Выпускная квалификационная работа

«Физиологические особенности грудного вскармливания»

Введение

Проблема питания является актуальной для теоретической и практической медицины. Научное обоснование оптимального кормления грудных детей и детей раннего возраста представляет собой относительно новую область исследований, в которой постоянно делаются новые шаги вперед.

Рациональное вскармливание - одно из важнейших условий, которые обеспечивают адекватное развитие и созревание различных органов и тканей, оптимальные параметры психомоторного и интеллектуального развития, устойчивость ребенка к инфекциям и другим неблагоприятным внешним фактором. Характер вскармливания на первом году жизни в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды жизни.

Питание играет роль на каждом этапе жизни, особенно в детском и подростковом возрасте. Метаболические нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития таких болезней, как ожирение. Сахарный диабет, гипертоническая болезнь, анемия, нарушение минерализации костей, аллергия, а также сниженного интеллектуального и физического развития подрастающего поколения.

В последние годы произошли заметные изменения в научных представлениях и практике вскармливания детей в России, затрагивающие как естественное, так и искусственное вскармливание детей первого года жизни. Существенные сдвиги произошли в вопросах ведения прикорма, расчетов питания, режима кормления и потребности белка.

Идеал кормления, необходимый для сохранения здоровья человека - естественное вскармливание.

По данным ВОЗ, только 3% женщин не способны кормить своих детей грудью. В нашей стране более 10% матерей не кормят детей грудью уже с рождения. К 6 месяцам на естественном вскармливании остается менее 1/3 детей.

Утрата женщинами и обществом в целом, представления о том, что грудное вскармливание является важнейшим делом женщины, и никакие искусственные смеси не могут заменить материнское молоко стало следствием снижения распространения грудного вскармливания.

Предотвращение дальнейшего снижения частоты и распространения естественного вскармливания и, напротив, улучшение этих показателей становится для России жизненно важной проблемой.

В этих условиях приобретает особое значение незамедлительная реализация совместной декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ по охране поощрению и поддержке практики грудного вскармливания младенцев в нашей стране.

1. Теоретическое исследование

.1 Понятие о новорожденном ребенке

Новорожденный (neonatus) - ребенок с момента рождения до четырехнедельного возраста

Этот период жизни ребенка носит также название неонатального. В зависимости от срока беременности к моменту рождения различают доношенных, недоношенных и переношенных. Доношенными считают детей, родившихся в сроки от 38-й до 40-й недели беременности; недоношенными - детей, родившихся между 28-й и 38-й неделями беременности, переношенными - детей с признаками перезрелости, родившихся после 40-й недели беременности и позже. Доношенные дети, как правило, рождаются зрелыми - морфологически и функционально подготовленными к внеутробной жизни (морфологические признаки зрелости - масса доношенного новорожденного при рождении 2600-4000 г (чаще 3200-3500), рост 48-57 см (чаще 50-52 см), крик громкий, движения активны, ребенок хорошо берет грудь матери и активно сосет. Незрелыми считают детей, органы и системы которых недостаточно развиты для поддержания нормальной жизнедеятельности вне организма матери. К ним относят недоношенных детей. Иногда при неблагоприятных условиях внутриутробного развития незрелым может родиться и доношенный ребенок.

После рождения в организме ребенка происходит ряд важных изменений: прекращается поступление питательных веществ и кислорода через плаценту из организма матери, с первым криком расправляются легкие, и ребенок начинает самостоятельно дышать, изменяются кровообращение, обмен веществ. В период новорожденности происходит адаптация организма к внеутробной жизни, становление функций всех органов и систем. Наиболее совершенен процесс адаптации у здоровых доношенных новорожденных.

1.2 Анатомо-физиологические особенности доношенного зрелого новорожденного

.Кожа новорожденного нежная, розовая, бархатистая на ощупь, эластичная. Сразу после рождения она покрыта первородной смазкой (vernix caseosa, сыровидная смазка) - белесоватого цвета жирной вязкой массой, которая представляет собой секрет сальных желез с высоким содержанием жиров, гликогена, чешуек эпидермиса; она облегчает прохождение плода по родовым путям. На плечевом поясе могут быть остатки пушковых волос. Кожа богата кровеносными сосудами с густой сетью капилляров. Зернистый слой эпидермиса тонкий, что обусловливает розоватый оттенок кожи за счет просвечивания капилляров. Базальная мембрана, разделяющая эпидермис и дерму, не развита. Дерма имеет клеточную структуру (у взрослых - волокнистую). Потовые железы развиты слабо, потоотделение начинается лишь с 3-4-го месяца жизни. При расчете на 1 кг массы тела за сутки испаряется 25 мл воды, что в 2 раза меньше, чем у ребенка 1 года. Н. начинает потеть только при температуре воздуха +35°. Сальные железы активно функционируют. Кожа Н. легко - ранима, при неправильном уходе появляются опрелость, гнойнички, которые могут быстро распространяться. У некоторых Н. на крыльях и спинке носа обнаруживают беловато-желтоватые узелки (milia), которые представляют собой кистозно-перерожденные сальные железы. На затылке, верхних веках, между бровями могут быть красновато-синюшные пятна, обусловленные расширением сосудов кожи (телеангиэктазии); в коже предлежащей части нередко имеются петехиальные кровоизлияния. Все эти изменения самостоятельно исчезают впервые месяцы жизни. Голова Н. покрыта волосами длиной 2 см, ресницы и брови почти незаметны, ногти плотные, доходят до кончиков пальцев. Рост волос замедлен.

.Подкожная клетчатка хорошо развита, особенно на лице, конечностях. Груди и спине; в связи с преобладанием в ней тугоплавких жирных кислот (пальмитиновой и стеариновой) она плотнее, чем у детей более старшего возраста. Бурая жировая ткань, основной функцией которой является теплопродукция, не связанная с мышечным сокращением, составляет 1-3% массы тела новорожденного.

.Костная система. Кости черепа эластичные, не сращены друг с другом. В области соединения трех или четырех костей остаются мягкие (неокостеневшие) участки соединительной ткани - так называемые роднички. Грудной ребенок. Большой родничок определяется на месте схождения теменных и лобных костей; он имеет форму ромба, размеры его 1,8-2,6Ч2-3 см. Малый родничок, расположенный между теменными и затылочной костями, имеет треугольную форму, и у большинства доношенных детей при рождении бывает закрыт. Во время родов благодаря неполному сращению костей черепа форма головы плода может изменяться, что облегчает ее прохождение по родовым путям. В связи с этим впервые дни после рождения голова ребенка может иметь неправильную форму, а через несколько дней становится обычной.

Окружность головы новорожденного на 1-2 см превышает окружность груди, длина туловища больше длины нижних конечностей, руки длиннее ног, высота головы составляет 1/4 длины тела. Грудная клетка широкая и короткая (бочкообразная), ребра расположены горизонтально. Позвоночник состоит в основном из хряща и не имеет физиологических изгибов. Суставы обладают большой подвижностью. Костная ткань у Н. имеет волокнисто-пучковое строение (у взрослых - пластинчатое). Содержание кальция в скелете низкое и составляет в среднем 28 г (в возрасте 1 года - в среднем 100 г, в 15 лет - 806 г). Точки окостенения выявляются в центре эпифизов бедренной и большеберцовой костей, костях стопы, позвоночника. Костная ткань имеется только в диафизах трубчатых костей, содержит мало солей, в связи с чем при неправильном уходе за ребенком кости легко искривляются.

.Мышечная система сформирована, но развита слабо, масса мышц по отношению к массе тела у Н. составляет 23,3% (в 15 лет - 32,6%); диаметр мышечного волокна в среднем около 7 мкм (в 16 лет - 28 мкм). Двигательные навыки вследствие незрелости нервной системы отсутствуют. Основная масса мышц у Н. приходится на мышцы туловища. Движения Н. бессознательны, преобладает флексорная (сгибательная) гипертония мышц (руки согнуты в локтях, нога притянуты к животу). Голову новорожденный не держит.

.Органы дыхания. Носовые ходы узкие, покрывающая их слизистая оболочка нежная, содержит большое количество кровеносных сосудов, поэтому во время острого респираторного вирусного заболевания она быстро отекает, выделяется много слизи, нарушается носовое дыхание, ребенок становится беспокойным, плохо сосет. Хрящи носа мягкие. Лобная и верхнечелюстная (гайморова) пазухи отсутствуют. Слуховая (евстахиева) труба короткая и широкая, что облегчает возникновение Отита при насморке. Гортань имеет воронкообразную форму, образующие ее хрящи эластичные и податливые. Голосовая щель узкая. Трахеи и бронхи Н. уже, мягче и податливее, чем у детей более старшего возраста, слизистая оболочка тонкая, уровень иммуноглобулина А (защищает эпителиальные покровы от инфицирования) в бронхиальном секрете и крови снижен. Легкие недостаточно развиты. Легочная ткань менее воздушна, чем у детей более старшего возраста, обильно кровоснабжается. Эластическая ткань легких и ацинусы развиты недостаточно, альвеолы сформированы не полностью. Содержание сурфактанта (антиателектатического фактора) ниже, чем у детей более старшего возраста. Вследствие горизонтального положения ребер и слабого развития дыхательных мышц дыхание у Н. поверхностное, осуществляется во многом за счет диафрагмы. Дыхательный объем легких Н. составляет всего 11,5 мл, минутный объем дыхания 635 мл. Активность карбоангидразы (катализирует выделение углекислоты) у Н. составляет 30% ее активности у взрослых. Запоры, тугое пеленание нарушают функцию диафрагмы и в связи с этим дыхание. Поэтому нужно следить за регулярным опорожнением кишечника, не пеленать ребенка туго. В периоде новорожденности дыхание аритмичное, его частота составляет 40-60 в 1 мин, число дыханий увеличивается даже при незначительном возбуждении. Одышка может быть признаком многих заболеваний.

.Сердечнососудистая система полностью сформирована, но развитие ее не завершено. С момента появления легочного дыхания (первый вдох) начинает функционировать малый круг кровообращения, пупочные сосуды запустевают, прекращается ток крови в венозном (аранциевом) протоке, соединяющем пупочную и нижнюю полую или воротную вены, закрывается сообщение между предсердиями (овальное окно) и артериальный (боталлов) проток между легочной артерией и аортой. У новорожденного, перенесшего гипоксию во время беременности, родов или после рождения, процесс закрытия эмбриональных сообщений замедляется, при этом у ребенка после рождения отмечается цианоз, выслушивается систолический шум. Вес сердца Н. относительно велик (20-24 г) и составляет 0,8-0,9% массы тела (у взрослых - 0,4%). Оно имеет округлую форму. Объем правого и левого желудочков сердца почти одинаков. Левый край сердца выходит за среднеключичную линию, правый за край грудины. К концу периода новорожденности границы сердца смещаются вправо, верхняя его граница опускается за первый месяц жизни от уровня первое межреберье - II ребро до второго межреберья. Частота пульса у Н. 120-140 уд./ мин. Пульс очень лабилен: при плаче, кормлении частота его увеличивается до 160-200 уд./мин. АД в первый день жизни в среднем 66/36 мм рт. ст., затем постепенно увеличивается до 80/45 мм рт. ст. к концу 1 месяца жизни.

.Пищеварительная система в функциональном отношении незрелая и в связи с повышенным обменом несет большую нагрузку. Даже небольшие погрешности во вскармливании могут вызвать нарушение пищеварения. Слизистая оболочка рта нежная, легкоранимая. Полость рта приспособлена для сосания: язык относительно большой; на видимой части слизистой оболочки губ имеются маленькие возвышения (подушечки) беловатого оттенка, разделенные глубокими бороздками, перпендикулярными длиннику губы (валики Пфаундлера - Лушки); на деснах вдоль челюстных отростков слизистая оболочка образует складку, обеспечивающую герметичность полости рта при сосании (складка Робена - Мажито); в толще щек имеются плотные скопления жировой ткани - комочки Биша, придающие упругость щекам. Слюны впервые недели выделяется мало. Пищевод имеет длину 8-10 см, диаметром 5 мм, мускулатура его развита слабо, стенки относительно тонкие; он широко сообщается с желудком, расположенным почти горизонтально, анатомические сужения пищевода выражены слабо. Все это облегчает поступление молока обратно в пищевод из желудка,в связи с чем частые необильные срыгивания не следует всегда связывать с заболеванием. К моменту рождения желудок располагается в косой фронтальной плоскости; дно и кардиальный отдел развиты слабо; слизистая оболочка относительно толстая. Емкость желудка при рождении около 10 мл, затем постепенно увеличивается до 40-50 мл к 4-му дню, до 80 мл к 10-му дню и имеет объем 90-100 мл к концу 1-го месяца жизни. Железы, вырабатывающие пищеварительные ферменты, в желудке и кишечнике развиты слабо. Кишечник длиннее, чем у взрослого. Слизистая оболочка кишечника относительно тонкая, хорошо васкуляризирована, ее проницаемость повышена. Мышцы кишечника и его перистальтика развиты недостаточно. В связи с этим газы не всегда отходят самостоятельно, легко возникают метеоризм, запоры. Впервые 1-3 дня испражнения представлены меконием, затем постепенно появляется кал. С 5-го дня примесь мекония в кале исчезает. В период новорожденности стул бывает 4-5 раз в сутки, кал кашицеобразный, желтой окраски, возможны небольшие примеси зелени и белых комочков. В течение первых 10-20 ч жизни кишечник Н. почти стерилен, затем начинается «заселение» его бактериальной флорой, что способствует ферментативному перевариванию пищи, образованию витаминов К и группы В. Печень Н. относительно большая, дезинтоксикационная функция ее выражена слабо. Край печени у здоровых Н. выступает из-под реберной дуги не более чем на 2 см по среднеключичной линии.

.Мочеполовая система. Почки и мочевыводящие пути сформированы и развиты достаточно хорошо, но в первые несколько дней функция их снижена (число мочеиспусканий до 5-6 в сутки). Начиная со 2-й недели почки начинают работать более интенсивно, частота мочеиспусканий достигает 20-25 в сутки (такая частота мочеиспусканий сохраняется в первые месяцы жизни). Во многом это объясняется тем, что мочевой пузырь Н. имеет небольшой объем, стенки его еще недостаточно растяжимы. Половые органы сформированы. У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек большие половые губы прикрывают малые.

.Обмен веществ у Н. имеет ряд особенностей. Повышена потребность в углеводах и толерантность к ним; усилено всасывание жиров и их отложение в тканях. Водно-солевой обмен легко нарушается. Суточная потребность в жидкости достигает 150-165 мл/кг.

.Кроветворение. Основным очагом кроветворения у Н. является красный костный мозг, дополнительные очаги имеются в печени, селезенке, лимфатических узлах. Лимфатические узлы у Н., как правило, не пальпируются. Селезенка по величине равна примерно ладони новорожденного ребенка, край ее пальпируется у левой реберной дуги.

.Эндокринная система в целом сформирована, но развитие ее не закончено. В надпочечниках еще не завершилась дифференцировка на зоны относительно велика, что может способствовать развитию надпочечниковой недостаточности на фоне тяжелых заболеваний, лимфатико-гипопластического диатеза. После рождения продолжается развитие щитовидной железы, паращитовидных желез, гипофиза. Поджелудочная железа функционирует удовлетворительно.

.Нервная система новорожденного развита недостаточно. После рождения происходит дифференцировка ткани головного мозга (развитие слоев, связей между ними и др.); число нервных клеток в нем после рождения не увеличивается (за исключением клеток мозжечка). Поверхность больших полушарий имеет почти все извилины, но они слабо выражены. Продолговатый мозг и ретикулярная формация мозгового ствола более зрелые, чем полушария головного мозга. Большую часть суток новорожденные спят, просыпаясь только от голода или неприятных ощущений (холод, мокрое белье, скопление газов в кишечнике и т.д.). У новорожденного выражены врожденные рефлексы: сосательный, глотательный, хватательный, мигательный, защитный, опоры, ползания, шаговый и др. К 7-10-му дню жизни начинают формироваться условные рефлексы, связанные главным образом с приемом пищи.

.Органы чувств. У новорожденного хорошо развиты вкусовые ощущения. Обоняние, зрение, слух слабые. На резкие световые и слуховые раздражения он реагирует беспокойством и криком. Впервые недели жизни ребенок не фиксирует взгляд, движения глаз не координированы, часто отмечаются нистагм, физиологическое косоглазие. Слезная жидкость до 2 мес. жизни не вырабатывается. Болевая чувствительность в первые недели жизни несколько снижена, температурная и осязательная развиты хорошо. К концу 1-го - началу 2-го месяца жизни движения глаз становятся координированными, ребенок фиксирует главами яркие предметы, улучшается слух.

.Иммунная система у новорожденного незрелая. Специфические иммунные факторы ребенок получает от матери. Уровень иммуноглобулинов типа А и М низкий. Иммуноглобулины типа А поступают в организм ребенка с молоком матери, особенно высока их концентрация в молозиве. Собственные иммуноглобулины А начинают синтезироваться плазматическими клетками кишечной стенки к концу 1-го месяца жизни. Иммуноглобулины типа М начинают вырабатываться еще во внутриутробном периоде: со 2-3-й недели жизни их продукция возрастает. Содержание иммуноглобулинов типа С у ребенка в первые недели жизни примерно такое же, как у матери, затем количество их снижается в связи с разрушением материнских иммуноглобулинов.

.Физическое и психомоторное развитие. Масса ребенка в течение первых 4 недель жизни увеличивается в среднем на 600-800 г по сравнению с массой при рождении, рост на 3-4 см. В возрасте 1 месяца ребенок в положении на животе приподнимает голову. Появляется улыбка. Он начинает произносить неопределенные звуки. Возрастает двигательная активность. Продолжительность бодрствования увеличивается, сон занимает около 20 ч в сутки.

.3 Пограничные состояния новорожденного

Связаны с адаптацией его организма к внеутробной жизни. Они появляются впервые дни жизни и сравнительно быстро проходят. В ряде случаев при воздействии неблагоприятных факторов эти состояния могут переходить впатологические. К особым состояниям новорожденного относят: транзиторную (физиологическую) потерю первоначальной массы тела, простую и токсическую эритему, транзиторную (физиологическую) желтуху, транзиторное нарушение теплового баланса, половой (гормональный) криз, мочекислый инфаркт и др.

Транзиторная (физиологическая) потеря первоначальной массы тела происходит обычно в первые 3-5 дней жизни. В этот период ребенок теряет 5-8% от массы тела при рождении. Убыль массы обусловлена главным образом потерей воды с дыханием, недостаточным поступлением жидкости извне. К концу 1-й - началу 2-й недели жизни большинство детей восстанавливает массу тела. Этому способствуют раннее (в первые 2 ч после родов) прикладывание к груди, достаточное питье, оптимальный тепловой режим, своевременное выявление гипогалактии у матери и назначение докорма при ее наличии.

Простая эритема (erythema neonatorum; синоним физиологический катар кожи) - реактивное диффузное покраснение кожи после удаления первородной смазки. Возникает практически у всех Н. (особенно выражена у недоношенных). Покраснение усиливается на 2-е сутки, а к концу первой недели жизни самостоятельно исчезает, оставляя в ряде случаев крупнопластинчатое шелушение кожи. Лечение не требуется.

Токсическая эритема характеризуется появлением на коже красных пятен, иногда с папулами и пузырьками в центре, располагающихся чаще группами в области разгибательных поверхностей конечностей, вокруг суставов, на груди, ягодицах, реже на лице, животе. Возникает примерно у 20-30% новорожденных на 2-5-й день жизни и через 2-3 дня угасает. Температура тела обычно нормальная, состояние не нарушено. Иногда ребенок становится беспокойным, могут возникать учащение стула, небольшое увеличение периферических лимфатических узлов, печени, селезенки, эозинофилия. Лечение в легких случаях не назначают. При обильной сыпи, беспокойстве ребенка показано дополнительное питье 5% раствора глюкозы, изотонического раствора хлорида натрия, препараты кальция.

Транзиторная (физиологическая) желтуха наблюдается примерно у 2/3 новорожденных, обусловлена гипербилирубинемией вследствие повышенного разрушения эритроцитов, повышенного образования билирубина, незрелости ферментных систем печени (низкая активность фермента глюкуронил-трансферазы) и повышенного поступления непрямого билирубина из кишечника. Желтушное окрашивание кожи (а иногда и склер, видимых слизистых оболочек) появляется на 2-3-й день жизни. Стул и моча сохраняют обычную окраску, продолжительность желтухи не более 10 дней.

При транзиторной желтухе, не сопровождающейся нарушением состояния ребенка, лечение не требуется. В случае появления симптомов интоксикации (вялость, потеря массы тела и др.) необходима консультация педиатра, по показаниям назначают внутрь 5% раствор глюкозы, фенобарбитал, внутривенно вводят 10-20% раствор глюкозы. При развитии желтухи в первые сутки жизни следует заподозрить патологию, чаще всего это гемолитическая болезнь новорожденного. При затянувшейся желтухе в ряде случаев показана госпитализация ребенка для оказания необходимой помощи и исключения заболеваний, которые могут сопровождаться желтухой, врожденный гепатит, гемолитическая анемия, атрезия желчевыводящих путей.

Транзиторное нарушение теплового баланса связано с несовершенством теплорегуляции, поэтому при нарушении оптимальных условий окружающей среды Н. легко перегревается или охлаждается. При перегревании, недостаточном питье у Н. может возникать транзиторная лихорадка: температура тела повышается до 38,5-39,5° и выше, возникают беспокойство, жажда, сухость слизистых оболочек. Ребенка следует на некоторое время освободить от пеленок, обтереть спиртом (следить за температурой тела, чтобы не допустить переохлаждения!), обильно поить 5% раствором глюкозы и изотоническим раствором хлорида натрия (до 100-150 мл в сутки). При отсутствии эффекта внутримышечно вводят 0,1 мл 50% раствора анальгина, иногда в сочетании с пипольфеном или аминазином, доза которых составляет 0,5 мг/кг.

В ряде случаев, чаще через 30-60 мин после рождения, отмечается транзиторная гипотермия - быстрое снижение температуры тела. Для профилактики этого состояния Н. необходимо укутать в стерильную подогретую пеленку и поместить на пеленальный стол под источник лучистого тепла. К середине первых суток жизни, как правило, устанавливается постоянная температура тела. При необходимости ребенка помещают в кувез.

Половой (гормональный) криз наблюдается у большинства новорожденных и связан с изменением гормонального баланса. Наиболее частыми его проявлениями являются нагрубание молочных желез, десквамативный вульвовагинит, кровянистые выделения из влагалища. Нагрубание молочных желез отмечается с 3-4-го дня жизни практически у всех новорожденных девочек и примерно у 50% мальчиков. Молочные железы симметрично припухают, диаметр их достигает 1,5-2 см. Кожа над железами обычно не изменена. Максимальное увеличение желез наблюдается обычно на 7-8-й день жизни, затем они начинают уменьшаться и к концу 1-го месяца жизни едва прощупываются. Лечение не требуется. Следует избегать травматизации молочных желез грубыми складками одежды. Выдавливание секрета противопоказано. При значительном нагрубании на молочные железы накладывают нетугую стерильную сухую повязку, иногда компресс с камфорным маслом. При инфицировании молочных желез может развиться.

Десквамативный вульвовагинит, характеризуется обильными слизистыми серовато-беловатого цвета выделениями из половой щели у девочек, которые появляются обычно в первые 3 дня жизни, продолжаются 1-3 дня и самостоятельно исчезают. Отмечается у большинства девочек. Лечение не требуется. Рекомендуется обмывание наружных половых органов теплой кипяченой водой с добавлением светло-розового раствора перманганата калия (следить, чтобы в раствор не попали кристаллы). В первую неделю после рождения примерно у 3% новорожденных девочек отмечаются скудные кровянистые выделения из половой щели. Они напоминают менструальные, состоят из слизи и темной несвертывающейся крови, продолжаются 1-2 дня. Причиной их является десквамация пролиферативного эндометрия в ответ на быстрое снижение в крови новорожденной уровня эстрогенов. Источником их служит плацента, а также яичники плода, синтезирующие в последнем триместре внутриутробной жизни эстрогены в незначительном количестве. Признаками влияния эстрогенов на организм новорожденной девочки является также нагрубание молочных желез, наличие многослойного эпителия слизистой оболочки влагалища (30-40 слоев) с процессами пикноза в ядрах клеток, кислая реакция влагалищного содержимого и наличие в них лактобацилл. Лечение не требуется, кровянистые выделения самостоятельно прекращаются через 1-2 дня.

К более редким проявлениям полового криза относят отек наружных половых органов, который может держаться 1-2 недели, а иногда и дольше; гиперпигментацию кожи вокруг сосков и кожи мошонки, гидроцеле, исчезающее иногда только в конце 1-го месяца жизни. Лечение при этих состояниях не требуется.

Мочекислый инфаркт обусловлен нарушением обмена мочевой кислоты и отложением кристаллов ее солей в почечных канальцах и собирательных трубочках мозгового вещества почек: наблюдается практически у всех новорожденных на 1-й неделе жизни. Моча может становиться желто-кирпичной, мутноватой. В ней увеличено содержание мочевой кислоты, иногда обнаруживаются гиалиновые и зернистые цилиндры, эпителий, лейкоциты. К концу 1-й недели жизни новорожденного эти явления исчезают, кристаллы солей мочевой кислоты рассасываются.

1.4 Естесственное вскармливание

Это означает вскармливание ребенка грудным молоком матери и представляет собой период лактотрофного питания. Естественным считается вскармливание, при котором кормление осуществляется при непосредственном прикладывании ребенка к груди матери. Согласно ВОЗ, под исключительно естественным вскармливанием понимается вскармливание только грудным молоком без дополнительного питания или питья за исключением лекарств, витаминов или минеральных добавок.

Субъестесственное вскармливание - кормление ребенка из бутылочки нативным женским молоком, влючая сцеженное материнское, донорское молоко, а также вскармливание кормилицей.

Псевдоестесственное вскармливание - это кормление обработанным молоком, тоесть материнским или донорским молоком по своим иммунобиологическим параметрам существенно отличается от нативного женского, и вскармливание таким молоком приближено к искусственному вскармливанию.

.4.1 Периоды естественного вскармливания

В настоящее время выделяют несколько периодов естественного вскармливания:

.Подготовительный период - формирование психологической установки на кормление грудью начиная со школьного возраста будущей матери и до конца беременности, активная подготовка к лактации во время беременности;

.Период взаимоиндукции - от первого прикладывания ребенка к груди сразу после родов с каждым контактом ребенка с матерью и до появления значимой секреции молока, или «прилива», на 3-4 день после родов;

.Адаптационный период - время от нерегулярного режима кормления до формирования устойчивого режима голода и насыщения в течение от 15 дней до 1 месяца после родов, кормление по «требованию»;

.Основной период - успешное кормление с постепенно возрастающим или постоянными интервалами между кормлениями, хорошим эмоциональным контактом при кормлении, хорошим состоянием питания ребенка, накопление и сохранение подкожно- жирового слоя;

.Лактационные кризы возникают на 3 - 6 неделе в 3, 4,7 и 8 месяцев лактации. Их продолжительность в среднем составляет 3 - 4, и они не представляют опасности для здоровья ребенка. При адекватных мерах (увеличение числа прикладывания к груди, упорядочение режима матери и другое) лактация восстанавливается;

.Критический период - выявляются нарастающие признаки относительной недостаточности питания грудным молоком, происходит уменьшение подкожно - жирового слоя, замедление прироста массы тела;

.Период переходной адаптации - от начала введения густого прикорма до полного формирования первого прикорма в качестве источника энергии, солей и витаминов;

.Период прикорма - до сохранения двух прикладываний к груди;

.Период отлучения - менее двух прикладываний к груди.

Однако следует отметить, последовательность периодов может быть нарушена. Так, иногда отсутствуют лактационные кризы, а своевременное введение прикормов позволяет избежать наступления критического периода.

.4.2 Принципы оптимального грудного вскармливания

Принципы, которые помогут кормящей маме наладить процесс полноценного грудного вскармливания

Принцип 1 Раннее прикладывание к груди и исключение догрудного кормления

Это значит, что в первые полчаса-час после родов малышу необходимо организовать первое «знакомство» с маминой грудью. Кроха сам проявляет инициативу: он широко открывает свой ротик, активно поворачивает голову из стороны в сторону, высовывает язычок и начинает «причмокивать». Первое кормление - это важное действие. Малыш «получает сигнал» о том, что роды закончены, его мамочка рядом, все хорошо, он в безопасности, у него есть «новая пуповина» - мамина грудь. Благодаря сосанию,у мамы начинают вырабатываться гормоны: окситоцин («отвечающий» за сократительную деятельность матки, помогающий предотвратить послеродовое кровотечение и способствующий эффективному отделению плаценты) и пролактин (отвечающий за количество молока). Первое кормление не следует прерывать до тех пор, пока малыш сам не отпустит грудь. Так малыш получит первые капли драгоценного молозива (всего около 2 мл) и заснет. Эти капли играют очень важную роль в становлении иммунитета младенца, и, кроме них, ему ничего не надо (это предусмотрено самой природой на протяжении тысячелетий).

Догрудное кормление (первое кормление новорожденного не из материнской груди, а из бутылочки) вредно, так как малыш не получает целебного молозива, «защищающего» его от бактерий, вирусов, паразитов и других патогенных факторов.

Его пищеварительная и выделительная системы еще не приспособлены для других веществ (молозиво как раз отвечает потребностям новорожденного: содержит мало «жидкости», не подвергая организм малыша (почки) стрессу, непосильной нагрузке, и предохраняет незрелую поверхность кишечника);у него может возникнуть путаница сосков (сосковая дезориентация) и, как ее следствие, неправильный захват груди (что ведет к снижению выработки молока) или отказ от груди.

Новорожденный в первые сутки может сосать пустую грудь, и это не сказывается на его развитии отрицательно (По данным специалиста по грудному вскармливанию О.Л. Трояниной). В это время малышу необходимо удовлетворить сосательный рефлекс, а не потребность в еде. И «нескольких капель молозива» достаточно для этих целей. Также «предоставление груди в этом случае является стимулом для поддержания эмоционального комфорта».

Принцип 2 Совместное пребывание матери и ребенка

Для своевременного прихода молока и наличия его в достаточном количестве очень важно после родов организовать совместное пребывание мамы и ее младенца в течение всего послеродового периода для того, чтобы малыш мог получать грудь в ответ на любой дискомфорт с его стороны. Но, к сожалению, в большинстве роддомов соблюдение этого принципа невозможно. Ребенка приносят строго по графику. Все остальное время новорожденный находится отдельно от матери, получая смесь и водичку. Когда приносят малыша для кормления, он, как правило, глубоко спит или сосет вяло, а иногда даже отворачивается и плачет при попытке дать ему грудь. Действия, описанные ниже, также помогут, если малыш попал в больницу или находится в палате интенсивной терапии, а также, если послеродовой период проходит с осложнениями. Знайте, что даже если «не пришло» молоко или если оно «пропало», никогда не поздно наладить полноценное грудное вскармливание, хотя в некоторых случаях нужна консультация грамотного специалиста по лактации.

Если невозможно совместное пребывание матери и малыша, важно предпринять следующие шаги:

начиная со 2 суток после родов, необходимо регулярно сцеживаться до прихода молока: примерно каждые 2 ч (с перерывом между 24 ч и 6 ч утра) сцеживать нужно обе груди по 5-10 мин. Неважно, что из груди почти ничего не выделяется. Задача этого шага - создать «запрос» на молоко;

после прихода молока до того момента, как мама не сможет кормить ребенка по требованию, сцеживать 1 раз в 3 ч по 10-15 мин обе груди;

настройтесь на работу: малыш привык получать питание из бутылочки, которую сосут не так, как материнскую грудь (задействованы не все группы мышц, которые использует малыш при сосании груди), надо будет его «переучивать» сосать, постепенно переводить исключительно на грудное вскармливание, восстанавливать психологический контакт с ним;

постарайтесь как можно эффективней использовать время, выделенное для кормления: - предлагайте обе груди в 1 раз, чтобы побольше стимулировать выработку молока. Если малыш сосет беспокойно, перекладывайте его от одной груди к другой; - обучайте малыша правильно захватывать грудь. В этом могут помочь опытная соседка по палате, акушерка или специалист по грудному вскармливанию; - если совсем не получается приложить малыша к груди, организуйте контакт «кожа к коже» (стимуляция вашей гормональной системы). Распеленайте ребенка (так вы дополнительно устроите ему «воздушные ванны» для укрепления иммунитета и профилактики опрелостей). Положите малыша между ваших молочных желез. Если прохладно или есть сквозняк, накройте его сверху халатом, пеленкой или одеялом. И просто подержите его, поговорите с ним, покачайте его или полежите с ним это время. Расскажите ему, как его любите, погладьте его;

если малыш спал, плакал или не мог правильно захватить грудь, то сцедите каждую грудь в течение 10-15 мин. Здесь опять-таки важен факт сцеживания, а не количество сцеживаемого молока. Если в роддоме придерживаются раздельного содержания мамы и младенца, то можно столкнуться с 2 сложностями:

Недостаток молока. Если не ощущаете существенного увеличения количества молока на 3-4 день после родов, то к кормлениям по режиму следует добавить 2 дополнительных сцеживания обеих грудей по 10-15 мин каждую, например в 9 ч утра и в 9 ч вечера.

Резкий приход молока, сопровождающийся нагрубанием. В этом случае на сутки снизьте потребление жидкости до 3 стаканов; дважды за сутки сцедите обе груди в течение 10-15 мин; если через сутки не стало легче, то необходимо однократно цедиться в течение 10-15 мин. Если в груди возникло ощущение распирания, слегка (до чувства облегчения) подцедитесь, можете приложить на 15 мин прохладный компресс (полотенце, намоченное в холодной воде, творог или капустный лист).

Исследования показывают, что психосоматическое развитие малыша тесно связано с возможностью постоянно контактировать с мамой. Хроническая нехватка такой привязанности может привести к нервной анорексии (потере аппетита), рвоте, бессоннице, частому срыгиванию, ослаблению иммунной системы. И, напротив, наличие телесного контакта с любящей мамой вызывает у маленького человечка чувство безопасности и приводит к уменьшению тревоги и страхов.

Принцип 3 Правильное прикладывание к груди

Если малыш правильно захватывает (прикладывается) и сосет грудь, то он может сосать сколь угодно долго, Не создавая никаких неудобств. Поэтому на начальном этапе грудного вскармливания очень важно научить малыша правильно прикладываться к груди. Если вдруг малыш захватил грудь неправильно или изменил свое положение («съехал») во время кормления, необходимо отнять грудь и предложить ему захватить ее еще раз.

Принцип 4 Кормление по требованию

Любое беспокойство ребенка, поисковое движение (когда он вертит головой и ловит ротиком все, что ни попадется: игрушки, пеленки, одеяло, ручки, ножки) или плач - знак того, что малышу нужна мамина грудь, т. е. новорожденного прикладывают к груди по любому поводу, предоставив ему возможность сосать, когда он хочет и сколько хочет (Срабатывает принцип «спрос рождает предложение». Количество молока (выработка гормона пролактина) напрямую зависит от трех «как»: как часто, как долго и как правильно ребенок сосет грудь. Для выработки достаточного количества молока грудь нуждается в постоянной стимуляции! Поэтому есть необходимость в кормлении по требованию. Если эта необходимость удовлетворена, то не придется регулярно сцеживаться. Регулярное сцеживание надо лишь тем кормящим мамам, которые кормят своих младенцев по расписанию (1 раз в 3-4 ч), т. к. при таком режиме грудь не получает достаточной стимуляции (спроса) и начинает «производить» (предлагать) молоко в недостаточном для ребенка количестве. Постепенно лактация идет на убыль раньше необходимого срока, и малыша приходится докармливать. Полноценное грудное вскармливание по режиму в принципе не возможно. Это необходимо не только для насыщения малыша, но и для удовлетворения его сосательного рефлекса и психологического комфорта. В общей сложности у малыша первых месяцев жизни в течение суток бывает 12-20 кормлений. Не бойтесь, что при частых прикладываниях малыш переест или испортит грудь.

Желудочно-кишечный тракт «грудничка» и грудь приспособлены к кормлению не по часам. Об этом позаботилась сама природа!

Кишечник младенца приспособлен к усвоению грудного молока в неограниченных количествах. Хотя в начале жизненного пути активность собственных ферментов малыша невысока, но постоянное поступление активных веществ грудного молока стимулирует их. Плюс молоко «само себя переваривает».

Таким образом, грудное молоко является уникальной пищей. Да и усваивается оно гораздо лучше, чем любая суперсмесь. Когда малыш насытится, он сам отпустит грудь. Разные дети остаются у груди разное по продолжительности время. Исследования показали, что «ленивые сосуны» съедают столько же молока, сколько и «активные». Но если у «ленивого» преждевременно забрать грудь, он не получит необходимого для его развития количества молока. Поэтому стоит предоставить малышу возможность самому решать, когда прекращать кормление. Нет нужды прерывать кормление через определенный промежуток еще и потому, что количество молока напрямую зависит от того, как часто и как долго ребенок сосет грудь. Поэтому 10-12 прикладываний за сутки - это «необходимый минимум». «Груднички» не прибавляют лишнего, т. к. все «ненужное» срыгивают. Недокормить же малыша вы можете, если кормите его по расписанию, а не по требованию. Следить за показателями веса особенно важно, если ребенок - «искусственник» или ест по расписанию. Минимальная прибавка в весе - 500 г в месяц. Следует заметить, что малыша в 1 кормление лучше кормить только из одной груди. Если часто менять груди во время кормления, малыш может недополучить заднего высококалорийного молока, являющегося (при своем небольшом объеме) «основной» пищей младенца. Принцип 5 Наличие ночных кормлений

Благодаря ночным кормлениям уровень гормона пролактина поддерживается на необходимом уровне, т. е. ночные кормления необходимы для сохранения полноценной продолжительной лактации. Сосание груди в период между 3 и 8 ч утра (в это время в организме самая высокая концентрация пролактина) стимулирует выработку молока в достаточном количестве для последующих дневных кормлений. Чтобы облегчить ночной уход за младенцем, иметь возможность приложить его к груди в тот момент, когда он еще только начал ворочаться во сне, но пока не проснулся и не расплакался, и при этом выспаться, - кладите малыша спать рядом с собой.

Совместный сон с ребенком полезен и с точки зрения психологии новорожденных, и с точки зрения элементарного маминого удобства. Кормить ночью лучше лежа.

К ребенку, который спит рядом, не нужно вставать. Ритмы сна синхронизируются: сон у младенца, спящего рядом с мамой, гораздо спокойнее и дольше, и мамин сон становится более полноценным по глубине и продолжительности.

Принцип 6 Исключение докармливания и допаивания ребенка до введения в его рацион твердой пищи (прикорма)

По исследованиям ВОЗ до достижения ребенком возраста 5-7 месяцев никакая другая пища и дополнительная жидкость ему не нужны, т. к. грудное молоко - сбалансированная пища и питье для младенца. Оно полностью удовлетворяет все его жизненные потребности.

При правильно организованном грудном вскармливании, включающем правильное прикладывание, частые, продолжительные и ночные кормления, малыш не нуждается в дополнительном питании.

Докармливание и допаивание (не только водой, но и различными чаями) младенца часто приводят к нарушению кишечной микрофлоры (дисбактериозу), ложному чувству сытости (Центры жажды и сытости в головном мозге у новорожденного находятся очень близко.), вялому сосанию и другим проблемам. Связано это со сроками «созревания» желудочно-кишечного тракта малыша, формирования его ферментативной системы и составом материнского молока.

Принцип 7 Отказ от использования сосок и пустышек

Материнскую грудь и соску или пустышку малыши сосут по-разному. Многочисленные примеры доказывают, что даже одного кормления из соски достаточно, чтобы младенец отказался от груди, и возникли сложности с дальнейшим грудным вскармливанием. Не менее опасным является использование пустышки. Ребенок, получающий пустышку, реже прикладывается к груди. В результате он недополучает материнского молока и хуже набирает в весе. При использовании пустышки у детей тоже возникает «путаница сосков», и они чаще отказываются от груди. Поэтому, если малышу надо удовлетворить сосательный рефлекс (он готов сосать буквально круглосуточно), а у мамы нет возможности постоянно держать малыша у груди, можно подумать об использовании пустышки. Но предлагать ее стоит только тогда, когда малыш уже «привык» к груди, а попрощаться с ней надо где-то в 6-7 месяцев, чтобы не выработалась стойкая привычка. И не забывать, что пустышка - это не необходимость, а «спасительная мера» на определенный промежуток времени. Принцип 8 Отказ от регулярного сцеживания

Если кормить по требованию, то нет необходимости в сцеживании после каждого кормления. Сцеживание бывает, необходимо при таких проблемах, как нагрубание груди, лактостаз или Мастит, трещины сосков, недостаток молока (для увеличения его выработки), а также в случае вынужденного разлучения с малышом (чтобы сохранить молоко). В большинстве случаев необходимость в сцеживании и его режим определяет специалист. К тому же постоянное сцеживание отнимает время, которое лучше посвятить вашему малышу, родственникам или домашним делам. Регулярные сцеживания после каждого кормления были придуманы в середине XX века. Мамам, которые кормили по режиму, необходима была дополнительная стимуляция молочной железы для достаточной выработки молока.

Принцип 9 Уход за грудью

Если перед каждым кормлением мыть грудь, особенно с мылом, с соска и около соскового кружка (ареолы) удаляется выделившееся или оставшееся после кормления молоко и защитный слой (небольшие бугорочки на ареоле - железы Монтгомери - выделяют бактерицидную смазку), который содержит защитные факторы, предохраняющие сосок и ареол от ссадин, трещин и инфекции. Достаточно мыть грудь во время приема общего душа (просто водой, без мыла и любых других сушащих кожу косметических средств). Также следует заметить, что следует избегать использования ароматизированного туалетного мыла, пены для ванны или геля для душа. Для малыша их запах может оказаться очень сильным, и ребенок может отказаться брать грудь. Также обратите внимание на запах дезодоранта (подберите себе нейтральный). Возможно, на некоторое время придется отказаться от духов и ароматизированных кондиционеров для белья.

Принцип 10 Продолжительное грудное вскармливание

ВОЗ рекомендует кормить малыша как минимум до 2 лет. Почему? Дело в том, что именно после 2 лет завершаются основные процессы формирования нервной системы и головного мозга ребенка, благополучное протекание которых не возможно без грудного молока. В это же время прорезываются последние молочные зубы - знак готовности желудочно-кишечного тракта переваривать и усваивать взрослую пишу без помощи грудного молока. В лексиконе малыша появляется слово «я» - его психологическая готовность отделиться от мамы. А молочная железа, как правило, к этому времени вступает в стадию инволюции лактации.

Таблица №1 Какой объем молока должен получать ребенок за сутки

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | 0-2 мес.  | 2-4 мес. | 4-6 мес. | 6-9 мес. | 9-12 мес.  |
| Объем пищи в сутки |  1/5 часть от массы тела  |  1/6 часть от массы тела  |  1/7 часть от массы тела  |  1/8 часть от массы тела  |  1/9 часть от массы тела  |
|  Частота кормлений в сутки | 6-7 раз | 6 раз | 5 раз | 5 раз | 5 раз |

.5 Биологические и химические свойства женского молока

Женское молоко - питательная жидкость, вырабатываемая молочными железами женщины. Меняет свой состав как по стадиям беременности-родов-грудного кормления - молозиво- переходное-зрелое молоко, так и во время каждого кормления - переднее-заднее молоко. По своему составу максимально соответствует пищевым требованиям ребёнка в период грудного вскармливания, а также выполняет функции иммунной защиты и регуляции роста ребёнка.

В конце беременности и впервые три дня после родов выделяется молозиво - это клейкая, густая жидкость желтого или серо-желтого цвета. Цвет обусловлен наличием красящего вещества - жира. Оно в 2,5 раза калорийнее обычного грудного молока. В нем в несколько раз больше белка, в 2-10 раз больше витамина А и каротина, в 2-3 раза больше аскорбиновой кислоты, в 1,5 раза больше солей, высокое содержание иммуноглобулина А.

Молозиво - впервые дни после родов молочная железа выделяет молозиво. Это клейковатая желто- белая жидкость, накапливающаяся в альвеолах еще в последнем триместре беременности. Количество вырабатываемого молозива у различных женщин может быть разным ( от 10 до 100 мл в день).Это продукт высокой плотности с большим содержанием белка, иммуноглобулинов, гормонов, других защитных факторов, витаминов А и Е, фосфора, кальция. Молозиво обладает слабительными свойствами, что помогает ребенку легко освободить кишечник от мекония, предотвращает развитие интенсивной желтухи. Иммуноглобулины молозива покрывают незрелую слизистую оболочку кишечника, защищая от проникновения через нее микроорганизмов и крупных белковых молекул. Именно поэтому кормление новорожденного до молозива, какими- либо смесями нередко способствует развитию аллергии. Содержащиеся в молозиве в высоких концентрациях факторы роста способствуют оптимальному созреванию органов и систем. Является весьма важной промежуточной формой питания, с одной стороны, между периодами гемотрофного и амниотрофного питания, с другой - началом энтерального (лактотрофного ) питания ребенка. Новорожденные в первые дни жизни получают с молозивом много питательных высококалорийных и биологически ценных веществ.

Его маленьких капель ребенку хватает и для заселения желудочно-кишечного тракта полезной микрофлорой, и для противодействия первым возможным инфекциям, и для питания (ведь объем желудка новорожденного - всего 7 миллилитров!).

Переходное молоко - обычно прибывает в молочные железы с 4 по 13 день после родов. Его образование может сопровождаться набуханием молочных желез и небольшим повышением температуры тела.

Переходное молоко содержит меньше белка, минеральных веществ, но у него более высокий процент жира.

За переходным молоком, которое у каждой мамы появляется в свои индивидуальные сроки, следует зрелое грудное молоко.

Зрелое молоко - со 2-3-ей недели выделяется зрелое молоко, оно представляет собой водянистую, сладковатую жидкость с синеватым оттенком. В зрелом молоке низкое содержание белка и более высокое содержание жира и сахара (а значит, выше общая калорийность), чем в молозиве.

Зрелое молоко в свою очередь делится на переднее (предмолоко) молоко с низким содержанием жира, и заднее, с высокой жирностью. В среднем, жирность грудного молока составляет 3,5%.

У большинства мам, уже имеющих детей, молоко прибывает раньше и их рефлекс молокоотдачи с самого начала является сильным и надежным. У этих женщин редко возникают проблемы, связанные с набуханием молочной железы. Это объясняется тем, что у опытных мам молочные ходы уже растянуты и легко могут разместить первоначальный избыток молока.

Таблица №2 Сравнение молозива с переходным и зрелым молоком в (г %).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид молока  | Белок | Сахар | Жир | Зола |
| Молозиво | 2,2-5,8 | 4,1-7,6 | 2,8-4,1 | 0,31-0,48 |
| Переходное молоко (с 4-5-го дня) | 1,6-2,1 | 5,7-7,8 | 2,9-4,4 | 0,24-0,34 |
| Зрелое молоко (со 2-3-й недели) | 0,9-1,8 | 7,3-7,6 | 3,3-3,4 | 0,18-0,21 |

.6 Преимущества грудного вскармливания

Грудное молоко - свежий, стерильный, оптимальной температуры, готовый к употреблению продукт для малыша. Оптимальный состав грудного молока наилучшим образом удовлетворяет потребности растущего организма в белках, жирах, углеводах, витаминах, микроэлементах, в связи с чем ребенок не нуждается во введении дополнительных продуктов питания (прикорма) до 4-6 месяцев жизни.

Благодаря сбалансированному составу, наличию в грудном молоке специальных ферментов, участвующих в процессе переваривания и всасывания, не сопровождается какими-либо пищеварительными расстройствами.

Грудное молоко способствует заселению кишечника ребенка «полезными» микроорганизмами, препятствуя размножению патогенных бактерий, обеспечивая профилактику дисбактериоза кишечника.

Грудное вскармливание снижает риск развития аллергических заболеваний, хронических заболеваний органов пищеварения.

Известно, что дети, вскармливаемые грудным молоком, реже болеют кишечными и острыми респираторными инфекционными заболеваниями, в связи с тем, что в молоке содержаться защитные факторы - материнские антитела, макрофаги, лимфоциты.

Женское молоко содержит факторы, которые защищают ребенка от злокачественных опухолей, сердечно - сосудистых заболеваний, снижают риск развития синдрома «внезапной смерти». Известно, что дети, длительно находящиеся на грудном вскармливании, впоследствии реже подвержены гипертонической болезни, атеросклерозу, сахарному диабету.

Женское молоко богато таурином (аминокислотой), ненасыщенными жирными кислотами, обеспечивающими развитие тканей мозга и формирование нормального интеллекта ребенка.

Замечено, что дети, находившиеся на естественном вскармливании, более доброжелательны, приветливы, общительны, имеют более тесный контакт с матерью.

Грудное вскармливание положительно сказывается и на здоровье матери, снижается риск развития мастита, рака молочной железы и яичников.

Регулярное кормление грудью является естественным способом контрацепции.

.6.1 Для ребенка

Снижаются частота и продолжительность диспептических заболеваний;

Обеспечивается защита от респираторной инфекции;

Снижается частота случаев отита и рецидивов отита;

Возможна защита от некротического энтероколита новорожденных. Бактериемии, менингита, ботулизма инфекции мочевыводящих путей;

Возможно снижение риска аутоиммунных болезней, таких как сахарный диабет 1 типа и воспалительные заболевания пищеварительного тракта;

Возможно снижение риска синдрома внезапной смерти внешне здорового ребенка;

Снижается риск развития аллергии к коровьему молоку;

Возможно снижение риска ожирения в более старшем детском возрасте;

Улучшаются острота зрения и психомоторное развитие, что может быть обусловлено наличием в молоке полиненасыщенных жирных кислот, в частности дезоксагеновой кислоты;

повышаются показатели умственного развития по шкале IQ, что может быть обусловлено присутствующими в молоке факторами или повышенным стимулированием;

Уменьшаются аномалии прикуса благодаря улучшению формы и развитию челюстей.

.6.2 Для матери

Раннее начало грудного вскармливания после рождения ребенка способствует восстановлению сил матери после родов, ускоряет инволюцию матки и уменьшает риск кровотечения, тем самым снижая материнскую смертность, а также сохраняет запасы гемоглобина у матери благодаря уменьшению кровопотери, что ведет к лучшему статусу железа;

Увеличивается период послеродового бесплодия, а следовательно, и интервал между беременностями, если не используются противозачаточные средства;

Возможно ускорение потери массы тела и возвращение ее к тем значениям, которые были до беременности;

Уменьшается риск развития рака груди в предклимактерическом периоде;

Возможно снижение риска остеопороза и переломов бедра в постклимактерическом периоде.

Таблица№3. Процесс выделения молока



1.7 Техника грудного вскармливания

Техника прикладывания ребенка к груди

Одним из наиболее ответственных мероприятий, обеспечивающих устойчивую лактацию, является правильная техника прикладывания новорожденного к груди матери.

Признаки правильного кормления:

)удобное положение матери: женщина должна максимально расслабиться; если кормление осуществляется в положении сидя, то за спиной у женщины должна быть опора;

)ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней, лицо ребенка находится близко от груди, нос ориентирован на сосок;

)голова и тело ребенка лежат в одной плоскости: мать поддерживает ребенка одной рукой за голову и плечи, другой за ягодицы;

)подбородок ребенка прижат к груди матери;

)рот ребенка широко открыт;

)нижняя губа вывернута наружу;

)ареола больше видна надо ртом ребенка, нижний край ареолы полностью находится в полости рта;

)медленное глубокое сосание с паузами;

)слышно как ребенок глотает молоко.

Такие вспомогательные движения, как ножницеобразное поддерживание груди двумя пальцами или оттягивание груди с целью облегчения доступа воздуха ребенку, нецелесообразны. Поскольку происходит сдавление млечных синусов и затрудняется отхождение молозива.

Нужно избегать «сосочкового сосания», когда ребенок сосет в основном сосок, так как оно является основной причиной трещин и воспаления сосков, что способствует ограничению прикладываний к груди и нарушению оттока молока.

У некоторых женщин могут возникать трудности при кормлении грудью из- за втянутых или плоских сосков. Однако длина соска не имеет значения, в данном случае важна способность ткани ареола и ткани груди вытягиваться по форме соски в полости рта ребенка. При частом прикладывании к груди в процессе сосания ребенок постепенно научится вытягивать ареолу и сосок.

Роль сцеживания молока на этапе становления лактации очень важна. Но при этом необходимо помнить, что главная роль в расцеживании принадлежит самому ребенку, который активно отсасывает образующееся молоко. Вот почему важны кормления по «требованию».

Таблица№4.Схема показывающая, как правильного прикладывать ребенка к груди



.7.1 Приемы, используемые при кормлении

Перекрестный захват

Возьмите ребенка рукой, противоположной от груди, которой планируете кормить. Попка ребенка должна находиться на сгибе локтя руки, которой держите ребенка. Пальцами придерживайте ребенка за плечи, а указательный палец положите под ушко и придерживайте головку. Следите за тем, чтобы ребенок был расположен животом к вашему животу, а его нос находился на одном уровне с вашим соском. Другой рукой приподнимите грудь, положив большой палец над соском и ареолой, там, где кожи будет касаться носа ребенка. Указательный палец положите там, где будет находиться подбородок ребенка. Слегка сожмите грудь (не надавливая на сосок, иначе можете перекрыть молочные каналы), чтобы придать ему более подходящую для ротика малыша форму. Для удобства вы можете положить под руку, держащую младенца подушку, чтобы не держать ребенка на весу, так как напряжение и усталость могут помешать выделению молока. Не ставьте подушку непосредственно под ребенка, положите ее под вашу руку, иначе малыш будет сползать, отдаляться от груди и поворачиваться в неправильном направлении.

- Футбольный захват или из подмышки



Это положение отлично подходит в тех случаях, когда, например, после кесарева сечения вы не можете прижимать ребенка к груди, или если вы кормите двойню. Также, это положение может оказаться удобным, если у вас очень большая грудь или если ребенок очень маленький. Поместите ребенка сбоку от себя, лицом к вам, ножками по направлению к подмышке, прижав ножки рукой со стороны груди, которой собираетесь кормить. Положите под руку подушку, чтобы приподнять ребенка до уровня соска. Поддерживайте голову ребенка ладонью руки, на которой расположен ребенок, а противоположной рукой придерживайте грудь.

Захват-люлька (колыбелька)

Головка ребенка лежит на сгибе вашего локтя, а ладонью той же руки вы придерживаете его попку. Противоположной рукой поддерживайте грудь.

Положение, лежа на боку

Это положение идеально для ночных кормлений или если вы просто физически устали. Ложитесь на бок, положив под голову подушку. Следите, чтобы ваше плечо находилось под подушкой, а не на подушке. Положите ребенка на бок, лицом к себе, живот к животу. Его рот должен находиться на уровне соска. Можете подложить подушечку за спину малыша, чтобы крепче прижать его к себе и зафиксировать его положение.

.8 Затруднения при вскармливании ребенка

При естественном вскармливании ребенка у матери могут возникнуть следующие затруднения:

.Трещины сосков

Достаточно большие затруднения во время кормления вызываются трещинами сосков. Возникновение трещин свидетельствует о неправильной технике кормления, а именно о недостаточном открывании рта ребенка во время кормления. При широком открывании рта ребенком во время кормления, выдвигаясь вперед и захватывая снизу ткань ареолы, защищает от травмирующего действия своих десен сосок и его основание. Трещины могут иметь разные формы, разные степени. В некоторых случаях это эрозии и дефекты верхних слоев эпителия, а иногда - глубокие линейные разрывы. В некоторых случаях у основания соска образуются подрезные трещины. Трещины могут давать кровотечения, а также становится причиной ложной мелены новорожденных. При появлении трещины можно не прекращать кормление. Необходимо дать отдых больной груди примерно на 1-2 дня, прикладывать к больной груди не в каждое кормление, а также можно кормить ребенка через накладку.

Трещины сосков 1 и 2 степени, когда в патологический процесс вовлекаются поверхность и тело соска, не требуют перерыва в кормлении. Но необходимо соблюдать следующие правила:

должно быть обеспечено регулярное и полное сцеживание молока;

нужно посоветовать матери мыть грудные железы один раз в день, не пользуясь при этом мылом, так как снижается естественная бактерицидность кожи;

как можно чаще между кормлениями следует проводить для сосков воздушные ванны;

после каждого кормления необходимо смазать сосок каплей «заднего», или «позднего» молока.

.Неправильная форма сосков

Неправильной формы соски - втянутые, малые, бугристые, остроконечные, расщепленные - могут явиться препятствием во время кормления.

Наименее удобными являются втянутые, короткие, плоские соски. Короткие соски могут легко выскальзывать изо рта малыша, втянутые и плоские соски ребенок плохо захватывает. В любом случае необходимо пробовать нежно и осторожно оттягивать сосок перед каждым кормлением, а также нужно следить за тем, чтобы малыш захватывал вместе с соском часть околососкового кружка.

В некоторых случаях кормлению может помешать форма груди матери. Тугая грудь молодой первородящей матери может стать препятствием кормлению. В данном случае необходимо перед кормлением сцедить немного молока для того, чтобы немного ослабить напряжение молочной железы и дать малышу возможность надежно захватить сосок.

.Мастит

Мастит-воспаление молочной железы, возникающее, как правило, в связи с экзогенным инфицированием трещины соска. Развитию мастита способствуют нарушения правил гигиены, отсутствие тщательного ухода за молочной железой, застой молока.

Профилактика мастита:

тщательный уход за молочной железой;

правильное и тщательное лечение трещин сосков;

правильное прикладывание ребенка к груди;

предупреждение застоя и задержки молока в груди.

Надо сказать, что мастит может осложняться трещинами. При мастите малыша отнимать от груди матери необходимо не всегда. В том случае, если мать испытывает достаточно сильную боль, происходит примесь гноя к молоку, состояние матери сильно ухудшается, необходимо прекратить прикладывание ребенка к больной груди матери, а для того, чтобы сцеживать молоко, следует воспользоваться молокоотсосом. Чаще всего именно на второй неделе после лактации начинает проявляться начальная стадия мастита. Эта стадия характеризуется появлением на груди красных полос (расширенные лимфатические сосуды), эти полосы достаточно болезненны, когда до них дотрагиваются, и горячие на ощупь. Уплотнения молочной железы не происходит. Кроме этого, увеличиваются подмышечные лимфатические узлы. Чаще всего для лечения назначают антибиотики, а также местное лечение (например, повязки с листьями свежего подорожника или алоэ, пузырь со льдом и т. д.). Если организм матери сам справился с начальной стадией мастита, то кормление грудью можно продолжать.

Процесс может пойти дальше и перейти в следующую стадию - образование абсцесса. В таком случае необходимо принимать срочные меры. Стадии образования абсцесса:

сильная боль в груди, неудовлетворительное общее состояние;

кожа на груди уплотняется, краснеет, а при надавливании на грудь происходит отделение молока с примесью гноя (в этом случае на салфетке видны желтые пятна).

В некоторых случаях местное лечение и антибактериальные препараты могут предупредить формирование гнойника. В противном случае необходимо хирургическое вмешательство. В том случае, если хирургическая помощь по каким-либо причинам откладывается, воспаление может перейти на другие доли молочной железы.

Осложнения при мастите: лимфангиит, лимфаденит, а также образование молочных свищей (это может происходить при самопроизвольном вскрытии, а также, реже, после операции). Достаточно редким осложнением является сепсис (общее тяжелое заболевание инфекционной природы, которое возникает в результате распространения инфекции из первичного очага в связи с нарушением общих или местных иммунных барьеров).

.Тугая молочная железа

При тугой молочной железе предварительное сцеживание небольшого количества молока перед кормлением может облегчить акт сосания малыша.

.Галакторея

Галакторея - это патологическое состояние, которое характеризуется самопроизвольным выделением молока из молочных желез. Данный недуг может возникать у женщин детородного возраста при повышенном содержании в крови гормона пролактина. Кроме того, галакторея может наблюдаться у некоторых матерей только во время сосания другой груди, а в некоторых случаях во время перерывов между кормлениями. Лечение проводят под контролем врача. Прогноз для жизни и восстановления детородной функции при своевременном лечении благоприятный.

.Гипогалактия

К факторам, которые могут затруднить вскармливание ребенка грудью со стороны матери, относится гипогалактия. Гипогалактия - это понижение лактации. Обычно различают истинную (или первичную) и вторичную. Первичная гипогалактия развивается вследствие функциональной недостаточности молочных желез. Вторичная гипогалактия обычно развивается в результате неправильного вскармливания (беспорядочное кормление грудью, недостаточное опорожнение желез), различных психических переживаний, переутомления, новой беременности, недостаточного питания, при возобновлении менструации, кроме того, в результате перенесенных поздних токсикозов беременности, трещин сосков, маститов и др.

Первичная гипогалактия возникает в первые недели лактации, а вторичная может появиться в любое время. Кроме этого, существует и физиологическая гипогалактия, которая сопровождается временным снижением лактации. В большинстве случаев это происходит на 3-4-й неделе, а также на 2-4-м месяце кормления грудью.

О хорошей, достаточной лактации говорит хорошо развитая молочная железа с хорошо выраженной венозной сетью и с наличием большого количества гипертрофированных долек. Однако наиболее оптимальным критерием достаточной лактации является контрольное взвешивание малыша. Это взвешивание следует проводить 2-3 раза в сутки, в том случае, если такой возможности не имеется, то один раз в день в течение 3- 4 дней. Взвешивание необходимо проводить в различные часы кормления.

Диагностировать гипогалактию можно с помощью разности температуры тела под молочной железой и в подмышечной области: при первичной гипогалактии разница отсутствует, при вторичной - температура под молочной железой на 0,1-0,5 °С выше, чем в подмышечной впадине.

Нередко у первородящих женщин лактация усиливается только к концу 1-й - началу 2-й недели, а иногда и позже. Это не должно служить поводом для тревожных мыслей, хотя подобную временную недостаточность лактации необходимо дифференцировать с первичной гипогалактией.

При вторичной гипогалактии необходимо в первую очередь устранить причину, которая ее вызывает, также специалисты рекомендуют почаще прикладывать малыша к груди матери, после кормления сцеживать молоко, кормить ребенка каждый раз двумя молочными железами.

Из лекарственных препаратов, как правило, назначают токоферола ацетат, а также аскорбиновую и никотиновую кислоты. Достаточно эффективными методами являются ультрафиолетовое облучение молочных желез и массаж. Также показаны глутаминовая кислота, апилак в свечах, горячий душ, горячие обвертывания молочных желез за 15 мин до кормления.

Необходимо помнить, что психическое состояние матери, которая кормит грудью своего малыша, имеет большое значение, поэтому медицинский персонал родильного дома должен поддерживать в женщине уверенность в ее способности к кормлению. Это благоприятно сказывается на лактации, потому что не всегда есть возможность определить, зависит гипогалактия от анатомических аномалий самой молочной железы женщины или же от состояния материнской нервной системы. Параллельно психотерапии мать может получать медикаментозное лечение и ультрафиолетовое облучение ртутно-кварцёвой лампой.

.Истерия

Вследствие нежелания матери кормить малыша грудью может возникать истерия. При этом женщина может жаловаться на нестерпимую боль в области молочной железы при прикладывании к ней ребенка. В данном случае необходимо провести психотерапию. Маму убеждают, что малыша просто необходимо кормить грудью, а также рекомендуют за 15 мин до кормления обрабатывать сосок 10%-ным раствором анестезина, а если эффект будет отсутствовать - то кормить малыша через накладку.

Некоторые мамы считают, что кормление малыша грудью может привести к полноте, а также к отвисанию груди, а некоторые уверены, что естественное кормление - это пережитки прошлого. Но при этом только материнское молоко способствует нормальному умственному развитию малыша, поддерживает активное поведение, кроме того, грудное вскармливание устанавливает достаточно прочную эмоциональную связь матери и дитя на всю жизнь. Материнское молоко всегда под рукой, оно чистое, свежее и т. д. И раньше, и в наши дни в цивилизованных странах мира, среди различных слоев общества сохранилось вскармливание грудью.

Кроме того, нет ничего, что было бы полезнее для ребенка, чем грудное молоко матери. Что же касается физиологических плюсов грудного вскармливания, то доказано, что сосание способствует становлению зубочелюстной системы, формирует нормальный прикус, молоко в кишечнике ребенка предупреждает расстройство пищеварения, оно также предупреждает возникновение и развитие воспаления в ротовой полости (так называемые стоматиты). Материнское молоко хорошо усваивается малышом - 96% молока используется организмом ребенка.

О достаточной лактации говорит хорошо развитая молочная железа с выраженной венозной сетью и большим количеством гипертрофированных долек. Критерием хорошей лактации является контрольное взвешивание ребенка, которое необходимо проводить 2-3 раза в сутки, а если нет такой возможности, то 1 раз в день в течение 3-4 дней, причем в различные часы кормления.

У первородящих лактация иногда усиливается лишь к концу первой-началу второй недели и даже позже. Это не должно вызывать особую тревогу, хотя необходимо такую временную недостаточность лактации дифференцировать с первичной гипогалактией.

При вторичной гипогалактии в первую очередь необходимо устранить причину. Кроме того, рекомендуют чаще прикладывать ребенка к груди, после кормления сцеживать молоко, кормить ребенка каждый раз двумя молочными железами. Назначают кислоты аскорбиновую и никотиновую, токоферола ацетат. Эффективны массаж и ультрафиолетовое облучение молочных желез. Показаны кислота глутаминовая, апилак в свечах, горячие обвертывания молочных желез за 15 мин до кормления, горячий душ.

При подозрении на гипогалактию надо провести контрольное взвешивание ребенка до и после кормления в течение нескольких дней подряд (контрольный учет высосанного молока ведется по назначению врача).

новорожденный грудной вскармливание

2. Противопоказания к грудному вскармливанию

Противопоказания к кормлению грудью могут быть связаны как с состоянием матери, так и с состоянием ребенка.

.1 Абсолютные противопоказания

Со стороны ребенка противопоказаниями к кормлению грудью являются следующие состояния:

нарушения мозгового кровообращения;

угроза внутричерепного кровоизлияния;

глубокая недоношенность вследствие отсутствия безусловных рефлексов, характерных для здорового новорожденного (речь идет о глотательном и сосательном рефлексах);

тяжелые расстройства дыхательной и сердечной деятельности;

врожденные аномалии костного скелета - «заячья губа», «волчья пасть»;

врожденные нарушения обменных процессов, например фенилкетонурия, галактоземия, болезнь «кленового сиропа»

.2 Относительные противопоказания

Со стороны матери противопоказаниями к грудному вскармливанию являются:

открытая форма туберкулеза с бацилловыделением;

сифилис ( заражение в 3 триместре беременности);

почечная недостаточность и тяжелые заболевания ночек;

базедова болезнь;

психические заболевания в стадии обострения;

пороки сердца;

тяжелая дыхательная или сердечно-сосудистая недостаточность;

заболевания крови;

опухоли со злокачественным течением;

первые дни после операции кесарева сечения;

прием лекарственных препаратов, несовместимых с грудным вскармливанием (цитостатиков, радиоактивных препаратов );

тяжелые формы послеродовой или другой депрессии, которые могут также сопровождаться психическими нарушениями.

Мать в такой период не может полноценно контролировать себя и свои действия, уделять достаточно внимания своему ребенку, следить за правильностью техники кормления. Это абсолютные противопоказания со стороны матери и ребенка к грудному вскармливанию.

Но есть заболевания матери, при которых кормление либо запрещается, либо осуществляется с большой осторожностью:

тиф (сыпной, возвратный). Это тяжелое заболевание, но если соблюдаются все правила по сохранению здоровья ребенка и если состояние матери позволяет, то кормление грудью не отменяется. Следует отказать ребенку в груди, если не произведена дезинсекция или болезнь протекает крайне тяжело;

тиф брюшной. Заболевание подразумевает кормление сцеженным прокипяченным молоком. То же самое касается и дизентерии;

сибирская язва, являющаяся противопоказанием к кормлению;

ангина. В это время кормление ребенка грудью можно не прекращать, но во избежание заражения матери рекомендуется надевать маску. И периоды между кормлениями нужно изолировать мать и дитя: столбняк. Грудное вскармливание следует прекратить;

тяжелая форма гнойного мастита. Это противопоказание к грудному вскармливанию, но при лечении легкой формы мастита грудное вскармливание является одним из незаменимых факторов лечения;

натуральная оспа. Следует временно прекратить кормление, но во избежание угасания лактации необходимо продолжать сцеживание молока;

активная форма туберкулеза у матери. Следует изолировать ребенка от матери сроком не менее чем на 2 месяца. Дело в том, что при больной матери ребенка обязательно вакцинируют.

корь и ветряная оспа. Кормление грудью можно продолжать при условии введения ребенку гамма-глобулина.

Помимо абсолютных и относительных противопоказаний, существует еще ряд состояний ребенка, которые затрудняют грудное вскармливание:

«заячья губа», «волчья пасть» (незаращение губы, твердого и мягкого неба). В случае данной патологии, когда нарушен акт сосания, но нет непереносимости женского молока и нет проблем со здоровьем матери, ребенок получает сцеженное молоко;

непропорциональность нижней челюсти. Она либо слишком мала, либо слишком велика. Такое состояние делает невозможным акт сосания, полому ребенка кормят либо с ложечки, либо через зонд сцеженным материнским молоком;

короткая уздечка языка, мешающая энергичному и полноценному сосанию;

насморк или заложенность носа. Ребенок не может нормально есть, потому что у него затруднено носовое дыхание;

молочница (кандидозное поражение слизистой оболочки рта);

непереносимость женского молока (так называемая галактоземия). Это заболевание проявляется у ребеночка вздутием живота, диареей.

3. Экспериментальное исследование

.1 Место исследования

Исследование проводилось в Перинатальном центре г. Йошкар-Олы

ГБУ РМЭ «Перинатальный центр» - единственное специализированное учреждение родовспоможения в Республике Марий Эл, которое обеспечивает оказание амбулаторной, консультативной, лечебно - диагностической помощи женщинам РМЭ по широкому кругу проблем, связанных с подготовкой молодого поколения к материнству, охраной репродуктивного здоровья женщин, снижением риска материнской смертности и перинатальных потерь.

В республике Марий Эл этот перинатальный центр является единственным на сегодня роддомом. Благодаря этому перинатальному центру, в республике удалось значительно снизить показатели младенческой и материнской смертности, случаев родовых травм, развития послеродовых осложнений, кровотечений. Перинатальный центр является клинической базой для подготовки и переподготовки медицинских кадров высшего и среднего звена, в том числе - анестезиологов, акушеров-гинекологов, акушерок, неонатологов, детских медицинских сестёр, клинических лаборантов, которые работают в других медицинских учреждениях республики и России. На базе перинатального центра студенты медицинских колледжей и медицинских университетов проходят практику, в работе перинатального центра оказывают консультативную и лечебную работу сотрудники кафедр этих учреждений, внедряя современные методы в сферу родовспоможения.

Центр оснащен современным медицинским оборудованием и аппаратурой. Обеспечивается высокий уровень комплексной диагностики, отрабатывается тактика ведения, лечения и родоразрешения при акушерской патологии, патологии плода и новорожденного.

При Перинатальном центре есть мощный консультативно-диагностический комплекс, в котором отработан эффективный алгоритм комплексной диагностики заболеваний и патологий. В структуре учреждения работает медико-генетическая консультация, осуществляя деятельность по вопросам наследования, врождённых патологий плода, привычного невынашивания беременности, планированию семьи, ДНК-обследование пар с отягощённым наследственным анамнезом.

В отделении пренатальной диагностики есть современная аппаратура высочайшего класса, с помощью которой быстро диагностируют врождённые пороки развития и патологии плода, внематочную беременность. В 2007 году в отделение был куплен аппарат УЗИ эксперт-класса GE Voluson 730 expert, другая аппаратура. Два отделения патологии беременности рассчитаны, соответственно, на 45 и 55 мест в стационарах. В отделение поступают женщины на различных сроках беременности при возникновении различных осложнений и рисков, а также женщины из сельской местности для подготовки к родам.

Два родильных отделения перинатального центра имеют индивидуальные родовые палаты. Если женщина заключила договор на роды, то в родильном зале может присутствовать будущий папа, а роженица имеет право на выбор персонального акушера-гинеколога. В родах используется только одноразовый расходный и перевязочный материал. Для обезболивания родов применяются только самые современные методы, в большинстве случаев - метод эпидуральной анестезии. За состоянием роженицы и плода ведут непрерывное мониторное наблюдение, чтобы быстро среагировать на возникшие проблемы в родовой деятельности. Малыша после извлечения кладут на живот матери, а затем прикладывают его к груди. Все палаты послеродового отделения оборудованы по принципу совместного пребывания - соответственно программе "Мать и дитя". Ребёнка можно кормить "по первому требованию". В отделении есть шесть сервисных палат повышенной комфортности, в которых разрешены посещения родственников.

.2 Структура Перинатального центра

. Консультативно-диагностическая поликлиника:

медико-генетическая консультация

отделение пренатальной диагностики (УЗИ)

отделение планирования семьи и репродукции

кабинеты специализированного приема акушера-гинеколога, детского гинеколога, стоматолога

физиотерапевтический кабинет

малая операционная

процедурный кабинет

бактериологическая лаборатория

. Акушерский стационар - 256 коек:

акушерское отделение патологии беременности № 1

акушерское отделение патологии беременности № 2

дневной стационар акушерского отделения патологии беременности

родовое отделение № 1 (физиологическое) с операционными

родовое отделение № 2 (обсервационное) с изолятором и операционной

отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии

акушерское физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка

акушерское обсервационное отделение.

. Педиатрический стационар - 148 коек:

отделение новорожденных в составе акушерского физиологического отделения - с совместным пребыванием матери и ребенка

отделение новорожденных акушерского обсервационного отделения

отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей с палатой - для недоношенных новорожденных детей.

. Гинекологический стационар - 144 койки:

хирургическое гинекологическое отделение № 1

хирургическое гинекологическое отделение № 2

дневной стационар гинекологического отделения.

. Клинико-диагностическое лаборатория

6. Рентгенодиагностический кабинет

7. Организационно-методический отдел

. Административно-хозяйственное подразделение со вспомогательными службами:

административно-управленческий персонал

организационно-методический отдел

централизованное стерилизационное отделение

аптека

административная часть

планово-экономический отдел

бухгалтерия

информационно-вычислительный отдел

пищеблок

прачечная

хозяйственная служба.

.3 Методы исследования

При написании дипломной работы были использованы следующие методы:

1.Анализ по литературным данным о преимуществах грудного вскармливания.

.Выявление потребности кормящих матерей во время профилактических бесед с ними, с целью продолжительного естественного вскармливания.

3.Проведение анкетирования кормящих женщин с целью получить наиболее полное представление о знаниях в вопросах относительно грудного вскармливания.

.4 Объекты исследования

Мною были разработаны две беседы для кормящих мам «О грудном вскармливании» (см. приложение №2) и «Уход за кормящей грудью» (см. приложение №3), и апробированы в физиологическом и обсервационном отделении Перинатального центра. Объектами моего исследования являлись женщины в возрасте от 19 до 35 лет. Проведено анкетирование 20 матерей, проводилось оно добровольно, анонимно по разработанной мною анкете (см. приложение №1).

.5 Анализ анкетирования

Радостно, что большинство женщин (75% знают, что необходимо кормить грудью до одного года). К сожалению 15% (три человека) считают необходимым кормить грудью до шести месяцев,5% (один человек) что нужно кормить до трех месяцев и одна мама считает до 2-3 лет (рис.1).



Рис.1 Процентное соотношение матерей разделившихся по желаниям о сроках кормления грудью.

Все опрошенные женщины 100% (20 человек) знают о предназначении молочных смесей (рис.2).



Рис. 2 Процентное соотношение матерей разделившихся о знании вопроса относительно предназначения молочных смесей.

Большинство опрошенных женщин 75%(15 человек) считают, что необходимо готовить грудь для вскармливания ребенка,20% (4 человека) считают, что не нужно готовить грудь для вскармливания и 5% (1 человек) затруднился в ответе (рис.3).

#

Рис.3 Процентное соотношение матерей разделившихся по желаниям о необходимости готовить грудь для вскармливания ребенка.

Так 70% (14 человек) считают, что необходимо допаивать детей кипяченой водой до введения прикорма,25% (5 человек) считают, что не надо допаивать детей до введения прикорма и 5% (1 человек) затруднился ответить (рис 4).



Рис.4 Процентное соотношение матерей разделившихся по желаниям о необходимости допаивать детей кипяченой водой до введения прикорма.

Радостно, что большинство опрошенных женщин 65%(13 человек) знают, что при уменьшении объема грудного молока нужно чаще прикладывать к груди,35% (7 человек) считают, что нужно изменить свой пищевой и питьевой рацион (рис 5).



Рис.5 Уровень соотношения матерей разделившихся о знании вопроса в том, что нужно предпринять при уменьшении объема грудного молока.

Большинство опрошенных 70%(14 человек) говорят,что при появлении симптомов простудного заболевания они будут продолжать кормить грудным молоком,20% (4 человека) указали, что не будут кормить грудным молоком при появлении симптомов простудного заболевания и затрудняются ответить 10%(2 человека) (рис 6).

#

Рис.6 Процентное соотношение матерей разделившихся по желаниям о кормлении грудным молоком при появлении симптомов простудного заболевания.

Так 80%(16 человек) считают, что не нужно сцеживаться после каждого кормления грудью,15% (3 человека) указали что нужно обязательно сцеживаться после каждого кормления, и затрудняются ответить 5%(1 человек) (рис 7).

#

Рис.7 Процентное соотношение матерей разделившихся по желаниям о необходимости сцеживаться после каждого кормления грудью.

Заключение

Подводя итоги нашего исследования, можно сделать вывод, что проблема питания является актуальной для теоретической и практической медицины.

Изучив биологические и химические свойства женского молока, мы показали преимущества грудного вскармливания для ребенка и матери.

Разобрали и осветили принципы оптимального грудного вскармливания,а также показали, что рациональное вскармливание детей первого года жизни является одним из важнейших условий, обеспечивающих их гармоничный рост, своевременное созревание морфологических структур и функций различных органов и тканей, оптимальные показатели психомоторного и интеллектуального развития и устойчивость младенца к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов.

Женское молоко содержит факторы, которые защищают ребенка от злокачественных опухолей, сердечнососудистых заболеваний, снижают риск развития синдрома «внезапной смерти». Известно, что дети, длительно находящиеся на грудном вскармливании, впоследствии реже подвержены гипертонической болезни, атеросклерозу, сахарному диабету. Такие дети более доброжелательны, приветливы, общительны, имеют более тесный контакт с матерью.

Проведенная беседа «О преимуществах грудного вскармливания» позволила женщинам понять, что грудное вскармливание необходимо для хорошего развития и здоровья ребенка.

Проведенное анкетирования изменило представление матерей о грудном вскармливании и о продолжительности естественного вскармливания.

Таким образом, идеал кормления, необходимый для сохранения здоровья ребенка - это естественное вскармливание, под которым понимают формирование у будущей матери четких представлений о безусловном преимуществе грудного вскармливания перед искусственным и твердого психологического настроя на длительное естественное вскармливание будущего ребенка.

Литература

1.Алферов В.П., Романюк Ф.П. Питание детей первого года жизни. Пособие для врачей. СПб., 2001. - 148 с.

.Абольян Л.В., Даутова Л.А. Помощь матерям в кормлении грудью: курс обучения. Пособие для медицинских работников и лидеров групп материнской поддержки. - М.: Экпресспринт - ИК, 2006 - 200 с.

.Васильева О.В., Лулукян Е.Ф., Нетребенко Е.К., Абольян Л.В. Естественное вскармливание детей. - СПб 1993. - 86 с.

.Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. - СПб.: Фолиант, 1998. - 258 с.

.Данеймо Акре. Кормление детей первого года жизни: физиологические основы // Бюллетень ВОЗ. 1997.

.Захарова Л.И., Двойников СИ., Рябчикова Т.В., Чайковская М.В. Сестринское дело в педиатрии. 2000.

.Казакова Л.М. К вопросу о вскармливании грудных детей // Педиатрия 2002. № 1.

.Коровина Н.А., Захарова М.Н. К дискуссии по проблемам рационального вскармливания детей раннего возраста // Педиатрия 2002. № 1.

.Конь И.Я., Фатеева Е.М. К дискуссии по проблемам вскармливания детей первого года жизни - Педиатрия.2003. № 1. С 69.

.Лебедев А.Г. Современные схемы вскармливания детей первого года жизни - противоречия и проблемы. Естественное вскармливание // Педиатрия 2002. № 1.

.Мамонова Л.Г. Особенности состава молока в различные периоды лактации (Основы рационального питания детей) / Под ред. К.С. Ладодо, В.Д. Отт, Е.М. Фатеевой. - Киев, 1987. - 187 с.

.Нетребенко О.К. Современные проблемы вскармливания детей грудного и раннего возраста // Педиатрия 2002. № 1.

.Сапникова Н.Е., Вахлова И.В. Вскармливание детей первого года жизни. Справочник для врачей, фельдшеров, студентов медицинских вузов. Екатеринбург, 2002. - 364 с.

.Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни. Методические указания № 225.МЗ РФ. 1999.

. Тарасова И.В. Естественное вскармливание новорожденных - Медицинская сестра. № 3. 2003. С7.

Приложение № 1

Анкета

. Как вы думаете до какого возраста необходимо проводить грудное вскармливание?

a) До 3 мес.

б) До 6 мес.

в) До года

г) 2-3 года.

. Знаете ли вы предназначение молочных смесей?

a) Да

б) Нет

. Как вы думаете необходимо ли готовить грудь для вскармливания ребенка?

а) Да

б) Нет

в) Затрудняюсь, ответить

.Как вы думаете, необходимо ли допаивать детей кипяченой водой до введения прикорма?

a) Да

б) Нет

в) Затрудняюсь ответить

. Знаете ли вы что необходимо предпринять при уменьшении объема грудного молока?

а) Докормить молочными смесями

б) Чаще прикладывать к груди

в) Изменить свой пищевой и питьевой рацион

г) Докормить коровьим молоком

. Если у Вас появились симптомы простудного заболевания будете ли вы кормить грудным молоком?

а) Да

б) Нет

в) Затрудняюсь ответить

.Как вы считаете обязательно сцеживаться после каждого кормления грудью?

а) Да

б) Нет

в) Затрудняюсь ответить

Приложение № 2

Беседа на тему: «Преимущества грудного вскармливания»

Не секрет, что питание очень важно для роста и развития ребенка. С самого рождения малыша одно из основных забот родителей - кормление.

Грудное молоко - идеальная пища для малыша первого года жизни. Ведь это естественный продукт, созданный самой природой. Оно оптимально по своему составу. Лучше любого другого продукта на основе коровьего или козьего молока подходит для вскармливания младенца. Белки, жиры, минеральные вещества и витамины усваиваются лучше всего при кормлении грудным молоком. Основу грудного молока составляют особые сывороточные белки. Они отличаются высокой биологической ценностью, легко перевариваются и всасываются. Жиры грудного молока содержат большое количество особых полезных жирных кислот, которые легко расщепляются и всасываются еще незрелыми ферментами кишечника. Молоко само содержит фермент липазу- фермент, который обеспечивает переваривание жиров. Именно липаза обеспечивает мягкий стул, защиту от запоров и «колик».

Грудное молоко содержит уникальный состав иммунных факторов (секреторный иммуноглобулин А, лактоферрин, лизоцим). Благодаря им женское молоко обладает мощным антиинфекционным свойством. С молоком матери ребенку передаются большинство защитных антител от многих болезнетворных бактерий и вирусов. Эти особые антитела предохраняют от инфекции материнский организм и организм малыша. Именно поэтому грудное вскармливание так важно для ребенка на первом году жизни.

Значение грудного молока:

Идеальный вес вашего ребенка

Другое важное преимущество грудного вскармливание это то, что ребенка который питается исключительно материнским молоком практически нельзя перекормить. Медицинские исследования показывают, что предрасположенность к ожирению, в большинстве случаев, закладывает в первые годы жизни ребенка и, в основном, по причине неправильного кормления. В случае использования искусственных смесей для кормления детей риск развития паратрофии или ожирения, напротив, очень велик.

Тесная связь между мамой и малышом

Грудное вскармливание обеспечивает очень тесную эмоциональную связь между матерью и ребенком. Во время кормления грудью, ребенок не только удовлетворяет свои потребности в пище и воде, но также и свои потребности в ласках, прикосновении и общении с матерью. Исследования показали, что кормление грудью способствует эмоциональному и психическому здоровью ребенка, улучшает его память и интеллект, снимает стресс

Правильное развитие лица

У детей находящихся на грудном вскармливании снижается риск развития аномалий прикуса благодаря улучшению формы и развитию челюстей (заменители груди, такие как пустышки и бутылочки могут привести к искривлению челюсти и к развитию неправильного прикуса).

Более здоровый ребенок

Ребенок, который получает грудное молоко, в меньшей степени подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, респираторным инфекциям, менингитам, отитам и пневмониям, развитию пищевой аллергии.

Грудное вскармливание полезно не только для ребенка, но и для матери

При грудном вскармливании в организме матери вырабатывается окситоцин, гормон, отвечающий за сокращение матки, что способствует более быстрому восстановлению после родов и уменьшает риск появления послеродовых кровотечений. Кормление грудью помогает матери быстрее вернуться в форму и устранить лишний вес, набранный во время беременности Кормление грудью (при условии параллельного приема витаминов и правильного питания) улучшает минерализацию костей и снижает риск развития остеопороза после наступления менопаузы Женщины, кормившие грудью подвержены меньшему риску развития рака яичников, мастопатии, рака молочной железы. Кроме того беременность и грудное вскармливание замедляют развитие или полностью устраняют целый ряд болезней (эндометриоз, миома, мастопатия, поликистоз яичников). Эмоциональная связь, которая создается между матерью и ребенком во время грудного вскармливания благоприятно влияет на психологическое состояние матери, снижая риск развития послеродовой депрессии. Также, грудное вскармливание закладывает основу крепких и добрых отношений матери с ребенком на всю дальнейшую жизнь и помогает матери научиться понимать своего ребенка и распознавать его потребности. Кормление ребенка грудью обеспечивает матери регулярные периоды отдыха.

Если вы твердо решите для себя, что хотите кормить грудью, вы будете уверенны в том, что обеспечили вашего малыша самым важным и необходимым элементом для его дальнейшего здоровья и счастья - грудным молоком.

Итак, преимущества женского молока очевидны, и необходимость грудного вскармливания по-прежнему не вызывает сомнений.

Приложение № 3

Беседа на тему: »Уход за грудью во время кормления»

Для того чтобы обеспечить своей молочной железе правильный уход во время лактации, нужно учитывать следующие соображения:

обильные выделения сальных желез обеспечивают соску достаточную защиту от вредных микроорганизмов, поэтому не стоит усердно мыть грудь с мылом до и после каждого кормления. Капельки грудного молока, остающиеся на соске после кормления, обеспечат ему достаточное увлажнение и защиту от бактерий.

Однако не уклоняйтесь от обычного гигиенического душа один раз в день; используемое при этом мыло должно обладать как можно меньшим запахом - ваш любимый аромат может не понравиться малышу; бюстгальтер должен быть обязательно из натуральной ткани (хлопок), правильно подобранный по размеру (рекомендуется выбирать послеродовый бюстгальтер не ранее чем за две-три недели до родов). По возможности несколько раз в день полезно устраивать своей груди 15-30 минутные воздушные ванны.

Возможные проблемы.

Во время беременности, начиная с 20 недели, у некоторых женщин появляются первые выделения из молочных желез. Это капельки непрозрачной жидкости, слегка липкой на ощупь. Появление таких выделений в указанные сроки беременности совершенно нормально - и в то же время напоминает о том, что ваша грудь нуждается в особом уходе. Секрет молочных желез является прекрасной питательной средой для размножения бактерий, поэтому необходимо тщательно следить за чистотой груди. Если выделения обильны, имеет смысл приобрести специальный бюстгальтер для кормящих матерей с одноразовыми прокладками для груди. Во время беременности рекомендуется также убедиться в том, что соски вашей груди достаточно выпуклые для того, чтобы малыш смог захватить их. Это делается так: аккуратно сожмите каждый сосок большим и указательным пальцами. Сосок должен как бы податься вперед. Если сосок остался на прежнем месте или втянулся внутрь, то у вас плоские или втянутые соски. Только в этом случае вам понадобятся специальная подготовка груди к кормлению.

После родов. Наверное, чаще всего кормящие мамы страдают от лактостаза - застоя молока. Как уже было сказано выше, зрелое молоко начинает вырабатываться только на 4-5 день после родов, да малыш 2-3 дней от роду просто и не может высасывать много из материнской груди.

Поэтому в первые 2-3 дня после рождения ребенка маме рекомендуется ограничить количество потребляемой жидкости 800 мл в сутки - это будет прекрасной профилактикой застоя молока.

В последующем, если грудь освобождается недостаточно (неправильная поза при кормлении, кормление по графику, недостаточное время сосания, пропуск кормлений), может произойти закупорка молочного протока, что ведет сначала к лактостазу, а затем и к маститу - воспалению молочной железы. Однако прекращать грудное вскармливание в связи с лактостазом не следует. Необходимо несколько уменьшить потребление жидкости - особенно теплых напитков, способствующих выработке молока. Лучший способ борьбы с лактостазом и начальными явлениями мастита - максимально частое прикладывание ребенка к груди и более полное опорожнение молочных желез, что способствует уменьшению в них застойных явлений. Определенный эффект может дать легкий массаж затвердевших участков груди, а также сцеживание оставшегося молока. Хороший эффект дают согревающие масляные компрессы на молочную железу между кормлениями.

Однако если все это не приносит облегчения, если у вас высокая температура, боль и покраснение в области молочных желез, необходимо срочно проконсультироваться у специалиста!

У некоторых женщин кожа сосков очень нежная и легкоранимая. При неправильном прикладывании ребенка к груди, сильном и длительном сосании на сосках возникают трещины. Часто они причиняют маме сильные боли во время кормления малыша и служат входными воротами для инфекции. Для профилактики образования трещин, а в случае если они уже появились, - для их скорейшего заживления после кормления нужно смазывать сосок грудным молоком или кремом с ланолином, маслами, содержащими витамин А (например, шиповника или облепихи), а также делать воздушные ванны в течение 7-10 минут. Зеленкой мазать соски не надо! В бюстгальтер можно положить мягкие прокладки, собирающие молоко. Однако при сильных болях лучше какое-то время кормить ребенка через накладку, а в тяжелых случаях даже сделать перерыв в грудном кормлении, а молоко сцеживать руками и давать ребенку из чашечки или с ложечки. Пользоваться молокоотсосом при трещинах сосков нежелательно, так как это может препятствовать заживлению трещин. Но основная мера профилактики трещин сосков - правильный захват соска.

Определенные трудности возникают при так называемой «тугой груди», т.е. когда молоко, вырабатываемое в достаточном количестве, отделяется с трудом и ребенку бывает трудно его высасывать в нужном объеме. Чтобы избежать подобных трудностей, маме следует непосредственно перед кормлением сцеживать некоторое количество молока, тогда грудь становится мягче и молоко «идет» легче. Можно сделать массаж груди перед прикладыванием к ней ребенка. Проблемы могут быть связаны и с неправильной формой сосков. Здесь исключительно важно еще до родов провести специальную подготовку сосков: массаж и вытягивание, о которых было сказано выше. Если это не было сделано, или если ребенок так и не приспособился к сосанию «неправильной» груди, приходится кормить его через накладку, а иногда и сцеженным молоком. Сцеживать молоко из груди лучше всего рукой, а не молокоотсосом, который может травмировать сосок. Удобнее всего делать это в положении, когда грудь свисает вниз. Грудь обхватывается рукой так, чтобы большой палец находился на ареоле над соском, а указательный и средний - под соском. Сначала следует сделать несколько легких массирующих движений пальцами от основания груди в сторону ареолы. Подогнав молоко к ареоле, надо глубоко захватить околососковую область и надавить в сторону соска. Таким образом, массируя всю грудь, молоко сцеживают до полного ее опорожнения.

Существуют периоды (в конце первого и третьего месяца лактации), когда молока у женщины становится меньше - по непонятным ей причинам. Не следует впадать в панику - это так называемые лактационные кризы, вызванные снижением уровня гормона пролактина, регулирующего интенсивность лактации. Нормальная лактация обычно восстанавливается в течение нескольких дней за счет более частого прикладывания ребенка к груди. В этот период необходимо использовать средства для стимуляции лактации (специализированные продукты для кормящих матерей). Если вы замечаете, что за несколько дней молока не стало больше, нужно обратиться к врачу.