



федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Кемеровский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушакова

---

## **ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ**

**Учебно-методическое пособие**

**по подготовке к практическим занятиям обучающихся  
по основной профессиональной образовательной программе по  
направлению подготовки кадров высшей квалификации –  
программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре  
31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля)  
14.01.01 - «Акушерство и гинекология»**

**Кемерово – 2019**

УДК 613.287.8(075.8)(075.4)

ББК 57.32я73

Г 901

**Грудное вскармливание: учебно-методическое пособие по подготовке к практическим занятиям обучающихся по основной профессиональной образовательной программе по направлению подготовки кадров высшей квалификации – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля) 14.01.01 «Акушерство и гинекология» (заочная форма обучения) / Н. В. Артымук, О. Н. Новикова, Е. А. Шакирова, Т. Ю. Марочко, М. Н. Сурина, В. И. Черняева, О. Б. Карелина. – Кемерово, 2019. – 117 с.**

В учебно-методическом пособии рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики нарушений и проблем грудного вскармливания. Рассматриваются Доказательные практики при организации грудного вскармливания: раннее прикладывание ребенка к груди, роды, ориентированные на участие семьи, контакт «кожа к коже», совместное пребывание, кормление по требованию, исключительно грудное вскармливание. В разделах учебного пособия приводятся тестовые задания. Для приобретения практических навыков и выработки профессиональных компетенций представлены ситуационные задачи.

Учебно-методическое пособие подготовлено с действующим Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 3 сентября 2014 г. №1200.

Учебно-методическое пособие предназначено для обучающихся в аспирантуре по направленности (профилю) 14.01.01 «Акушерство и гинекология» (заочная форма обучения).

**Коллектив авторов:**

**Артымук Наталья Владимировна** – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ;

**Новикова Оксана Николаевна** – д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ;

**Шакирова Елена Александровна** – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ;

**Марочко Татьяна Юрьевна** – канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ;

**Сурина Мария Николаевна** – канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ;

**Черняева Валентина Ивановна** - канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ;

**Карелина Ольга Борисовна** - канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ.

**Рецензенты:**

**Ренге Людмила Владимировна** – д-р мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии НГИУВ – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ;

**Мозес Вадим Гельевич** – д-р мед. наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ, декан факультета последипломной подготовки специалистов ФГБОУ ВО КемГМУ МЗ РФ.

**Рекомендовано Центральным методическим советом Кемеровского государственного медицинского университета в качестве учебного издания для обучающихся по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), направленности (профиля) 14.01.01 «Акушерство и гинекология», протокол № 4 от 22 мая 2019 года.**

© ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
<b>РАЗДЕЛ 1.</b> Организация грудного вскармливания в системе родовспоможения. Как было. Как стало .....	4
<b>РАЗДЕЛ 2.</b> Преимущества грудного вскармливания. ....	15
<b>РАЗДЕЛ 3.</b> Кормление грудью технология.....	42
<b>РАЗДЕЛ 4.</b> Навыки консультирования. Слушать и узнавать.....	60
<b>РАЗДЕЛ 5.</b> Состояние молочных желез: анатомия, физиология, обследование, сцеживание, лактостаз, мастит .....	64
<b>РАЗДЕЛ 6.</b> Основные проблемы при организации грудного вскармливания.....	95
Рекомендуемая литература.....	114

## **Раздел 1. Организация грудного вскармливания в системе родовспоможения. Как было. Как стало.**

**Цель:** изучить основные существующие и существовавшие организационные подходы по грудному вскармливанию.

**Существующие и существовавшие организационные подходы: отнятие новорожденного от матери сразу после рождения, отдельное пребывание матери и ребенка, кормление ребенка по часам, строгая регламентация времени кормления и интервалов между кормлениями, использование долактационного кормления и докормов в отделении новорожденных, широкое использование сосок, пустышек, допаивание детей растворами глюкозы, раннее введение докорма и прикорма.**

Общепризнанно, что рациональное питание - ведущий фактор формирования здоровья людей всех возрастов. С первых дней жизни пища - источник пластического материала и энергии для нормального функционирования всех органов и систем детского организма, его физического, психомоторного и интеллектуального развития.

Современная теория рационального питания предусматривает поступление в организм не только достаточного количества пищевых веществ, но их определенный качественный состав, соответствующий адаптационным возможностям ребенка, физиологическим особенностям желудочно-кишечного тракта, уровню обменных процессов. В этом смысле идеальное питание для новорожденных и детей раннего возраста - грудное молоко. Еще И.А. Аршавский отмечал, что материнское вскармливание является как бы естественным постнатальным эквивалентом пуповинной связи внутриутробного периода развития, позволившим сохранить наиболее полные и интимные взаимоотношения между материнским организмом и новорожденным. Грудное вскармливание (естественное) - важный фактор,

способствующий реализации генетического потенциала морфологического и функционального развития человека, как на ранних этапах, так в последующие периоды жизни, способствует снижению младенческой заболеваемости и смертности.

По мере развития и индустриализации общества практические подходы и научные представления о грудном вскармливании претерпевали существенные изменения, отмечалось несколько спадов и подъемов интереса к грудному вскармливанию. В начале XX столетия и позже основное внимание в вопросах детского питания уделялось количественному подходу в изучении отличий женского и коровьего молока, вопросам модификации последнего и приспособлению его к запросам грудных детей. Так, начиная с 60-70-х годов отмечалось повсеместное снижение частоты и продолжительности грудного вскармливания, во многом обусловленное широким развитием промышленного производства заменителей грудного молока. По опубликованным данным, в США в 1970 году менее 25% женщин кормили своих детей грудным молоком. Аналогичные данные отмечались и в других развитых странах.

Негативные тенденции снижения практики грудного вскармливания явились основанием для активизации действий Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) и Детского Фонда организации объединенных наций (ЮНИСЕФ) по «возрождению» грудного вскармливания во всех развитых и развивающихся странах. Начиная с конца 70-х годов эти организации уделяют огромное внимание проблемам реабилитации естественного вскармливания, содействуя его развитию и распространению во всех странах.

В 1981 году Всемирная Ассамблея здравоохранения приняла Международный свод правил по сбыту заменителей грудного молока. В Своде указывается на запрет какой-либо рекламы заменителей грудного молока, рожков и сосок.

В 1989 году эти организации принимают и распространяют 10 принципов успешного грудного вскармливания, которые рекомендуют каждому дому и больнице по уходу за новорожденными детьми:

- Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить эти правила до сведения медицинского персонала и рожениц.

- Обучать медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления практики грудного вскармливания.

- Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.

- Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

- Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранять лактацию, даже если они временно отделены от своих детей.

- Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

- Практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате.

- Поощрять грудное вскармливание по требованию младенца, а не по расписанию.

- Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски и др.).

- Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.

В 1992 году ВОЗ и ЮНИСЕФ выдвинута совместная инициатива по формированию «Больницы доброжелательного отношения к ребенку», направленная на то, чтобы все больницы стали центрами поддержки

грудного вскармливания. Больницы или роддома признаются доброжелательными к ребенку, когда обязуются не принимать бесплатных или льготных поставок заменителей грудного молока, рожков и сосок и соблюдать 10 принципов успешного грудного вскармливания. Со времени начала инициативы такой статус получили 15000 стационаров в развивающихся и развитых странах. Во многих районах обслуживания этих учреждений увеличилось количество кормящих матерей и улучшилось состояние здоровья детей. Так, на Кубе, где 49 из 56 больниц и родильных домов признаны доброжелательными к ребенку, за период 1990-1996 гг. частота грудного вскармливания увеличилась в 3 раза. В Китае, где имеется 6000 больниц с упомянутым статусом, грудное вскармливание за период с 1992-1994 гг. возросло с 29% до 69% в сельской местности и с 10% до 48% в городской.

В последние годы наблюдается возврат к естественному вскармливанию во всех странах. Так, например, в США в настоящее время кормят грудью до 4 месяцев около 70% матерей. В России распространенность грудного вскармливания детей в возрасте до 4-х месяцев составляет 40-50%. Причем, во всех странах отмечаются одинаковые тенденции увеличения «осознанного» грудного вскармливания среди наиболее образованных, старших по возрасту, замужних и более обеспеченных матерей.

ВОЗ и ЮНИСЕФ рассматривают грудное вскармливание, как основное условие соблюдения прав ребенка по вопросам здоровья и питания, принятое международной Конвенцией о правах ребенка, ратифицированной и подписанной 163 странами (на июль 1999 года).

В нашей стране в последние годы также уделяется большое внимание проблеме грудного вскармливания детей. В республике Беларусь на сегодняшний день 10 больниц получили статус «Больницы доброжелательного отношения к ребенку» (Речица, Щучин, Ошмяны, Борисов и др.) В практику здравоохранения Беларуси постепенно вводятся

основные принципы концепции грудного вскармливания, рекомендуемые ВОЗ и ЮНИСЕФ. Почти во всех родовспомогательных учреждениях практикуется совместное пребывание матери и ребенка, принципы раннего прикладывания к груди, и «свободного» кормления «по требованию» ребенка, пересматриваются сроки введения прикормов.

В свете изменившихся многих научных представлений о механизмах лактации и грудного вскармливания, концептуальных подходов и с учетом рекомендаций ВОЗ и ЮНИСЕФ, в последние годы в Республике организовано обучение современным принципам грудного вскармливания врачей, организаторов здравоохранения, профессорско-преподавательского состава средних и высших медицинских учреждений.

В совместной декларации ВОЗ и ЮНИСЕФ отмечается, что «Содержание учебных программ в педиатрических, акушерских службах и службах общественного здравоохранения, также как и позиции преподавательского состава, оказывают непосредственное влияние на политику и программы служб здравоохранения в отношении практики грудного вскармливания». В связи с этим, представляется целесообразным пересмотреть подход к преподаванию этих вопросов в планах учебных программ для студентов медицинского института, так как изложение этой темы в рекомендуемых учебниках не в полной мере отвечает современным представлениям и требованиям. Многие излагаемые в них рекомендации на сегодняшний день уже устарели.

Современная методика преподавания вопросов питания новорожденных и детей раннего возраста должна строиться с учетом актуальности проблемы естественного вскармливания, уделяя больше внимания практическим вопросам стимуляции лактации, техники прикладывания ребенка к груди и возникающим при этом проблемам. В процессе преподавания вопросов вскармливания следует настраивать студентов на необходимость популяризации грудного вскармливания в своей будущей профессиональной деятельности.



## **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.**

1. Существующие и существовавшие организационные подходы к грудному вскармливанию?
2. Что подразумевается под раздельным пребыванием матери и ребенка, отнятии от груди сразу после рождения?
3. Каковы недостатки кормления ребенка по часам?
4. Что подразумевает использование долактационного кормления и докормов в отделении новорожденных?
5. Каковы причины широкого использования сосок, пустышек, допаивания детей растворами глюкозы?
6. Каковы недостатки раннего введения докорма и прикорма?

**Доказательные практики при организации грудного вскармливания: раннее прикладывание ребенка к груди, роды, ориентированные на участие семьи, контакт «кожа к коже», совместное пребывание, кормление по требованию, исключительно грудное вскармливание.**

Рациональное питание («вскармливание») детей первого года жизни является одним из важнейших условий, обеспечивающих гармоничный рост, адекватное морфологическое и функциональное созревание различных органов и тканей, оптимальные параметры психомоторного и интеллектуального развития, устойчивость младенца к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов.

Под термином *естественное (или грудное) вскармливание* в нашей стране понимают вскармливание, при котором кормление осуществляется при непосредственном прикладывании ребенка к груди его биологической матери. Поскольку кожно-тактильные и эмоциональные контакты между матерью и ребенком исключительно важны для нормального физического и психического развития ребенка, любые другие способы подачи ребенку

женского молока, в частности, вскармливание кормилицей; вскармливание сцеженным материнским молоком из чашки, пипетки, зонда, бутылочки; вскармливание термически обработанным материнским или донорским (банкированным) молоком неправомерно относить к грудному вскармливанию, хотя они могут быть в значительной степени к нему приближены.

Грудное вскармливание оказывает многостороннее влияние на физическое и психическое развитие детей. Среди важнейших биологических эффектов грудного вскармливания можно назвать:

1. Собственно пищевое обеспечение. При этом особенно важно, что при естественном вскармливании имеют место оптимальные количество и качество основных компонентов молока, имеющих значение для полноценного роста и развития. Состав грудного молока динамично приспосабливается к изменяющимся в процессе роста потребностям ребенка.
2. Управление ростом, развитием и тканевой дифференцировкой через широкий комплекс гормонов и других биологически активных веществ, поступающих с женским молоком.
3. Обеспечение защиты от неблагоприятных эффектов избыточного поступления компонентов молока. Даже при явной избыточности питания, связанной с очень активным сосанием, дети реагируют только повышенным накоплением жировой ткани, но не дистрофическими изменениями, которые могут возникать при избыточном употреблении молочных смесей.
4. Иммунологическая (специфическая и неспецифическая) защита от бактериальных и вирусных инфекций, а также паразитарных инвазий.
5. Ограничение поступления и провоспалительных эффектов неинфекционных антигенов и аллергенов. Защита от атопических реакций и заболеваний.
6. Формирование иммунологической толерантности (устойчивости) к антигенам пищевого рациона, используемых матерью продуктов.
7. Обеспечение адекватного пищевого поведения.

8. Формирование тесной психоэмоциональной связи ребенка с кормящей матерью в процессе длительного и самого тесного физического и эмоционального контакта в ходе кормления грудью. В последующем происходит постепенная трансформация этого узкоспециального типа связи в постоянную устойчивую и независимую от кормления реакцию на мать как источник и символ защиты ребенка.

9. Обеспечение правильного анатомического формирования зубо-челюстной системы, мозгового черепа, а также аппарата звуковоспроизведения вследствие возникновения в ходе сосания ребенком груди матери усилий и напряжений, наиболее адекватно регулирующих эти процессы.

К положительным эффектам грудного вскармливания можно отнести и более благоприятные показатели физического и нервно-психического развития детей, и сохранение физиологических темпов биологического взросления.

Следует указать, что вскармливание грудью оказывает несомненное положительное влияние и на здоровье матери, обеспечивая предотвращение повторной беременности без применения дополнительных средств контрацепции (во всяком случае, в первые месяцы лактации при ее значительной интенсивности), а также снижение риска возникновения злокачественных новообразований молочной железы.

### **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов**

1. Что такое раннее прикладывание ребенка к груди?
2. Какие доказательные практики вы знаете об организации раннего прикладывания ребенка к груди?
3. Что такое роды, ориентированные на участие семьи?
4. Что подразумевается под понятием контакта «кожа к коже»?
5. Каковы преимущества совместного пребывания матери и ребенка?
6. Есть ли недостатки кормления ребенка по требованию?

**Состояние грудного вскармливание в мире, России, Кемеровской области. Основные рекомендации ВОЗ. Особенности формирования мотивации в условиях женской консультации. Технологии поддержки грудного вскармливания в регионе, на учебных базах.**

В Российской Федерации (РФ), как и в других странах, наметилась положительная динамика по максимальному сохранению грудного вскармливания (ГВ) новорожденных. По данным официальной статистики Минздрава РФ, доля детей в возрасте от 6 до 12 мес жизни, находящихся на ГВ, возросла с 26,7% в 1999 до 41,3% в 2010 г. Различные рекомендации, не прошедшие «проверку временем» (например, необоснованный докорм ребенка детскими молочными смесями из бутылочки, использование раствора глюкозы или воды в больших объемах, попытки строгого дозирования объемов молока на одно кормление), сменились уже забытыми старыми правилами ГВ, такими как совместное содержание ребенка и матери в родильном доме, раннее первое прикладывание к груди, кормление «по требованию», докорм ребенка только в случае необходимости.

В США и некоторых странах Европы специалисты в области здравоохранения по поддержке ГВ осуществляют информирование матерей о правилах ведения лактации, методах сцеживания и профилактики лактостазов. Система консультирования по ГВ в период лактации построена по следующему принципу: матерям помогают общественные помощники, группы поддержки ГВ (опытные матери, прошедшие обучение по указанной проблеме), консультанты по ГВ. Для получения статуса консультанта необходима теоретическая подготовка, сдача сертификационных экзаменов, прохождение стажировки в послеродовом отделении в качестве помощника акушерки по уходу за детьми раннего возраста. Срок стажировки в некоторых странах может достигать 3000 ч практической работы. Сертификацию и подтверждение статуса консультанта проходят каждые 3 года с обязательной стажировкой для повышения квалификации в

акушерском стационаре. Высшим звеном системы поддержки ГВ являются специалисты по организации и поддержке ГВ. Специалистами являются только врачи (акушеры, маммологи) или акушерки с большим стажем и опытом работы, прошедшие дополнительную подготовку по лечению и профилактике проблем периода беременности и лактации, работающие в крупном многопрофильном медицинском центре. Такая система позволяет женщинам быстро получить адекватную и квалифицированную помощь, т. к. при малейших отклонениях от нормального течения процесса беременности и лактации пациента «передают» более подготовленному специалисту, который проводит консультирование и лечение в соответствии с индивидуальными особенностями состояния женщины

Реализация всех этих принципов и обеспечение полноценной и длительной лактации является одной из важнейших задач по сохранению здоровья младенцев, которую должны решать ЛПУ родовспоможения и детства. Работа по поддержке грудного вскармливания должна осуществляться на всех этапах (подготовка женщин к беременности, беременность, роды, послеродовой период и период лактации). При этом чрезвычайно важно обеспечение тесного сотрудничества и преемственности всех основных звеньев лечебной сети: женских консультаций, роддомов и детских консультаций.

Принципы поддержки грудного вскармливания (ВОЗ):

1. Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить эти правила до сведения медико-санитарного персонала и рожениц.
2. Обучать мед. персонал необходимым навыкам осуществления практики грудного вскармливания.
3. Информировать всех беременных о преимуществах и технике грудного вскармливания.

4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

5. Обучать матерей, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они отделены от детей.

6. Не давать новорожденным никакой другой пищи или питья кроме грудного молока (за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями и при повышении температуры на улице и в помещении, где находится ребенок).

7. Практиковать круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка.

8. Поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка, а не по расписанию (к концу первого месяца жизни ребенок сам устанавливает режим кормлений - 6-7 раз в сутки).

9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств, имитирующих материнскую грудь (пустышки, соски).

10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из роддома или больницы

### **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.**

1. Как оцениваете состояние грудного вскармливания в мире, в России, в регионе?

2. Что включают в себя основные рекомендации ВОЗ по грудному вскармливанию?

3. Каковы преимущества грудного вскармливания?

4. Существуют ли противопоказания к грудному вскармливанию?

5. Каковы особенности формирования мотивации в условиях женских консультаций, родильных домов?

6. Каковы технологии поддержки грудного вскармливания в регионе?

## **Раздел 2. Преимущества грудного вскармливания.**

**Цель:** изучить преимущества грудного вскармливания для женщины и новорожденного на основании данных доказательной медицины.

### **Преимущества для женщины и новорожденного на основании данных доказательной медицины**

#### **ПРЕИМУЩЕСТВА СОВМЕСТНОГО ПРЕБЫВАНИЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА И КОРМЛЕНИЯ ПО ТРЕБОВАНИЮ**

Совместное пребывание матери и ребенка и кормление по требованию помогают в формировании эмоциональных связей и грудному вскармливанию.

Преимущества совместного пребывания:

- Мать может реагировать на ребенка, что помогает установлению эмоциональных связей
- Ребенок меньше плачет, меньше причин дать ему бутылочку
- Матери больше верят в кормление грудью
- Кормление грудью продолжается дольше

Преимущества кормления по требованию:

- Грудное молоко быстрее прибывает
- Ребенок быстрее набирает вес
- Меньше проблем типа нагрубания грудных желез
- Легче приучать ребенка к кормлению грудью

Оптимальная и сбалансированная пищевая ценность.

Полный состав и точный механизм действия биологических веществ женского молока до настоящего времени окончательно не изучены. Однако имеющиеся многочисленные сведения о грудном молоке позволяют утверждать, что альтернативы грудному вскармливанию нет.

При повышенных потребностях и относительно ограниченных функциональных возможностях детского организма самый сбалансированный продукт для детей раннего возраста - материнское молоко, которое рассматривается как «золотой стандарт» оптимального питания, отработанного эволюцией человека. Женское молоко обладает рядом преимуществ по сравнению с коровьим, которое традиционно применяется для производства различных смесей. В грудном молоке содержится идеальный для ребенка качественный и количественный состав белков, жиров, углеводов, минеральных веществ, витаминов, микроэлементов, и других биоэнергетических веществ. Соотношение белков, жиров и углеводов в женском молоке наиболее оптимально для усвоения и выражается как 1:3:6, что полностью удовлетворяет потребность в них организма ребенка.

Белки грудного молока в целом представлены более низким (почти в 2 раза) содержанием по сравнению с их количеством в коровьем молоке. Поэтому энергетическая ценность за счет белка в женском молоке покрывается приблизительно на 8%, в то время как в коровьем молоке на 20%. Но в отличие от последнего, состав женского молока характеризуется преобладанием в нем белков молочной сыворотки: альбуминов и глобулинов и меньшим количеством казеина.

Соотношение суммы сывороточных лактоальбуминов и лактоглобулинов к казеину в женском молоке составляет 3:2, в коровьем — 1:4. Это отражается на створаживании молока в желудке. Мелкодисперсные альбумины грудного молока створаживаются более нежными мелкими хлопьями и легче перевариваются. Казеин женского молока в основном является бета-казеином, который створаживается в желудке ребенка также более нежно, в отличие от альфа-казеина, преобладающего в коровьем молоке.

Благодаря сходству биохимического строения белков сыворотки крови и белков женского молока, часть из них (приблизительно 1/3) всасывается



слизистой оболочкой желудка и переходит в кровь в малоизмененном виде. Основная часть белка женского молока переваривается в желудочно-кишечном тракте путем гидролиза и аминокислоты всасываются через кишечную стенку.

Биологическая ценность женского молока значительно выше коровьего за счет оптимального соотношения аминокислот и большего количества среди них - незаменимых, что обеспечивает наиболее качественный и экономичный синтез собственных белков организма ребенка. В последние годы особое значение придается тому факту, что среди аминокислот женского молока определенная часть имеет не гидролитическое происхождение, а содержится в нем в свободной форме. Это, с одной стороны, облегчает усвоение аминокислот пищи, а с другой - изменяет их баланс. Среди свободных аминокислот женского молока особая роль принадлежит таурину, концентрация которого значительно выше таковой в коровьем молоке. Таурин оказывает существенное влияние на обеспечение роста и дифференцировки ЦНС детей раннего возраста.

Жиров в женском молоке почти столько же, сколько и в коровьем. Наибольшую часть жира грудного молока составляют триглицериды - 98%, остальная часть приходится на холестерол, фосфолипиды и свободные жирные кислоты. Женское молоко характеризуется высочайшей сбалансированностью жирового компонента, обеспечивающего до 50% энергетических потребностей ребенка. Для ребенка первых месяцев жизни усвоение жира и процессы эндогенного липогенеза имеют особое значение еще и потому, что они обеспечивают важные пластические функции организма.

Триглицериды женского молока имеют наиболее оптимальную для ребенка структуру расположения пальмитиновой и стеариновой кислот, что существенно облегчает их переваривание. Жир женского молока характеризуется мелкодисперсностью и малым содержанием низкоцепочечных жирных кислот, что облегчает его переваривание.

Коэффициент усвоения жира женского молока составляет 90-95%, что в значительной степени зависит от липаз, содержащихся в женском молоке. Оптимальному усвоению жира материнского молока способствуют высокая концентрация в нем фосфатидов, способствующих более ранней и обильной секреции желчи, более активному всасыванию жиров в верхних отделах тонкой кишки, замыканию привратника при переходе пищи в двенадцатиперстную кишку.

В составе жира женского молока преобладают ненасыщенные эссенциальные жирные кислоты (11% всех жирных кислот), которые не синтезируются в организме ребенка и относятся к незаменимым. В жире женского молока гораздо больше, чем в коровьем молоке 3- и 6-омега жирных кислот, а также линолевой, альфа-линоленовой, декозагеновой и арахидоновой кислот. Так, содержание линолевой кислоты в женском молоке в 5 раз выше, чем в коровьем. Эссенциальные жирные кислоты участвуют в развитии и дифференцировке клеток центральной и периферической нервной системы, миелинизации нервных волокон, формировании клеточных и митохондриальных мембран, процессов электрогенеза в мышечной ткани сердца, поверхностно-активных веществ легочной ткани, стероидных гормонов, желчных кислот, регулируют отложение холестерина и др.

Содержание жира в женском молоке величина непостоянная и зависит от многих факторов, составляя в среднем около 3,5%.

Углеводов в женском молоке больше, чем в коровьем. В 100 мл женского молока содержится до 6-7 г углеводов и представлены они до 90% лактозой, причем большую часть составляет (3-лактоза. Усвоение лактозы происходит в тонкой кишке, где она гидролизуется в глюкозу и галактозу, после чего всасывается. В толстой кишке лактоза ферментируется с помощью *B. Bifidum* в молочную кислоту, что обеспечивает низкий уровень рН стула детей, находящихся на естественном вскармливании. Это препятствует росту патогенной флоры. Росту бифидобактерий способствуют олигосахариды, самая высокая концентрация которых содержится в

молозиве, в зрелом молоке их количество в 2 раза снижается. Лактоза оказывает влияние на процессы всасывания кальция в тонком кишечнике, а также железа, цинка, магния и меди. Лактоза выполняет не только энергетическую роль в организме ребенка, но и очень важна для пластических процессов. Так, продукт гидролиза лактозы - галактоза является необходимым компонентом цереброзидов нервной ткани, формирующих миелиновую оболочку нервных волокон, мукополисахаридов роговой оболочки глаза.

Витамины женского молока представлены жирорастворимыми и водорастворимыми. Содержание витаминов в женском молоке достаточно вариабельно и в значительной степени зависит от сезона года и витаминной ценности пищи кормящей. В среднем в женском молоке преобладают жирорастворимые витамины, количество которых более стабильно, что связано с накоплением многих из них жировыми депо.

Витамин А женского молока представлен в основном ретинолом и меньше бета-каротинами. Концентрация его приближается к 200 м.е. на 100 мл. Как правило, дети, получающие грудное молоко хорошо защищены от гиповитаминоза А вследствие наличия депо витамина в печени.

Витамин D в женском молоке содержится в небольшом количестве - 5-20 м.е. на 1 литр. Доношенные дети, вскармливающиеся материнским молоком имеют риск гиповитаминоза D в случаях, если мать плохо питается и не бывает достаточно на солнце. Многие медицинские школы Европы и США рекомендуют дополнительное введение витамина D ребенку в профилактических дозах до 400 м.е. в масляном растворе.

Витамин E в достаточно большом количестве находится в молозиве, но в зрелом молоке его содержание невелико - до 2 м.е. на 100 мл. Высокая вероятность гиповитаминоза E существует у маловесных недоношенных детей.

Витамин K в молоке присутствует в низких концентрациях - 1-2 мкг на 100 мл. Основным путем обеспечения ребенка витамином K является

бактериальный синтез после завершения колонизации кишечника микрофлорой. Как правило, незрелые дети нуждаются в дополнительном введении этого витамина.

Водорастворимые витамины (аскорбиновая и никотиновая кислота, рибофлавин, тиамин, пиридоксин, фолиевая кислота и витамин В12) содержатся в женском молоке пропорционально их поступлению в пищевой рацион кормящей матери. Витамины группы В в основном синтезируются в кишечнике ребенка под воздействием бифидус-фактора грудного молока.

Минеральных веществ в женском молоке приблизительно в 3-3,5 раза меньше, чем в коровьем, но их соотношение наиболее благоприятное для усвоения организмом ребенка. Так, соотношение кальция и фосфора в женском молоке идеально (2:1) по сравнению с коровьим (1:1). Содержание хлора, калия и натрия в грудном молоке также меньше, чем в коровьем, что обуславливает более низкую его осмолярность. Естественное вскармливание обеспечивает наиболее оптимальный водно-электролитный баланс организма ребенка, при котором не требуется дополнительное введение воды. Тогда как, коровье молоко содержит более высокие уровни белка и минеральных веществ, обладая более высокой осмолярностью. Высокоосмолярное питание при искусственном вскармливании создает серьезную угрозу нормальному функционированию не совсем зрелой мочевыделительной системы детей. При этом требуется обязательное дополнительное питье ребенку.

Основные микроэлементы в женском молоке находятся не только в больших количествах по сравнению с коровьим молоком, но и в более оптимальной для усвоения форме. Например, уровень железа относительно невысок, вместе с тем отмечается его высокая биодоступность. Из грудного молока абсорбируется 49 % железа, что значительно выше, чем из любой другой пищи. Это же относится к меди и цинку.

В целом, количество микроэлементов в грудном молоке довольно изменчиво и зависит от поступления их в организм кормящей. В некоторых географических зонах наблюдается эндемичность по малому поступлению

тех или иных микроэлементов в организм беременной и кормящей женщины, что вызывает необходимость диетической или фармакологической коррекции питания.

Высокая усвояемость пищевых веществ.

Оптимальное усвоение всех нутриентов женского молока обуславливается не только их качеством, но и присутствием в нем отдельных гормонов и ферментов, способствующих пищеварению. Энзимы женского молока существенно усиливают действие собственных ферментов ребенка. Грудное молоко содержит диастазу, трипсин, амилазу, липазу, биотинидазу в значительно больших количествах, чем коровье молоко. Так, активность амилазы женского молока в 100 раз выше, чем в коровьем молоке. В грудном молоке выявлены две липолитические системы, одна из которых активируется сывороткой, вторая - желчными кислотами. Липазы грудного молока в 25 раз активнее, чем в коровьем молоке, и за их счет расщепляется около 50% жиров. Перевариванию жиров содействуют и нуклеотиды женского молока, влияющие на их поглощение. Амилаза женского молока имеет активность в 10-60 раз выше, чем амилаза сыворотки крови. Биотинидаза особенно активна в молозиве, что, возможно, связано с необходимостью активного метаболизма биотина в процессе ранней неонатальной адаптации. Пока это окончательно не изучено.

Защитная роль грудного молока.

В постнатальный период новорожденные и грудные дети приобретают пассивный иммунитет за счет гуморальных и клеточных факторов грудного молока. Женское молоко содержит большое количество разнообразных противомикробных факторов: иммуноглобулины А, М и G, лактоферрин, лакто-пероксидазу, комплемент, лизоцим, интерферон, противостафилококковый фактор, рибонуклеазоподобный фактор, бифидус-фактор, лимфоциты и макрофаги.

Среди иммуноглобулинов материнского молока основную роль играет Ig A, который на 90% представлен секреторным - SigA. Обладая свойствами

антител, SigA по принципу системы «антиген-антитело» блокируют активность многих бактерий (энтеропатогенных штаммов кишечной палочки, шигелл, сальмонелл, стафилококков, пневмококков, возбудителей дифтерии и столбняка) и вирусов (коксаки, ЕСНО, рота-вирусов).

IgM и IgG грудного молока по иммунологическим свойствам сходны с соответствующими характеристиками иммуноглобулинов сыворотки крови, что указывает на поступление их в молоко из крови матери.

Особую защитную роль женскому молоку придает лактоферрин, содержание которого в 10 раз превышает его уровень в коровьем молоке. К действию лактоферрина восприимчивы различные грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, аэробы и анаэробы, грибы рода *Candida*. Легко связываясь с железом и цинком, лактоферрин также обеспечивает высокую абсорбцию этих микроэлементов.

В грудном молоке содержится большое содержание лизоцима, действующего не только бактериолитически, но и влияющего на рост бифидофлоры. Его активность в грудном молоке в 2 раза выше лизоцима куриного яйца, принятого за эталон и в 100-300 раз активнее лизоцима коровьего молока.

Важную роль в создании антибактериального иммунитета грудного ребенка играют клеточные факторы грудного молока, роль которых до сих пор еще выяснена не до конца. Макрофаги содержатся в самых высоких концентрациях, за ними следуют лимфоциты и нейтрофильные гранулоциты. Эти клетки помогают предотвратить инфекцию как путем фагоцитоза, так и секрецией иммунных веществ, специфических ко всем микроорганизмам, с которыми контактирует мать.

Естественное вскармливание означает вскармливание ребенка грудным молоком матери и представляет собой период лактотрофного питания.

## ТЕРМИНОЛОГИЯ

Естественное, или «грудное», вскармливание - кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери.

Должно быть обозначено:

1. Вскармливание кормилицей;
2. Вскармливание молоком из бутылочки;
3. Вскармливание обработанным материнским или донорским молоком.

Исключительно грудное вскармливание - грудью матери и введение соков с трех месяцев.

Преимущественное грудное вскармливание - грудь матери и дополнительно соки-прикорм в количестве 30 г в сутки, либо нерегулярное использование молочных смесей (докорма) объемом до 100 мл/сут обязательно из ложки.

«Дополнительное» или «частичное» грудное вскармливание - грудь матери и регулярные до кормы смесями (объемом более 100 мл/сут) или введение прикорма объем более 30 г/сут.

Варианты частичного грудного вскармливания:

1. Смешанное вскармливание — при сохранении одного грудного кормления (более 100-150 мл материнского молока), при остальных кормлениях - заменители грудного молока;
2. Грудное вскармливание с прикормами;
3. По степени дополненности: «умеренное дополненное» (смеси или при кормы в объеме до 300 мл/сут); «значимо дополненное» - до 600 мл; «знаковое, или символическое, грудное вскармливание» - прикладывание к груди как форма психологической защиты вне пищевого обеспечения.

«Искусственное вскармливание» - питание молочными смесями - заменителями женского молока, при наличии однократного прикладывания к груди до 50-100 мл или полном отсутствии грудного вскармливания.

Маммогенез протекает в течение первых 2-3 мес. беременности. Паренхима молочных желез гипертрофируется. Эпителиальные клетки трансформируются в ацинусы, каналы протока удлиняются, сосудистый аппарат увеличивается.

Развитие молочной железы осуществляется под влиянием гормонов - эстрогенов и прогестерона.

Эстрогены вызывают развитие молочных ходов, а прогестерон обеспечивает увеличение ацинусов. На процесс маммогенеза оказывают влияние гормоны (пролактин, соматотропный, адренокортикотропный, тиреотропный гормоны), поджелудочной железы (инсулин) и плацента.

Лактогенез. Регуляция лактогенеза сложна. Резко возрастает активность пролактина. Во время беременности увеличивается в 20 раз. При прикладывании к груди синтез пролактина у матери рефлекторно повышается. Пролактин прямо воздействует на секреторные клетки ацинуса молочной железы.

Галактопоз обеспечивается секрецией молока эпителиальными клетками ацинуса и актом сосания. В регуляции галактопоза принимают участие соматотропный и тиреотропный гормоны, которые способствуют образованию молока, а также большое значение придается психическим факторам.

Фаза автоматизма наступает после родов. В регуляции лактации выступает рефлекторное влияние акта сосания. Опорожнение ацинусов является стимулирующим фактором секреции молока.

Лактация

Молочная железа наибольшего развития достигает во время беременности и после родов. В развитии молочной железы можно выделить 4 фазы:

1. Маммогенез (фаза развития молочной железы);
2. Лактогенез (секреция молока);
3. Галактопоз (накопление секретированного молока);
4. Автоматизм секретирования молочной железы.

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО МОЛОКА**

Дети, находящиеся на грудном вскармливании в 3 раза реже болеют кишечными инфекциями, в 2,5 раза - инфекционными заболеваниями, в 1,5 раза - респираторными заболеваниями.



В молозиве и женском молоке содержатся антитела к кишечным инфекциям (к О-антигену сальмонелл, эшерихиям, шигеллам, холере, ротовирусам, энтеровирусам), респираторным инфекциям (грипп, реовирусная инфекция, гемофилюс, инфлюэнца, хламидии, пневмококки и др.), к возбудителям вирусных заболеваний (вирус полиомиелита, цитомегаловирус, эпидемического паротита, герпеса, краснухи, коксаки и ЕСНО и др.), к бактериальным инфекциям (М-стафилококк, стрептококк, пневмококк, столбнячный токсин и др.).

В женском молоке и особенно молозиве содержатся иммуноглобулины всех классов (А, М, G, Д), значительно содержание Jg А в молозиве. Этот иммуноглобулин выполняет роль первой защиты организма против инвазии патогенных микробов. В молозиве родильниц содержание Jg М в 1,2 раза меньше, чем в крови. В сутки ребенок получает около 100 мг Jg М, что в 40-50 раз меньше, чем Jg А. Содержание Jg G в женском молоке в 25 раз меньше, чем в крови. В молозиве обнаружены Jg Д, его роль изучена недостаточно.

В первый месяц лактации в женском молоке присутствует лактоферрин, который активизирует фагоцитоз и связывает железо бактерий кишечника и тем самым блокирует образование бактериальной флоры. В коровьем молоке его содержание (лактоферрина) в 10-15 раз меньше. В молозиве содержатся компоненты комплемента C<sub>3</sub> и C<sub>4</sub>, лизоцима в женском молоке в 100-300 раз выше, чем в коровьем. Последний повреждает оболочку грамположительных и некоторых грамотрицательных бактерий. Лизоцим стимулирует образование амилазы слюны и способствует повышению кислотности в желудке.

В женском молоке содержится бифидус - фактор, его активность в 100 раз выше, чем в коровьем. Этот углевод способствует образованию молочной и уксусной кислот, благодаря чему кислая реакция кала препятствует росту стафилококка, шигелл, сальмонелл и эшерихий. При естественном вскармливании соотношение лактобактерий в кишечнике к другим

микроорганизмам 1000:1, при искусственном вскармливании - 10:1. Лимфоциты и моноциты женского молока могут продуцировать интерферон. Также обнаруживаются в молоке плазматические клетки, макрофаги, нейтрофилы, лимфоциты, макрофаги сохраняют свою активность в желудке и кишечнике ребенка и они способны синтезировать интерферон, лактоферрин, лизоцим, компоненты комплемента С<sub>3</sub>, С<sub>4</sub> и стимулируют рост эпителия кишечника. Таким образом макрофаги сохраняют свое значение как защитный фактор при кишечных инфекциях.

Содержание лимфоцитов в женском молоке не превышает  $0,2 \times 10^5$  клеток в 1 мл, около 34% составляют В-лимфоциты, способные синтезировать Jg А, около 50% - Т-лимфоциты. Т-лимфоциты представлены хелперами, супрессорами, клетками памяти, они продуцируют лимфокины, которые переходят в кровь ребенка. Содержание нейтрофилов в молоке ( $5 \times 10^4$ ), они синтезируют пероксидазу, обладают способностью к фагоцитозу.

Женское молоко, в отличие от коровьего, содержит многие гормоны гипофиза (СТГ, ТТГ, гонадотропин), щитовидной железы (Т<sub>3</sub> и Т<sub>4</sub>) и др. Кроме того в женском молоке содержатся более 30 ферментов, которые участвуют в гидролизе молока (протеолитические, липолитические и др.), что способствует аутолизу женского молока, обеспечивая его высокий уровень усвоения. Особое внимание заслуживает быстрое нервно-психическое развитие детей, находящихся на грудном вскармливании, чем детей на искусственном. Способности детей к обучению в школе выше у детей, получавших материнское молоко (они лучше усваивают математику). Это обусловлено получением ребенком эссенциальных жирных кислот, галактозы, а также тесным контактом ребенка с матерью.

## **КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНСКОГО МОЛОКА**

В конце беременности первые три дня после родов выделяется молозиво - клейкая, густая жидкость желтого цвета, обусловленный жиром. В молозиве

больше белка, в 2-10 раз витамина А и каротина, в 2-3 раза аскорбиновой кислоты, больше витамина В<sup>1</sup> и Е, в 1,5 раза больше солей, чем в зрелом молоке. Альбуминовая и глобулиновая фракции белков преобладают над козеином. Особенно много в молозиве иммуноглобулина А. Содержание жира и молочного сахара в молозиве ниже, чем в зрелом молоке. Имеются молозивные тельца, наполненные жировыми капельками, это перерожденные лейкоциты, макрофаги и лимфоциты, В-лимфоциты, секреторный Jg А, формируя местный иммунитет кишечника и слизистых оболочек. Белки молозива могут всасываться в желудке и кишечнике в неизменном виде, т.к. они идентичны белкам сыворотки крови ребенка.

Как видно из таблицы 1, в женском молоке содержится почти в 2 раза меньше белка, золы, но больше углеводов (лактозы), чем в коровьем. Количество жира не отличается от коровьего молока. Женское молоко отличается низкой зольностью, что имеет значение для функционирования почек. Соотношение количества сывороточных лактоальбуминов и лактоглобулинов к казеиногену составляет 3:2, в коровьем молоке - 1:4. Это отражается на створаживании молока в желудке, казеин дает крупные хлопья, а альбумин - мелкие, вследствие чего увеличивается поверхность, доступная для гидролиза ферментами.

*Таблица 1*

**Динамика химического состава женского молока в процессе его созревания (в расчете на 100 мл)**

Компонент	Молозиво	Переходное	Зрелое	Процент
			молоко	от
	(1-5-й день)	молоко	(более	молозива
		(6-14-й день)	15	
			дней)	

Белок, г	2,3	1,6	1,1	47
Жир, г	2,9	3,5	4,5	155
Лактоза, г	5,7	6,4	6,8	119
Энергетическая				
ценность, ккал	67	73	75	112
Витами А, мг	0,16	0,09	0,06	37
Каротиноиды, мг	0,14	0,04	0,02	14
Витамин Е, мг	1,5	0,9	0,2	13
Натрий, мг	50	30	17	34
Калий, мг	74	64	50	68
Кальций, мг	<b>48</b>	46	34	71
Цинк, мг	1,2	3,8	5,6	467

Благодаря биологической близости строения белков женского молока к белкам сыворотки крови ребенка 1/3 их всасывается слизистой оболочкой желудка и переходит в кровь в малоизмененном виде.

Основными компонентами жира женского молока являются триглицериды (стеариновая и пальмитиновая кислота), в грудном молоке содержание пальмитиновой кислоты ниже, что способствует легкому гидролизу. Пищевая ценность триглицеридов коровьего молока ниже, чем женского. В составе жира женского молока преобладают ненасыщенные эссенциаль-ные жирные кислоты, они не синтезируются в организме человека, а в коровьем молоке их содержится ничтожное количество. Значительно больше содержание эссенциальных жирных кислот, что имеет важное значение для развития мозга, сетчатой оболочки глаз, процессов электрогенеза в мышечной ткани сердца и нервных клетках головного мозга.

Источником образования молочного сахара (лактозы) в молочной железе является глюкоза. В женском молоке содержатся простогландины Е и F. Большое значение имеет высокая концентрация в жире женского молока фосфатидов, в молозиве содержится 6,1 % фосфатидов, а в коровьем 0,049-0,0058%. Фосфатиды обуславливают замыкание привратника при переходе пищи в 12-перстную кишку, что обеспечивает равномерную эвакуацию из желудка. Среди фосфатидов основное место занимает лецитин, он ограничивает отложение балластного жира и способствует синтезу белков в организме.

Абсорбционный коэффициент жира женского молока составляет 90%, а коровьего молока - меньше 60%. Это объясняется содержанием фермента липазы, которая расщепляет жир молока, вот почему переваривание жира и усвоение легче при естественном вскармливании.

Количество молочного сахара (лактозы) в женском молоке больше, чем в молоке животных. В женском молоке содержится  $\beta$ -лактоза, в коровьем -  $\alpha$ -лактоза.  $\beta$ -лактоза медленнее усваивается в тонкой кишке и успевает дойти до толстой кишки, где стимулирует рост грамположительной бактериальной флоры.  $\beta$ -лактоза стимулирует синтез витаминов В и влияет на состав липидов.

Большое значение имеет наличие в женском молоке олигоаминосахара, который стимулирует рост бифидобактерий (бифидус-фактор). Бифидогенность грудного молока в 40 раз выше, чем коровьего. Преимущественное содержание лактозы среди сахара имеет важное биологическое значение, благодаря наличию галактозы, которая способствует синтезу галактозо-цереброзидов мозга.

Женское молоко имеет низкую зольность, соотношение кальция и фосфора в женском молоке 2 - 2,5: 1, в коровьем молоке 1:1. Это сказывается на их всасывании и усвоении.

В женском молоке содержится значительно больше жирорастворимых витаминов (А, Д, Е), чем в коровьем.

Таким образом, женское молоко в процессе эволюции приобрело ряд биологических свойств, которые способствуют нормальному развитию ребенка. Женское молоко - для ребенка. Коровье молоко - для теленка!

Грудное вскармливание является «золотым стандартом» питания детей до года.

## **ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ И КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ**

Во 2-й половине беременности и в период кормления грудью потребность женщины в основных пищевых ингредиентах, минеральных веществах, витаминах и энергии увеличивается. Калорийность рационов беременной женщины должна увеличиваться к II - III триместру на 300 ккал за счет дополнительного белка (15%), жира (31%), углеводов (55%).

*Таблица 2*

### **Суточная потребность женщины во 2-ой половине беременности и в период лактации в основных питательных веществах и энергии**

Питательные вещества и энергия	Вторая половина беременности	Период лактации
Белок, г/ в т.ч. животный	110-120/60	120/60-70
Жир, г/ в т.ч. растительный	80-100/15-20	100-110/20-25
Углеводы, г/калорийность ккал	300-400/ 2800-3000	450- 500/3200- 3500

Таблица 3

**Примерный суточный набор продуктов питания во второй половине беременности и в период лактации**

Продукты	Рацион питания	
	2 половина беременности	Период лактации
Мясопродукты	120 г	200 г
Рыбопродукты	100 г (не более двух раз в неделю)	150-200 г (не более двух раз в неделю)
Молоко	250 мл	500 мл (на приготовление блюд), 250 мл в цельном виде
Кисломолочные продукты (кефир, ряженка)	250 мл	250 мл
Творог	100-150 г	150-170 г
Сыр	20 г	20-30 г
Сметана	30 г	50 г
Масло сливочное	15 г	20-30 г
Масло растительное	25 г	35 г
Яйцо	1 шт.	1 шт.
Крупы, макаронные изделия	60 г	60 г
Овощи: картофель	200 г	200 г

капуста	100 г	100 г
свекла	100 г	100 г
морковь	100 г	100 г
томаты и прочие овощи	200 г	200 г
Фрукты, ягоды	200 г (или сок)	200 г
Сок		200 г
Зелень	30-50 г	30-50 г
Сахар	40 г	50 г
Хлеб ржаной	100 г	150 г
Хлеб пшеничный	100 г	100 г
Кондитерские мучные изделия (печенье, булочка)	100 г	150 г
Объем свободной жидкости (чай, молоко, компоты, соки, супы)	1-1,2 л (при наклонности к отекам - 0,8)	2л

## ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

*Таблица 4*

**Потребности детей первого года жизни в нутриентах и их содержание в грудном молоке (на 100 мл)**

	Потребность		Женское
	0-6 мес.	<b>6-12</b> мес.	МОЛОКО



<b>Витамины:</b>			
А	420	400	656
РЕ	1400	2000	2470
Е, мг	3	4	1,3-3,3
С, мг	35	35	51
В <sub>1</sub> мг	0,3	0,5	0,14
В <sub>2</sub> , мг	0,4	0,6	0,37
РР, мг	6	8	2,0
В <sub>6</sub> , мг	0,3	0,6	0,11
В <sub>12</sub> , МГ	0,5	1,5	0,46
Фолиевая кислота	30	45	51
<b>Минеральные вещества:</b>			
Кальций, мг	360	540	328
Фосфор, мг	240	360	144
Натрий, мг	115-350	250-750	141
Калий, мг	350-925	425-1275	523
Магний, мг	50	70	31
Иод, мг	40	50	30-100
Железо, мг	10	15	0,3
Цинк, мг	3	5	1,8
Медь, мг	0,4-0,6	0,6-0,7	

При грудном вскармливании основным источником поступления микронутриентов для ребенка является материнское молоко.

В случае снижения поступления йода с грудным молоком у ребенка возникает зоб, который в свою очередь приводит к нарушению физического и интеллектуального развития, снижает его резистентность к повреждающим факторам окружающей среды. Проблема адекватной обеспеченности ребенка йодом в первый год жизни является приоритетной задачей. Общепринято в течение всего периода лактации проводить йодную профилактику среди кормящих матерей. Для этого используется препарат «Йодид-200» производства фирмы МЕРК (Германия) в дозе 1 таблетка в день. Это позволяет гарантировано обеспечить потребность ребенка в йоде и профилактирует развитие зоба у матерей, покрывая повышенную потребность в йоде в период лактации.

Рекомендуемые нормы ежедневного потребления йода (воз, Детский фонд оон (юнисеф), Международный

#### Норма йода

*Таблица 5*

Совет по контролю за йододефицитными состояниями, 1996 г.

<b>Возрастная группа</b>	<b>Норма йода</b>
Первый год жизни	50 мкг
Дошкольный возраст	90 мкг
7-12 лет	120 мкг
Старше 12 лет и взрослые	150 мкг
Беременные и кормящие женщины	200 мкг

Данным требованиям соответствуют препараты «Йодид-100» и «Йодид-200» фирмы MERCK (Германия).

Для правильного роста и развития ребенка на первом году жизни важнейшее значение имеет обеспечение быстро растущего организма витаминами, в том числе витамином Д, осуществляющим регуляцию фосфорно-кальциевого обмена и предупреждающим развитие рахита. При этом особенно важно качество препаратов, используемых для профилактики.

Общемировая педиатрическая клиническая практика рекомендует использовать для профилактики рахита препараты витамина Д (Д<sub>3</sub> - холекальциферол, витамин Д<sub>2</sub> -эргокальциферол). Использование масляной формы витамина Д<sub>3</sub> повышает его доступность и улучшает резорбцию в желудочно-кишечном тракте и применение его более эффективно для человека в сравнении с эргокальциферолом.

Таблица 6

**Режим и периоды естественного вскармливания. Режимы детей первого года жизни**

№ режима	Воз-раст (мес.)	Число кормлений	Интервалы между кормлениями (часы)	Кормления Часы	Ночной интервал (часы)	Бодрствование (максимальная длительность в часах)
1а-свободное	0-1	Не менее		Кормления по требованию	по	1-1,5

вскарм		10				
лива-						
ние						
1	1-3	7	3	6-9-12-15- 18-21-24	6	1-1,5
2	1-5-6	6	3,5	6-9.30-13- 16.30- 20-23.30	6,5	1,5-2
3	5-6-9	5	4	6-10-14- 18-22	8	2-2,5
4	9-12	5	4	6-10-14- 18-22	8	2,5 - 3,5

### Методы расчета объема питания

Объемы питания должны соответствовать физиологической вместимости желудка новорожденного и младенца.

Объем желудка: при рождении - 7 мл;

на четвертые сутки - до 40 мл;

на десятые сутки - до 80 мл;

с каждым последующим месяцем - увеличение на 25 мл.

### Первые 10 дней жизни

Формула Г.И.Зайцевой.

Суточный объем молока = 2% массы при рождении умножить на возраст в днях.

*Пример:* возраст ребенка - 5 дней, масса при рождении - 3,500, суточный объем молока =  $70 \times 5 = 350$  мл. на одно кормление 50 мл (7 раз в сутки)

Формула Финкельштейна.

Если масса ребенка при рождении менее 3200г, то суточный объем молока = возраст в днях умножить на 70.

Если масса ребенка при рождении более 3200г, то суточный объем молока = возраст в днях умножить на 80.

*Пример:* возраст ребенка - 6 дней, масса при рождении 3100 г, суточный объем молока  $6 \times 70 = 420$  (мл), на одно кормление 60 мл при 7 разовом кормлении.

При массе 3500 г -  $6 \times 80 = 480$  (мл), на одно кормление 70 мл.

#### Объемный метод

Суточный объем питания составляет:

в возрасте от 10 дней до 2 мес.  $1/5$  от массы

2-4мес.  $1/6$  -//

4-6 мес.  $1/7$  -//-

6-8 мес.  $1/8$  -//-

старше 8 мес. до 1 года 1000 - 1200 мл

#### Калорийный метод ,

Суточный объем пищи рассчитывается исходя из потребности ребенка в энергии и содержания калорий в продуктах питания. Метод удобен для расчета объема питания в первые 6 месяцев жизни.

*Пример:* возраст ребенка 2 месяца, масса тела 4,6 кг, потребность в энергии (ккал) - 115 ккал на 1 кг массы тела. В сутки ребенок должен получать  $4,6 \times 115 = 530$  ккал.

1 литр (1000 мл) женского молока содержит 700 ккал. Суточный объем молока 760 мл, на одно кормление при 6 разовом питании 130 мл.

Помимо прикорма существует понятие дополнительного фактора питания, которые даются значительно раньше прикорма. Первый дополнительный фактор питания в виде фруктового сока дают детям 3-3,5 месяцев. Используют свежеприготовленный яблочный сок, начиная с 0,5 чайной ложки. В течение нескольких дней доводят количество сока до 20-30 мл. Первым в рационе ребенка целесообразно вводить яблочный сок (низкая

кислотность и невысокая аллергенность). Кислые соки необходимо разводить кипяченой водой. Фруктовые пюре можно ввести через 2 недели после назначения соков, с 3-5 г и увеличивая до 80-100 г к 10-12 месяцам.

**Таблица 7 Схема введения пищевых добавок**

<b>Фруктово-ягодный сок</b>	<b>Фруктово-ягодное пюре</b>	<b>Желток</b>	<b>Творог</b>
		<b>вводится с</b>	
<b>вводится с 3-го месяца</b>		<b>с 7-го месяца</b>	<b>с 6-го месяца</b>
Сок начинать с капель, пюре - с 0,5 чайной ложки. В течение 7-10 дней довести до необходимого суточного объема, считываемого по формуле $p \times 10$ , где $p$ - количество месяцев, но не более 100 мл во втором полугодии. Давать после кормления или между кормлениями. Используются свежеприготовленные соки, так и в виде фруктово-ягодных консервантов для детского	Начинать с 1/8 желтка. К концу месяца довести до 'Л. Давать ежедневно до конца года по 1/2 желтка в начале кормления, предварительно растерев с молоком или с блюдом прикорма.	Начинать с 1/8 желтка. К концу месяца довести до 'Л. Давать ежедневно до конца года по 1/2 желтка в начале кормления, предварительно растерев с молоком или с блюдом прикорма.	Начинать с 5 граммов (1 чайная ложка). По-степенно, в течение месяца довести до 20г. К концу года - 50г. Давать в конце кормления.

питания.		
----------	--	--

Последовательность введения соков из разных фруктов и овощей:

яблочный -» сливовый —> абрикосовый —» персиковый -> вишневый -» черносмородиновый -> гранатовый —> клюквенный -> лимонный -» морковный —> свекольный —> капустный.

**ОСТОРОЖНО!** Цитрусовые, томатные, малиновые, клубничные соки, соки из тропических плодов - манго, папайя, гуава следует давать не ранее 6-7 месяцев.

**НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ!** Виноградный сок.

### **Шаг 10 из "Десяти шагов к успешному грудному вскармливанию"**

В этом шаге говорится: "Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы". Многие матери отказываются кормить грудью или начинают вводить прикорм в первые недели жизни ребенка.

Чаще всего в это время и возникают трудности. Тем не менее, многих матерей выписывают через день или два после родов, когда у них еще не успевает "прибыть" молоко и наладиться кормление грудью. Даже хорошо поставленная в больнице практика не может исключить все трудности.

Они не могут уверить в том, что матери будут кормить исключительно грудью. Поэтому важно предусмотреть, что может случиться, когда матери окажутся дома.

Возможные источники помощи кормящим грудью матерям включают:

- Поддержка семьи и друзей.

Часто это самый главный источник поддержки. Общественная поддержка часто может быть хорошей там, где крепки традиции грудного вскармливания и где члены семьи живут недалеко друг от друга. Однако некоторые традиционные понятия могут быть ошибочны. Многие женщины, особенно в городах, не имеют особой поддержки. Или у них могут найтись друзья или родственники, поощряющие кормить из бутылочки.

- Ранний постнатальный контроль в течение недели после выписки из больницы.

Этот контроль должен включать наблюдение за кормлением грудью и обсуждение того, как оно протекает. Вы можете помочь матерям справиться с мелкими трудностями, пока они не стали серьезными проблемами.

- Регулярный контроль и продолжение оказания помощи со стороны служб здравоохранения.

Этот контроль также должен включать наблюдение за кормлением грудью, а также обсуждение вопросов планирования семьи

- Продолжение оказания помощи со стороны служб здравоохранения. Всегда во время контактов медсестры с матерью и ребенком до исполнения ему 2 лет, она должна выступать в поддержку кормления грудью.

- Помощь со стороны общественных работников здравоохранения. Общественным работникам здравоохранения часто бывает легче оказать помощь кормящим грудью матерям, так как они могут жить поблизости. Они могут чаще видеть мать и уделить ей больше времени, чем работники учреждений здравоохранения. Было бы полезным обучить общественных работников здравоохранения искусству консультирования по вопросам кормления грудью.

- Группы в поддержку грудного вскармливания.

### **Психологические преимущества грудного вскармливания**

Грудное вскармливание способствует формированию между матерью и



ребенком тесных, нежных взаимоотношений, от которых мать эмоционально получает глубокую удовлетворенность. Тесный контакт с ребенком сразу же после родов способствует налаживанию этих взаимоотношений. Дети меньше плачут и быстрее развиваются, если они остаются со своими матерями и вскармливаются грудью сразу же после родов.

Матери, кормящие грудью, ласково реагируют на своих детей. Ребенок требует к себе меньше внимания и кормлений ночью. Матери значительно реже отказываются от своих детей или ругают их.

Некоторые исследования утверждают, что грудное вскармливание способствует интеллектуальному развитию ребенка. Дети с низкой массой тела при рождении, получающие грудное вскармливание в первые недели жизни, показали лучшие результаты на интеллектуальное тестирование в старшем возрасте, нежели искусственно вскармливаемые дети.

#### **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.**

1. Каковы преимущества грудного вскармливания?
2. Каковы преимущества грудного вскармливания для матери?
3. Каковы преимущества грудного вскармливания для ребенка?
4. Что такое смешанное вскармливание?
5. Что такое искусственное вскармливание?
6. Расскажите принципы оптимального грудного вскармливания?
7. Что входит в состав женского молока?
8. Какие виды молочных смесей вы знаете?

## **Раздел 3. Кормление грудью технология.**

**Цель:** изучить механизмы кормления грудью.

### **Механизмы кормления грудью**

#### **Периоды естественного вскармливания**

Основными периодами естественного вскармливания являются: подготовительный период, период взаимной адаптации, основной, прикормов и отлучения от груди.

Подготовительный период протекает во время беременности, когда в грудных железах происходят значительные изменения. Грудь увеличивается в размере, за счет разрастания долек, которые образуют молочные доли, а также млечных протоков. Нарастание веса каждой грудной железы в период беременности доходит примерно до 700 г, то есть объем увеличивается примерно на 200 мл. Грудь готовится к последующему производству молока.

С момента первого прикладывания малыша к материнской груди после рождения начинается период взаимной адаптации матери и ребенка. В этот период происходят изменения состава молока. Первые несколько дней грудь вырабатывает молозиво, затем оно сменяется переходным молоком и, наконец, приходит зрелое молоко. Все эти изменения происходят в течение месяца. Процесс разрастания грудных желез будет продолжаться еще 2 недели после рождения ребенка.

#### **Основной период или зрелая лактация.**

В промежуток с 1 по 3 месяц грудь становится мягкой, сильных приливов молока практически не бывает, если только мама не отсрочила предстоящее кормление.

Женщину может напугать то, что изменились ощущения в груди – все время она была наполненной, тяжелой, чувствовались приливы, а теперь

грудь практически всегда мягкая. Может, начинает пропадать молоко? Но причин для беспокойства нет, все в порядке.

Пришел период стабилизации, во время которого женщина не нуждается в дополнительных сцеживаниях, дабы не нарушить систему саморегуляции поступления молока. В этот период вырабатываемое количество молока в среднем составляет 750-850 мл в сутки.

С введением прикорма в питании малыша наступает следующий период вскармливания. Ребенок постепенно приучается к новым вкусовым ощущениям, но грудное молоко, по-прежнему, остается для него самой полезной пищей.

Зрелая лактация примерно после двух лет кормления всегда заканчивается периодом инволюции. Молока становится меньше, так как потребность в нем уменьшается – ребенок начинает хорошо кушать со взрослого стола. Молочная железа уменьшается в размере, состав молока меняется, и по содержанию антител становится похожим на молозиво. Прекращение лактации в период ее инволюции проходит легко, без особых проблем ни для мамы, ни для подросшего малыша. Именно в этот период производится отлучение ребенка от груди. оптимальными сроками отлучения от груди считаются 1 год 3 месяца – 2 года 6 месяцев.

Организм каждой женщины должен пройти все стадии лактации от становления до угасания. В этом случае, ее организм реализовывает природную программу - вскармливание своего потомства и продолжение рода. Реализация этой программы обеспечивает нормальное функционирование всех систем женского организма. Если лактация не проходит все составляющие части должным образом - становление, зрелая лактация и естественное ее прекращение в физиологические сроки, возможны сбои в какой-либо из систем организмов матери или ребенка.

### **Режим и техника грудного вскармливания**

Важную роль в становлении лактации у родившей женщины играет время первого прикладывания ребенка к груди, которое в настоящее время

рекомендуется осуществлять сразу же после рождения ребенка, непосредственно в родильном зале, в первые 30 мин после родов, с учетом состояния новорожденного и роженицы. Медперсонал оказывает помощь при первом прикладывании младенца к груди матери. Длительность первого контакта должна быть не менее 30 мин. Данные рекомендации содержатся в Приказе № 345 МЗ РФ «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутриутробных инфекций в акушерских стационарах».

Следует подчеркнуть, что раннее прикладывание к груди, которое в настоящее время является общепринятым в большинстве стран, не выполняет сколько-нибудь значимой функции питания. Среднее количество молозива, поступающего к ребенку, составляет около 2 мл. Вместе с тем, даже это количество молозива играет важную роль в становлении иммунологической защиты и снижении заболеваемости новорожденных, является важным моментом стимуляции лактации и обеспечения ее успешности и длительности. Наконец, имеются убедительные подтверждения роли раннего прикладывания в первичной адаптации новорожденного к внешнему миру и индуцировании психологической связи — привязанности матери и ребенка.

Первое прикладывание новорожденного к груди матери сочетается с осуществлением процедуры кожного контакта матери и ребенка. С этой целью новорожденного ребенка выкладывают голеньким на живот матери и накрывают стерильной простыней еще до окончания пульсации пуповины. После окончания пульсации ребенка забирают с живота, проводят первичную обработку пуповины, а затем снова возвращают ребенка на верхнюю часть живота матери. Для обеспечения успешного кожного контакта и завершения первого прикладывания к груди новорожденного лучше не обмывать водой, а также отложить все остальные процедуры (например, закапывание капель в глаза). Ребенка, лежащего на животе, мать придерживает рукой. Постепенно начинает выявляться «поисковое поведение» ребенка. Оно выражается в сосательных движениях, поворотах головки и ползательных движениях конечностей. Если ребенок не очень

активен, поисковые движения его губ и головки можно стимулировать мягким поглаживанием кожи около рта. В течение первых 0,5-2 ч большинство новорожденных способны самостоятельно найти и захватить ареолу материнской груди без помощи матери.

Если сосание при первом кожном контакте не состоялось, то держать ребенка на груди более двух часов нецелесообразно, так как он будет только спать. Важно указать, что прикладывание ребенка к груди и/или создание кожного контакта через 2-3 ч после родов значительно менее эффективно, чем прикладывание к груди в первые 30 мин после родов.

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

Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка очень ограничены. Они включают: наследственные энзимопатии, препятствующие усвоению молока (галактоземия, фенилкетонурия, болезнь кленового сиропа), тяжелые формы врожденных пороков развития (волчья пасть, заячья губа и др.). Вскармливание грудным молоком не рекомендуется также, если кормящая мать принимает цитостатики, антибиотические средства, гормональные препараты.

Важное значение для полноценной лактации имеет режим «свободного вскармливания» с первого дня жизни ребенка, под которым понимают прикладывание ребенка к груди столько раз и в такое время, в какое требует ребенок, включая ночные часы. Однако в нашей стране в течение многих лет основным подходом к вскармливанию детей было кормление строго по часам, с соблюдением вначале 3-х часового, а затем 3,5-часового перерыва между кормлениями. В последние годы произошел пересмотр этих рекомендаций, и в настоящее время признана существенно большая

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

Свободное вскармливание оказывает положительное влияние на становление лактации, длительность грудного вскармливания, состояние здоровья и физическое развитие ребенка, его психоэмоциональное развитие.

Частота кормления при свободном вскармливании зависит от активности сосательного рефлекса новорожденного и массы тела при рождении. Новорожденный ребенок может «требовать» от 8-10 до 12 и более прикладываний к груди за сутки. Длительность кормления может составлять 20 мин и более. К концу первого месяца жизни частота кормления обычно снижается до 7-8 раз и уменьшается продолжительность кормления.

Сразу после перевода матери и ребенка из родильного зала в послеродовое отделение, при отсутствии противопоказаний к кормлению грудью вообще и к свободному вскармливанию в частности, должно быть обеспечено совместное пребывание матери и новорожденного в палате «мать-дитя», где кровать ребенка размещается непосредственно около кровати матери. Матери предоставляется возможность общаться с ребенком в первые же часы после родов. Она может находиться с ним в одной палате, спать вместе с ним, кормить грудью, в случае необходимости мыть, брать на руки.

Для ребенка совершенно безопасно спать с матерью в одной постели. Она чутко реагирует на своего малыша, на любое его шевеление или звук, изданный им. Мать может продолжать спать под резкий звук будильника, но любой писк ребенка заставляет ее проснуться. Она может лечь на малыша и причинить ему вред только в том случае, если серьезно больна, приняла снотворное или находится в состоянии опьянения. С момента поступления новорожденного в палату совместного пребывания начинается длительный процесс их взаимного приспособления и взаимного обучения грудному вскармливанию. Этот процесс может быть сложным и утомительным. Персонал родильного дома, а также родственники должны оказать при этом максимальную поддержку матери как через адекватное обучение, так и через внушение уверенности в успешности вскармливания. Все женщины независимо от подготовки и прогноза лактации в период беременности сразу после родов должны обучаться кормлению грудью в условиях пребывания в палате «мать-дитя».

Наибольшую сложность при свободной системе вскармливания представляет правильная трактовка матерью крика ребенка. Даже в первые недели жизни причинами крика могут быть и неудобное положение, и раздражение от мокрой пеленки, и требование общения. В любом случае крик представляет собой призыв к материнскому вниманию, и мать должна научиться дифференцировать его. Для женщины такой режим, безусловно, более утомителен, но она должна понимать, что он является временным, а выигрыш исключительно значим. Он обеспечивает надежное формирование лактации и полноценное обеспечение ребенка идеальным питанием на длительный срок.

Следует еще раз подчеркнуть, что в отличие от прежних рекомендаций, исключавших ночное кормление детей, (исходя из представлений о том, что в ночное время желудок ребенка должен отдыхать), свободный режим вскармливания предусматривает сохранение ночных кормлений. Это обусловлено многочисленными наблюдениями, показавшими, что ночные

кормления являются прекрасным средством поддержания лактации, поскольку именно ночью в гипофизе вырабатывается больше пролактина, основного гормона, стимулирующего лактацию, чем днем. Поэтому ночью ребенка следует кормить столько, сколько он захочет. Для осуществления ночных кормлений матери проще всего брать ребенка к себе в постель, чтобы он мог сосать грудь во время сна, не доставляя ей хлопот.

Концепция свободного вскармливания предусматривает свободный выбор ребенком не только частоты кормлений, но и их длительности. Это положение не согласуется с прежними представлениями отечественных педиатров, которые рекомендовали держать детей у груди не более 20 мин. Эта точка зрения была основана на представлении о том, что длительное сосание может вызвать трещины и воспаление сосков. Однако в настоящее время установлено, что истинной причиной трещин сосков чаще всего является неправильное положение младенца у груди и неправильный захват им соска. Вместе с тем ограничение длительности сосания может вести к тому, что ребенок не насытится и не получит «заднего» молока, которое необходимо ему для нормального роста. Это, в частности, относится к так называемым «ленивым» сосунам, которые, в отличие от «активных сосунов», которые насыщаются за 10-20 мин, могут сосать грудь более 30 мин. Кроме того, потребность в контакте с матерью и сосание груди может нередко носить самостоятельный характер, относительно независимый от пищевого поведения ребенка.

Для успешного грудного вскармливания, особенно в первые дни, крайне важно исключить допаивание ребенка водой, глюкозой и т.п. Грудное молоко содержит до 80-90% воды, и при достаточном уровне лактации полностью обеспечивает ребенка в жидкости даже в условиях жаркого климата. Введение же любой дополнительной жидкости может уменьшить количество молока, которое потребляет ребенок, поскольку центры жажды и «сытости» в головном мозгу у новорожденных практически совпадают и



удовлетворяются одновременно. Поэтому допаивание младенца может создавать у него ложное чувство насыщения и отказ от груди.

Как было уже отмечено, одним из условий полноценной лактации является соблюдение гигиенических правил ухода за грудной железой, в частности, ее мытье. Мытье груди до и после каждого кормления приводит к разрушению естественного защитного слоя. При частом мытье груди с мылом кожа пересыхает, что может стать причиной образования трещин на сосках. Кроме того, при свободном режиме у женщин просто нет времени мыть грудь перед каждым кормлением, поэтому такая рекомендация может осложнить грудное вскармливание и стать причиной отказа матери кормить ребенка грудью. В связи с этим мыть грудь следует не чаще, чем мать принимает общий душ или ванну, т.е. 1-2 раза в день. В то же время, чтобы сохранить кожу груди здоровой, лучше всего перед кормлением и после него обрабатывать сосок грудным молоком.

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

Сцеживание грудного молока может оказаться целесообразным только в ранний период установления лактации, при отсутствии возможности «свободного» вскармливания ребенка или при неспособности ребенка по тем или иным причинам к эффективному отсасыванию молозива или молока. Показаниями к сцеживанию грудного молока являются также болезни матери, временное разлучение матери и ребенка, учеба или работа матери. В остальных случаях сцеживать молозиво или молоко нет необходимости. Предпочтительным является ручное сцеживание, методике которого должен обучить женщину медперсонал послеродового отделения. При неэффективности ручного сцеживания, например в случае сильного

нагрубания молочных желез, особенно в первые дни после родов, можно использовать молокоотсосы.

Одной из серьезных проблем является возникновение трещин сосков. Как было уже отмечено, их причиной является, прежде всего, неправильное прикладывание ребенка к груди, когда младенец захватывает только сосок. Кроме того, образованию трещин способствует частое мытье груди, а также применение для обработки соска и ареолы спиртосодержащих растворов. Неправильный захват ребенком груди вызывает у матери неприятные и даже болезненные ощущения, поэтому даже незначительные неприятные ощущения во время кормления требуют внимания, являясь свидетельством неадекватности выбранного приема и техники кормления ребенка. Если же пренебречь этим сигналом неблагополучия, то вскоре на месте болезненности может возникнуть покраснение кожи и резко повышенная чувствительность, а затем будет формироваться трещина. Поэтому важно не упустить время, когда еще есть возможность предотвратить ее возникновение, изменив технику кормления ребенка. При трещинах сосков можно рекомендовать специальные накладки из силикона.

После кормления следует сцедить каплю молока и смочить ею кожу вокруг соска. Широко применявшиеся ранее смазывания кожи антисептиками, соком алоэ, маслом из пчелиного воска в последнее время не рекомендуются, так как их запах способен «отпугнуть» ребенка от матери и привести к полному отказу от сосания груди. Если трещина не заживает 2-7 дней, то может возникнуть необходимость в прекращении прикладывания ребенка к больной груди хотя бы на 1-3 дня. Ребенок при этом может быть сытым, получая только одну грудь, и в отдельных случаях ему будет необходим «докорм» с ложечки молоком, сцеженным из больной железы. Через один-три дня можно вернуться к прикладыванию, но на первых порах использовать больную грудь как дополнение к кормлению из здоровой груди. С целью профилактики возникновения трещин целесообразно также менять положение матери при кормлении (лежа, сидя). Кроме того, важное значение

имеет техника «отнимания» соска у ребенка. Недопустимо вынимать сосок при наличии сжимающего усилия или сосания — при этом сосок травмируется. Необходимо, чтобы ребенок сам отпустил сосок, раскрыв рот. Для этого можно рекомендовать матери различные приемы: кратковременное сжатие носика ребенка или введение в его рот мизинца параллельно с соском.

Наряду с правильно организованным режимом кормления успешная и длительная лактация требует соблюдения соответствующей техники кормления грудью. Ее необходимыми условиями являются: правильное положение ребенка у груди, правильный захват ребенком груди, удобная поза матери; контакт «кожа к коже» во время кормления.

**Правильное положение ребенка у груди характеризуются следующими признаками:**

- ◆ голова и тело ребенка находятся в одной плоскости;
- ◆ ребенок находится в приподнятом положении (с целью профилактики аэрофагии);
- ◆ подбородок ребенка касается груди матери;
- ◆ рот широко открыт, нижняя губа вывернута наружу.

Решающее значение для эффективности кормления помимо правильной позиции ребенка у груди имеет полнота ее захвата ртом ребенка. Ребенок должен захватывать при этом не только сосок, но и ареолу. Необходимо, чтобы этот захват был полным и глубоким настолько, чтобы сосок находился во рту ребенка почти на уровне мягкого неба, т.е. сосок вместе с ареолой должны фактически заполнить собой всю полость рта ребенка. Для такого захвата необходимо очень широкое раскрытие рта, и если оно не получается сразу, то можно помочь ребенку, поглаживая пальцем или соском груди по щеке и нижней губе ребенка, что вызовет рефлекторное движение губ и раскрытие рта. Нередко первой реакцией ребенка на материнскую грудь будет ее лизание и только потом уже захват.

Хороший глубокий захват обеспечивает ребенку достаточную легкость сосания, а для кормящей женщины является главной гарантией сохранности

соска и ареолы. Захват соска без ареолы, а также последующее его сосание могут привести к возникновению трещин сосков. Кормить ребенка следует в спокойной обстановке. Поза матери во время кормления должна быть удобной для того, чтобы не создать мышечного напряжения ни в одной мышечной группе и не привести женщину к мышечному утомлению. С этой целью могут использоваться любые простые приспособления — скамеечки под ноги, подушки, подлокотники и т.п. Второе важное условие — при использовании любой позы и положения тела кормящая женщина должна хорошо видеть лицо ребенка, также как и он должен иметь возможность использовать кормление для изучения лица матери, особенностей ее мимики и выражения глаз.

Первые дни после родов можно кормить ребенка в положении лежа на боку или лежа на спине. Для кормления лежа на боку есть 2 варианта положений.

При положении лежа на боку руку, оказавшуюся нижней, нужно согнуть в локте вверх и наружу и под руку (или между рукой и головой) положить подушку. При необходимости можно использовать и вторую подушку, положив ее под спину. Ребенок должен лежать на кровати параллельно телу матери, рядом с ним и даже слегка к нему прижатым. Если ребенок маленький и маловесный, то можно и для него приспособить подушечку. Главное, нужно поместить головку ребенка так, чтобы его рот находился на одном уровне и очень близко к соску матери. Ладонью верхней руки мать поддерживает спинку ребенка и слегка помогает ему в захвате соска. Другим вариантом является положение лежа на боку, когда нижняя рука матери располагается вдоль тела ребенка. Ребенок лежит на нижней руке матери таким образом, чтобы его рот располагался напротив соска.

Положение лежа на спине менее удобно и поэтому редко используется женщинами. При положении матери на спине ребенок укладывается на живот матери, и она одной своей рукой, чаще дальней по отношению к

стороне груди кормления, поддерживает его голову за лобик, контролируя свободное дыхание младенца.

Кормление сидя требует использования 1-2 подушек для того, чтобы мать могла устроиться удобнее. Головка ребенка должна лежать в локтевом сгибе руки матери со стороны той груди, которой мать кормит малыша. Этой же рукой мать поддерживает малыша под спинку. Одна подушка необходима для опоры локтя матери, а на другую подушку можно уложить ребенка, чтобы его рот оказался на уровне соска грудной железы. Другой рукой мать может поддерживать грудь наложением большого пальца кисти сверху и остальных пальцев снизу грудной железы, но не слишком близко к соску.

Удобство позы и использование дополнительных подушек необходимо только в начале обучения технике грудного вскармливания. В дальнейшем, когда мать научится правильно давать грудь младенцу, поза при кормлении перестает играть такую важную роль. Мать может кормить ребенка и лежа, и сидя, и стоя, в зависимости от ситуации.

Очень важно, чтобы при кормлении ребенок имел возможность тесно контактировать с материнским телом и исследовать материнскую грудь. Поэтому лучше кормить его обнаженным или в распашонке с открытыми рукавами и подгузнике, что позволяет оставить его ручки и ножки открытыми, прикрыв одеялом. В свою очередь у матери должна быть обнажена грудь. При таком тесном контакте происходит не только знакомство и формирование привязанности, но и дополнительная гормональная стимуляция материнской лактации, что особенно важно при ее становлении в первые дни и недели, а также при временном уменьшении лактации.

Таким образом, поддержание длительной и полноценной лактации требует соблюдения следующих принципов:

I. В первые дни после родов:

— раннее прикладывание ребенка к груди;

- кормление ребенка «по требованию» (свободное вскармливание) с первого дня жизни;
- совместное пребывание матери и ребенка в родильном доме в палате «мать и дитя»;
- исключение допаивания (кроме обусловленных медицинскими показаниями случаев);
- отказ от использования сосок, бутылочек и пустышек;
- профилактика трещин, нагрубания молочных желез (лактостаза),

## II. На последующих этапах лактации:

- спокойная и доброжелательная обстановка в семье;
- помощь со стороны близких родственников по уходу за ребенком;
- рациональный режим дня, обеспечивающий достаточный сон и отдых кормящей женщины;
- адекватное питание, включая дополнительный прием жидкости (чая, соков и других напитков);
- сохранение «свободного вскармливания».

Основными симптомами гипогалактии являются:

- 1) малая прибавка массы тела за месяц;
- 2) снижение суточного объема грудного молока;
- 3) беспокойство ребенка;
- 4) симптом «сухих пеленок», свидетельствующий об уменьшении суточного объема мочи (ребенок первых месяцев, находящийся на грудном вскармливании, должен мочиться не менее 6 раз в сутки, причем моча должна быть бесцветной или бледно-желтой);
- 5) голодный стул (скудный, зеленоватый, измененной консистенции).

Указанные симптомы являются лишь косвенными доказательствами гипогалактии, и окончательный диагноз гипогалактии может быть поставлен только после определения суточного объема лактации (секретируемого молока), которое осуществляется с помощью контрольного взвешивания.

При этом контрольные взвешивания необходимо проводить после каждого кормления в течение суток.

Основными критериями эффективности грудного вскармливания являются адекватная прибавка массы и темпы роста, хорошее общее самочувствие и активное поведение ребенка. При этом нет необходимости проводить «расчет питания», который является обязательным при искусственном вскармливании детей.

Для грудного вскармливания различают временные и абсолютные противопоказания.

### ***Временные противопоказания к грудному вскармливанию***

В ситуациях, описанных ниже, рекомендуется отсрочить кормление ребенка грудью. В последующем возможно попытаться восстановить и продолжить грудное вскармливание. Сроки, когда возможно возобновление грудного вскармливания решаются совместно с врачом в каждой ситуации индивидуально.

### ***Противопоказания со стороны ребенка***

1. Глубокая недоношенность, когда у ребенка еще отсутствуют глотательный и сосательный рефлексы (ребенок кормится через зонд).
2. Дети, родившиеся с тяжелой родовой травмой, синдромом дыхательных расстройств. Оценка по шкале Апгар не превышает 6 баллов.
3. Тяжелые заболевания дыхательной, сердечно-сосудистой систем и др. у ребенка. Различные пороки развития, требующие оперативного лечения.
4. Врожденные аномалии развития челюстно-лицевого аппарата (волчья пасть, заячья губа и др.).
5. Гемолитическая болезнь у новорожденного, вызванная несовместимостью крови матери и плода по резус-фактору и/или по группам крови.

### ***Противопоказания со стороны матери***

1. Острые инфекционные, гнойно-воспалительные заболевания.
2. Мастит (воспалительное заболевание молочной железы).
3. Оперативное вмешательство в родах и после них, массивная кровопотеря.

### ***Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию***

### ***Противопоказания со стороны ребенка***

Болезни обмена веществ, при которых ребенку назначается лечебное питание (фенилкетонурия, галактоземия и др.)

### ***Противопоказания со стороны матери***

1. Тяжелые хронические почеч, печени, сердечно-сосудистой, дыхательной систем и др.
2. ВИЧ-инфекция. По мнению многих авторов при ВИЧ-инфекции, тифе, сальмонеллезе, дизентерии у матери ребенка можно кормить стерилизованным материнским молоком.
3. Заражение матери сифилисом в третьем триместре беременности.
4. Гепатит С.
5. Открытая форма туберкулеза
6. Психические заболевания у матери
7. Злокачественные новообразования
8. Применение некоторых лекарственных средств (антибиотики, цитостатики, гормоны, транквилизаторы).

### **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов?**

1. Каковы основные принципы правильной техники прикладывания к груди?
2. Перечислите показания и противопоказания к грудному вскармливанию?
3. Чем характеризуется правильное положение ребенка у груди?
4. В чем преимущества кормления ребенка по требованию?



5. Что вы вкладываете в понятие режим грудного вскармливания?

### **Оценка кормления грудью. Наблюдение за кормлением грудью.**

#### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ**

Изучение критериев адекватности естественного вскармливания предполагает оценку становления лактации у женщины, а также контроль за статусом ребенка, показателями его самочувствия, психомоторного и физического развития.

Грудное вскармливание считается эффективным, если у матери восстановилась достаточная лактация и при этом у ребенка наблюдается адекватная прибавка в массе (не менее 500 г в месяц или 125 г в неделю), спокойное поведение, достаточный сон, нормальные стул и мочеиспускание (не реже 6 раз в сутки, моча не концентрированная).

Если у женщины пониженная секреция молока, такое состояние называется гипогалактией. Гипогалактия бывает первичной и вторичной. Первичная или истинная гипогалактия встречается достаточно редко (1-5%) и возникает обычно на фоне общей инфантильности матери и плохо поддается терапии. В остальных случаях снижение лактации вторично и вызывается различными причинами (отсутствие доминанты лактации, стрессы, раннее необоснованное введение докорма заменителями женского молока и т. д.) Вторичная гипогалактия обычно хорошо поддается соответствующему лечению.

В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер и является следствием лактационных кризов, которые могут наблюдаться на 3-6 неделе, 3, 4, 7, 8 месяцах лактации. Если мать об этом осведомлена и увеличивает частоту прикладывания ребенка к груди, лактация при этом возрастает.

В случае подтверждения снижения лактации необходимо срочно провести комплекс мероприятий по ее стимуляции, включая рационализацию

питания матери, назначение специализированных продуктов для кормящих матерей, лактогенных напитков (настои семян укропа, тмина, чай с душицей, мелиссой, фенхелем, анисом), витаминно-минеральных комплексов, медикаментозных препаратов (апилак, витамины А, Е, РР, глутаминовая кислота гидролизат сухих пивных дрожжей, церукал), физиотерапевтических процедур (УФО грудных желез, лазерной терапии, ультразвука), массажа, создание доброжелательной окружающей обстановки, обеспечение полноценного отдыха.

Сохранению лактации способствует и борьба с лактостазом. Если грудь в недостаточной степени освобождается от молока, может наступить болезненное нагрубание груди. Для лечения нагрубания нужно освобождать грудь от молока путем более частого прикладывания ребенка и сцеживания. В этой ситуации грудь следует сцеживать до ощущения комфортного состояния, некоторым необходимо сцеживаться перед каждым кормлением, другим достаточно двух-трех раз в день. Если болезненное нагрубание исчезает, необходимость в сцеживании проходит.

При условии активного сосания груди и полного ее опорожнения за кормление, нет надобности в дополнительном сцеживании груди. Если женщине рекомендовано сцеживать грудь, то очень важно обучить ее правильной технике сцеживания руками или с помощью ручных или электрических молокоотсосов.

При сохранении гипогалактии очень важно своевременно установить недокорм ребенка, который можно предположить при:

- изменении поведения ребенка (беспокойство, плач, не выдерживает перерывы между кормлениями);
- уменьшении числа мочеиспусканий (меньше 6 раз в сутки), изменение цвета мочи (темно-желтое, оранжевое окрашивание), запаха (резкий запах) и

концентрации мочи;

- изменении характера стула у ребенка (склонность к запорам, стул скудный, зеленоватый, плотной консистенции);

- снижении нарастания массы тела;

- уменьшении толщины подкожного жирового слоя на груди, животе, затем на конечностях;

- наличии анемии (железо- и белководефицитной);

- изменении кожи, слизистых оболочек, волос, признаки гиповитаминоза.

Для установления недостаточности количества грудного молока необходимо в течение 1-2 дней произвести контрольное взвешивание (перед началом и после кормления). В случае подтверждения недоедания нужно срочно назначить докорм.

По современным представлениям считается, что каждая женщина, которая смогла выносить и родить ребенка, способна к его вскармливанию. Это касается и многоплодных и преждевременных родов. У большинства матерей молока бывает достаточно, чтобы прокормить близнецов. Некоторые женщины кормят близнецов одновременно, другие по очереди, иногда оба ребенка сосут одну грудь попеременно. Каждая женщина использует метод, наиболее удобный для нее и способствующий сохранению лактации и адекватного кормления детей.

Оценить грудное вскармливание нужно для того, чтобы определить, нуждается ли мать в помощи, и если да, то как помочь ей. Много о кормлении грудью, о том правильное оно или нет, можно узнать понаблюдав за ним, перед тем,

как вы начнете расспрашивать мать. Этот этап не менее важен в клинической практике, чем другие виды обследования, как, например, определение признаков обезвоживания, или частоты дыхания ребенка. Кое-что вы можете обнаружить в период между кормлениями, а кое-что - узнать вовремя кормления.

### **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов?**

1. Что вы можете сказать матери об оценке кормления грудью?
2. Как мать должна держать ребенка?
3. Какова реакция ребенка на кормление грудью?
4. Как мать должна прикладывать ребенка к груди?
5. Как мать должна поддерживать свою грудь во время кормления?
6. Как оценить эффективно ли сосет ребенок?
7. Как заканчивается кормление грудью?
8. Какое чувство вызывает у матери кормление грудью?

### **Раздел 4. Навыки консультирования. Слушать и узнавать.**

**Цель:** изучить основные принципы невербального общения, реакции и жесты, оценивающие слова.

**Полезное невербальное общение, открытые вопросы, реакция и жесты, отражение слов матери, понимание чувств, оценивающие слова.**

Давать совет - это способ работы с людьми, где вы стараетесь понять их чувства и помочь им решить их проблемы. На занятиях вы будете обсуждать кормящих грудью матерей и их чувства.

Грудное вскармливание - это не единственная ситуация, где необходим совет. При разговоре с пациентами или клиентами, находящимися в разных

ситуациях, важно уметь дать совет. Это умение может вам пригодиться в вашей семье и с друзьями или с коллегами на работе.

Потренируйте эти навыки со слушателями - результаты этого общения могут вас удивить и обнадежить.

Методика "слушать и узнавать".

Кормящая грудью мать может не раскрывать своих чувств, особенно если она застенчива и перед ней незнакомый человек. Вы должны уметь выслушать ее и дать ей почувствовать, что она вас интересуется. Это вызовет ее на разговор. Скорее всего, она не "отвернется" и не будет молчать.

Замечания о навыках слушать и узнавать:

### **Навык 1. Использовать полезное несловесное общение**

Невербальная коммуникация означает, что вы показываете свое отношение к собеседнику своей позой, выражением лица, жестами, а не только словами. Невербальная коммуникация показывает матери, что вы заинтересованы в общении с ней, а это поможет ей больше рассказать вам.

### **Навык 2. Задавать "открытые" вопросы**

"Открытые" вопросы обычно самые полезные. Чтобы ответить на них мать должна сообщить вам некоторую информацию. "Открытые" вопросы обычно начинаются словами: "Как?", "Что?" "Когда?" "Где?", "Почему?"

Например: "Как вы кормите вашего ребенка?"

"Закрытые" вопросы обычно менее полезны. Они подсказывают матери ожидаемый вами ответ, и на эти вопросы она может ответить словами; "Да" или "Нет". "Закрытые" вопросы обычно начинаются словами: " Вы делаете?" или "Онделал?" или "Он сделал?" или "Она делала?" Например: "Вы вскармливали грудью вашего предыдущего ребенка?"

Если мать отвечает на этот вопрос "Да", вы все же не знаете, кормила ли она его исключительно грудью, или она также искусственно подкармливала его..

В начале разговора полезно задать открытый широкий вопрос. Например, "Как, по вашему, проходит грудное вскармливание?" Для продолжения будет полезен более конкретный открытый вопрос.

Например: "Через сколько времени после рождения вы покормили ребенка?"

Иногда полезно задать закрытый вопрос, чтобы убедиться в чем-то.

Например: "Вы даете ребенку дополнительное питание или питье?"

Если в ответе вы услышите "Да", можно задать открытый вопрос, чтобы узнать больше. Например: "Почему вы начали это делать?" или "Что именно вы даете?"

### **Навык 3. Реагировать и жестикулировать, выражая тем самым интерес**

Другой способ поощрить мать к разговору - жесты, такие как кивание, улыбка и поощряющие междометия типа "М-mmm" или "Ага", которые показывают матери вашу заинтересованность.

### **Навык 4. Отражение слов матери**

Чтобы показать матери, что вы слышали то, что она сказала и подбодрить ее на дальнейший разговор, повторяйте то, что услышали от нее. Старайтесь сказать это своими словами. Например, если мать сказала: "Мой ребенок много плакал вчера ночью", вы могли бы построить вашу фразу так: "Вы вчера не спали всю ночь из-за того, что ребенок плакал?"

### **Навык 5. Проникнуться - показать, что вам понятны ее чувства.**

Выделение отдельных эпизодов показывает, что вы понимаете чувства собеседника. Например, если женщина сказала: "Мой ребенок хочет есть очень часто, и я так устаю", вы можете сказать: "Вы все время чувствуете

себя усталой?"

Ваш ответ показывает это. Если вы спросите: " Как часто он ест? Что еще вы ему даете?" вы не выделяете чувство матери.

### **Навык 6. Избегать употребление оценивающих слов**

Оценивающие слова - это правильно, неправильно, хорошо, плохо, достаточно, очевидно. Если вы пользуетесь этими словами в вопросах, мать может подумать, что она делает что-то неправильно, что что-то не так с ее ребенком. Хотя иногда вам понадобятся положительные оценивающие слова, в частности, чтобы установить доверительные отношения с матерью.

### **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.**

1. Что называется открытыми вопросами?
2. Что можно отнести к закрытым вопросам?
3. Можно ли консультанту по грудному вскармливанию использовать оценивающие слова?
4. Каким образом понимать отражение чувств?
5. Как научиться избегать употребления оценивающих слов?

### **Раздел 5. Состояние молочных желез: анатомия, физиология, обследование, сцеживание, лактостаз, мастит.**

**Цель:** изучить анатомию молочных желез, физиологию лактации.

#### **Анатомия молочных желез. Физиология лактации.**

## **СОСТОЯНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**

### **Введение**

Имеется несколько общих состояний молочных желез, вызывающих иногда трудности в кормлении грудью:

- плоские или втянутые соски и длинные или большие соски;
- нагрубание;
- закупорка млечного протока и мастит;
- воспаленные соски и трещины сосков.

Очень важно диагностировать и лечить такие состояния, чтобы помочь матери и способствовать продолжению кормления грудью

## НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Молочная железа — парный мягкотканый орган, состоящий из железистой, соединительной и жировой ткани, расположенный на передней грудной стенке от места соединения грудины и ребер до средней аксиллярной линии, со II по VI ребро. Появление железистой ткани отдельно от основной массы железы носит название добавочной доли. Добавочная доля молочной железы может располагаться в подмышечной, подключичной областях и перед грудиной. Тело железы расположено под кожей в фасциальном футляре, образованном расщепленными листками поверхностной фасции. Жировая клетчатка интимно охватывает тело молочной железы, формируя передний (премаммарный) и задний (ретроммаммарный) пласты. При этом в области соска и ареолы слой подкожной жировой клетчатки отсутствует.

Соединительнотканые структуры молочной железы представлены собственной капсулой (передний и задний листки расщепленной фасции), отходящими от нее коллагеновыми волокнами в виде связок Купера и нежной фибриллярной тканью, располагающейся между железистыми элементами и структурами, входящими в состав стенок млечных протоков.



В передних отделах связки Купера соединяют тело молочной железы с глубокими слоями кожи, в задних — прикрепляются к фасциальному футляру грудных мышц.

Согласно современным концепциям, молочная железа является частью репродуктивной системы женщины, мишенью для действия стероидных гормонов яичников, гормонов гипофиза и опосредованно — гормонов других эндокринных желез организма. Изменения в репродуктивной системе самым непосредственным образом отражаются на состоянии молочных желез.

Паренхима молочной железы представлена сложными альвеолярно-дольчатыми комплексами, погруженными в соединительнотканную строму и окруженными густой сетью миоэпителиальных элементов, кровеносных и лимфатических сосудов, нервных окончаний.

Дольки представляют собой группу альвеол (150—200) с общим выводным (внутридольковым) протоком.

Внутридольковые протоки объединяются в междольковые. Последние дают начало внутридольковым выводным протокам, которые, выходя за пределы доли, становятся междольковыми. Междольковые протоки, сливаясь, образуют систему крупных собирательных протоков, которые в своей дистальной части веретенообразно расширяются, образуя млечный синус.

Дольки, в свою очередь, объединяются в более крупные образования — доли. Каждая молочная железа состоит в среднем из 15—20 долей.

Дольки и доли не имеют наружной капсулы и представляют собой не столько анатомическую, сколько функциональную единицу молочной железы.

Кровоснабжение молочных желез осуществляется в основном внутренней грудной и боковой грудной артериями.

Ветви внутренней грудной артерии, подходя с медиальной стороны, снабжают кровью дольки железы, околососковое поле, сосок и кожу с медиальной стороны. Ветви боковой грудной артерии питают эти же структуры с латеральной стороны. Задняя поверхность железы

кровообращается ветвями межреберных артерий. Все перечисленные артерии образуют две анатомические сети: поверхностную и глубокую.

Глубокие вены сопровождают артерии, поверхностные — образуют подкожную сеть, связанную с подмышечной веной.

Лимфатическая система молочной железы делится на внутриорганный и внеорганный. Внутриорганный система состоит из сети капилляров, окружающих каждую дольку. К ней также относится лимфатическая сеть кожи и подкожной жировой клетчатки. Внеорганный система образована отводящими лимфатическими сосудами и регионарными лимфатическими узлами, к которым относятся подмышечные, подключичные, надключичные, парастернальные и межпекторальные узлы.

Различают несколько путей оттока лимфы от молочной железы:

— Подмышечный путь (в норме по нему осуществляется отток 97% лимфы). Аксиллярные лимфатические стволы начинаются от субареолярного лимфатического сплетения и впадают в подмышечные лимфатические узлы.

— Подключичный путь. По нему осуществляется отток лимфы от верхних и задних отделов молочной железы к подключичным лимфатическим узлам.

— Парастеральный путь. По нему осуществляется отток лимфы от медиальных отделов молочных желез к парастеральным лимфатическим узлам.

— Ретростеральный путь. По нему лимфа из центрального и медиального отделов молочной железы по сосудам, прободающим грудную стенку, оттекает в медиастенальные и далее в бронхопульмональные лимфатические узлы.

— Межреберный путь. По нему осуществляется отток лимфы от задних и наружных отделов молочной железы в межреберные лимфатические сосуды и далее, частично — в парастеральные узлы, частично — в паравerteбральные лимфатические узлы.

— Перекрестный путь. Осуществляется по кожным и подкожным

лимфатическим сосудам, переходящим среднюю линию.

— Путь Герота. По нему осуществляется отток лимфы при блокаде опухолевыми эмболами основных путей оттока. Через лимфатические сосуды, расположенные в области эпигастрия и прободающие оба листка влагалища прямой мышцы живота, лимфа попадает в предбрюшинную клетчатку и оттуда — в средостение и через венечную связку — в печень. Часть лимфы по сосудам подкожной жировой клетчатки оттекает из области эпигастрия в паховые лимфатические узлы той же стороны.

Первые два из перечисленных путей оттока лимфы являются основными.

Иннервация молочных желез происходит от шейного сплетения через надключичные нервы и от плечевого сплетения — через передние грудные нервы, а также 4—6-м межреберными нервами.

### **Ведение плоских и втянутых сосков**

- Антенатальное лечение, возможно, не будет эффективным.

Например, не помогает вытягивание сосков или ношение специальных сосковых накладок. Соски у большинства женщин улучшают свою форму приблизительно к моменту родов без всякого лечения. Очень важно оказать помощь сразу после родов, когда ребенка начинают кормить грудью:

- Придайте уверенность матери.

Объясните, что сначала может быть трудно, но, проявив упорство и терпение, можно достичь успеха. Объясните, что через неделю или две после родов грудь улучшит свою форму и станет мягче.

- Объясните, что ребенок сосет из груди, а не из соска.

Ребенку такой женщины надо захватить в рот большой участок груди. Объясните также, что в процессе кормления ребенок будет вытягивать грудь и сосок.

- Поощрите мать обеспечивать ребенку большой контакт кожа-к-коже и позволить ребенку самому обследовать грудь.

Дайте ребенку возможность приладиться к груди по-своему, когда он проявляет интерес. Некоторые дети лучше научатся прилаживаться к груди сами.

- Помогите матери расположить ребенка у груди.

Если ребенок сам не может хорошо приладиться к груди, то помогите матери расположить его так, чтобы ему было удобнее. Окажите ей такую помощь пораньше, в первый день, до того, как у нее "прибудет" молоко и грудь станет полной.

- Помогите ей попробовать держать ребенка у груди в разных положениях.

Иногда расположение ребенка у груди в разных положениях облегчает ему прикладывание к ней. Например, некоторые матери считают, что помогает положение "из-под руки".

- Помогите матери сделать так, чтобы перед кормлением ее соски выступали больше.

Иногда стимуляция сосков перед кормлением, чтобы они больше выступали, помогает ребенку лучше приладиться. Возможно, стимуляция сосков - это все, что матери необходимо. Для вытягивания сосков она может использовать молокоотсос или шприц.

Иногда придание груди формы облегчает ребенку прикладывание к ней. Для придания груди формы мать поддерживает ее пальцами снизу, а сверху слегка прижимает ее большим пальцем. Но надо быть осторожной и не поддерживать грудь слишком близко у соска. Если для партнеров приемлемо, то муж женщины может несколько раз отсосать соски для лучшего их вытягивания. Если ребенок не может эффективно сосать в первую неделю или две, то помогите матери:

- сцеживать молоко и кормить ребенка из чашки.

Сцеживание молока способствует тому, что грудь становится мягкой, поэтому ребенку легче приладиться к ней; сцеживание способствует также поддержанию необходимого количества молока.

- Сцедить немного молока непосредственно в рот ребенка.

Некоторые матери считают, что это помогает. Ребенок легко получает порцию молока, он меньше расстраивается. Ему, возможно, больше захочется попробовать сосать еще раз.

- Позволять ребенку чаще обследовать грудь.

Мать должна продолжать контактировать с ним кожа-к-коже и позволять ему самому прикладываться к груди.

### **Физиология лактации.**

Лактация - конечная фаза полного цикла размножения млекопитающих.

Рост молочной железы. Молочная железа в постнатальном периоде развивается за счет роста и пролиферации системы молочных ходов и незначительного развития альвеол. У женщин некоторый рост альвеол наблюдается в течение менструального цикла. При наступлении беременности наблюдается дальнейшее развитие системы молочных ходов и значительное развитие альвеол. Клеточная гиперплазия продолжается и после беременности в ранний период лактации.

Рост молочных желез в постнатальном периоде регулируется гормонами (эстрогенами, прогестероном, пролактином, СТГ и глюкокортикоидами). Плацента секретирует гормональные вещества, которые по своим биологическим действиям сходны с пролактином и СТГ. Гипоталамус также имеет большое значение для роста молочных желез, так как он стимулирует рост молочных желез и гонадотропную функцию передней доли гипофиза. Однако сам гипоталамус находится под влиянием высших нервных центров.

Регуляция функции молочных желез. Регуляция деятельности функционирующей молочной железы осуществляется двумя основными гормонами – аденогипофизарным пролактином (лактогенный гормон), который стимулирует железистые клетки альвеол к биосинтезу молока, накапливающегося сначала в млечных ходах и выбрасываемого оттуда во время лактации под влиянием окситоцина. В свою очередь секреция

пролактина возбуждается тем же гипоталамическим тиреолиберином, который активирует тиреотропную функцию гипофиза, а угнетается дофамином - нейроамином, образующимся в туберальных ядрах медиобазального гипоталамуса и переносимым с током портальной крови в переднюю долю гипофиза, где этот нейроамин действует прямо на лактотропоциты, блокируя секрецию пролактина.

В молочной железе хорошо представлены различные рецепторы. Стимулы с рецепторов сосков и паренхимы железы вызывают освобождение пролактина и многих других лактогенных гормонов.

В гипоталамусе (паравентрикулярное, аркуатное и вентромедиальное ядро) имеются центральные механизмы, регулирующие лактогенную функцию. Установлено существование пролактин-рилизинг-фактора (PRF) и пролактин-ингибитора (PIF).

Немаловажную роль в лактации играет АКТГ, контролирующей функцию надпочечников, а также СТГ и ТТГ. Необходимым компонентом гормонального комплекса, стимулирующего секреторную активность молочной железы, является и инсулин, который необходим для проявления маммогенного и галактогенного эффекта других гормонов.

Нервы молочных желез представлены как адренергическими, так и холинэргическими волокнами, при этом ацетилхолин вызывает усиление секреторной функции молочной железы, оказывая влияние как на качественный состав молока, так и на его количество.

Секреция и свойства молока. Подготовка грудных желез к последующему кормлению новорожденного начинается еще в первый месяц беременности и выражается набуханием желез, быстрой пролиферацией эпителия протоков и образованием множества новых секреторных альвеол.

У женщины отделение молока, как правило, начинается не раньше 2-го или 3-го дня после родов, хотя появление молока может быть ускорено прикладыванием к груди чужого ребенка в последние дни беременности. Отделение молока начинается на 2-3 день даже в том случае, если ребенок

родится мертвым и никаких попыток сосания не производилось. Однако для поддержания секреции процесс сосания является обязательным условием.

Если женщина не кормит своего ребенка, то набухание груди постепенно проходит, молоко исчезает и железы подвергаются процессу обратного развития. При нормальных условиях отделение молока длится от 6 до 9 месяцев и в редких случаях может затянуться дольше года. Количество молока вначале увеличивается с 20 мл в первый день до 900 мл на 35 неделе, затем постепенно снижается.

Молоко - белая непрозрачная жидкость с характерным запахом и сладковатым вкусом. Удельный вес его колеблется от 1028 до 1034. Реакция слабо щелочная (рН). При соприкосновении с воздухом молоко быстро подвергается изменениям вследствие попадания в него микроорганизмов. Наиболее обычное из этих изменений - образование молочной кислоты под влиянием молочнокислых бактерий. В некоторых случаях молоко может подвергаться своего рода спиртовому брожению, как, например, при образовании кефира или кумыса, приготовляемого путем сбраживания кобыльего молока.

Непрозрачный вид молока обусловлен главным образом присутствием множества мельчайших частичек жира. Если оставить молоко стоять, эти частицы всплывают на поверхность, образуя сливки; путем механического размешивания, особенно если молоко слегка скисло, их можно заставить слиться с образованием масла. Жиры молока состоят преимущественно из нейтральных глицеридов трипальмитина, тристеарина и триолеина. В меньшем количестве жир молока содержит глицериды миристиновой, масляной и капроновой кислот, а также следы каприловой, каприновой и лауриновой кислот.

Молочная плазма - жидкость, в которой взвешены жировые шарики содержит различные белки (казеиноген, лактальбумин, лактглобулин), молочный сахар (лактозу) и неорганические соли наряду с небольшими количествами лецитина и азотистых экстрактивных веществ.

Состав молока очень близко приспособлен к надобностям растущего организма. При нормальных условиях молодое животное получает со своей естественной пищей все питательные вещества в том соотношении, которое требуется для его нормального питания и роста. Поэтому невозможно успешно заменить естественное молоко данного животного молоком другого вида.

К искусственному вскармливанию нужно подходить очень осторожно, учитывая все нужные ребенку. Поэтому необходимо знать важнейшие отличия между составом женского и коровьего молока. Женское молоко содержит не только абсолютно, но и относительно меньше казеиногена, чем коровье, тогда как последнее относительно беднее молочным сахаром. Человеческое молоко беднее солями, особенно карбонатами, которых оно содержит в 6 раз меньше, чем коровье молоко.

Казеиноген женского молока не образует плотного сгустка и более доступен для пепсина желудочного сока. Другим важным преимуществом женского молока для ребенка является наличие в нем антитоксинов. Материнское молоко поэтому не только питает ребенка, но и сообщает ему в некоторой мере пассивный иммунитет к возможному заражению теми болезнями, которым подвержен человеческий род.

В разные периоды лактации женское молоко имеет разный состав, следовательно, молочная железа как будто приспосабливается к меняющимся потребностям новорожденного. Секрет молочной железы после родов изменяется в течение первой недели довольно существенно. У женщин секрет первых двух дней лактации принято называть молозивом, секрет 2-3 дней - молозивным молоком, а с 4-5 дня - переходным молоком. Через 7-14 дней после родов секрет молочной железы приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

Молозиво отличается от зрелого молока своими органолептическими свойствами и химическим составом, имеет желтоватый цвет и содержит наряду с жировыми капельками так называемые молозивные тела



(лейкоциты). Более густое, чем молоко, молозиво обладает особыми питательными качествами и иммунологическими свойствами, которые необходимы для новорожденных. Альбумины и глобулины молозивного молока, не подвергаясь гидролизу в ЖКТ, всасываются через стенку кишечника в кровь новорожденного. Это позволяет ему создать собственный естественный физиологический иммунитет. Иммунобиологическая роль молозива в связи с этим весьма велика. Женское молоко обладает значительно большим количеством иммунных глобулинов, чем коровье.

Секреция и состав молока не только могут подвергаться рефлекторным влияниям со стороны нервной системы, например, эмоциональным, но это влияние при этом взаимно. Акт сосания вызывает тонические сокращения матки. Прикладывание ребенка к груди вскоре после родов является поэтому важным средством для вызывания сокращения матки и устранения склонности к кровотечению из венозных синусов при отделении плаценты и оболочек плода. Кормление ребенка является таким образом одним из существенных моментов, обеспечивающих правильную послеродовую инволюцию матки.

Рефлекс молокоотделения в норме появляется при прикладывании ребенка к груди. Он обуславливается в основном рефлекторным сокращением мышечно-эпителиальных клеток, окружающих альвеолы; альвеолы сжимаются и молоко из альвеол поступает в систему молочных протоков и в синусы; здесь оно становится непосредственно доступным для сосания. Рефлекс подачи молока есть активное выделение молока из альвеол в большие млечные ходы и синусы. Рефлекс имеет нервный афферентный и гормональный эфферентный пути, т.е. является нейрогормональным. В ответ на сосание из задней доли гипофиза в кровяное русло выделяется окситоцин и, достигая молочной железы, вызывает сокращение мышечно-эпителиальных клеток, окружающих альвеолы. Сосущий грудной ребенок получают только часть молока, содержащегося в

молочной железе перед началом кормления.

Если активно секретировавшая молочная железа не опорожняется от молока через регулярные промежутки времени, это быстро приводит к угнетению секреторных процессов и к полному прекращению лактации. Рефлекс молокоотделения может принять условный характер и появляться в ответ на те явления, которые у кормящей женщины ассоциируются с сосанием. Этот рефлекс легко подавляется такими факторами, как страх, боль и т.п.; это угнетение вызывается либо раздражением симпатoadреналовой системы, либо центральным торможением выделения окситоцина. Этот рефлекс весьма важен для поддержания лактации у женщин, и поскольку требуется некоторое время для установления регулярного рефлекса молокоотделения после родов, ясно, что этот период является критическим для лактации у женщин.

#### **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.**

1. Какие основные анатомические особенности молочных желез?
2. Что такое лактостаз?
3. Какие признаки лактостаза существуют?
4. Какие принципы сцеживания молочных желез вы знаете?
5. В чем особенность физиологии процесса лактации?

#### **Обследование молочных желез.**

Осмотр молочных желез, регулярное обследование и самообследование – пожалуй, лучшая профилактика опухолей молочной железы, мастопатии, и других неприятных заболеваний. При осмотре можно определить, оценить контуры, величину и симметричность желез; смещение одной из них относительно центра тела вправо или влево, вверх или вниз; наличие патологических выделений из соска или другой области. Кроме того, нужно обращать внимание на состояние кожи над железой (нет ли втягивания,

сморщивания кожи, не изменился ли ее цвет на каком-то участке).

Осмотр проводится в положении стоя, причем руки вначале опущены вниз. Затем руки необходимо поднять и внимательно осмотреть область груди, а потом подмышечные впадины. Самостоятельный осмотр молочных желез должен проводиться любой женщиной как минимум раз в три дня – это позволит гораздо раньше выявить имеющуюся уже патологию, например, опухоли. После осмотра следует пальпация (ощупывание) молочных желез, а также рядом расположенных лимфоузлов (подключичных, надключичных, подмышечных). ВОЗ рекомендует женщинам самостоятельно исследовать свои молочные железы как минимум раз в месяц, в первую неделю после окончания менструации.

Самостоятельно исследование нужно проводить следующим образом: улечься на спину, снизу (под лопатку) подложить подушку или валик. Если исследуется правая молочная железа – валик должен находиться под правой лопаткой, если левая – под левой. И наоборот: правую железу ощупывают левой рукой, а левую – правой. Вначале рука на стороне обследуемой молочной железы располагается вдоль туловища, затем ее нужно отвести в сторону, и в самый последний момент завести за голову.

Для лучшего ориентирования вся молочная железа условно делится на квадранты. Для этого через центр соска проводятся две воображаемых линии: одна из них параллельно телу, другая – под углом 180 градусов к предыдущей. Соответственно верхними квадрантами молочной железы будут являться все ее участки, расположенные выше второй линии, нижними – ниже, наружными будут считаться квадранты, находящиеся ближе к подмышке, внутренними – к груди.

Вначале осторожно, кончиками пальцев обследуется область соска, производится надавливание на него – при этом никаких подозрительных выделений (ни кровянистых, ни гнойных) быть не должно. Затем пальцы постепенно смещаются к наружному верхнему квадранту (ближе к ключице). После этого пальпируют внутренние квадранты по направлению от соска к

грудине. При этом нужно обращать внимание на наличие в ткани железы уплотнений – они могут быть признаками мастопатии или даже рака молочной железы. По завершению процедуры исследуются области подмышек, участки над- и под ключицами с целью выявления увеличенных лимфоузлов, которые часто являются симптомом опухоли молочной железы.

Обследование стоя перед зеркалом:

#### Шаг 1

Встаньте перед зеркалом, руки свободно свисают вниз. Внимательно осмотрите вашу грудь, обращая внимание на малейшие изменения. Задайте себе несколько простых вопросов:

Изменилась ли величина груди с последнего осмотра?

Лежат ли обе груди на одинаковом уровне?

Выглядит ли грудь асимметричной?

Изменился ли цвет соска, не появилось ли в его области покраснения или каких-то разрастаний?

#### Шаг 2

Теперь поднимите обе руки вверх, а затем вниз, и наблюдайте в зеркале, как смещается ваша грудь. Повторите движение несколько раз и осмотрите себя внимательно спереди и с обоих боков. Обращайте внимание на появление выбуханий или западений.

#### Шаг 3

Положите одну руку за голову и исследуйте тремя пальцами другой руки противоположную грудь. Прижмите кончики пальцев плотно к коже и систематически исследуйте всю грудь. Чтобы прощупать глубоко

располагающиеся ткани, несколько увеличивайте степень надавливания.

#### Шаг 4

Чтобы полностью прощупать все участки молочной железы, исследуйте ее следующим образом: совершая круговые движения пальцами медленно перемещайтесь снаружи кнутри (т.е. ближе к груди). При этом несколько увеличивайте амплитуду движений пальцев.

#### Шаг 5

Исследуйте грудь кончиками пальцев в направлении сверху вниз и снаружи кнутри.

#### Шаг 6

Затем вновь двигайтесь радиально по направлению к соску. При самообследовании вы можете обнаружить расположенные вокруг соска молочные протоки, которые несколько тверже чем окружающая ткань; проходящие в направлении подмышечной впадины лимфатические сосуды и лимфатические узлы, ребра, грудину и грудную мышцу.

#### Шаг 7

По окончании обследования легко нажмите на каждый сосок, несколько зажав его между большим и указательным пальцем. Никаких выделений при этом быть не должно.

### **КАК ОБСЛЕДОВАТЬ МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РОДОВ**

Нет необходимости делать это рутинно, а только если вы или женщина чем-

то обеспокоены.

Если женщина обратилась после родов, обследуйте ее до кормления или подождите, пока ребенок кончит сосать.

Проводите обследование осторожно и сдержанно.

- Объясните, что вы хотите сделать. Попросите у матери разрешения.
- Осмотрите грудь, не касаясь её, на предмет:
  - размера и формы молочных желез (могут поколебать уверенность матери);
  - размера и формы соска (могут затруднить прикладывание ребенка у груди);
  - капания молока (признак активности рефлекса окситоцина);
  - наполненной, мягкой груди; или нагрубания
  - трещин вокруг основания соска или на его кончике;
  - покраснения (воспаление или инфекция);
  - в конце кормления - вытянутые или сплюснутые соски;
  - шрамы (операции на груди, имевший место абсцесс).
- Спросите, заметила ли мать что-нибудь ненормальное.

Если "да", попросите ее показать то место.

- Если появится необходимость пальпировать грудь, спросите разрешения.
- Осторожно пальпируйте все участки молочной железы.

Пальпируйте ладонью (пальцы вместе и прямые).

Не щипайте и не тыкайте в грудь.

Наблюдайте за лицом матери на предмет реакции на боль или напряжение.

Пальпируйте грудь на предмет:

- наполнения, уплотнения, нагрубания
- локального уплотнения, горячих участков, бугристости
- Попросите мать показать, легко ли у нее вытягиваются соски (способность вытягиваться). (Большим и указательным пальцами она захватывает околососковый кружок или сосок и пытается вытянуть его).
- Поговорите с матерью о том, что вы обнаружили.

Используйте ваши навыки формирования уверенности и оказания

поддержки.

Не говорите, без необходимости, ничего критического и того, что может беспокоить мать

### **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.**

1. Может ли женщина самостоятельно обследовать свои молочные железы?
2. Как оценить есть ли трещина в области соска?
3. Каковы основные принципы обследования молочных желез после родов?
4. Что такое самообследование молочных желез?
5. Как объяснить женщине о необходимости обследования молочных желез после родов?
6. Каковы признаки нагрубания молочных желез и лактостаза?

### **Сцеживание молочных желез. Лактостаз.**

В период лактации, несмотря на физиологичность процесса, положительно влияющего на здоровье ребенка и гормональный фон молодой мамы, многим женщинам не удается избежать таких осложнений, как лактостаз, мастит, трещины соска, болезненные ощущения во время кормления, а также гипогалактия или отказ ребенка от груди.

При развитии воспалительных процессов в груди нередко сами врачи — хирурги, гинекологи, педиатры — советуют прекратить кормление грудью, что недопустимо, поскольку на любом этапе роста и развития ребенка важно сохранение ГВ. К сожалению, в настоящее время отсутствуют четкие алгоритмы ведения таких пациентов, недостаточно врачей-специалистов, которые могут оказать грамотную консультационную поддержку матери по вопросам ГВ, поэтому часто женщина остается один на один со своими проблемами, теряет время и вынужденно прекращает кормить грудью.

Нарушение физиологии процесса эвакуации молока при ГВ может носить как постоянный характер ввиду особенностей анатомо-физиологической структуры молочной железы (пороки развития, наличие множественных объемных фиброзно-кистозных образований до беременности, плосковтянутые соски), так и временный. При наличии особенностей структуры молочной железы режим ГВ и тактику лечения застоев выбирает врач-специалист (маммолог) строго индивидуально. Временный застой молока в молочных железах вследствие закупорки протоков чаще всего происходит из-за травматизации соска, спазмирования протоков или высокой жирности молока. С другой стороны, причиной лактостаза могут быть нарушения эвакуации молока из-за нерегулярного опорожнения протоков и, как следствие, канальцевой реабсорбции его жидкой части. Своевременное решение этой проблемы не несет за собой каких-либо серьезных рисков. Вместе с тем оказание неправильной или неполноценной помощи может привести к инфицированию и другому, более грозному осложнению — лактационному маститу. Клинически лактостаз характеризуется локальным участком высокой плотности и болезненностью при пальпации; возможны умеренная гиперемия кожных покровов над инфильтратом и субфебрильная температурная реакция организма. После адекватного опорожнения молочной железы клинические симптомы лактостаза полностью купируются. Лактостаз может развиваться у кормящей матери в любой период кормления грудью и чаще встречается у первородящих женщин. Во избежание застоя молока в протоках с формированием лактационных кист необходимо своевременное и правильное сцеживание молока. Рекомендации экспертов Всемирной организации здравоохранения по поддержке ГВ исключают дополнительное сцеживание молока. Нередко медицинские работники и консультанты понимают это буквально так: потенциальное увеличение выработки молока может привести к его застою, лактостазу и маститу. Не стоит забывать, что такого рода рекомендации разрабатывают для среднестатистического большинства, без



учета индивидуальных физиологических особенностей груди матери, характера сосания и поведения конкретного ребенка. Политика невмешательства в период становления лактации способна привести к тяжелым последствиям. Так, по данным статистики, число осложнений лактации не только не уменьшается, но имеет стойкую тенденцию к увеличению.

При ГВ «по требованию» полное опорожнение груди после кормления не вызывает необходимости в дополнительном сцеживании: количество молока регулирует сам ребенок. Перспектива успешного длительного ГВ возможна при условии нормального физического строения соска у матери (размер, форма, структура), отсутствия заболеваний молочной железы, а ребенок при этом достаточно активен и здоров. Такой маме для успешного ГВ в дальнейшем нужны только моральная поддержка родных (в частности, отца ребенка) и близких, советы консультантов по ГВ, а также создание условий для кормящих матерей в общественных местах. Сцеживание требуется в период сильного послеродового прилива молока, сопровождающегося нагрубанием молочных желез (обычно 3–4-е сут после родов), а также при рождении маловесных и недоношенных детей, которым жизненно необходимо питание материнским молоком. При сильном нагрубании ареолярной зоны важно сцедить немного молока до снятия напряженности в этой области, что даст ребенку возможность правильно захватить грудь с ареолой, не повредив соска. Сцеживание показано также в случаях, когда малыш не хочет брать грудь или сосать, при наличии у женщины плоских/плосковтянутых сосков либо размера соска, не соответствующего размеру ротовой полости ребенка.

Сцеживание играет роль дополнительной стимуляции груди и увеличивает объем вырабатываемого молока. Благодаря современным методам исследования (2D-, 3D-ультразвуковое исследование) доказано, что не все доли молочной железы функционируют во время лактации [17–19].

Этот факт не только подтверждает понятие локализованной активности и дифференцировки созревания различных долей в пределах одной молочной железы, но и объясняет возможность активирования дополнительных долей железы при налаживании регулярного сцеживания (особенно при гипогалактии).

Другими показаниями к обязательному сцеживанию являются:

- вынужденное отсутствие матери во время планового кормления (работа, учеба);
- состояние здоровья (использование кормящей женщиной лекарственных препаратов, не совместимых с ГВ).

## АЛГОРИТМЫ СЦЕЖИВАНИЯ

Как правильно сцеживаться, чтобы это было максимально быстро, щадяще по отношению к груди и максимально приближено к естественному вскармливанию? Каким способом лучше сцеживаться — молокоотсосом или руками? Свои сторонники есть у каждого метода. Ручное сцеживание можно рассматривать одновременно и как достижение, и как проблему эволюции человечества. Искусство ручного сцеживания — уже не такой физиологичный и естественный процесс, как кормление грудью. У него есть свои плюсы: не требует финансовых затрат, всегда «под рукой», но требует навыка. Для улучшения оттока молока (при сцеживании, а также грудном кормлении) достаточно на несколько минут приложить к груди сухое тепло или разогретую термонакладку, выпить горячий напиток, погреть руки и ноги в горячей воде, принять горячий душ. Можно немного помассировать грудь и сосок для снятия спазма протоков и долей железы; сосок покатаь между пальцами. Грудь желательно сцеживать не менее 5 и не более 20–30 мин, пока молоко течет струей. До последней капли сцедить молоко все равно не получится, поскольку процесс выработки идет постоянно. Необходимо помнить, что правильная техника сцеживания и массажа вне состояния воспаления безболезненна и абсолютно безопасна. При появлении

у матери болезненности в течение 2 сут, воспалительных процессов, уплотнений или новообразований в молочной железе показаны консультация маммолога и ультразвуковое исследование молочных желез. Основные минусы ручного сцеживания: длительность манипуляции, риск травмирования протоков/соска, контаминации молока бактериями, болезненность процедуры для женщины, неумение или боязнь освоить технику сцеживания. Сцеживание с помощью молокоотсоса — процесс, осуществляемый с помощью специального прибора. Молодой женщине, особенно первородящей, намного проще наладить сцеживание при помощи современного молокоотсоса, чем самостоятельно вручную. Если ГВ возможно естественным, физиологическим путем, то использование молокоотсоса может быть показано только в качестве вспомогательного средства (например, для создания индивидуального банка грудного молока). Если же сцеживание все-таки показано, то начинать его молокоотсосом психологически гораздо комфортнее и удобнее. Именно поэтому необходимо обучение матерей технике использования молокоотсосов, а также их демонстрация. Сцеживание при помощи молокоотсоса имеет свои положительные стороны:

- экономит время;
- отсутствует необходимость в чрезмерных физических усилиях со стороны матери;
- отсутствуют болезненные ощущения (сосок втягивается равномерно, что снижает риск его травматизации);
- одновременно задействованы все отделы молочной железы;
- снижены риски контаминации молока бактериями (молоко попадает сразу в бутылочку или контейнер для хранения).

Безусловно, эффективное сцеживание зависит от модели молокоотсоса, которую использует женщина. Молокоотсосы по своему назначению и функциональным возможностям можно разделить на 3 группы: стационарные, индивидуальные электрические, индивидуальные ручные.

Стационарные, или профессиональные, имеют несколько программ для сцеживания, подбор которых выполняет врач. По внешнему виду эти приборы довольно громоздки, с выраженным акустическим шумом за счет программы вибрационного дренирования протоков. Более доступны индивидуальные молокоотсосы. Для создания вакуума они могут быть оснащены электронным микрокомпрессором. Современные молокоотсосы компактны, имеют функциональный дизайн и соску или контейнеры в комплекте. С точки зрения усилий со стороны матери, наиболее удобны электронные модели, однако они стоят дороже ручных. Среди современных молокоотсосов можно отдельно выделить приборы, которые максимально близко имитируют перистальтическое сосание груди ребенком и при этом позволяют матери сцеживаться в комфортной позиции. Это достигается за счет особого строения воронки и самого корпуса молокоотсоса. Массажная насадка молокоотсоса Philips AVENT серии Natural (Великобритания) изготовлена из бархатистого силикона и имеет 5 лепестков, которые массируют область вокруг соска, имитируя процесс сосания груди ребенком. Укороченный дизайн изделия благодаря меньшему расстоянию между воронкой и корпусом молокоотсоса позволяет матери сидеть в расслабленной позе, без необходимости наклоняться вперед. Это позволяет сделать процесс сцеживания более комфортным и, как результат, положительно влияет на количество сцеживаемого молока и продолжительность лактационного периода.

Важно помнить, что в случаях, когда женщине требуется опорожнить грудь максимально оперативно, следует сначала приложить ребенка к груди, затем продолжить сцеживание молокоотсосом и завершить процесс сцеживания вручную.

Очень часто сцеживание полезно и играет важную роль в успешном начале и продолжении кормления грудью.

Сцеживание молока полезно, чтобы:

- облегчить состояние при нагрубании груди;
- облегчить состояние при закупорке млечного протока или лактостазе;
- кормить ребенка, пока он учится сосать при втянутых сосках у матери;
- кормить ребенка, у которого затруднения в координации сосания;
- кормить ребенка, который отказывается "брать грудь", пока он учится получать удовольствие от кормления грудью;
- кормить ребенка, родившегося с низким весом, который не может сосать;
- кормить больного ребенка, который не может высосать достаточное количество молока;
- поддерживать лактацию, пока мать или ребенок болеет;
- оставлять грудное молоко ребенку, когда мать в отлучке или на работе;
- предотвратить потерю молока при разлуке с ребенком;
- помочь ребенку лучше приладиться к наполненной груди;
- сцеживать молоко непосредственно в рот ребенка;
- предотвратить сухость и воспаление сосков и околососковых кружков.

Всем матерям полезно знать, как сцеживать молоко на случай, если когда-нибудь в этом возникнет необходимость.

Полезнее всего сцеживать молоко вручную. Для этого не нужно никаких приспособлений, так их сцеживать можно в любое время в любом месте. При хорошей технике оно очень эффективно. Вручную легко сцеживать мягкую грудь и гораздо труднее - нагрубевшую и болезненную. Научите матерей сцеживать молоко в первый-второй день после родов.

Некоторые матери сцеживают молоко довольно странным образом. Если ей удастся сцедить нужное количество молока, пусть она сцеживает,

как ей удобно. Если мать сцеживает мало молока, обучите ее более эффективной технике.

Стимуляция рефлекса окситоцина Рефлекс окситоцина может не срабатывать при сцеживании молока. Матери нужно знать, как его стимулировать, в противном случае сцеживание будет затруднительным.

### **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.**

1. В чем заключаются основные принципы правильного сцеживания молочных желез?
2. Каковы основные моменты организационной работы акушерско-гинекологической помощи в послеродовом отделении?
3. Есть ли недостатки при сцеживании молокоотсосом?
4. Какие показания к сцеживанию молочных желез?
5. Есть ли противопоказания к сцеживанию молочных желез?

### **Послеродовой (лактационный) мастит. Тактика ведения.**

#### **Мастит – воспаление молочной железы.**

Этиопатогенез. Основной возбудитель – патогенный золотистый стафилококк. Входные ворота - трещины сосков, затем лимфогенным путем возбудитель инфекции распространяется на паренхиму железы, вызывая в ней развитие воспалительного процесса. Реже возбудитель инфекции проникает в железу через молочные протоки - галактогенный путь распространения инфекции. Инфицирование сосков обычно происходит при кормлении грудью. Особую роль в развитии мастита играет патологический лактостаз.

Классификация послеродового (лактационного) мастита:

1. Серозный (начинающийся)

2. Инфильтративный

3. Гнойный: а) инфильтративно-гнойный: диффузный, узловой; б) абсцедирующий: фурункулез ареолы, абсцесс ареолы, абсцесс в толще железы, абсцесс позади железы (ретромаммарный); в) флегмонозный (гнойно-некротический); г) гангренозный.

### **Причины закупорки млечного протока и мастита**

□ Основной причиной является плохой дренаж всей или части груди.

Плохой дренаж всей груди может быть из-за:

– Нечастого кормления ребенка грудью.

Например:

– если мать очень занята;

– если ребенок начинает есть реже из-за того, что спит целую ночь или ест нерегулярно;

– изменение режима кормления по любой другой причине, например из-за поездки.

– Неэффективного сосания, если ребенок плохо приложен к груди.

Плохой дренаж части груди может быть обусловлен следующим:

– Неэффективным сосанием, потому что плохо приложенный к груди ребенок может опорожнить только часть груди.

– Давлением на молочные железы тесной одежды, обычно бюстгальтера, особенно если женщина носит его и ночью. Если женщина спит на животе, то такое положение также может способствовать закупорке млечного протока.

– Нажимом материнских пальцев во время кормления, в результате

чегопоток молока в груди может заблокироваться.

– Плохим дренажем нижней части груди при большой груди и еепровисании.

Другим важным фактором плохого дренажа является стресс у матери и чрезмерная физическая нагрузка. Возможно, это происходит потому, что вынуждает мать реже или менее продолжительно кормить грудью.

Травма молочной железы с повреждением ткани также иногда может вызвать мастит, например, резкий удар или случайный толчок старшего ребенка. При наличии трещин сосков открывается путь бактериям в ткань молочной железы. Это еще один путь, который при плохом положении ребенка у груди может привести к маститу.

### **Клиника. Начинается остро.**

1. Серозная форма. Температура тела повышается до 38,5-39°C, лихорадочное состояние сопровождается ознобом или познабливанием, отмечаются слабость, головные боли. В молочной железе появляются боли, кожа в области поражения гиперемизирована, железа несколько увеличивается в объеме. Пальпаторно в толще железы определяются уплотненные участки. Серозная форма мастита при недостаточном или безуспешном лечении в течение 1-3 дней переходит в инфильтративную.

2. Инфильтративная форма. Продолжается лихорадка, нарушается сон, аппетит. Более выражены изменения в молочной железе: гиперемия ограничивается одним из ее квадрантов, под измененным участком кожи пальпируется плотный малоподвижный инфильтрат, иногда отмечается увеличение регионарных подмышечных лимфатических узлов. Переход в гнойную стадию мастита наблюдается через 5-10 дней. Нередко отмечается более быстрая динамика процесса: нагноение происходит через 4-5 дней.



3. Гнойная форма. Стадия нагноения характеризуется более тяжелой клинической картиной: высокой температурой (39°C и выше), повторным ознобом, потерей аппетита, плохим сном, увеличением и болезненностью подмышечных лимфатических узлов. При абсцедировании вначале отмечается умеренное увеличение инфильтрата, усиление болезненности, на поверхности инфильтрата может образоваться щелевидное углубление (расхождение волокон соединительной ткани). В дальнейшем инфильтрат быстро увеличивается, происходит его размягчение, появляется флюктуация; кожа гиперемирована, отечна. При образовании ретромаммарного мастита болезненность определяется глубоко, усиливается при смещении железы в сторону, молочная железа приобретает округлую форму и как бы приподнимается.

Флегмонозный и гангренозный мастит встречаются редко, но при этом возможна генерализация инфекции с переходом в сепсис.

Наряду с типичным течением лактационного мастита в последние годы наблюдаются стертые и атипично протекающие формы заболевания, характеризующиеся относительно легкими клиническими симптомами при выраженных анатомических изменениях. Инфильтративный мастит может протекать с субфебрильной температурой, без озноба, что затрудняет диагностику и определяет недостаточность терапевтических мероприятий.

Тактика при лактационном мастите. При мастите грудное вскармливание временно прекращают. При тяжелом течении иногда прибегают к подавлению, реже – к торможению лактации.

Показания для подавления лактации:

- быстро прогрессирующий процесс – переход серозной стадии в

инфильтративную в течение 1-3 дней, несмотря на активное комплексное лечение;

- гнойный мастит с тенденцией к образованию новых очагов после хирургического вмешательства;

- вялотекущий, резистентный к терапии гнойный мастит (после оперативного лечения);

- флегмонозный и гангренозный мастит;

- мастит при инфекционных заболеваниях других органов.

С целью подавления лактации используют парлодел.

Лечение.

1. Комбинированная антибиотикотерапия. с поливалентным стафилококковым бактериофагом (в первые 3-4 дня доза бактериофага составляет 20-60 мл, затем ее снижают; в среднем на курс лечения необходимо 150-300 мл бактериофага).

2. Средства, повышающие специфическую иммунную реактивность и неспецифическую защиту организма:

а) антистафилококковый гамма-глобулин по 5 мл (100 МЕ) через день в/м, на курс 3-5 инъекций;

б) антистафилококковую плазму (по 100-200 мл в/в);

в) адсорбированный стафилококковый анатоксин (по 1 мл с интервалом 3-4 дня, на курс 3 инъекции);

г) переливание плазмы по 150-300 мл;

д) гамма-глобулин или полиглобулин по 3 мл в/м через день, на курс 4-6 инъекций.

3. Всем больным с инфильтративным и гнойным маститом, и при серозном мастите в случае наличия интоксикации проводят гидратационную терапию:

а) растворы на декстрановой основе – реополиглюкин, реомакродекс, полифер;

б) синтетические коллоидные растворы -- гемодез, полидез;

в) белковые препараты – альбумин, аминокептид, гидролизин, желатиноль;

г) применяют также растворы глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида, 4% раствор кальция хлорида, 4-5% раствор натрия гидрокарбоната.

4. Антигистаминные препараты: супрастин, дипразин, димедрол.

5. Витаминотерапия.

6. Противовоспалительная терапия.

7. Анаболические стероиды: неробол, ретаболил.

8. При склонности к гипотензии и септическому шоку показаны

глюкокортикоиды – преднизолон, гидрокортизон – одновременно с АБ.

9. Физические методы следует применять дифференцированно. При серозном мастите используют микроволны дециметрового или сантиметрового диапазона, ультразвук, УФ-лучи. При инфильтративном – те же физические факторы но с увеличением тепловой нагрузки. При гнойном мастите (после хирургического вмешательства) вначале используют электрическое поле УВЧ в слаботепловой дозе, в дальнейшем УФ-лучи в субэритемной, затем – в слабоэритемной дозе. При серозном и инфильтративном мастите целесообразно применять масляно-мазевые компрессы

10. При гнойном мастите показано оперативное лечение (вскрытие абсцесса).

Пример 1. Пациентка А., ГВ — 30 дней. Грудь в течение 2 сут плотная, красная; повышение температуры тела до 39°C. Женщина перестала давать грудь ребенку и пыталась сцеживаться руками, что вызывало резкую болезненность, хотя молоко было естественного белого цвета, без видимых элементов воспаления. Алгоритм действия.

Пациентке рекомендовано использование молокоотсоса для расцеживания ареолярной зоны, т. к. резкая отечность и болезненность затрудняли проведение ручного сцеживания. После снятия напряженности и контроля качества молока, при отсутствии признаков воспаления ребенку была дана грудь, а после кормления остатки молока сцеживались руками или молокоотсосом. После опорожнения груди необходимым условием было ее локальное охлаждение для уменьшения интенсивности кровотока и снижения скорости выработки молока. Опорожнение груди проводилось по мере возникновения выраженного напряжения молочной железы. В случаях когда имеются признаки интоксикации (гипертермия, озноб, выраженный болевой синдром), местные признаки воспалительного процесса, а при

попытках сцеживания молоко выделяется каплями, имеет желтый или желто-зеленый цвет, либо творожистую консистенцию, необходима консультация врача с проведением ультразвукового исследования для подтверждения диагноза инфицированного лактостаза, мастита. Молоко матери в этом случае подлежит бактериологическому исследованию для идентификации патогенной флоры и определения ее чувствительности к антибактериальной терапии. На протяжении всего периода лечения обязательно максимальное сцеживание с помощью молокоотсоса, поскольку болезненность молочной железы затрудняет использование ручного метода.

Пример 2. Пациентка Б. Кормящая женщина имеет уплощенные соски большого диаметра; ареола перед кормлением плотная, ребенок не может правильно взять сосок, не вызывая его травматизации. Алгоритм действия.

Перед кормлением ребенка с помощью молокоотсоса обязательно сцедить часть молока до состояния мягкости в под ареолярном пространстве. Далее дать сформированный сосок ребенку или использовать силиконовые накладки на сосок. Если ребенок не берет грудь, то сохраняется возможность перевести его на полноценное ГВ без накладок в более старшем возрасте, а на это время наладить эвакуацию молока доступными средствами.

Пример 3. Пациентка С. Жалобы на выраженные фиброзные или фиброзно-кистозные изменения в груди, препятствующие нормальному оттоку молока. Указанные изменения увеличивают частоту возникновения лактостаза, особенно в первые месяцы после родов, по сравнению со здоровыми женщинами почти в 5 раз. Именно поэтому женщины с фиброзно-кистозными болезнями часто нуждаются в сцеживании. Алгоритм действия.

После каждого кормления — само-обследование молочной железы с контролем отсутствия участков отечности или болезненности. При

выявлении плотных участков — дополнительное сцеживание молока. При наличии фиброзно-кистозной мастопатии перед родами необходима консультация маммолога и проведение ультразвукового исследования молочных желез для составления индивидуальной схемы режима и метода ГВ.

Пример 4. Пациентка Д. У молодой кормящей матери возникла необходимость выхода на работу, но женщина хочет продолжать ГВ. Алгоритм действия.

С помощью молокоотсоса сохраняется режим эвакуации молока из молочной железы вне дома, молоко хранится в стерильных контейнерах и в дальнейшем используется для кормления ребенка.

#### **Вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов.**

1. Что называется маститом?
2. Факторы риска для развития мастита?
3. Какая макрофлора вызывает мастит?
4. Назовите пути проникновения микрофлоры в молочную железу?
5. Назовите фазы течения мастита?
6. Какая клиническая картина при серозной фазе мастита?
7. Какая клиническая картина при острой инфильтративной фазе мастита?
8. Какая клиническая картина при абсцедирующей фазе мастита?
9. Какая клиническая картина при флегмонозной фазе мастита?
10. Какая клиническая картина при гангренозной фазе мастита?
11. Какая клиническая картина при хронической инфильтративной фазе мастита?
12. Какое лечение показано при серозной фазе мастита?
13. Какое лечение показано при абсцедирующей фазе мастита?

14. Какие особенности пр-ва разрезов на молочной железе при вскрытии мастита?

15. Почему при вскрытии мастита проводятся радиарные разрезы?

16. Профилактика мастита.

## **Раздел 6. Основные проблемы при организации грудного вскармливания.**

**Цель:** изучить основные признаки недостаточного молока, плача и отказа от груди.

### **Недостаточно молока. Плач. Увеличение лактации и релактация. Отказ от груди**

#### **ОТКАЗ ОТ ГРУДИ**

Обычно кормление грудью прекращают после отказа ребенка от груди. Часто эту проблему можно решить. Отказ ребенка может оказать сильное негативное воздействие на мать. Она может почувствовать себя отвергнутой и ненужной.

– Иногда ребенок берет грудь, но не сосет и не глотает или сосет очень вяло.

– Иногда ребенок кричит и сопротивляется, в то время как мать пытается накормить его грудью.

– Иногда ребенок минуту сосет, затем отрывается от груди, давясь и плача.

За одно кормление он может проделывать это несколько раз.

– Иногда ребенок берет одну грудь, но отказывается от другой.

Вам необходимо научиться находить причины отказа от груди и помогать матери и ребенку продолжить кормление грудью.

## ПОЧЕМУ РЕБЕНОК МОЖЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ГРУДИ

1. Ребенок не здоров, у него что-то болит или он находится под действием седативных средств?

Болезнь: Ребенок может взять грудь, но сосать меньше, чем сосал раньше.

Боль: Давление на место травмы, полученной от накладывания щипцов или в результате вакуум-экстракции.

- Ребенок кричит и сопротивляется, когда мать хочет накормить его грудью.

Заложенный нос: Воспаление во рту (инфекция *Candida* (молочница), прорезывание зубов у старших детей).

- Ребенок сосет несколько минут, затем прекращает и плачет.

Действие седативных средств:

Ребенок может быть сонным из-за:

- лекарств, которые получала мать во время родов;

- лекарств, которые она принимает по назначению психиатра.

2. Имеются ли трудности в технике кормления грудью?

Иногда кормление грудью для ребенка становится неприятным или непривлекательным. Возможные причины:

– Кормление из бутылочки или сосание пустышки.

– Получение недостаточного количества молока из-за плохого прикладывания к груди или из-за нагрубания груди.

– Давление на голову ребенка сзади матерью или помогающим ей лицом при грубом прикладывании к груди. Это давление заставляет ребенка "бороться".

– Мать держит грудь или делает движения ею, и это мешает ребенку хорошо приложиться.

– Ограниченное кормление грудью, например, кормление строго в определенное время.

– В груди слишком много молока и оно поступает слишком быстро из-за большого его запаса. Ребенок может минуту-другую сосать, затем бросает,



захлебываясь и плача, когда срабатывает рефлекс извержения молока. Это может случаться несколько раз за одно кормление. Мать может заметить вытекающее струей молоко, когда ребенок отпускает грудь.

– Ранние трудности координации техники сосания (некоторые дети учатся эффективно сосать дольше, чем другие).

Отказ только от одной груди:

Иногда ребенок отказывается брать только одну грудь и берет другую. Это происходит потому, что проблема заключается в поражении одной стороны больше, чем другой.

### 3. Расстраивают ли ребенка изменения?

У маленьких детей сильные ощущения и, если их что-нибудь расстраивает, они могут отказаться от груди. Они могут не плакать, а просто не брать грудь.

Это чаще всего случается в возрасте 3 - 12 месяцев. Вдруг ребенок отказывается брать грудь несколько кормлений подряд. Его поведение иногда называют "забастовка против кормления грудью".

Возможные причины:

- Разлука с матерью, например, когда она выходит на работу.
- Новое ухаживающее лицо или слишком много ухаживающих лиц.
- Перемены в домашней рутине, например, переезд в другой дом, приезд родственников.
- Болезнь матери или инфицирование груди.
- Менструация у матери.
- Изменение запаха матери, например, другое мыло, другие продукты.

### 4. "Кажущийся" или "не реальный" отказ?

Иногда ребенок ведет себя так, что вынуждает мать подумать, что он отказывается от груди. Однако на самом деле он не отказывается.

- Когда ребенок "прицеливается" на грудь, он вертит головой из стороны в сторону, как будто говорит "нет". Однако это нормальное поведение ребенка.
- Между 4 и 8 месяцами дети легко отвлекаются, например, когда услышат шум. Они могут вдруг перестать сосать. Это признак того, что они встревожены.
- После года ребенок может сам отказаться от груди. Это обычно происходит постепенно.

## ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ ГРУДИ

Болезнь, боль или действие седативных средств: Инфекция, Черепно-мозговая травма, Давление на место травмы (вакуум, щипцы), Заложенный нос, Воспаление во рту (молочница, прорезывание зубов).

Затруднения с техникой кормления грудью: Кормление из бутылочки, использование успокоителей, Получение недостаточного количества молока (плохое прикладывание, нагрубание груди), Давление на голову сзади при прикладывании к груди, Мать делает движения грудью, Ограниченное кормление грудью, Слишком большой запас грудного молока, Трудности с координацией сосания.

Перемены, расстраивающие ребенка (особенно в возрасте 3-12 месяцев): Разлука с матерью, Новое ухаживающее лицо, слишком много ухаживающих лиц, Перемены в семейной рутине, Мать больна или у нее мастит, У матери менструация, Изменения запаха матери.

Кажущийся отказ: Новорожденный - "прицеливание", Возраст 4 - 8 месяцев – отвлекается.

## ВЕДЕНИЕ ПРИ ОТКАЗЕ ОТ ГРУДИ

Если ребенок отказывается брать грудь:

1. Если возможно, устраните причину.
2. Помогите матери и ребенку снова получать удовольствие от кормления грудью.

1. Лечите или устраните причину, если возможно

Болезнь:

Лечите инфекцию соответствующими противомикробными или другимисредствами.

Если надо, направьте к специалисту.

Если ребенок не может сосать, то, возможно, ему нужно специальное лечение в больнице.

Помогите матери сцеживать молоко и кормить ребенка из чашки или через зонд, пока он снова не сможет сосать грудь.

Боль:

При кровоподтеке (вакуум, щипцы): помогите матери найти такой способ держать ребенка, чтобы не давить на больное место.

При молочнице: лечите генцианвиолетом или нистатином.

При прорезывании зубов: убедите мать быть терпеливой и продолжать предлагать грудь ребенку.

При заложенном носе: объясните, как мать должна его чистить.

Предложите в течение нескольких дней кормить ребенка меньше по времени, но чаще.

Действие седативных средств:

Если мать вынуждена регулярно принимать лекарства, попытайтесь найти альтернативу.

Техника кормления грудью:

Обсудите причину трудностей с матерью. При очередном кормлении ребенка грудью помогите ей еще раз в овладении техникой кормления.

Слишком большой запас молока в груди:

Обычная причина быстрого поступления большого объема молока - это то, что его слишком много.

Большой запас может быть результатом плохого прикладывания к груди.

Если ребенок сосет неэффективно, он может кормиться чаще или дольше и это так стимулирует грудь, что она вырабатывает больше молока, чем нужно ребенку.

Большой запас может быть также результатом того, что мать пытается заставить ребенка есть из обеих молочных желез в каждое кормление, хотя он в этом и не нуждается.

Для уменьшения запаса молока:

– Помогите матери улучшить положение ребенка.

– Предложите ей кормить ребенка в одно кормление только из одной груди.

Пусть он сосет из этой груди, пока не кончит есть сам, в этом случае он получит много богатого жиром позднего молока.

В следующее кормление дайте ребенку другую грудь.

Иногда мать находит, что ей помогает, когда она:

– сцеживает немного молока перед кормлением;

– для кормления грудью ложится на спину (если молоко поступает снизу вверх, то оно течет медленнее);

– для замедления потока молока держит грудь пальцами, как ножницами.

Однако такая техника кормления не устраняет причину проблемы.

Перемены, расстраивающие ребенка:

Обсудите необходимость сократить разлуку и перемены, если возможно.

Предложите матери перестать пользоваться другим мылом, духами или употреблять другие продукты.

Кажущийся отказ:

Если ребенок "прицеливается":

Объясните, что это нормально. Мать может держать ребенка у груди, чтобы он исследовал ее соски. Помогите ей держать ребенка ближе, чтобы ему было легче пристроиться.

Если ребенок отвлекается:

Предложите некоторое время кормить ребенка в более спокойном месте.

Проблема обычно разрешается быстро.

Если ребенок отказывается сам:

Предложите матери:

- убедиться, что домашней пищи ребенку достаточно;
- уделять ребенку максимум внимания другим каким-либо образом;
- продолжать спать с ним, потому что ночные кормления грудью могут продолжаться.

Это ценно, по крайней мере, до двухлетнего возраста.

2. Помогите матери и ребенку снова получать удовольствие от кормления грудью.

Это трудная работа. Вы не можете заставить ребенка брать грудь. Матери необходимо помочь почувствовать себя счастливой рядом с ребенком и наслаждаться кормлением грудью. Они должны научиться снова получать удовольствие от тесного контакта. Мать нуждается в том, чтобы вы

сформировали в ней уверенность и оказали поддержку.

Помогите матери сделать следующее:

- Все время держать ребенка близко к себе.
  - Она должна сама ухаживать за своим ребенком как можно больше времени.
  - Попросите бабушку и других помогающих ей лиц помогать в выполнении других обязанностей, как, например, помощь по хозяйству и забота о старших детях.
  - Мать должна часто держать своего ребенка на руках и обеспечивать контакт кожа-к-коже не только тогда, когда она кормит. Она должна спать с ребенком.
  - Если мать работает, то она должна взять отпуск, возможно бюллетень.
  - Может помочь, если вы обсудите факт с отцом ребенка, бабушками и другими помогающими лицами.
  
- Давать ребенку грудь, когда бы он ни захотел.
  - Мать не должна торопиться опять кормить грудью, но предлагать грудь всякий раз, как только ребенок проявит интерес.

Ребенок может больше захотеть сосать грудь, когда он сонный или после кормления из чашки, чем тогда, когда он очень голоден. Она должна предлагать грудь в различных позициях.

  - Если мать чувствует, что начинает срабатывать рефлекс высвобождения молока, то она должна предложить грудь ребенку.
  
- Помочь ребенку взять грудь следующим образом:
  - выжать небольшое количество молока ребенку в рот;
  - хорошо расположить ребенка у груди, чтобы ему легко было взять грудь;
  - избегать надавливания на головку ребенка сзади или двигать грудь.
- Кормить ребенка из чашки между кормлениями грудью.

- Мать может сцедить молоко и покормить ребенка из чашки (или из чашки и ложки). При необходимости можно дать молочные смеси также из чашки.
- Следует избегать кормления из бутылочки, использования каких бы то ни было успокоителей, сосок (пустышек).

## ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ МАТЕРИ И РЕБЕНКУ СНОВА НАЛАДИТЬ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ

Помогите матери сделать следующее:

- Постоянно находиться рядом с ребенком - никаких других лиц по уходу за ребенком.

В любое время, а не только во время кормления грудью, обеспечивать тесный контакт кожа-к-коже.

Спать с ребенком.

Попросить других лиц помогать в выполнении других обязанностей.

- Предлагать грудь ребенку, когда бы он ни захотел.

Сонному ребенку или после кормления из чашки.

В различных позициях.

При срабатывании рефлекса высвобождения молока.

- Помочь ребенку взять грудь.

Сцедить молоко в рот ребенку.

Приложить к груди так, чтобы он мог легко взять грудь.

Избегать давления на головку ребенка сзади и движения грудью.

- Кормить ребенка из чашки.

Давать ребенку, если возможно, собственное сцеженное молоко, если нет - давать искусственную пищу.

Избегать использования бутылочек, сосок, пустышек.

## "НЕДОСТАТОЧНО МОЛОКА"

Практически каждая женщина может продуцировать молоко в достаточном количестве для одного или даже двух детей. Обычно, даже когда мать думает, что у нее мало молока, ребенок получает все необходимое.

Иногда ребенку мало молока, но обычно это происходит, когда он мало сосет или сосет неэффективно. Очень редко у матери действительно не хватает молока.

Поэтому важно думать не о том, сколько молока у матери, а о том сколько молока получает ребенок.

## ПРИЗНАКИ ТОГО, ЧТО РЕБЕНОК МОЖЕТ ПОЛУЧАТЬ НЕДОСТАТОЧНО ГРУДНОГО

### МОЛОКА ДОСТОВЕРНЫЕ

- Плохая прибавка в весе:  
(Меньше 500 г в месяц)  
(через две недели вес стал меньше, чем был при рождении)
- Выделение небольшого количества концентрированной мочи (Ребенок мочится меньше, чем - 6 раз в день, моча желтая с резким запахом)

### ВЕРОЯТНЫЕ

Ребенок не удовлетворен после кормления грудью

Ребенок часто плачет

Очень частые кормления грудью

Очень продолжительные кормления грудью

Ребенок отказывается от груди

У ребенка плотный, сухой или зеленый стул



У ребенка редкий стул и в небольшом объеме

При сцеживании нет молока

Молочные железы не увеличились (во время беременности)

Молоко "не прибыло" (после родов)

### **Как определить, получает ребенок достаточно молока или нет:**

- Проверьте, как ребенок прибавляет в весе. Это наиболее надежный признак. В первые 6 месяцев жизни ребенок должен прибавлять в весе не менее, чем 500 г в месяц или 125 г в неделю. (Прибавлять по килограмму в месяц совсем не обязательно и это не распространенное явление). Если ребенок прибавляет меньше 500 г в месяц, то он плохо прибавляет в весе.

Если можно, загляните в карту физического развития ребенка или на любую другую запись предыдущего взвешивания. Если такой записи нет, то взвесьте ребенка, а через неделю организуйте повторное взвешивание.

Если ребенок набирает вес недостаточно, то он получает недостаточное количество молока.

Однако, если нет регистрации веса ребенка, то вы не можете получить немедленный ответ.

- Проверьте количество выделяемой ребенком мочи. Это полезный и быстрый метод контроля.

Вскармливаемый исключительно грудью и получающий достаточное количество молока ребенок обычно мочится 6-8 раз в сутки и моча у него неконцентрированная. Ребенок, который не получает достаточного количества молока, мочится менее шести раз в сутки (иногда меньше четырех раз). Моча у него концентрированная и может иметь резкий запах и цвет от темно-желтого до оранжевого, особенно у детей, старше 4 недель. Спросите у матери, как часто мочится ее ребенок. Спросите у нее, бывает ли его моча темно-желтой и с резким запахом.

– Если ребенок выделяет много неконцентрированной мочи, то он получает достаточное количество молока.

– Если ребенок выделяет концентрированную мочу меньше, чем 6 раз в день, то он получает недостаточное количество молока.

По моче вы можете очень быстро определить, получает ли ребенок достаточное количество молока. Однако, если ребенок получает еще какое-либо дополнительное питье, то вы не можете быть твердо уверены в диагнозе.

## ЭТО НЕ ВЛИЯЕТ НА КОЛИЧЕСТВО ГРУДНОГО МОЛОКА

Возраст матери

Половая жизнь

Менструация

Неодобрение родственников и соседей

Возвращение на работу (если ребенок продолжает часто сосать)

Возраст ребенка

Кесарево сечение

Преждевременные роды

Многодетность

Простая, обычная диета

## ПЛАЧ

Многие матери начинают вводить необязательный прикорм из-за крика ребенка.

Прикорм часто не помогает и ребенок продолжает плакать. Иногда ребенок плачет

даже больше.

Ребенок, который много плачет, может расстроить отношения между ним и матерью

и стать причиной напряженной атмосферы в семье.

Основным путем оказания помощи кормящей грудью матери является консультация

на предмет выявления причины плача ребенка.

## ПРИЧИНЫ ПЛАЧА

- Чувство голода из-за быстрого роста:

В течение нескольких дней ребенок кажется очень голодным, возможно из-за того, что он стал расти быстрее, чем рос раньше.

Он требует, чтобы его кормили чаще. Это наиболее частая причина в возрасте где-то около 2 и 6 недель и около трех месяцев, но может наблюдаться и в любом возрасте. Если ребенок в течение нескольких дней станет сосать чаще, то запас молока увеличится и он снова станет есть реже.

- Питание матери:

Иногда мать замечает, что ее ребенок расстраивается, если она ест специфическую пищу. Это происходит потому, что некоторые вещества из ее пищи проникают в молоко. Это может случиться с любыми продуктами, поэтому нет специальных перечней продуктов, употребления которых мать должна избегать. Она сама может заметить эти продукты.

У детей может появиться аллергия на протеины некоторых продуктов, употребляемых матерью: коровье молоко, соя, яйца, арахис.

У детей может развиться аллергия на протеины коровьего молока даже после одного или двух кормлений смесями в предлактационный период.

- Лекарства, принимаемые матерью:

Кофеин, содержащийся в кофе, чае и напитках может проникнуть в грудное молоко и расстроить ребенка. Если мать курит или принимает другие лекарства, то вероятнее всего ее ребенок будет плакать больше, чем другие

дети. А если и еще кто-либо в семье курит, то это может отрицательно влиять на ребенка.

- Избыток грудного молока:

Избыток грудного молока может иметь место при плохом прикладывании ребенка к груди. Он может сосать так часто и подолгу, что слишком стимулирует молочные железы и количество молока увеличивается. Избыток молока может быть и в результате того, что мать отрывает ребенка от одной груди, не дав ему опорожнить ее, чтобы заставить его есть из другой груди. Ребенок может получить слишком много раннего молока и недостаточно позднего. У него может появиться зеленый стул, он может плохо набирать вес или он может расти хорошо, но плакать и требовать частого кормления. Даже если у матери много молока, она может думать, что для ребенка его недостаточно.

- “Колики” у ребенка:

Некоторые дети много плачут и не в связи с указанными выше причинами. Иногда их плач имеет выраженную картину. Ребенок плачет, не переставая, в определенное время дня, часто вечером. Он может подтягивать ноги, как будто у него болит живот. Может показаться, что ребенок хочет сосать, но его трудно успокоить. У детей с подобной картиной плача может быть активное пищеварение и отхождение газов, но причина плача не ясна. Такое состояние называется "колики". Дети с “коликами” обычно растут хорошо, а плакать начинают меньше после трехмесячного возраста.

- Дети с "большими запросами":

Некоторые дети плачут больше других и они нуждаются в том, чтобы их больше держали на руках и носили. В тех кругах, где матери носят детей с собой, их плач бывает реже, чем в кругах, где матери укладывают и оставляют детей или где детей укладывают спать в отдельные кроватки.

## КАК ПОМОЧЬ СЕМЬЕ С РЕБЕНКОМ, КОТОРЫЙ МНОГО ПЛАЧЕТ

- Ищите причину

Слушайте и узнавайте

Помогите матери рассказать, как она себя чувствует. Выразите ей сочувствие.

- Она может чувствовать вину и считать себя плохой матерью.
- Она может испытывать по отношению к ребенку чувство досады.
- Чувствовать себя виноватой могут заставить ее другие лица, или они могут внушить ей, что у нее плохой ребенок, или капризный, или недисциплинированный.
- Другие лица могут посоветовать ей давать ребенку прикорм или успокоители (пустышки).

Составьте историю грудного вскармливания

- Узнайте о кормлении ребенка и о его поведении.
- Узнайте о диете матери и, пьет ли она много кофе, или курит, или принимает лекарства.
- Узнайте о том давлении, которое она испытывает со стороны членов семьи и других лиц.

Оцените кормление грудью

- Проверьте положение ребенка при сосании и продолжительность кормления.

Осмотрите ребенка

- Убедитесь, что он не болен и у него ничего не болит. Проверьте его физическое развитие.
- Если ребенок болен или у него что-то болит, лечите или посоветуйте обратиться к специалисту.

- Формируйте уверенность и оказывайте поддержку

Примите

- Примите все, что думает мать о причине проблемы.
- Примите то, что она думает о ребенке и о его поведении.

Похвалите все то, что мать и ребенок делают хорошо

- Объясните, что ее ребенок растет хорошо, он не болен.
- Материнское грудное молоко удовлетворяет все потребности ребенка - с ним (с ней) ничего плохого.
- Ее ребенок прекрасный - он не плохой, не капризный и не нуждается в постановке дисциплины.

Дайте уместную информацию

- Ребенок действительно нуждается в том, чтобы его успокоили.
- Он не ослаблен, но у него действительно может что-нибудь болеть.
- Когда ребенку исполнится 3-4 месяца, он станет плакать меньше.
- Лекарства от “колик” теперь не рекомендуются. Они могут быть вредны для ребенка.
- Добавки в питании не обязательны и часто не помогают. У искусственно вскармливаемых детей тоже бывают “колики”. У них может развиваться непереносимость коровьего молока или аллергия, что ухудшит ситуацию.
- Безопаснее, если для успокоения ребенок будет сосать грудь, а пустышки и бутылочки не спасут.

**Сделайте одно-два предложения**

То, что вы предложите, зависит от того, что вы узнали о причине плача ребенка.

Наиболее распространенные причины в разных странах могут быть разными.

- Если у матери избыток молока:
- Помогите ей улучшить положение ребенка у груди;
- Предложите ей каждое кормление кормить только одной грудью.

- Пусть он продолжает сосать из одной груди, пока сам не отпустит ее.
- При следующем кормлении дайте другую грудь.
- Объясните, что если ребенок будет дольше оставаться у одной груди, то он получит больше богатого жирами позднего молока.
- Может помочь, если она будет пить меньше кофе и чая и других напитков, содержащих кофеин. Если она курит, то предложите ей курить меньше и после кормления грудью, а не до или во время кормления.

Попросите других членов семьи не курить в комнате, где находится ребенок.

- Может помочь, если она перестанет употреблять коровье молоко и другие молочные продукты или другую пищу, которая может вызвать аллергию (соя, арахис, яйца).

Она не должна употреблять эти продукты в течение недели. Если ребенок стал плакать меньше, то она должна продолжать избегать употребления этих продуктов. Если же ребенок продолжает плакать столько, сколько и раньше, то тогда эти специфические продукты не были причиной плача. Она может снова употреблять их.

Не предлагайте прекратить ей употреблять эти продукты, если у нее бедная диета. Убедитесь, что она в состоянии позволить себе другие, богатые энергетическими ресурсами и протеинами продукты взамен противопоказанных, например фасоль.

Окажите практическую помощь

- Объясните, что лучший способ успокоить плачущего ребенка это держать его близко к себе, мягко поглаживая и мягко надавливая его животик.

Предложите показать ей несколько способов, как держать и носить ребенка.

- Иногда носить ребенка может быть легче кому-либо другому, не матери, чтобы он не чувствовал запаха молока.
- Покажите матери, как наладить отхождение газов у ребенка.

Она должна держать ребенка прямо, например в положении "сидя", или

прямо, прижав ребенка к плечам.

(НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО рутинно обучать "отхождению газов", а только, если у ребенка "колики".)

Предложите обсудить положение с членами ее семьи, чтобы рассказать им о потребностях ребенка и о необходимости оказывать поддержку матери.

Важно попытаться разрядить напряженную обстановку в семье, чтобы мать не начала вводить необязательные пищевые добавки.

### **Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки аспирантов**

1. Каковы истинные причины отказа ребенка от груди?
2. Какие могут быть ошибки в организации кормления?
3. Что является признаком того, что молока недостаточно?
4. Почему плач ребенка начинается во время кормления грудью?
5. Необходимо ли пользоваться соской?
6. Какие возможные проблемы могут появиться при использовании пустышек?
7. Каким образом проявляется избыток грудного молока?



## Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Лихачев, Владимир Константинович. Оперативное акушерство с фантомным курсом [Текст] : руководство для врачей / В. К. Лихачев. - М. : Медицинское информационное агентство, 2014. - 496 с
2. Ланцев, Е. А. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве : руководство для врачей / Е. А. Ланцев, В. В. Абрамченко. - М. : МЕДпресс - информ, 2010. - 624 с
3. Адамян, Л.В. Акушерство и гинекология (протоколы лечения) : клинические рекомендации: спецвыпуск / под ред. Л. В. Адамян и др. - М. : Медиа Сфера, 2016 - 471 с.

Дополнительная:

4. Айламазян, Э.К. Акушерство [Текст] : учебник для медицинских вузов / Э. К. Айламазян. - 8-е изд., испр. и доп. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2014. - 543 с.
5. Степанова, Р. Н. Практические умения по акушерству и гинекологии [Текст] : учебное пособие / Р. Н. Степанова, С. П. Пахомов. - Ростов н/Д : Феникс, 2010. - 253 с.
6. Серов, В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии : в 2-х т. - М. : Литтерра, 2010
7. Акушерство, неонатология : руководство для практикующих врачей / под общ. ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. - 2-е изд., испр. и доп. - 2010. - 784 с. :
8. Подзолкова, Н.М. Акушерство и гинекология. Дифференциальная диагностика от А до Я : руководство / пер. с англ. Н. М. Подзолковой ; под ред. Т. Холлингуорта. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 400 с.

## **Методические разработки кафедры**

1. Акушерство. Методические рекомендации для практических занятий и самостоятельной работы (ординатура): Методические рекомендации / – Н.В. Артымук, Г.А. Ушакова, В.Г. Мозес и др. – Кемерово, 2015. – 45 с.
2. Гинекология. Методические рекомендации для практических занятий и самостоятельной работы (ординатура): Методические рекомендации / Н.В. Артымук, Г.А. Ушакова, В.Г. Мозес и др. – Кемерово, 2015. – 167 с.
3. Методические рекомендации для прохождения практики ординаторами акушерами-гинекологами/ Н.В. Артымук, Г.А. Ушакова, М.Н. Сурина Т.Ю. и др. – Кемерово, 2015. – 20 с.
4. Методические рекомендации для практических занятий и самостоятельной работы по акушерству и гинекологии для преподавателей, работающих с ординаторами / Н.В. Артымук, Г.А. Ушакова, В.Г. Мозес и др. – Кемерово, 2015. – 327 с.
5. Детская гинекология. Методические рекомендации для практических занятий и самостоятельной работы (ординатура) / Н.В. Артымук, Г.А. Ушакова, Т.Ю. Марочко, О.Н. Новикова, М.Н. Сурина, С.И. Елгина – Кемерово, 2015. – 100 с.
6. Охрана репродуктивного здоровья. Методические рекомендации для практических занятий и самостоятельной работы (ординатура) / Н.В. Артымук, Г.А. Ушакова, Т.Ю. Марочко, О.Н. Новикова, В.И. Черняева, Е.А. Шакирова, М.Н. Сурина, О.Б. Карелина – Кемерово, 2015. – 100 с.
7. Обучающий симуляционный курс. Методические рекомендации для ординаторов / Н.В. Артымук, Г.А. Ушакова, О.Н. Новикова и др. – Кемерово, 2015. – 100 с.
8. Учебное пособие для ординаторов «Беременность и роды при заболеваниях крови» / В.Ю. Павлова, Г.А. Ушакова, О.Н. Новикова, Л.В. Квиткова – Кемерово, 2015. – 54 с.
9. Учебное пособие для ординаторов «Беременность и роды при туберкулезе легких» Г.А. Ушакова, И.Ф. Копылова, Е.А. Рудик. – Кемерово, 2015. – 19 с.

10. Учебное пособие для ординаторов «Беременность и роды при заболеваниях соединительной ткани» / Г.А. Ушакова, Т.А. Раскина, С.И. Елгина. – Кемерово, 2015. – 59 с.

11. Акушерство и гинекология: учебно-методическое пособие для преподавателей, обучающихся по основной профессиональной образовательной программе по направлению подготовки кадров высшей квалификации – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля) 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Н. В. Артымук, О.А. Зотова, О. Б. Карелина, Т. Ю. Марочко, М. Н. Сурина, В. И. Черняева, Е. А. Шакирова. – Кемерово, 2017. – 416 с. - URL : «Электронные издания КемГМУ» <http://moodle.kemsma.ru>

12. Акушерство и гинекология: учебно-методическое пособие для подготовки к практическим занятиям обучающихся по основной профессиональной образовательной программе по направлению подготовки кадров высшей квалификации – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля) 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Н. В. Артымук, О.А. Зотова, О. Б. Карелина, Т. Ю. Марочко, М. Н. Сурина, В. И. Черняева, Е. А. Шакирова. – Кемерово, 2017. – 400 с. - URL : «Электронные издания КемГМУ» <http://moodle.kemsma.ru>

13. Акушерство и гинекология: учебно-методическое пособие для самостоятельной работы обучающихся по основной профессиональной образовательной программе по направлению подготовки кадров высшей квалификации – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля) 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Н. В. Артымук, О.А. Зотова, О. Б. Карелина, Т. Ю. Марочко, М. Н. Сурина, В. И. Черняева, Е. А. Шакирова. – Кемерово, 2017. – 129 с. - URL : «Электронные издания КемГМУ» <http://moodle.kemsma.ru>

14. Грудное вскармливание : учебно-методическое пособие для преподавателей, обучающихся по основной профессиональной образовательной программе по направлению подготовки кадров высшей квалификации – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля) 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Н. В. Артымук, О. Б. Карелина, Т. Ю. Марочко, М. Н. Сурина, В. И. Черняева, Е. А. Шакирова. – Кемерово, 2017. – 71 с. - URL : «Электронные издания КемГМУ» <http://moodle.kemsma.ru>

15. Грудное вскармливание : учебно-методическое пособие по подготовке к практическим занятиям обучающихся по основной профессиональной образовательной программе по направлению подготовки кадров высшей квалификации – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля) 14.01.01 - «Акушерство и гинекология»/ Н. В. Артымук, О. Б. Карелина, Т. Ю. Марочко, М. Н. Сурина, В. И. Черняева, Е. А. Шакирова. – Кемерово, 2017. – 71 с. - URL : «Электронные издания КемГМУ» <http://moodle.kemsma.ru>

16. Грудное вскармливание : учебно-методическое пособие по организации внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся по основной профессиональной образовательной программе по направлению подготовки кадров высшей квалификации – программе подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре 31.06.01 «Клиническая медицина», направленности (профиля) 14.01.01 «Акушерство и гинекология» / Н. В. Артымук, О. Б. Карелина, Т. Ю. Марочко, М. Н. Сурина, В. И. Черняева, Е. А. Шакирова. – Кемерово, 2017. – 67 с. - URL : «Электронные издания КемГМУ» <http://moodle.kemsma.ru>

## **ЭБС**

1. Электронная библиотечная система «Консультант студента»: [Электронный ресурс] / ООО «ИПУЗ» г. Москва. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru> – карты индивидуального доступа.

2. **Консультант врача. Электронная медицинская библиотека** [Электронный ресурс] / ООО ГК «ГЭОТАР» г. Москва. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru> – с личного IP-адреса по логину и паролю.

3. **Электронная библиотечная система «ЭБС ЛАНЬ»** - коллекция «Медицина-Издательство СпецЛит» [Электронный ресурс] / ООО «ЭБС ЛАНЬ». – СПб. – Режим доступа: <http://www.e.lanbook.ru> с через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.

4. **Электронная библиотечная система «Букап»** [Электронный ресурс] / ООО «Букап» г. Томск. – Режим доступа: <http://www.books-up.ru> – через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.

5. **Электронно-библиотечная система «ЭБС ЮРАЙТ»** [Электронный ресурс] / ООО «Электронное издательство ЮРАЙТ» г. Москва. – Режим доступа: <http://www.biblio-online.ru> – через IP-адрес университета, с личного IP-адреса по логину и паролю.

6. **Информационно-справочная система «Кодекс»** с базой данных № 89781 «Медицина и здравоохранение» [Электронный ресурс] / ООО «ГК Кодекс». – г. Кемерово. – Режим доступа: [http://www.kodeks.ru/medicina\\_i\\_zdravoohranenie#home](http://www.kodeks.ru/medicina_i_zdravoohranenie#home) через IP-адрес университета.

7. **Справочная правовая система Консультант Плюс** [Электронный ресурс] / ООО «Компания ЛАД-ДВА». – М.– Режим доступа: <http://www.consultant.ru> через IP-адрес университета.

8. **Электронная библиотека КемГМУ** (Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2017621006 от 06.09 2017г.)