

ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

КАК ПОВЫСИТЬ ЛАКТАЦИЮ? (ОБМЕН ОПЫТОМ)

В статье анализируются проблемы, возникающие при грудном вскармливании, и возможные пути их преодоления.

Ключевые слова:

грудное вскармливание
грудные дети
гиполактация

Грудное вскармливание является абсолютным приоритетом питания на первом году жизни. Эффективность влияния грудного вскармливания на рост и развитие ребенка описана в статьях и руководствах зарубежных авторов и наших соотечественников [1–6]. Однако педиатры, которые имеют непосредственное взаимодействие с молодыми родителями и выступают за несомненную поддержку грудного вскармливания, уверенные в его необходимости, все же нередко «заходят в тупик», пытаясь понять, почему ребенок беспокойно реагирует на грудное вскармливание? Почему ребенок начинает плакать около груди, часто отрываться и беспокоится у соска? Почему у ребенка относительно короткие периоды сна, сон – поверхностный и чуткий? Почему возникают «кишечные колики» как и при искусственном вскармливании? Что можно и нельзя употреблять в пищу маме? Как понять, достаточно ли молока в такой ситуации и т. д. Вопросов огромное множество.

КАК ПОДДЕРЖАТЬ АДЕКВАТНУЮ ЛАКТАЦИЮ?

Грудное вскармливание – процесс последовательный и непрерывный. Залог успеха – соблюдение техники прикладывания младенца к груди и психологическая подготовка матери. Несоблюдение данных условий приводит к дисгармонии между матерью и ребенком, что способствует снижению лактации и преждевременному завершению грудного вскармливания в первые месяцы жизни ребенка.

Первый тревожный фактор, нередко поддерживаемый неонатологами и акушерами, – мысль о гиполактации.

Гиполактация – пониженная секреторная способность молочной железы. Однако истинная гиполактация встречается крайне редко и, по данным мировой статистики, составляет не более 1% [1–3]. Чаще всего речь идет о вторичной гиполактации, связанной с «внешними факторами», например медикаментозным влиянием:

■ подавление синтеза пролактина на фоне стимуляции окситоцином в родах,

■ влияние наркотических средств при операции кесарева сечения (необходимо отметить, что в современной практике акушерства отмечается стремление к минимизации использования данных средств).

Также к гиполактации приводит неправильное прикладывание и опорожнение груди, отсутствие психологической мотивации к грудному вскармливанию [3, 4]. Однако, даже если матери кажется, что «у нее нет молока», целесообразно убедить ее чаще прикладывать ребенка к груди, т. к. еще одной из причин, нарушающих физиологию грудного вскармливания, является позднее начало кормления новорожденного грудью.

Практика «раздельного пребывания» в родильных домах, кормления ребенка по часам с 3 или 3,5-часовым перерывом нередко приводит к несовпадению максимума пищевого рефлекса и выработки ферментов у ребенка с диктуемым временем кормления. Это приводит к тому, что детей вынуждены «докармливать» смесями или «допаивать» в детских палатах чаще всего из рожка, а к моменту кормления они не могут полноценно сосать грудь. Таким образом, формируется вторичная гиполактация, отказ от груди, большая потеря массы тела ребенка, вплоть до необходимости использования методов интенсивной инфузионной терапии для коррекции, и т. д.

Практика «раздельного пребывания» в родильных домах, кормления ребенка по часам с 3 или 3,5-часовым перерывом нередко приводит к несовпадению максимума пищевого рефлекса и выработки ферментов у ребенка с диктуемым временем кормления

Таким образом, консультирование неонатологами и особенно детскими сестрами в первые дни жизни ребенка и поддержка в эти дни молодой матери является одной из главных задач неонатальной службы физиологического родильного дома и одним из главных залогов пролонгированного грудного вскармливания. Кроме того, правильное прикладывание к груди определит отсутствие трещин сосков и болевого синдрома, который также уменьшает продукцию молока и затрудняет процесс сосания [6].

Гиполактация – это вторичное снижение лактации после периода нормальной лактации. Коррекцией этого состояния является частое прикладывание ребенка к

груди, пусть через каждый час, и это может привести к восстановлению лактации. Гиполактационные кризы могут возникать через месяц после родов ежемесячно, совпадая по времени с фактическим или предполагаемым менструальным циклом. Гиполактационные кризы возникают при повышенных нагрузках, излишней потливости, стрессе.

Гиполактационные кризы – явление физиологическое и функциональное, отражающее в какой-то мере адаптацию организма матери после родов. Задачей медицинского работника является разъяснение матери возможности появления подобных эпизодов и обучение ее, как действовать в подобных ситуациях. К сожалению, нередко сами врачи очень легко ставят диагноз «гиполактации» и советуют докармливать ребенка смесями. Такая практика очень быстро приводит к закреплению гиполактации и вынужденному переводу ребенка на искусственное питание.

Гиполактационные кризы могут возникать через месяц после родов ежемесячно, совпадая по времени с фактическим или предполагаемым менструальным циклом. Гиполактационные кризы возникают при повышенных нагрузках, излишней потливости, стрессе

Возможность гиполактационных кризов определяется «периодами становления грудного вскармливания», которые включают в себя:

Подготовительный – формирование психологической установки будущей матери на кормление грудью.

Период взаимоиндукции – время от первого прикладывания к груди после родов до значимой секреции или «прилива» молока на 3–5-й день.

Адаптационный период – от нерегулярного режима до формирования устойчивого ритма голода и насыщения.

Основной период – кормление с постоянными или возрастающими интервалами. Устойчивая прибавка массы тела ребенка.

Наиболее сложным для становления грудного вскармливания и его пролонгации является адаптационный период, который длится 1–2 мес. У ребенка в это время неустойчивый ритм голода и насыщения, а у женщины – неустойчивый ритм притока молока. Именно поэтому в этот период рекомендуется т. н. кормление по требованию. Это вовсе не беспорядочное, хаотичное кормление, которое, по мнению ряда педиатров, нарушает ритмику пищеварения. Напротив, мать как бы подчиняется формированию индивидуальной ритмики ребенка, и они вместе создают режим вскармливания, который может иметь неравные промежутки в течение дня. Наиболее проблематичным и требующим психологической установки у семьи является ночное кормление и отказ от идеи обязательного ночного перерыва для предоставления «отдыха» желудочно-кишечному тракту. Биологические часы, продолжительность сна и бодрствования ребенок формирует сам, постепенно и в соответствии с естественными

Реклама

МОЛОКА ХВАТИТ ВСЕМ!



Не содержит сахара

Изготовлено в условиях фармацевтического производства

Лактафитол®

Фиточай при недостатке грудного молока

- Способствует увеличению объема грудного молока до 45%.
- Увеличивает продолжительность естественного вскармливания.
- Уменьшает вздутие живота и улучшает аппетит малыша.
- Не влияет на вкус молока.

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВОМ

Эксклюзивный дистрибьютор: АО «Европлант», СТР № RU.77.99.88.003.Е.012301.12.14 от 17.12.2014 г.
Изготовитель: АО «Красногорсклекарства», 143444, Московская обл., г. Красногорск, мкр. Опалиха, ул. Мира, 25

БАД. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ

потребностями. В первый месяц жизни для ребенка не существует различий между днем и ночью, соответственно, и режим питания может не отличаться, но в дальнейшем понятие «ночной сон» начинает превалировать над дневным, особенно при правильном формировании «рефлекса ночи» (купание в одно и то же время, единообразные действия, совершаемые при укладывании ребенка на ночной сон). Если молодая мать со стоном спрашивает через 2–3 мес., как долго ребенок будет кушать ночью, что она совсем не высыпается и т. д., то можно сказать, что такая женщина совершенно не готова психологически к процессу грудного вскармливания. Ведь ночные кормления в норме могут сохраняться в течение 2 лет.

Кормящая мать должна правильно и полноценно питаться. Хотя риск развития аллергии на различные продукты у ребенка существует, однако значимость его в последние годы представляется значительно преувеличенной.

В практике приходится многократно встречаться с ситуациями резкого ограничения питания кормящей матери. Так, любые изменения на коже ребенка, которые могут быть вовсе и не проявлением аллергии, заставляют врачей исключать большой спектр продуктов. Вместе с тем молоко матери является «комплементарным ребенку», и истинная аллергическая реакция крайне редка, даже на такие продукты «высокого риска», как шоколад, цитрусовые, кофе и т. д.

Однако только полноценное питание и оптимальный питьевой режим могут помочь в сохранении лактации и относительно безболезненном для ребенка завершении гиполактационного криза.

Особенностью применения трав является накопительный эффект, поэтому ждать притока молока следует через несколько дней регулярного приема

Кроме того, существуют специальные средства – чаи и травяные сборы, которые могут активизировать лактацию. Примером такого средства является фиточай Лактафитол®. В его состав входит сбалансированный набор трав, которые исторически народным опытом зарекомендовали свои свойства. Так, плоды фенхеля обыкновенного (укропа аптечного) и плоды аниса, плоды тмина обыкновенного и листья крапивы двудомной издревле применялись как молокогонные средства и средства для улучшения работы органов пищеварения, обладая ветрогонным свойством. Способ применения данного травяного сбора стандартный – 1–2 фильтр-пакета залить стаканом кипятка (200 мл), накрыть и настоять 15 мин, принимать по 1/2 стакана 2 раза в день во время еды. Продолжительность приема – 2–4 нед.

При использовании молокогонных чаев необходимо помнить две основные вещи: у матери не должно быть непереносимости ни к одному компоненту сбора. Это требует внимательного прочтения состава и анализа, при-

нимался ли когда-нибудь каждый из компонентов сбора, возникала ли необычная реакция.

Кроме того, в послеродовом периоде иммунная и эндокринная системы женщины очень изменяются, и даже если ранее никаких реакций на компоненты состава сбора не было и женщина, в принципе, нередко принимала аналогичные сборы при недомогании, то сейчас, в период лактации, ответная реакция организма может быть патологической, поэтому первый прием лучше сделать в утренние часы и внимательно проанализировать собственное состояние и состояние малыша.

При использовании молокогонных чаев необходимо помнить две основные вещи: у матери не должно быть непереносимости ни к одному компоненту сбора

Особенностью применения трав является накопительный эффект, поэтому ждать притока молока следует через несколько дней регулярного приема.

Если острой реакции на травяной состав нет, то такие чаи являются, безусловно, полезным и безопасным средством поддержания лактации, коррекции гиполактационных кризов, нормализации функции желудочно-кишечного тракта у малыша и в конечном итоге общего улучшения самочувствия и настроения у кормящей матери.

Таким образом, казалось бы, абсолютно естественное состояние лактации и абсолютно естественное вскармливание, которое позволило сохранить и развить человечество, имеет множество нюансов и проблем, о которых необходимо знать педиатру. Это позволит учесть, с одной стороны, особенности послеродовой тревожности в состоянии женщины и, с другой стороны, «интересы» ребенка в стремлении к максимально физиологической адаптации во внеутробной жизни, пройти сложный период первых месяцев, помочь в поддержке грудного вскармливания и сохранить его на весь первый год жизни.



ЛИТЕРАТУРА

1. Кормление детей первого года жизни. Физиологические основы. Бюллетень ВОЗ. Под ред. Джеймса Акре. Женева, 2002.
2. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза. Юнисеф-ВОЗ. Копенгаген.
3. Грудное вскармливание и психологическое единство «мать-дитя». Е.М. Фатеева, Ж.В. Цареградская. М., 2000. 183 с.
4. Помощь матерям в кормлении грудью/ Ф.Сэвидж Кинг. 1995. 172 с.
5. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. 2011.
6. Сестринский уход за новорожденным в амбулаторно-поликлинических условиях. Под ред. Д.И. Зелинской. М., 2010. 165 с.