулич Наталья Станиславовна
Савицкая Валентина Михайловна
Коршикова Раиса Людвиговна

ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА. ЛАКТАЦИЯ. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Ф. Можейко
Редактор И. А. Соловьёва
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 01.10.21. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Хероx office».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,83. Тираж 40 экз. Заказ 504.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ЭПОЗИТОРИЙ БГМУ

ISBN 978-985-21-0915-4



9 789852 109154