

*Международная Ассоциация Консультантов
по Естественному Вскармливанию*



*Журнал для консультантов и мам из групп
поддержки грудного вскармливания
№3(6) / 2005*



Издается
с 19 июля 2004 года

Специальный журнал для
общественных групп поддержки
естественного вскармливания

Учреждено и издается
**Международной
Ассоциацией
Консультантов по
Естественному
Вскармливанию**

www.akev.narod.ru

Главный редактор
Михайлечко Оксана

Выпускающий редактор
Савина Вероника

Редактор переводов
Рюхова Ирина

Статьи, переводы,
комментарии,
добавления,
предложения
принимаются
и приветствуются
по адресу
www.akev.narod.ru



СОДЕРЖАНИЕ

Новости

- Всемирная неделя кормления грудью 3
- От руководителя НПЦ ППП ГВ 8
- Национальная система вскармливания 9
- Неделя ГВ в Северодвинске 9
- Неделя ГВ в Ростове-на-Дону 10
- Неделя ГВ в Барнауле 11

Особые ситуации

- Желтуха и грудное вскармливание 12
- Когда ГВ противопоказано? 14

Статьи

- Молокоотсосы напрокат 17
- Новая анатомия груди 18
- Уловки в индустрии детского питания 19
- Закупорка протоков и мастит 24
- Техника Сжатия груди 26
- Хватает ли молока 27
- Докорм у груди 30
- Пальцевое кормление 32

Сложные случаи.

- Продолжительные застои 33

Копилка

- Как менять грудь? 35
- Техника правильного прикладывания 37

Заметки консультанта

- Из истории грудного вскармливания 40

Литература

- Обзор научных статей 42

ВСЕМИРНАЯ НЕДЕЛЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ 2005, 1-7 АВГУСТА

КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ И ПИЩА С СЕМЕЙНОГО СТОЛА: ЛЮБОВЬ И ЗДОРОВЬЕ.

КОРМЛЕНИЕ ДРУГОЙ ПИЩЕЙ ВО ВРЕМЯ ПРОДОЛЖЕНИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Переход с заботой

Для самого лучшего начала в жизни Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), ДЕТСКИЙ ФОНД при ООН (ЮНИСЕФ) и министерства здравоохранения во всем мире рекомендуют матерям кормить исключительно грудью своих детей в течение первых шести месяцев и продолжать грудное вскармливание вместе с вводом в рацион ребенка других продуктов питания и напитков, до двух лет или больше, пока мать и ребенок этого хотят.

Тема Всемирной Недели Грудного Вскармливания в этом году – продолжение кормления грудью и ввод других продуктов после шестимесячного возраста. Эта пища должна содержать много питательных веществ, быть тщательно приготовленной и правильной консистенции.

Мы обсудим, как сделать переход от исключительного кормления грудью к кормлению грудью и еде с остальной семьей, с любовью и заботой.

Прикармливаем, используя продукты с семейного стола

С шестимесячного возраста дети нуждаются в других продуктах в дополнение к грудному молоку, чтобы обеспечить все их пищевые потребности.

Термин, используемый для ввода других продуктов и напитков в дополнение к кормлению грудью – «Дополняющее питание». (В России – прикорм. Прим. переводчика) Эта пища должна 'дополнять' энергию и питательные вещества, которые дает грудное молоко.

Тема «Кормление грудью и пища с семейного стола» была выбрана потому, что в большинстве домашних хозяйств во всем мире груднички 6-12 месяцев и маленькие дети питаются теми же самыми продуктами, которые едят остальные члены семьи.

Это не подразумевает, что в 6 месяцев детей можно перевести сразу с исключительного кормления грудью на еду с взрослого стола. Грудничкам старше 6 месяцев и маленьким детям надо давать наиболее питательные «лучшие кусочки» семейной еды, соответственно подготовленные (пюреобразные, порезанные, размяченные и т.д.), подходящие к пищевым способностям ребенка.

Начало потребления других продуктов питания отмечает новую стадию в социальном, эмоциональном и поведенческом развитии грудничков старше 6 мес., поскольку ребенка теперь может кормить не только мать.

Дополняющее питание также дает возможности развития общения, координации и моторных навыков, и может заложить основу правильного выбора еды на всю жизнь.

Введение прикорма с любовью, заботой и терпением может быть временем для продолжения и усиления связей матери и ребенка при кормлении грудью, а не окончания грудного вскармливания.

Продолжительное кормление грудью

Кормление грудью продолжает быть важным для детского питания, развития и заботы и после 6 месяцев жизни.

В среднем, груднички 6-8 месяцев получают из грудного молока около 70 % энергии, 55 % в 9-11 месяцев, и 40 % в 12-23 месяца.

Грудное молоко - также главный поставщик белка, витаминов, минералов, эссенциальных жирных кислот и защитных факторов. Оно содержит больше калорий и питательных веществ в мл, чем большинство других продуктов, и гораздо больше, чем каши или овощные пюре, которые являются типичными первыми продуктами прикорма для грудничков после 6 месяцев. Если желудок у ребенка заполнен пищей с бедным составом, он будет получать меньше грудного молока, и его питание и общее здоровье будут хуже.

Участие грудного молока в питании часто обесценивается из-за энтузиазма начать кормить взрослой пищей.

Наша задача – понять, как кормить другими продуктами так, чтобы они **добавляли** пищевой вклад к грудному молоку, а не заменяли его.

Почему грудное молоко продолжает быть идеальным продуктом для младенцев и маленьких детей старше 6-месячного возраста.

Грудное молоко - высококачественное продовольствие. Оно богато легко усваиваемыми питательными веществами и энергией. Грудное молоко содержит факторы, которые помогают усваивать питательные вещества из другой пищи.

Дети, которые сосут грудь, не бывают голодными.

Дети, которых кормят по требованию, регулируют собственное потребление молока; когда они голодны, они делают поисковые движения, плачут или сами прикладываются к груди. Когда неограниченное кормление грудью продолжается вместе с вводом других продуктов,

младенцы все еще могут контролировать, сколько они едят. Если они не любят некоторые продукты, или предлагаемой пищи недостаточно, они могут получать больше грудного молока.

Словарик

Дополняющее питание - предоставление других пищевых продуктов и напитков в дополнение к грудному молоку. **Термин «Дополняющее питание»** предназначен заменить термин «отнимание от груди», потому что «отнимание от груди» можно интерпретировать как прекращение кормления грудью, также как и ввод твердой пищи. Термин «Дополняющее питание» делает более ясным, что пищевые продукты и жидкости даются «в дополнение», а не заменяют продолжающееся кормление грудью. (В России используется термин прикорм – прим.переводчика).

Пищевые продукты с семейного стола - любые пищевые продукты, обычно используемые членами семьи.

Младенец - ребенок в возрасте до 6 мес.

Ребенок постарше - ребенок в возрасте 6 - 12 месяцев

Макронутриенты - витамины и минералы

Плотность питательных веществ - предусматривает много питательных веществ в маленьком объеме продовольствия/напитка

Основной элемент - главный элемент диеты домашнего хозяйства, например, рис, кукуруза, пшеница, картофель.

Малыш - ребенок, который учится ходить

Маленький ребенок - ребенок от 6 месяцев до 2-3 лет.

В грудном молоке есть защитные факторы.

Противоинфекционные факторы в грудном молоке обеспечивают защиту против болезней и уменьшают серьезность произошедших. Эта защита продолжает быть полезной и после 6 месяцев, потому что ввод других пищевых продуктов и напитков может привести к большому количеству инфекций и болезнетворных микроорганизмов, когда собственная иммунная система ребенка все еще не созрела. Некоторая защита обеспечивается, даже если кормления грудью уменьшаются до нескольких раз в день.

Кормление грудью помогает восстановлению от болезни.

Болеющие дети часто не испытывают желания есть, но они обычно хотят сосать грудь. Во время болезни матери могут помочь ребенку питательным, успокаивающим и лечебным молоком из груди. Факторы роста в грудном молоке ускоряют выздоровление кишечника после диареи. (Если грудничок настолько болен, что не хочет сосать, немедленно обращайтесь в больницу.)

Особые отношения матери и ребенка продолжают.

Кормление грудью – эмоциональное вскармливание/воспитание для матерей и детей, которое является ценным и приятным и после 6 месяцев.

От исключительного кормления грудью к продуктам с семейного стола – переход с заботой

ВОЗ и ЮНИСЕФ - ДЕТСКИЙ ФОНД при ООН рекомендуют, чтобы дополняющее питание было **Своевременно, Адекватно в пищевом отношении, Безопасно и Внимательно.**

Что давать каждый день:

Частое кормление грудью плюс ...

Продукты животного происхождения (мясо, домашняя птица, пойманная рыба или яйца). Если не ежедневно, то так часто, как возможно, даже если количество маленькое – в добавление к основному элементу.

Бобовые (бобы, горох, чечевица, горошек, тофу), **ореховая паста**. Особенно они важны для вегетарианцев, или когда невозможно дать животные пищевые продукты.

Молочные продукты (йогурт, сыр)

Овощи с основной пищей. Яркие овощи содержат больше питательных веществ, чем бледные.

Фрукты как закуска и в добавление к основной пище. Яркие плоды содержат больше питательных веществ, чем бледные.

'Основной элемент' в питании семьи - рис, кукуруза, картофель, пшеница, с некоторыми из пищевых продуктов выше.

Своевременно. Когда начинать?

Исключительное кормление грудью достаточно удовлетворяет пищевые потребности детей, пока они не достигают 6 месячного возраста (26 недель). Около этого времени, некоторые признаки в развитии младенцев могут свидетельствовать об их готовности есть мягкие и полутвердые пищевые продукты. Дети обычно начинают сидеть, управлять движениями головы и класть пищу себе в рот. Их пищеварительная и иммунная системы также становятся более зрелыми.

Адекватно в пищевом отношении. Какие пищевые продукты давать?

Между 6 - 24 месяцами дети растут быстро, и их потребность в энергии, витаминах и минералах увеличивается, однако объем желудка все еще относительно маленький (30 мл/кг веса тела – размер чашки). В течение этого периода дети нуждаются в высокопитательных продуктах, которые обеспечивают много питательных веществ в маленьком количестве продовольствия (пищевые продукты с большой питательной плотностью).

А. Вегетарианцы и веганы

Когда маленьких детей кормят согласно вегетарианской или веган диете, необходимо удостовериться, что они получают достаточно питательных веществ. Яйца, бобовые, молочные изделия или ореховую пасту надо давать с основным элементом в каждом приеме пищи. В зависимости от диеты могут потребоваться добавки или обогащенные продукты, содержащие железо, цинк и другие питательные вещества (основные плюс витамин В12 для веганов).

В. Пища и закуски для перекусов

'Пища' - комбинация продуктов, например, мяса/бобовых, основного элемента и овощей.

'Закуски' должны быть питательными продуктами, которые удобны и легко готовятся, и которыми младенцы могут кормить себя, например, кусочки фруктов, хлеба и арахисового масла, кусочки сыра.

С. Давать лучшие кусочки с семейного стола

По сравнению со старшими членами семьи, маленькие дети нуждаются в пропорционально большем количестве мяса, бобовых, молочных изделий и овощей и меньшем количестве 'основного элемента' - риса, картофеля и т.д. Из них можно сделать пюре и смягчить, если необходимо, небольшим количеством сцеженного грудного молока, кипяченой воды, йогурта или коровьего молока. Маленьким детям нужны твердые или полутвердые кусочки, а не жидкости вроде соуса, супа или бульона; разомните или порежьте, если необходимо. Некоторые семьи предпочитают готовить отдельно для младенцев 6-12 месяцев.

Д. Пищевые продукты, которых лучше избегать:

Упаковки жареных несладких закусок, типа чипсов и крекеров, имеют бедную пищевую ценность и слишком соленые для маленьких детей.

Кондитерские изделия, конфеты, шипучие напитки и колы обеспечивают энергией, но не содержат питательных веществ (пустые калории). Они заполняют детские животы и снижают аппетит для более питательных продуктов. Они также могут привести к потере зубов, когда зубы у младенцев начинают расти.

Чай и кофе также заполняют детские животы. Детям, которые хотят пить, можно предлагать грудное молоко или чистую кипяченую воду.

Е. Детская смесь и коровье молоко

Кое-где первое 'другое продовольствие', которое дают кормящимся грудью младенцам - искусственная детская смесь. Это частое последствие ошибочной веры, что смесь или 'последующая смесь', которая маркирована как подходящая для младенцев с 6 месяцев, является лучшей, чем другие продукты. Лозунги на банках "лучший рост и развитие", "обогащенный железом и витаминами" помогают создавать это впечатление. Нет никакой необходимости давать смесь или коровье молоко детям 6-24 месяцев, которых кормят грудью по требованию. Смесь/коровье молоко просто заменяют более полезное грудное молоко и увеличивают ненужный риск заболеваний.

Однако полезно использовать молочные продукты (йогурт или сыр), или коровье молоко (или порошок молока), для смешивания с другими пищевыми продуктами, чтобы гарантировать, что детей получают достаточное количество кальция. Это особенно важно, когда дети не потребляют

пищевые продукты животного происхождения регулярно.

Ф. Промышленное детское питание

Коммерчески произведенное детское питание, которое должным образом обогащено подходящими количествами витаминов и минералов, удобно и может быть полезно. Его обычно быстро и легко готовить, но часто оно дорого стоит и может содержать несоответствующие наполнители и добавки.

'Международный Кодекс' и дополняющие пищевые продукты

Резолюции ВОЗ, которые имеют тот же самый статус, что Международный Кодекс Маркетинга Заменителей Грудного молока, дают ясное руководство по продвижению дополняющих пищевых продуктов и напитков:

- Они не должны использоваться или продаваться способами, которые подрывают кормление грудью (WHA 49.15 1996). Это правило применяется на период, когда кормление грудью обычно продолжается

- Их нельзя маркировать, рекламировать или коммерчески продвигать как продукты, подходящие для младенцев до 6 месяцев (WHA 39.28 1986, WHA 54.2 2001).

- Инициативы по улучшению дополняющего питания должны включать в себя рекомендации широкого использования местных, богатых питательными веществами продуктов (WHA 54.2 2001).

БЕЗОПАСНО. Подготовка и кормление в чистоте.

С вводом других продуктов питания грудным младенцам в 6 месяцев возникает новый источник потенциальной инфекции, а маленькие дети в этом возрасте особенно уязвимы к диарее и желудочно-кишечным инфекционным болезням. Большинство случаев диареи у детей происходит из-за использования некачественных или загрязненных продуктов. Очень важно соблюдать все гигиенические правила при приготовлении пищи для детей.

ВНИМАТЕЛЬНО. Отзывчиво к потребностям ребенка.

Начало кормления детей другими продуктами требует нового ответа на детские потребности от матерей или нянь.

Последовательность и структура еды, способ еды и предлагаемое количество изменяются, когда ребенок растет и учится перемещать продукты у себя во рту, жевать, держать продукты и ложку, и кормить себя. То, что соответствует в 6 месяцев - не будет таким же в 12 или 18 месяцев. Это внимательное отношение к ребенку можно назвать «внимательный прикорм». Кормящий родитель помогает и одобряет стремление ребенка кушать (без насилия), кормит медленно и терпеливо, экспериментируя с различными продуктами, без спешки и раздражения, чтобы время ввода прикорма стало временем изучения и любви.

Дополняющее питание и продолжение кормления грудью - часть перехода от исключительного кормления грудью к пище с семейного стола.

Как кормить другой пищей при продолжении грудного вскармливания. 6 - 8 месяцев. Исследование продуктов и начало прикорма.

Для начала цель должна быть простой - поощрять младенцев, кормящихся грудью, экспериментировать с новыми продуктами во рту. Точный выбор времени готовности ребенка к началу введения новой пищи разнится от одного ребенка к другому. Одни младенцы гораздо с большим энтузиазмом, чем другие, воспринимают начало прикорма в 6 месяцев. Не имеет значения, если несколько дней младенец будет выплевывать пищу или играть с ней, а не есть, потому что основная его пища - по-прежнему грудное молоко. Если дети отказываются от еды, нужно попробовать дать им пищу, другую на вкус и по структуре. Частое кормление грудью по требованию обеспечивает все потребности в энергии младенцев 6-8 месяцев, так что, если они не проявляют интерес к еде, но часто сосут грудь, нет причины беспокоиться по этому поводу. С 6 месяцев два ключевых питательных вещества, которые младенцам требуются в больших количествах, и которые уже не может обеспечить одно только грудное молоко, - это железо и цинк, так что приоритет может быть в том, чтобы давать красное мясо или продукты, с соответствующим содержанием этих веществ.

В начале младенцы нуждаются в мягких продуктах, которые не требуют жевания - типа густого пюре из мяса, рыбы, яиц, бобовых, овощей. Некоторым младенцам также нравятся кусочки мягкой пищи, типа палочек из приготовленных овощей, которые можно держать в руках, сосать, кусать или жевать. Младенцы, вскармливаемые грудью, уже познакомились со вкусом и ароматом пищи матери через грудное молоко, и исследования показывают, что им, скорее всего, понравятся те продукты, которые присутствуют в меню их матерей.

Постепенно количество и разнообразие предлагаемых продуктов может быть увеличено, и вы будете предлагать пищу 2 или 3 раза в день. В этом возрасте нет никаких преимуществ больше и чаще предлагать другую еду - она, вероятно, заместит грудное молоко и может понизить питательную ценность общего рациона ребенка.

9-11 месяцев - Едим больше.

Поскольку старшие младенцы привыкают к еде, количество предложений пищи может увеличиваться до 3 или 4 в день, с 1 или 2 перекусами, если необходимо. Кормление грудью по требованию должно продолжаться, но для приема пищи может быть полезно установить режим. По-прежнему должно продолжаться знакомство с новой пищей, чтобы расширить разнообразие потребляемых пищевых продуктов (а также и питательных веществ).

12 - 24 месяца. Вход в пищевую нишу семьи.

Около 12 месяцев большинство детей физически способны есть продукты, подобные тем, что едят остальные члены семьи. Однако дети всегда должны иметь свою собственную часть пищи, так как не могут есть с той же скоростью, что и старшие члены семьи. Некоторую пищу все еще нужно будет измельчать или толочь.

Потребность в изменениях при вводе дополняющего питания

Потребность в улучшении методов введения прикорма очевидна во всем мире.

Практика предоставления пищевых продуктов или другого молока и жидкостей до 6 месяцев широко распространена и в экономически-развитых, и в развивающихся странах. В менее развитых странах некоторые слои населения представляют другие продукты слишком поздно. Методы прикорма часто неадекватны - слишком небольшое предлагаемое количество пищи, редкое, бедное пищевой ценностью и скорее пассивное в питании. Считается, что предложенные улучшенные методы прикорма среди возрастной группы детей от 6-24 месяцев могли бы предотвратить 6 % смертельных случаев у детей до 5 лет. Если действия по улучшению качества прикорма соединить с продолжительным исключительным кормлением грудью и предотвращением преждевременного введения дополнительной пищи, можно было бы предотвратить почти 2.5 миллиона детских смертей (19 %), что позволило бы спасти больше жизней, чем прививками, противомалярийными мерами и дополнением пищи витамином А вместе взятыми.

Улучшение местных методов введения прикорма.

В этом документе международного брифинга мы изложили некоторое общее руководство по созданию перехода от исключительного кормления грудью к пище с семейного стола при продолжении грудного вскармливания. Практические детали, КАКИЕ пищевые продукты использовать и КАК готовить, чтобы кормить питательно-ценными продуктами младенцев и маленких детей, должны быть отражены на местном уровне, чтобы были представлены определенные продукты, методы приготовления и приведены примеры блюд, использующихся в данной местности. Местная адаптация руководящих принципов по введению прикорма лучше достигается консультативным исследованием совместно с матерями, чтобы изучить препятствия, ограничения и возможности для улучшения методов введения прикорма.

ЧТО МОЖНО СДЕЛАТЬ?

- Вы не можете улучшать методы введения прикорма младенцам, пока Вы не знаете, как это происходит в настоящее время и почему.
- Выясните, есть ли национальные руководящие принципы или рекомендации относительно методов введения прикорма в вашей местности.

- Поговорите с матерями/нянями о том, как они кормят и почему дают те или иные пищевые продукты.
- Поговорите с любимыми членами семьи, в которых введение прикорма ребенку идет удачно, как вам кажется, - это может дать вам полезные идеи о том, как можно сделать нечто подобное в других семьях.
- Выясните, откуда мамы/няни получают информацию о введении прикорма. Бабушки и отцы часто имеют много влияния. Кто обычно кормит ребенка? Это может быть старший брат, горничная или няня. Это поможет вам в решении, каким способом лучше давать новую информацию.

Возможные методы могли бы включать:

- Проведение встреч бабушек, чтобы объяснить некоторые из новых идей
- Передачи по радио или телевидению на тему «Пять способов улучшить диету вашего ребенка»
- Письмо на данную тему на местное телевидение, статьи для местной прессы
- Создание плакатов для размещения в центре здоровья, поликлиниках или общественном центре

Испытайте идеи по улучшению кормления ребенка – тест потребителя.

Если у вас есть предложения для улучшения методов введения прикорма младенцам, просите, чтобы сначала матери/няни испытали их, чтобы проверить, что они являются практическими и реализуемыми.

Рецепты, демонстрации, клубы малышей.

Группы поддержки матерей или клубы малышей могут помочь лучше продвинуть методы в обществе. Возможно, они могли бы помочь написать книгу рецептов для маленьких детей или практически продемонстрировать всё.

Сохранение контакта с медработниками

Используйте копии этого рекламного листка, чтобы обсудить введение прикорма и продолжение грудного вскармливания с местными работниками здравоохранения.

Возможные сообщения и идеи для обсуждения с семьями и группами

- **Разнообразие пищевых продуктов.** Поощрите матерей/нянь предлагать больше различных продуктов. Это расширяет диапазон питательных веществ, которые дети получают с едой.

- **Отзыв на требования ребенка.** Поощрите матерей/нянь отзываться на детские требования еды, давая закуски между пищей. Это не «портит» ребенка.

- **Цвет в пище.** Ограничивайте матерей/нянь в предоставлении пищи, состоящей исключительно из основного элемента. Основные элементы обычно бледные по цвету, так что один из путей получения красочности пищи – это рекомендовать добавлять что-нибудь типа мяса, рыбы, бобовых, овощей или фруктов.

- **Контроль за фактически съеденным.** Бесплезно готовить пищу, если она не съедается. Предложите матерям/няням отмечать, сколько действительно ребенок съедает и всегда давать ему отдельную порцию еды.

- **Как сделать время приема пищи приятным.** Поговорите с матерями/нянями, бабушками, всеми родственниками, старшими братьями и сестрами, чтобы объяснить всем, что введение прикорма (прием пищи) – это время для обучения и развития навыков коммуникации. Слова о еде часто становятся одними из первых, которые учится говорить младенец. Предложите песни и игры для времени приема пищи, чтобы дети ждали его с нетерпением.

Введение других продуктов при продолжении кормления грудью. 10 Руководящих принципов для введения прикорма.

1. Начинайте давать другие продукты в 6 месяцев. Прокормив исключительно грудью до 6 месяцев, начинайте давать пробовать другую пищу при продолжении грудного вскармливания по требованию.

2. Продолжайте кормить грудью в течение 2 лет или более. Продолжайте кормить грудью так часто и столько, сколько Вы и ваш ребенок хотите этого.

3. Практика «Внимательный Прикорм». Отзвывайтесь на признаки голода и пищевые возможности вашего ребенка. Окажите помощь и поддержку (без применения силы), вводите прикорм медленно и терпеливо, экспериментируйте с различными продуктами, вкусами, комбинациями и структурами, старайтесь, чтобы ребенок не отвлекался и не отвлекайтесь сами, используя улыбку, контакт глаза в глаза, и поощряя словами, так, чтобы с прием пищи был временем изучения и любви.

4. Готовьте и храните пищевые продукты безопасно. Мойте ваши руки, руки вашего ребенка и посуду перед приготовлением и приемом пищи. Идеально было бы давать только что приготовленную пищу. Если Вы должны хранить приготовленную неохлажденную пищу, используйте ее в пределах 2 часов или сохраняйте только до следующего кормления и прогревайте ее полностью. Храните пищу в прохладе в закрытых контейнерах так, чтобы они были чистыми. Избегайте использовать бутылки, потому что их трудно держать чистыми.

5. Постепенно увеличивайте количество предлагаемой пищи. Начинайте в 6 месяцев с небольших количеств, увеличивая объем в зависимости от проявления большей заинтересованности ребенка, в то же время продолжайте часто кормить грудью. Потребление энергии от дополнительных пищевых продуктов - примерно 200 килокалорий/день в 6-8 месяцев, 300 килокалорий/день в 9-11 месяцев, 550 килокалорий/день в 12-23 месяца.

6. Изменяйте консистенцию и меняйте предлагаемые продукты. Отзывайтесь на интересы вашего ребенка и его способность обращаться с различными по структуре и консистенции продуктами. В начале младенцы нуждаются в мягкой пище, но скоро они научатся жевать. К 8 месяцам младенцы могут есть «пальчиковую» пищу – пищу, которую можно ухватить пальцами. К 12 месяцам они обычно могут кушать большинство продуктов, которые едят в семье, измельченных или размятых, но эта еда все еще должна быть богата питательными веществами - «лучшие кусочки семейной пищи».

7. Увеличивайте количество предложенной пищи. От 2 до 3 раз в день в 6-8 месяцев и до 3 до 4 раз в день в 9-24 месяца, плюс питательные закуски один или два раза в день, как желательное дополнение к кормлению грудью.

8. Давайте богатые питательными веществами продукты. Давайте мясо, домашнюю птицу, рыбу и/или яйца ежедневно или так часто как возможно. Давайте бобы, горох, чечевицу, ореховую пасту и/или молочные продукты, особенно если пища не содержит продуктов животного происхождения. Давайте цветные фрукты и овощи ежедневно. Попробуйте не давать «основные» продукты, например, простой рис, овсяную или кукурузную каши, добавьте лучше пищу, богатую питательными веществами типа рыбы, яиц, бобовых или ореховой пасты. Не давайте газировку, сладкие напитки, кофе или чай. Эти напитки заполняют животик и занимают в нем место более питательных продуктов. Если вашего ребенка мучает жажда, предложите ему грудное молоко или простую кипяченую воду.

9. Защищайте здоровье витаминами и минералами. Давайте широкий спектр продуктов питания, поскольку это увеличит шанс потребления ребенком всех необходимых витаминов и минеральных веществ. Маленькие дети, которых кормят по вегетарианской или веган диетам, обычно нуждаются в продуктах с добавлением подходящих витаминов и минеральных веществ, чтобы удовлетворить их пищевые потребности. Некоторым матерям и детям также нужно использовать соответственно обогащенные витаминами и минералами пищевые продукты или употреблять их дополнительно к пище в соответствии с местными условиями.

10. Кормите грудью более часто во время болезни. Во время болезни ребенка предлагайте больше жидкости и любимой пищи. В течение по крайней мере двух недель после болезни, поощряйте вашего ребенка есть больше пищи.

**Адаптированные руководящие принципы введения прикорма для ребенка, вскармливаемого грудью.
РАНО/WHO 2002¹.**

ДОРОГИЕ МАМЫ ИЗ ГРУПП ПОДДЕРЖКИ МАТЕРЕЙ!

Я искренне поздравляю вас с активным участием в проведении Международной недели поддержки грудного вскармливания. Вместе с медицинскими работниками вы делаете большое и хорошее дело - возрождаете российские традиции во вскармливании детей грудью.

На протяжении более чем 150 лет истории науки о детском питании, естественное вскармливание и женское молоко были "золотыми стандартами" в отечественной педиатрии. Традиционная практика пропаганды грудного вскармливания основывалась на глубоких научных знаниях, но всегда подчеркивала нравственную обязанность матери кормить свое дитя грудным молоком. Еще в конце XIX века приват-доцент Московского Университета Н.Ф. Миллер писал: "Всякая мать обязана кормить сама; она должна помнить, что ее молоко не заменит никакая кормилица и что ее - даже лишь непосредственное молоко - будет лучше вскармливать ее родного ребенка, нежели самое лучшее молоко чужой женщины" (1888).

Отечественные педиатры были убеждены в способности каждой женщины, за редким исключением, к кормлению грудью: "Настоящей агалактии не существует: терпением и настойчивостью можно увеличить секрецию каждой грудной железы настолько, что возможно будет полное или частичное вскармливание ребенка грудью матери" (Ямпольский С.М., 1913).

С целью пропаганды грудного вскармливания и оказания матерям необходимой консультативной помощи с начала XX в России создавались детские консультации под названием "Капля молока". Инициаторами этого движения были авторитетные российские педиатры А.О. Гершензон в Одессе, С.М. Ямпольский в Харькове и Г.Н.Сперанский в Москве.

Активная пропаганда грудного вскармливания ведется педиатрами и в настоящее время. Известный педиатр профессор И.М. Воронцов по этому поводу пишет: "Поддержка грудного вскармливания - важнейшая часть и мировоззрения, и практики каждого врача нашей планеты".

Однако современные социально-экономические условия, активное участие женщин и мам, в том числе, в бизнесе и жизни общества привело к заметному снижению значимости грудного вскармливания среди населения и сокращению числа кормящих мам. Эта тенденция прослеживается не только в России, но и во всем мире. В связи с этим очень широко известные международные организации Всемирная Организация Здравоохранения и Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) предприняли ряд международных инициатив, направленных на возрождение культуры грудного вскармливания. К таким инициативам относится Международная неделя грудного вскармливания.

У Международной недели большой успешный опыт за плечами. В этом году она проводится уже 14-й раз, отсчет идет с 1992 года. И каждый год появляется новый интересный лозунг недели. Неделя-2005 "Кормление грудью и пища с семейного стола: Любовь и Здоровье" посвящена очень важному вопросу введения своевременного, рационального и безопасного дополнительного питания в рацион ребенка,

находящегося исключительно на грудном вскармливании первые месяцы жизни. Грудной младенец и ребенок первых лет жизни особенно нуждаются в правильном питании, особой заботе и уходе.

Желаю вам интересных мероприятий и пополнения рядов сторонников грудного вскармливания!

Л.В. Абольян
руководитель Российского научно-практического центра по пропаганде, поддержке и поощрению грудного вскармливания

НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Российская система вскармливания сформирована на основании современных достижений физиологии, биохимии и гигиены питания; международных рекомендаций и зарубежного опыта организации вскармливания; традиций и многолетнего опыта русской педиатрической школы; учета национальных привычек и особенностей питания. Ее основой, бесспорно, является **естественное вскармливание**, которое обеспечивает оптимальное физическое и психическое развитие младенцев и является эволюционно закрепленным идеальным способом питания младенцев.

Признавая бесспорный приоритет грудного вскармливания, российская система вскармливания уделяет значительное внимание питанию беременных и кормящих женщин, а также обеспечению раннего (в течение 30-60 мин после родов) прикладыванию новорожденного к груди и совместному пребыванию матерей и детей в палатах учреждений родовспоможения как необходимому условию свободного (т.е. по требованию ребенка) вскармливания новорожденных, которое должно продолжаться и после выписки малыша из роддома. Одной из важных особенностей российской системы вскармливания детей является положение о доминанте лактации у женщин и обществе в целом как необходимом условии обеспечения полноценной

лактации. В соответствии с отечественными традициями максимальной индивидуализации рекомендаций, относящихся к питанию, как больных, так и здоровых детей, российская система вскармливания предусматривает возможность **индивидуальных сроков введения прикорма в интервале от 4 до 6 месяцев жизни**, в зависимости от физического развития, аппетита, состояния здоровья ребенка и т.п. При этом российские рекомендации отличаются от рекомендаций, действующих во многих зарубежных странах, тенденцией к более позднему и более постепенному введению прикорма с ограниченным использованием в продуктах прикорма специй, пряностей и экстрактивных веществ и осторожным введением продуктов, содержащих облигатные аллергены (цитрусовые, мед, какао и др. Указанные положения российской системы вскармливания закреплены в ряде нормативно-методических документов, утвержденных Минздравом РФ (Методические указания "Современные принципы и методы вскармливания детей первого года жизни", утв. МЗ РФ 30.12.1999, Дополнение к ним от 24.07.2000, СанПиН 2,3,2,1078-01 "Гигиенические требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов" и др.).

И.Я.Конь
Главный внештатный диетолог Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, НИИ питания РАМН, академик РАЕН, профессор, доктор медицинских наук

НЕДЕЛЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В СЕВЕРОДВИНСКЕ

Всемирная Неделя Грудного Вскармливания-2005 отмечена мероприятиями и в Северодвинске. Группе поддержки кормящих матерей она дала повод открыть цикл занятий с кормящими мамами в двух поликлиниках города. Занятия проводили лидер Группы Маргарита Ибрагимова и опытная кормящая мама Ольга

Ольга Смирнова
Группа поддержки грудного вскармливания г. Северодвинск

Смирнова. Тема Недели озвучена нами вкратце, программа занятий была такова:

1. Разница между грудным и искусственным вскармливанием.

Состав молока. Искусственное питание – это лишь питание.

Журнал Ассоциации Консультантов по Естественному Вскармливанию № 3(6) /2005

Прочие преимущества ГВ: полезно для мамы, удобно, бесплатно, приятно.

2. Кормление грудью – это популярно!

Статистика ГВ, положительная динамика и ее причины.

3. Как кормить долго и счастливо, основные принципы

Грудное вскармливание в естественном ритме.

Как понимать потребности ребенка?

Образ жизни кормящей мамы: как все успевать? (совместный сон, слинг)

4. *Ответы на вопросы кормящих мам.*

В четверг 4 августа прошло занятие в детской поликлинике №2, мы заранее обсудили программу с заведующей, вывесили объявление, заведующая дала указание на участках направлять мам на занятие.

В комнате здорового ребенка был подготовлен импровизированный «круглый стол» и всё для чаепития. Пришли 5 мам, один педиатр и две медсестры, а также репортер и фотограф из городской газеты. Занятие открывала заведующая. После беседы о значении и популярности ГВ мы показали фильм «Мама лучше». Приходилось делать паузы на некоторых моментах, где погрешности перевода затрудняли понимание, и в эпизодах о прикладывании. Признаки правильного и неправильного прикладывания оказались для мам новой темой, а

в целом основные правила успешного ГВ мамам известны. Горячо обсуждался вопрос использования пустышки.

Наше занятие прошло в очень доброжелательной атмосфере при активной поддержке заведующей поликлиники. Мы берем курс на цикл из нескольких тематических занятий, также в планах мини-конференция с участием психолога из роддома, педиатров, акушера-гинеколога.



ТАКОГО КОЛИЧЕСТВА ОДНОВРЕМЕННО КОРМЯЩИХ МАМ РОСТОВ ЕЩЕ НЕ ВИДЕЛ!

**Татьяна Ларионова,
Руководитель Центра поддержки
грудного вскармливания «Всегда рядом»
г.Ростов-на-Дону**

Инициатором и организатором проведения данной акции в г. Ростове-на-Дону стал Ростовский Центр поддержки грудного вскармливания «Всегда Рядом».



В рамках данной недели (1-7 августа):

1. было проведено 5 лекций для кормящих и беременных
2. распространено более тысячи информационных листовок о грудном кормлении, питании кормящей

мамы, преимущества грудного кормления и правила введения прикорма.

3. проведена встреча кормящих мам

5 августа прошла "большая" встреча мам, приуроченная к Международной неделе ГВ, организованная Ростовским Центром поддержки грудного вскармливания "Всегда рядом" при поддержке детского магазина "Улыбка".

Нам очень приятно сообщить, что пользователи сайта РостовМама приняли в этом мероприятии самое живое и активное участие. Огромное спасибо вам за поддержку!

По нашим данным на встрече в общей сложности собралось больше 50 мам, что согласитесь, неплохой результат для утра буднего дня.

Ростовский центр поддержки грудного вскармливания в лице директора – Ларионовой Татьяны благодарит всех, кто так живо заинтересовался этой программой, а также активно поддерживает ГВ в нашем городе.

Заявленными темами встречи были:

1. грудное кормление
2. введение прикормов
3. ношение детей в слинге (перевязи)

Во время встречи мамы получили возможность побеседовать между собой, поделиться своим личным опытом, задать вопросы специалистам по грудному вскармливанию по интересующей их тематике.

Также на встрече был произведен символический запуск пары воздушных шаров, олицетворяющих капли молока, с которых мама дает ребенку здоровье на всю жизнь.

Результаты встречи показали, что наши мамы, несмотря ни на что, выбирают естественное, грудное кормление, без которого невозможно вырастить и воспитать здоровое поколение.

Чего только стоит это счастливое лицо малыша, прильнувшего к маминой груди:



НЕДЕЛЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В БАРНАУЛЕ

Рюхова Ирина
консультант группы поддержки естественного
вскармливания «Млечный путь» г. Барнаул Россия

Организаторами акции стали трое (Наталья Кочелаева, Анжелика Ремезова, Ирина Рюхова). Сроки проведения акции – 27 августа.

На праздник для кормящих мам «Любовь и здоровье» приглашались мамы детей в возрасте от 1 месяца (по желанию с детьми и с папами). Мы планировали выступление по теме Всемирной недели ГВ (введение прикорма с 6 мес.), затем – ответы на вопросы, индивидуальное консультирование, веселые конкурсы, демонстрация различных моделей слингов с возможностью попробовать их со своими детьми. Количество человек на мероприятии – около 20 (мамы, дети, папы).

Распространение материалов ВАБА: получено 12 плакатов, 6 повешены в детских поликлиниках г. Барнаула (№ 2, 4 и 5), 2 – в женских консультациях № 1 и 2, 1 – в родильном доме №2, 1 – в центре семьи и детства «Растем вместе». Из 500 полученных буклетов на Всемирной неделе ГВ 100 передано в детские поликлиники, 12 роздано на празднике, 20 вложены в пакеты со слингами, 70 передано в родительские клубы. Сотня полученных открыток в течение 2 недель были розданы при посещениях родильных домов №1 и 2 г. Барнаула, на выездах к мамам маленьких детей.

Оставшиеся материалы будут раздаваться в ходе нашей деятельности, теми же способами (очные консультации, лекции, приобретение слингов).

Освещение акции в СМИ: газета «Свободный курс» (адрес новости в Интернете - <http://news.altapress.ru/1321/date/2005/08/25/>); сюжет предложен в проект «Ваши вести» телекомпании ГТРК Россия-Алтай (адрес новости в Интернете - [\[altai.ru/vesti/index.php?id=&pg=4\]\(http://altai.ru/vesti/index.php?id=&pg=4\)\); сюжет на краевом радио «Россия-Алтай» \(в программе «Утро» во вторник, 30 августа, в 7.30\).](http://news.barnaul-</p></div><div data-bbox=)

При проведении акции мы сотрудничали с центром семьи и детства «Растем вместе», который предоставил свое помещение и раздавал приглашения мамам-посетительницам; они же дарили всем пришедшим журналы «Семья. Планета Барнаул» и дисконтные карты в свой магазин развивающих игрушек.



Проблемы, с которыми мы встретились – прежде всего погода. День был очень мрачный и дождливый, поэтому большинство приглашенных не пришли (мамы обычно не заинтересованы тащить куда-то своего малыша под дождем...) Поскольку опыт для нас первый, то заранее мы объявления в прессу не давали, чтобы не столкнуться с ситуацией, которую не сможем контролировать; в следующий раз мы намерены позаботиться о широком предварительном освещении акции.

Еще одной проблемой стал поиск спонсоров: с помещением определились сразу, центр «Растем вместе» пошел на сотрудничество очень охотно; небольшое спонсорство оказали личные знакомые, предоставив для проведения праздника минералку и некоторую сумму денег на призы победителям конкурсов (детские книжечки);

но часть призов и печенье пришлось покупать на личные деньги группы поддержки. К сожалению, несколько крупных фирм, куда мы обращались, не проявили заинтересованности.

ОСОБЫЕ СИТУАЦИИ

ЖЕЛТУХА И ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Водяников Л.Г.
врач-неонатолог,
Роддом г. Асбеста
Свердловской области.

Из статьи «Грудное вскармливание. Безопасная организация политики "Больницы доброзелательной к ребенку"».

Неонатальная желтуха очень распространена, и большинство новорожденных имеют повышенный уровень билирубина, но чаще всего - это невинное состояние.

Билирубин привлекает внимание неонатологов и исследователей в связи со своей потенциальной токсичностью и способностью в редких случаях при очень высоком уровне в крови или при определенных условиях вызывать серьезное повреждение нервной системы у новорожденного с развитием билирубиновой энцефалопатии и ядерной желтухи.

Неонатальная желтуха рассматривается в настоящей статье из-за того, что она может быть в той или иной степени ассоциирована с грудным вскармливанием:

- во-первых, желтуха может развиваться в результате неудач грудного вскармливания, и неудачное грудное кормление может быть фактором риска развития тяжелой гипербилирубинемии, который не следует недооценивать;
- во-вторых, она может стать причиной неудач грудного вскармливания или его раннего прекращения, если, например, в качестве лечебной меры для лечения желтухи от грудного молока рекомендуется перевод ребенка на бутылочное кормление, а в качестве профилактики - с первых дней назначается ненужное допаивание водой или растворами глюкозы.

Есть исследования, показывающие, что грудное вскармливание может быть причиной более длительного течения желтухи и несколько более высокого билирубина, чем при искусственном вскармливании.

В США: Желтуха отмечается у 50-70 % новорожденных. Умеренная желтуха (уровень билирубина > 12 г/л или >204 мкм/л) развивается у 4 % искусственно вскармливаемых новорожденных по сравнению с 14 %

новорожденных, находящихся исключительно на грудном вскармливании. Тяжелая желтуха (> 15 г/л или более 255 мкм/л) встречается у 0.3 % искусственников по сравнению с 2 % детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании. Распространенность в других странах точно не известна

Желтуха от грудного молока считалась естественным продолжением физиологической желтухи, не требующей лечения и очень редко приводящей к серьезным повреждениям нервной системы. Тем не менее, Maisels MJ, Newman TB (1995г.) опубликовали данные о шестерых детях с ядерной желтухой, которые родились доношенными, в остальном были здоровы, не имели иммунологической несовместимости по группе или Rh и не имели никакой другой причины для желтухи, кроме грудного вскармливания. У этих детей пики подъема билирубина совпадали с возрастом от 5 до 10 суток, а его максимальные уровни достигали 39-49 г/л (663-883 мкм/л). Всем этим детям проводились заменные переливания крови, но позже у них было документировано развитие ядерной желтухи.

В современных руководствах по лечению гипербилирубинемии принимается во внимание наличие высокого риска для тяжелой гипербилирубинемии у детей, получающих исключительно грудное вскармливание по сравнению с искусственниками, особенно если матери не получают в роддомах должной поддержки и обучения навыкам кормления. При этом ААП в своем новом "руководстве по контролю за гипербилирубинемией у детей старше 35 недель гестации", при желтухах рекомендует кормить новорожденных грудью всегда, когда это возможно.

Существует 2 формы желтухи, ассоциируемой с грудным вскармливанием: ранняя и поздняя.

Ранняя желтуха связана с недостаточным поступлением молока к ребенку, чаще всего, это обусловлено редкими кормлениями или неэффективным сосанием, а так же с отсутствием должной поддержки и квалифицированной оценки кормления со стороны персонала. Сроки ее появления - ранее 3-4 суток жизни.

У этих детей высокий подъем непрямого билирубина связан с недостаточным поступлением калорий, происходит на фоне большой убыли массы, и напоминает "голодную" желтуху у взрослых. Иногда эта желтуха называется "желтухой грудного вскармливания" или "желтухой грудного НЕвскармливания", поскольку она связана с голоданием ребенка, которому с рождения не дают ничего, кроме груди матери, а поступление материнского молока к ребенку по разным причинам не происходит. Лишь 20% таких случаев связано с недостаточной выработкой молока. Остальные 80% связаны с наличием тех или иных погрешностей в частоте или технике кормления.

Недостаточное потребление молока может приводить к тяжелой дегидратации (гипернатриемическому обезвоживанию) и даже смерти¹. В отдельных случаях обезвоживание с гипернатриемией может наступать и при более низкой, чем 10% максимальной убыли массы тела. Недостаточное поступление жидкости и энергии приводит к энтерогепатической циркуляции и накоплению непрямого билирубина. Кроме того, голодание и обезвоживание нарушает проницаемость гематоэнцефалического барьера и повышает риск развития ядерной желтухи.

Имеются исследования, показывающие, что желтуха встречается достоверно реже при более частых грудных кормлениях (8-10 р/с), поэтому меры профилактики гипербилирубинемии следующие,:

- самая первая мера профилактики гипербилирубинемии - частые, неограниченные кормления, не реже 8-10 р/с.
- Маму нужно научить правильной технике кормления, и не реже чем 2 раза в течение первых суток провести квалифицированную оценку техники кормления и его эффективности.
- Ежедневное взвешивание помогает своевременно зафиксировать проблему вскармливания и принять меры. При убыли массы более 10% необходимо выяснить и устранить причину недостаточного поступления молока, а при МУМТ (максимальная убыль массы) 12% и более - докармливать ребенка сцеженным молоком или адаптированной смесью.
- Допаивание ребенка в первые дни его жизни растворами глюкозы или водой не предотвращает большой убыли массы и повышения билирубина, т.к. еще больше снижает поступление калорий с молоком матери.

Ранняя выписка и отсутствие поддержки в амбулаторных условиях, а так же неумение матери определить признаки желтухи и обезвоживания подвергают ребенка,

находящегося на исключительно грудном вскармливании, еще большей опасности, поэтому до выписки из роддома:

- Следует определиться с желтухой (провести оценку степени риска, завершить необходимое лечение, составить план наблюдения).
- Персонал должен оценить эффективность кормления и убедиться, что мать умеет правильно прикладывать ребенка к груди.
- Мать должна знать, как оценить адекватность мочеиспускания и особенности стула, способна распознать признаки обезвоживания и желтухи.
- Персонал роддома должен быть уверен, что ребенок на следующий день получит квалифицированную оценку состояния и соответствующую поддержку грудного вскармливания.

Второй тип желтухи, ассоциирующийся с грудным кормлением - **поздняя желтуха** грудного вскармливания или "желтуха от грудного молока". Ее причина - наличие определенных факторов в грудном молоке некоторых кормящих мам. Она появляется в возрасте 3-4х суток у здоровых, хорошо вскармливаемых новорожденных, при этом дети обычно хорошо прибывают в массе. Желтуха у них может продолжаться 3-12 недель и иногда имеет "второй пик" в возрасте 14 дней.

Распространенной тактикой при желтухе от грудного молока, сопровождающейся повышением билирубина более чем на 250-270 мкм/л, было проведение диагностического теста (одновременно это являлось лечебной мерой), заключающегося в отмене грудного вскармливания и переводе ребенка на искусственное питание на 2-3 дня. Снижение билирубина на 70-85 мкм/л/сут. подтверждало наличие желтухи от грудного молока. Во время проведения теста, рекомендовали сцеживать и выливать молоко. Как правило, предлагалось 2-3 дня кормить ребенка из бутылочки адаптированной молочной смесью и после этого - вернуться к грудному вскармливанию, поскольку желтуха после этого не возобновлялась.

К сожалению, некоторые матери после этого мероприятия испытывают повышенное чувство вины, считая свое молоко причиной желтухи, теряют веру в грудное вскармливание и не возобновляют грудного кормления. Некоторые дети после бутылочного кормления отказываются сосать грудь. Кроме того, иногда вред, причиненный временным переводом ребенка на адаптированную смесь, превышает необходимость в этом, т.к. снизить билирубин можно и не отказываясь от грудного вскармливания. Более того, если не проводить другого лечения, надеясь на этот тест, как единственную лечебную меру, это не позволит быстро снизить очень высокий уровень билирубина, а если желтуха связана с другими причинами, то его проведение будет иметь больше вреда, чем пользы.

Следуя современным рекомендациям ААП, при высоком подъеме билирубина необходимо:

- своевременно начать фототерапию,
- отмена грудного кормления в этих случаях не является обязательной, хотя иногда (по предпочтению врача или семьи) можно временно заменить кормление грудью или докармливать ребенка адаптированной молочной смесью на основе коровьего молока, т.к. это сокращает время проведения фототерапии. В руководстве Американской Академии Педиатрии указано, что польза перевода ребенка на смесь во время фототерапии превышает вред, но в любом случае, всегда следует взвесить индивидуальные риски. Нельзя пользоваться сосками. С мамой следует вести очень терпеливую работу, обсуждая с ней необходимость этой меры, и оказывать ей необходимую поддержку при обучении ее кормлению из стаканчика и последующем возобновлении грудного вскармливания.
- во время лечения гипербилирубинемии, если нет симптомов обезвоживания, дополнительное, в том числе, внутривенное введение жидкости для

создания гипергидратации не поддерживается никакими исследованиями и не должно применяться рутинно.

Диагноз "желтуха от грудного молока" устанавливается методом исключения более серьезных причин желтухи с назначением полного обследования для этого.

В условиях, пока не разработаны разумные показания для начала лечения новорожденных (аналогичные изложенным в руководстве), побочным нежелательным эффектом, связанным с увеличением числа детей, получающих исключительно грудное вскармливание, может быть "массовое" лечение новорожденных с гипербилирубинемией, повышенное беспокойство матерей, уменьшение продолжительности грудного вскармливания, а в сочетании с ранней выпиской - увеличение необоснованных госпитализаций здоровых новорожденных, поступивших в детские и даже инфекционные стационары из дома по поводу невинной желтухи от грудного молока.

КОГДА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО?

Подготовила Ника Савина
Новомосковская Группа Поддержки
естественного вскармливания

Можно ли кормить ребенка грудью женщине с вирусом гепатита С? Не заразится ли ребенок?

"Матерям с положительной пробой на вирус гепатита С следует рекомендовать кормить грудью, поскольку новорожденные не заражались, даже когда в грудном молоке обнаруживался вирус гепатита С."

Я беременна и у меня отрицательный резус-фактор, некоторые врачи уже сейчас говорят о том, что мое молоко может навредить здоровью ребенка – у него будет желтуха. Так ли это?

«Отрицательный резус фактор мамы не является противопоказанием для грудного вскармливания. Желтуха также не является противопоказанием. В подавляющем большинстве случаев уровни билирубина не достигают критических значений при вскармливании ребенка грудным молоком, даже если у его мамы отрицательный резус-фактор, а у малыша - положительный. При очень быстром нарастании уровня билирубина, что должно определяться не на "глазок", а по анализу крови, кормление грудным молоком может быть прервано, не больше чем на сутки. Этого бывает достаточно для снижения уровня билирубина и продолжения грудного вскармливания без каких-либо особенностей».

Абсолютные противопоказания :

1. активная форма туберкулеза,
2. септические состояния матери,
3. заболевания тифом и малярией,
4. заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью с азотемией,
5. врожденные нарушения ферментативного метаболизма у ребенка (фенилкетонурия, заболевание "кленового сиропа", галактоземия),
6. тяжелые формы депрессий у матери с психическими нарушениями,
7. прием матерью сильных лекарственных препаратов (например, некоторых антибиотиков, наркотических веществ и пр.), которые обладают токсическим воздействием.

Относительные противопоказания:

1. злойный мастит (тяжелые формы),
2. заболевания сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения,
3. сильные формы гипертиреоза, резусные и групповые конфликты крови у матери и ребенка (при сильных формах, высоких титрах антител в грудном молоке, высоких показателях билирубина в крови ребенка) – по показаниям врачей.

Галактоземия - наследственное заболевание, в основе которого лежит метаболический блок на пути преобразования галактозы в глюкозу. Существуют две основные формы заболевания. Первая характеризуется дефицитом галактокиназы, которая расщепляет галактозу (входит в состав лактозы) и при потреблении лактозы (которая является основным углеводом женского молока) повышается уровень галактозы в крови, возникает глюкозурия, формируется катаракта. Вторая форма обусловлена дефицитом галактоза-1-фосфатуридилтрансферазы, которая также участвует в метаболизме галактозы. При этой форме нарушения более выражены, клинически проявляются в виде диареи, гепатоспленомегалии, отставании в физическом развитии, в дальнейшем - формирование цирроза печени, развитие катаракты, задержка умственного развития. Детям страдающим таким заболеванием из рациона необходимо исключить продукты содержащие лактозу. В качестве адекватного питания им подойдут искусственные смеси на основе сои. Грудное молоко и молочные смеси на основе коровьего молока им также противопоказаны.

Фенилкетонурия - тяжелая наследственная болезнь обмена веществ. Наиболее частой причиной ее являются передающиеся от здоровых родителей поломки гена, кодирующего особый белок – фенилаланингидроксилазу (ФАГ). Заболевание характеризуется нарушением метаболизма аминокислоты фенилаланина и обусловлено отсутствием фермента гидроксилазы фенилаланина, что приводит к задержке умственного развития различной степени выраженности. Повреждающее действие оказывается на детей до 7-8 летнего возраста, пока у них не сформированы структуры головного мозга. После достижения этого возраста действие фенилаланина не представляет опасности. Таким образом, для предотвращения развития фенилаланинового слабоумия необходимо исключить из питания новорожденного ребенка фенилаланин. Эта аминокислота содержится в грудном молоке в незначительном количестве, что позволяет применять грудное молоко для кормления ребенка имеющего положительный тест на ФКУ, но, под строгим контролем уровня фенилаланина в крови. При его повышении необходимо ввести в питание ребенка специальные адаптированные молочные смеси не содержащие фенилаланина, заменив ими некоторые грудные кормления и таким образом уменьшив объем потребляемого ребенком грудного молока. Полного отказа от грудного вскармливания обычно не требуется. Болезнь "кленового сиропа" Заболевание вызвано нарушением метаболизма аминокислот валина, лейцина, изолейцина. Специфическая энзимная недостаточность еще не вполне определена. Клинически проявляется типичным запахом мочи типа кленового сиропа,

метаболическим ацидозом и прогрессирующими неврологическими нарушениями. Если не проводится адекватное лечение, то заболевание в первые месяцы жизни приводит к летальному исходу. Основной способ терапии заключается в элиминации из рациона непереносимых аминокислот. В грудном молоке эти аминокислоты присутствуют в незначительных количествах, а поэтому возможно комбинация его с искусственными молочными смесями не содержащими вапин, лейцин, изолейцин.

Туберкулез

Больные туберкулезом женщины, решившие кормить ребенка грудью, должны пройти полный курс химиотерапии.

Все противотуберкулезные препараты совместимы с грудным вскармливанием и принимающая их женщина может без всякой опасности кормить своего ребенка грудью.

Исключение составляют женщины с вновь выявленной **активной туберкулезной инфекцией**. Им следует прервать кормление грудью, пока они не пройдут, по меньшей мере, двухнедельный курс химиотерапии.

Ребенок должен пройти профилактику изониазидом и получить прививку БЦЖ.

Другие вирусные инфекции матери:

Хламидиоз - грудное вскармливание без ограничений

Цитомегаловирус - грудное вскармливание без ограничений

Гепатит А - грудное вскармливание без ограничений, ребенку необходимо ввести стандартный иммуноглобулин

Гепатит В - грудное вскармливание без ограничений, ребенку необходимо ввести иммуноглобулин к гепатиту В в высоких титрах, в количестве 200 МЕ, сразу же провести иммунизацию против гепатита В и затем ревакцинировать в возрасте 1 и 6 мес.

Простой герпес - грудное вскармливание без ограничений, половых органов соблюдение со стороны матери санитарно-гигиенических норм, ребенок должен быть иммунизирован

Герпес zoster - грудное вскармливание без ограничений

Гонорея - если проводится лечение - грудное вскармливание без ограничений

Сифилис - грудное вскармливание без ограничений.

ВИЧ-инфекция

Признается, что если ВИЧ-инфицированная женщина кормит грудью, то есть риск, что ее ребенок будет инфицирован ВИЧ через ее молоко.

Необходимо информировать ВИЧ-инфицированную женщину о степени этого риска. Важно, чтобы женщине было дано право осознанно принимать решение о кормлении ребенка.

Плюсы и минусы грудного вскармливания при ВИЧ

+	-
Оптимальное питание, снижение заболеваемости и смертности в результате воздействия других инфекций, кроме ВИЧ	Дополнительный риск передачи ВИЧ. У женщин, которые не получали соответствующего лечения и продолжают кормить ребенка грудью после первого года, абсолютный риск передачи инфекции через грудное вскармливание составляет 10-20%.
После 6 мес. обеспечивает защиту от серьезных инфекций, половину и более потребности в питании до года, и до 1/3 на втором году жизни	Риск передачи ВИЧ через грудное вскармливание оказывается самым высоким в первые месяцы жизни ребенка, однако он присутствует до тех пор, пока продолжается грудное вскармливание.
Результаты одного исследования свидетельствуют о том, что исключительно грудное вскармливание в первые 3 месяца жизни, возможно, таит в себе меньший риск передачи ВИЧ по сравнению со смешанным вскармливанием	

Рекомендации ВОЗ в отношении выбора между ГВ и искусственным вскармливанием:

- Если искусственное питание является приемлемым, реальным, доступным, устойчивым и безопасным, рекомендуется исключить любое грудное вскармливание ребенка ВИЧ-инфицированной матерью.
- В противном случае в первые шесть месяцев жизни рекомендуется исключительно грудное вскармливание.
- Для сведения к минимуму риска передачи ВИЧ, грудное вскармливание следует прекратить, как только это становится возможным, учитывая при этом местные обстоятельства, положение каждой отдельной женщины и возможные недостатки, связанные с искусственным вскармливанием (в том числе другие инфекции помимо ВИЧ и неполноценность питания).
- Если ВИЧ-инфицированная мать решает не кормить младенца грудью с рождения или прекратить грудное вскармливание на более поздней стадии, ей необходимо дать конкретные рекомендации и оказывать помощь по крайней мере в течение первых 2 лет жизни ребенка, чтобы обеспечить адекватное искусственное вскармливание. Программы должны быть нацелены на улучшение условий, которые сделают искусственное вскармливание более безопасным для ВИЧ-инфицированной матери и семьи.

Здоровье груди

Имеются данные, свидетельствующие о том, что состояние груди, например, мастит, абсцесс, трещины сосков, может увеличивать риск передачи ВИЧ в процессе грудного вскармливания, однако нет достаточных количественных результатов, которые подтверждали бы такую взаимосвязь. Необходимо оказывать помощь ВИЧ-инфицированным женщинам для того, чтобы они правильно использовали технику грудного вскармливания, исключая указанные проблемы, а в случае их возникновения предпринимали необходимые меры.

Преращение грудного вскармливания

Высказываются опасения по поводу возможного увеличения риска передачи ВИЧ в результате смешанного вскармливания в период перехода от исключительно грудного вскармливания к полному прекращению кормления грудью. Косвенные подтверждения риска передачи ВИЧ в результате смешанного вскармливания позволяют говорить о том, что максимальное уменьшение такого переходного периода может снижать этот риск.

Однако сокращение этого переходного периода может иметь отрицательные последствия с точки зрения полноценности питания ребенка, чревато психологическими последствиями для ребенка и матери и повышает риск заболевания груди, что может увеличить риск передачи ВИЧ, если грудное вскармливание не прекращается резко.

Каким должен быть оптимальный переходный период неизвестно - его длительность может зависеть от возраста ребенка и (или) существующих условий.

Когда ВИЧ-инфицированная мать прекращает кормить ребенка грудью, ей необходимо дать конкретные рекомендации и оказывать помощь, чтобы избежать отрицательных психологических последствий, сохранить здоровье груди и исключить неполноценность питания ребенка.

Консультирование по вопросам вскармливания ребенка

Практика показала, что консультирование по вопросам вскармливания ребенка дает более эффективные результаты по сравнению с простыми рекомендациями продолжать исключительно грудное вскармливание в обычных условиях. Хорошее консультирование может также помочь ВИЧ-инфицированным женщинам выбрать и выполнять более безопасный режим кормления ребенка, например, использовать исключительно грудное вскармливание или полностью избегать такого вскармливания, что может оказаться непривычной практикой в их окружении. Эффективное консультирование может уменьшить некоторые проблемы,

связанные со здоровьем груди, которые могут повышать риск передачи инфекции.

Для многих женщин получение информации, касающейся выбора варианта вскармливания ребенка, недостаточно для того, чтобы сделать такой выбор, поэтому им требуются конкретные рекомендации. Квалифицированное консультирование помогает дать такие

рекомендации, что позволяет ВИЧ-инфицированным женщинам сделать такой выбор, которого они смогут придерживаться в своей ситуации. Предлагая возможности выбора в процессе консультирования, необходимо исходить из местных возможностей и приемлемости. Какой бы выбор не сделала мать, ей потребуется дальнейшая практическая помощь.

Литература:

1) *Новые данные о профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку и их влияние на выбор стратегии. Выводы и рекомендации Техническая консультация ВОЗ от имени Межведомственной специализированной рабочей группы ЮНФПА/ЮНИСЕФ/ВОЗ/ЮНЭЙДС по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку*

2) **РУКОВОДСТВО ПО ЗДОРОВОМУ ПИТАНИЮ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА** для среднего медицинского персонала Организационно-методическое письмо. Адаптированный вариант методических рекомендаций для Европейского региона Всемирной организации здравоохранения с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза

3) *Методические указания Комитета здравоохранения Правительства Москвы и Российского государственного медицинского университета "О прогнозировании нарушений лактации, профилактике и лечении гипогалактии"*

СТАТЬИ

МОЛОКООТСОСЫ НАПРОКАТ

Джек Ньюмен, MD, FRCPC

*Перевод Оксаны Михайлечко,
консультанта Группы Поддержки
Естественного Вскармливания
г.Иркутск, Россия,
с разрешения автора.*

Обстоятельства покупки подержанного молокоотсоса смущают многих кормящих женщин. Хотя такой отсос может быть более дешевым, чем новый, однако из-за его использования могут быть негативные последствия для здоровья.

Практика многократного использования индивидуальных отсосов может быть опасна, потому что некоторые болезнетворные микроорганизмы присутствуют в грудном молоке инфицированных женщин. К тому же, если женщина использовала отсос при поврежденных кровотокающих сосках, может произойти заражение крови.

Домашние методы стерилизации не всегда надежны, чтобы гарантировать полное разрушение всех патогенных микробов, особенно в резиновых частях типа кольцевых прокладок или диафрагм. Некоторые отсосы имеют внутренние диафрагмы, которые нельзя удалить, очистить или заменить.

Кроме того, даже если вы покупаете новый индивидуальный комплект (все части, которые контактируют с вашей грудью, а также для сбора молока) микробы, которые распространяются по воздуху, или невидимые вооруженным глазом капельки молока, могут войти в двигатель отсоса и явиться причиной заражения следующего

пользователя. **Почти все** индивидуальные молокоотсосы - "открытого типа" и не имеют никакого защитного барьера, чтобы предотвратить перезаражение многократных пользователей.

Многие из болезней, которые можно найти в молоке инфицированных женщин, очень серьезны и даже угрожают жизни. Вирусы ВИЧ, цитомегаловирус, гепатит и другие могут быть обнаружены в грудном молоке инфицированных женщин (Лоренс 1994). Эти болезни часто не проявляют себя в течение долгого периода времени, так что даже если прежний пользователь отсоса заслуживает доверия и разделяет с Вами личную информацию о здоровье, она может не знать, что она или ее партнер – переносчики. Хотя не было никаких зарегистрированных случаев инфицирования матерей или младенцев из-за подержанного отсоса, я не думаю, что «совместное» использование индивидуального отсоса стоит даже очень маленького или теоретического риска.

Другая очень трудная для обнаружения грибковая инфекция, вроде молочницы, может также передаться через молокоотсос. Грибковые микроорганизмы - очень стойкие патогены, которые могут жить на поверхностях в течение долгого времени. Некоторые консультанты по

кормлению грудью заходят так далеко, что рекомендуют заменить старый отсос, если работают с мамой, страдающей постоянной дрожжевой инфекцией, из-за неполного разрушения грибов даже при тщательной очистке.

В дополнение к рискам здоровья при заимствовании отсоса есть этические. Я работал с несколькими мамами, которые купили или заимствовали отсос у друга или родственника, и отсос ломался или прекращал работать, в то время как они использовали его. Эти мамы тогда чувствовали себя обязанными купить новый отсос, если он был заимствованный, и вернуть новый, и мама тратила много дополнительных денег. Приблизительная стоимость кормления ребенка смесью в течение одного года - 2,300 \$, и покупка нового молокоотсоса очень разумна в сравнении с этой ценой.

Большинство молокоотсосов имеет гарантию в один год, но это правило распространяется только на одного первого владельца, любое разделение отсоса отрицает гарантию.

Я лично запросил FDA 1 июня 2001, чтобы выяснить специфические особенности и вот - заявление, выпущенное ими в то время:

"Следующее заявление касается позиции FDA по вопросу повторного использования молокоотсосов, помеченных для единственного пользователя. FDA не регулирует продажу индивидуальных молокоотсосов индивидуумам другим индивидуумам. Скорее, мы регулируем эти медицинские устройства, когда они находятся в межгосударственной торговле. Мы не говорим, что эта практика законна или незаконна. Вместо этого, мы рекомендуем следующее, если отсос не может быть адекватно дезинфицирован между использованием различными матерями, то он не должен использоваться различными матерями". "FDA уведомляет, что есть некоторые риски, представленные молокоотсосами, которые многократно используются различными матерями, если они должным образом не очищены и стерилизуются. Эти риски включают передачу инфекционных болезней или риск неадекватной работы. FDA считает, что надлежащая чистка и

стерилизация грудных отсосов требуют удаления любой жидкости, которая могла находиться в насосном механизме непосредственно. Если надлежащая стерилизация молокоотсоса не может быть достигнута, FDA рекомендует, чтобы он не использовался разными матерями".

Если Вы раздумываете о покупке использованного отсоса, пожалуйста, определите перед покупкой, действительно ли этот отсос – не отсос «индивидуального использования».

Молокоотсосы «индивидуального использования»:

Avent Isis®
Evenflo Press and Pump®
Evenflo Manual Breast Pump®
Gentle Expressions Mini Electric®
Gerber Precious Care®
Hollister/Ameda® Purely Yours
MagMag Mini Electric®
Medela Mini electric®
Medela Pump In Style® Breast pump
Medela Pump In Style® Traveler
Medela Pump In Style® Companion
Medela DoubleEase® Breast Pump
Simplicity®

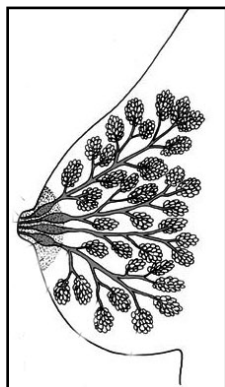
Данные модели предусматривают использование многочисленными пользователями: они работают как закрытые системы, что означает, что попадание молока в мотор невозможно, поэтому он безопасен для использования разными матерями.

Hollister Elite® Hollister Lact-e®
Hollister SMB® Breast pump®
Medela Classic® Breast pump
Medela Lactina® Breast pump
Medela Symphony® Breast pump
Bailey Nurture

ОБЗОР СТАТЬИ «АНАТОМИЯ ГРУДИ ВО ВРЕМЯ КОРМЛЕНИЯ»

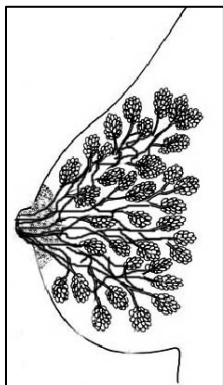
**Анны Эдгар (США),
опубликованной в New Beginnings March-April, 2005, стр. 44-49.**

*Подготовила материал, а так же нарисовала рисунок новой анатомии в собственном понимании текста - Оксана Михайлечко,
г.Иркутск, Россия*



Автор знакомит нас с результатами современных исследований анатомии и физиологии кормящей груди, развитию ее с эмбриональной стадии плода. Помимо этого, в начале статьи она пишет о представлении древних о грудном молоке – например,

Гиппократ считал, что молоко трансформируется из менструальной крови, и это мнение сохранялось до 17 века; Леонардо Да Винчи в своих рисунках анатомии женщины рисовал вены, соединяющие матку и грудь. Аристотель считал, что молочиво вредно для ребенка, и отголоски этого верования во многих культурах сохранились до сих пор. Только в 16 веке ученые поняли, что железистая ткань в груди превращает кровь в



молоко. Основные открытия в области лактации были сделаны за последние 50 лет.

Стадии развития груди – эмбриональная, пубертатная (с 10-12 лет во время каждого овуляторного цикла ткань груди активно растет во весь подростковый период, и этот рост (в меньшей мере) продолжается до 35 лет), лактационная (только лактирующая грудь достигает зрелого состояния).

Отверстий на соске – 5-10, долей в груди может быть и 7-10, а не так, как считалось ранее – 15-20. Ареола имеет свою более темную окраску из-за множества капилляров, которые несут кровь к соску. Альвеолы – грудная ткань, похожая на грозди винограда, в них молоко синтезируется из крови. Протоки или молочные каналы – похожие на ветки трубочки, отходящие от гроздьев альвеол. Раньше считалось, что каждый канал выходит в проток большего диаметра – молочный проток, где молоко хранится. Млечные синусы – не постоянная структура (они не служат для хранения молока), как считалось ранее, – они расширяются только в ответ на прилив молока и сужаются, когда молоко возвращается обратно после окончания кормления в альвеолы (ультразвуковые исследования Питера Хартманна, Австралия). Диаметр протоков около ареолы и соска точно такой же, как и в глубине груди, и составляет в среднем 1,2 мм. Если раньше считали, что анатомия груди похожа на соцветия брокколи (протоки, выходящие из альвеол, соединяются в более широкий проток, вытекающий в млечный синус, открывающийся в отверстие на соске), то сейчас ее сравнивают с корневой системой

дерева. По современным данным, железистая ткань груди выглядит более неорганизованно, со многими мелкими протоками, сплетенными между собой.

Процесс кормления в первые дни управляется гормонами, без разницы, кормит ли мать или нет. На этой стадии очень важно чаще кормить (или сцеживать молоко, если ребенок не сосет), потому что частые кормления в первую неделю увеличивают число пролактин рецепторов в груди. Если в груди больше рецепторов, она становится более чувствительной к пролактину, который, как считается, отвечает за выработку молока на следующей стадии лактогенеза. Галактопоэзис – стадия установления лактации, продукция молока переключается с гормонального (эндокринного) контроля на аутокринный. Это означает, что продолжение выработки молока будет зависеть от того, сколько молока было удалено из груди, а не от циркуляции соответствующих гормонов в крови.

Понимание того, что молоко постоянно производится в груди, очень важно для кормящей матери, которая иногда думает, что ребенок опустошил всю грудь, и в ней больше ничего нет. На ощущения пустоты в груди не стоит обращать внимание. Как только альвеолы опустели и молоко продвинулось к соску, альвеолы начинают опять производить молоко. Одно исследование показало, что дети высасывают только около 76% доступного молока из груди за 24 часовой период.

В конце статьи большой раздел о том, как лекарства проникают в молоко, что есть много совместимых лекарств с грудным вскармливанием, и вывод о том, что каждая кормящая мама должна понимать, как работает грудь, чтобы иметь уверенность в своих силах и кормить успешно и грамотно.

УЛОВКИ В ИНДУСТРИИ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ

Найому Баумслек

<http://www.waba.org.my/tricks.htm>

Перевод Светланы Ситниковой

г. Воронеж, Россия

Если вы возмущены так же, как и я, видя изо дня в день, как издеваются над невинными детьми, кормя их несоответствующим питанием, тогда я думаю, вы согласны с тем, что пропаганда детского питания, вводящая в заблуждение, должна расцениваться как преступление. Любой человек, который по невежеству либо легкомыслию способствовал тому, чтобы ребенка кормили неподобающим молоком, может быть виновен в детской смерти. – Доктор Сисели Вильямс, Молоко и преступление, 1939

Многочисленная индустрия детского питания – два миллиона долларов ежедневно – вся в заботе

о деньгах, а не о здоровье. Ценность незаменимого грудного вскармливания подрывается, несмотря на исключительную пользу и для матери и для ребенка. Несмотря на то, что научные исследования продолжают подтверждать превосходство грудного молока, кормление смесями становится нормой. Агрессивная маркетинговая политика производителей смесей вводит матерей в заблуждение, заставляя верить, что смесь и грудное молоко равноценны. Женскую грудь отняли у детей и провозгласили только сексуальным объектом. Положительное влияние кормления грудью на здоровье женщины тоже игнорируется. Во всем мире люди тратят деньги

на покупку смесей вместо того, чтобы тратить их на более полезные вещи.



Постер: Детский убийца. Источник: Энди Четлей, Великобритания, 1974.

Компании, производящие питание для детей, оказывают влияние на политику правительства. Они используют «науку», чтобы запугивать матерей, используют в своих интересах женское трудовое право и желание мужчин удовлетворять потребности семьи. Да, они прекратили рекламу в средствах массовой информации, но они купили время и программы, чтобы подорвать ценность грудного вскармливания.

Они убрали детские лица с баночек со смесями, но взамен поместили их на «последующие» смеси. Они недовольно приняли международный кодекс о маркетинге заменителей грудного молока, и до сих пор жалуются, что он слишком ограничивающий. Через Организацию Мировой Торговли они накапливают еще больше силы. Несмотря на Кодекс, несмотря на попытки тысяч адвокатов, защищающих грудное вскармливание, рынок детских смесей процветает, количество компаний-производителей смесей растет, их прибыли возрастают.

Все про прибыли

Главной целью корпораций является увеличение прибылей путем расширения рынков сбыта, изобретения новой продукции и увеличении продаж. Их жадность безгранична, и все больше и больше детей сосут резиновые пустышки в тщетной попытке найти грудное молоко. Их главный интерес – прибыль, а вовсе не здоровье. Совершенно ясно, что грудное вскармливание невыгодно для производителей смесей. Индустрия детского питания (которая включает и производство бутылок и сосок) – это индустрия с доходом около 8 триллионов долларов в год с гигантскими прибылями и жестокой конкуренцией. Из каждого доллара дохода только 16 центов идут на развитие и исследования.

Корпорации делают вложения только для того, чтобы увеличить свои прибыли. Производители смесей выделяют средства врачам, медсестрам, студентам медицинских учреждений, отделениям педиатрии на исследования, оборудование, подарки, платежи, конференции, путешествия и публикации, чтобы их продукцию признавали и продвигали.

То, что огромные средства тратятся на продвижение и защиту интересов означает, что на контроль качества, исследования и основные компоненты тратится меньшая часть. ВОЗ

(Всемирная организация здравоохранения) рекомендовала, чтобы докозагексагеновая кислота (ДГК), являющаяся важным компонентом необходимым для развития головного мозга, была добавлен в детские смеси. В Европе и Азии это было сделано, но Соединенные Штаты оказались против. FDA (FDA) и «Росс Фармацетикалс» (производитель «Симилака») заявили, что нет достаточных научных обоснований для этого, а Росс прямо признал, что это чересчур дорого. Доходы Росса от Программы поддержки матерей, детей и младенцев упали из-за скидок, таким образом, причиной отказа явилась потеря прибыли. Меньше всего, кажется, подумали о детском здоровье. Фирмы-производители больше заботятся об издержках, чем о нравственности, поэтому они не покидают рынок, особенно в настоящее время, когда растет количество фирм-конкурентов, продающих детское питание, смеси для беременных (как минимум с десятком таких смесей уже продается), бутылки и соски.

Большая часть компонентов детских смесей невероятно дешева. Стоимость сухого молока составляет только одну шестую часть общей стоимости. Изолят соевого белка в соевой смеси еще дешевле.

По ту сторону сцены

По мере распространения детских смесей, корпорации-производители становятся все более изобретательны, воздействуют на правительство, бросают вызов законам, привлекают клиники и больницы в качестве агентов по сбыту. Когда эффективность средств продвижения снижается, компании обращаются за поддержкой к правительству.

В основу заменителей грудного молока входит коровье молоко или переработанный соевый белок. Несмотря на это, производители смесей смогли убедить FDA признать смеси питанием, а не медицинским препаратом, таким образом, смеси подвергаются менее строгому контролю. FDA разрешил использование соевого изолята в соевых смесях, хотя это и не имеет Общепринятого статуса безопасности.

Корпорации оказывают влияние на выбор делегатов на международные встречи, посвященные вопросам детского питания, включая и те, что спонсирует ВОЗ. Они предлагают специальные условия по приобретению заменителей грудного молока в рамках программ по питанию для детей, женщин и даже сирот, но требуют, чтобы был использован их логотип. Используется каждая возможность рекламировать свою продукцию.

Для правительства импорт детского питания экономически выгоден. Правительства получают дополнительный доход через налоговые платежи и импортные пошлины. Например, в Зимбабве доход правительства составляет 17,5% налоговых платежей и 10% импортных пошлин. Таким образом, правительство получает доход, когда матери не кормят детей грудью.

Производители смесей имеют особые связи с различными государственными подразделениями в отраслях детского питания и детского здоровья. У них есть свои адвокаты, которые четко следят за соблюдением их интересов. Компании платят делегатам, посещающим международные конференции по питанию, чтобы те голосовали за них.

Производители смесей и их агенты даже оказывают влияние на разработку материалов в защиту грудного вскармливания. Один из известных случаев: компания Нестле обратилась с письмом к секретарю Министерства здравоохранения в Соединенных Штатах, призывая запретить новую публикацию «Перспективы грудного вскармливания для матери и дитя», которая пользовалась огромной популярностью, так как опасалась ее влияния. Публикация «ненаучна» - обвиняли они. Однако их попытки не увенчались успехом. В Зимбабве усилиями компании Нестле стало невозможным опубликовать статью «Вскормить ребенка», спонсируемой ЮНИСЕФ. Трудно представить сколько еще таких статей не было опубликовано.

Когда группа поддержки грудного вскармливания в Гватемале протестовала против детских изображений на детском питании Гербер, последние пытались решить дело взятками в национальном комитете по грудному вскармливанию. Когда это не сработало, они стали угрожать правительству. Если правительство откажет Герберу в его правах, они будут развивать бизнес за пределами страны. К огромному сожалению, Гербер добился своего.

Группы поддержки грудного вскармливания постоянно подвергаются нападкам со стороны производителей смесей, так как те постоянно требуют, чтобы их представители участвовали в различных конференциях и проектах. Эти представители работают над тем, чтобы смягчить любые рекомендации, которые бы привели к уменьшению продаж. В Австралии Федеральное бюро потребителей и несколько компаний-производителей имеют соглашение, таким образом, жалобы, касающиеся детских смесей, рассматривают представители компаний, их производящие! В Филиппинах национальный Кодекс ограничивает распространение смесей, но правительство никак не наказывает компании, нарушающие это положение.

СПИД и грудное вскармливание

Одним из самых вопиющих примеров того, как рекламируются смеси, является ложный факт, что матери с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД) не должны кормить. Несмотря на абсолютную ненаучность заявления, что СПИД передается с грудным молоком, корпорации усмотрели в эпидемии возможность для распространения смесей в странах третьего мира. Для производителей смесей СПИД - это прекрасная возможность, которую они используют. В Южной Африке глава министерства здравоохранения выступил с заявлением на

форуме Международной Женской Лиги в 1998 – «Мы в одной постели с врагом».

Производители смесей использовали исследования о СПИДе, представленные на международной встрече в Ванкувере в 1996 и потребовали на первой странице Нью Йорк Таймс чтобы ЮНИСЕФ одобрил применение смесей для ВИЧ-инфицированных матерей. Промышленность приняла это решение несмотря на то, что статья была опубликована в ненаучном журнале. Автор заметки взял интервью у шестерых «экспертов» по грудному вскармливанию, но ничего не написал об их мнении. Однако он опубликовал мнение адвокатов, например Теда Джексона, который не имеет отношения к грудному вскармливанию. Тед Джексон – иммунолог, работник компании Нестле. Статья была очень однобока и вызвала протест со стороны ВОЗ и ЮНИСЕФ, так как нарушались интересы детей стран третьего мира.

Последние исследования показывают, что ВИЧ-инфицированные матери успешно кормят младенцев исключительно грудью до шести месяцев, однако никто не объявляет об этом. Становится ясным, что смешанное вскармливание в случае этой проблемы было бы наихудшим вариантом.

Вмешательство и влияние

Можно привести немало примеров активного вмешательства и влияния со стороны производителей детского питания. В Женеве на национальной встрече по вопросам питания постоянно находились производители смесей. Рекомендации даже держали в секрете и оглашали только на пленарном заседании.

На съезде в защиту материнства, под руководством Международной трудовой организации в 1952 году установили 12-ти недельный декретный отпуск, выплату двух третей среднего заработка и ежедневный рабочий перерыв для кормления на один час. В 1999 на встрече в Женеве влиятельные корпорации выступали за отмену пункта о кормлении. Новая Зеландия, Австралия, Великобритания, Соединенные Штаты и некоторые другие страны приняли их сторону, но Италия, Греция, Австрия, Хорватия, Нидерланды, Филиппины, Объединенные Арабские Эмираты, Латинская Америка, Африка и другие выступили против. Согласно голосованию перерыв на кормление сохранился. Тем не менее, разногласия остались. В большинстве стран мира женщины кормят, но послабления в Конвенции о защите материнства, делают все более трудным организацию кормления грудью на рабочих местах, лишая матерей, которые хотят кормить, их прав.

Последней уловкой Нестле снискать одобрение правительства было утверждение, что их деятельность строится в соответствии с Кодексом. Нестле предлагает, чтобы представители правительства подписали «Сертификат соответствия Кодексу». Такое уже случилось в Панаме, где Нестле оказывал

влияние на правительство, чтобы получить подпись.

Правительство Южной Африки тоже находится под давлением, но благодаря ИБФАН, эта политика обернулась против Нестле, так как увеличилось число членов правительства – противников Нестле. Министерство здравоохранения в Южной Африке предложило Нестле изменить этикетки на некоторых продуктах, так как эти продукты рекомендовались с 4-6 месяцев (а не с 6 согласно ВОЗ). Также были жалобы, что плакаты Нестле и их брошюры с неправильной информацией были повсеместно расклеены в клиниках.

«Смеси - фикция» - австралийский фильм, снятый ИБФАН для использования в обучающей программе в Южной Африке. Потребность в этом фильме возникла от долгого бездействия отдела питания Министерства здравоохранения. Но были даны инструкции не показывать фильм рабочей группе по грудному вскармливанию, так как Нестле боялась, что их имидж окажется под угрозой, в то время как они вели переговоры с Министерством Здравоохранения.

Производители смесей продолжают критиковать Кодекс, но их усилия пока безуспешны. Тем не менее, они предоставляют сведения для правительства и медицинских экспертов, опровергающие нарушения Кодекса.

Розничные магазины

Производители смесей выкупают места в магазинах и наводняют их своими продуктами, плакатами и другими рекламными материалами. В Филиппинах, например, супермаркеты были заполнены детским питанием и материалами, заставляющими матерей чувствовать удовлетворение от покупки бренд-товаров. Можно еще привести в пример плакат с информацией о том, что от использования при разведении смеси некачественной воды может быть расстройство кишечника. Рядом же продается бутилированная вода. Но все равно антибактериального эффекта (как при кормлении грудным молоком) невозможно достигнуть. Соевые смеси продаются для детей, у которых аллергия на молочные продукты. Как всегда, риск использования таких продуктов уменьшается. В США на полках с детским питанием есть надпись «рекомендовано правительственной программой поддержки здоровья женщин, детей и младенцев». Для продвижения товаров использовали правительственную программу.

Про медицинских работников

Больницы, клиники, женские консультации и офисы врачей стали центрами-распространителями. Торговые представители проникают в палаты, клиники со своими продуктами, сообщая о них неверную информацию. В больнице в восточной части Лондона, обслуживающей преимущественно африканцев, медсестрам сообщалось, что Симилак – это не смесь, а дополнительное питание для недоношенных. Матерей также

убедили, что кормить их недоношенных детей смесью лучше, чем грудью. В Южной Африке Нестле оплачивала курсы по подготовке медсестер. Они также основали отдел питания в институте Кейптаун. В офисах врачей раздаются бесплатные баночки смесей и информационные материалы. Даже фильмы о грудном вскармливании показываются, снятые компаниями по производству смесей!

Статистика показывает, что 93 процента матерей, получивших бесплатные образцы смесей, затем используют эту марку. В США правительство спонсирует программы по питанию, которые связаны с распространением смесей. Так матерей привязывают к определенной марке. (Участники программы получают разовое количество смеси, чтобы накормить ребенка. Если этого количества не хватает, мать должна докупить. Если бы мать кормила ребенка грудью, это было бы для нее совершенно бесплатно). Огромные суммы платятся больницам, чтобы те распространяли только продукты определенной фирмы. Дистрибьюторов не пускают в палаты, но он приходят в комнаты для кормления. В Южной Африке компания Аббот использовала смесь Форманс для беременных, ложно утверждая, что данный продукт помогает ребенку расти здоровым и увеличивает количество молока, хотя такая практика запрещена Кодексом. Тем не менее, эти продукты рекламируются.

Работники здравоохранения

Работники здравоохранения несут ответственность за успех или провал Кодекса. Именно через них производители смесей осуществляют продвижение товаров, поощряя использовать их продукты. Работники здравоохранения сами часто не понимают, что их используют. Промышленность детского питания нуждается в работниках здравоохранения, чтобы те распространяли их продукты.

В Пакистане представители заводят специальное досье на врачей, включающее информацию о дне рождения, семье и практике и эту информацию передают друг другу. Врачи с обширной практикой находятся под более пристальным вниманием.

Представители производителей посещают конференции по вопросам медицины, питания, грудного вскармливания и также спонсируют их проведение. Следует заметить, что ни одна встреча не проводится без участия врачей-работников фирм, так как целями встреч является научное обоснование их точки зрения. Недавно на встрече по вопросам Кодекса в Кейптауне десять официальных представителей фирм опровергли положения Кодекса и вызвали неразбериху. На встрече дело вели адвокаты, которые получают подарки и средства от компании Нестле. Производители смесей даже имеют наглость учить грудному вскармливанию при рекламе своих товаров и незаметно заставляют женщин и детей зависеть от их продуктов.

Советник по детским смесям выпускает публикации для обучения работников здравоохранения. Одна из них подается в форме обсуждения, и итогом оказывается убеждение, что смесь так же хороша, как и грудное молоко. Когда Международная группа мониторинга опубликовала опровержение «Нарушение Кодекса», Нестле выпустила оправдательный документ «Упущенная возможность» и распространила его среди врачей и работников здравоохранения. Научные обоснования недостатка питательных веществ в грудном молоке также распространились, но никто не заговорил о том, как улучшить питание матери. Только нагнетается страх, чтобы продать смесь.

Компании не выделяют деньги просто так. Американская Ассоциация Педиатрии (ААП) получает ежегодно 1 миллион долларов от производителей и еще 8 миллионов финансируется на строительство. (ААП не получила грант в 8 миллионов долларов из-за возражения продавать соевые смеси). Компании платят за конференции, специальные предложения, выставку продукции, исследования, публикации, обучение и ежегодные стипендии. Некоторые группы протестуют. Так, например, Индийская ассоциация педиатров не хочет получать «молочные» деньги от компаний.

Средства массовой информации

В средствах массовой информации женщин представляют как сексуальных объектов. Кормящие женщины показываются в немыслимых балахонах-распашонках, с большой грудью, как какие-нибудь коровы. Мужчины же кормят из бутылочки. Все это должно расцениваться женщинами как нарушение их прав и это положение им следует исправить.

Нет никаких сомнений в том, что корпорации имеют связи со средствами массовой информации и используют их в своих интересах. Нестле выкупила время для телевизионной передачи, показывающей ребенка, который умер от того, что получал неподходящее грудное молоко и не получал смеси. Абботт сделала тоже самое с сообщением о детской смерти, вызванной недостаточным медицинским контролем. Ребенок был на грудном вскармливании. Компании эффективно используют публикации Уолл Стрит Джорнал, Тайм и Нью-Йорк Таймс, но практически нигде не публикуются сведения о негативном влиянии смесей.

Интернет стал мощным средством для продвижения, и компании очень ловко им пользуются. Иногда даже трудно понять, что идет реклама смесей. Например, статьи «Кормление из бутылочки без чувства вины», «Выбор родителей», «Бутылочный малыш», «Розовощекий крепыш». Компании организуют курсы обучения для родителей по вопросам питания и делают упор на правильное питание. Они решают проблему или действуют в своих интересах?

Действия потребителей

Какими бы сильными не казались бы корпорации, их **можно заставить** действовать в интересах общества, удовлетворять нужды людей, не причинять вреда и заботиться о лучшем будущем для детей.

Мы должны ответить действием, чтобы защитить здоровье общественности и покончить с практикой кормления неполноценными продуктами, которая мешает грудному вскармливанию и нацелена только на получение прибылей для корпораций. Мы должны построить систему, которая бы защищала здоровье матери и ребенка. Мы должны ценить матерей и обеспечивать их материнские права. Обществу следует признать ценность материнства и оказывать поддержку. **НО ПРЕЖДЕ ВСЕГО** самим матерям следует признать исключительную важность их возможности кормить грудью и отстаивать свои права.

«Проблемы» с железом

Одним из трюков на рынке смесей является преувеличение проблемы нехватки железа. В материнском молоке низкий уровень железа и производители смесей ухватились за этот факт, чтобы рекламировать железосодержащие смеси. Доказательства о необходимости добавок железа предоставляют, в основном, производители смесей. В смесях содержится в 22 раза больше железа, что может вызвать проблемы у детей. Но железосодержащие смеси дороже обычных и более прибыльны.

На самом деле, в материнском молоке железа немного и это является оптимальным по крайней мере по двум причинам. Небольшое количество железа создает антивирусный эффект. С другой стороны, железо препятствует усвоению цинка, а цинк необходим для развития мозга и нервной системы ребенка. В естественных условиях потребность в железе обеспечивается двумя основными путями. Во-первых, в естественных условиях пуповина не перерезается сразу, благодаря чему ребенок получает богатую железом плацентарную кровь, минуя процесс пищеварения. Во-вторых, при введении прикорма с 6 месяцев ребенок получает мясную пищу.

Железосодержащие смеси блокируют усвоение цинка и не должны использоваться. Родители должны настаивать, чтобы их ребенок получил плацентарную кровь через пуповину. Также необходимо при введении прикорма богатую железом печень давать отдельно от яичных блюд. Конечно, матерям следует потреблять достаточно железосодержащей пищи во время кормления, чтобы восполнять потери железа. У некоторых народов матери употребляли в пищу плаценту.

Об авторе: *Наоми Баумслек, доктор медицины, профессор педиатрии в медицинской школе при Университете Джоржтаун, президент Женской международной группы здоровья, Бейфеста, Мэриленд*

Приложения

**Международный Кодекс по распространению
заменителей грудного молока**

Целью Кодекса являются защита и поддержка грудного вскармливания путем обеспечения надлежащих методов сбыта и распространение заменителей грудного молока.

10 основных положений Кодекса:

- Запрещается рекламировать эти продукты среди населения;
- Запрещается раздавать бесплатные образцы;
- Запрещается рекламировать продукцию в медицинских учреждениях;
- Запрещается давать советы матерям представителями компаний;
- Запрещается делать подарки матерям, работникам здравоохранения и давать бесплатные образцы продукции;
- Информация для медицинских работников может носить сугубо научный характер и опираться на факты;
- Вся информация об искусственном вскармливании, включая надпись на продукции, может объяснять преимущества грудного и опасность, связанную с искусственным вскармливанием;
- Благотворительная передача аппаратуры медицинским учреждениям не может быть связанной с рекламой искусственных смесей;
- Запрещается бесплатно или со скидками предоставлять больницам образцы заменителей грудного молока;
- Запрещается размещать на упаковках слова или изображения, которые идеализируют искусственное вскармливание, в том числе изображение детей;
- Запрещается рекламировать продукты несоответствующие вскармливанию детей, такие как сгущенное молоко с сахаром;
- Производители и распространители должны выполнять положения Кодекса, даже в том случае, если страны не приняли соответствующих законов или других мер.

Что содержат смеси:

ВОДА: может содержать большое количество фтористых соединений.

КУКУРУЗНЫЙ СИРОП: Содержит глюкозу. Материнское молоко содержит лактозу, основной источник углеводов. Не все марки смесей содержат лактозу.

САХАРОЗА: НЕ содержит лактозы. Неподходящий сахар для детей.

СОЕВОЕ МАСЛО: Обрабатывается под воздействием высоких температур и химических веществ, рафинируется и дезодорируется. Может быть прогорклым.

СЫВОРОТОЧНЫЙ БЕЛОК: Обработка при высокой температуре может повреждать нестойкое соединение белка.

ИЗОЛЯТ СОЕВОГО БЕЛКА: Получен в результате сложной обработки, содержит фитоэстрогены, которые могут влиять на гормональное развитие. Не имеет статуса безопасности.

КАРРАГЕН (ЖЕМЧУЖНЫЙ МОХ): Необычайно плохо усваивается. В большинстве готовых смесей карраген – одна из главных причин плохой усваиваемости. Вызывает проблемы с легкими и задерживает развитие у крысят.

СОЕВЫЙ ЛЕЦИТИН: Добывается из осадка соевого масла. Может содержать пестициды.

СИНТЕТИЧЕСКИЕ ВИТАМИНЫ: Часто обладают прямо противоположным эффектом по сравнению с натуральными, содержащимися в пище.

«FREE GLUTAMIC ACID (MSG)» И АСПАРАГИНОВАЯ КИСЛОТЫ: Получаются путем переработки порошкового молока и соевого белка. Их уровень особенно высок в низкоаллергенных смесях.

ЗАКУПОРКА ПРОТОКОВ И МАСТИТ

Джек Ньюмен, MD, FRCP

**Перевод с разрешения автора.
Оксаны Михайлечко,
г.Иркутск, Россия**

Мастит — бактериальная инфекция груди. Чаще всего он случается у кормящих матерей. Тем не менее, он может быть и у женщин, которые не кормят грудью, у беременных и даже у новорожденных обоих полов. Никто не знает точно, почему некоторые женщины подвержены маститу, а другие — нет. Да, через трещину или ранку на соске в ткани груди могут проникать бактерии, но женщины, у которых с сосками все в порядке, тоже иногда страдают маститом,

а большинство женщин с трещинами сосков — нет.

Надо отличать мастит от застоя молока в протоках (лактостаза), потому что застои не надо лечить антибиотиками, а маститы часто (но не всегда) нуждаются в таком лечении. Застой выглядит как болезненное, отечное, твердое уплотнение в груди. Кожа над застойным протоком часто очень красная, так же, как и при мастите, но краснота не так выражена. Лихорадка и боль при мастите обычно тоже сильнее. Однако

не всегда легко различить умеренный мастит и серьезный лактостаз. Оба связаны с болезненным уплотнением в груди. Без уплотнения в груди нельзя ставить диагноз мастит или застой. Лактостаз может, по-видимому, переходить в мастит. Во Франции врачи диагностируют еще так называемый лимфангит (воспаление лимфоузлов), который проявляется лихорадкой, кожа груди становится горячей и красной, но никакого болезненного уплотнения внутри нет. Они не считают, что тут нужны антибиотики. Несколько случаев из моей практики подходили под это описание, и, действительно, лечение обошлось без антибиотиков. Но иногда даже мастит, который уже в полном разгаре, тоже можно вылечить без антибиотиков.

Как с почти всеми проблемами грудного вскармливания, неправильное прикладывание, и, следовательно, плохое опорожнение груди приводит к ситуации, когда может возникнуть мастит.

Закупорка протоков

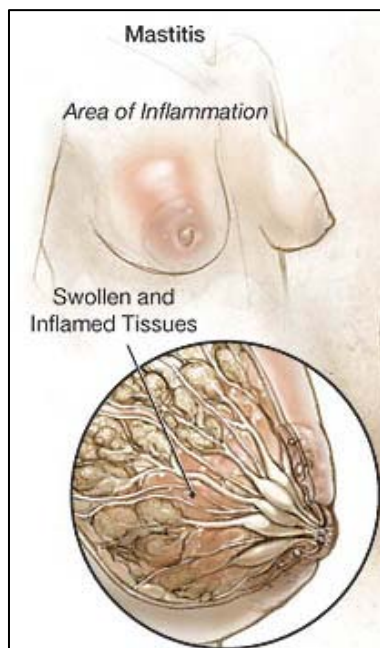
Застой в протоках почти всегда проходит сам по себе через 24-48 часов после того, как появился, даже если его никак не лечить. Пока проток закупорен, ребенок может беспокоиться во время кормления на пораженной стороне, так как молоко течет медленнее (вероятно из-за того, что воспаленная область сдавливает другие протоки).

Что можно сделать для более быстрого разрешения ситуации:

1. По-прежнему кормить больной грудью.
2. Как можно лучше опорожнять пострадавшую грудь. Можно расположить ребенка у груди так, чтобы его подбородок «указывал» на область уплотнения. Например, если забился проток в наружном нижнем сегменте груди (приблизительно 4 часа, если представить грудь, как циферблат часов), лучшая поза для кормления — из-под руки. Еще один способ хорошо опорожнить грудь — применять **сжатие груди**:

ребенок сосет, а вы в это время сжимаете грудь в области уплотнения.

3. Согреть пострадавшую область (можно использовать грелку или бутылку с горячей водой, только осторожно, чтобы не повредить кожу груди из-за того, что грели слишком сильно и слишком долго).



4. Отдыхать. (Это не всегда легко, но попробуйте взять ребенка к себе в кровать).

Если закупоренный проток оканчивается маленьким пузырьком на вершине соска, Вы можете открыть его стерильной иглой. Прокалите на огне иглу или булавку, остудите, и проколите пузырь. Не надо ковыряться в соске. Просто слегка проткните пузырек сбоку или сверху.

Возможно, Вы сможете выжать из протока нечто, похожее на зубную пасту, и проток немедленно откроется. Или же приложите ребенка к груди, и он сам все высосет. Вскрытие пузыря убавит боль в соске, даже если не удастся сразу опорожнить забитый проток. Обратитесь к врачу, если Вы не можете сделать этого сами.

Если закупоренный проток не прошел за 48 часов (обычно проходит), часто помогает физиотерапия ультразвуком. Это можно сделать в больнице. Многие физиотерапевты не знают этого применения ультразвука. Доза: 2 watts/cm, непрерывно, в течение пяти минут к поврежденной области, один раз в день, до двух доз.

Если две физиопроцедуры не помогли, нет никакого смысла продолжать. Врачу стоит еще раз осмотреть Вас. Хотя обычно, если ультразвук помогает, хватает и одной процедуры.

Похоже, что ультразвук помогает и при повторяющихся на одном и том же месте застоях. Когда застои повторяются, некоторым матерям может помочь также прием **лецитина**, одна капсула (1200 мг) 3 или 4 раза в день.

Мастит

Я лечу мастит так:

- Если *симптомы мастита* у матери не проходят за 24 часа, она должна начать пить антибиотики. Если по всем признакам — мастит, но от его начала прошло *меньше суток*, я пропишу матери антибиотик, но предложу подождать с его приемом. Надо начать пить лекарство, если за следующие 8-12 часов *состояние ухудшилось* (усилилась боль, увеличилась покрасневшая зона или затвердение). Надо принимать антибиотики и в том случае, когда за следующие 24 часа состояние вообще не изменилось: не ухудшилось, но и не улучшилось.

Но если симптомы начинают стихать, не надо начинать прием антибиотиков. Симптомы будут постепенно уходить и совсем исчезнут в течение следующих 2-5 дней. Температура обычно падает в первые сутки, боль уходит через 24-48 часов, а уплотнение в груди рассасывается за несколько дней. Краснота может остаться в течение недели или более.

Как только улучшение началось, с антибиотиками или без, оно должно продолжаться — маме должно становиться все лучше и лучше.

Если ваш мастит протекает не так, как описано выше, обратитесь в больницу

Примечание: амоксициллин, простой пенициллин и некоторые другие часто назначаемые антибиотики обычно не помогают при лечении

мастит. Если Вы нуждаетесь в антибиотиках, они должны действовать на золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*). Эффективны против этой бактерии цефалексин, клоксациллин, флуклоксациллин, амоксилав, клиндамицин и ципрофлоксацин. Последние два подходят для матерей с аллергией на пенициллин. Вы можете и должны кормить грудью во время лечения.

Помните:

- **Продолжайте кормить грудью**, если это только не слишком болезненно. Если не можете — сцеживайте молоко из груди как можно лучше. Начните опять прикладывать ребенка к груди, как только почувствуете, что можете это делать — чем раньше, тем лучше. Мастит проходит быстрее, если кормить грудью. Нет никакой опасности для ребенка.
- **Тепло** (бутылка с горячей водой или электрогрелка), прикладываемое к пострадавшей области, способствует выздоровлению.
- **Отдых** помогает справиться с инфекцией.
- **Высокая температура** помогает справиться с инфекцией. Сбивайте температуру только если Вам очень плохо, а не просто потому, что она у вас есть.
- **Обезболивающие** (парацетамол, ибупрофен и другие) могут неплохо помочь. Вы почувствуете

себя лучше, а количество лекарства, которое получит ребенок через молоко, незначительно. Парацетамол, пожалуй, не так хорош, поскольку не имеет противовоспалительного эффекта.

Абсцесс: мастит иногда осложняется абсцессом. Вам не надо прекращать кормление, даже на пострадавшей стороне. Раньше абсцесс почти всегда вскрывали хирургическим путем. Теперь чаще проводят несколько отсасываний с помощью иглы или дренаж при контроле радиографии — это меньше влияет на кормление грудью. Если Вам нужна операция, разрез надо делать как можно дальше от ареолы. Обратитесь в больницу.

Уплотнение, которое не уходит: Если прошло больше 2-х недель, а уплотнение не уходит и не уменьшается, вам надо показаться врачу или хирургу, который хорошо относится к грудному вскармливанию. Вы не должны прекращать кормить грудью для того, чтобы вас могли обследовать (ультразвуковое исследование, маммография, и даже биопсия не требуют прекращения лактации вообще и на пострадавшей стороне в частности). Врач, который поддерживает грудное вскармливание, не будет требовать отлучить ребенка до того, как обследовать вас.

ТЕХНИКА СЖАТИЯ ГРУДИ

Джек Ньюмен, MD, FRCPC

Перевод с разрешения автора.

*Виктории Нестеровой,
консультанта по грудному вскармливанию
г. Киев, Украина*

Цель сжатия груди — возобновить и поддерживать поток молока из груди к ребенку, если ребенок больше сам по себе не глотает молоко во время кормления (не наблюдается такая последовательность сосания: «широко открытый рот—пауза—закрытый рот»). Таким образом, сжатие помогает малышу и дальше получать молоко. Сжатие груди стимулирует рефлекс выделения молока и часто вызывает естественный прилив.

Этот метод может быть полезным, когда:

- 1. Ребенок плохо набирает вес**
- 2. У ребенка колики**
- 3. Частые и/или очень длительные кормления**
- 4. Болезненность сосков у матери**
- 5. Повторяющиеся застои и/или маститы**
- 6. Надо помочь быстро засыпающему под грудью ребенку высосать больше молока**

Сжимать грудь не нужно, если все идет хорошо. Когда все в порядке, мама просто должна позволить ребенку высосать первую грудь, и, если ребенок хочет больше — предложить ему вторую. Как узнать, что ребенок все высосал? Когда он больше не глотает молоко («широко открытый

рот—пауза—закрытый рот»). **Сжатие груди** работает особенно хорошо в *первые дни*, это позволяет ребенку получить больше молозива. Детям не надо много молозива, но им необходимо *некоторое его количество*. Хорошее прикладывание и сжатие груди поможет им добыть его.

Может быть полезным знать:

1. *Хорошо приложенному к груди* ребенку проще добывать молоко, чем приложенному неправильно. Плохо приложенный ребенок может получать молоко только тогда, когда поток молока очень сильный. Поэтому многие мамы и их дети отлично справляются, *несмотря* на неправильное прикладывание, ведь большинство матерей вырабатывает молоко с избытком.
2. В первые три-шесть недель жизни многие малыши засыпают под грудью, когда молоко течет медленно, *не обязательно* потому, что им хватает еды. Когда они становятся старше, они *могут* начать беспокоиться и выгибаться у груди, когда поток молока замедляется. Некоторые дети выгибаются у груди даже когда совсем маленькие, иногда уже в первые дни.

3. К сожалению, многие младенцы берут грудь неэффективно. Если молока у матери много, ребенок часто развивается хорошо, если смотреть на набор веса, но маме приходится за это платить: болезненность сосков, «колики» у ребенка, ребенок, который проводит все время у груди, хотя эффективно сосет только небольшую часть этого времени.

Сжатие груди позволяет молоку течь, когда ребенок начал засыпать под грудью, и в результате ребенок:

1. получает больше молока
2. получает больше *жирного* молока

Сжатие груди — как это делается:

1. Поддерживайте ребенка одной рукой
2. Поддерживайте грудь другой рукой, так, чтобы большой палец был с одной стороны груди, а остальные пальцы — с другой, весьма далеко от соска.
3. **Следите, глотает ли ребенок молоко**, хотя нет нужды пристально следить за каждым сосательным движением. Ребенок получает ощутимое количество молока, когда он сосет в таком ритме: «широко открытый рот—пауза—закрытый рот» — это одно сосательное движение, пауза в данном случае *не та*, что между сосаниями).
4. Когда ребенок уже просто легонько посасывает грудь или не пьет молоко в ритме «широко открытый рот—пауза—закрытый рот», сожмите грудь. Не до боли, и следите, чтобы форма груди возле ротика ребенка не менялась. При помощи сжатия груди ребенок опять начнет сосать в ритме «широко открытый рот—пауза—закрытый рот» и глотать молоко.
5. Держите грудь сжатой, пока ребенок не перестанет глотать молоко, потом расслабьте руку. Часто ребенок перестает сосать вообще, когда сжатие прекратилось, но он начнет сосать, как только молоко опять потечет. Если ребенок не прекращает сосать после того, как вы убрали

сжатие, подождите немного, прежде чем сжать грудь снова.

6. Сжатие убирают для того, чтобы ваша рука смогла отдохнуть и чтобы позволить молоку течь к ребенку. Ребенок, прекративший сосать после того, как вы расслабили руку, начнет сосать опять, когда почувствует вкус молока.

7. Когда ребенок снова начнет сосать, он может глотать молоко («широко открытый рот—пауза—закрытый рот»). Если это не так, опять сожмите грудь, так, как описано выше.

8. Продолжайте кормить ребенка первой грудью до тех пор, пока он не перестанет глотать молоко даже со сжатием. Вам надо дать возможность ребенку побыть на этой груди еще некоторое время после этого, так как ваш рефлекс отделения молока может сработать еще раз, и малыш начнет глотать молоко сам по себе. Если ребенок все равно больше не глотает молоко, позвольте ему выпустить грудь или заберите грудь у него из ротика сами.

9. Если ребенок хочет еще, приложите его ко второй груди и повторите процесс.

10. Вы можете так переключать ребенка от одной груди к другой несколько раз за кормление, конечно, если ваши соски не болят.

11. Улучшайте прикладывание ребенка к груди.

12. Сжимайте грудь, когда ребенок сосет, но при этом не глотает молоко.

По нашему опыту в клинике, такая техника работает лучше всего, но если вы найдете способ, который будет более эффективным для того, чтобы ребенок сосал в ритме «широко открытый рот—пауза—закрытый рот» подольше — используйте то, что лучше всего подходит для вас и вашего ребенка. Пока сжатие не причиняет боли вашей груди и пока ребенок глотает молоко («широко открытый рот—пауза—закрытый рот»), сжатие груди будет работать.

Вам не надо будет делать это всегда. После того, как ваше грудное вскармливание наладится, вы сможете просто положиться на природу.

ХВАТАЕТ ЛИ МОЕМУ РЕБЕНКУ МОЛОКА?

Джек Ньюмен, MD, FRCPC

*Перевод с разрешения автора.
Виктории Нестеровой,
г. Киев, Украина*

Мамы грудничков часто спрашивают, как узнать, что их детям хватает грудного молока. Грудь — не бутылка: не получится приподнять ее к свету, чтобы получше рассмотреть деления и точно определить, сколько же миллилитров или унций молока выпил ребенок. В нашем озабоченном цифрами и числами обществе некоторым мамам очень трудно принять эту невозможность узнать точный объем высосанного ребенком молока. Тем не менее, есть способы определить, что малыш получил достаточно. В долгосрочном плане,

прибавка в весе — лучший показатель того, что ребенку хватает молока; но правила набора веса, применимые к детям на искусственном вскармливании, могут быть неверными для грудничков.

Как же узнать:

1. **Характерное сосание ребенка.** Ребенок, который получает хорошие объемы молока из груди, очень характерно сосет. Когда малыш получает молоко (а он не получает его просто потому, что держит грудь во рту и делает

сосательные движения), вы можете заметить задержку его подбородка в тот момент, когда рот ребенка максимально открывается и перед тем как он начнет закрываться, так что одно сосательное движение — это «широко открытый рот—пауза—закрытый рот». Если вы хотите сами почувствовать это, вложите свой указательный палец себе в рот и начните сосать его так, как вы бы тянули жидкость через соломинку. Пока вы втягиваете в себя, ваш подбородок опускается и остается опущенным столько, сколько вы тянете в себя. Когда вы перестаете всасывать, ваш подбородок возвращается на место. Та же самая пауза — «зависание» подбородка ребенка — обозначает глоток молока, когда малыш делает ее во время сосания груди. Чем **дольше** пауза, тем **больше** молока получил ребенок с этим глотком. Как только вы усвоили про паузу, вы можете смело игнорировать изрядную долю чепухи, которую приходится выслушивать кормящим матерям, вроде: «в каждое кормление прикладывайте ребенка на **20 минут к каждой груди**. **Ребенок, который сосал первую грудь таким образом — с паузами — 20 минут подряд, может вообще не захотеть брать вторую. Ребенок, который посасывает грудь, не глотая молоко, 20 часов, к концу кормления все равно будет голодным.** На сайте www.theBirthDen.com/Newman.html есть видеоролики, которые показывают, как определить эту паузу — задержку подбородка ребенка. (прим. переводчика: на [сайте д-ра Ньюмена](#) они тоже есть)

2. **Стул ребенка.** В первые дни после рождения стул ребенка — это темно-зеленый, почти черный меконий. Меконий накапливается в кишечнике ребенка на протяжении беременности. Он выходит весь в первые дни, и к третьему дню стул ребенка становится светлее, по мере того, как малыш получает все больше грудного молока. Обычно к пятому дню он уже выглядит как типичный стул ребенка на грудном вскармливании. Нормальный стул грудничка — водянистый, горчичного цвета и обычно очень слабо пахнет. Тем не менее, содержимое подгузника малыша может существенно отличаться от этого описания. Он может какать зеленым или оранжевым, его стул может содержать сгустки или слизь или напоминать по консистенции крем для бритья (из-за большого количества пузырьков воздуха. Такие изменения цвета не означают, что что-то не так. Если стул ребенка, который получает *только* грудь, светлеет к третьему дню, малыш получает достаточно молока.

Отслеживание частоты и количества стула ребенка (если, конечно, не фиксироваться на этом) — один из лучших способов узнать, хватает ли ребенку молока после наблюдения за глотанием молока (см. параграфом выше, и видео на www.theBirthDen.com/Newman.html). После первых трех-четырех дней стул у ребенка должен становиться более частым и объемным.

Таким образом, к концу первой недели он должен какать как минимум два-три раза ежедневно, *существенным* объемом. К тому же, у многих детей подгузник становится испачканным почти после каждого кормления. **Ребенок, у которого на четвертый или пятый день жизни по-прежнему выходит меконий,** нуждается в осмотре в клинике в тот же день. Ребенок, который какает только коричневым, скорее всего, недополучает молока, но этот признак не очень показателен.

Некоторые дети после первых трех-пяти недель, могут неожиданно изменить ритм опорожнения кишечника от «много раз каждый день» на «один раз в три дня» или еще реже. Некоторые дети умудрялись не какать по 15 дней и более. Если ребенок в остальном чувствует себя хорошо и хорошо развивается, и его стул — обычной пастообразной или мягкой консистенции, желтого цвета, это не запор и не повод для беспокойства. **Какое-либо лечение не нужно и нежелательно,** потому что не надо никакого лечения для того, что нормально.

Если у ребенка в возрасте от 5 до 21 дня в течение суток не было хотя бы одного существенного стула, надо попасть в клинику грудного вскармливания (получить помощь по грудному вскармливанию) в тот же день. Обычно редкий, скудный стул в этот период времени означает, что ребенок получает мало грудного молока. Конечно, могут быть исключения, и все может быть в порядке, но бдительность не повредит.

3. **Мочевыпускания.** Если вы за сутки сняли с ребенка, старшего 4-5 дней, как минимум **шесть насквозь промокших** (не просто влажных) подгузников, вы можете быть уверены, что ребенок получает достаточно молока (если он получает *только* грудь). К сожалению, новые «суперсухие» одноразовые подгузники действительно кажутся сухими на ощупь, даже если заполнены мочой до краев, но если они заполнены — они тяжелые. Надо заметить, что этот признак достаточности молока не является точным, если вы допаиваете ребенка водой (которая в любом случае не нужна грудничкам и, если ее дают из бутылки, может отрицательно влиять на успех грудного вскармливания). Моча ребенка старше 2-3 дней должна быть практически бесцветной, хотя если она изредка немного темнее — это не повод для беспокойства.

В первые два или три дня после родов у некоторых детей моча розовая или красная. Это не повод паниковать, и не означает, что ребенок обезвожен. Никто не знает, почему такое бывает, и даже насколько это ненормально. Это, несомненно, связано с тем, что грудничок получает меньшие объемы молока, чем ребенок, которого кормят из бутылки, но ребенок на искусственном вскармливании **не является** эталоном для того, чтобы судить о грудном вскармливании. Тем не менее, появление такой мочи сигнализирует, что надо очень качественно

прикладывать ребенка к груди и следить за тем, чтобы он действительно глотал молоко, когда сосет грудь. В самые первые дни ребенок может **высасывать материнское молоко, только если он действительно хорошо приложен к груди.** Допой водой из бутылки, чашки или пальцевым методом в это время не решает имеющуюся проблему. Просто моча ребенка при выписке из роддома не будет красной. Исправление захвата груди и использование сжатия груди (см. статью *Протокол по увеличению потребления молока ребенком*) обычно решают эту проблему. Если улучшение прикладывания и сжатие груди не дают желаемого результата, можно дать дополнительную жидкость, не используя бутылку (см. статью *Докорм у груди*). Ребенок может недополучать молока и из-за ограничения длительности или частоты кормлений.

Перечисленное ниже НЕ подходит на роль критериев достаточности или нехватки молока:

1. **Вы не чувствуете наполненность груди.** Для большинства мам нормально не чувствовать переполнения груди после первых дней или недель. Ваше тело просто приспособилось к запросам вашего ребенка. Эта смена состояния груди может произойти внезапно. Некоторые матери вообще никогда не чувствуют нагрубания или наполненности груди, но замечательно кормят своих детей.

2. **Ребенок спит всю ночь.** Не обязательно. Десятидневный ребенок, который, к примеру, спит всю ночь, может на самом деле недополучать молока. Чересчур «хороший» ребенок или сонный ребенок, которого надо будить к кормлениям, может недополучать молока. Здесь, конечно, много исключений, но постарайтесь быстро обратиться за помощью.

3. **Ребенок кричит после кормления.** Хотя ребенок может плакать после кормления из-за голода, есть и много других причин для его крика. Посмотрите также статью «Колики у грудничка». Не ограничивайте время кормления. Пусть ребенок сначала высосет молоко из первой груди, прежде чем вы предложите ему вторую.

4. **Ребенок сосет грудь часто и/или долго.** Для одной матери кормления каждые три часа или около того могут казаться частыми; для другой три часа может быть длинным промежутком между кормлениями. Для одной мамы кормление, которое продолжается 30 минут — длинное, для другой — короткое. Нет правил, как часто или как долго ребенок должен сосать грудь. Неправда, что ребенок получает 90% своего молока в первые 10 минут кормления. Дайте ребенку выработать свой собственный график кормлений, и все будет хорошо — если ребенок сосет и **глотает** молоко из груди и какает как минимум 2-3 раза в сутки большим объемом. Запомните, ребенок может

провести у груди два часа подряд, но если он при этом реально получал молоко (тип сосания «широко открытый рот—пауза—закрытый рот») только две минуты, он останется голодным к концу кормления. Если ребенок засыпает у груди, вы можете применить ее **сжатие** для того, чтобы **усилить поток молока** (статья *Сжатие груди*). Если вас что-либо беспокоит, обратитесь за помощью (в клинику грудного вскармливания), но подождите начинать докорм. Если он действительно необходим, можно докармливать ребенка, не используя бутылочные соски. (Статья *Докорм у груди*).

5. **«Я могу сцедить только 15 граммов молока (пол-унции)».** Это ничего не значит и не должно на вас влиять. Следовательно, вы не должны сцеживать грудь только «чтобы знать». У большинства матерей много молока. Чаще всего проблема в том, что ребенок не получает то молоко, которое ему доступно — из-за того, что он плохо приложен или из-за того, что он сосет неэффективно, или по обеим причинам сразу. *Во многих случаях* это легко исправить.

6. **Когда ребенку после кормления грудью предлагают бутылку, он ее берет.** Это вовсе не обязательно означает, что малыш по-прежнему голоден. Этот тест не является хорошим, так как бутылки могут нарушить грудное вскармливание.

7. **Пятидневный ребенок неожиданно начинает выгибаться у груди, но выглядит по-прежнему голодным.** Это не означает, что у вас стало меньше молока или оно «перегорело». В первые недели жизни дети часто засыпают у груди, когда поток молока ослабевает, даже если они еще не наелись. Когда они становятся старше (4-6 недель), они больше не согласны засыпать в таких случаях и вместо этого начинают выгибаться или расстраиваться. Количество молока не изменилось, изменился ребенок. Используйте сжатие груди (статья *Сжатие груди*), чтобы усилить поток молока.

Примечание: о весах и весе ребенка.

1. Все веса разные. Мы задокументировали существенные отличия в показаниях от одних весов к другим. Часто вес ребенка записывают с ошибками. Хорошо намоченная матерчатая пеленка может весить 250 г (полфунта) или больше, поэтому детей надо взвешивать обнаженными или в только что надетом сухом подгузнике.

2. Многие правила, как ребенок должен набирать вес, выведены из наблюдений за детьми на искусственном вскармливании. Они не обязательно верны для грудничков. **Более медленный старт можно потом компенсировать, наладив грудное кормление.** Графики роста и набора веса — это только рекомендации.

Джек Ньюмен, MD, FRCPC

Перевод с разрешения автора.
Виктории Нестеровой,
г. Киев, Украина

Система для докорма у груди позволяет кормящей матери докармливать или допаивать своего ребенка сцеженным молоком, смесью, раствором глюкозы, в который добавлено молозиво, просто водой с глюкозой, не применяя бутылочные соски. Раннее использование сосок и бутылок может привести к тому, что ребенок «привыкает к бутылочке» или у него начинается «путаница сосков», поскольку оно нарушает правильность прикладывания ребенка к груди. На самом деле, ребенок *ничего не путает*. Ребенок точно знает, откуда ветер дует. Если сначала — особенно в самые первые дни — он получает грудь, где немного молока и слабый поток, а потом — бутылку с сильным потоком, большинство младенцев очень быстро соображает, что к чему.

Чем правильнее ребенок берет грудь, тем проще ему получать молоко, особенно если его у мамы немного. В первые дни избытка молока нет, но его достаточно для ребенка, который может его высосать. Но если ребенок из-за плохого прикладывания не способен толком высасывать из груди молоко, он может быстро засыпать во время кормления или выгибаться у груди, когда поток молока замедляется. Вследствие этого ребенок может отказываться от груди, быть очень беспокойным во время кормления, плохо набирать вес, терять вес, в первую неделю это даже может привести к обезвоживанию. У мамы могут возникнуть трещины на сосках. Хотя искусственные соски не всегда вызывают проблемы, но их применение, когда дела и так идут плохо, редко приводит к улучшению и часто ухудшает ситуацию. Я не верю, что «новые» соски для бутылок чем-то лучше, чем те, что были раньше.

Докорм у груди — намного лучший метод докорма, если докорм действительно нужен (хотя правильное прикладывание ребенка к груди часто позволяет ребенку получить больше молока и, таким образом, избежать докорма). Это удобнее, чем использовать шприц без иголки, пальцевое кормление или кормление из чашки или любой другой метод, поскольку ребенок находится у груди и сосет ее. Дети, так же, как и взрослые, учатся на практике. Более того, ребенок, которого докармливают у груди, получает и грудное молоко из груди. И грудное вскармливание — это далеко не только одно молоко. Почему же докорм у груди предпочтительнее?

- Дети учатся сосать грудь, **когда они сосут грудь**
- Матери учатся кормить грудью, **когда они кормят грудью**

- Ребенок продолжает получать ваше молоко, даже в то время, когда его докармливают
- Ребенок не откажется от груди, что может быть очень вероятным, если его докармливают не у груди.

• Грудное вскармливание — это не только грудное молоко

Что представляет собой система для докорма у груди?

Система для докорма у груди состоит из емкости для жидкости — обычно это простая бутылка для кормления с увеличенным отверстием соски — и длинной тонкой трубочки, которая из этой емкости выходит. Подобные устройства можно купить готовыми — такие легче использовать в некоторых ситуациях, хотя не всегда. Покупные устройства для докорма особенно полезны, когда они нужны для докорма ребенка постарше или близнецов, когда они требуются длительное время и всегда, когда возникают трудности с использованием самодельного приспособления. Хотя покупные устройства недешевы, их цена примерно соответствует затратам на две недели кормления обычной смесью из коровьего молока.



Пожалуйста, обратите внимание: по сравнению с описанной выше конструкцией, подсоединение трубочки для докорма к шприцу, с поршнем или без, является чересчур сложным и никак не увеличивает эффективность этого метода. Наоборот, такой способ более громоздкий.

Использование импровизированной системы для докорма у груди: (ему должен обучать человек, имеющий опыт помощи кормящим матерям)

1. Можно сначала просто приложить ребенка к груди и потом аккуратно ввести трубочку в уголок рта в подходящее время (после того, как ребенок уже сосал молоко из обеих грудей хотя бы по одному разу). Чем лучше прикладывание, тем лучше ребенок будет сосать ваше молоко, легче будет использовать трубочку для докорма, и тем быстрее вы сможете отказаться от нее и от докорма. Грудь надо осторожно отодвинуть от щеки ребенка, чтобы был виден уголок его рта, и,

поддерживая трубочку большим и указательным пальцами, аккуратно ввести ее в уголок рта. Она должна идти прямо вглубь рта и одновременно слегка вверх, к небу ребенка. Когда трубочка хорошо расположена, жидкость поступает по ней достаточно быстро. Обычно нет необходимости заполнять ее жидкостью заранее, до того, как поместить в ротик ребенка.

2. Вариант: ребенка можно приложить к груди с уже прикрепленной параллельно соску трубочкой. Чем лучше прикладывание, тем легче пользоваться системой для докорма у груди. Плюс к этому, чем лучше прикладывание, тем быстрее ребенок сможет обходиться без этой системы. Следовательно, тщательная поддержка ребенка и правильное прикладывание по-прежнему очень важны.

3. Если мама хочет, трубочку можно закрепить на груди лейкопластырем, хотя, на самом деле, это не обязательно и даже может мешать.

4. Чтобы трубочка работала эффективно, достаточно, чтобы ее кончик был глубже, чем десны ребенка — ей не надо выступать за кончик соска. Похоже, что она функционирует лучше всего, когда входит в уголок рта прямо внутрь и располагается выше языка. (Направляйте ее слегка вверх, к небу малыша). Иногда маме приходится прижимать трубочку пальцем, чтобы удержать ее на месте, потому что некоторые дети постепенно выталкивают ее языком.

5. Бутылка с докормом не должна располагаться выше головы ребенка. Если система работает только когда бутылка выше, чем голова ребенка, значит, что-то не так. Держите бутылку выше, только если так рекомендовали делать врач или специалист по лактации.

6. Если вам не рекомендовали иначе, лучше использовать систему для докорма в каждое кормление, хотя некоторым мамам удобнее не пользоваться ею ночью. Лучше 8 докормов в сутки по 30 мл (1 унция) в кормление, чем два больших по 120 мл (4 унции) каждый.

7. Не обрезайте кончик трубочки. Она хорошо работает так, как есть.

8. У ребенка не должен уходить час на то, чтобы выпить 30 мл из системы. Если это занимает столько времени, скорее всего, или трубочка плохо вставлена, или прикладывание плохое, или и то, и другое вместе. Когда система для докорма работает, как положено, у ребенка уходит 15-

20 минут, а то и меньше, чтобы высосать 30 мл докорма.

9. Маленькая хитрость для облегчения жизни: наденьте рубашку с большими нагрудными карманами и поставьте бутылку в карман.

Мытье системы для докорма.

1. Не кипятите трубочку от самодельной системы. Она не рассчитана на кипячение.

2. После кормления вымойте бутылку и соску, как обычно. **Не кипятите** трубочку. Трубочку надо опустошить после кормления и хорошо промыть изнутри горячей водой (втяните в нее горячую воду из чашки), а потом повесить сушиться на воздухе. При желании можно использовать мыло, но тогда очень хорошо промойте трубочку от него. Трубочки становятся жесткими и непригодными к использованию примерно через неделю.

Как убрать докорм у груди?

1. Поддерживайте связь с клиником по грудному вскармливанию, чтобы узнать, как уйти от докорма с системой. Посмотрите Протокол для увеличения объема молока, высосанного ребенком.

2. Отлучение ребенка от докорма с системой может растянуться на недели или может быть очень быстрым. Обычно объем молока, которое приходится наливать в емкость для докорма, постепенно увеличивается на протяжении одной или двух недель, а потом на некоторое время, разное у разных пар, остается стабильным перед тем, как начать уменьшаться. Весь процесс может занять от двух до восьми недель, хотя некоторые матери нуждались в системе всего несколько дней, а другие вообще не могли от нее отказаться. Резкое улучшение иногда наступало после долгого периода, когда изменений практически не было.

3. Наблюдайте за тем, как сосет ребенок. Если вы не знаете, как определить, что ребенок глотает молоко, спросите. Дайте ребенку грудь, позвольте ему самому сосать, пока он сосет и глотает, потом примените сжатие груди (см. № 15 [Сжатие груди](#)), потом повторите то же самое со второй грудью. Вы можете вернуться к первой груди и так кормить по кругу — пока ребенок глотает молоко. Когда ребенок хорошо опорожнил обе груди, введите трубочку в уголок его рта. Позвольте ему сосать и грудь и трубочку, пока он не наестся.

ПАЛЬЦЕВОЕ КОРМЛЕНИЕ

Джек Ньюмен, MD, FRCPC

Перевод с разрешения автора.
Виктории Нестеровой,
Консультанта по грудному вскармливанию
г.Киев, Украина

Пальцевое кормление — метод, помогающий обучить ребенка брать грудь. Он может использоваться и для того, чтобы избежать бутылочных сосок, но его основное назначение — помочь взять грудь ребенку, который от нее отказывается. (См. статью 26, *Когда ребенок отказывается брать грудь*). Если вы хотите успешно кормить грудью, лучше не применять другие объекты для сосания кроме груди до тех пор, пока ваше грудное кормление не будет хорошо налажено. Пальцевое кормление может использоваться, когда:

1. **Ребенок отказывается от груди по любой причине, или если ребенок слишком сонный у груди, чтобы хорошо сосать.** Еще это очень хороший способ разбудить сонного ребенка в первые дни жизни.

2. Ребенок выглядит неспособным правильно взять грудь и поэтому не может хорошо высасывать молоко. (Тем не менее, если можно применить докорм у груди — зачем использовать пальцевое кормление?).

3. Мать и ребенок разделены друг с другом по какой-то причине. Хотя в такой ситуации кормление из чашки, возможно, будет лучшим выбором.

4. Грудное вскармливание пришлось временно прервать (**есть очень мало причин для того, чтобы действительно надо было прерывать грудное вскармливание.** Посмотрите статьи #9a и #9b *Вы должны продолжать кормить грудью*)

5. Ваши соски так болят, что вы не можете приложить ребенка к груди. Несколько дней пальцевого кормления могут дать время вашим соскам зажить без вызывания дополнительных проблем, когда ребенок привыкает к резиновой соске. Кормление из чашки больше подходит и для этой ситуации и отнимает меньше времени. **Но это крайнее средство в случае болезненности сосков.** Правильное расположение ребенка у груди и хорошее прикладывание помогают потрескавшимся соскам намного чаще, чем пальцевое кормление (статья 3 *Боль в сосках*). А качественная универсальная мазь для сосков [в дополнении к прикладыванию — прим. пер.] поможет еще больше. Применение так называемого «отдыха для сосков» — обычно ошибка, а если его предлагают в первые дни после родов — ужасная ошибка. Временное отнятие ребенка от груди далеко не всегда приводит к безболезненным кормлениям, когда вы начнете прикладывать ребенка опять, а иногда это приводит и к отказу от груди.

Пальцевое кормление намного больше похоже на кормление грудью, чем бутылочное. Чтобы сосать палец, ребенок должен опустить и выдвинуть вперед язык, поверх нижней десны, рот держать широко открытым (**чем больше используемый палец, тем лучше**), а нижнюю челюсть — выдвинутой вперед. Более того, движения языка и нижней челюсти похожи на те, которые ребенок делает, когда сосет грудь. Пальцевое кормление лучше всего работает, *чтобы подготовить ребенка, отказывающегося от груди, к прикладыванию.* Оно должно использоваться одну-две минуты максимум, непосредственно перед тем, как попробовать приложить ребенка к груди, которую он отказывается брать. Если надо накормить ребенка в отсутствие матери, использовать **чашку** обычно и проще, и быстрее. Когда пальцевое кормление получается слишком медленным, тоже удобнее докормить малыша **из чашки.**

Пожалуйста, обратите внимание: Если ребенок берет грудь, **намного лучше использовать систему для докорма у груди с трубкой**, если докорм действительно нужен (см. статьи *Протокол для увеличения количества молока, высосанного ребенком* и *Докорм у груди*)

Пальцевое кормление (ему лучше всего учиться на живом примере, наблюдая и делая):

1. Вымойте ваши руки. Лучше чтобы ноготь на пальце, который вы будете использовать, был коротким, но это не обязательно.

2. Устройте себя и ребенка удобно. Поддерживайте голову малыша одной рукой, расположенной сзади его плеч и шеи; ребенок должен располагаться у вас на согнутых бедрах, полусидя и **лицом к вам**. А вообще, подойдет любое положение, удобное для вас и ребенка и позволяющее вам держать палец во рту ребенка *ровно*.

3. Вам понадобится устройство для докорма с трубкой, сделанное из зонда для питания (#5F, 36") и бутылки со сцеженным молоком, раствором глюкозы, или, если необходимо, смесью — в зависимости от обстоятельств. Зонд пропускают через увеличенное отверстие в бутылочной соске так, чтобы он одним концом погрузился в жидкость.

4. Расположите трубочку параллельно вашему указательному или любому другому пальцу, так, чтобы она шла по его подушечке. Конец трубочки не должен выступать за палец. Проще всего захватить трубочку большим и средним пальцами там, где она плавно изгибается, и потом просто

пристроить указательный палец под ней. Если все сделано верно, нет необходимости приклеивать зонд к пальцу лейкопластырем.

5. Легонько пощекочите пальцем с трубочкой губы ребенка, пока он не откроет рот достаточно, чтобы можно было дать ему палец. Если ребенок очень сонный, можно *очень аккуратно* ввести палец в рот. Выправьте нижнюю губку ребенка, если надо. Обычно даже спящий ребенок начинает сосать, а попадающая в рот жидкость разбудит его.

6. Подавайте ваш палец подушечкой вверх. Держите палец насколько возможно ровно, чтобы язык ребенка был ровным и вытянутым вперед. Обычно ребенок засасывает палец весьма глубоко. Он не будет им давиться, даже если палец будет глубоко, если только он не наелся до этого или он очень привязан к бутылкам.

7. [Аккуратно — прим.пер.] надавите на подбородок ребенка, если нижняя губа подвернута внутрь.

8. Эта техника работает, когда ребенок активно сосет молоко. Если кормление идет очень медленно, вы можете поднять бутылку с докормом выше головы ребенка, но обычно в этом нет нужды. Держите палец прямо, выравнивая язык ребенка. Старайтесь, чтобы палец не указывал вверх, удерживайте его ровно.

9. Пальцевое кормление со шприцом [без иголки — прим. пер.], которым вводят молоко в рот ребенка, на мой взгляд, слишком неудобно для матери, чтобы делать это в одиночку, и определенно ничуть не более эффективно, чем применение обычной бутылки с увеличенным

отверстием в соске, через которое пройдет зонд для питания. Цель пальцевого кормления — не накормить ребенка! Его цель — научить ребенка правильно сосать, поэтому впрыскивание молока в рот ребенка противоречит самой идее пальцевого кормления.

Если у вас трудности с прикладыванием ребенка к груди или с тем, что он не высасывает молоко из нее, помните, что все может еще больше осложниться, когда малыш расстроен и очень голоден. Снимите самый острый голод с помощью пальцевого кормления на протяжении минуты или около того. Как только ребенок немного успокоился и хорошо сосет ваш палец (обычно около минуты, не более), попробуйте опять предложить ему грудь. Если вы опять столкнулись с трудностями, не теряйте присутствие духа. Вернитесь к пальцевому кормлению и попробуйте предложить грудь еще раз позже в это кормление или уже в следующее. Этот метод **обычно** работает. Хотя иногда необходимы несколько дней или, редко — неделя или больше пальцевого кормления.

Если вы выписываетесь из роддома, кормя вашего ребенка пальцевым способом, запишитесь на прием в клинику на следующий день после выписки или около того. Чем раньше, тем лучше. Когда ребенок начнет брать грудь, ему *может еще некоторое время* понадобится докорм у груди с трубочкой. Вначале его прикладывание может быть далеким от идеала, а техника сосания — недостаточно эффективной, чтобы он мог сам высасывать все необходимое молоко.

На копирование и распространение статей Джека Ньюмена не требуется разрешения, при условии, что она *никоим образом не будет* использована, если нарушается Кодекс маркетинга заменителей грудного молока.

СЛОЖНЫЕ СЛУЧАИ

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЕ ЗАСТОИ МОЛОКА

**Оксана Михайлечко,
Консультант Группы Поддержки
Естественного Вскармливания
г.Иркутск, Россия**

Римма обратилась ко мне через 7 дней после родов с жалобами на уплотнения в одной груди, которые возникли во время прихода молока в родильном доме. Снабдив ее обычными рекомендациями, через 3 дня я перезвонила ей, но ситуация не улучшилась, ребенок отказывался сосать эту грудь, мама ввела докорм по 30-40 мл после каждого кормления. Я рекомендовала маме обратиться к маммологу, который показал ей, как надо сцеживать грудь, рекомендовал делать медовые лепешки в течение 10 дней. Однако

ситуация не изменялась, и я пригласила Римму на прием. Действительно, уплотнения были выше и ниже соска, прикладывался ребенок к груди правильно, объем докорма был невелик к этому времени, набор веса был достаточен, и мы решили отказаться от докорма. Также я рекомендовала маме сходить на УЗИ и поговорить с маммологом о возможности сделать пункцию содержимого уплотнений. По УЗИ оказалось, что уплотнения — это заполненные молоком фиброзные кисты. Протоки были узкие, 3 мм (хотя

ВВВ пишет о 1,2 мм как о норме??). Врач-узиист предположила, что эти кисты были у женщины еще до беременности, объем содержимого оценивался ею в 80 мл. Маммолог сделал пункцию из 2 областей над и под соском. Грудь заметно уменьшилась, лактация в ней снизилась за это время лечений и отказа ребенка от груди. Мама приняла решение этой грудью не кормить, кормить только одной грудью и ввела докорм, чему немало способствовал ее частный педиатр.

Юлю я встретила в роддоме. В первый день я проводила беседу по основным правилам грудного вскармливания, на 3 день она подошла ко мне сама и показала свою грудь. Такого нагрубания я никогда еще не видела! Грудь увеличилась на 4 размера, была вся в буграх, багрового цвета. Молокоотсос электрический «Медела» сцеживал не более 3-5 мл. Грудь начала болеть у нее еще во время беременности, однако врачи уверяли ее, что просто грудь растет. Не видя в таком случае своей компетенции, я рекомендовала Юле обратиться к гинекологу, требовать лечения и принятия каких-либо мер. Температуры у нее не было. Гинеколог прописала Юле курс бромкриптина и физиотерапии. Юлю выписали с небольшим улучшением. В роддоме молочная сестра – старушка, которая расцеживает, сказала мне, что Юля грудь

запустила, много пила, и что за всю ее работу в роддоме она такого еще не видала. Я рекомендовала Юле съездить к маммологу, однако она понадеялась на физиотерапию и поехала на прием только в полтора месяца. От бромкриптина шишки в ее груди чуть уменьшились, однако лактация продолжалась и Юля кормила ребенка. К маммологу она поехала в онкодиспансер, где сначала ее не захотели принимать. Врач сделала ей УЗИ, и выяснилось, что никаких кист в груди нет, а это просто забитые протоки, очень извилистые. Пункция показала наличие створоженного молока. Все рекомендованное лечение состояло в назначении еще одного курса бромкриптина, потому что таким кормить ребенка нельзя, шишки рекомендовали разминать и сцеживать. Однако когда Юля выпила уже полпачки таблеток, ей стало очень плохо – болела голова, полубморочное состояние, она бросила пить бромкриптин. Через несколько дней опять пришло молоко. Юля решила, что она будет кормить ребенка, если уж молоко все равно есть. Перечитала многое в Интернете, но так и не нашла способ разрешения своей проблемы.

Эти два случая очень опечалили меня. Прежде всего – непрофессионализмом наших медиков, тех людей, которые должны решать эти проблемы.

В поисках ответа я написала доктору Ньюмену, и вот, что он ответил мне: «Я посоветовался с Dr. Ruth Lawrence, которая сказала, что это очень похоже на гигантомастию. После прекращения лактации она обычно уменьшается. Альтернативное лекарство – Cabergoline, более безопасное и более эффективное. Оно прямо подавляет выработку пролактина гипофизом. Доза 0,25 мг каждые 12 часов 2 дня (общее количество 1 мг). Если оно не поможет, показана частичная или полная мастэктомия.»

В Интернете я нашла вот какую информацию в статье – Е.Н.Мальгин, М.Н. Бутин. Проблема макромастии: клиника, диагностика, лечение. // Гинекология Т1/№2/1999

До настоящего времени в заболеваниях молочных желез остается много неизученных вопросов. Наименее изучена такая редкая патология молочных желез, как макромастия.

Макромастия характеризуется диффузным, двусторонним быстрым увеличением молочных желез, которое встречается преимущественно в пубертатный и репродуктивный периоды жизни, во время беременности и лишает женщин трудоспособности, вызывая психические и физические страдания.

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез макромастии до настоящего времени не установлены.

Заболевание чаще всего начинается с наступлением половой зрелости или в период, когда молочные железы претерпевают глубокие физиологические изменения (беременность, роды, начало половой жизни).

Большинство авторов склонны думать, что в развитии макромастии ведущая роль принадлежит гормональным факторам: гиперэстрогении, повышению секреции СТГ и ТТГ, гиперпролактинемии.

Определенное значение в развитии макромастии отводится изменению чувствительности непосредственно ткани молочной железы, ее рецепторного аппарата к нормальным уровням эндогенных гормонов, в частности к пролактину, СТГ, эстрогенам.

Имеются единичные сведения о роли стрессовых воздействий в возникновении макромастии.

Большие сложности при ведении больных и определении тактики их ведения вызывает то, что изучение проблемы находится на стыке нескольких областей медицины: хирургии, акушерства и гинекологии, онкологии, эндокринологии.

Формы макромастии

При сравнительном изучении результатов комплексного обследования больных нами выделено 3 формы макромастии, отличающиеся по характеру и интенсивности роста молочных желез и сопутствующим им изменениям.

Агрессивная форма, выявленная почти у каждой второй больной (45,2%) и характеризующаяся быстрым (в течение 6 - 12 мес) ростом молочных желез, отеком, гиперемией кожи и вторичными изменениями ее. Как правило, она наблюдается в пубертатном и раннем репродуктивном возрасте. Средний возраст больных составил $19,5 \pm 1,8$ года (рис. 1 а, б).

Клиническая картина характеризуется интенсивным, чаще двусторонним увеличением молочных желез до гигантских размеров за короткий срок (6 - 8 мес), что вызывает физические и психические страдания больных, лишая их работоспособности.

Ткань молочных желез настолько быстро увеличивается, что кожа не успевает компенсировать перерастяжение. В конечном итоге декомпенсация кожи приводит к образованию стрий и пропотеванию лимфы и молока. Течение заболевания может осложниться трофическим некрозом, кровотечением, вторичной инфекцией и даже быть причиной смерти.

Больные могут жаловаться на боли в области молочных желез, грудной клетки, спины, наличие отделяемого из сосков (непостоянный симптом), затрудненное дыхание, одышку (ортопноэ), нарушение осанки, мокнущие изъязвления на коже, нарушение менструальной функции, невынашивание беременности, бесплодие, быструю утомляемость, потерю трудоспособности.

При осмотре молочные железы непропорционально больших размеров, мешковидной или грушевидной формы, свисают иногда ниже пупка или до верхней трети бедер, напряжены, горячие, соски и ареолы вытянуты, их трудно различить, соски сглажены. Просвечивают расширенные подкожные вены. Кожа натянута, уплотнена, цианотична, гиперпигментирована, с рубцами от перерастяжения на месте бывших

кожных надрывов, отека (преимущественно в нижних отделах), вокруг ареолы - в виде



"лимонной корочки". Кожа может быть мацерирована, с кровоподтеками, нагноениями. Под тяжестью огромных размеров молочных желез у всех больных была изменена осанка - выражен кифоз грудного отдела позвоночника. Подмышечные лимфатические узлы обычно не увеличены.

Иногда возникновение макромастии было связано с беременностью или лактацией. Как правило, увеличение молочных желез начиналось в I - III триместрах беременности и продолжалось вплоть до ее завершения.

Спонтанная стабилизация роста во время беременности произошла в одном наблюдении. Роды происходили в разных лечебных учреждениях и в послеродовом периоде лактация была прекращена тем или иным способом. Впоследствии у всех пациенток после родов инволюция молочных желез происходила в течение 6 - 12 мес, но нормального уровня не достигла ни в одном наблюдении. При повторных беременностях увеличение молочных желез прогрессирует.

Лечение - **редукционная маммопластика (РМП)** в сочетании с антиэстрогенами (терапия тамоскифеном).

Вся статья доступна по адресу

<http://www.consilium-medicum.com/media/gynecology/n1/10.shtml>

КОПИЛКА

Этот раздел создан на основе дискуссий консультантов

СМЕНА ГРУДИ

- **Прочитала в сообщении одной мамы о режиме сосаний 6-ти месячного малыша.** Очень меня насторожили спокойные одобрения в их адрес, в т.ч. и наших консультантов. Я считаю, что после 3-4 месяцев кормить одной грудью в течение 3-х часов недопустимо. Ребенок на голодном пайке! Ребенок уже сосет быстро, эффективно. Это же не новорожденный, засыпающий под грудью! В моей практике были мамы, которые следовали аналогичным рекомендациям с 1-1,5 мес. тупо без изменений до 4-5 месяцев (в т.ч. и работая с "Рожаной" по несколько месяцев). Начинали жаловаться на плохую прибавку, даже дело доходило до отказа (мама настаивала на одной и той же груди несколько раз - деть сопротивлялся), жидкий или/и

редкий стул. Как только переходили на режим: новое прикладывание/кормление - новая грудь, - резко!! возрастала прибавка, преодолевали отказ, уходили проблемы со стулом. Мамы говорили: "Но я же чувствую, что он/она не все высосал/а, молоко-то еще есть, вот и даю еще и еще раз ту же грудь". Да неважно, что маме кажется. Зачем какой-то "экономией" заниматься? Почему никто не обратил внимание, что та мама писала о жидком стуле?

- Я тоже так делала, познакомившись с этой техникой на сайте «Рожаны»... Прибавка была очень маленькой. И отказы от груди были.

- «Рожана» в последнее время предлагает такую теорию: "Правила успешного грудного вскармливания для мам в родильных домах": Не

следует часто менять грудь. Чтобы малыш высосал жирное заднее молоко, и у него не было проблем с усвоением молока, нужно предлагать ему несколько раз одну и ту же грудь на протяжении 2-3 часов. Обратите внимание, для **РОДИЛЬНЫХ ДОМОВ!** Для тех, кто начинает кормить. И **ОБЯЗАТЕЛЬНО ГОВОРИМ**, что ребенок растет! А в 18 дней мы давно уже дома, и должны уже как минимум неделю как в новых ритмах жить! Когда начинаете консультировать **СРАЗУ** поправляете, что это **НАЧАЛЬНЫЙ РИТМ**, на первые 7 дней пока ритмы не начали устанавливаться.

Устанавливаются - с 7-10 дня, с этого времени - **МЕНЯЕМ ГРУДЬ В РАМКАХ РИТМА!** Ритм - раз в час - грудь раз в час, ритм - раз в 1,5 и грудь **ТАКЖЕ**. Ритмы смены груди соответственно возрастам - для новорожденного - 2 часа, с 2 недель - 1-1,5 часа... а дальше?

Для новорожденного - все хаотично, мама соблюдает ритм переключений для груди в 3 часа, а прикладывает - как просит ребенок, иногда каждые 15 минут, иногда раз в 5 часов! С 3-4 дня мама начинает следить, чтобы ребенок получил грудь не реже, чем переключается. С 6-7 дней ребенок начинает проявлять ритмы, сначала дневные, потом ночные. Ночные - одинаковые в процессе всего грудного вскармливания. Дневные - меняются с возрастом.

В норме, эти ритмы одинаковы для всех, вариации очень незначительны и зависят от пола ребенка и ухода за ним. Как только ритм стал очевиден - маме удобнее подстроиться под него и менять грудь в рамках ритма. Это логично! Ребенок, излишне травмированный родами, ничего проявлять не будет, ему нужно помочь, тут в дело включается мама, и, зная о примерных ритмах малыша, начинает их поддерживать сама.

Так что изначально – никакого ритма. От 7-го дня до 1 месяца должен установиться в пределах 1 часа (от 40 мин до 1.5 часов) В 3-4 месяца - возрасти, примерно в 1.5-2 раза, (становится где-то через 1.5 часа у тех, у кого раньше был через 40 минут, и до 2-2.5 у тех, у кого раньше был 1.5.) К 6-ти месяцам - опять возрасти. Здесь мы имеем самые большие промежутки между дневными прикладываниями. С 6-ти до 8-ми - тесно связан со сном и прикормом. После 8-ми - зависит от погоды и настроения. В какие-то дни очень часто - в какие-то очень редко. "

- А насколько это естественно?

- Вспомним, что часы появились у всего населения не так давно. И до сих пор их может не быть в какой-нибудь африканской хижине...

- Буржуйская рекомендация "Finish the first breast first" - скормить первую грудь перед тем, как переложить ко второй, мне больше душу греет. Хотя все равно начинают спрашивать, а как определить, что уже скормили. По LLL, частое переключивание применяют как прием при вялососушем, сонном ребенке и сниженном количестве молока. Плюс дополнительно сжатие груди (обеспечивает доставку ребенку). Т.е. идет

дополнительная стимуляция. А при избытке молока и той самой лактазной непереносимости - именно ритм одна грудь в кормление или одна грудь в несколько кормлений подряд - снижение стимуляции и более полное опорожнение груди. Маме предлагается, ориентируясь на свои ощущения и наблюдение за состоянием ребенка подобрать в конце концов тот ритм смены груди, который подходит именно им.

Кроме того, даже в индивидуальной паре мама-ребенок иногда будет достаточно одной груди несколько раз (с утра, например), но вечером после 6, когда грудь менее полная (объективно), ребенок не откажется от обеих за кормление.

Что у нас в рунете иногда проходит мимо в коллективном сознании - что "одна грудь в несколько кормлений" не является стимулятором лактации, скорее наоборот. Я видела в форумах советы давать обязательно только одну грудь несколько раз подряд, если мало молока. При этом не надо быть И.П.Павловым, чтобы заметить, что в таком случае стимуляция всегда ниже, чем при сходном по частоте кормлении обеими грудями.

- Мнение Д-р. Лейбович консультант ГВ, степень IBCLC, стаж 20 лет, врач педиатр. Привожу ее мнение по поводу смены груди раз в три часа. : "Эта система служит для уменьшения выработки молока у мам с гиперлактацией. Вот в чем проблема. Если вы кормите ребенка одной грудью в каждое кормление, он получает слишком много высококалорийного заднего молока. Он дольше сыт, увеличивается промежуток между кормлениями. Вторая грудь переполняется, и начинается действие FIL (ингибитора лактации), который сигнализирует организму, что надо вырабатывать поменьше молока. Например, вы покормили ребенка левой грудью в 8 утра. И не кормите другой грудью, даже если он захочет есть еще. Вы даете ему снова левую грудь. Он получает много калорий и наедается. В 11 или 12 часов ребенок хочет есть снова, и Вы предлагаете ему правую грудь. Он опять получает слишком много жирного молока, и не испытывает голода до 3 или 4 часов дня. Таким образом, левая грудь будет наполняться с 8 утра до 3 или 4 часов дня. Она тяжелеет, переполняется, и это заставляет мозг сигнализировать, что надо уменьшить выработку молока. То же самое происходит с другой грудью, и, примерно, через 4-8 недель у вас перестанет хватать молока. Я прекратила рассказывать о переднем и заднем молоке на лекциях для кормящих, т.к. это обуславливало распространение ошибочной информации о кормлении только одной грудью. Такую систему мы используем только для мам с гиперлактацией, и то, не дольше, чем в течение двух недель. "

- Что касается «Рожаны», то меня учили когда-то, что с 3-4- месяцев ребенку может понадобиться две груди в одно кормление. Что вполне соответствует истине, некоторым - действительно,

может понадобиться, а некоторым - после полугода, а некоторым ближе к году...

- Мы с подругами тоже, надо сказать, вплоть до двухлетнего возраста ребенка меняли грудь не часто, те же приблизительно 3 часа, ни у кого проблем с маленькой прибавкой веса или со стулом не было, наоборот, две девочки прибавляли так, кто было страшно, не лопнут ли... (шутка). Думается, разумно учитывать состояние ребенка.

- Я когда кормила - не зацикливалась - иногда повторно давала, но не потому, что надо "все высосать", а потому, например, что на улице в слинге ношу на одном плече - и попадает уже "кормившая" грудь.

- Да и я "не зацикливалась", когда сама кормила - взвесишь на ладони, какая тяжелее, ту и давала. Правда, мне тут одна мама звонила с проблемой - в одной груди молоко пропало. Говорила, что тоже "взвешивает", но потом смотрит, что кормит практически одной грудью, которая "больше".

- Я ориентировалась на поведение ребенка всегда: если деть сосет - значит ему все нравится, а если он отказывается и капризничает - то конечно другую предложу и посмотрю на поведение.

- На детей не всегда можно ориентироваться - мои были "воспитанные" и сосали то, что дают, до посинения - типа "мама знает что делает". Есть дети, которые возмущаются (я писала), - "мама, подкорректируй свои действия!" Но есть и такие, которые послушно сосут, что дали, не прибавляя в весе. Я про этих, "проблемных". Я глобально даже не про мам, а про консультантов, чтобы всех мам под одну гребенку не консультировали. Конечно, не с первого телефонного звонка становится ясно, что там у них (на вызове проще - карточку заполнишь, много чего узнаешь). Но я теперь "начеку", если деть после 3-4 мес.

- Для общих рекомендаций вполне подойдет, мне думается, что первые месяцы, при "беспорядочном" и частом сосании - меняем через 1,5-3 часа, а по мере урежения прикладываний - каждую грудь по очереди, а по необходимости и две в одно кормление... А урежение прикладываний, оно, в среднем, сами знаете - в три-четыре месяца... Если мама кормит, переключая в каждое кормление, и у нее все хорошо, я ей не скажу, чтобы делала по другому...

- Тут ты точно с LLL заодно :) - у них есть любимое правило "не поломано - не чини" :) Пока женщина кормит и у нее все в

порядке - то она может кормить так, как хочет. Если начинается проблема (мало молока, много молока, пена в стуле и ребенок очень нервничает), то изменением того, как мы предлагаем грудь, можно добиться изменения ситуации.

- Просто тема эта - смена груди - узкое место общения с ЛЛЛ, если кто заметил.... Смена груди, таким образом, в ЛЛЛ - лечебный режим при лактазной непереносимости. В общем и целом, как мне показалось - кормите, как хотите, и большинство там переключают туда-сюда с рождения.

- Вот что ответила та мама: «я уже пробовала где-то с месяц назад давать одну грудь за кормление, в следующее требование предлагала другую (без трех часового перерыва). Результат: обострение проблем и с газообразованием, и стул стал еще более жидкий (совсем вода). После того, как вернулась к схеме через 3 часа, ситуация значительно улучшилась, и зелень в стуле теперь бывает значительно реже, и консистенция улучшилась».

- А не предложить ли мамам в подобных ситуациях проконсультровать ребенка у детского гастроэнтеролога? Нас учили, что к 6 мес. микрофлора у ребенка становится стабильной (если не было вмешательств в ГВ типа докорм, вода, медикаменты, бассейн. А если было, то к 7-8 мес). Ее (флору) уже, как бы, имеет смысл корректировать биопрепаратами (типа бифидумбактерина), если проблемы не решаются/остаются.

- Консультант использует всю массу имеющихся знаний в соответствии с ситуацией и применяет то, что надо. Кому-то надо и в месяц кормить из двух грудей (тому, кто занимается увеличением количества молока, например). Кому-то и после полугода можно грудь менять хоть через 5-6 часов... При личном консультировании даем личную информацию... Вот со статьями сложнее, там информация - одна на всех. Я теперь понимаю, что сама поспособствовала тому, что некоторые ни за что вторую грудь не дадут в одно кормление и после года :(... Мама, следящая за поведением ребенка, наверняка заметит его желание сосать еще, и предложит вторую грудь, если ребенок настаивает. Стул же, насколько я понимаю, может быть связан не только (и не столько) с количеством получаемого молока. Тем более после 6-ти месяцев, когда существует и связь с прикормом. Стоит так же обращать внимание на ощущение наполненности груди, наблюдать за манерой сосания ребенка во время кормления.

ТЕХНИКА ПРАВИЛЬНОГО ПРИКЛАДЫВАНИЯ

1. Складка против ассиметричного прикладывания. Вкладывать ребенку грудь или ждуть, пока сам возьмет?

Дискуссия порождена обсуждением текста буклета - описания, как подавать ребенку грудь.

«Дождитесь, когда ребенок откроет рот максимально широко, и вложите грудь вместе с ареолой (темным околососковым кружком) в рот как можно глубже!!!»

- Я всегда понимала, что складка - это берешь грудь на границе ареолы, несколько сдавливаешь и оттопыриваешь вперед, как бы съезжая, вот кожа-то и сморщивается. Несколько на сжеживающие движения похоже. И это дело - в ротик, по самое "не хочу". Все же есть разница в таких прикладываниях. Или я не права?

- Вот складка, которую я видела у мам - она ж точь-в-точь как на картинке про давание одного соска получается... Молочные синусы не попадают малышу в рот, язычок может быть складкой протолкнут назад.

- Я хочу поспорить. Я за складку!!!

- Ну, смотря какую складку. Такая маленькая, из кожи ареолы мне все равно не нравится.. ДА, добавила вот картинки, две, которые крупнее - я об этом. Я против такого возражаю. О, подумалось, что в ассиметричном прикладывании тоже используется складка, только толстая и перекошенная, вот!



- Про притягивание ребенка и вкладывание в ротик - мне кажется, Серзы писали, что тут движение должно быть обоюдным - мама подает удобную складку, притягивая к себе ребенка, т.е по сути, это очень похоже на то, что она накладывает ребенка на складку, ну и иными словами вкладывает ее в рот...

- Нет, это не иными словами. Это мама берет грудь и вкладывает ее в рот ребенку, который может и на спине лежать при этом. Часто видела реализацию похожих инструкций, оно все-таки напоминает охоту с грудью за ребенкиным ртом. Всегда приходится очень четко говорить что "ребенка к себе". Есть шанс, что больше будет похоже на обоюдное движение.

- Тянуть грудь, ясное дело, к ребенку не надо. Он изначально должен быть так расположен, чтобы ничего не нужно было тянуть. Очень близко, очень плотно...

- Некоторые мамы отлично справляются без всякой складки, просто подавая грудь ребенку, то есть, позволяя ее захватывать ребенку, как он

может. Другим не так везет, они могут полагаться только на себя, а не на ребенка, таким детям приходится помогать, именно вкладывая грудь в ротик.

- Мы с вами, имея уже детей, можем запросто сделать ассиметричный захват, держа пальцы хоть в 20 см от соска...(шутка)

- Ну, дети и мамы сами часто делают ассиметричное прикладывание. Собственно, этот термин просто обозначает положение груди во рту ребенка, когда снизу заметно больше груди оказалось, чем сверху. Есть несколько вариантов достижения этой цели - я и другие знаю, не только то, что на сайте у меня.

- Но я сталкиваюсь в роддоме с настолько неуклюжими мамами и настолько неинстинктивными детьми, что удивляюсь... Они даже пальцы не могут поставить на границу ареолы.

- Я тоже таких встречаю, не могу понять, от чего зависит. Моторика какая-то, что ли... Я тогда прошу разрешения показать на ее груди, куда ставить пальцы. просто своим пальцем обозначаю точку, куда она должна поставить свои. Но у меня роддом редко бывает, уже постарше и поопытнее народ.

- Эта складка реально помогает, и только в редких случаях проблем с сосанием (которые идут с самого начала) я вижу заталкивание языка назад (ну как кулак в рот). Более того, с течением времени, складку уже не делают, то есть это временная мера, когда оба учатся

- Ну да, потом можно и стоя на голове прикладывать, как в видео из Израиля. А куда ты деваешь свой/мамин палец со стороны нижней губы? Он идет в рот ребенку? Так, наверное, можно помочь шире раскрыть рот ребенку со сниженным тонусом?

- Пальцы снизу груди, если их поставить недостаточно далеко иногда заходят в рот. Пробуем несколько раз, чтоб без пальцев в рот

- Я немножко не поняла, почему "складка" пропихивает язычок внутрь, если мы ожидаем момента широкого раскрытия рта и накладывания складки на язычок, расположенный на нижней челюсти движением сверху вниз... Т.е это может быть, как справедливо Оксана написала, в редких случаях, когда рот не открывается, язык не высовывается. Но бывает же, что повставляешь складку несколько раз, и глядишь, язык уже на место попадать начал....

- По моему опыту на плотных небольших грудях практически не удастся складка.... там надо пробовать обязательно ассиметричное с соском вверх.

- А на мягких это вообще зашип какой-то. У меня была недавно мама с сильными трещинами, ее в роддоме именно так учили. И когда она пальцы ставила на границу ареолы, они соскальзывали сразу.

- По поводу синусов – ты видела новую анатомию груди по ВАВу 2004 года? Нет в груди синусов, везде протоки одинаковой ширины.

- Картинки самой не видела, но в курсе. По исследованиям Донны Рамзай на ультразвуковой картинке синусов не увидели, просто протоки равномерно расширились, когда срабатывал рефлекс отделения молока. Но тем не менее, гистологически, эта область, где раньше были синусы отличается от протоков - эпителий там другой совсем. Хирурги его отличают. Джин Коттермен, чью статью я переводила, большой любитель таких вещей. Я знаю, что этот вопрос обсуждался у консультантов по гв. Что-то там все равно есть. Словом-то надо все равно "место, где мы ставим пальцы, когда сцеживаем" обозначить. Ну так вот это место может быть оттеснено пальцами вглубь груди или же пальцы мамы могут помешать язычку ребенка установиться на это самое место. Оно потом может и подтянуться сосанием ребенка, но первые секунды могут сложными.

- Вот поглядела я на картинки, на себя, и подумала, что у меня бы складка не прошла - как раз бы наверное эти "синусы" не вошли в рот...Про к себе и охоту за ртом...не сразу получается это, как ни говори...Приходит с опытом. Это видно уже через неделю, через 2. Хотя некоторым так и не удается к себе, так и наклоняются. Нет, я согласная на то, чтобы к себе, я так показываю, на кукле и на ребенке потом, но на практике все дело в количестве попыток.

- Я вижу очень много благополучных кормлений без всяких направлений сосков вверх, без того, чтобы нижняя губа была во рту больше... У меня самой было простое симметричное прикладывание все 3 года. Складку я не делала, не знала тогда об этом, просто старалась давать глубоко в открытый рот.

- Аналогично, видела, кормила, вообще не задумываясь, на инстинктах. Даже про широко открытый рот как-то не думала с Машей. Ньюмен сам пишет у себя в книге, что большинство мам не задумывается о прикладывании и успешно кормит. Просто потому что у них самих по себе много молока и даже у тех, у кого прикладывание субоптимальное, деть просто может компенсировать это более частыми кормлениями или активным рефлексом отделения молока у мамы. Но есть пары, для которых надо, чтобы все было exactly right, до миллиметра и градуса.

- ВОЗ в "как обеспечить успех" пишут - не давайте матери рекомендаций, как она должна подавать грудь.... Вот так-то...

- Это если мама нормально все делает или только собирается приступить. Тогда да, просто оставить их в покое, кожа к коже. "Не поломано - не чини" (с) LLL. А если проблемы - все-таки надо некоторые идеи подбросить.

- Просто ладонь снизу, большой палец сверху.

- А это уже инструкция. а про складку все равно не пишут.

- Я за разные подходы!

- Золотые слова, про разные подходы. Я тоже. Действительно, все эти груди и ротки поражают разнообразием форм! Про складку, когда я про нее пишу, я имею в виду то, что оказывается перед пальцами. У кого-то это действительно складка кожи получается, а у кого-то оттопыренный вперед сосок. Я просто не знала, как это обозвать, чтобы подходило ко всем ситуациям. Когда даешь общие рекомендации, не знаешь, какая мама их прочитает. Мама с грудью, для вкладывания которой не нужна складка, быстро это поймет, надеюсь.

- На очной консультации маме, которой не нужна складка, я и делать ее не буду. Все ли консультанты не будут, вот в чем вопрос...

- В общем, мы должны уметь действовать по-разному, применяя то, что необходимо, в зависимости от ситуации.

- Наша общая большая проблема в том, что мы не можем встретиться и посмотреть, что мы реально делаем на практике. Возможно, мы все делаем примерно одинаково, но по-разному об этом говорим, и создается впечатление больших различий.

2. Есть ли какие-либо рекомендации по проверке ПП?

- Я думаю для начинающих это интересно, так как я сама постоянно сталкиваюсь с тем, что с виду - ОНО правильное, а когда грудь у ребенка заберем, видно, что там во рту был только сосок. Поэтому я всегда стараюсь поглядеть - как мама даст (если она еще не кормит), как ребенок сосет, губки, потом грудь забираем, смотрим, потом даю я. Сравниваем. Получается, что надо обязательно грудь забрать изо рта, чтоб увидеть правильное или нет прикладывание.

- Нет, мы грудь не забираем, чтобы проверить. Мы смотрим на грудь (форму соска, размер ареолы) и потом оцениваем глубину захвата и насколько вывернуты губки, как широко ребенок открывает рот, когда сосет.

- Когда вы смотрите? Ведь если ребенок уже сосет, вы не видите ни размера ареолы, ни формы соска.

- Мы не рассматриваем пристально грудь мамы. Просто когда мама собирается покормить, визуальное оцениваем, насколько глубоко можно ЭТО засосать. И потом уже смотрим, как сосет ребенок. Если понятно, что не глубоко захватывает, или что-то подозрительно и не нравится, забираем у ребенка грудь и прикладываем сами. Указываем маме на разницу - как было, и как стало. И показываем дальше, КАК прикладывать, КАК добиваться глубокого захвата. Это еще половина дела. Важно, чтобы в процессе кормления деть не сползал.

- Ага! Получается, что ты смотришь, пока она еще не кормит. Дома на визите так и бывает. А вот в роддоме - я захожу в палату, когда ребенок уже сосет, и получается

иначе. Поэтому я могу оценить только тогда, когда он отпустит грудь.

- Я действую по обстановке. Ребенок даже в роддоме вряд ли будет сосать на протяжении всего разговора. И потом, я помогаю маме поудобнее устроиться, показываю другие позы для кормления. Так или иначе, ей придется заново прикладывать ребенка к груди. Вот тогда я и говорю об этом. Даже если прикладывание правильное, говорю, чтобы она следила за этим. Чтобы запомнила и следила! Если неправильное, то показываю разницу. На визите еще проще. Там обычно много времени проводишь. И для всех моментов гв хватает времени. Если прихожу, и ребенок сосет, то начинаю с технической стороны вопроса. Если ребенок спит - то начинаю с теории.

Задаю вопросы, налаживаю контакт с мамой .
- Я чего-то не понимаю. Гляди - ты пришла, человек сосет. Ты проверяешь (предлагаешь проверить) ПП. Тебе непонятно, сколько ареолы реально во рту. Может, можно забрать грудь и глянуть, если есть сомнения?

- Может. Я ж говорю - по обстановке! Если есть сомнения, их надо развеять. Но для нас ведь важно, что бы мама разницу поняла и запомнила. И научить саму маму правильно прикладывать. Если есть сомнения, можно попросить саму маму приложить ребенка заново. Если окажется все неверно, или сомнения какие то еще есть, показать самой, как прикладывать и глубину захвата.

ЗАМЕТКИ КОНСУЛЬТАНТА

ИЗ ИСТОРИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

**Волкова Елена,
консультант по грудному вскармливанию,
руководитель Санкт-Петербургского фонда
“Группа поддержки грудного вскармливания”,**

Собирать исторический материал чрезвычайно увлекательно, особенно если это касается столь интересной для нас темы естественного вскармливания.

Городок Нея Костромской области. В 2003 году сотрудники местного отдела культуры по крупицам собрали информацию, ставшую основой реферата “Этнография детства”. Работа посвящена традициям воспитания, принятым в данном крае. Есть здесь информация и о свадебных обрядах, о родах, о приданом, которое готовили для младенца, о колыбельных и потешках, и о многом другом, что связано с воспитанием детей, а также их вскармливанием. Прежде всего надо сказать, что рождение ребенка не было событием из ряда вон выходящим. По-особому относились разве что к первенцу, к рождению которого готовились очень тщательно.

После рождения малыша с ним “водились” (нянчились – здесь и далее примечание автора) бабушки или старшие дети. Взрослые уходили на работы. Бывало даже так, что младенца оставляли одного, так как некому было за ним присматривать. Но это скорее исключение, чем правило. Часто в няньки приглашали подростков детей из других семей.

Если мать работала недалеко от дома, то малыша ей приносили на кормление. А если возможности такой не было, то перед уходом она «начиркивала» (сцеживала) молоко и оставляла нянькам, которые поили ребенка с помощью специального приспособления, сделанного из коровьего рога: «...рог вычистят, выделают, сделают небольшую дырочку и поят тонкой струйкой»(1). Иногда на рог прикрепляли соску, которую изготавливали из соска коровьего вымени

следующим образом: «...сосок вымоют, выпарят, он делается плоский, как лепешка, привяжут его к рогу и поят ребенка»(2). Подобным образом кормили малыша и в том случае, если у матери не хватало или не было молока. В рог тогда наливали коровье молоко, обязательно тепловое, кипяченое или парное. Кстати, именно отсюда происходит название для бутылки с соской – «рожок». Согласно воспоминаниям, такое кормление было мучением и для матери, и для малыша: «...от такого воспитания можно было и помереть...»(2).

Спал ребенок с самого рождения отдельно от матери в зыбке или люльке, которую для удобства вешали рядом с материнской кроватью. Почему отдельно? Боялись «прижать», задушить(4).

Что касается “пустышек”, то и они были на вооружении мам в те далекие времена, только назывались по-другому: “сосули” или “сосульки”, или даже “жвачка”. И делали такие “сосули” следующим образом: брали небольшой кусочек ткани и выдергивали из него несколько ниток или протыкали спицами. В ткань клали нажеванный хлеб, пряники, кашу. Затем обвязывали ниткой, обмакивали в молоко и давали ребенку(3). В одних деревнях Костромского края было принято давать “сосульку” не раньше одного месяца(4). В других считалось, что такая “жвачка” с пережеванным ржаным хлебом защищала новорожденного от пупочной грыжи (“чтобы пуп не грыз”) (5).

Кормили детишек грудью действительно долго, иногда и до 3-4 лет. Из воспоминаний: “...старухи говорили, что чем дольше сосишь (кормишь грудью), тем дольше не забеременеешь, мол, замена будет, но всякое бывало”(6).

Способы отлучения были очень разнообразные. Чего только не делали, чтобы отвадить ребеночка от груди: и мазали ее перцем(7), и горчицей(6), и даже сажеей(8), но малышей не проведешь – поревут, оближут и снова сосут. Были и другие способы: "...в грудь пихали овчину, чтобы напугать ребенка, но он все выдерет и сосет(6). Или клали красную тряпку, которую, впрочем, постигала та же участь. А бывало унесут на недельку к родне, ребенок про грудь и забывал(9). Или так: "...в грудь пихали щетку колючую, которой чешут лен, показывали ребенку и говорили: "Бука там, Бука, давай, прогоним Буку". Ребенок наколется и испугается. Так повторяли несколько раз(2). Могли еще так приговаривать: "Ой, Бука пришла, твою сисю унесла"(10).

Когда отлучали, грудь перетягивали настолько сильно, что иногда между тряпками выскакивало уплотнение размером с яйцо. Грудь очень болела, а потом все проходило(5). От себя замечу, что воспоминание о перетягивании груди во время отлучения относится к 40-50 годам XX века.

Грудное молоко было также составной частью рецептов от различных хворей. Например, если у ребенка была пупочная грыжа ("грыз пупок"), то делали так: счиркивали грудное молоко и с вымытого старинного медного пятака толщиной 0,5-0,7 мм с краев соскабливали медь и давали пить ребенку с чайной ложки, вскоре проходило(11). Или такой рецепт: если у ребенка была щетинка на спине (жесткие черные волосы), ребенок "корезился", беспокоился, то его несли в баню, распаривали, спинку сбрызгивали грудным молоком, растирали против щетинки, что-то приговаривали, волосы и выпадали (2).

Существовали также способы лечения мастита. Один из них – прикладывание к груди запаренной сенной трухи (12).

А вот какой рассказ о грудном вскармливании поведала нам Сизова А.И., 1918 г.р., жительница д. Починок Елkinsкого с/с.

"Ребенка в первый раз прикладывали к груди через час или поболее после родов. Сначала первые капельки счиркивали на глаза, на щечки, а потом уж и титьку давали. Кормили не по часам, а как заорет, а то и мякиша нажует в тряпку, да и сунем. В постелью ночью с собой кормить не

ложили. Одна у нас ребенка во сне заспала. Титькой носопырку закрыла, мальчонко-то и задохнулся. Дак уехали оне из деревни со стыда. Покуда кормились титькой-то, ребенок-то и не болеет почти, с молоком силу берет. Почему через час после родов прикладывали? Да, покудов его помоят, да попарят, да пуп перевяжут, да воденку бабка наговорит от уроков (сглаза), покуда роженицу обиходят, а уж потом и до титьки дело дойдет. Подносили со словами: "Господи, благослови в добрый час". Ковда у мальчика молочница случалась, говорили: "молоко обволокло". Мазали во рту медом, все и проходило.

Ежели у матки грудница привяжется, прикладывали капустные листья, а когда нарвет сильно – лук печеный, али шерсть, намыленную серым мылом – помогало.

С молоком дитю настроение маткино передается. Она ревет, и дите орать будет. Мать психует – дите заполошное, всего боится, нелюдим. Ковда кормили грудью, старались спокойной быть.

А чтоб у рожаницы молока не было, я не припомню. Кормили титькой и не прикармливали ничем долго. Дак дети-то были крепче, чем нонче, как сбитень. А от груди отлучали – щеть пихали в пазуху. Заговаривали: "Как лес не тоскует по дереве, так ребенок не тосковал бы о грудях".

А когда первый раз к титьке-то прикладывали, говорили: "Как смогла я мать сносить-породить, даст Бог, смогу молоком окормить (или прокормить), что-то такое". (Записано Переломовой В.Н. Автор сохранил особенности наречия).

Послесловие.

Последнее время мы все чаще говорим о возрождении народных традиций. Но некоторые из них таковы, что как-то неуютно становится при знакомстве с ними. Многие народные традиции грудного вскармливания требуют точной расшифровки смысла и тщательного рассмотрения через призму современных принципов вскармливания детей. И совершенно очевидно, что не все надо возрождать, а есть необходимость в создании новых добрых традиций, которые, как знать, может, тоже будут когда-нибудь пересмотрены.

Информаторы:

- (1) Баракова М.Н., 1924 г.р., родилась в д. Глебово Нейского района, проживает в д. Боярское Солтановского с/с.
- (2) Михалева Е.Г., 1918 г.р., родилась в д. Коршуново Нейского района, проживает в с. Солтаново.
- (3) Слащева Е.И., 1914 г.р., родилась в д. Выпощево Кужбальского с/с Нейского района, проживает в д. Глебово Солтановского с/с.
- (4) Щепина Г.Ф., 1921 г.р., проживает в г. Нея.
- (5) Бахвалова А.И., 1923 г.р., проживает в г. Нея.
- (6) Курочкин А.А., 1930 г.р., родился в д. Оленево Вожеговского с/с Нейского района, проживает в с. Солтаново.
- (7) Муратова Р.Н., 1944 г.р., родилась в д. Коршуново Нейского района, проживает в с. Солтаново.
- (8) Нечаева М.Ф., 1928 г.р., родилась в д. Чучино Вохомского района, проживает в с. Солтаново.
- (9) Вихарева А.В., 1918 г.р., родилась в д. Лясково Михалевского с/с.

(10) Записано Соколовой И.В., художественный руководитель Кужбальского СДК.

(11) Хватова А.Н., 1918 г.р., родилась в д. Курилово Коткишевского с/с.

(12) Лебедева Л.М., 1931 г.р., родилась в д. Заингирь.

Особую благодарность автор статьи выражает Ранжевой Нине Павловне, ведущему методисту Отдела культуры г. Нея, которая предоставила возможность ознакомиться с материалами реферата "Этнография детства", а также Переломовой В.Н. (Елkinский с/с), а также другим сотрудникам сельских Домов культуры, которые собрали и записали столь ценный материал.

ЛИТЕРАТУРА

ОБЗОР МЕДИЦИНСКИХ СТАТЕЙ ПО ВОПРОСАМ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РОССИИ

*Подготовила Рюхова Ирина
консультант группы поддержки естественного
вскармливания «Млечный путь» г. Барнаул Россия*

[Ермакова Е.Ю., Обухова А.Ю. "Грудное вскармливание"](#)

Статья странная, прежде всего тем, что непонятно кому адресована. Начинается она с обращения: «Милая мать, ты можешь приобщить твоего ребёнка к своей душе и как ты несказанно счастлива и какая тебе честь, что ты можешь кормить его сама! Никогда в жизни ты не подойдёшь к нему так близко телом и душой. Неужели ты в состоянии отказать ему в этом?» А после следуют чисто медицинские подробности и термины, например «Сейчас установлено, что репрессия лактазы контролируется гипоталамо-тероидной осью, нарушение функций которой предотвращает репрессию этого фермента»...

Сначала утверждаются в общем довольно правильные вещи, но ближе к концу авторы **обязывают** мать кормить двумя грудями в одно кормление и приводят в качестве положительного примера опыт мамы, которая «готовила соски», ограничивала жидкость «чтобы не было предпосылок для мастита», держала ребенка у груди «не более 7-10 минут», «делала молоко калорийным» и т.п. В общем, статья из разряда «благими намерениями...»

[Проблемы практического внедрения принципов успешного грудного вскармливания ВОЗ/ЮНИСЕФ.](#) Е.Ф. Лукушкина, О.К. Нетребенко, О.А. Васильева, Л.В. Абольян, А.А. Корсунский.

Статья, насыщенная медицинской статистикой по результатам исследований (в основном – в Нижнем Новгороде). Все данные подтверждают личный опыт консультантов (особенно работающих в родильных домах). Может пригодиться, если кто-то хочет предоставить медикам материалы о пользе инициативы Больницы, Доброжелательной к Ребенку.

[Грудное вскармливание. Безопасная организация политики "больницы доброжелательной к ребенку".](#) Водяников Л.Г. врач-неонатолог, Роддом г. Асбеста Свердловской области.

Статья неоднозначная. Речь в ней идет об опасностях, связанных с внедрением системы поддержки грудного вскармливания. К таким

опасностям автор относит: обезвоживание; ядерную желтуху; гипоксически-ишемическую энцефалопатию; синдром внезапной смерти и механическую асфиксию, вследствие закрытия дыхательных путей мягкими предметами (в том числе - грудью матери). Опасность гипоксически-ишемической энцефалопатии в статье так и не рассматривается; что касается остальных моментов, то здесь встречаются как очень здравые рекомендации (например, для предотвращения обезвоживания), так и перестраховочные – к примеру, дается следующая рекомендация «если мать сильно утомлена, находится под влиянием снотворных препаратов или наркотических анальгетиков, оставлять новорожденного без присмотра в одной кровати рядом с матерью категорически недопустимо. Каждое кормление грудью в этих случаях следует проводить только под контролем медперсонала или родственников». Если со снотворными и наркотическими препаратами это еще понятно, то неясно, почему просто утомленная (видимо, родами?) мать не может не то что положить ребенка в свою кровать, но даже покормить без присмотра медперсонала...

[Нежные материнские прикосновения](#) Водяников Л.Г. врач-неонатолог, Роддом г. Асбеста Свердловской области.

Еще одна статья того же автора, на этот раз однозначно полезная – в ней приводятся обоснования необходимости контакта кожа-к-коже для младенцев и их родителей.

[Опыт преподавания раздела "Вскармливание" на Лечебном факультете](#) Капранова Е.И.

Цитата из статьи: «Разделу «Питание ребенка» в общем курсе педиатрии на 5-м курсе лечебного факультета посвящены лишь одна лекция (2 ч.) и одно практическое занятие (4 ч.).» Причем за это время рассматриваются вопросы от питания беременной женщины до питания детей старше года... Вся статья представляет собой пересказ того, что все-таки преподают студентам-медикам. Причем встречаются перлы, что беременная и кормящая женщина должна постоянно, беспрерывно принимать комплексы

микронутриентов типа «Матерны» или «Думил мама», иначе ее молоко «не будет золотым стандартом для ее ребенка»; что «нельзя помогать ребенку найти грудь при первом прикладывании». Хотя говорится о «более позднем введении прикорма», но сроки начала прикорма так и не обозначены – указывается лишь, что творог и желток должны вводиться не ранее 6-7 месяцев. Очень большой раздел по использованию смесей – может пригодиться и консультантам «для общего развития».

[Заблеваемость детей раннего возраста, находящихся на различных видах вскармливания](#)
Журавлева З.Е., Исроилов А.Р.

Статья состоит в основном из статистики, весь смысл ее – в том, что исследования в Ташкенте подтвердили данные зарубежных исследователей: наиболее оптимальные показатели здоровья и развития на 2-3м году жизни обнаруживаются у естественно вскармленных детей.

[Влияние грудного вскармливания на нервно-психическое развитие детей первого года жизни](#)
Михеева И.Г., Курасова О.Б., Краснолобова С.А., Хачатрян Л.Г., Верещагина Т.Г., Ключник Т.П.

В статье изучается взаимосвязь вида вскармливания ребенка и нарушения психомоторного развития на первом году жизни, для чего обследовалось 119 детей. Результаты очень благоприятны для сторонников естественного вскармливания: соответствующее возрасту развитие имели 51% детей на ЕВ и всего 28% детей на ИВ. Причем на ИВ выраженную задержку развития имели 49% детей. Остальные подробности читайте непосредственно в статье.

[Вскармливание детей: современные проблемы и нерешенные вопросы](#) Нетребенко О.К.

Статья вполне годится, чтобы показывать ее медикам в ответ на вопросы о более позднем введении прикорма: в ней подробно

рассматривается развитие детей на исключительно грудном вскармливании до 4 и до 6 месяцев жизни, со следующим выводом: для детей, родившихся массой более 3 кг, гораздо более полезно ИГВ до 6 месяцев, без необходимости введения каких-либо дополнительных добавок в рацион. Хотя, конечно, есть вопросы по обоснованию необходимости прикорма во 2-м полугодии: к примеру, в приведенной таблице объем поступающего с грудным молоком цинка резко падает от 0,90 мг на 6-м месяце до 0,68 мг на 7-м – при увеличивающемся объеме грудного молока!..

[От «Капли молока» к «Здоровому малышу» \(новые организационные технологии в обеспечении детей первых 2 лет жизни льготным питанием в Санкт-Петербурге\)](#) Симаходский А.С., Булатова Е.М., Эрман Л.В.

Интересная статья познавательного характера об истории молочных кухонь в России (начиная с XIX века!..) и о том, как эти кухни функционируют сейчас в Санкт-Петербурге.

[Новые подходы к статистике распространенности грудного вскармливания в Российской Федерации \(69 Кб\)](#) Конь И.Я., Абольян Л.В., Фатеева Е.М., Гмошинская М.В., Каплина В.И.

Действительно, статистика грудного вскармливания, с которой можно познакомиться в минздравовских материалах, обычно выглядит несколько... путано. В этой статье предлагаются другие, более понятные критерии для учета статистики грудного вскармливания, и пример их использования в Нижневартковске. Если предлагаемые принципы будут использованы, ориентироваться в статистике станет проще.

Все статьи можно найти на сайте Ассоциации по ссылке

http://www.akev.narod.ru/art/articles_nauk.htm

Целью «Ассоциации Консультантов по Естественному Вскармливанию» является:

пропаганда, распространение и поддержка естественного вскармливания, распространение рекомендаций Всемирной Организации Здравоохранения по кормлению грудью, информационная и методическая поддержка консультантов по естественному вскармливанию, содействие развитию сети консультантов и групп материнской поддержки по всей России и в ближнем зарубежье.

