

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

ВЛИЯНИЕ РОДОВЫХ ТЕХНИК НА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
3 курса группы 03051624
Селезневой Наталья Владимировны**

Научный руководитель:
Преподаватель Бухарина С.А.

Рецензент
Заведующий
отделения гинекологии ОГБУЗ
«Городская больница № 2
г. Белгорода»
О.В. Головченко

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|---|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 3 |
| ГЛАВА 1. ВЛИЯНИЕ РОДОВЫХ ТЕХНИК И РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ..... | 6 |
| 1.1. Кесарево сечение..... | 6 |
| 1.2. Анестезия..... | 8 |
| 1.3. Эпизиотомия..... | 14 |
| 1.4. Современные перинатальные технологии (ранний контакт «кожа-к-коже», первое прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка, партнерские роды)..... | 15 |
| 1.5. Предлактационное кормление новорожденного..... | 25 |
| 1.6. Ранняя выписка..... | 27 |
| ГЛАВА. 2. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ НЕКОТОРЫХ РОДОВЫХ ТЕХНИК НА СТАНОВЛЕНИЕ ЛАКТАЦИИ И ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ | 28 |
| 2.1. Материалы и методы исследования..... | 28 |
| 2.2. Результаты исследования..... | 28 |
| ВЫВОДЫ..... | 45 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 48 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ..... | 49 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ..... | 53 |

ВВЕДЕНИЕ

Грудное вскармливание-идеальный способ кормления младенцев, обеспечивающий их полноценное питание, физическое, психическое и эмоциональное развитие. Кормление грудью - доступно, безопасно, экономично, полезно для матери и ребенка.

Грудное молоко защищает ребенка от желудочно-кишечных заболеваний и респираторных инфекций, инфекций мочевых путей, воспаления среднего уха, а также снижает риск развития аллергии и астмы, сахарного диабета. Грудное вскармливание уменьшает риск развития неправильного прикуса у ребенка, слабого зрения, некоторых форм рака, риск возникновения артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца у них во взрослой жизни.

Благотворное влияние длительного кормления грудью для женщины заключается в снижении риска развития рака яичников и рака груди, возникновения мастита и анемии в послеродовом периоде, развития остеопороза в пожилом возрасте. Кормление грудью – это наиболее легкий и доступный каждой матери путь для формирования материнского поведения.

По данным официальной статистики Минздравсоцразвития России за 2005 год доля детей, находящихся на грудном вскармливании в возрасте 6-12 месяцев составила всего лишь 35.9% по России в целом и 29.3% по Белгородской области, в частности (Общественные группы материнской поддержки..., 2006). Хотя, в соответствии с международной программой ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания», где изложены основные положения в виде десяти принципов успешного грудного вскармливания, и «Национальной программой оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации», существует рекомендация кормления ребенка исключительно грудным молоком до 6 месяцев и сохранение грудного вскармливания до 1.5-2 и более лет.

Актуальность поддержки и поощрения грудного вскармливания обусловлена наличием низких показателей распространенности естественного вскармливания, которые наглядно показывают, что недостаточно просто предоставить женщинам возможность кормить грудью, необходимо оказывать своевременную помощь и поддержку кормящей матери со стороны здравоохранения, семьи и общества в целом.

Цель исследования – изучить влияние различных родовых техник на успех и продолжительность грудного вскармливания.

Задачи:

1. Обобщить данные литературы и других источников относительно влияния различных родовых техник и особенностей протекания послеродового периода на грудное вскармливание.
2. Изучить влияние способа родоразрешения, вида анестезии, применении эпизиотомии в родах на успех и продолжительность кормления грудью.
3. Получить и проанализировать данные о применении современных перинатальных технологий в различных сценариях родов, а также проследить их влияние на грудное вскармливание.
4. Составить памятки для родильниц «Особенности налаживания грудного вскармливания после кесарева сечения» и «Особенности кормления грудью после эпизиотомии».

Объектом исследования является влияние различных родовых техник и перинатальных технологий на кормление грудью.

Предмет исследования особенности становления лактации у родильниц и продолжительность грудного вскармливания у кормящих матерей.

Гипотеза исследования. По результатам исследования предполагается сделать вывод о влиянии различных родовых техник и современных перинатальных технологий на становление лактации, налаживание и продолжительность грудного вскармливания.

ГЛАВА 1. ВЛИЯНИЕ РОДОВЫХ ТЕХНИК И РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА НА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

В современной психологической литературе неоднократно упоминается влияние представлений и переживаний в родах на успешность перехода в материнство. «Материнство» включает в себя способность женщины выносить, родить и выкормить грудью ребенка до определенного возраста. Истоки материнского инстинкта, несомненно, восходят к состоянию беременности и даже более ранним этапам жизни женщины и девочки, но все же важным пусковым механизмом являются роды, восприятие опыта родов женщиной, первый контакт матери и ребенка и первое прикладывание к груди (Добряков, 2008; Филлипова, 2018).

Всемирная Организация Здравоохранения в ноябре 2017 года выпустила новый документ - "Защита, пропаганда и поддержка грудного вскармливания в учреждениях, обслуживающих беременность, роды и новорожденных" (Protecting, promoting..., 2018). В свежем руководстве обновлены, согласно имеющимся медицинским доказательствам, принципы поддержки ГВ, которые действительно работают и очень важны для того, чтобы кормление грудью каждой отдельной матери состоялось.

1.1. Кесарево сечение

Кесарево сечение (лат. *caesarea* «королевский» и *sectio* «разрез», далее КС) — операция, при которой новорождённый извлекается через разрез на матке.

Операция обычно проводится под регионарной (эпидуральной или спинальной) анестезией. При этом обезболивается только нижняя часть туловища, женщина может сразу же после извлечения ребёнка из матки взять его в руки и приложить к груди.

В случае экстренного КС чаще приходится прибегать к общей анестезии.

До операции предварительно бреют лобок и вставляют катетер в мочевой пузырь для его опорожнения. Пустой мочевой пузырь не будет давить на матку, что будет способствовать лучшему её сокращению в послеродовом периоде. А также будет меньше вероятность его повреждения в ходе операции. После проведения анестезии женщину укладывают на операционный стол и отгораживают верхнюю часть туловища ширмой.

Хирург делает горизонтальный разрез передней брюшной стенки над лобком, в экстренных случаях производится вертикальный разрез от пупка до лобка, чтобы как можно быстрее вынуть ребёнка. Если остался шрам от прежних беременностей, закончившихся кесаревым сечением, новый разрез делается на этом же месте, предварительно иссекается старый рубец на коже. Затем хирург раздвигает мышцы, убирает в сторону мочевой пузырь, делает разрез на матке и вскрывает плодный пузырь. Врач извлекает ребёнка и пересекает пуповину, после этого рукой удаляется послед. Разрез на матке зашивают, восстанавливают брюшную стенку и накладывают швы или скобки на кожу. Вся операция длится 20-40 минут.

Сутки после операции ведётся круглосуточное наблюдение за состоянием женщины. На живот кладётся пузырь со льдом для сокращения матки и остановки кровотечения, а также прописываются обезболивающие средства, препараты, способствующие сокращению матки, и препараты для восстановления функции желудочно-кишечного тракта. Также иногда прописывают антибиотики. Максимально ранняя активизация (до 4-6 часов после операции) при достаточном обезболивании, раннее начало приема жидкости и пищи доказано сокращают время реабилитации после операции и в несколько раз снижают количество послеоперационных осложнений. Особенно важно раннее прикладывание ребёнка к груди для лучшего сокращения матки и стимуляции лактации.

Данные по влиянию способа родоразрешения на становление лактации и продолжительность грудного вскармливания хоть и многочисленны, но противоречивы.

К примеру, по данным систематического обзора и метанализа (Prior E...) к одной из причин, обуславливающих патологически отсроченное начало II стадии лактогенеза (в норме начинается через 38-98 часов после родов) наряду с задержкой частей плаценты в матке, стрессом, относят и оперативные роды.

В других исследованиях зависимости между способом родов и лактацией отмечено не было (Лактация после ..,2016).

Одно из последних исследований, проведенных в марте 2019 года (Zhang F, et al.,2019), говорит о том, что само по себе КС не является причиной проблем при грудном вскармливании. Чаще это связано с нюансами сосания каждого конкретного ребенка. В этой же работе показано значение и необходимость поддержки кормящих матерей, родивших путем КС. После оказания помощи на раннем этапе грудного вскармливания отрицательное влияние КС на длительное грудное вскармливание было ослаблено и больше не было значительным уже на пятый день, четвертый и шестой месяц.

1.2. Анестезия

Общий наркоз

Общая анестезия заключается во введении лекарственных препаратов внутривенно, при этом пациентка находится без сознания и теряет тактильную чувствительность. При этом больная не может дышать, в из-за действия миорелаксантов и ей проводится искусственная вентиляция легких. Поэтому такой наркоз анестезиологи называют эндотрахеальным (ЭТН). В современных условиях общий наркоз стал применяться все реже, что вполне обосновано, но существуют ситуации, когда его нельзя заменить регионарной анестезией.

Особенностью общей анестезии при КС является воздействие наркоза на мать и одновременно на плод.

Эндотрахеальный наркоз

Эндотрахеальный наркоз осуществляется путем введения в трахею женщины трубки, присоединенной к аппарату ИВЛ (искусственной вентиляции легких). Через трубку в дыхательные пути пациентки попадает кислород, а также газ ингаляционного анестетика – препарата, обезболивающего иводящего беременную в длительный сон. Эндотрахеальный метод анестезии позволяет держать пациента под наркозом столько времени, сколько понадобится для операции. Очень часто эндотрахеальный наркоз используют вместе с внутривенным общим наркозом, чтобы увеличить длительность анестезии и взять под контроль дыхание пациентки.

Плюсы общей анестезии при кесаревом сечении:

- практически моментальное обезболивание, что позволяет в кратчайшие сроки начать операцию (особенно актуально при экстренном КС);
- значительно лучше переносится женщиной; исключает сознание в 100%;
- полная релаксация мускулатуры, что обеспечивает оптимальные условия работы хирургу;
- стабильность артериального давления и пульса, контроль дыхания пациентки;
- при необходимости можно пролонгировать наркоз посредством дополнительного введения анестетиков;
- методикой ЭТН владеют все анестезиологи, что нельзя сказать о навыках региональной анестезии.

Минусы общей анестезии при КС. К недостаткам общего наркоза относятся его осложнения и последствия, как для матери, так и для ребенка.

- Трудность в выполнении интубации трахеи и др.
- В первую очередь, введение наркотических препаратов действует на плод, он находится в состоянии наркотического сна.

- Также общая анестезия обуславливает развитие депрессии ЦНС ребенка, что сказывается в его заторможенности и даже возникновении ишемическо-гипоксической энцефалопатии в последующее время.

Эпидуральная анестезия

Суть эпидуральной анестезии (ЭДА) заключается во введении в эпидуральное пространство анестетических препаратов. Эпидуральное пространство располагается между твердой мозговой оболочкой и межпозвоночными связками, которые соединяют остистые отростки позвонков. «Укол» делается именно в области связок, между позвоночными отростками. Таким образом, достигается онемение нижней части тела.

Плюсы эпидуральной анестезии:

- женщина находится в полном сознании и слышит первый крик ребенка, а также имеется возможность его увидеть;
- возможность продления анестезии, если операция затягивается,
- обезболивание раннего послеоперационного периода (в эпидуральное пространство вводится постоянный катетер);
- минимальный риск воздействия лекарственных препаратов на плод; относительно стабильное функционирование сердечно-сосудистой системы;
- хорошее обезболивание;
- в некоторой степени сохраняется двигательная активность;
- отсутствует риск аспирационного синдрома и травматизации слизистой трахеи.

Минусы эпидуральной анестезии:

- технически сложная процедура;
- длительность (до 20 минут) от проведения анестезии до начала операции;
- риск внутрисосудистого введения препарата (вплоть до судорог и летального исхода);
- сохраняется риск неадекватного обезболивания.

Спинальная анестезия

Суть спинномозговой анестезии (спинальной анестезии или СМА) заключается во введении анестетика в пространство вокруг спинного мозга, который омывает спинномозговая жидкость. То есть иглой прокалывается то же самое место между позвонками, что и при проведении ЭДА, только используется более тонкая игла, которая при СМА должна миновать твердую оболочку спинного мозга.

Плюсы спинномозговой анестезии:

- обезболивание достигается в 100% случаев в отличие от ЭДА;
- анестезия наступает значительно быстрее, через 5, максимум 7 минут (хирурги не ждут и начинают мыться на операцию);
- в техническом плане СМА проще ЭДА;
- дешевизна метода в отличие от перидуральной анестезии;
- отсутствуют риски системного воздействия анестетика на женщину;
- роженица находится в сознании, может слышать и увидеть новорожденного; хорошее расслабление мышц (оптимальные условия для хирургов);
- отсутствие негативного действия препаратов на плод;
- менее болезненная манипуляция (игла тоньше, чем при ЭДА).

Минусы спинномозговой анестезии:

- из-за быстрого действия анестетика резко падает уровень кровяного давления (этот момент предупреждают профилактически);
- нередки случаи возникновения постпункционной головной боли в течение нескольких дней (поэтому пациентке после операции рекомендуется находиться в горизонтальном положении не менее 24 часов);
- непродолжительность обезболивания (не более 2 часов) и отсутствие возможности пролонгировать СМА;
- возможны осложнения в виде болей в спине в течение нескольких месяцев.

Влияние эпидуральной анестезии на особенности лактации подробно рассматривается в книге известного канадского педиатра Джека Ньюмена: «При использовании эпидуральной анестезии в родах одной из распространенных нежелательных реакций является падение кровяного давления и как следствие – проведение инфузионной терапии. При этом предполагается, что введение дополнительно жидкости предотвратит снижение кровяного давления. К моменту рождения ребенка женщина может получить до нескольких литров жидкости, которая также попадет и к ребенку. Из-за дополнительной жидкости ребенок может весить больше, количество мочеиспусканий увеличивается, и он быстрее теряет свой вес. Иногда потеря веса может превышать 10%, что ведет к необоснованному докорму смесью даже при хорошем самочувствии ребенка и достаточном количестве молока у матери. И что дальше? Мать, разочаровывается в кормлении грудью. У нее складывается впечатление, что молока «недостаточно» и что ее ребенок был в серьезной опасности от обезвоживания, то на самом деле было естественной потерей веса из-за избыточного количества жидкости. Если смесь дают из бутылочки, как обычно и происходит, ребенок начинает неправильно прикладываться к груди или вовсе отказываться от нее.

Другой побочный эффект эпидуральной анестезии – отеки у матери. Отеки проявляются не сразу, а через 2-3 дня, как раз в тот момент, когда у матери начинается становление лактации. У женщины сильно отекают пальцы, лодыжки, грудь. Если женщина получала в родах окситоцин, ситуация усугубляется еще больше. Эффект от окситоцина сравним с действием антидиуретического гормона, который удерживает жидкость в организме и мешает ее выведению через почки. Болезненное переполнение груди из-за избыточной жидкости и грудного молока приводит к необходимости лимфодренажного массажа груди и дополнительному сцеживанию. Этими техниками владеют далеко не все женщины и медперсонал. Часто массаж и сцеживания бывают травматичными для груди и имеют отдаленные неблагоприятные последствия для здоровья груди. Кроме того, наблюдается

отечность сосков и ареолы, из-за чего они могут быть плоскими и недостаточно мягкими, чтобы ребенок без проблем приложился и сосал грудь. Новорожденному ребенку, который только учится сосать грудь, очень трудно и порой невозможно приложиться к переполненной молоком, нагрубевшей груди. Это приводит к отказу ребенка от груди или к использованию накладок на грудь, что еще больше усугубляет проблему обучения ребенка сосанию груди. Матерей использование накладок часто очень расстраивает и даже приводит в отчаяние».

Эпидуральная анестезия может вызвать повышение температуры тела у женщины во время родов (Грудное вскармливание, 2018).

Обезболивание родов

Наряду с регионарной анальгезией и анестезией широко применяются такие средства обезболивания родового процесса и регуляции родовой деятельности как тримепиредин, фентанил, закись азота в сочетании с трамаadolом, диазепам.

У рожениц, обезболенных наркотическими анальгетиками, дети рождаются со значительно худшей нейрорефлекторной активностью, чем новорожденные от матерей, рожавших под эпидуральной анальгезией (Грудное вскармливание, 2018).

1.3. Эпизиотомия

Эпизиотомия — (греч. *epision*, *episeion* наружные женские половые органы, лобковая область) хирургическое рассечение промежности задней стенки влагалища женщины во избежание произвольных разрывов и родовых черепно-мозговых травм ребёнка во время сложных родов (обычно в случаях, когда размер головки плода значительно превышает размер входа влагалища). Эпизиотомия — одна из самых распространённых медицинских операций, выполняемых женщинам.

Эпизиотомия осуществляется в качестве профилактики травм мягких тканей. Во время второй фазы родов может произойти разрыв влагалища (чаще всего входа во влагалище) в момент, когда через него проходит головка ребёнка, особенно часто в случаях стремительных родов. В разрыв могут вовлекаться кожа промежности, мышцы, анальный сфинктер и анус. При опасности возникновения такого разрыва акушер может принять решение о хирургическом рассечении промежности ножницами или скальпелем с целью облегчения родов и предотвращения тяжёлых разрывов, сложных для дальнейшего лечения. После родов разрез ушивается. Хирургический разрез оставляет менее заметные шрамы по сравнению с разрывами, заживает быстрее и вызывает меньшую кровопотерю. Некоторые родильные дома практикуют плановую эпизиотомию.

Эпизиотомия усиливает боли в промежности в период восстановления после родов, приводя к затруднённой дефекации, особенно в случае срединной эпизиотомии. Кроме того, в результате этой операции эластичная мышечная ткань влагалища замещается рубцовой, что приводит к болезненности и затруднению полового акта (Signorello LB, 2000).

После эпизиотомии мать может испытывать следующие трудности и дискомфорт:

- боль;
- невозможность принять удобную позу;
- трудно расслабиться;
- трудности в уходе за ребёнком;
- трудности в установлении контакта с ребёнком.

1.4.Современные перинатальные технологии (ранний контакт «кожа-к-коже», первое прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка, партнерские роды)

Основу современных перинатальных технологий составляют комплекс мер и методов, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности:

- совместное пребывание матери и ребенка;
- эксклюзивное грудное вскармливание
- ранняя выписка из стационара
- формирование иммуномикробиологического контакта матери и новорожденного с первых минут и до выписки.

Широкое внедрение современных перинатальных технологий способствует эффективному снижению частоты и тяжести инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорожденных. Подсчитано, что именно этот путь позволяет снизить инфекционно-воспалительные заболевания новорожденных в 7-15 раз, младенцев – в 6 раз, повысить индекс здоровья детей в 2 раза и более (Медицина молочной железы..., 2017).

Контакт «кожа-к-коже» и раннее прикладывание ребенка к груди

Согласно последним рекомендациям ВОЗ (Protecting..., 2017), незамедлительная поддержка начала и установления грудного вскармливания после родов исключительно важна. Помимо 15 основных рекомендаций, новое Руководство ВОЗ указывает целый ряд важных примечаний. Среди рекомендаций и примечаний следующие:

1. Должно быть сделано все, чтобы и поощрить мать и облегчить ей установление раннего и непрерывного контакта «кожа-к-коже» с ребенком как можно быстрее с момента родов. Желательно начинать контакт кожа-к-коже в первые 10 минут после родов, хотя на практике часто это можно сделать еще раньше, через 2-3 минуты после родов, и желательно сохранять его и за пределами первого часа после родов, если это позволяет самочувствие матери и

ребенка. Оптимальная продолжительность контакта «кожа-к-коже» – не менее 2 часов после родов, с наблюдением медперсоналом за возможными признаками стресса у матери и ребенка.

2. Необходимо помогать всем матерям начинать грудное вскармливание как можно раньше после родов, в течение первого часа после родоразрешения. Такое раннее прикладывание к груди дает наиболее позитивный эффект, поскольку у здоровых доношенных детей желание приложиться к груди появляется через 15-20 минут после родов, иногда немного позже. Если в силу особенностей здоровья матери или ребенка возможности начать ГВ в течение 1-го часа после родов не было, инициировать ГВ нужно так скоро, как только это возможно.

Наблюдения последних лет показывают, что здоровые новорожденные, получившие возможность находиться в непрерывном и неограниченном во времени контакте «кожа-к-коже» с матерью сразу после родов демонстрируют универсальный паттерн поведения.

Всего описано девять фаз покоя и активности малыша, которые последовательно сменяют друг друга. Пройдя через них, ребенок самостоятельно находит грудь и присасывается к ней (Медицина молочной железы.., 2017).

- Плач. Сразу после рождения новорожденный плачет, в это время расправляются его легкие. Крик обычно прекращается, как только ребенок оказывается на животе или груди матери.

- Релаксация длится в среднем 2-3 минуты, ребенок полностью расслаблен, в это время его следует накрыть теплой пеленкой.

- Пробуждение. Новорожденный пробует качать головой, открывает глаза, приоткрывает рот. Средняя продолжительность также 3 минуты.

- Активность. Глаза ребенка открыты, можно наблюдать сосательные и поисковые движения. Стадия длится около 8 минут.

– Покой. Новорожденный может периодически отдыхать, что не следует расценивать как «неудачу» и пытаться помочь ему найти грудь.

– Движение. Ребенок приподнимает голову и верхнюю часть туловища, отталкивается ногами, что позволяет ему доползти до груди. На это может уйти около 35 минут.

– Осваивание. Добравшись до соска, младенец начинает облизывать его, трогать, «массировать» грудь ручками. Эта стадия наступает в среднем через 45 мин после родов и длится около 20 мин.

– Сосание. Полностью освоившись, ребенок широко открывает рот и присасывается к груди.

В работе 2007 года Сюзан Колсон разделила 20 известных примитивных неонатальных рефлексов новорождённого на 4 типа — эндогенные, моторные, ритмические и антигравитационные — и 2 кластера, поисковый и «молокодобывающий». Когда мать полулежит на спине, а ребёнок находится на ней, моторные рефлексы (опоры и автоматической походки, ползания – Бауэра, кивательный и хватательный) не только не мешают, но и оказываются «антигравитационными», вызывают рефлекс поисковые, а также способствуют правильному захвату груди. Кормление в такой позе называют «расслабленным» или «биологическим». С точки зрения ребёнка, отделение его от матери на сколь угодно короткий промежуток угрожает его жизни. Поэтому первой универсальной реакцией детёныша любого млекопитающего на разделение будет громкий плач и повышенная двигательная активность с целью привлечь внимание матери и спастись. В это время его лёгкие работают в усиленном режиме, внутричерепное давление повышается, как и уровень стрессорных гормонов в крови, и даже овальное окно может закрыться раньше времени. Если сепарация длительна, крик сменяется «отчаянием», когда детёныш замирает, температура его тела и ЧСС падают, метаболизм замедляется для того, чтобы, во-первых, не привлекать к себе хищников, а во-вторых, «продержаться» до возвращения матери как можно более длительное время. Именно поэтому так часто регистрируют гипотермию, брадикардию и

гипогликемию в отделениях интенсивной терапии новорождённых, если в них не организовано совместное пребывание с матерью. Иначе как печальным, нельзя назвать тот факт, что современной науке приходится доказывать преимущества неразлучного с первой минуты после родов пребывания ребёнка с матерью. Напротив, в исследованиях на животных, предметом изучения становятся последствия экспериментального отделения новорождённого детёныша, невысшимого в естественных условиях.

Необходимость обеспечения контакта «кожа-к-коже» матери и новорожденного сразу после родов и до того момента, когда он будет готов впервые взять грудь отражена в методическом письме Минздравсоцразвития РФ №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий» (2011). Согласно письму, новорожденный сразу после рождения должен быть выложен обнаженным на живот или грудь матери (отца), обсушен, укрыт теплой сухой пеленкой и/или одеялом. Длительность такого контакта должна составлять от 40 минут до 2 часов. Первичную обработку, в том числе антропометрию следует проводить не менее, чем через час от момента рождения после контакта с матерью. Помимо непосредственной угрозы переохлаждения из-за разрыва «тепловой цепочки» на которую указывает в своей работе Быстрова (2008), есть данные об отдаленных последствиях послеродового разлучения. Этот факт наглядно показан в работе того же автора, опубликованной год спустя. Взаимоотношения матери и ребенка и процессы его саморегуляции через год после родов оказываются менее гармоничными даже при условии совместного пребывания в послеродовом отделении (Bystrova K. et al, 2009).

Многочисленные литературные данные последних лет наглядно показали, что мгновенный послеродовой контакт «кожа-к-коже» повышает физиологическую стабильность (функционирование сердечно-сосудистой, дыхательной систем, уровня гликемии), обеспечивает оптимальное психоэмоциональное состояние и нормальное развитие головного мозга ребенка (Phillips R., 2013; Perinatal..., 2015).

Положительные последствия сохранения контакта «кожа-к-коже» в течение 15 минут после родов повышает вероятность исключительно грудного вскармливания в период послеродовой госпитализации в 1.4 раза; 30 мин – в 1.7 раза; 60 мин – в 2.4 раза; более 60 мин – в 3.1 раза (Bramson, 2010). Более того, согласно литературным данным (Widstrom A., 2011; Moor E.R.,2012) положительное влияние оказывается и на продолжительность грудного вскармливания в целом (таблица 1).

Таблица 1

Продолжительность грудного вскармливания в зависимости от времени первого прикладывания ребенка к груди

| Время первого прикладывания к груди | Прекращение вскармливания, мес (M+-m) |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| В течение первого получаса, n=73 | 6,37+-0, 54 |
| Через несколько часов, n=73 | 4,37+-0,48 |
| Более чем через сутки, n=234 | 4,27+-0,26 |

В ранний послеродовой период способствует профилактике кровотечений и инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорожденных (Section..., 2012; Holmes, 2013).

Нельзя переоценить значение выкладывания на грудь в контакте «кожа-к-коже» для формирования микробного пейзажа кожи и желудочно-кишечного тракта (Хартман Т., 2017)

По мнению некоторых авторов (Riordan, 2010), ранний контакт «кожа-к-коже» необходимо обеспечить вплоть до первого кормления грудью, поскольку это является действенной профилактикой MRSA- инфекции (вызванной метициллин-устойчивым золотистым стафилококком) и сепсиса новорожденных.

Во время оперативных родов выкладывание ребенка на грудь матери сразу после рождения и вплоть до завершения операции предоставляет те же самые преимущества, что и при родах через естественные родовые пути. Кроме

того, это контакт позволяет матери менее болезненно принять «ненатуральность» своих родов (Crenshaw J.T., 2012).

Таким образом, первый час после родов для матери и ребенка – это поистине «священный час», который никогда не повторится, именно в это время начинается новая семья. Вот почему следует сделать все возможное, чтобы не нарушать его без жизненных на то показаний (Медицина молочной железы, 2017).

Однако, как отмечает В.Е. Радзинский, в настоящее время ребенок на груди матери находится лишь несколько минут, при этом не успевает адаптироваться после родового стресса, зачастую не получает первые капли молозива и дружественную микробиоту (Акушерская агрессия, 2017).

Раннее прикладывание ребенка к груди

Среди обновленных рекомендаций ВОЗ по защите, пропаганде и поддержке грудного вскармливания в учреждениях, обслуживающих беременность, роды и новорожденных (Protecting., 2017) указано следующее. «Необходимо помогать всем матерям начинать грудное вскармливание как можно раньше после родов, в течение первого часа после родоразрешения».

Раннее прикладывание ребенка к груди имеет множество положительных эффектов, среди которых: освобождение груди от молозива, и стимуляция секреции молока. Сосание груди способствует отделению плаценты и предупреждению кровотечения у рожениц, формирует у новорожденного нормальную микробиоту кишечника, ускоряет отхождение мекония, формирует адекватный ответ иммунной системы. Однако, помимо всех известных преимуществ, кормление грудью тотчас после родов эффективно восстанавливает силы и избавляет от утомления, вызванного родовой деятельностью (Акушерская агрессия, 2017).

Первое прикладывание новорожденного – это продолжение телесного контакта, который существовал между матерью и ребенком еще до пересечения пуповины. Выкладывание новорожденного сразу после родов на живот, а затем на грудь матери, создает условия для осуществления поискового и сосательного

рефлекса младенца, создает ощущение защищенности и обеспечивает его первыми каплями молозива. Такое взаимодействие матери и ребенка обеспечивает лучшее усвоение питательных веществ, активизирует память, внимание и интеллект малыша, а это в свою очередь способствует запечатлению образа матери. У нее же в этот момент включается механизм регуляции лактации, т.е. в мозг женщины поступает информация о необходимости кормить своего ребенка и формируется привязанность к новорожденному (Фатеева Е.М., 2000).

Таким образом, как показывают многочисленные исследования, выкладывание на грудь ребенка сразу после родов, контакт «кожа-к-коже», прикладывание к груди в течение первого часа после родов играют значительную роль в поддержании основных жизненных показателей матери и ребенка и формировании положительных физиологических и психологических установок на успешное грудное вскармливание.

Совместное пребывание ребенка с матерью

Единственный способ обеспечить рациональное вскармливание «по требованию» младенца» и по «требованию» матери» – это размещение их вместе в палатах послеродовых отделений.

В новых рекомендациях ВОЗ 2017 года читаем: «Учреждения, оказывающие услуги по родовспоможению, должны обеспечить возможность матерям круглосуточно оставаться со своими детьми в одной комнате и ухаживать за ними. Исключение возможно в случае необходимости перемещать младенцев для оказания специализированной медицинской помощи, которая не может быть оказана на месте». Матерей необходимо поддерживать в кормлении по требованию как неотъемлемой части заботы о ребенке.

Авторы в различных источниках указывают множество преимуществ совместного пребывания матери и ребенка. Среди них:

1. Мать может реагировать на ребенка, что помогает установлению эмоциональных связей
2. Ребенок меньше плачет.

3. Кормление грудью осуществляется по требованию матери и ребенка.

4. Профилактика кровотечений и инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорожденных (Section, 2012; Holmes, 2013).

5. Расстройства психики (послеродовая меланхолия, депрессия, психоз) у матерей на совместном пребывании наблюдаются значительно реже (Chowdhu R.).

Партнерские роды

Партнерские роды – это роды, на которых присутствует партнер, сопровождающий женщину. Партнер может быть профессиональным (перинатальный психолог, сопровождающая акушерка или профессиональная помощница в родах – доула) или непрофессиональным (супруг или партнер женщины или ее родственники – мама, сестра, тетя, подруга).

В соответствии с п. 2 ст. 51 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ присутствие отца ребенка или иного члена семьи на родах как законного представителя должно осуществляться без взимания платы.

Реализация права бесплатных партнерских родов возможна при наличии в родильном доме соответствующих условий (индивидуальных родовых залов) и отсутствия у отца ребенка или иного члена семьи инфекционных заболеваний.

Конечно, в каждом роддоме на родах обязательно присутствие врача акушер-гинеколога и акушерки. Однако, их задачи медицинского плана и в них входит контроль за состоянием мамы и малыша, отслеживание и коррекция течения родов. А вот потребности женщины в поддержке (подержать за руку, приободрить, помассировать поясницу, создать атмосферу спокойствия и взаимопонимания, помочь совместным дыханием). Если коротко, то партнер должен быть готов к сопровождению и оказывать поддержку следующим образом:

- быть внимательным к роженице и чутко прислушиваться к её состоянию, откликаться на её запросы;
- быть спокойным и уверенным в себе;
- уметь оказывать поддержку различными способами, выбирая то, что облегчает состояние женщины и помогает ей;
- знать и понимать последовательность основных этапов родов и особенности поведения женщины в каждом из этапов;
- при необходимости брать на себя взаимодействие с персоналом, представляя интересы роженицы и не забывая при этом, о том, что для благоприятного исхода родов важна работа в команде с медперсоналом

Все это помогает женщине проживать схватки и конструктивно трудиться во время родов.

Кого выбрать помощником на свои роды — решать самой женщине. Самое главное, это комфортное состояние женщины в присутствии партнера и ее уверенность в том, что с ним роды пройдут легче и проще. Очень важно собираясь рожать с партнером, проговорить и вероятность того, что родовой процесс может показать ошибочность принятого решения. Об этом надо открыто сказать, ведь наши ощущения передаются друг другу. Вместо помощи любимый человек будет только напрягать, рожать будет труднее. Партнерские роды — это роды, в которых рожаящей женщине удобно и комфортно.

В последние десятилетия свидетельства положительного влияния доулы (сопровождения в родах) накапливались с угрожающей быстротой. В настоящее время имеется 16 опубликованных рандомизированных (выборочных) проконтролированных исследований, охвативших более 5000 женщин. Эти исследования в Бельгии, Ботсване, Канаде, Финляндии, Франции, Греции, Гватемале, Южной Африке и Соединенных Штатах выясняли, изменяет ли поддержка во время родов, оказанная опытной женщиной, продолжительность родов, потребность в обезболивании, в том числе эпидуральной анестезии, потребность в других акушерских вмешательствах, и также, какое влияние оказывает эта поддержка на состояние ребенка и

дальнейшее поведение матери. Матери во всех исследованиях были здоровыми женщинами с доношенной нормально протекавшей беременностью. Подавляющее большинство было беременно впервые. Оценивая преимущества каждой конкретной медицинской процедуры, важно знать, насколько статистически значительны полученные результаты, не являются ли они случайными. Исследования, о которых рассказывается ниже, были проанализированы с помощью точных статистических методов и опубликованы в крупных медицинских журналах (Акушерские преимущества..., 2001; 2000).

Как говорилось выше, авторы провели анализ десяти выборочных исследований непрерывной поддержки доулы в родах с помощью техники, известной как мета-анализ. Вот обобщенные результаты этих исследований: общий уровень КС снижается примерно на 45%, продолжительность родов – на 25%, использование окситоцина – вдвое, использование обезболивающих на 31% и потребность в ЭДА – на 10-60%. Такие убедительные данные о преимуществах родов с сопровождением подтверждает наш общий вывод: роды с сопровождением улучшают состояние матери и ребенка, снижают количество вмешательств в роды и экономят деньги. Эти результаты обеспечивают весомые аргументы в пользу повсеместного использования сопровождения в родах.

1.4. Предлактационное кормление новорожденного

Предлактационное или догрудное кормление новорожденного – это первое кормление новорожденного не из материнской груди, а из соски. Значительно возрастает риск догрудного кормления при разлучении матери и ребенка после родов.

По многочисленным литературным данным (Фатеева, Пустограев, 2004; Неонатология: учеб. пособие..., 2009) предлактационное кормление может быть опасно для ребенка по следующим причинам:

1. Ребенок не получает молозиво.
2. Нарушается импринтинг (запечатливание ребенком матери).
3. Возрастает риск отказа от груди в связи с «путаницей сосков» и различными механизмами сосания груди и соски.

Риск догрудного кормления для матери включает:

1. Возникновение трудностей с прикладыванием ребенка к груди
2. Более редкими прикладываниями из-за сытости ребенка и, как следствие, меньшей стимуляцией груди.
3. Отсроченным приходом молока из-за недостаточной стимуляции.
4. Увеличение вероятности возникновения трудностей с грудным вскармливанием (мастит, лактостаз, нагрубание), что значительно повышает вероятность прекращения грудного вскармливания.

В обновленных рекомендации ВОЗ указано, что матерей следует предостерегать от введения в рацион ребенка какой-либо другой пищи или жидкостей, отличных от грудного молока, без медицинского назначения. Если возникает необходимость в докорме по медицинским показаниям у доношенных младенцев, то во время пребывания в медучреждении для этого могут использоваться такие методы кормления, как чашка, ложка, либо бутылка для кормления с соской. Если возникает необходимость докорма для недоношенных младенцев, то использование чашки или ложки предпочтительнее, чем бутылки для кормления с соской.

Важность грудного вскармливания для детей первого года жизни понятна, однако сложно переоценить влияние грудного молока на здоровье ребенка в первые дни жизни. Традиционно питание ребенка в родильном доме обсуждается с точки зрения преимуществ грудного вскармливания и внедрения мероприятий по его поддержанию. За последние годы существенно снизилось число противопоказаний для грудного вскармливания, и на сегодняшний день даже операция кесарева сечения не предполагает исключения раннего прикладывания ребенка к груди (Последствия нерационального вскармливания детей., 2016). Несмотря на наличие политик и принципов поддержки грудного

вскармливания, реальная ситуация с грудным вскармливанием в родильных домах бывает далека от идеальной. В последние годы появились исследования, анализирующие ситуацию с назначением докорма в родильных домах. Изучаются причины применения детских молочных смесей, и, что более важно, возможные последствия докорма для здоровья ребенка. Убедительно продемонстрировано, что необоснованное назначение детских молочных смесей существует, неся с собой значительные риски для здоровья ребенка. Подобные исследования помогают лучше понять реальную ситуацию с питанием детей в родильном доме и значительно её улучшить, максимально снижая при этом риск формирования у детей самых разных заболеваний, связанных с неадекватным способом питания в первые дни после рождения.

Исключительно грудное вскармливание в первые дни жизни предоставляет ребенку неоспоримые преимущества – он получает молозиво, обеспечивающее первую иммунологическую защиту. Молозиво выполняет адаптивную функцию, являясь переходным способом питания между внутриутробным трансплацентарным питанием и получением грудного молока. Доказано влияние догрудного кормления на аллергический фон ребенка на становление мочевыделительной системы (Неонатология: учеб. Пособие., 2009). Внутриутробное функционирование почек не имеет функционального значения, поскольку конечные продукты обмена веществ выводит плацента. После рождения ребенка эта функция переходит к почкам. В первые 2 дня жизни младенца, вскармливаемого исключительно молозивом наблюдается физиологическая олигурия (до 30 мл мочи в сутки). Это связано с малым объемом высасываемого молозива и способствует мягкой адаптации почек к новым условиям функционирования. Очень важно, чтобы этот процесс происходил постепенно. Резкая нагрузка на почки в первые дни большими объемами заменителей грудного молока имеет отдаленные последствия и значительно повышает риск неврогенной артериальной гипертензии в дальнейшем (Boubred, 2013). Адекватной выделительная функция почек становится лишь к 5 суткам после рождения.

1.5. Ранняя выписка

В настоящее время введена в практику ранняя выписка из акушерского стационара. После срочных вагинальных родов – на 3 день, после операции кесарева сечения на 5 день. Согласно литературным данным, такая практика способствует профилактике кровотечений и инфекционно-воспалительных заболеваний родильниц и новорожденных (Section, 2012). Так, повсеместное внедрение в родильных стационарах ранней выписки позволяет снизить количество внутрибольничных гнойно-септических заболеваний в 5 раз, перинатальных инфекций – в 10 раз (Holmes, 2013), повысить индекс здоровья детей в 2 раза и более (Медицина молочной железы, 2017).

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ РОДОВЫХ ТЕХНИК НА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

2.1. Материалы и методы исследования

Материалом для изучения послужили данные 133 анкет (Приложение 1) и 31 истории родов женщин в период с ноября 2018 по январь 2019 годов.

Анкеты заполнялись женщинами:

- очно, в послеродовых палатах ОПБ 3 ОГБУЗ «Белгородская областная больница Святителя Иоасафа» (необходимые сведения о продолжительности ГВ, причинах и способах его завершения и т.п. получали по телефону);

- дистанционно, используя Опросник аккаунта Google (анкета по вагинальным родам -

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfT8cS0RrrvxlkSurkgSXctPmS0vEFIoCAqpvX0kDb9p3SeGA/viewform> и по кесареву сечению -

https://docs.google.com/forms/d/12ewGE4YMDy8e3DGQRDqHpYbGzCFyzUVCPZwAASYQcgg/viewform?edit_requested=true).

Методами исследования явились:

1. Обзор литературных и доступных в сети источников информации по изучаемой теме.
2. Социологическое анкетирование родильниц и кормящих матерей.
3. Статистическая обработка данных, их анализ и построение графиков и диаграмм с использованием Microsoft Excel.

2.2. Результаты собственных исследований

Способ родоразрешения

Из обработанных 133 анкет и 40 историй родов 43 случая прошли путем кесарева сечения (далее КС). Из них 22 плановых и 21 экстренных операции.

При заполнении анкет женщинам было предложено оценить ГВ по следующим показателем его продолжительности:

- не кормила;
- кормила несколько недель;
- кормила до 3 месяцев;
- кормила до 6 месяцев;
- кормила до 1 года;
- кормила более 1 года.

Особо следует отметить группу женщин, которые на момент опроса еще кормили грудью. В нее вошли матери детей от 2 месяцев до 2,3 лет.

Анализ полученных данных показал следующее (Рис. 1.).

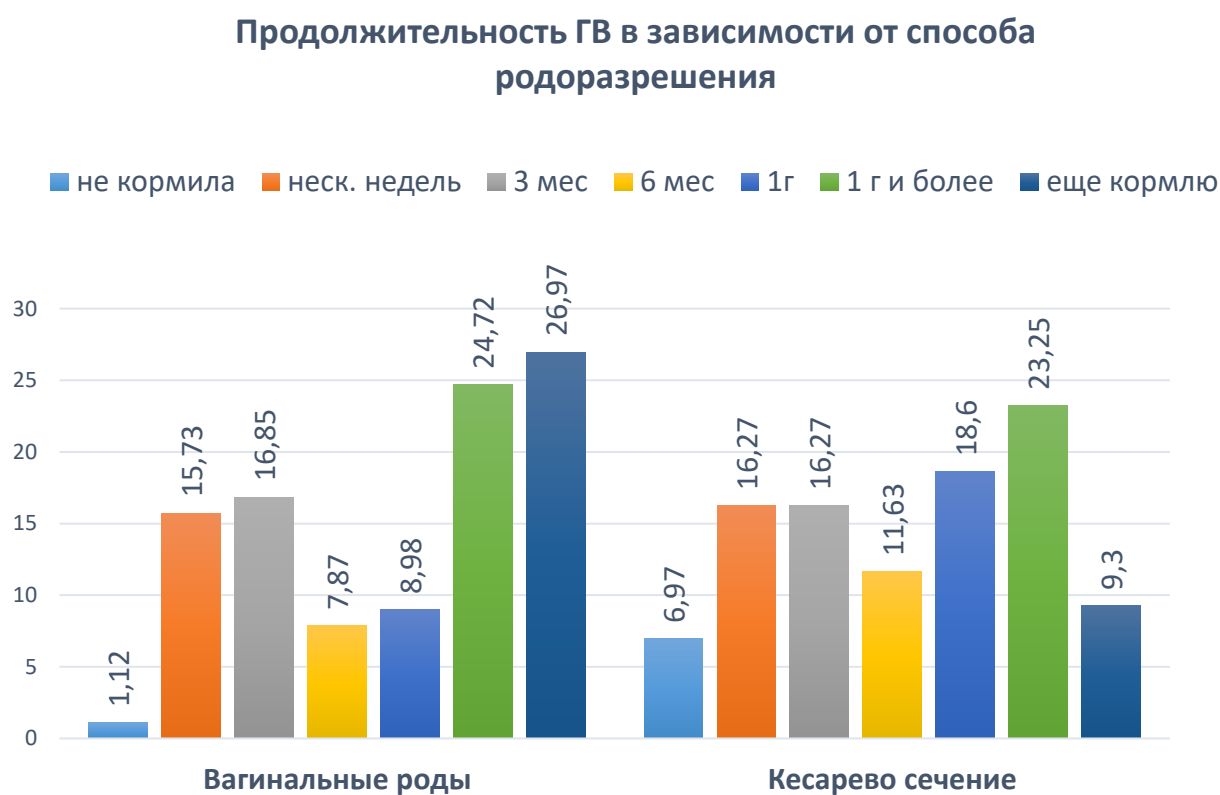


Рис. 1. Продолжительность ГВ в зависимости от способа родоразрешения

Резких различий в продолжительности ГВ при различных способах родоразрешения выявлено не было. Примерно одинаковым оказалось число женщин, кормивших своих детей несколько недель, до 3 месяцев. В группе до 6 месяцев и до года показатели среди матерей после КС даже выше, однако, это следует, по нашему мнению, связать с тем, что среди женщин после

вагинальных родов (далее ВР) в три раза больше продолжающих кормление. Предположительно эти женщины пополнят группы до 1 года и 1 год и более. Особый интерес вызывает группа матерей, которые не кормили грудью. Вот здесь значительное, более, чем в 6 раз, преобладание родильниц, роды которых произошли по сценарию КС. Это обстоятельство позволяет сделать вывод о необходимости дополнительной поддержки и помощи матерям после КС в вопросах кормления грудью.

Далее был проведен анализ тех жалоб, которые обычно могут предъявлять женщины в первые дни после родов при налаживании кормления грудью. Среди таких жалоб в анкетах были предложены следующие варианты:

- не было трудностей;
- болезненное наполнение груди;
- ребенок не брал грудь;
- было больно кормить;
- ребенок был сонливый, не проявлял интереса к груди;
- трудно было наладить контакт с ребенком;
- болели швы.

Полученные в результате анализа данные представлены на рисунке 2.

Среди женщин после операции КС почти в два раза больше матерей испытывали какие-либо трудности. Среди таких жалоб (в сравнении с женщинами после ВР) – ребенок сонливый, не проявляет интереса к груди (более, чем в 3 раза больше), трудно наладить контакт с ребенком (в 1,5 раза больше). Интересным оказалось распределение остальных жалоб. Отказ ребенка от груди (ребенок не брал грудь) отмечают матери обеих групп, однако, среди женщин после вагинальных родов таких случаев в 1,5 раза больше. Мы можем предположить, что это связано с первыми кормлениями новорожденного в первый день совместного пребывания, поскольку именно матери после ВР имели такую возможность. Важно так же заметить, что женщины после ВР отмечали болезненное наполнение груди почти в 2 раза чаще, чем женщины после КС (возможно действие обезболивающих

препаратов у женщин после операции давало «сглаживающий» эффект). По остальным показателям – больно кормить, болели швы (в группе ВР – после эпизиотомии) примерно одинаковы в двух сравниваемых группах.

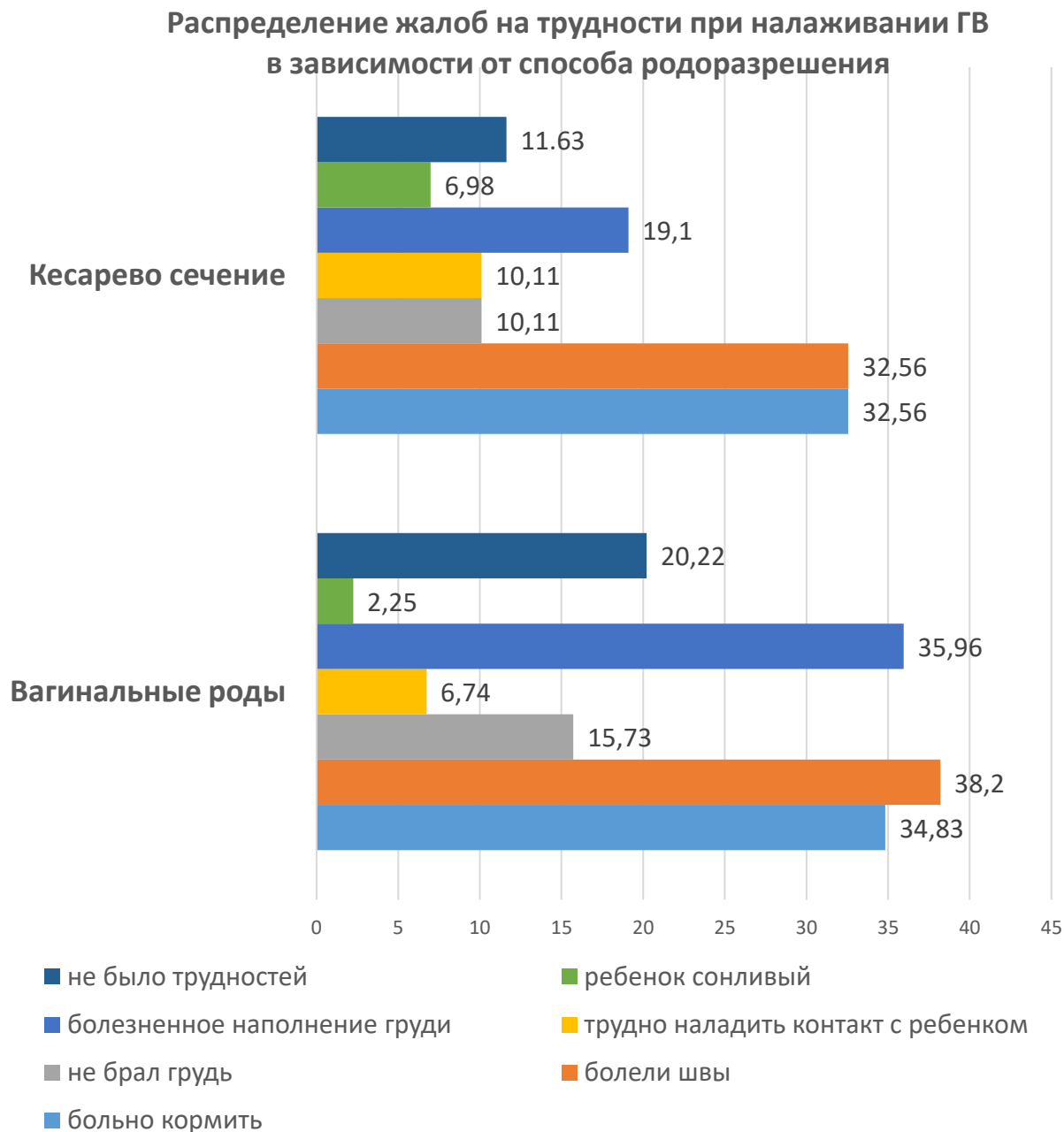


Рис. 2. Распределение жалоб на трудности при налаживании ГВ в зависимости от способа родоразрешения

Далее проводился анализ зависимости сроков прихода молока при различных способах родоразрешения. Результаты представлены на рисунке 3. Несмотря на то, что в некоторых источниках указывается на отсутствие

влияния способа родоразрешения на становление лактации, нами получены данные, позволяющие установить такую связь.

Среди женщин после ВР только одна отметила активный приход молока после 5 суток, в то время как в группе КС 12% женщин наблюдали появление молока после 5 суток.

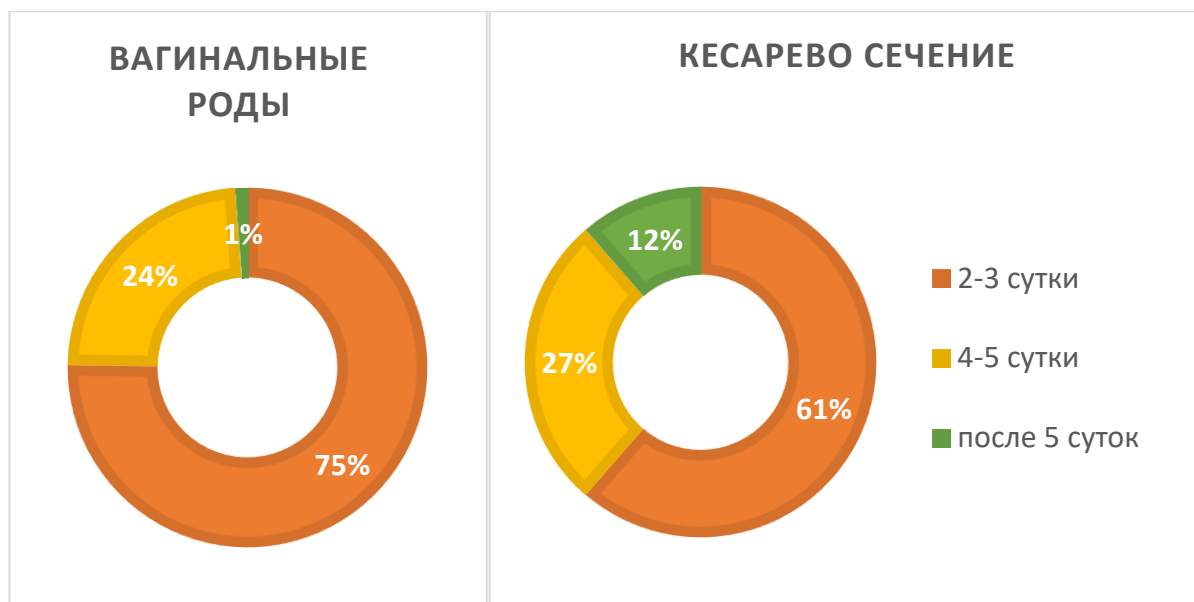


Рис 3. Зависимость времени прихода переходного молока от способа родоразрешения

Известно, что значительную роль в становлении лактации играет ранняя стимуляция грудь. По рекомендациям ВОЗ (Protecting...,2017) очень важным является ранее прикладывание ребенка к груди (не позднее первого часа после родов), а также регулярная стимуляция грудь в первые сутки. При невозможности совместного пребывания матери и ребенка (как в случае с КС) такую стимуляцию можно осуществлять ручным сцеживанием или с помощью молокоотсоса.

Нами разработаны рекомендации по организации ГВ для женщин после операции КС (Приложение 3) с которыми им следует ознакомиться еще, будучи беременной.

Анестезия и способы обезболивания в родах

Среди 89 анализируемых родов через естественные родовые пути 15 протекали с использованием эпидуральной анестезии (далее ЭА) и 19 – с использованием медицинских препаратов наркотического действия (медицинский сон – далее МС). При рассмотрении зависимости продолжительности кормления грудью от наличия обезболивания в родах через естественные родовые пути были получены результаты, представленные в таблице 2 и на рисунке 4.

Таблица 2.

Зависимость продолжительности ГВ от способа обезболивания в родах

| Продолжительность ГВ | АНЕСТЕЗИЯ и ОБЕЗБОЛИВАНИЕ | | | | | | | |
|----------------------|---------------------------|-------|----|------|----|-------|-------|-------|
| | нет | % | ЭА | % | МС | % | общая | % |
| не кормила | 0 | 0 | 1 | 7,9 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| несколько недель | 6 | 11,32 | 3 | 21,1 | 4 | 21,05 | 1 | 33,33 |
| 3 мес | 11 | 20,75 | 2 | 14,4 | 1 | 5,26 | 0 | 0 |
| 6 мес | 3 | 5,66 | 2 | 14,4 | 2 | 10,53 | 0 | 0 |
| 1 год и более | 22 | 43,4 | 3 | 21,1 | 7 | 36,84 | 0 | 0 |
| еще кормлю | 10 | 18,87 | 3 | 21,1 | 5 | 26,32 | 2 | 66,67 |
| | | 100 | | 100 | | 100 | | 100 |
| Всего случаев | 53 | | 15 | | 19 | | 3 | |

Среди женщин, роды которых прошли без обезболивания, нет матерей совершенно не кормивших грудью. Несколько недель кормили 11,32% матерей (по сравнению с 21,10% и 21,05% в группах ЭА и МС соответственно). Показатели о 3 месяцев до 6 месяцев разнообразны и закономерность в них трудно выявить. Зато кормление грудью до 1 года и более характерно для 43,4% матерей в этой группе (в сравнении с 21,1% и 36,84% в группах ЭА и МС соответственно).

В группе матерей, в родах которых использовалась ЭА, процент женщин, не кормивших грудью, самый высокий – 7,8%, а показатель «до 1 г и более» - самый низкий.

Продолжительность ГВ в зависимости от способа обезболивания при вагинальных родах

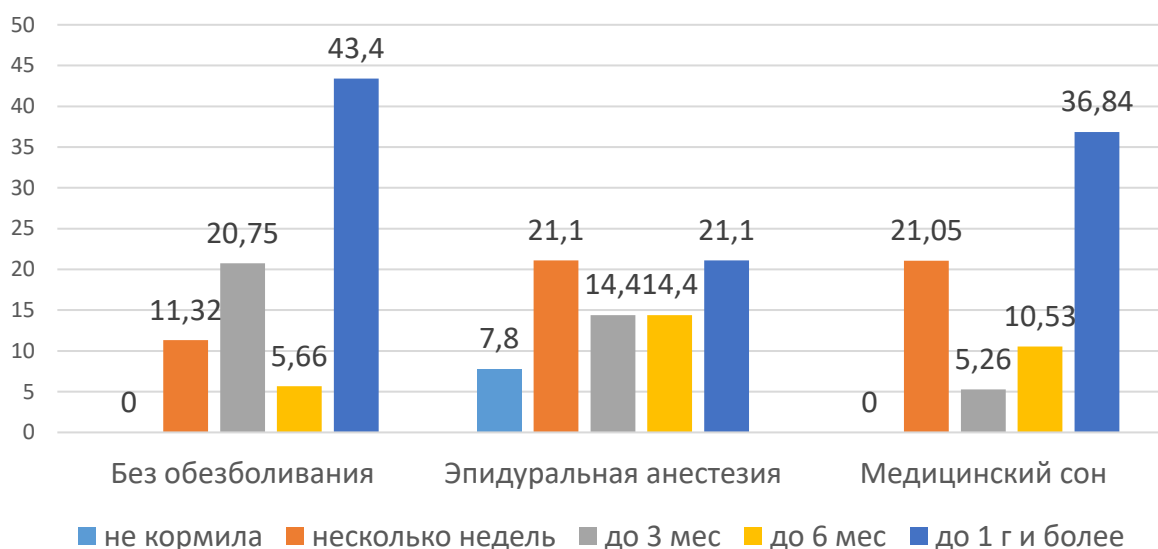


Рис.4. Продолжительность грудного вскармливания в зависимости от способа обезболивания в вагинальных родах

Таким образом, ЭА оказывает негативное влияние на налаживание кормления грудью в первые дни и продолжительность ГВ в целом, что подтверждается данными канадского педиатра Дж. Ньюмена (Грудное вскармливание, 2018). В связи с этим поддержка матерей в первые дни и недели после родов в налаживании ГВ оказывается исключительно важной и, вероятно, позволит им успешно кормить грудью.

Далее было проанализировано влияние способа анестезии, применяемой при операции КС на продолжительность ГВ. Результаты представлены в таблице 3 и на рисунке 5.

Распределение показателей продолжительности ГВ в группах показало, что в первые дни после родов среди группы женщин после общего наркоза (далее ОБЩ) более чем в 2,5 раза чаще матери совсем не кормят грудью. Дополнительным фактором, усугубляющим состояние матери, может служить ситуация «экстренного КС», при которой такой способ родоразрешения может оказаться для нее неожиданным и психологически травматичным. Как правило, экстренное КС, проводимое по показаниям, возникшим в процессе родовой деятельности, осуществляется под общим наркозом. Так, из 19 операций КС –

11 были экстренными. При анализе трудностей с ГВ, которые возникали у женщин после использования общего наркоза, выявлено, что 32% (6 из 19) матерей жаловались, что ребенок не брал грудь в первые дни после родов или был сонливый.

Таблица 3

Зависимость продолжительности ГВ от способа обезболивания при КС

| Продолжительность ГВ | Вид анестезии | | | |
|----------------------|---------------|------------|-----------|------------|
| | ЭА | % | ОБЩ | % |
| не кормила | 1 | 4,17 | 2 | 10,52, |
| несколько недель | 4 | 16,67 | 2 | 10,52 |
| 3 мес | 4 | 16,67 | 3 | 15,79 |
| 6 мес | 5 | 20,83 | 0 | 0 |
| 1 год и более | 9 | 37,49 | 9 | 47,38 |
| еще кормлю | 1 | 4,17 | 3 | 15,79 |
| Всего случаев | 24 | 100 | 19 | 100 |

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГВ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА АНЕСТЕЗИИ
при кесаревом сечении

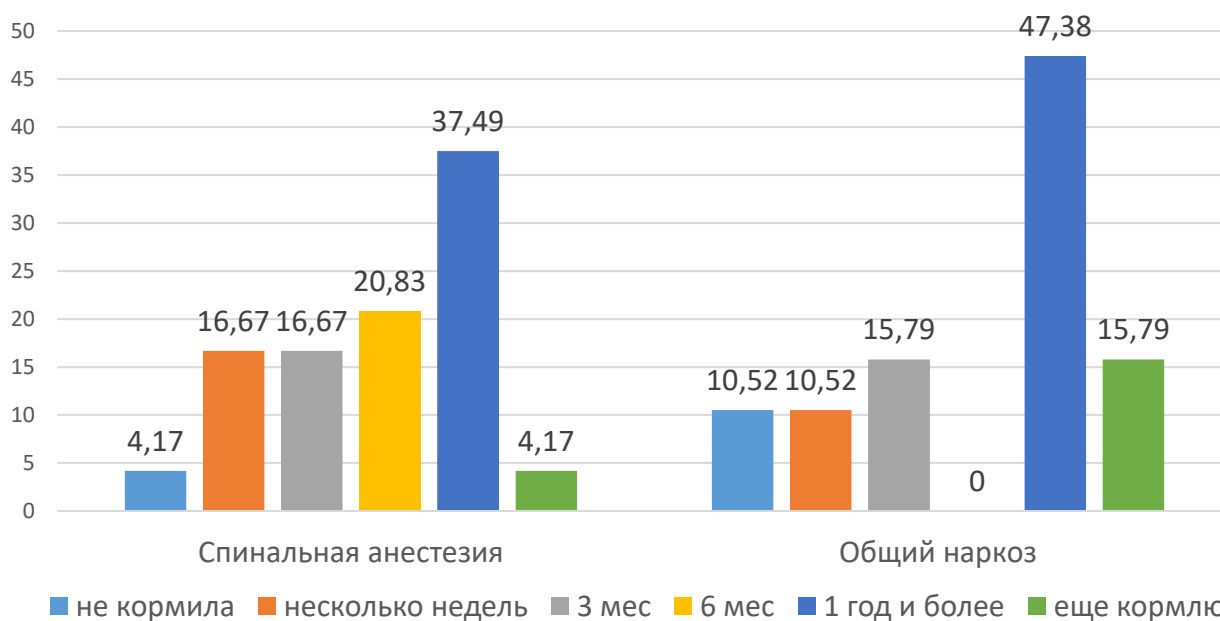


Рис. 5. Продолжительность грудного вскармливания в зависимости от способа анестезии при кесаревом сечении

При отсутствии поддержки и помощи в налаживании ГВ в таких случаях матерям бывает очень сложно наладить кормление.

Эпизиотомия

При эпизиотомии мамы чаще испытывали трудности при кормлении грудью в первые дни и недели. Распределение жалоб среди матерей отражено на рис.6. За 100% взято общее число матерей, которым в родах была проведена эпизиотомия (всего 34 женщины).

Чаще всего женщины отмечали болезненность швов (74%), невозможность кормить сидя (54%) и болезненное наполнение груди (41%). И лишь 12% не отмечали сложностей в налаживании ГВ.

Трудности ГВ при эпизиотомии

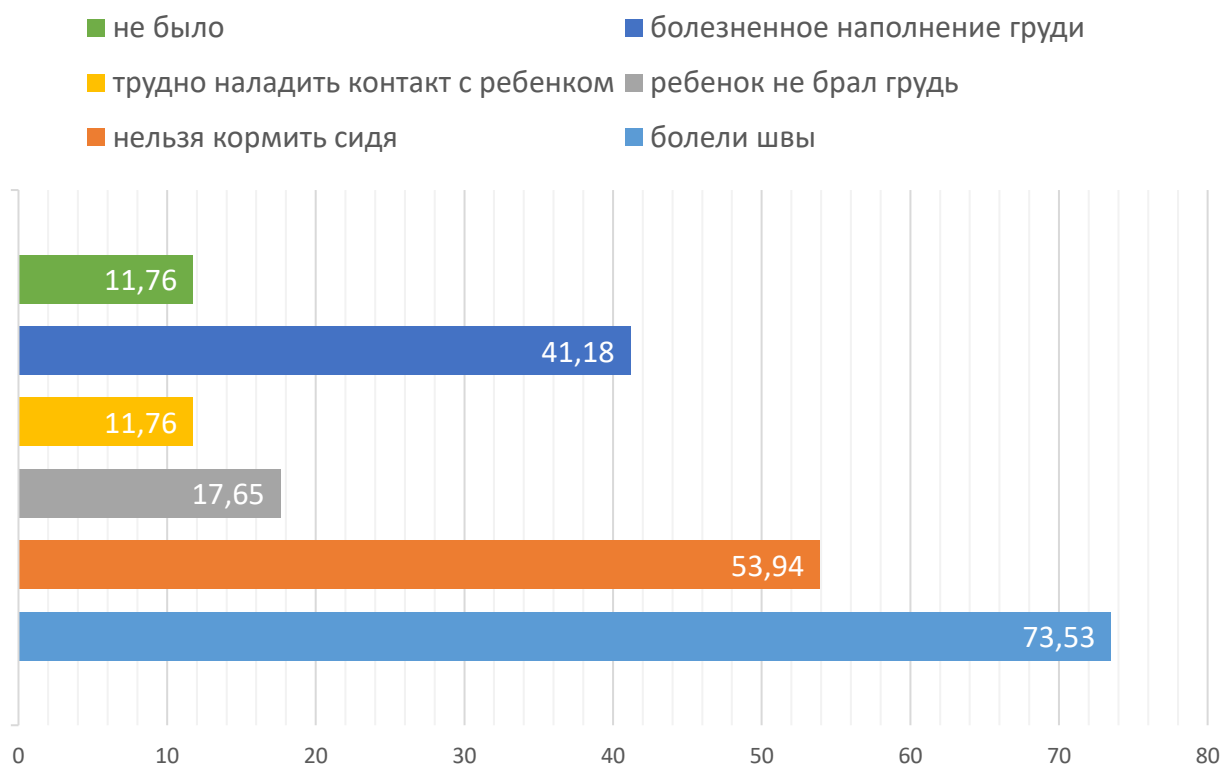


Рис.6. Распределение трудностей ГВ у женщин после эпизиотомии

В целом, связи между проведением эпизиотомии и продолжительностью ГВ отмечено не было. Однако, очевидным является тот факт, что мамам гораздо сложнее наладить кормление грудью и уход за ребенком в первые дни и недели после родов. В результате анализа полученных данных, опыта очного

консультирования в послеродовых палатах и на дому нами составлена памятка, содержащая рекомендации по организации ГВ после эпизиотомии (Приложение 3).

Совместное пребывание, предлактационное и догрудное кормление

В обновленных рекомендациях ВОЗ по поддержке грудного вскармливания (Protecting..., 2017) сказано: «Учреждения, оказывающие услуги по родовспоможению, должны обеспечить возможность матерям круглосуточно оставаться со своими детьми в одной комнате и ухаживать за ними».

Особенности протекания послеродового периода при ВР и КС определяют различные сроки воссоединения матери и новорожденного в послеродовой палате. После неосложненных ВР роженицу вместе с новорожденным сразу переводят в послеродовое отделение в палату совместного пребывания. Среди опрошенных 83% женщин с первых суток находились вместе со своими детьми. И лишь около 16% (по состоянию матери или ребенка) со 2 или 3 дня.

Особенности совместного пребывания матери и ребенка при различных способах родоразрешения

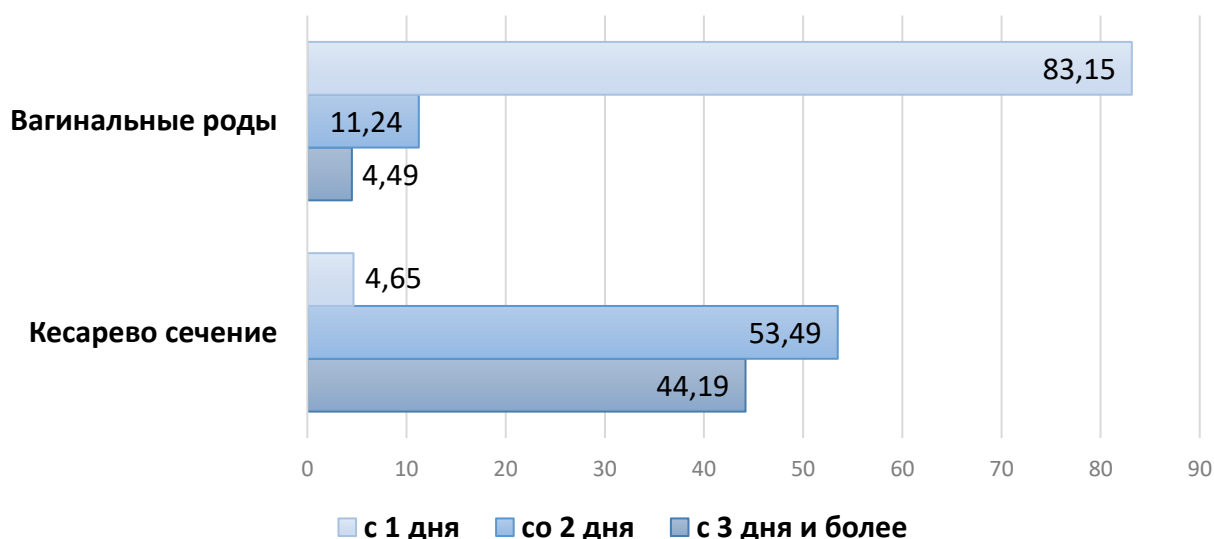
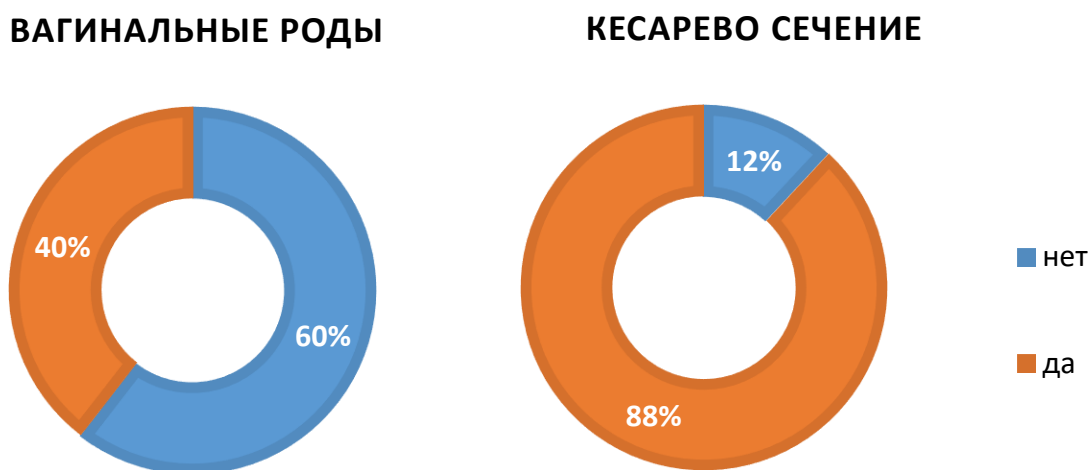


Рис. 7. Совместное пребывание в палате «мать и дитя» при различных способах родоразрешения

При благоприятном протекании послеродового периода после КС матери на следующий день (по нашим данным – 54%), а иногда и в этот же день (4,67%) переводятся в палату совместного пребывания. Однако, при осложненном состоянии матери или ребенка совместное пребывание откладывается до 3 и более дня и доля таких пар «мать-дитя» достаточно высока – 44%. Такая разница в данных не может не отразиться на кормлении новорожденных после ВР и КС. И, действительно, мы наблюдаем, что число детей, получающих догрудное или предлактационное кормление смесью при КС более, чем в два раза больше, чем число детей у матерей после ВР.



Рис

8. Наличие догрудного и предлактационного кормления смесью при разных способах родоразрешения

Как уже отмечалось в Главе 1, п. 1.5, кормление смесью до прихода молока у матери может грозить серьезными отсроченными последствиями для здоровья ребенка. Однако, особенности организации медицинской помощи, отдаленность отделения реанимации для родильниц и детского отделения делает невозможным совместное пребывание и прикладывание к груди по требованию ребенка. Все эти обстоятельства позволяют поднимать вопрос о создании банка донорского грудного молока и введении практики докорма

донорским молоком, в тех случаях, когда невозможно обеспечить новорожденного ребенка материнским.

Контакт «кожа-к-коже»

Особенности хода ВР и операции КС, а также различные варианты протекания послеродового периода при КС под общим наркозом (мама находится без сознания) и регионарной анестезией (мама в сознании) оказывают значительное влияние на наличие и продолжительность контакта «кожа-к-коже» и раннее прикладывание новорожденного к груди.

Важность первого контакта «кожа-к-коже» подтверждена многими авторами (глава 1 п.1.4.). Особо хочется отметить важность продолжительного контакта, на протяжении всего двухчасового периода активности новорожденного в ранний послеродовой период. При обработке результатов исследования стало очевидным значительное различие между ВР и КС по этому критерию.

При ВР выкладывание на грудь в контакте «кожа-к-коже» осуществлялось в 76% случаев (продолжительностью несколько минут) и только 3% случаев продолжительностью 1-2 часа. Каждая пятая мать отмечает, что выкладывания на грудь после родов не было вообще.

Анализ данных по КС показал, что подавляющее большинство пар «мать-новорожденный» были лишены этого контакта. Причем, при операции КС под ОН таких случаев – 89%, несколько ниже показатель при КС при ЭА – 67%. В контакте, продолжительностью несколько минут получили возможность быть только 33% матерей при КС при ЭА и всего 10% матерей при ОН. Это может показаться невероятным, но сами матери утверждали, что специально просили анестезиолога осуществить этот контакт, поскольку считали его важным для ребенка, при этом сами матери находились без сознания. Этот факт достаточно убедительно показывает, что технически это возможно осуществить.

Значительным резервом для повышения показателей «выкладывание на грудь в контакте «кожа-к-коже» может служить введение обязательной практики осуществлять эту несложную манипуляцию в родзале после родов

при ВР, при КС при эпидуральной анестезии. Значительно упрощает и делает безопасным проведение этой техники на протяжении 1-2 часов после родов наличие партнера на родах. Кроме того, при операции КС, проводимой под общим наркозом, контакт «кожа-к-коже» может быть осуществлен с отцом ребенка. Подобного рода практика начинает получать широкое распространение в ведущих учреждениях родовспоможения.

Продолжительность контакта "кожа-к-коже" при ВР и КС

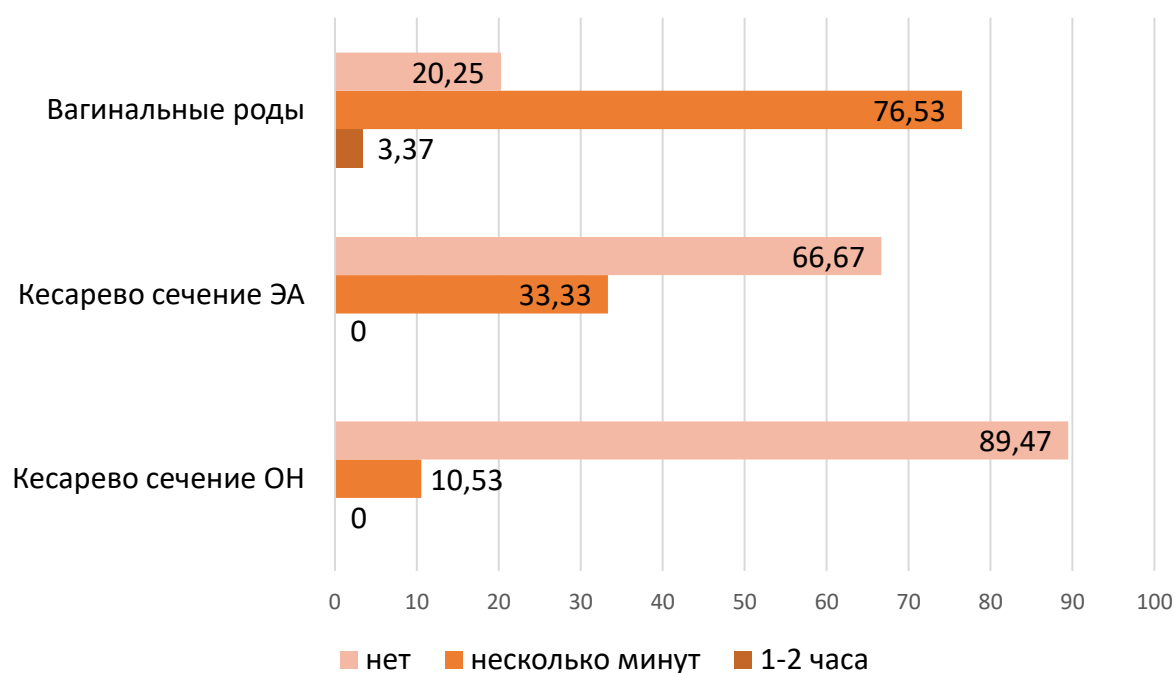


Рис. 9. Наличие и продолжительность контакта «кожа-к-коже» в зависимости от способа родоразрешения

Нельзя не рассматривать контакт «кожа-к-коже» как важный фактор стабилизации физиологических функций матери и ребенка. Доказано, что наибольший выброс окситоцина у матери наблюдается в моменты, когда она прикасается к ребенку, гладит его, вдыхает его запах (Оден, 2016). Безусловно, этот эндогенный окситоцин будет способствовать стимуляции сокращений матки, профилактике кровотечения и выбросу в кровь значительного количества эндорфинов.

Раннее прикладывание к груди в родзале, поза при кормлении

Прикладывание ребенка к груди в родильном зале или операционной не только повышает вероятность исключительно грудного вскармливания в первые дни и недели после родов, но и увеличивает продолжительность кормления грудью (табл.1).

Однако, как показывает обработка данных анкетирования, сосание ребенком груди в первые 2 часа после родов наблюдается еще реже, чем выкладывание новорожденного на грудь. К примеру, при ВР только 71% детей (58% в течение первого часа после рождения и 13% в течение второго) были приложены к груди в родзале (а выложены после родов на грудь – 76%). У 29% новорожденных раннего прикладывания не было вовсе.

Новорожденные, появившиеся на свет путем КС лишь в 28% случаев имели возможность сосать грудь, а у 72% прикладывания в первые часы не было.

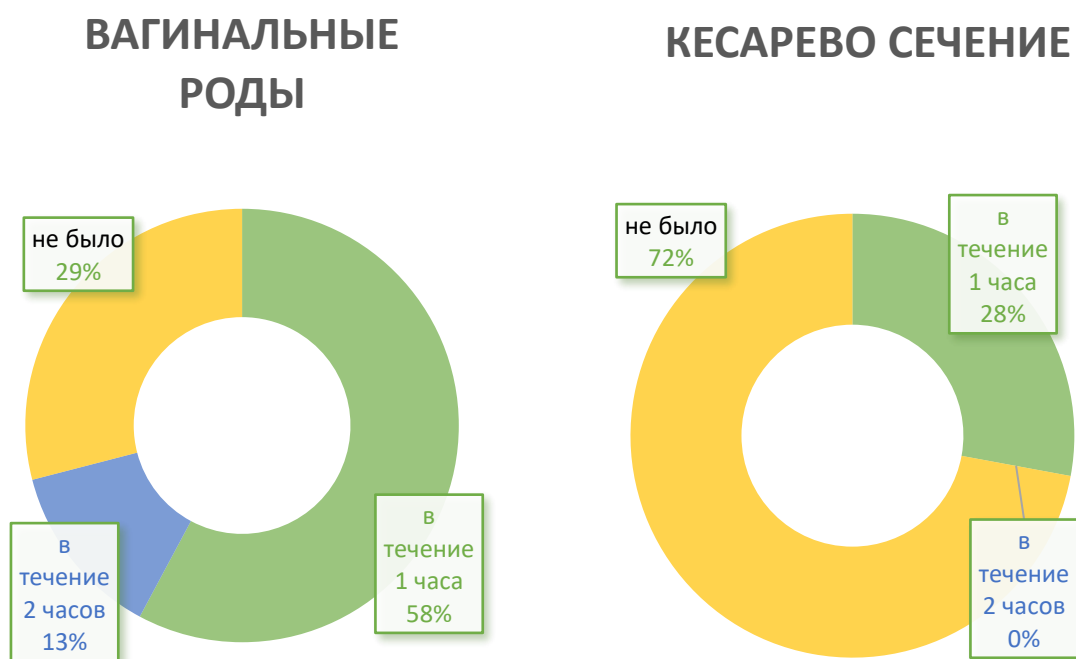


Рис 10. Наличие раннего прикладывания к груди при различных способах родоразрешения

Так же, как и в случае с установлением контакта «кожа-к-коже», можно найти достаточно возможностей для увеличения этих показателей, внося изменения в практику ведения послеродового периода как при ВР, так и при операции КС.

Использование тех или иных поз при прикладывании ребенка к груди часто может сыграть решающую роль при налаживании ГВ в первые дни. Важным оказывается не только удобная поза матери, позволяющая комфортно кормить настолько долго, насколько это необходимо ребенку, но и положение ребенка относительно тела матери. Изучение условий, благоприятных для наиболее эффективного проявления рефлексов новорожденного, необходимых для поиска, захвата и сосания груди позволяет предложить некоторые позы для кормления как самые подходящие для ребенка. К таким позам относят так называемое биологическое или расслабленное кормление (кормление в шезлонге), при котором ребенок находится сверху на матери (Приложение 2). Горизонтальное или приближенное к горизонтальному положение ребенка способствует запуску комплекса антигравитационных рефлексов (опоры и автоматической походки, ползания – Бауэра, кивательный и хватательный) и энергичному поиску груди. В этом положении оправдываются генетические ожидания ребенка, относительно поиска, захвата и сосания груди. Его поведение становится активным, позволяющим проявить желание и инициативу.

При опросе матерей относительно того какие позы они предпочитали в первые дни кормления грудью выявлено явное преобладание таких поз как «колыбелька», «обратная колыбелька», «из-под руки», «лежа» (рис.11). Во всех положениях ребенок находится сбоку от матери, хотя и повернут к ней.

Вариант «ребенок сбоку, мама сидит или лежит» выбрали 113 матерей или 85% от общего числа опрошенных.

Исключительно позу расслабленного кормления использовали только 15 матерей или 11%.

Использовали обе позы, при которых ребенок был в одних случаях сбоку, а в других - сверху всего 5 матерей (4%).

ВАРИАНТЫ ПОЗ ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

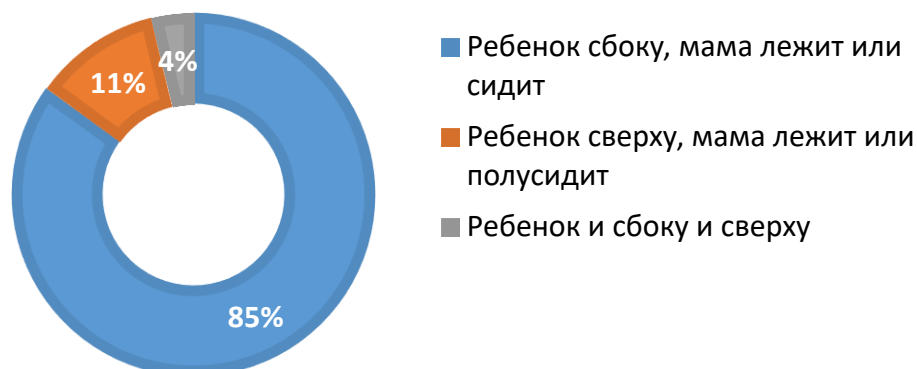


Рис.11.

Использование поз при кормлении новорожденного

Таким образом, необходимо не только способствовать первому кормлению новорожденного в родзале, но и стараться делать это тогда, когда сам ребенок изъявляет желание сосать грудь. При этом важно учитывать генетические ожидания и способности новорожденного относительно его положения, поиска, захвата и сосания груди.

Партнерские роды

Согласно литературным данным, помощь и поддержка партнера в родах значительно снижает количество медицинских вмешательств, позволяет провести ранний послеродовой период в атмосфере семейного события, позволяет улучшить степень удовлетворенности женщины родами. В том случае, если партнером на родах выступал отец ребенка, его присутствие при рождении малыша и в ранний послеродовой период оказывает влияние на формирование отцовских чувств, привязанности и семейных отношений. Безусловно многое зависит от подготовки пары к такому событию.

При изучении анкет нами были выделена группа партнерских родов (всего 10) и проанализирована продолжительность ГВ у матерей, которые пользовались поддержкой в родах.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ ПРИ ПАРТНЕРСКИХ РОДАХ

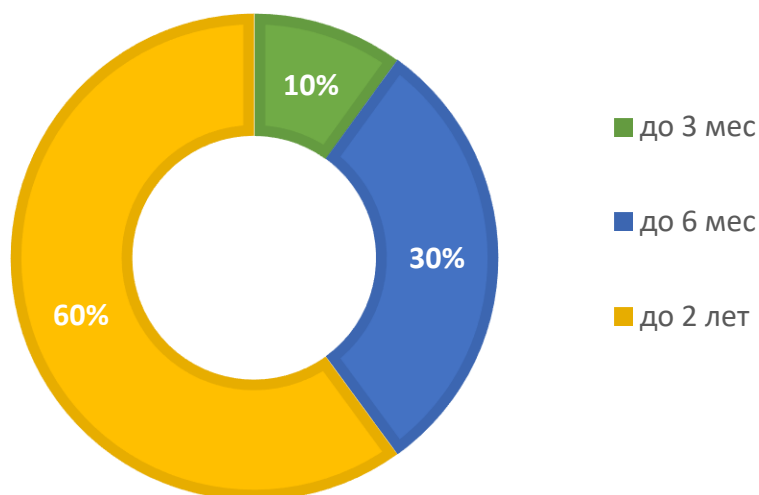


Рис. 12. Продолжительность кормления грудью при партнерских родах
Только 10% матерей из этой группы прекратили кормление до 3 месяцев, 30% кормили до полугода и 60% - до 2 и более лет (Рис. 12).

Таким образом, поддержка партнера не только в родах, но и в ранний послеродовой период создает условия для успешного и продолжительного кормления грудью. Осуществление практики подготовки будущих родителей к родам, материнству и отцовству, послеродовому периоду в жизни семьи значительно повышает ресурсы семьи в целом и матери в частности. Именно такого рода поддержка, заложенная еще на протяжении беременности и родов позволяет этим матерям кормить грудью дольше. По нашему мнению, партнерские роды следует рассматривать как современную, эффективную, материально не затратную технологию, позволяющую значительно повысить удовлетворение женщины родами, а также продолжительность ГВ.

ВЫВОДЫ

1. Способ родоразрешения не приводит к каким-либо значимым отличиям в продолжительности ГВ, гораздо большую роль играют настрой женщины и своевременная поддержка и помощь, особенно в первые дни и недели после родов.
2. Раздельное пребывание с ребенком в первые сутки после родов у женщин после КС может привести к некоторым трудностям в налаживании контакта с новорожденным, отказом ребенка от груди, отсроченным приходом молока. В связи с этим необходимо соблюдение рекомендаций по профилактике и преодолению этих моментов.
3. Наличие в подавляющем большинстве случаев, догрудного кормления и докорма смесью после операции КС и невозможность обеспечить совместное пребывание и прикладывание к груди по требованию делают актуальным вопрос о создании банка донорского грудного молока и введение практики докорма донорским молоком при невозможности обеспечить новорожденного материнским.
4. Использование эпидуральной анестезии для обезболивания вагинальных родов приводит к увеличению рисков потери грудного вскармливания в первые дни после родов, а также к значительному снижению продолжительности кормления грудью.
5. Влияние способа анестезии при КС на налаживание и продолжительность ГВ наблюдается только в первые дни после родов. В дальнейшем это влияние сглаживается и те женщины, которые справились с трудностями первых дней или получили своевременную поддержку, кормят грудью достаточно успешно и продолжительно.
6. Определенной зависимости между проведением эпизиотомии и продолжительностью ГВ нами отмечено не было. Однако, очевидным является тот факт, что мамам гораздо сложнее наладить кормление

грудью и уход за ребенком в первые дни и недели после родов, в этот период важно поддержать кормящую маму.

7. Согласно многочисленным литературным данным, кормление смесью до прихода молока у матери может грозить серьезными отсроченными последствиями для здоровья ребенка. Однако, установлено, что особенности организации медицинской помощи, отдаленность отделения реанимации для родильниц и детского отделения делает невозможным совместное пребывание и прикладывание к груди по требованию ребенка. Все эти обстоятельства позволяют поднимать вопрос о создании банка донорского грудного молока и введении практики докорма донорским молоком, в тех случаях, когда невозможно обеспечить новорожденного ребенка материнским.
8. Анализ данных по осуществлению контакта «кожа-к-коже» при КС показал, что подавляющее большинство пар «мать-новорожденный» были лишены этого контакта. При ВР выкладывание на грудь в контакте «кожа-к-коже» осуществлялось лишь в 76% случаев. Значительным резервом может служить введение обязательной практики осуществлять эту несложную манипуляцию в родзале после ВР, при КС при эпидуральной анестезии. Значительно упрощает и делает безопасным проведение этой техники на протяжении 1-2 часов после родов наличие партнера на родах.
9. Прикладывание ребенка к груди в родильном зале при ВР проводилось только в 71% случаев (у 29% новорожденных раннего прикладывания не было вовсе). Новорожденные, появившиеся на свет путем КС лишь в 28% случаев имели возможность сосать грудь, а у 72% прикладывания в первые часы не было. Необходимо не только способствовать первому кормлению новорожденного в родзале, но и стараться делать это тогда, когда сам ребенок изъявляет желание сосать грудь. При этом важно учитывать генетические ожидания и способности новорожденного относительно его положения, поиска, захвата и сосания груди.

10. Введение в повседневную практику родовспоможения родов с поддержкой (при условии соответствующей подготовки пары) вероятно позволит значительно повысить продолжительность ГВ в этой группе матерей. Поскольку поддержка партнера не только в родах, но и в ранний послеродовой период создает условия для успешного и продолжительного кормления грудью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, для увеличения продолжительности ГВ необходимо создать наиболее благоприятные условия для подготовки, обучения матерей и членов их семей основам кормления грудью. Важно создать вокруг беременной, роженицы, родильницы и кормящей женщины ощущение доброжелательности, поощрения и поддержки.

В результате, женщина, родившая своего ребенка в атмосфере тепла и заботы, получившая всю необходимую помощь и поддержку, после родов спокойно может сосредоточиться на новорожденном ребенке и уходе за ним, а не на переосмысливании своих или чужих ошибок и мысленном проигрывании сценария прошедших родов снова и снова.

Нужно готовить к родам и материнству не только женщину, но и тех, кто кроме нее будет принимать участие в этом процессе, и сопровождать ее до и после родов: врачей, акушерок, психологов, консультантов по грудному вскармливанию.

Очень важно обеспечить спокойную, поддерживающую обстановку во время родов и высокую квалификацию персонала. И, что касается конкретно грудного вскармливания, крайне необходимо проводить соответствующее обучение медперсонала в роддоме либо налаживать сотрудничество медицинских учреждений с профессиональными консультантами.

Улучшение этой ситуации, несомненно, будет способствовать снижению показателей заболеваемости, ранней детской смертности, а также гармоническому физическому и психологическому развитию подрастающего поколения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Быстрова К.С. Температурный «диалог» матери и ребенка после его рождения. Часть 1: Антистресс-эффект контакта «кожа-к-коже» для новорожденного//Вопросы практической педиатрии.-2008.Т.3.-№5.-С.84-90..
2. Бюллетень ВОЗ "Кормление детей первого года жизни: физиологические основы", 1989. 185с.
3. Всемирная организация здравоохранения & ЮНИСЕФ. (1989). Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб. Совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ. Всемирная организация здравоохранения.
<http://www.who.int/iris/handle/10665/103993>
4. Грудное вскармливание/Джек Ньюман, Тереза Питман; пер. с англ. п/ред. И.И. Рюминой.- М.: ГЭОТАР = Медиа, 2018.-560 с.
5. Грудное вскармливание: кормление грудью нужно и ребенку и маме: пер. с англ./ Марта и Уильям Сирс.- М.: АСТ: Астрель, 2007.-395с.
6. Гуот-Гумбергер М., Хорман Э. Грудное вскармливание/Пер. с нем.-СПб: Издательский Дом «Нева», 2006.-128 с.
7. Методическое письмо Минздравсоцразвития РФ №15-4/10/2-6796 «Об организации работы службы родовспоможения в условиях внедрения современных перинатальных технологий», 2011
8. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (4-е издание, переработанное и дополненное).-М., 2019, 206 с.
9. Общественные группы материнской поддержки и их работа по охране, поддержке и поощрению грудного вскармливания: Руководство для медицинских работников и лидеров групп материнской поддержки.- Экспресспринт ИК, 2006.-100с.

- 10.Оден Мишель Кесарево сечение: Безопасный выход или угроза будущему.-Изд-во Назаровых, 2016.- 353 с.
- 11.Ткаченко А.К. и др.. Неонатология: учеб.пособие/Под ред. А.К. Ткаченко
- 12.Фатеева Е.М., Пустограев Н.Н. Грудное вскармливание в православной Руси. Вчера и сегодня-Москва: Оранта, 2004.-178с.
- 13.Фатеева, Е.М. Грудное вскармливание и психологическое единство «мать-дитя» / Е.М. Фатеева, Ж.В. Цареградская. – М.: АГАР, 2000. – 183 с.
14. Харман Т., Уэйкфорд : Эффект микробиома. Как способ рождения ребенка влияет на его будущее здоровье.- Ресурс, 2017.- 216 с.
- 15.Boubred F., Saint-Faust M., Buffat C. et al. Developmental origins of chronic renal disease: An integrative hypotensis//Internetonial J. Nephrology.-2013.-Vol.2013.-Art.№346067.-12p.
- 16.Bystrova K.et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later//Birth.-2009.-Vol.36.-№2.-P.97-109.
- 17.Chowdhu R., Sinha B., Sankar V.J. et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A sistimatic review and metaanalis//Acta Paediatr. Oslo Nor. (1992).-2015.-Vol.104.-№467.-P.96-113.
- 18.Connelly, N.R., Parker, R.K., Lucas, T. et al. The influence of a bupivacaine and fentaniyl epidural infusion after epidural fentanyl in patients allowed to ambulate in early labor. Anesthesia and Analgesia 93:1001-1005, 2001.
- 19.Crenshaw J.T. et al. Use of a video-ethnographic intervention (PRECESS Immersion Method) to improve skin-to-skin care and breastfeeding rates//Breastfeed Med.-2012.-Vol.7.-№2.-P.69-78.
- 20.Holmes A.V., McLeodA.Y., Bunik M. ABM Clinical Protocol#5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term. Revision 2013//Breastfeed. Med. Off. J. Acad. Breastfttd. Med. -2013. – Vol.8.-№6.-P. 469-473.
- 21.Howell, C.j. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library (Database on disk and CD-ROM)

- issue 2, update quarterly, The Cochrane Collaboration update software, Oxford, 2000.
22. Marshall H. Klaus, M.D. et al. "The doula book", второе издание, A Merloyd Lawrence Book, 2003. Акушерские преимущества сопровождения в родах. Исследования эффективности сопровождения в родах
23. Moor E.R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants//Cochrane Database Syst. Rev.-2012.-№5.-Art.№CD003519.
24. Perinatal programming of neurodevelopment/Eds.M.C.Antntlli.-NY:Springer, 2015.-477p.
25. Phillips R. The Sacred hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth//Newborn and infant nursing reviews.-2013.-Vol.13.-№2.-P.67-72.
26. Prior E., Santhakumaran S., Gale C. et al. Breast after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature// Am. J.Clin.Nutr.-2012.-Vol.95.-№5.-P. 1113-1135.
27. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, World Health Organization, 2017, 120p.
28. Riordan J., Wambach K. Breastfeeding and human lactation.-4th ed.-Sudbury, Mass Jones and Bartlett Publishers, 2010.-912p.
29. Section on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk//Pediatrics.-2012.-Vol.129.№3.-P.e827-e841.
30. Vallejo, M., Firestone, L.L., Mandell, G.C. et al. Effect of epidural analgesia with ambulation on labour duration. Anestesthesiology 95:857 -861, 2001.
31. Widstrom A.-M. et al. Newborn behavior to locate the breast when skin-to-skin: a possible method for enabling early self-regulation//Acta Paediatr.-2011.-Vol.100.-№1.-P.79-85.
32. Zhang F, et al. Breastfeed Med. 2019 Early Feeding Behaviors and Breastfeeding Outcomes After Cesarean Section.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА

для определения условий, оказывающих влияние на продолжительность ГВ

1. Дата заполнения анкеты _____
2. ФИО мамы _____
3. Дата родов _____
4. Роды:
 - Первые
 - Повторные
5. Двойня Вес _____, рост _____, пол М Д - новорожденного.
6. Место фактического проживания: город, район _____
7. Особенности родов:
 - Кесарево сечение: плановое экстренное на _____ неделе
 - Естественные роды на _____ неделе
 - акушерский сон
 - стимуляция (окситоцин),
 - обезболивание
 - эпидур. анаст.,
 - сильные разрывы
 - эпизиотомия
 - общий наркоз
8. Возраст мамы _____
9. Особенности строения молочной железы:
 - Особенности формы: большая, средняя, маленькая
 - Особенности соска: нормальный, невыраженный, ложно-втянутый
 - Операции на груди: _____
 - Пластика груди _____
 - Другое _____
10. Заболевания мамы:
 - Обмена веществ – щитовидная железа, сахарный диабет,
 - Заболевания гипофиза
 - Заболевания почек
 - Заболевания репродуктивной сферы
 - Заболевания крови
 - другое _____

11. Заболевание новорожденного

12. Уровень контакта «кожа к коже» в родзале:

- В течение первого 1 часа после родов
- В течение первых суток
- На 2-3-4 сутки

13. Прикладывание к груди в родзале:

- Наличие
- Продолжительность ____
- С помощью
- Без помощи

14. Совместное пребывание в палате матери и дитя:

- раздельное пребывание
- с 1 - 2 - 3 дня _____

15. Наличие догрудного кормления смесью

- До выписки да нет
- На момент выписки да нет

16. Наличие молозива: скудно, каплями, обильно

17. Приход молока на _____ сутки, (грудь налилась)

18. Использование соски и пустышки: да нет

19. Кормление ночью: да нет

20. Интервал кормления: ____ по требованию ребенка (беспокойство, плач),
____ по часам

21. Оказание помощи сотрудниками роддома в прикладывании ребенка к груди
и обучении сцеживанию: да нет

22. Дородовая подготовка к ГВ: да нет, где

Фото различных поз для кормления новорожденных

Фото 1. Использование различных поз при эпизиотомии



Фото 2. Контакт «кожа-к-коже» в родзале после вагинальных родов



Фото 3. Контакт «кожа к коже» и расслабленное кормление в послеродовой палате



Фото 4. Контакт «кожа-к-коже» и расслабленное кормление дома после выписки (очная консультация по ГВ)

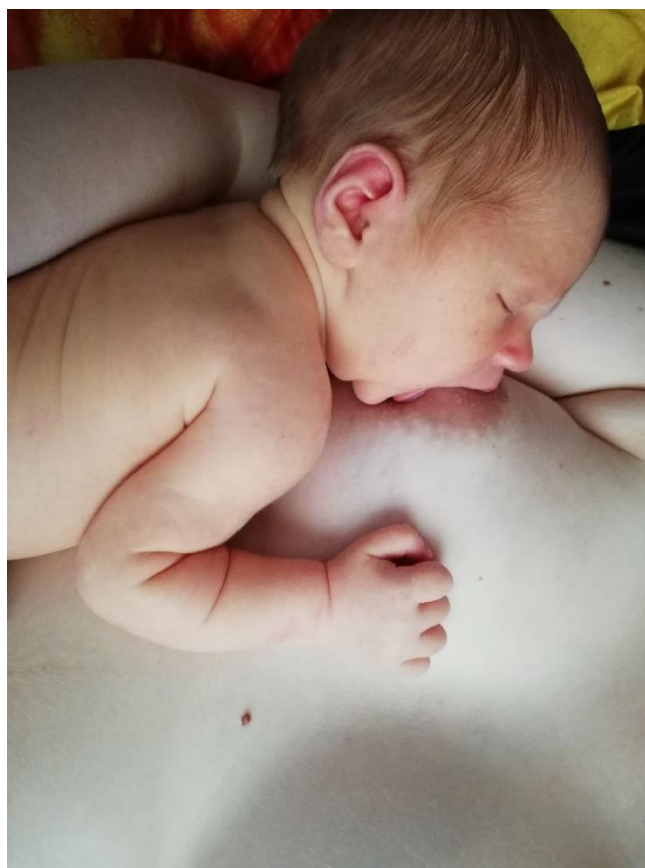


Фото 5. Первое прикладывание в операционной после операции кесарева сечения (эпидуральная анестезия)



Фото 6. Расслабленное кормление



Фото 7. Расслабленное кормление



Фото 8. Расслабленное кормление



Фото 9. Расслабленное кормление



Фото 10. Расслабленное кормление



Организация грудного вскармливания после кесарева сечения.

Рекомендации

Роды и ранний послеродовой период

1. Подготовка к грудному вскармливанию должна быть более тщательная, с пониманием и готовностью преодолеть возникающие трудности.
2. При выборе даты родов важно отдать предпочтение запланированной операции, протекающей на фоне начавшихся схваток. В этом случае ребенок, запустивший процесс родов, буде более зрелым и активным после родов.
3. Предпочтителен выбор регионарной анестезии при проведении операции. Мама после родов находится в сознании и может получить все эмоции и необходимые стимулы для начала становления лактации.
4. Атмосфера в операционном должна прежде всего напоминать о рождении ребенка, а не об операции (отсутствие громких звуков, разговора, легкая расслабляющая музыка). Это способствует более спокойному состоянию женщины, ее организм воспринимает ситуацию как относительно безопасную, а не угрожающую жизни.
5. Партнерские роды в присутствии мужа или доулы позволят женщине чувствовать больше поддержки. Дополнительные руки окажутся очень нужными для того, чтобы поддержать или поддержать ребенка, прикосновения, контакт глаза-в-глаза способствуют спокойному состоянию роженицы и повышают чувство удовлетворенности родами. При невозможности выкладывания ребенка на грудь матери (общий наркоз,

непредвиденные ситуации) ребенка выкладывают на грудь отца в контакте «кожа-к-коже».

6. Выкладывание на грудь и первый продолжительный контакт "кожа-к-коже" (обнаженная грудь матери и новорожденный, выложенный животиком к груди) сразу после родов в родзале.
7. Первое прикладывание к груди в течение первого часа или по меньшей мере 6 часов) после родов.

Послеродовой период

1. Раннее начало стимуляции груди сцеживанием минимум через 2 часа после родов (если первое прикладывание не состоялось), обе груди по 5-10 минут каждые 3 часа (руками или молокоотсосом, независимо от количества сцеженного молока, важен сам факт стимуляции).
2. Исключение докармливания или допаивания ребенка до того момента, пока мать не покормит его не менее часа подряд. В этом случае важен положительный для груди импринтинг – материнская грудь должна быть первым предметом, который попадет в рот ребенку и который он будет впервые сосать после рождения.
3. Если докорм необходим, важно давать его из несосательных предметов (чашечки, шприца, ложечки) или при помощи «пальцевого» кормления. Это необходимо для выработки правильного механизма сосания груди и избежании «путаницы» сосков.
4. Для мамы обязательен прием обезболивающих в первые дни после родов. Боль терпеть нельзя, поскольку она тормозит "рефлекс окситоцина", что препятствует свободному отделению молока.
5. Использование комфортных поз ("из-под руки", расслабленное кормление) для уменьшения давления на шов. Использование

дополнительных средств (подушек, валиков) для принятия удобной позы во время кормления.

6. При организации грудного вскармливания важно обратить внимание на частые и эффективные прикладывания (рекомендуемые перерывы между кормлениями не должны превышать 2 часов в дневное время).

Организация грудного вскармливания после эпизиотомии. Рекомендации

После эпизиотомии мать может испытывать следующие трудности и дискомфорт:

- боль;
- невозможность принять удобную позу;
- трудно расслабиться;
- трудности в уходе за ребёнком;
- трудности в установлении контакта с ребенком.

Рекомендации:

1. При необходимости не пренебрегайте приемом обезболивающих препаратов.
2. Трудности в уходе за ребёнком могут быть связаны с болезненностью швов, физической слабостью после родов, отсутствием помощи не только в уходе за ребенком, но и в бытовых вопросах.
3. В первые дни мама может (хотя и необязательно) испытывать трудности в установлении контакта с ребенком. Помогает: контакт «кожа-к-коже», маме жить в режиме ребенка (совместный сон и пр.)
4. Старайтесь занять комфортную позу. Можно использовать следующие положения мамы и малыша (не забывая о соблюдении правильности захвата груди, как об основном условии эффективного ее опорожнения):

«Расслабленное кормление» (Самоприкладывание или природное прикладывание).

Мама находится в положении лежа или полулежа на кровати или в глубоком кресле. Малыш распеленут, лежит животиком на обнаженной части груди или живота мамы. Мама расслаблена максимально, поглаживает ребенка, тихо говорит с ним. В таком состоянии ребенок чувствует мамино тепло, дыхание, сердцебиение, запах. В комплексе с этими ощущениями «включаются» природные инстинкты – малыш подползает к груди и прикладывается к ней самостоятельно или с незначительной помощью мамы. Это может сделать даже только что родившийся ребенок. Для большего удобства мама можно положить голову малыша на локтевой сгиб и подложить под руки и полусогнутые ноги подушки или валики из свернутых одеял.

В положении «колыбелька» или «обратная колыбелька», только стоя

Животик малыша прижат к маме. Прикладывая к левой груди, мама левой рукой поддерживает грудь, а правой – голову ребенка. После того, как малыш правильно приложился к груди и начал сосать, можно перейти к позе «колыбелька». Мама может опереться ногой на стул или кровать или прислониться к стене.

В положении «Из-под руки», только стоя или полусидя на бедре или крестце

«Из-под руки» – эта поза идеальна для обучения малыша правильному прикладыванию и эффективна для опорожнения подмышечной доли груди.

Мама располагает ребенка сбоку от себя, животом к боку так, чтобы малыш находился на уровне груди. Прикладывая к левой груди, мама левой рукой придерживает ребенку голову, а правой поддерживает грудь.

Для снижения давления на болезненную область можно расположить ребенка повыше на подложенных подушках или подлокотнике кресла. Маме можно также попробовать присаживаться на свою согнутую в колене ногу.

Кормление в слинге

Некоторые виды слингов рекомендуются с периода новорожденности. Ребенок чувствует себя спокойно, находясь в

постоянной близости с матерью, это очень облегчает кормления. Для матери такое положение ребенка значительно снижает нагрузку на руки и спину, что очень важно для щадящего режима физических нагрузок. Регулируя высоту положения ребенка в слинге надо добиться расположения ротика ребенка напротив груди.

Кормление на пеленальном столике

Положив малыша на пеленальный столик на бочок или спинку, мама наклоняется к нему и предлагает грудь. После того, как малыш приложился, маме можно облокотиться на столик для снятия нагрузки со спины. Предупреждение! Не оставляйте ребенка на пеленальном столике без присмотра ни на секунду! Всегда наступает момент, когда ребенок может самостоятельно перевернуться, и этот момент может наступить неожиданно. Положите на ребенка руку для того, чтобы придать ему стабильное положение и только после этого отвернитесь или протяните другую руку за чем-либо.

Лежа на боку нижней или верхней грудью

«Лежа» - незаменимая поза для отдыха и ночных кормлений. Лежа на боку, мама удобно устраивается: нижнюю руку располагая под головой, а подушку между рукой и головой. Малыш – рядом с мамой, животом к животу. Если ребенок новорожденный, под него можно положить сложенную пеленку или одеяло. Используя эту позу для обучения правильному захвату груди, маме надо приспособиться придерживать нижнюю грудь верхней рукой, а нижней рукой придвинуть головку ребенка к груди. После того, как малыш присосался к груди и, мама может расслабиться и под спинку ребенка подложить свернутое в валик одеяльце или пеленку. Некоторым деткам, особенно в период новорожденности, бывает сложно дотянуться до соска. В таком случае, мама может расположить малыша у себя на руке или, подложив под него сложенное одеяло, предложить ему верхнюю грудь. Для маминого удобства можно подложить под спину подушку.

Если маме уже можно немного присаживаться

Обычно ближе к концу второй недели мамам уже можно присаживаться, но сидение все равно может доставляет дискомфорт. Для облегчения дискомфорта, болезненных ощущений и в период «преодоления страха» перед сидением, можно использовать следующие подручные средства (специальную ортопедическую подушку для сидения, дорожный подушку-воротник, детский плавательный круг, снятое мягкое сидение унитаза, самодельные приспособления из махровых полотенец, халатов или простыней). Используя их можно наконец-то начать кормить в положении «сидя» и «из-под руки». Все эти приспособления представляют собой полукруглый или круглый валик, на который мама присаживается таким образом, что ее бедра оказываются на валике, при этом болезненная область промежности не испытывает давления.

Можно также присаживаться на одну из ягодиц. Этот вариант снижения давления на проблемную область удобно использовать в положении из-под руки. Если малыша положить на несколько подушек или высокий подлокотник кресла или дивана, то будет удобно опереться на них боком и предплечьем, чтобы снять нагрузку с мышц спины.

Самое главное, что нужно помнить кормящей маме – это временные трудности первых пары недель. В дальнейшем вы сможете кормить малыша в любой удобной для вас позе без всяких приспособлений.

Если после того, как вы испробовали все позы вам

- все еще сложно найти удобное положение для кормления
- больно кормить малыша
- грудь переполняется очень сильно и неравномерно,

пригласите консультанта по грудному вскармливанию на дом.

Во время консультации вы совместными усилиями сможете подобрать наиболее удобные положения исходя из вашей личной

ситуации и из обстановки в вашей квартире. После консультации у Вас будет готовый набор поз и вариантов для того, чтобы покормить малыша, расслабившись при этом самой.