

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Научно-исследовательский клинический институт детства
Министерства здравоохранения Московской области»**

**Факультет усовершенствования врачей
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области
«Московский научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского»**

ОРГАНИЗАЦИЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НОВорожденных В Учреждениях Родовспоможения

Методические рекомендации
УДК 618. 4:362.156
ББК 57.30

**Авторы: Захарова Н.И., Малютина Л.В., Аксенов Д.В., Зубков В.В., Пастарнак А.Ю.,
Алимова Н.Г., Аблогина О.А., Немурова Е.Г., Гончарова Е.А., Петрова А.С., Лаврен-
тьев С.Н., Кондратьев М.В. Крикунова В.Л., Одинаева Н.Д.**

Рецензенты:

Амирова В.Р. Профессор кафедры госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Башкирский
государственный медицинский университет» Минздрава России,
Главный внештатный специалист неонатолог Минздрава России
по Приволжскому федеральному округу, д.м.н.
Бочарова И.И. Ведущий научный сотрудник ГБУЗ МО МОНИИАГ, им. Академика В.И.
Краснопольского, д.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ.

ВВЕДЕНИЕ.

ГЛАВА 1. Состав и полезные свойства грудного молока.

ГЛАВА 2. Основные принципы организации и продвижения грудного вскармливания.

ГЛАВА 3. Отказ женщины от грудного вскармливания. Алгоритм ведения.

ГЛАВА 4. Введение докорма. Чек-лист.

ГЛАВА 5. Индивидуальный банк грудного молока.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Техника ручного сцеживания грудного молока.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Дневник сцеживаний.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Памятка для родителей о грудном вскармливании.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Памятка при выписке из родовспомогательного учреждения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Критерии постановки диагноза гипогалактии (о92.4).

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. Отказ от грудного вскармливания.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7. Техника введения докорма.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8. Сцеживание и хранение грудного молока в медицинской организации и домашних условиях, создание индивидуального банка грудного молока.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9. Стандартная операционная процедура для комнаты сцеживания и хранения грудного молока.

ПРИЛОЖЕНИЕ 10. Инструкция стерилизации индивидуальных молокоотсосов.

ЛИТЕРАТУРА.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ГВ – грудное вскармливание

ГИЭ – гипоксически-ишемическая энцефалопатия

ГМ – грудное молоко

ДОД – день открытых дверей

ЖК – женская консультация

ИСМП – инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи

ЛК – лактационный криз

НЭК – некротизирующий энтероколит

ОПБ – отделение патологии беременных

ОПННД – отделение новорожденных и недоношенных детей

СОП – стандартная операционная процедура

Методические рекомендации предназначены для врачей-неонатологов, врачей анестезиологов-реаниматологов, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, заведующих структурными подразделениями медицинской организации, освещают вопросы организации медицинской помощи по грудному вскармливанию здоровых и больных новорожденных детей с целью сохранения здоровья ребенка с рождения и возможности матерей кормить его у груди. Представлены последовательные принципы и условия формирования модели грудного вскармливания в родовспомогательных учреждениях. Рекомендации могут быть использованы в региональных образовательных мероприятиях для врачей-неонатологов, врачей анестезиологов-реаниматологов, врачей-педиатров и организаторов здравоохранения.

Методические рекомендации написаны в соответствии с научно-исследовательской работой ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Министерства здравоохранения Московской области» по теме «Организация медицинской помощи детям с перинатальными повреждениями мозга, региональный опыт».

Утверждено на заседании Учебно-методической комиссии ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Министерства здравоохранения Московской области» от 18.12.2024 г. Протокол № 10.

Введение.

Охрана здоровья матери и ребенка является основной стратегией отечественного и мирового здравоохранения в достижении Целей Устойчивого Развития, принятых Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций до 2030 года [1,2]. К задачам демографической политики России относится укрепление репродуктивного здоровья женщин и развитие детского здравоохранения [3].

Грудное вскармливание (ГВ) – важная составляющая основ неонатального ухода и лечения, оптимального развития, здоровья матерей и детей, в том числе в долгосрочной перспективе. Дети, получающие грудное вскармливание первые шесть месяцев жизни, имеют более низкую инфекционную, неинфекционную заболеваемость и смертность, более высокий уровень интеллекта, чем дети, которые не получают грудное молоко – это неравенство сохраняется на протяжении всей последующей жизни [2,4,5].

Согласно демографическим данным по Московской области, за период 2020-2023 гг. охват грудного вскармливания детей в первые 6 месяцев не достигает и 55%, а к 1 году жизни становится менее 30% (таблица 1).

Таблица 1.
Продолжительность грудного вскармливания
у детей 1 года жизни в Московской области.

Год	Число детей, достигших в отчетном году 1 года	Находились на грудном вскармливании	
		От 3 до 6 мес.	От 6 мес. до года
2020	76994	41080 (53,4%)	21715 (28,2%)
2021	71715	36431 (50,8%)	19037 (26,5%)
2022	72166	36575(50,7%)	20180 (27,9%)
2023	69193	36353 (52,5%)	19105 (27,6%)

Внедрение в субъектах Российской Федерации трехуровневой системы оказания медицинской помощи способствовало структуризации акушерской, неонатальной и педиатрической службы, изменению маршрутизации беременных, концентрации новорожденных с различной патологией в крупных перинатальных центрах. В рамках изменившейся системы организации помощи женщинам и детям, предъявляются особые требования к организации системы грудного вскармливания.

Изменение организационных форм работы в поддержку грудного вскармливания больных с рождения детей в раннем послеродовом периоде способствует увеличению числа детей на грудном вскармливании в возрасте до 6 месяцев, продолжительности грудного вскармливания, количества кормящих матерей, улучшению качества жизни, снижению хронических заболеваний и смертности [6]. Показатели грудного вскармливания новорожденных в акушерских стационарах и в первые 3 месяца жизни не включены в статистические формы наблюдения, поэтому невозможно оценить истинную частоту грудного вскармливания у здоровых и больных детей, особенно в нем нуждающихся.

Решение проблемы грудного вскармливания преждевременно родившихся и больных детей отражается во многих работах.

Организация и внедрение эффективного грудного вскармливания новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией (ГИЭ) относятся к технологиям, направленным как на достижение глобальной цели ВОЗ в области питания (увеличение распространенности исключительно грудного вскармливания среди детей первых 6 месяцев жизни не менее чем 50% к 2025 году и 70% к 2030 году), так и формированию здоровья у преждевременно родившихся и больных детей [2].

Достижение полноценного акта сосания и энтерального вскармливания является важной вехой для недоношенных и новорожденных с ГИЭ, поскольку это основной критерий выписки из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПННД), указывающий на зрелость и благополучное состояние здоровья. Однако приобретение безопасных и эффективных навыков кормления из соски или у груди матери, является сложной задачей и одним из самых важных этапов становления у большинства недоношенных и больных новорожденных или детей из группы высокого риска.

Многие патологические состояния у больных новорожденных, в том числе недоношенных, обуславливают необходимость полного, частичного или временного отказа от кормления у груди с переходом на питание сцеженным материнским молоком, что является одним из значимых путей снижения как младенческой, так и детской смертности, рисков инфекционных заболеваний, профилактики инвалидизации и отсроченных нарушений в состоянии здоровья у таких детей. В связи с чем актуальна организация вскармливания детей сцеженным материнским молоком на этапе пребывания ребенка в отделении реанимации или палате интенсивной терапии, в том числе после перенесенных оперативных вмешательств, что позволит поддержать лактацию у кормящих матерей, временно разлученных с ребенком, сохранить грудное вскармливание после выздоровления и готовности ребенка кормиться у груди матери.

С 1 сентября 2021 г. в Российской Федерации вступили в действие новые санитарные правила и нормы, согласно которым для отсроченного кормления ребенка можно использовать сцеженное молоко его матери, не подвергшееся никакой специальной обработке, собираемое и хранящееся при определенных условиях. Из-за вступивших в действие новых санитарно-эпидемиологических правил и норм СанПиН 3.3686-21 и наличия очевидных преимуществ грудного молока, в Российской Федерации наблюдается возрастающая тенденция к его использованию в неонатальных отделениях в формате индивидуальных банков грудного молока [7, 34, 37].

Расширение в современных условиях фундаментальных знаний по вопросам физиологии лактации, биологии стволовых клеток и экзосом грудного молока, нюансам взаимодействия организма матери и ребенка, начиная от внутриутробного периода и заканчивая постнатальным развитием, требует от научного сообщества и практикующих врачей прогрессивного, динамичного взгляда при анализе известных, общепринятых клинических явлений и закономерностей (развитие иммунной системы младенцев и детей раннего возраста, естественное и искусственное вскармливание, особенности постнатального развития и роста органов и тканей детей, рожденных недоношенными). Компоненты триады «мать – грудное молоко – младенец» тесно связаны друг с другом и влияют на траекторию развития младенца. Грудное молоко кормящей женщины по современным представлениям является «живой, метаболической/эндокринной сигнальной системой», может рассматриваться как «иммунный орган», значимый для постнатального роста и программирования организма недоношенного ребенка. Не меньшую ценность для постнатального развития в период новорожденности и раннего детства имеет активно обсуждаемое в научной литературе явление – «микрохимеризм», вызванный грудным вскармливанием и играющий по современ-

ным представлениям ключевую роль в развитии иммунной системы и организма в целом.

Грудное вскармливание приносит много пользы для здоровья младенцев и матерей, а также потенциальные экономические и экологические выгоды для общества.

Также для целенаправленной политики здорового и продолжительного ГВ государственным институтам необходимо отстраивать маркетинговые методы продвижения ГВ. К ним относятся инвестиции, направленные на развитие политики, нормативной правовой базы и среды знаний, и активная имплементация с использованием современных средств коммуникации. Первые 1000 дней жизни – окно возможностей для реализации различных сценариев и нутритивный компонент, посредством воздействия на эпигенетические механизмы роста и развития ребенка, играет ведущую роль в реализации позитивного итога. В этой связи имплементация научных знаний в практику и повышение информированности как медицинских работников, так и населения может значительно изменить существующее положение. Изучение региональной практики медицинских организаций по грудному вскармливанию новорожденных на фоне стоящих перед здравоохранением задач определило актуальность разработки и внедрения системы обеспечения грудным вскармливанием новорожденных детей, включающее вопросы сохранения лактации у их матерей [8, 22, 35].

ГЛАВА 1.

Состав и полезные свойства грудного молока.

Грудное молоко (ГМ) обеспечивает ребенка всеми необходимыми пищевыми и биологически активными компонентами (таблица 2).

Таблица 2.

Энергетическая и макронутриентная композиция грудного молока

Пищевая ценность	Переходное молоко	Зрелое молоко
Энергетическая ценность (ккал/л)	800-750	700-650
Углеводы (г/л)	57-70	73-75
Лактоза (г/л)	20-30	67
Общий белок (г/л)	3,0	1,9
Общее количество жиров (г/л)	2	3,5

Пищеварение облегчает высокое содержание сывороточного казеина в пользу сывороточных белков в белковом составе грудного молока (60:40), ГМ имеет идеальный белковый состав для младенцев, содержание сывороточного белка и альфа-лактальбумина, богатого белком обеспечивают адекватный уровень триптофана и аминокислот.

Жиры грудного молока являются основным источником энергии для ребенка. Так высокий уровень ненасыщенных жирных кислот и молочной липазы обеспечивают легкое и быстрое пищеварение. Длинноцепочечные жирные кислоты содержатся в больших коли-

чествах в грудном молоке и важны для развития головного мозга и органа зрения.

Лактоза – основной источник углеводов в грудном молоке, способствует усвоению кальция, обеспечивает энергию, необходимую для роста головного мозга и предотвращает рост вредных микроорганизмов в просвете кишечника.

Состав грудного молока меняется в зависимости от состояния здоровья малыша, гестационного срока при рождении, постнатального возраста, времени суток, питания и психоэмоционального состояния матери, стадии лактации и от начала до конца каждого цикла грудного вскармливания [9, 10, 11].

Содержание белка, жира и натрия в грудном молоке преждевременно родивших матерей в первые недели выше, чем у тех, чья беременность достигла доношенного срока, что обусловлено потребностями организма недоношенного ребенка и говорит о необходимости вскармливания грудным молоком (таблица 3). В последующие недели разница в составе грудного молока устраняется [12].

Молозиво выделяется в первые 5 дней после рождения, имеет желтоватый цвет и выделяется в небольших количествах, богато иммунологическими факторами: секреторный иммуноглобулин IgA, лактоферрин, лейкоциты, эпидермальный фактор роста, натрий, хлор, магний и жирорастворимые витамины, особенно бета-каротин. Низкое содержание лактозы в молозиве говорит о том, что основной функцией является не питание, а иммунологическая и трофическая функции. Благодаря слабительным свойствам облегчает прохождение мекония.

Переходное молоко выделяется в период от 5 до 14 дней после родов и имеет некоторые характеристики молозива. Количество молока увеличивается, а содержание белка уменьшается по мере увеличения лактозы, жиров и калорийности.

Зрелое молоко начинает вырабатываться через 2 недели после родов и достигает своей полной зрелости к 4-6 неделям.

Состав грудного молока меняется во время каждого сеанса кормления. В начале грудного вскармливания вырабатывается переднее молоко, богатое углеводами, в то время как заднее молоко богато жиром. Ребенок способен получать все необходимые питательные вещества, когда он эффективно сосет грудь. Если ребенок опорожняет грудь полностью и отделяется от груди добровольно, скорее всего он получил богатое жирами заднее молоко.

Таблица 3.

Изменение состава грудного молока при недоношенной беременности [34].

Компоненты питательных веществ	6-10 дней после родов (переходный период)	22-30 дней после родов	30 дней после родов
Макронутриенты			
Общий белок, г	19±0,5	15±1,0	12±1,5
Энергетическая ценность, ккал	660±60	690±50	640±80
Жиры, г	34±6	36±4	34±4
Углеводы, г	63±5	67±4	67±5

Компоненты питательных веществ	6-10 дней после родов (переходный период)	22-30 дней после родов	30 дней после родов
Минералы			
Кальций, ммоль/л	8,0±1,8	7,2±1,3	6,5±1,5
Фосфат, ммоль/л	4,9±1,4	3,0±0,8	4,8±0,8
Магний, ммоль/л	1,1±0,2	1,0±0,3	1,3±0,3
Натрий, ммоль/л	11,6±6,0	8,8±2,0	9,0±4,1
Хлорид, ммоль/л	21,3±2,2	14,8±2,1	12,8±1,5
Калий, ммоль/л	13,5±2,2	12,5±3,2	13±2,0
Микроэлементы			
Железо, мг	23	22	22
Цинк, мкмоль	58±13	33±14	15-46
Медь, мкмоль	9,2±2,1	8,0±3,1	3,2-6,3
Марганец, ммоль	6±8,9	7,3±6,6	3-6
Йод, мкмоль	–	1,25	–
Витамины			
Витамин А, МЕ	500-4000	500-4000	600-2000
Витамин D, МЕ	40	40	–
Витамин Е, МЕ	2,9-14,5	2,9-14,5	2-3
Витамин К, МЕ	0,7-5,3	0,7-5,3	1,2-9,2
Фолиевая кислота, мг	33	33	1,8

Содержание микроэлементов в грудном молоке варьируется в зависимости от питания матери и ее запасов питательных веществ (таких как витамины А, В1, В2, В6, В12, D и йод). Мамам рекомендуется принимать поливитамины в период лактации, так как рацион матери не всегда оптимален. Поскольку уровень витамина К в грудном молоке очень низок независимо от питания матери, необходимо проводить всем новорожденным профилактику геморрагической болезни новорожденных в первые часы после рождения. Уровень витамина D в грудном молоке также низкий, поэтому рекомендуется поддерживать его в раннем периоде лактации дополнительной дотацией. Содержание железа в грудном молоке снижено, а его усвоение очень высокое. Поэтому у детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании, если было проведено отсроченное пережатие пуповины, железодефицитная анемия в первые 6-8 месяцев встречается редко [10, 13].

Количество воды в грудном молоке велико, и нет необходимости давать дополнительную воду, если ребенок находится на грудном вскармливании, даже в самую жаркую погоду. Вкус грудного молока варьируется в зависимости от питания матери. Эти изменения позволяют малышу привыкнуть к вкусу семейной пищи и облегчить переход на прикорм после 6 месяцев жизни, на этапе введения прикорма.

Биологически активные компоненты грудного молока состоят из различных факторов

роста и иммунологических факторов, имеют различные источники:

- синтезируются и секретируются эпителием молочной железы;
- вырабатываются клетками, переносимыми в молоке из сыворотки матери;
- переносятся через эпителий молочной железы с помощью рецептор-опосредованного транспорта.

Шарики молочного жира, выделяемые эпителием молочной железы, транспортируют многие мембранные белки и липиды в молоко. Поскольку многие из этих факторов, присутствующих в грудном молоке, действуют синергически, грудное вскармливание превосходит добавки из отдельных факторов.

Эпидермальный фактор роста (EGF), основной стимулятор роста в грудном молоке, имеет решающее значение для созревания кишечника и заживления слизистой оболочки кишечника. Его уровень в молозиве намного выше, чем в сыворотке крови матери. Факторы роста нейронов необходимы для роста и развития энтеральной нервной системы. Инсулиноподобный фактор роста ИФР-I, ИФР-II, ИФР-связывающий белок и ИФР-специфические протеазы – факторы, которые играют важную роль в росте тканей, в том числе присутствуют в материнском молоке. Фактор роста эндотелия сосудов участвует в регуляции сосудистой системы. Эритропоэтин эффективен в развитии кишечника и производстве эритроцитов. Кальцитонин и соматостатин – гормоны, регулирующие рост. Грудное молоко содержит высокий уровень кальцитонина и его предшественника прокальцитонина. Адипонектин и другие гормоны играют роль в регуляции метаболизма и состава тела [14,16].

Иммунологические факторы: макрофаги, Т-клетки, стволовые клетки и лимфоциты в грудном молоке, обеспечивают надежную защиту от патогенов и стимулируют развитие собственной иммунной системы ребенка. Функции стволовых клеток описаны в настоящее время не полностью и требуют дальнейших исследований. Цитокины материнского молока проникают через кишечный барьер, влияют на иммунную активность и классифицируются на две группы: способствующие усилению воспаления, т.е. защите от инфекции, или уменьшающие воспаление. Иммуноглобулины (IgA, IgG, IgM) и молекулы, известные как дефензины (лактоферрин, лактадерин, желчная солестимулирующая липаза, лизоцим, свободные жирные кислоты, α лактальбумин, муцины, нуклеотиды) обеспечивают значительную защиту от инфекций [14-16].

Олигосахариды – это пребиотические вещества, обеспечивающие пролиферацию полезных организмов, служат растворимым «обманчивым» рецептором для патогенов и препятствуют прикреплению возбудителя к стенке кишечника. Они также формируют кишечную флору с пребиотическими эффектами.

Пребиотические бактерии ГМ и пребиотические олигосахариды формируют кишечную флору ребенка в пользу бифидобактерий и лактобактерий. Естественная флора поддерживает целостность эпителия кишечника, снижает проницаемость и усиливает удаление патогенов, а также поддерживает гуморальный иммунный ответ для формирования активности IgA. Таким образом, грудное молоко оказывает постоянное воздействие на иммунную систему новорожденного в начале жизни [14, 15].

ГМ оказывает значимое влияние на нейрокогнитивное развитие и интеллект в зависимости от продолжительности грудного вскармливания. Этот эффект более выражен у недоношенных детей, детей с низкой массой тела при рождении и малых для гестационного возраста детей [13, 16]. Считается, что этот эффект обусловлен длинноцепочечными жирными кислотами [17, 18]. Будущие углубленные исследования новых молекул в составе ГМ, таких как холин, ганглиозид и жировые глобулы, имеют важное научно-практическое значение [19].

ГЛАВА 2

Основные принципы организации и продвижения грудного вскармливания

В целях успешной реализации принципов продвижения и поддержки грудного вскармливания, лежащих в основе Инициативы Всемирной организации здравоохранения и Программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ, в каждом родовспомогательном учреждении необходимо создать и обеспечить выполнение основных принципов организации грудного вскармливания.

1. Информировать матерей и членов их семей о преимуществах грудного вскармливания в устной и наглядной формах.
2. Обучать беременных женщин и кормящих матерей современным принципам грудного вскармливания.
3. Пропагандировать исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни ребенка, а также его продолжение до 2-х и более лет (при своевременном введении продуктов прикорма).
4. Не рекламировать детские смеси, соски, бутылочки для кормления новорожденных среди беременных женщин, кормящих матерей и членов их семей.
5. Поддерживать при временной невозможности кормить ребенка у груди матери лактацию и кормление грудным молоком.
6. Содействовать созданию групп поддержки матерей и оказывать помощь кормящим женщинам в случае появления у них трудностей с грудным вскармливанием.

Принцип 1. Разработайте в письменном виде «Регламент пропаганды и поддержки грудного вскармливания» (далее – Регламент) в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводите его до сведения всего медицинского персонала.

- 1.1 Регламент пропаганды и поддержки грудного вскармливания.
- 1.2 Регламент охватывает принципы поддержки грудного вскармливания и доведен до сведения всего медицинского и немедицинского персонала родовспомогательного учреждения.
- 1.3 Регламент доступен для всех сотрудников, а также беременных, рожениц, родильниц.
- 1.4 Имеется наглядная просвещающая информация по грудному вскармливанию (стенды, видеofilмы, плакаты, памятки).
- 1.5 Информация размещена в местах, доступных для медицинского и немедицинского персонала, беременных, кормящих и членов их семей.
- 1.6 Не осуществлять инструктирование беременных, родильниц и членов их семей фирмами-производителями и дистрибьюторами по использованию искусственных детских смесей, бутылочек, сосков и пустышек.
- 1.7 Обеспечивать преемственность в действиях медицинского персонала в поддержку грудного вскармливания на всех этапах оказания медицинской помощи во время беременности, в родах, в послеродовом периоде.

Принцип 2. Регулярно проводить обучение медицинского персонала необходимым навыкам для осуществления практики грудного вскармливания в рамках внутренней образовательной программы поддержки грудного вскармливания.

- Программа занятий с медицинским персоналом:
- физиология лактирующей груди;
 - правильное прикладывание ребенка к груди;
 - современные безопасные техники работы с лактирующей грудью (массаж, сцеживание);

- принципы организации успешного ГВ.

Форма обучения и контроля знаний:

1. Тематические презентации по основам организации грудного вскармливания и физиологии лактации.
2. Видеоролики.
3. Образовательные вебинары по физиологии лактации, особенностях состава грудного молока, организации помощи женщинам по вопросам грудного вскармливания.
4. Тестовые задачи, включающие от 12 до 20 вопросов.
5. Метод контроля знаний:
 - самостоятельное изучение материалов и прохождение тестирования по каждой теме;
 - очное обучение базовым техникам работы с грудью (лимфодренажный комплекс упражнений, техники ручного сцеживания) и основам правильного прикладывания младенцев к груди.
6. Очное обучение персонала и отработка практических навыков специалистами по грудному вскармливанию (не реже 1 раза в 6 мес.) по вопросам пропаганды и поддержки грудного вскармливания.
7. Первичный инструктаж вновь поступающего на работу медицинского и немедицинского персонала по вопросам поддержки грудного вскармливания на основе Регламента.

Принцип 3. Информировать всех беременных о преимуществах и технике грудного вскармливания по обучающим программам на основе практических рекомендаций (тренинг, видеоролики).

1. Программа занятий с беременными:
 - анатомия и физиология молочной железы и подготовка к лактации;
 - грудное вскармливание и профилактика заболеваний молочной железы;
 - эпигенетика грудного молока;
 - преимущества грудного вскармливания;
 - опасность и отличие искусственного вскармливания от грудного;
 - значение раннего начала грудного вскармливания;
 - важность совместного пребывания матери и ребенка, кормления ребенка по требованию;
 - техника кормления грудью;
 - обеспечение достаточного количества молока;
 - питание беременной женщины;
 - питание кормящей женщины.
2. В консультативно-диагностическом отделении, лечащий врач акушер-гинеколог и акушерка при планировании беременности, постановки на учет и ведении беременности оценивают лактационный анамнез и вносят сведения в медицинскую документацию:
 - есть ли опыт кормления грудью;
 - как долго кормили грудью старших детей;
 - в каком возрасте и почему завершили ГВ;
 - сталкивались ли с проблемами, какими;
 - была/есть ли у вас поддержка в вопросах ГВ;
 - ваши мама, бабушка кормили грудью, как долго;
 - считаете ли ваш опыт ГВ успешным;
 - какая вам необходима помощь по вопросам ГВ.

До сведения беременной женщины и членов ее семьи доводится информация о проведении школ для будущих родителей «Наше счастье», прямые эфиры (посты, видео) в

социальных сетях по организации и поддержке грудного вскармливания, телеграм-каналы и другая полезная информация.

При возникновении у беременной женщины вопросов и тревожности, связанной с кормлением грудью проводится индивидуальная или групповая дородовая консультация специалистами по ГВ.

Основная задача консультирования:

- приверженность к ГВ;
- преимущества ГВ в части профилактики заболеваний матери, эпигенетика грудного молока;
- питание беременной и кормящей женщины;
- поддержка и участие членов семьи.

В отделении патологии беременных (ОПБ) проводить индивидуальные и групповые занятия с женщинами. Лечащий врач акушер-гинеколог и акушерка оценивают лактационный анамнез, состояние молочной железы, проводит индивидуальное консультирование по вопросам приверженности и поддержки грудного вскармливания.

Программа обучения беременных по вопросам грудного вскармливания в ОПБ:

- важность грудного вскармливания, подготовка к грудному вскармливанию;
- основные принципы успешного грудного вскармливания;
- противопоказания к кормлению грудью;
- правила прикладывания к груди, позы при кормлении грудью;
- некоторые сложности грудного вскармливания, пути их решения;
- профилактика отказа от груди;
- поддержка грудного вскармливания при невозможности прикладывания ребенка к груди, рождение ребенка раньше срока, в случае заболевания матери и ребенка, других состояниях, как запустить и поддержать лактацию;
- технологии организация индивидуального банка грудного молока;
- основы мягкого ухода за новорожденным, адаптативные методы ухода.

Первородящим и женщинам, имевшим ранее отрицательный опыт грудного вскармливания, персонал оказывает особое внимание и поддержку.

При организации дней открытых дверей (далее – ДОД) для беременных и членов их семей информировать слушателей о важности грудного вскармливания, подготовки к грудному вскармливанию в родах и в послеродовом периоде.

Проводить образовательные прямые эфиры, посты и видео блок в социальной сети VK, телеграм-канале по вопросам пропаганды и поддержки грудного вскармливания.

Принцип 4. Поддержка и помощь женщине после родов.

Преимущественно роды происходят в индивидуальном родовом боксе, широко практикуются партнерские роды.

Новорожденных при отсутствии противопоказаний выкладывают на живот матери сразу после рождения еще до пересечения пуповины для осуществления контакта «кожа к коже».

Длительность контакта «кожа к коже» составляет не менее 60 минут, ребенка не пеленают, надевают ему шапочку с защитой глаз, носочки, укрывая чистой сухой пеленкой и/или одеялом, соблюдая технику «тепловой цепочки».

Первичный осмотр новорожденного, пересечение пуповины осуществляют без нарушения кожного контакта с матерью.

Антропометрия новорожденного проводится только после осуществления кожного контакта и первого прикладывания к груди, но не ранее чем через 1 час после рождения

при естественных родах и 20-30 минут после операции кесарева сечения.

Персонал (врач акушер-гинеколог, врач-неонатолог, акушерка, детская медицинская сестра) помогают матери распознать готовность ребенка сосать и приложить его к груди. Длительность кормления ограничивается только при наличии медицинских противопоказаний со стороны матери или ребенка.

Первое прикладывание к груди необходимо обеспечить в течение первого часа после рождения, о чем делается запись в медицинской документации новорожденного.

Для своевременного формирования доминанты грудного вскармливания в течение первых 2 часов после естественных родов специалисты (врач акушер-гинеколог, врач-неонатолог, акушерка, детская медицинская сестра) помогают матери в повторном прикладывании к груди и при необходимости оказывают помощь в коррекции прикладывания, предоставляют женщине исчерпывающую информацию о совместном пребывании с ребенком, о технике кормления у груди по требованию.

В случае родоразрешения путем операции кесарева сечения при наличии возможности (состояние матери и ребенка, партнерские роды), необходимо обеспечить контакт «кожа к коже» (грудь матери, грудь отца), а также обеспечить первое прикладывание к груди в операционной. В первые 6 часов после оперативных родов предпочтение должно отдаваться грудному молоку (совместное пребывание с матерью в палате реанимации для женщин, транспортировка новорожденных в палату к матери, организация сцеживания молока и кормлением им новорожденного).

В случае рождения ребенка в тяжелом состоянии, когда невозможно обеспечить первое прикладывание к груди сразу после родов, необходимо провести сцеживание молозива и «закапывание за щечку новорожденному», о чем делается запись в медицинской документации новорожденного.

В период разлучения матери и ребенка по медицинским показаниям (тяжесть состояния и пребывание матери и/или малыша в отделении реанимации) необходимо оказать женщине психологическую поддержку, помочь в организации регулярного сцеживания, поддержки лактации и грудного вскармливания для здоровья мамы и малыша.

Если невозможно обеспечить прикладывание ребенка к груди по тяжести состояния матери или ребенка, необходимо обеспечить (врач акушер-гинеколог, врач анестезиолог-реаниматолог, врач неонатолог, акушерка, медицинская сестра) ручное сцеживание грудного молока в течение первого часа после родов и далее продолжить сцеживание не реже 8 раз в сутки, о чем делается запись в медицинской документации матери.

Принцип 5. Обучение матерей технике прикладывания к груди и/или методам стимуляции лактации.

В течение 6 часов после родов медицинский персонал отделения, в котором находится женщина и ребенок (акушерка, медицинская сестра), проводит обучение технике прикладывания и правильному положению ребенка у груди и проводит контроль прикладывания.

Особое внимание уделяется первородящим и женщинам, которые имели трудности с грудным вскармливанием при предыдущих родах, с учетом лактационного анамнеза.

В случаях когда новорожденный не может быть приложен к груди или имеются трудности с прикладыванием в течение первых 6 часов после родов, родильницу обучают технике ручного сцеживания грудного молока (Приложение 1) и рекомендуют режим сцеживания для сохранения лактации: не реже 8-10 раз в сутки (каждые 2-3 часа) одновременно из обеих молочных желез (по 15-20 минут из каждой молочной железы).

До выписки из медицинской организации необходимо не реже 2 раз в день оценивать правильность техники грудного вскармливания, захвата соска и ареолы, оттока молока,

ощущения матери, наличие боли, комфортность положения при кормлении, уровень стресса.

В отделении реанимации сцеживание грудного молока руками или молокоотсосом родильнице помогает организовать медицинский персонал отделения или специалисты по грудному вскармливанию. Сцеживание производится не реже чем 8 раз в сутки с соблюдением норм эпидемиологической безопасности (одноразовый шприц, стерильная пеленка), в положении допустимом и удобном для женщины. В случае невозможности энтерального вскармливания медицинский персонал или специалисты обеспечивают транспортировку грудного молока для кормления новорожденного в молочный блок с целью хранения и/или замораживания, что позволит сформировать индивидуальный банк грудного молока.

Рекомендуется использовать сцеженное грудное молоко для кормления ребенка через зонд, из ложечки, чашки, шприца. Вскармливание и докорм молозивом (грудным молоком) имеет приоритет перед докормом детской смесью.

Женщины, у которых дети по состоянию здоровья не могут быть приложены к груди, продолжают сцеживать грудное молоко. Для оценки лактации и своевременной ее коррекции следует отмечать результаты в «Дневнике сцеживаний» (Приложение 2).

Медицинский персонал неонатальных отделений (врач анестезиолог-реаниматолог, врач-неонатолог, медицинская сестра, медицинская сестра по грудному вскармливанию) также принимают участие в обучении сцеживания грудного молока не позднее чем в течение первых 6 часов после родов (оптимально в течение первого часа). Рекомендуют сцеживать молоко не менее 8-10 раз в сутки (каждые 2-3 часа) одновременно из обеих молочных желез – по 15-20 минут каждую.

В случае раздельного пребывания матери и ребенка в каждом отделении необходимо создать условия для эффективного сцеживания грудного молока и сохранения лактации (в палате новорожденного и/или оборудованной комнате для сцеживания грудного молока), где имеются комфортные условия и удобные в использовании наглядные памятки, возможность трансляции видеороликов.

При первичном посещении матерью новорожденного, медицинская сестра или медицинская сестра по грудному вскармливанию отделения, где находится ребенок, проводит инструктаж матери и членов семьи о правилах соблюдения гигиенических правил, обработки рук, санитарно-эпидемиологических требованиях и технике сцеживания грудного молока (Приложение 3).

Родители могут посещать новорожденного в отделении реанимации (ОРИТН) или палате интенсивной терапии (ПИТН) круглосуточно для непосредственного общения с ребенком, проведения контакта с ребенком методом «Кенгуру» и ухода за ним, при отсутствии медицинских противопоказаний.

При необходимости введении докорма используют шприц без иглы или другие несосательные устройства. Медицинский персонал (врач-неонатолог, врач анестезиолог-реаниматолог, медицинская сестра) отделения обучает матерей такому способу докорма.

По медицинским показаниям (недоношенность, поражение ЦНС, пороки развития верхней и/или нижней челюсти) могут быть использованы бутылочки с соской.

Для эффективной поддержки ГВ по медицинским показаниям рекомендуется использовать:

Бутылочки для кормления PIGEON

Бутылочка для кормления с физиологической соской разработана специально для грудных младенцев на основе научно-практических исследований лаборатории Pigeon. Создана в поддержку грудного вскармливания.



Бутылочка
для кормления
Pigeon
PP, 160 мл



Бутылочка
для кормления
Pigeon
PP, 240 мл



Бутылочка с соской SSS
для недоношенных/
маловесных детей
100 мл



Бутылочка с клапаном
для кормления детей
с расщелиной неба и/или губы
240 мл



Преимущества:

- Не вызывает путаницы сосков. Уникальная конструкция соски позволяет воспроизводить естественные механизмы сосания груди матери. Соска изготовлена из очень мягкого, эластичного и плотного силикона, уникальная конструкция соски стимулирует естественное сосание.
- Матовая текстурированная поверхность способствует надежному захвату соски.
- Размер отверстия соски соответствует этапу развития ребенка, в комплекте с соской (размер SS, 0-1 мес.).
- Запатентованная вентиляционная система способствует равномерному поступлению молока. Снижает риск возникновения колик.
- Эргономичная форма бутылочки, широкое горлышко позволяет легко промыть бутылочку.
- Не содержат Бисфенол-А.
- Запасные соски можно приобрести отдельно. Подходит к молокоотсосам Pigeon.

Бутылочка с соской SSS для недоношенных/маловесных детей 100 мл

Новорожденные с недостаточным весом, а также недоношенные дети имеют маленький размер рта, губ, языка и ротовой полости, что затрудняет прикладывание к соскам нормального размера (как к соску матери, так и к соске бутылочки). Для таких детей идеальным будет использование сосок с маленькой головкой.

Преимущества:

- Специальная бутылочка с соской размера SSS для кормления недоношенных младенцев и новорожденных с малым весом, а также для малышей со сниженным сосательным рефлексом. Предназначена для кормления младенцев в том числе и в условиях медицинской организации.
- Соска размера SSS разработана специально для младенцев на грудном вскармливании на основе научно-практических исследований лаборатории Pigeon.
- Не содержит Бисфенол-А.

Бутылочка с клапаном для кормления детей с расщелиной неба и/или губы 240 мл

Уникальная конструкция бутылочки и соски разработана специально для младенцев с патологией расщелины губы и/или неба, а также для использования в ранний послеоперационный период и для детей с микрогнатией.

Преимущества:

- Уникальная форма соски перекрывает расщелину, предотвращает протекание молока и попадание воздуха через нее.
- Соска позволяет ребенку легко извлекать молоко.
- Клапан обратного поступления молока предотвращает отток молока обратно в бутылочку во время кормления.
- Нижняя часть бутылочки изготовлена из более мягкого материала для легкого сжатия и подачи молока.
- Даже если при сосании отсутствует вакуум или создается слабый вакуум, ребенок может пить, нажимая на соску лишь языком.
- Поток молока регулируется взрослым при нажатии на мягкую часть бутылочки.
- После челюстно-лицевой хирургической операции бутылочка с соской может

использоваться в качестве переходного этапа к использованию обычной соски.

- Комплект сосок (2 шт, размер Small, размер Regular) – возможность индивидуального подбора.

В медицинскую документацию новорожденного (история развития новорожденного, медицинская карта стационарного больного) вносится запись о виде и методе вскармливания, причинах невозможности или временного ограничения вскармливания грудным молоком, результатах наблюдений за лактацией и объемом вскармливания грудным молоком, рекомендациях, которые даются матери.

Принцип 6. Новорожденные не нуждаются в дополнительном питании или питании, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

Единственным оптимальным питанием для новорожденного является молозиво/грудное молоко его матери. Медицинский персонал информирует всех матерей о важности исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 месяцев жизни. В этом возрасте ребенок не нуждается в дополнительном питании или питье при отсутствии медицинских показаний.

Противопоказания к грудному вскармливанию/кормлению грудным молоком изложены в рекомендациях ВОЗ «Приемлемые медицинские причины использования заменителей грудного молока» (2009 г.).

Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка:

- младенцы с классической галактоземией или подозрении на ее наличие (до момента получения результата неонатального скрининга): необходимы специальные формулы, не содержащие галактозы;
- младенцы с болезнью «кленового сиропа» (валинолейцинурия): необходимы специальные формулы, не содержащие лейцина, изолейцина и валина;
- младенцы с фенилкетонурией: необходимы специальные формулы, не содержащие фенилаланина (возможно частичное грудное вскармливание после тщательного мониторинга);
- врожденная алактазия;
- глюкозо-галактозная мальабсорбция;
- нарушение окисления жирных кислот с различной длиной цепи.

Состояния матерей, которые могут оправдывать прекращение грудного вскармливания:

- ВИЧ-инфекция;
- туберкулез открытая форма;
- особо опасные инфекции (тиф, холера и др.) и носительство Т-лимфотропного вируса;
- острые психические расстройства;
- онкологические заболевания, требующие прохождения химиотерапии во время родов.

Любые другие состояния матери или ребенка не являются абсолютным противопоказанием к грудному вскармливанию и основанием для назначения в качестве питания адаптированных молочных смесей при наличии молозива/молока у матери. Вид вскармливания в этих случаях должен согласовываться с лечащим врачом.

Грудное вскармливание при употреблении наркотических веществ:

- доказано, что употребление матерями никотина, алкоголя и других стимуляторов оказывает отрицательное воздействие на здоровье младенцев, находящихся на груд-

ном вскармливании;

- алкоголь, опиоиды, бензодиазепин и марихуана могут вызывать седативный эффект как у матери, так и у ребенка. Матерей следует поощрять к отказу от употребления этих средств, им нужна поддержка в воздержании от их употребления.

Относительными (временными) противопоказаниями

к грудному вскармливанию являются:

- тяжелые заболевания, которые препятствуют уходу матери за ее ребенком, например, сепсис, эклампсия, обильное кровотечение во время родов и послеродовом периоде;
- выраженная декомпенсация при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени;
- поражение вирусом простого герпеса типа I (HSV-I): непосредственного контакта пораженной герпесом части груди и слизистой оболочки рта новорожденного следует избегать до тех пор, пока эта активная форма поражения не будет излечена.

При применении матерью определенных групп лекарственных препаратов показано временное прекращение или отмена грудного вскармливания, на основании оформления консилиума с участием врача клинического фармаколога. К ним относятся седативные психотропные, противоэпилептические препараты и опиоиды или их комбинации, вызывающие вялость, сонливость и угнетение дыхания у новорожденного. Использование этих препаратов лучше избегать, если возможна более безопасная альтернативная замена. Радиоактивный йод-131 – мать может возобновить грудное вскармливание через 2 месяца после отмены препарата. Использование топического йода или иодофоса (например, повидон йода), особенно на открытой ране или слизистых оболочках может привести к подавлению функции щитовидной железы или к нарушению электролитного баланса у младенцев на грудном вскармливании. На время проведения цитотоксической химиотерапии необходимо прекратить грудное вскармливание.

При необходимости лекарственной терапии у кормящей матери приоритет отдается препаратам, совместимым с ГВ, обязательно проводится консилиум с участием врача – клинического фармаколога.

Состояния и заболевания матери, не требующие прекращения грудного вскармливания, при которых необходимо лечение:

- абсцесс молочной железы – грудное вскармливание следует продолжать параллельно с лечением совместимыми с ГВ препаратами;
- мастит – грудное вскармливание следует продолжать параллельно с лечением совместимыми с ГВ препаратами;
- гепатит В: младенцев следует вакцинировать от гепатита В в первые сутки жизни;
- гепатит С;
- туберкулез (закрытая форма): матери и дети требуют обследования и лечения в соответствии с национальными руководствами;
- ОРВИ и другие острые инфекции при условии соблюдения гигиенических требований;
- ЦМВ, герпесвирусная инфекция (хронические и острые);
- COVID-19.

Окончательное решение о продолжении или прекращении грудного вскармливания в каждой конкретной ситуации принимает женщина на основании предоставленной лечащим врачом и консультантами по грудному вскармливанию информации.

Женщина имеет право принять решение отказаться от искусственного вскармливания

в пользу грудного и наоборот. В случае противопоказания к ГВ по медицинским показаниям и решения женщины продолжить ГВ проводится консилиум с участием лечащего врача акушера-гинеколога, врача-неонатолога, клинического психолога, консультанта по ГВ, в доступной форме предоставляется информация о последствиях для здоровья матери и ребенка, в медицинской документации оформляется соответствующая запись и подписи пациентки об ознакомлении.

Принцип 7. Обеспечивать круглосуточное совместное пребывание матери и новорожденного от рождения и до выписки.

Матерей и новорожденных размещают совместно в одной палате. За исключением случаев, когда имеются медицинские показания к их раздельному пребыванию. Оперативные роды не являются противопоказанием для совместного пребывания матери и ребенка в отделении реанимации для женщин. Медицинский персонал или родственники обеспечивают уход за новорожденным и кормление у груди матери. В случае необходимости проведения врачебных манипуляций матери или ребенку их разделение может длиться не более 1 часа в физиологическом акушерском отделении (палаты «мать-дитя»). Новорожденных, нуждающихся в более длительных лечебных или диагностических мероприятиях, переводят в палату совместного пребывания в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, оснащенное аппаратурой для мониторинга и терапии.

Мать должна иметь возможность посещать новорожденного в неонатальных отделениях, ухаживать за ним, прикладывать к груди не реже чем раз в 2-3 часа или сцеживать молоко и молоко, создавать индивидуальный банк грудного молока. Хранить и передавать сцеженное грудное молоко ребенку следует по правилам транспортировки грудного молока, которые используются в родовспомогательном учреждении. Доступ в отделение нужно организовать круглосуточно.

Принцип 8. Поощрять грудное вскармливание по требованию младенца.

Медицинский персонал понимает важность грудного вскармливания по требованию ребенка и не ограничивает матерей в длительности и частоте кормлений. Средняя длительность кормлений составляет 20-40 минут. Однако некоторые дети могут наесться быстрее или, наоборот, находиться у груди более продолжительное время. Частота прикладывания к груди в дневное время не реже чем раз в 1,5-2 часа, в ночное время допустим интервал 3-4 часа (8-10 раз в сутки).

Понятие «кормление по требованию» подразумевает кормление по требованию ребенка и/или матери:

- ребенок подает сигнал или проявляет признаки беспокойства, даже если это происходит каждые 5-10 минут;
- если малыш спит и не подает сигналы беспокойства при перерыве в кормлении 1,5-2 часа, его следует будить;
- при переполнении груди у матери.

Важно обеспечить ребенку возможность кормления у груди часто и сосать продолжительное время (в среднем до 40 минут, некоторым детям нужно сосать грудь дольше), следить за ее опорожнением и правильностью прикладывания, что значительно снижает риск лактостаза и недостатка молока.

Медицинский персонал информирует мать о важности ночных кормлений младенца у груди. Информировать ее о необходимости будить ребенка в случае больших перерывов в кормлении (более 2 часов в дневное время и более 3-3,5 часов в ночное). Обязательно будить и прикладывать малыша к груди в случае переполнения груди молоком.

После оперативного родоразрешения, при отсутствии противопоказаний со стороны матери и ребенка, при поступлении в послеродовое отделение медицинский персонал (врач акушер-гинеколог, врач-неонатолог, акушерка, медицинская сестра) оказывает помощь матери в кормлении его по требованию, контролирует правильность прикладывания к груди и сосания не реже 2-3 раз в день до выписки.

По медицинским показаниям кратность кормления по часам и метод вскармливания может изменяться – устанавливается только врачом-неонатологом или врачом анестезиологом-реаниматологом с обязательной фиксацией сведений в медицинской документации новорожденного (история развития новорожденного, медицинская карта стационарного больного). Преимущество отдается ГВ. Как только устранены медицинские показания для кормления по часам, ребенок переводится на кормления по требованию.

Возможность прикладывания новорожденного к груди в отделении неонатальной реанимации или патологии новорожденных определяет лечащий врач, о чем делается запись в медицинской документации.

При кормлении грудью важно соблюдать следующие требования: не брать малыша к себе в постель, если мама плохо себя чувствует; не накрываться одеялом выше пояса; класть младенца посередине кровати, дальше от края и/или использовать под спину ребенка валик и заграждения; не класть ребенка на подушку, не накрывать его одеялом. При поступлении в послеродовое отделение матери выдается «Памятка о правилах кормления», а также оформляется в письменном виде ознакомление с рекомендациями и требованиями о недопущении совместного сна.

При выписке матери и новорожденного из медицинской организации важно предоставить «Памятку», где будет полезная информация для семьи об уходе за малышом, его безопасности и важные аспекты грудного вскармливания (Приложение 4).

Принцип 9. Новорожденным на грудном вскармливании не применяются успокаивающие средства и устройства, имитирующие материнскую грудь (пустышки, накладки на грудь и др.) при отсутствии медицинских показаний.

Использование пустышек допустимо в неонатальных отделениях у новорожденных, имеющих отклонения в состоянии здоровья и у недоношенных детей, с целью облегчения состояния ребенка и формирования сосательного рефлекса (не питательное сосание пустышки).

Для докорма используются одноразовые шприцы без игл, поильники и другие несосательные приспособления.

Перевод новорожденного с зондового на нутритивное сосание осуществляется путем применения ложечки, шприца, поильника или других несосательных приспособлений. По показаниям (недоношенность, неврологический дефицит) применяются бутылочка и соска, о чем делается запись в медицинской документации новорожденного.

9.1. Медицинские сестры должны быть обучены кормлению детей без использования бутылочки/соски. При кормлении из шприца недопустимо, чтобы ребенок сосал шприц. В начале кормления сцеженное грудное молоко аккуратно вводится малым объемом за щеку ребенка для оценки сосательного рефлекса и далее небольшими порциями. Используются шприцы небольшого объема с мягкими поршнями, позволяющими вводить питание плавно.

9.2. Используют накладки на грудь в случае медицинских показаний, консультируясь со специалистами по ГВ с целью правильного их использования и своевременного перехода на кормление без накладок:

- для мам с плоскими или втянутыми сосками и особенностью строения ареолы – при невозможности эффективно приложить ребенка к груди;

- временно при сильной болезненности во время кормления, если не снижается болезненность коррекцией техники прикладывания к груди;
- для детей (в т. ч. недоношенных), которым трудно удерживать грудь во рту, или как переходный этап от кормления из бутылочки к кормлению у груди;
- оценивают возможность перехода на ГВ без накладки до выписки из отделения;
- при выписке врач-неонатолог и специалист по ГВ предупреждают о последствиях долгого использования накладок и дают рекомендации, как самостоятельно перейти на ГВ без накладок.

9.3. В случае рождения ребенка с патологией верхних дыхательных путей, ограничивающей кормление у груди, лечащий врач определяет вид и метод вскармливания, предпочтение отдается грудному молоку.

Принцип 10. Обучать женщин сцеживанию грудного молока и информировать о показаниях к сцеживанию.

Персонал информирует матерей о том, что при кормлении по требованию дополнительно сцеживать молоко после каждого кормления не нужно. Матери обучаются лимфодренажным методам и технике эффективного и безболезненного сцеживания грудного молока. Также матерей знакомят с показаниями к сцеживанию:

- переполнение груди при приходе молока;
- застой молока;
- необходимость докорма.

Принцип 11. Оказание помощи женщинам при проблемах с грудью с целью поддержки грудного вскармливания.

Алгоритм ведения женщин с наполнением и нагрубанием молочной железы:

- определите причину – правильное прикладывание, частота вскармливания у груди;
- сделайте лимфодренажный массаж;
- при отеке ареолы – смягчите ареолу давлением;
- опорожните грудь до состояния облегчения (кормление и/или ручное сцеживание);
- прохладные компрессы после кормлений или сцеживаний;
- частота повторения массажа и сцеживания зависит от индивидуальных особенностей каждой женщины;
- используют молокоотсос, только когда ареола мягкая и молоко хорошо вытекает;
- если при использовании молокоотсоса молоко плохо отделяется и отек усиливается, рекомендуется только ручное сцеживание молока из груди;
- кормящей женщине важно соблюдать питьевой режим по «жажде» и ограничивать только горячее питье.

Лактостаз – дисфункциональное состояние лактирующей молочной железы, в основе которого лежит несоответствие процессов молокообразования и молокоотдачи. В отличие от мастита, при лактостазе:

- не нарушается общее самочувствие женщины;
- температура тела чаще остается нормальной или субфебрильной, однако у некоторых женщин может подниматься до 39-40°, при этом легко снижается при использовании жаропонижающих препаратов, совместимых с ГВ – парацетамол, ибупрофен;
- уплотнение в молочной железе при пальпации соответствует долькам молочной железы с четкими границами и бугристой поверхностью;
- при сцеживании молоко выделяется свободно, после сцеживания женщина ощущает облегчение;

- параметры общего (клинического) анализа крови остаются в пределах референсных значений.

Алгоритм ведения женщин с лактостазом:

- лимфодренажный массаж;
- частое опорожнение больной груди (опорожнять в 2 раза чаще, чем здоровую);
- ручное сцеживание участка с уплотнением;
- прохладные компрессы после кормления или сцеживаний;
- питьевой режим по ощущению жажды.

При правильных действиях улучшение наступает в течении 24 часов. Если не наблюдается положительной динамики и повысилась температура тела, немедленно обратитесь к врачу акушеру-гинекологу.

Выполнение лимфодренажного массажа груди проводится легкими потряхиваниями груди ладонью с малой амплитудой. Подушечками пальцев проводятся легкие вибрирующие движения груди, уделяя внимание каждому участку.

Гимнастика груди: обнять ладонями грудь с обеих сторон у основания, осуществлять движение груди вверх-вниз, вправо-влево, по кругу в одну и в другую сторону, а также скручивание в разные стороны.

Заканчиваем массаж выглаживанием груди от соска к периферии по направлению лимфатических узлов. Массаж не должен сопровождаться болью. Может быть дискомфорт, если грудь переполнена или есть застой молока.

Каждое действие лимфодренажного массажа проводится 3-5 раз.

Все движения должны быть плавными и небыстрыми! После массажа желательно сразу приложить ребенка к груди.

Для лучшего опустошения застойной дольки, ребенка прикладывают подбородком к уплотнению. После кормления (и между ними) используйте холодный компресс на область отека на 5-10 минут (мокрое полотенце или хладоэлемент, обернутый в ткань).

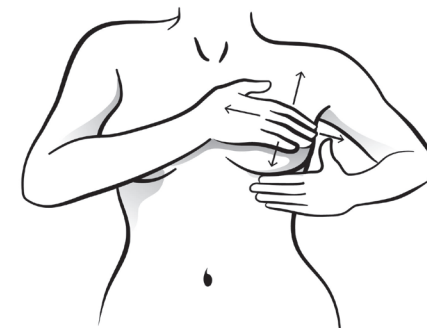
Категорически нельзя: греть грудь (теплые компрессы), грубо расцеживать и «разбивать комки», применять спиртовые и камфорные компрессы.

Если в течение 3 суток от начала лактостаза не наступает положительная динамика, следует обратиться к врачу.

Боль при кормлении.

Важно понять причину боли для принятия решения о лечебной тактике. Для сохранения грудного вскармливания важно проверить и посоветовать кормящей маме важные правила:

1. Займите такое положение для кормления, при котором и вам, и ребенку будет удобно.
2. Научитесь правильно прикладывать ребенка к груди, чтобы: сосок находился глубоко во рту новорожденного, рот был широко открыт (140-160 градусов), у ребенка была во рту преимущественно ареола со стороны подбородка (2-3 см от основания соска).
3. Прикладывайте ребенка чаще: по требованию, но не реже чем каждые 1-1,5 часа, чтобы избежать сильного голода и агрессивного сосания.
4. Не мойте грудь перед каждым кормлением, достаточно общего гигиенического



душа 1-2 раза в сутки. Исключите использование мыла/специальных гелей/пенки – для мытья достаточно воды.

5. Избегайте химических моющих средств с резким запахом и кремов для груди.

6. Исключите инфекцию сосков (при наличии травм и трещин), проконсультируйтесь с врачом.

7. Подцеживайте молоко перед кормлением, если грудь переполнена и ребенку тяжело ее захватить.

8. Носите чистый и удобный бюстгалтер. Белье должно сидеть свободно, не перетягивать грудь.

9. Аккуратно извлекайте грудь из рта малыша после кормления, чтобы не повредить соски. Для этого необходимо убрать вакуум нажатием на грудь рядом с уголком рта ребенка. Не следует насильно вытягивать сосок из рта.

10. При использовании впитывающих вкладышей для груди меняйте их по мере намокания, но не реже чем каждые 3 часа.

11. При использовании аксессуаров для кормления регулярно их обрабатывайте, согласно рекомендациям производителя.

При любых проблемах с грудью не рекомендуется:

- сцеживание при болевом синдроме – «через боль»;
- сильно нажимать на болезненные участки;
- движения при сцеживании и массаже должны быть мягкими, бережными и аккуратными;
- использовать согревающие компрессы;
- использовать компрессы со спиртом, камфарой;
- перетягивание груди;
- лекарственное подавление лактации.

При травмах сосков, трещинах, при плоских или втянутых сосках рекомендуется к использованию защитные накладки.

Защитные накладки на соски, размер М (13-16 мм), L (16-20 мм)

Защитные накладки на соски изготовлены из очень тонкого, эластичного и мягкого силикона, благодаря чему ребенок не чувствует накладку при сосании.

Преимущества:

- Молоко легко поступает через специальные отверстия в накладке.
- Незаменимы при травмах сосков, трещинах, при плоских или втянутых сосках.
- Обеспечивают возможность кормления при болезненных сосках, идеально прилегают к соску и защищают его.
- Специальная выемка для соприкосновения щекой малыша с маминной грудью.

В комплекте 2 шт.

Уход за молочной железой во время лактации.

Крем для сосков Nipple care cream 10 г

Крем глубоко увлажняет, способствует заживлению ран на коже и уменьшает болезненные ощущения в области груди.

Преимущества:

- Гипоаллергенный, без вкуса, без запаха, не оставляет следов на одежде.
- Содержит 100% ланолин – нет необходимости смывать перед кормлением грудью.
- Помимо заживления болезненных участков груди мамы, крем отлично подходит для обработки детских складочек и сухих участков кожи малышей.



Крем для сосков
Nipple care cream
10 г



Защитные накладки
на соски,
М (13-16 мм), L (16-20 мм)



Вкладыши
для бюстгальтера
Pigeon Comfy Feel
Breast Pads
с алоэ, 30, 60 шт.

- Густая текстура крема защищает нежную кожу малыша от влияния окружающей среды и неблагоприятных погодных условий.
- Крем будет полезен для обработки кожи после укусов насекомых, при возникновении неглубоких трещин и ранок, и как натуральный бальзам для губ.
- Используется как ранозаживляющее, успокаивающее, увлажняющее и смягчающее средство.
- Протестировано дерматологами, подходит для чувствительной кожи.

Вкладыши для бюстгальтера Comfy Feel Breast Pads с алоэ, 30, 60 шт.

Ультратонкие одноразовые вкладыши для мам в период лактации обеспечивают комфорт и уменьшают риск возникновения раздражения чувствительной кожи.

Преимущества:

- Содержат экстракт алоэ вера, который обладает антиоксидантным и антибактериальным действием.
- Влагонепроницаемый дышащий слой предотвращает протекание молока.
- Быстро впитывающий полимер надежно удерживает влагу внутри, сохраняя кожу сухой и днем, и ночью.
- Благодаря двум клейким полоскам вкладыши надежно фиксируются на белье.
- Практически незаметны под одеждой.
- Каждый вкладыш в индивидуальной гигиенической упаковке: удобно хранить и брать с собой.
- Дерматологически протестированы, подходят для чувствительной кожи.

Лактационный криз (ЛК) – временное уменьшение количества молока, возникающее без видимой причины. Отсутствие доступной информации о ЛК и незнание методов коррекции – наиболее частые факторы прекращения грудного вскармливания. В основе лактационных кризов лежат особенности гормональной регуляции лактации, кормление по режиму, отсутствие полноценного питания и отдыха кормящей женщины.

Чаще всего ЛК возникает на 3-6 неделях и 3, 4, 7, 8 месяцах лактации. Продолжительность лактационных кризов в среднем составляет 3-4 дня и не представляет опасности для здоровья ребенка.

Кормящая женщина может замечать отсутствие молока в груди при сцеживании после кормления и/или «приливов» молока в груди. Снижение лактации чаще сказывается на состоянии и поведении ребенка.

К причинам лактационного криза помимо истинной гормональной регуляции лактации относят: нарушения в режиме кормления ребенка, нерегулярное прикладывание к груди, длительные перерывы между кормлениями, отсутствие ночных кормлений. Использование пустышек и сосок создают условия неправильной функции молокообразования, снижают сосательную активность ребенка. Вялое сосание (устомление, недоношенность) ведет к недостаточному раздражению молочной железы и угнетению лактации.

Рекомендуется устранить трудности и ошибки в организации грудного вскармливания:

- исключить кормление по режиму, отсутствие ночных кормлений, использование пустышек и сосок;
- правильное прикладывание к груди и эффективное сосание молока;
- исключить большие интервалы между кормлениями;
- увеличить продолжительность каждого кормления;

- создать спокойную обстановку (мама может быть уставшая, нервничает или раздражена), что нормализует процесс выделения молока;
- исключить необоснованное допаивание или докорм;
- исключить заболевания у ребенка;
- можно рекомендовать женщине перед каждым кормлением выпивать чашку (150-200 мл) теплого питья;
- после окончания кормления также нужно пополнить объем жидкости в организме – выпить чай, компот из сухофруктов, фруктовый сок или кефир;
- во время кормления мама должна сосредоточить свое внимание на ребенке, используя методики расслабления (аутотренинг, музыкотерапия);
- важно стараться как можно больше времени проводить вместе с малышом (для самых маленьких лучшим будет непосредственный контакт «кожа к коже»);
- вовлеченность всех членов семьи (отца, бабушек, дедушек) на поддержку грудного вскармливания, чтобы помочь кормящей маме справиться с трудностями и дать ей возможность отдохнуть.

Принцип 12. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания, в том числе и после выписки из родовспомогательного учреждения.

После выписки из родовспомогательного учреждения каждая кормящая мама должна знать о том, что в случае возникновения трудностей с ГВ ей обязательно помогут. Рекомендуется разработать информационную систему поддержки женщин после родов (сайт, телеграм-канал, телефонная связь), где можно получить консультативную помощь при возникающих вопросах по грудному вскармливанию.

Медицинский персонал и консультанты по ГВ:

- проводят просветительские беседы с беременными и с родившими женщинами о налаживании лактации;
- организывают и участвуют в различных мероприятиях для беременных женщин и кормящих матерей в целях пропаганды грудного вскармливания;
- оказывают квалифицированную практическую помощь в случае возникновения проблем с грудным вскармливанием: болезненное кормление, нагрубание и лактостаз молочных желез, начинающийся мастит, недостаточная прибавка в весе у ребенка, отказ от груди и др;
- помогают настроиться на позитивное материнство;
- разрабатывают образовательные программы для медицинского персонала по прикладным аспектам грудного вскармливания и проводят регулярное обучение с целью отработки практических навыков.

В рамках организации работы женской консультации (ЖК), отделений катамнеза при перинатальных центрах, детских поликлиник предусмотреть возможность консультирования матерей при возникновении трудностей по вопросам грудного вскармливания.

ГЛАВА 3.

Отказ женщины от грудного вскармливания. Алгоритм ведения.

Исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни обеспечивает множество краткосрочных и долгосрочных преимуществ для здоровья. Осознание женщиной представления о грудном вскармливании как об уникальном биологическом феномене, имеющем не только пищевое, но и психологическое значение, и оказывающее мощное положительное влияние на нервно-психическое развитие ребенка, является важ-

ным условием выработки доминанты грудного вскармливания. Преждевременное отлучение от груди или отказ от кормления грудью повышает риск развития многих, в том числе и социально значимых заболеваний как матери, так и ребенка [21].

Существует множество факторов риска преждевременного прекращения грудного вскармливания или отказа, в том числе предполагаемая недостаточная выработка молока, разлука матери и ребенка после родов, вагинальные роды с помощью акушерских щипцов, кесарево сечение, курение матери, употребление матерью наркотиков, отсутствие поддержки со стороны семьи или медицинского персонала, насилие со стороны партнера, молодой возраст матери, низкий уровень образования матери, возвращение матери на работу [23].

Трудности с грудным вскармливанием – распространенная проблема, обсуждаемая во многих исследованиях о послеродовой депрессии и грудном вскармливании. Женщины сообщают о трудностях с грудным вскармливанием и прекращают кормить грудью по многим причинам, в том числе из-за физических проблем, боли, социального давления, неудобств, смущения, недовольства своим телом или ощущения, что они не могут получить поддержку.

Материнские факторы риска отказа от грудного вскармливания.

Социальные факторы: первая беременность, подростковая беременность или прелюбный возраст матери, пустышка, кормление из бутылочки, намерение давать смесь, предыдущий негативный опыт грудного вскармливания и опасения по поводу достаточности выработки грудного молока.

Анатомические/физиологические факторы: плоский/втянутый/большой сосок, предыдущая операция на молочной железе, абсцесс молочной железы, ожирение, тяжелые/незакрепленные болезненные соски, задержка лактогенеза, накладные соски.

Женщины, кормящие грудью, у которых наблюдается или имеются риски задержки лактогенеза II, чаще прекращают грудное вскармливание. К задержке лактогенеза II (начало после 72 часов по окончании родов), чаще приводят: диабет у матери, употребление алкоголя во время беременности, низкая самооценка и депрессия, возраст матери более 40 лет. Женщины с избыточным весом (ИМТ ≥ 25 кг/м²) или ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²) реже начинают грудное вскармливание, реже кормят исключительно грудью и подвержены большему риску преждевременного прекращения грудного вскармливания.

Неонатальные факторы риска: низкий вес при рождении, недоношенность, многоплодность, трудности с прикладыванием к груди, неправильное положение у груди, неэффективное сосание, врожденные аномалии развития челюсти и губы, анатомические проблемы полости рта (микрогнатия, макроглоссия, короткая уздечка), одышка, желтуха, сепсис, неврологические проблемы, сонливость ребенка, чрезмерная потеря веса после рождения [10, 20].

Ребенок может быть сонным, не сосет или плохо сосет, или не может правильно захватить грудь, даже если он очень хочет, прекращает опорожнение груди вскоре после начала, злится, начинает плакать и отказывается сосать. Основных факторов может быть несколько: ребенок может быть голодным или переохлажденным, больным или недоношенным. Наличие проблем с положением у груди, избыток или недостаточное количество молока, заложенность носа также могут являться причинами отказа от груди. Вышеуказанные причины должны быть устранены. Если ребенок беспокойный и «злой», следует обеспечить контакт «кожа к коже» с матерью в спокойной обстановке, когда ребенок не голоден. Ребенка не следует заставлять сосать во время плача и кормить сцеженным молоком до тех пор, пока он не начнет сам сосать из груди [20, 24, 25].

Если ребенок хочет спать, одеяла следует расстегнуть, а ребенка держать в более вер-

тикальном положении. Может помочь легкий массаж ребенка и разговор с ним, а также повторная попытка после получасового ожидания [20, 24].

Факторы риска окружающей среды. Наиболее важными факторами риска являются разлучение с матерью с использованием соски/смеси, отсутствие эффективного сосания во время выписки и ранняя выписка (<48 часов) [20].

Факторы, которые могут повлиять на продолжительность исключительно грудного вскармливания и отказ от грудного вскармливания:

- низкий уровень применения семейно-ориентированных технологий в родовспомогательном учреждении;
- низкий охват в школе подготовки беременных и членов их семей по вопросам подготовки к родам и грудному вскармливанию (физиологические аспекты лактации, самоэффективность грудного вскармливания, алгоритм действий при возникновении проблем);
- несоблюдением мер поддержки исключительно грудного вскармливания (неоптимальные сроки прикладывания к груди новорожденных, короткий период контакта «кожа к коже» менее 1 часа, отсутствие режима свободного грудного вскармливания);
- необоснованное введение детских смесей для вскармливания новорожденных;
- социальные детерминанты и факторы перинатального периода [22].

Одним из значимых факторов ограничения и отказа от грудного вскармливания являются трудности и нарушения правильного прикладывания и захвата соска и ареолы груди, неэффективное сосание, в том числе и в связи с анкилоглоссией.

Анкилоглоссия – это врожденное состояние, которое ограничивает диапазон движений языка из-за короткой или плотной полосы ткани, называемой уздечкой языка, которая фиксирует нижнюю часть кончика языка к дну рта. Ограничивающая уздечка языка может мешать грудному вскармливанию, не позволяя ребенку вытягивать и поднимать язык, чтобы захватить сосок сосания. Это может привести к неэффективному захвату груди, непродуктивному сосанию, боли и трещинам сосков и повлиять на принятие женщиной решения об отказе от ГВ. Если негативное влияние уздечки языка на сосание становится определенным, то может быть выполнена френотомия, хотя она уменьшает боль в краткосрочной перспективе и не оказывает положительного влияния на грудное вскармливание в долгосрочной перспективе [26].

Трещины на сосках – распространенная проблема, возникающая в период лактации. В норме грудное вскармливание НЕ БОЛЕЗНЕННО! Некоторые матери могут ощущать некоторую чувствительность в сосках после кормления грудью в первые несколько дней, однако за короткое время она исчезает. Если боль слишком сильная или на соске есть видимая травма, следует оказать консультативную и практическую помощь [25].

Причины трещин и боли в сосках обычно просты и их можно предотвратить. Самая распространенная причина заключается в том, что ребенок плохо расположен на груди. Кроме того, попытка отделить ребенка путем «вытягивания» за сосок, чрезмерное давление молокоотсосом, инфекция Candida и короткая уздечка языка также могут привести к повреждению соска [25].

Матери следует предоставить соответствующую консультацию, чтобы вернуть ей уверенность в грудном вскармливании. Обычно достаточно правильно расположить ребенка на груди.

Наиболее распространенной причиной, по которой матери прекращают грудное вскармливание – ошибочное представление о том, что их грудного молока недостаточно. Малое количество молозива может усилить беспокойство матерей. Но его достаточно для ее ребенка в первые дни, а определенная потеря веса после рождения приемлема. Емкость

желудка новорожденного ребенка при рождении небольшая, увеличивается в течение нескольких дней (первый день 5-7 мл – размер вишни; третий день 22-27 мл – размер грецкого ореха, первая неделя 45-60 мл – размер шарика для пинг-понга, первый месяц 80-150 мл – размер большого яйца) [25].

Максимальная потеря веса у здоровых новорожденных, получающих только грудное молоко, происходит на 2-3 сутки после родов и составляет около 5-6% от массы тела при рождении. Следует внимательно следить за динамикой, так как большинство детей восстанавливают вес при рождении к 10-14 дню, когда они начинают получать достаточное количество грудного молока [24, 25].

Раннее и исключительно грудное вскармливание не вызывает симптоматической гипогликемии, поскольку оно удовлетворяет все пищевые и метаболические потребности здоровых доношенных детей. В первые 2-3 часа после рождения у здоровых доношенных детей может наблюдаться временная бессимптомная гипогликемия, которая проходит самостоятельно без лечения на фоне организации эффективного грудного вскармливания [16, 18].

Симптомы, указывающие на то, что малыш не получает достаточного количества грудного молока, следующие:

- недостаточная прибавка в весе – неспособность достичь веса при рождении в течение 2-х недель после рождения или прибавки в весе менее 500 г в первый месяц после родов [20];
- недостаточное выделение мочи – менее 6 раз в день, темный цвет (кристаллы уратов розового цвета), концентрированное выделение мочи после 2-ого дня жизни [25];
- количество стула и изменение его цвета – в норме новорожденные дети испражняются 3-8 раз в день, снижение частоты на 5-ый день, может свидетельствовать о недостаточности грудного молока [24, 25].

Причины недостаточного грудного вскармливания.

Недостаточная выработка молока (гиполактация):

- наиболее распространенной причиной нехватки грудного молока является плохой захват груди и, как следствие, неэффективное сосание или опорожнение груди;
- большие перерывы в кормлении/сцеживании (если мать кормит сцеженным молоком);
- использование пустышек;
- необоснованный докорм смесью;
- психологические факторы (недостаточная уверенность в себе, усталость, тревога и эмоциональное выгорание, отсутствие поддержки) также могут привести к снижению выработки молока [13, 25].

Редкие причины: лекарства (диуретики, контрацептивы), используемые матерью, курение, алкоголь, предыдущая операция на молочной железе, остатки плаценты, тяжелое недоедание, некомпенсированные заболевания щитовидной железы, ожирение, большая кровопотеря [27].

Классификация и критерии постановки диагноза гипогалактии представлены в Приложении 5.

Недостаточное потребление молока.

Причинами, по которым ребенок не может опорожнить грудь в достаточном объеме, даже если у матери достаточно молока, являются:

- неэффективное прикладывание к груди;
- неправильное положение;

- неподходящее время и продолжительность грудного вскармливания;
- неэффективное опорожнение груди без получения заднего молока – плохое/поверхностное сосание из-за болезни или недоношенности [24, 25];
- использование пустышек, что снижает время стимуляции груди и количество получаемого молока.

Для решения и выбора тактики курации, необходимо провести обследование:

- исправить прикладывание к груди и проверить организацию ГВ (частота кормлений, использование пустышки и др.);
- провести визуальный осмотр лица, челюсти, шеи и ротоглотки новорожденного;
- выявить атипичные признаки, включая дисморфические черты, микрогнатию, ретрогнатию, заячью губу и/или небо;
- оценить движения и координации языка – с помощью пальца в перчатке проверить сосательный рефлекс и провести пальпацию твердого и мягкого неба;
- оценить признаки короткой уздечки языка (анкилоглоссия) – неспособность младенца вытянуть язык за нижний альвеолярный отросток или поднять язык к небу, или изогнуть язык в форме сердца при разгибании [28];
- по показаниям проводится консультация врача детского хирурга/или детского стоматолога для определения необходимости хирургического лечения – френотомии.

Алгоритм ведения женщины при отказе от грудного вскармливания.

1. Консультация врачей (акушера-гинеколога, неонатолога, анестезиолога-реаниматолога, клинического психолога) с целью выявления причин отказа от ГВ, совместно определить план курации матери и новорожденного, провести беседу о важности грудного вскармливания для здоровья матери и ребенка.
2. Консультация врача акушера-гинеколога о важности сохранения грудного вскармливания для послеродового восстановления и для здоровья репродуктивной системы женщины.
3. Консультация клинического психолога по вопросам психоэмоциональной поддержки семьи.
4. В случае отказа женщины от грудного вскармливания, в том числе и по медицинским показаниям, необходимо обеспечить максимально безопасный уровень прекращения лактации.
5. Информирование о способах подавления лактации и побочных эффектах в случае прекращения ГВ.
6. Консультация специалиста по грудному вскармливанию о механизмах плавного прекращения лактации и о различных вариантах смешанного вскармливания (в зависимости от причин отказа от кормления грудью).
7. Оформление в медицинской документации матери и новорожденного «Отказ от грудного вскармливания» (Приложение 6).

ГЛАВА 4.

Введение докорма. Чек-лист.

Особые состояния со стороны матери или ребенка могут потребовать коррекции метода вскармливания и рассмотрения необходимости введения докорма.

Докорм – это дополнительное питание, которое получает ребенок 1-ого года жизни, находящийся на грудном вскармливании, при недостаточном количестве грудного молока у матери (гипогалактии). Кроме того, может потребоваться введение докорма, когда мать и ребенок разлучены, и сцеженное молоко не может быть предоставлено.

Введение докорма может быть рекомендовано только после тщательной оценки клинического состояния новорожденного и/или матери и определения показаний.

При принятии решения о введении докорма важно информировать мать о необходимости дальнейшего сцеживания грудного молока и поддержать ее для увеличения лактации и скорейшего перехода на исключительно грудное вскармливание.

Если ребенок не берет грудь или не может высасывать достаточное количество молока при травмах сосков у матери, сопровождающихся сильной болезненностью, докорм осуществляется сцеженным молоком матери при помощи шприца, поильника и других несосательных приспособлений. В случае необходимости введения докорма из бутылки следует соблюдать определенный алгоритм для скорейшего возвращения вскармливания у груди (Приложение 7).

Если ребенок сосет и эффективно опорожняет грудь, не имея других медицинских показаний, лечащий врач информирует мать о том, что следует снизить или полностью отменить докорм.

При невозможности перорального вскармливания новорожденного грудным молоком по медицинским показаниям со стороны матери или новорожденного, лечащий врач новорожденного предоставляет матери информацию о необходимости создания индивидуального банка грудного молока, в том числе и в домашних условиях.

Долактационное вскармливание – это предоставление детской молочной смеси или других продуктов питания новорожденному до начала лактации и эффективного старта грудного вскармливания в течение первых 3-х дней после родов.

Факторы риска задержки лактогенеза (72-120 часа) со стороны матери: первичная железистая недостаточность (задержка роста груди во время беременности, отсутствие молока), дефекты отхождения плаценты, перенесенные операции на молочной железе (что приводит к недостаточной выработке молока), а также нарушение или прерывание грудного вскармливания из-за заболевания матери или лечения лекарственными препаратами, противопоказанными при грудном вскармливании [25].

К показаниям введения дополнительного питания новорожденному относится бессимптомная гипогликемия, которая не купируется на фоне частого прикладывания к груди, а также признаки и симптомы, указывающие на недостаточное потребление ГМ. Симптомами недостаточного потребления ГМ являются: наличие клинических и лабораторных признаков выраженного обезвоживания (потеря веса $\geq 10\%$, гипернатриемия, вялость), которые не улучшаются, несмотря на надлежащее консультирование по грудному вскармливанию; потеря веса 8-10% на 5-ый день жизни или позже, неспособность к выведению первичного мекония или все еще выделяемый меконий на 5-ый день, отсутствие молока (задержка лактогенеза); неспособность ребенка эффективно сосать, несмотря на наличие ГМ [25, 29].

При подозрении на желтуху грудного молока у хорошо набирающего вес и рост ребенка следует провести исследование для дифференциальной диагностики. Грудное молоко не следует прекращать в диагностическо-терапевтических целях. При подозрении или установлении метаболических заболеваний у новорожденного требуется введение специализированных продуктов питания [25, 29].

Усилия и стратегии в области грудного вскармливания уменьшат потребность в дополнительном введении детской молочной смеси.

Стратегии снижения потребности в дополнительном введении детской молочной смеси:

1. Все медицинские работники в родовспомогательном учреждении должны обладать компетенциями поддержки грудного вскармливания.

2. Как матери, так и медицинские работники должны быть осведомлены о недостатках необоснованного введения детской смеси и ее негативном влиянии на грудное вскармливание, состояние здоровья матери и ребенка.
3. Прямой контакт «кожа к коже» с матерью сразу после рождения и прикладывание к груди в течение первого часа после родов положительно влияет на грудное вскармливание. Если грудное вскармливание откладывается, риск кормления детской смесью увеличивается, что приведет к снижению выработки грудного молока.
4. Мать и ребенок должны быть вместе 24 часа в сутки после родов. Таким образом приход молока увеличивается благодаря грудному вскармливанию «по требованию».
5. В случаях, когда мать и ребенок разлучены, матерям следует оказывать поддержку в регулярном сцеживании молока, чтобы обеспечить непрерывность выработки молока.
6. Необходимость введения докорма и вид субстрата определяет лечащий врач новорожденного, согласно чек-листу «Введение докорма доношенным новорожденным» и согласовывает с матерью новорожденного. Лечащий врач оценивает показатели здоровья и заполняет чек-лист «Введение докорма доношенным новорожденным» о чем делает запись в медицинской документации.

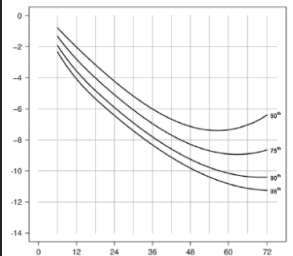
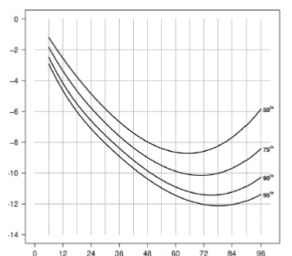
Чек-лист «Введение докорма доношенным новорожденным»

ФИО матери _____
 Дата и время рождения ребенка _____ /дата, сутки жизни _____
 Масса тела ребенка при рождении _____
 Пол ребенка М / Ж

Повышенные риски гипогалактии.

Критерии	Оценка
Тяжелые хронические заболевания матери, оказывающие влияние на лактацию (в том числе эндокринные: ожирение, диабет и др.)	Да /Нет
Преэклампсия	Да /Нет
Патология грудных желез, ведущая к недостаточной выработке молока	Да /Нет
Отсутствие прикладывания к груди в первый час после родов	Да /Нет
Отсутствие психологического настроя на кормление грудью	Да /Нет

Показания к введению докорма.

Повышенная убыль первоначальной массы тела	Рассчитать % убыли массы (приблизительная норма: - 1-2 сутки – до 5-6 % - с 3 суток – до 7-8 % - после 5 суток – до 8-10 %)	Указать %: 1 сутки - 2 сутки - 3 сутки - 4 сутки - 5 сутки -
Потеря массы тела при вагинальных родах (по вертикали – % потери, по горизонтали – часы жизни) 	Потеря массы тела при кесаревом сечении (по вертикали – % потери, по горизонтали – часы жизни) 	Указать центиль на графике (норма первоначальной потери массы тела – от 0 до 75 центили)
Высокий риск гипогликемии (ГСД у матери, недоношенность, ЗВУР и др.)	Определить уровень глюкозы (норма более 2,6 ммоль/л)	Указать норма/нет
Клинические и/или лабораторные признаки обезвоживания	- сухость слизистых - урежение мочеиспусканий - яркоокрашенная моча - повышение уровня натрия и гематокрита в крови	подчеркнуть
Гипербилирубинемия, связанная с недостаточным потреблением грудного молока (начинается на 2-5 день жизни, сопровождается потерей массы, задержкой стула и недостаточным мочеиспусканием).		Да/нет

Стул менее 4 раз за первые 4 суток жизни		Да/Нет
--	--	--------

Выбор субстрата докорма

Сцеженное молоко _____
 Детская смесь (название) _____

Расчет	Оценка, %	Рекомендации
Потеря массы: - 1-2 сутки – 5-6 % - с 3 суток – 7-8 % - после 5 суток – 8-10 %		10 мл после каждого прикладывания к груди
При потере более 10 % массы тела		Не менее 20 мл после каждого прикладывания к груди

ГЛАВА 5.

Индивидуальный банк грудного молока.

Преимущественно для кормления ребенка важно и нужно использовать свежее сцеженное (нативное) молоко, учитывая его более высокие нутритивные и биологические свойства по сравнению с охлажденным или замороженным сцеженным молоком.

Вскармливание больного ребенка сцеженным грудным молоком по пищевой, биологической ценности и микробиологической безопасности приближается к вскармливанию из груди матери. При организации вскармливания новорожденных сцеженным материнским молоком при невозможности прикладывания к груди, разлучении матери и ребенка, пребывании ребенка в отделении реанимации или палате интенсивной терапии, в том числе после перенесенных оперативных вмешательств, мать ребенка информируется о правилах и режиме сцеживания (не реже 8-10 раз в сутки) и необходимости создания индивидуального банка грудного молока, что позволит сохранить лактацию, увеличить объем грудного молока, поддержать исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни, а также обеспечить эффективную профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

Некоторые женщины с детьми, которых в силу разных причин длительное время не прикладывали к груди после рождения, продолжают кормить ребенка сцеженным молоком и после стабилизации состояния и выписки из стационара, что заслуживает внимания и уважения медицинским персоналом.

В раннем лактационном периоде сцеживание грудного молока стимулирует и поддерживает лактацию на протяжении длительного времени. Есть данные, показывающие отсутствие сокращения длительности грудного вскармливания по сравнению со здоровыми новорожденными, если в первые дни жизни ребенок не прикладывается к груди, но его мать регулярно сцеживала молоко.

Индивидуальный банк грудного молока является удобным и современным способом сохранения грудного вскармливания у ребенка в различных жизненных ситуациях, не позволяющих осуществлять полноценное кормление из груди матери. Он представляет собой запасы замороженного сцеженного грудного молока, собранные от одной женщины и размещенные порционно в удобные емкости, хранящиеся при низких температурах (-18 °C) и готовых к использованию для кормления ребенка в любой момент.

Необходимо обеспечить внимательное отношение со стороны медицинского персонала, разъяснение преимуществ грудного вскармливания по сравнению с искусственным, а также знание технологий безопасного хранения сцеженного грудного молока, что обеспечивает дополнительную стимуляцию доминанты материнства и лактации у таких женщин.

Формирование банка грудного молока в неонатальном стационаре повышает уровень грудного вскармливания у детей при выписке и увеличивает число кормящих матерей в популяции.

Согласно санитарно-эпидемиологическим правилам и нормам Санпин 3.3686-21, вступившим в силу 1 сентября 2021 г., при оказании медицинской помощи новорожденным в медицинских организациях разрешено использование сцеженного грудного молока, не подвергнувшегося никакой специальной обработке, собираемого и хранящегося при определенных условиях, в том числе и в формате индивидуального банка грудного молока.

Индивидуальный банк грудного молока может быть создан как в домашних условиях, так и в медицинской организации, где должны соблюдаться нормы и требования эпидемиологической безопасности [7, 33, 34].

В рамках организации индивидуального банка грудного молока в родовспомогательном учреждении необходимо разработать и внедрить следующие алгоритмы:

- условия допуска матерей к сбору грудного молока;
- подготовка матерей к сцеживанию;
- обучение и контроль медицинского персонала над процессом сбора и хранения молока;
- технологии хранения (охлаждение и замораживание) грудного молока;
- использование сцеженного грудного молока;
- обработка клинического молокоотсоса после сцеживания;
- обработка индивидуального молокоотсоса матерью;
- обработка устройств для сбора, хранения и кормления грудным молоком после использования.

В каждой медицинской организации родовспоможения и в перинатальных центрах, имеющих неонатальные стационары, разрабатываются стандартные операционные процедуры (СОП) по формированию индивидуального банка грудного молока для каждой матери и ее ребенка, рекомендованные в учебном пособии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России [32].

Для сцеживания грудного молока могут применяться как индивидуальные (бытовые) молокоотсосы, которые предназначены только для одной женщины, так и клинические (стационарные) молокоотсосы для кормящих матерей.

Для эффективного сцеживания грудного молока может быть рекомендовано:

Молокоотсос ручного типа в комплекте с бутылочкой Pigeon.

Ручной молокоотсос с двухфазным режимом обеспечивает эффективное и бережное сцеживание, максимально приближенное к естественному кормлению ребенка грудью.

Преимущества:

- Мягкая эластичная силиконовая воронка Comfort PropertFit™ плотно и комфортно

прилегает к груди, предотвращая проникновение воздуха.

- Двухфазная технология: «Режим стимуляции» мягко стимулирует приток молока, «Режим сцеживания» позволяет легко контролировать процесс сцеживания.
- Эргономичная рукоятка помогает комфортному сцеживанию без особых усилий. Регулирование позиции стержня и рукоятки позволяет легко переключаться между режимами.
- Силиконовая крышка-заглушка (в комплекте) позволяет плотно закрыть бутылочку для хранения сцеженного молока.
- Подставка для бутылочки обеспечивает устойчивость молокоотсоса.
- Молокоотсос состоит из минимального количества деталей. Его легко разбирать и собирать, удобно мыть, стерилизовать.
- Изготовлены из легкого безопасного для здоровья мамы и малыша материала (полипропилен, силикон), не содержит Бисфенол-А.

Молокоотсос электрический GoMini (Single)

Молокоотсос электрический GoMini (Single) создан для безопасного и бережного сцеживания молока и помощи в организации грудного вскармливания.

Преимущества:

- Деликатно стимулирует и подготавливает грудь к сцеживанию за счет имитации сосательных движений младенца. Большим преимуществом является простота использования и удобный интерфейс. Электрический молокоотсос GoMini подходит для предотвращения и профилактики лактостаза, мастита, болезненных ощущений в молочных железах и сосках, а также для стимуляции и нормализации процесса грудного вскармливания и массажа груди.
- Имеет 5 уровней регулирования скорости в режимах стимулирования и сцеживания. Стимулируйте грудь с помощью регулируемого режима с разным ритмом всасывания. Когда молоко начнет выделяться из груди выберите подходящую интенсивность сцеживания.
- В комплект входит бутылочка из высококачественного безопасного премиального пластика полифенилсульфона (PPSU), обладает высокой устойчивостью к появлению царапин и перепадам температур.
- Молокоотсос состоит из минимального количества деталей. Его легко разбирать и собирать, удобно мыть, стерилизовать.
- После зарядки работает в беспроводном режиме.

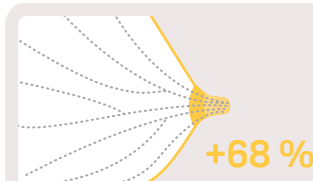
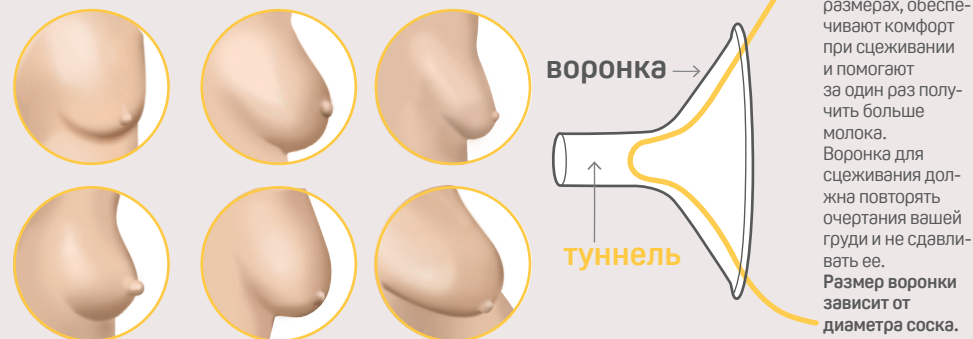
Сведения о собранном молоке заносятся в Дневник сцеживания (Приложение 2).

В медицинской организации разрабатываются СОП, регламент и памятки для сбора, замораживание, хранение и размораживание грудного молока, а также стерилизационная обработка молокоотсосов и аксессуаров (Приложение 8, 9, 10).

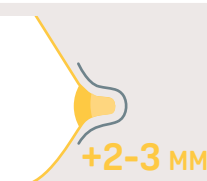
При организации индивидуального банка грудного молока в условиях медицинской организации следует обучить маму маркировке емкости со сцеженным грудным молоком – ФИО матери или ребенка, дата рождения, дата и время сбора молока. В домашних условиях достаточно указывать дату и время сбора молока. Молоко следует хранить порциями по 15-60 мл [30].

Особенности анатомии груди

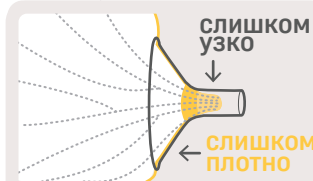
Разнообразие форм и размеров женской груди очень велико. К тому же на протяжении грудного вскармливания они могут изменяться. При этом размер груди может не соответствовать размерам сосков, а соски на правой и левой груди могут быть разных размеров.



Диаметр молочных протоков при приливе молока увеличивается на 68%, чтобы обеспечить свободное поступление молока к соску.



Диаметр соска может временно увеличиваться на 2-3 мм. Поэтому туннель воронки должен быть немного шире, чем сосок.



Молочные протоки располагаются близко к поверхности кожи. Если слишком плотно прижимать воронку к груди или использовать воронку со слишком узким туннелем, это может затруднить выделение молока.

Особенности строения соска, подбора воронки и сцеживания



Правильно
сосок свободно движется внутри



Воронка маленькая
сосок может быть поврежден



Воронка большая
сцеживание будет неэффективным



Молокоотсос
ручного типа
в комплекте
с бутылочкой
Pigeon



Молокоотсос
электрический
Pigeon GoMini
(Single)

Для создания индивидуального банка грудного молока рекомендуются:

Пакеты для заморозки и хранения грудного молока Holiday (120 мл, 25 шт) и Animal (180 мл, 25 шт)

Стерильные пакеты для заморозки и хранения грудного молока позволяют сохранить все свойства грудного молока.

Преимущества:

- Удобный широкий объем «горлышка» для легкого переливания молока из бутылочки.
- Уникальный двойной zip lock замок позволит вам прочно закрыть пакет.
- Благодаря особой форме, пакет с мерной шкалой можно хранить/размораживать стоя.
- Изготовлены из полиэтилена низкой плотности (полиэтилен высокого давления) – отличается особой прочностью, легко выдерживает воздействие низких температур.
- Пакеты одноразовые, рекомендуются и для кратковременного, и для длительно хранения грудного молока.

Процент жира в материнском молоке уменьшается, а количество белка и углеводов увеличивается при использовании стеклянных или полиэтиленовых, полипропиленовых, поликарбонатных или полиэфирсульфоновых бутылок, или пакетов для хранения ГМ. Следует соблюдать осторожность в отношении риска загрязнения при повреждении пластиковых пакетов и контейнеров. Пластиковые емкости, используемые для сбора мочи, не должны применяться для хранения и замораживания ГМ. Можно использовать только аксессуары для хранения продуктов.

В домашних условиях контейнеры для хранения ГМ после мытья средством для детской посуды необходимо обильно прополаскивать водой, а также после мытья в посудомоечной машине следует высушить. Не требуют дополнительной стерилизации. Не следует использовать химические дезинфицирующие средства [20, 25, 30].

При размораживании существует особый запах ГМ, который возникает из-за окисления жирных кислот в результате деградации триглицеридов. Это безвредно для малыша [38, 39].

Лучший способ размораживания ГМ – поставить его на полку холодильника на ночь. Другие методы: держать емкость с ГМ под проточной теплой водой или поместить его в емкость с теплой водой (Bain-marie), при этом меньшая потеря липидов происходит при размораживании в холодильнике. Размораживание в микроволновой печи не рекомендуется, поскольку оно разрушает противомикробные свойства грудного молока. После замораживания и размораживания способность грудного молока подавлять рост бактерий снижается, особенно после хранения при комнатной температуре в течение суток. По этой причине хранить размороженное молоко при комнатной температуре следует не дольше 2-х часов. Размороженное грудное молоко можно хранить в холодильнике в течение суток. Неиспользованное ГМ после размораживания не подлежит повторному замораживанию [25, 30].

Нагревание молока: сцеженное и хранящееся грудное молоко следует нагревать до 40°C. Нагревать молоко выше 40°C не рекомендуется, поскольку это разрушает иммунологически активные факторы [30].

Индивидуальный банк грудного молока – это запасы грудного молока матери (охлажденного или замороженного), собранные порционно в емкости, хранящиеся при низких температурах и предназначенные для кормления своего ребенка. Создание запасов сцеженного грудного молока необходимо для обеспечения им ребенка в случае временного недо-

статка материнского молока или невозможности прикладывания ребенка к груди матери.

Заключение

Грудное молоко в постнатальном онтогенезе является главным фактором генетического и эпигенетического влияния на формирование здоровья ребенка на протяжении всей его жизни. Грудное молоко обладает уникальными сбалансированными факторами, их вариативностью в разные возрастные периоды и взаимопределяющими факторами программирования роста и развития органов и систем: пищевой, метаболической, микробиологической, иммунной и генетической.

Грудное вскармливание поддерживает здоровье матери на протяжении жизни благодаря физиологическим, метаболическим и гормональным влияниям. Снижает риск послеродовой депрессии и боли после операции кесарева сечения, а в дальнейшем развития онкологических и гинекологических заболеваний, диабета II типа, остеопороза, ожирения и сердечно-сосудистых нарушений.

Обеспечение полноценной и длительной лактации является одной из важнейших задач по сохранению здоровья младенцев и матери, которую должны решать медицинские организации родовспоможения и детства. Организация эффективной работы по поддержке грудного вскармливания осуществляется на всех этапах (подготовка женщин к беременности, беременность, роды, послеродовой период и период лактации). Чрезвычайно важно обеспечивать сотрудничество и преемственность всех основных звеньев лечебной сети: женских консультаций, роддомов и детских поликлиник.



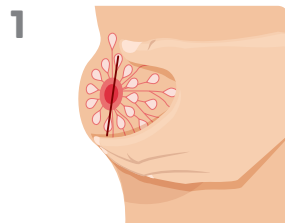
Пакеты
для заморозки
и хранения
грудного молока
120 мл, 25 шт
Holiday



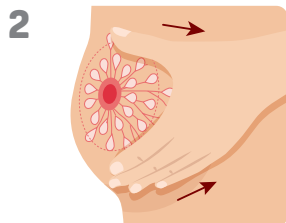
Пакеты
для заморозки
и хранения
грудного молока
180 мл, 25 шт
Animal

Сцеживание грудного молока руками

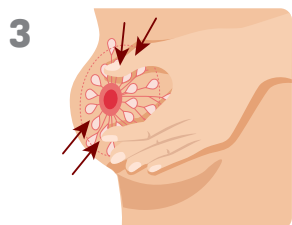
Специально обрабатывать грудь перед сцеживанием не нужно, а вот руки необходимо тщательно вымыть, обсушить и убедиться в отсутствии заусенцев и острых кромок на ногтях



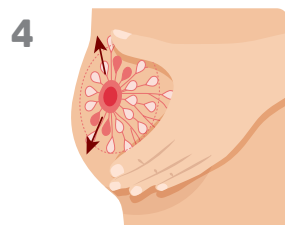
1
Исходное положение: сложите пальцы буквой С и обхватите грудь. Расположите большой и указательный пальцы на одной линии с соском на расстоянии 2-3 см от него.



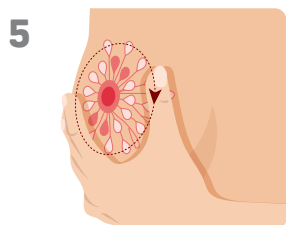
2
Первое движение («на себя»): **нажмите пальцами в сторону к грудной клетке.**



3
Второе движение («сжать») - **сведите большой и указательный пальцы вместе**, прокатываясь по тканям молочной железы. Пальцы при этом не должны скользить по коже.



4
Расслабьте пальцы и вернитесь в исходное положение. **Повторяйте движения «на себя» и «сжать»** в спокойном ритме и без пауз. Сжимайте ареолу, а не сосок.



5
Постепенно **перемещайте пальцы по всей окружности груди**, чтобы опорожнить все доли молочной железы.

Молозиво/молоко может начать отделяться не сразу, надо дождаться заполнения млечных протоков.

Если нажимать только на сосок или совершать движения «вперед и сжать» без фазы «на себя», то сцеживание не будет эффективным.

После сцеживания грудь должна быть равномерно мягкой. Возможно умеренное и быстро-проходящее покраснение кожи.

ПРАВИЛЬНАЯ ТЕХНИКА СЦЕЖИВАНИЯ:

- ✓ Позволяет эффективно опорожнять молочные железы
- ✓ Является профилактикой лактостазов и маститов
- ✓ Позволяет сохранить грудное вскармливание в случаях когда ребенок не может сосать или разлучен с матерью

Использованы изображения из плаката "Щелковского перинатального центра"

Приложение 1

Техника ручного сцеживания грудного молока.

В ситуациях, когда невозможно обеспечить прикладывание ребенка к груди в 1-ый час после рождения, трудностях с прикладыванием и необходимостью введения докорма сцеженным грудным молоком, разлучению по медицинским показаниям со стороны матери или ребенка, медицинскому персоналу следует активно рекомендовать стимулировать лактацию и начинать выработку молока с помощью раннего и регулярного сцеживания. Раннее сцеживание после родов может поддерживать выработку молока, закладывая основу для будущего эффективного грудного вскармливания.

Доказано, что почти все матери начинают сцеживать грудное молоко под влиянием внешней мотивации со стороны медицинских работников.

Также доказано, что во время начала и поддержания сцеживания грудного молока матери сталкиваются со многими трудностями и испытывают различные негативные соматические и эмоциональные ощущения:

- обучение и практические советы по эффективному сцеживанию для снижения негативных ощущений, боли, повреждений соска; профилактика развития нагрубания и лактостаза;
- эмоциональная поддержка и поощрение со стороны семьи и особенно партнера;
- при возникновении трудностей со сцеживанием обеспечить практическую помощь и участие.

Рекомендации:

- перед сцеживанием молока руки следует вымыть водой с мылом; если руки чистые и нет видимых загрязнений, можно использовать дезинфицирующие средства на спиртовой основе;
- сцеживание молока вручную или с помощью молокоотсоса зависит от времени после рождения, цели и индивидуальных особенностей пары мама/малыш;
- простые и доступные методы, такие как ручное сцеживание молока, массаж груди и прикладывание подогретых полотенец к груди перед сцеживанием, могут быть столь же эффективными, как и электрические молокоотсосы;
- нет никакого превосходства между сцеживанием молока вручную или с помощью молокоотсосов, если это делается правильно (соблюдение гигиенических требований, использования молокоотсоса в соответствии с рекомендациями производителя).

*Плакат предоставлен ГБУЗ МО «Щелковский перинатальный центр»

Как сцедить больше молока?

1. Следуйте установленному порядку сцеживания – в сутки должно быть не менее 8 сцеживаний, в т.ч. ночью. Ночные сцеживания принципиально важны для становления и поддержания лактации.
2. Сцеживайте обе груди суммарно 30-40 минут: 5 минут одну – 5 минут другую, потом 4-4, 3-3, 2-2, 1-1.
3. Комбинируйте молокоотсос и ручное сцеживание – это поможет дать максимальный результат.
4. Делайте массаж груди перед и во время сцеживания.
5. Погрейте себя. Выпейте что-то теплое перед сцеживанием.
6. Помогите выработке окситоцина. Расслабьтесь, устройтесь удобно, смотрите на ребенка или его фотографию.
7. Наклонитесь вперед. Так сцеживается быстрее.

8. Не смотрите в емкость, когда сцеживаете. Так у вас получится сцедить больше.
9. Используйте крем с ланолином, чтобы предотвратить сухость и раздражение на сосках.
10. Подбирайте воронку молокоотсоса правильно.

Приложение 2

Дневник сцеживаний грудного молока.

Первый инструктаж провел _____ подпись _____ дата _____

ФИО матери _____ отделение _____ палата _____

Дата и время родов _____

Самопроизвольные роды/кесарево сечение/вакуум/ другое _____

Гестационный возраст _____ вес _____, время первого прикладывания

к груди/сцеживания _____

Сцеживание начинают как можно раньше, но не позднее 6 часов после родов.

- В первые 14 дней после рождения период секреторной активации молочной железы/ сцеживания необходимо проводить не реже 8 раз в сутки (каждые 2-3 часа), длительность не менее 30 минут (чередовать обе груди).
- Первые 2-3 дня предпочтительно проводить ручное сцеживание молозива, далее использовать молокоотсос + массаж груди. При необходимости возможно дополнительно использовать ручное сцеживание.
- В период 10-14 дней после родов важно стремиться к объему сцеженного молока не менее 500 мл в сутки (по 65 мл 8 раз в сутки).
- Даже если Вашему малышу необходим меньший объем, достижение целевого объема позволит поддержать лактацию и обеспечить исключительно грудное вскармливание малыша.
- После 14 дня – можно перейти на сцеживание 6-7 раз в сутки.
- Все обязательно получится!

Дата/ день после родов	Время	Ручное	Молокоот- сос	Количество	Особенно- сти

Приложение 3

Памятка для родителей о грудном вскармливании.

Наша цель – исключительно грудное вскармливание наших малышей!

Грудное молоко имеет уникальный питательный состав, способствует росту и развитию малыша, легко усваивается, обеспечивает поддержку иммунитета и способствует становлению здоровья мамы и малыша!

Первое сцеживание необходимо провести как можно раньше после рождения малыша!

Необходимо уточнить у Вашего лечащего врача о возможности вскармливания новорожденного грудным молоком и нет ли противопоказаний.

Сцеживание грудного молока проводится в специально отведенном помещении – «Комната сцеживания».

1. При посещении новорожденного и сцеживании в Отделении необходимо соблюдать следующие гигиенические требования:

- удобная домашняя одежда (предпочтительно из натуральных тканей), чистая сменная обувь;
- если Вы не смогли принять душ в течение дня, то необходимо провести гигиеническую обработку молочной железы (обмывание проточной водой);
- перед сцеживанием необходимо тщательно вымыть руки с мылом, на руках не должно быть украшений, часов;
- запрещено использование и расположение на столах мобильных телефонов, других устройств;
- для хранения индивидуального молокоотсоса между сеансами сцеживания необходимо использовать индивидуальный пластиковый контейнер, запрещено переносить молокоотсос по помещениям Центра без защиты.

2. Для сцеживания Вам понадобятся:

- стерильная пеленка и шприц, которые вы можете получить у медсестры;
- салфетки или полотенце;
- в дальнейшем Вам может понадобиться молокоотсос, возможно использование личного молокоотсоса или же выданного в отделении;
- индивидуальные пакеты (емкости) для хранения и замораживания грудного молока;
- индивидуальные пакеты для обработки молокоотсоса в СВ-печи или комплект для стерилизатора.

3. После обработки поверхности стола необходимо:

- подготовить шприц и/или молокоотсос для сцеживания – шприц вскрыть, надеть стерильную заглушку, молокоотсос используется согласно инструкции;
- подготовить стерильную пеленку;
- подготовить молокоотсос с индивидуальным пакетом для стерилизации в микроволновой печи;
- подготовить пакет или емкость для хранения грудного молока;
- разобрать молокоотсос и простерилизовать в стерилизаторе или микроволновой печи те части, которые будут контактировать с молочной железой и грудным молоком;
- все простерилизованные части молокоотсоса аккуратно выложить на стерильную пеленку для остывания;
- собрать молокоотсос, соблюдая требования инструкции.

В «Комнате для сцеживания» имеется памятка по обработке и подготовке к работе индивидуального молокоотсоса.

4. После завершения сцеживания:

- закрытый заглушкой шприц с молоком необходимо подписать (ФИО мамы, дата родов, дата и время сцеживания, отделение) и отдать медсестре, ухаживающей за вашим малышом;
- шприц необходимо завернуть в пеленку. Недопустима транспортировка шприца в открытом виде!

5. Если Вас выписали, а малыш остается в нашем отделении – даже тогда процесс кормления грудным молоком не должен прерываться:

- Вы можете приезжать и находиться с малышом в удобное для Вас время, чтобы сцеживать молоко в часы кормления.
- Если у вас большой объем молока, то вы можете сцеживать излишки в индивидуальные пакеты/емкости для хранения и замораживания грудного молока, оставив в Центре для кормления Вашего малыша.
- Для передачи на хранение (охлаждение, замораживание) пакет/емкость со сцеженным молоком необходимо так же подписать – ФИО мамы, дата родов, дата и время сцеживания, отделение.
- Подписанный пакет/емкость с грудным молоком Вы отдадите медицинской сестре, ухаживающей за малышом. Далее пакет передается на «Молочный блок» для хранения и подготовки грудного молока к следующему кормлению или замораживанию с целью создания индивидуального банка грудного молока для Вашего малыша!

Образец подписи пакета/емкости для хранения грудного молока.

Иванова Е.А.
д/р – 25.05.21
30.05.21 8:45
ОРИТН/ОПННД

Для сохранения лактации и поддержки грудного вскармливания:

1. Необходимо регулярно сцеживаться, даже вне часов кормления. Опорожнение груди можно проводить непосредственно в палате, где вы находитесь.
2. Помните, что сразу большого объема молока не будет. Сначала образуется молозиво, а только потом зрелое грудное молоко.
3. Чем больше молока будет сцежено, тем больше молока «придет» в следующий раз.
4. В случае, если возникли вопросы или трудности с грудным вскармливанием, необходимо обратиться к лечащему врачу Вашего малыша для организации консультации специалиста по Грудному Вскармливанию.

Приложение 4

Памятка при выписке из родовспомогательного учреждения.

Первый месяц жизни (период новорожденности) – период привыкания ребенка к новым условиям существования. У него теперь другая среда и другое питание. Вы с малышом заново привыкаете друг к другу. Надеемся, что наша памятка поможет Вам в этот период. У Вас все получится! Любовь творит чудеса. Мы желаем Вам успехов!

Кормите малыша по требованию, и если ребенок не просыпается более 3-х часов, его можно попытаться разбудить для кормления, в том числе и в ночное время. Держите малыша на груди не менее 20 минут. Не давайте ребенку никакого питья и другой пищи кроме своего молока, если Ваш педиатр не назначил Вам его специально. Сцеживать молоко нужно по показаниям. Важно чтобы малыш полностью опорожнял грудь при кормлении, и тогда молока будет столько, сколько необходимо. Если на Ваш взгляд ребенок не наелся, можно предложить ему другую грудь, но в следующее кормление начните с той груди, из которой докармливали.

Температура в помещении, где находится малыш, должна быть 22-25 градусов (если Ваш малыш весит более 3-х кг). При этой температуре малыш может быть одет в подгузник, ползунки, кофточку с длинным рукавом. Если у него мерзнут ножки, то можно надеть носочки. Шапочку надевать не нужно. Непродолжительные воздушные ванны полезны для укрепления иммунитета ребенка. Их проводят во время переодевания, оставляя его голеньким на 5-7 минут. Не пеленайте ребенка в пеленки. Он много месяцев имел возможность свободно двигаться, а когда ему стало слишком тесно, он родился, чтобы обрести новую свободу. Менять распашонку нужно не реже 2-х раз в день (утром и вечером после купания), а подгузники по мере загрязнения.

Проветривайте комнату не менее 3-х раз в день. Во время проветривания выносите кроху в другую комнату или оденьте чуть теплее (наденьте шапочку, укройте одеялом).

Купать ребенка можно, даже если у него не отпал пуповинный остаток. Просто обсушите пуповину после купания. Подмывайте ребенка каждый раз после опорожнения кишечника. Девочку подмывайте спереди назад. Не допускайте, чтобы ребенок находился в испачканном подгузнике. Кипятить воду не обязательно. Марганцовку в воду добавлять не следует – она «сушит кожу» и убивает не только «вредные», но и «полезные» для нашей кожи бактерии. С мылом кроху следует мыть только 1 раз в неделю. Температура воды для купания 36-37 °С, а для споласкивания после завершения купания 35-36 °С. Воды следует наливать столько, чтобы тельце ребенка было полностью покрыто водой. Не опасайтесь, что вода попадет в ушки – ребенок до 9 месяцев жил в воде, да и став взрослым, он будет плавать и нырять. Поэтому просто просушите их после купания и наденьте шапочку, когда волосы высохнут. Температура воздуха в помещении должна быть не ниже 22 °С. Если купаете в комнате, не забывайте прикрыть форточку.

После купания обсушите ребенка промокающими движениями мягким полотенцем. Не трите кожу, она очень нежная. При использовании одноразовых подгузников смажьте кожу ягодиц специальным кремом «под подгузник».

Если пуповина не отпала – не волнуйтесь. К 2-ой неделе после рождения отпадение обычно происходит самостоятельно. Если этого не произошло, Вас проконсультирует Ваша детская патронажная сестра или Ваш участковый педиатр.

Самое главное держать пуповину чистой и сухой. Если пуповина отпала, то образуется так называемая пупочная ранка.

Если в течение всего дня пупочная ранка сухая и чистая и кожа вокруг обычного цвета, после купания просто просушите ее. Если кожа вокруг пупочной ранки покраснела или

из ранки выделяется гной/мутное белесоватое отделяемое/неприятный запах, немедленно обратитесь за медицинской помощью.

Умывайте ребенка утром, используя ватный диск, смоченный кипяченой водой, а когда малыш подрастет – под проточной водой (так же, как умываетесь сами). Промывать глаза малышу необходимо, только если это специально рекомендовано Вашим врачом. При необходимости можно почистить нос ребенку (т.к. если затруднено носовое дыхание, то малыш не может сосать грудь). Помните, что при очищении слуховых и носовых ходов нельзя использовать твердые предметы. Скрутите ватный жгутик между пальцами или ладонями, смочите его вазелиновым маслом и вращательными движениями по очереди очистите носовые ходы. Иногда может помочь закапывание 3-4 капель физиологического раствора в каждый носовой ход. Очищать слуховые ходы не следует. Можно почистить только ушную раковину (например, если ребенок срыгнул и молоко попало в ушко). Если Вам кажется, что слуховой ход все же следует очистить, то обратитесь за помощью к медицинским работникам. Никогда не капайте свое молоко малышу в нос, глаза и ушки. Это питательная среда для размножения микробов.

Ногти подстригайте очень осторожно, специальными ножницами. Сперва обработайте ножницы антисептиком, затем аккуратно подстригите ногти.

Никогда не оставляйте ребенка на столе, кровати или диване без присмотра (даже если Вам кажется, что он не может перевернуться). Не оставляйте ребенка надолго одного! Совместный сон в одной кровати с родителями (и с другими детьми) с точки зрения возможной асфиксии безопасен. Совместный сон может стать фактором риска удушья малыша. Оптимальным будет сон в родительской спальне, но не в родительской кровати. Поставьте детскую кроватку вплотную к своей, опустите боковую решетку. С одной стороны, это обеспечит безопасность малыша, с другой – Вы будете в непосредственной близости от своего ребенка и Вам не придется вскакивать ночью по несколько раз. Вам будет удобно ночью кормить кроху, а затем, не вставая, перекладывать его в кроватку.

Состояния, требующие срочной консультации участкового врача:

1. Срыгивание – это процесс возвращения (через пищевод и рот) только что съеденного, но еще не переварившегося в желудке молока. Срыгивание может возникнуть в процессе или непосредственно после кормления. Если количество срыгиваний в день больше 5, они обильные и выходят фонтаном, при этом ребенок медленно набирает в весе или теряет его, беспокоен, плохо спит и часто плачет – это причины для немедленного обращения к врачу.
2. Колики – это приступы раздражительности, возбуждения или плача у детей, связанные с болью в кишечнике при избыточном газообразовании. Нередко колики возникают во время кормления: ребенок неожиданно кричит, ведет себя беспокойно, поджимает ножки. Эпизоды беспокойства, длящиеся более 3 часов в день и не менее 3 дней в неделю, требуют обращения к врачу.
3. Стул новорожденного должен быть однородным, кашицеобразным без примеси крови и слизи. Если кишечник ребенка опорожняется реже 1 раза в 2 суток и есть беспокойство, вздутие живота, снижение аппетита, а также наличие частого водянистого, пенистого стула, требуется консультация врача.
4. Здоровый ребенок спит 18-22 часа в день. Он пробуждается, просит грудь, начинает сосать и здесь же засыпает, завершив трапезу. Сниженная активность и вялость в течение суток – показания для обследования ребенка.
5. Появление и усиление после 3-х суток желтухи, бледности, мраморности, цианоза – показания для экстренного обращения к врачу.

В выписке обязательно указывается номер телефона нашего отделения, поэтому если у Вас возникли вопросы, то можно будет нам позвонить по указанному номеру.

Приложение 5.

Критерии постановки диагноза «Гипогалактия» (Код МКБ – 10 O92.4).

Наиболее частой причиной введения докорма, раннего введения прикорма и в конечном счете отказа от ГВ является, по мнению матерей, недостаточность грудного молока. В связи с этим важно владеть определенными знаниями, чтобы объективно оценить недостаточность грудного молока [1, 2, 3].

Гипогалактия (гиполактация) – снижение функций молочных желез, которое может проявляться в нарушении процессов лактопоэза, лактогенеза или молокоотдачи, а также в сокращении лактации по времени:

- ранняя гипогалактия – до 10 дней с момента родов;
- поздняя гипогалактия – с 11-го дня после родов.

Также выделяют истинную (первичную), вторичную и транзиторную гипогалактию.

Гиполактационный криз – функциональное явление, отражающее адаптацию организма матери после родов. Он может происходить при повышенных физических нагрузках, стрессе, а также возникать ежемесячно, совпадая по времени с фактическим или предполагаемым менструальным циклом.

Агалактия – неспособность к лактации вследствие врожденного отсутствия железистых элементов молочной железы.

Критерии постановки диагноза гипогалактии.

В первые 6 месяцев жизни младенца при исключительно ГВ существуют лишь два достоверных признака недостаточности грудного молока:

- низкая прибавка массы тела (<500 г в месяц или 125 г в неделю, или если через 2 недели масса тела стала меньше, чем была при рождении);
- выделение небольшого количества концентрированной мочи (менее 6 раз за сутки, моча желтая с резким запахом).

К вероятным признакам можно отнести беспокойство и плач ребенка во время или сразу после кормления, частые прикладывания к груди, отказ ребенка от груди, редкий в небольшом объеме стул, молочные железы не увеличились во время беременности, молоко «не прибыло» и др. Важными критериями эффективности ГВ являются также состояние тургора кожи и хорошее общее самочувствие ребенка. Каждый ребенок требует индивидуального подхода и систематического наблюдения за его развитием. Нельзя допускать недоедания ребенка. При снижении лактации и нехватке молока необходимо в первую очередь увеличить частоту прикладываний ребенка к груди, а также оценить прикладывание к груди и эффективность сосания. Плач ребенка не всегда может быть причиной голода. Поэтому прежде чем давать плачущему ребенку грудь, чтобы его успокоить, нужно установить причину плача.

Помимо голода это могут быть: чувство дискомфорта (жарко, холодно, нужно сменить подгузник), усталость (слишком много посетителей), болезнь или боль, «колики», дети «с большими запросами» (high need babies), пища матери или принимаемые ею лекарства.

Выделяют 4 стадии гипогалактии (по дефициту молока к потребностям ребенка) [1]:

- 1-я стадия – дефицит не превышает 25 %;
- 2-я стадия – дефицит равен 50 %;
- 3-я стадия – дефицит составляет от 51 до 75 %;
- 4-я стадия – дефицит превышает 75 %.

Профилактика и лечение гипогалактии.

Согласно рекомендациям кафедры госпитальной педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова для профилактики и лечения гипогалактии необходимо [3]:

1. Раннее прикладывание к груди – в родильном блоке, в первые 30 минут после родов, контакт «кожа к коже».

2. Совместное пребывание матери и ребенка (способствует установлению более тесного психоэмоционального контакта между матерью и ребенком, позволяет кормить по требованию) и соблюдение рекомендаций по ГВ:

- правильное и частое прикладывание ребенка к груди;
- полное опорожнение молочной железы;
- поочередное прикладывание к одной и другой груди за одно кормление.

3. Психотерапия – формирование стойкой доминанты на лактацию, разъяснение относительно ГВ.

4. Уход за грудью:

- соблюдение гигиенических правил;
- хлопчатобумажное белье (синтетическое может приводить к образованию трещин);
- циркулярный душ на молочную железу за 20 минут до каждого кормления (стимулирует отхождение молока).

5. Применение молокоотсоса для стимуляции лактации, профилактики и коррекции нарушений ГВ:

- во время кормления одной грудью рекомендуется сцеживать (стимулировать) вторую грудь, используя электромеханический молокоотсос;
- когда ребенок закончит сосать с одной стороны, следует поменять молокоотсос и ребенка местами;
- если ребенок отказывается брать пустую грудь, необходимо сцеживать обе груди автоматическим молокоотсосом (10-15 минут). У многих матерей прилив молока начинает ощущаться через несколько минут после начала работы молокоотсосом;
- целесообразно повторять сцеживание в перерывах между кормлениями, когда ребенок спит;
- сцеженным молоком следует докормить ребенка;
- ночью, если ребенок не просыпается, а в груди есть молоко, необходимо сцедить его молокоотсосом.

6. Массаж молочных желез:

1. Начиная сверху, массируйте грудь легкими круговыми движениями в одном месте в течение нескольких секунд; потом переместитесь к следующей области груди. Делайте массаж по спирали вокруг груди в направлении к околососковому кружку.
2. Поглаживайте грудь легкими движениями по направлению к соску.
3. Манипулируйте соском, придерживая его между указательным и большим пальцами.
4. Осторожно потрясите груди, при этом наклонитесь вперед так, чтобы сила тяжести помогла молоку спуститься.
5. После массажа примите теплый душ, направляя рассеянную струю воды поочередно на каждую грудь.

Литература:

1. Под ред. О.А. Пустотиной. Грудное вскармливание: Учебное пособие – СПб.: Академия медицинского образования им. Ф.И. Иноземцева, 2023. – 372 с.
2. Рюмина И.И., Нароган М.В., Орловская И.В. и др. Организация грудного вскармливания новорожденных в перинатальном центре. В кн.: Клинические рекомендации. Неонатология.
3. Под ред. Н.Н. Володина, Д.Н. Дегтярева, Д.С. Крючко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. С. 297–317.
4. Ильенко Л.И., Денисова С.Н., Лайшева О.А. и др. Методы реабилитации и профилактические программы в раннем детском возрасте: учебное пособие. М.: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2021. 144 с.
5. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста [Global strategy for infant and young child feeding]. Всемирная организация здравоохранения, 2003. 34 с.

Приложение 6.

Отказ от грудного вскармливания.

Я, _____,
(фамилия, имя и отчество)
паспорт _____, выданн _____ “ ” _____ г.,

Отказываюсь от грудного вскармливания в пользу детской молочной смеси по причине:

Тем самым я подтверждаю все негативные последствия для здоровья своего ребенка, а именно:

1. Риск нарушения физического и умственного развития.
2. Риск ожирения и метаболических нарушений.
3. Риск аллергических заболеваний, включая поражения кожи, бронхиальную астму.
4. Риск желудочно-кишечных и респираторных инфекций.

Также я понимаю, что грудное вскармливание сохраняет мое здоровье и послеродовое восстановление.

Кормление грудным молоком – дешевле детских смесей, что позволяет экономить семейные ресурсы.

Ответственность за последствия отказа от Грудного вскармливания беру на себя.

(подпись) (фамилия и инициалы)

“ ” _____ 20__ г.

Приложение 7.

Техника введения докорма через бутылку.

Докорм через бутылку должен назначаться врачом-неонатологом по согласованию со специалистом по грудному вскармливанию.

Параллельно с назначением докорма через бутылку маму важно обучить сцеживанию молозива/молока, предоставить информацию по частоте и объему сцеживаний, методах хранения грудного молока.

Докорм через бутылку для питания и удовлетворения сосательных потребностей новорожденного может быть назначен в следующих случаях:

- состояние ребенка (кусает, не выкладывает язык, сжимает челюсти, плохо открывает рот и др. временные особенности сосания), что не позволяет ему эффективно сосать из груди и/или родители не хотят и/или не могут дать докорм из шприца;
- особенности строения молочной железы (истинно втянутый сосок, плотные невтягиваемые ткани сосково-ареолярного комплекса, сильная травматизации сосков), когда ребенок не может сосать грудь в т. ч. с накладкой.

Маме должно быть разъяснено следующее:

- бутылка используется временно, до разрешения ситуации (ребенок начал брать грудь/состояние сосков позволяет прикладывать);
- потенциальное воздействие долгого использования бутылки на сохранение грудного вскармливания;
- информация об альтернативных способах докорма (шприц без иглы, докорм у груди через зонд и др.), при докорме из шприца **недопустимо**, чтобы ребенок **сосал шприц**.

Следует обучить мать технике докорма из бутылки, приближенное к грудному или размеренному кормлению:

- держите ребенка так, чтобы он находился примерно под углом 45°;
- прикоснитесь несколько раз к его губам соском бутылки, побуждая его открыть ротик широко (не нужно совать сосок бутылки в рот ребенка, пусть он сам откроет рот и примет сосок, не набрасываясь на него – именно таким образом ребенок наиболее мягко возьмет грудь);
- помогите ребенку захватить сосок бутылки достаточно глубоко, чтобы его губы смыкались не у конца соска, а у основания;
- если губки ребенка втянуты, выверните их пальцем (чтобы положение губ при сосании из бутылки было как можно ближе к положению при сосании из груди);
- во время кормления держите бутылку почти горизонтально, чтобы поток не был быстрым, но так, чтобы молоко закрывало выходное отверстие соски и воздух не подсасывался;
- каждые несколько минут делайте паузу, имитируя замедление потока молока – для этого опустите основание бутылки вниз или на несколько секунд выньте бутылку изо рта, расположив ее на нижней губе ребенка. Это поможет ему набраться терпения и пережить в будущем время между «приливами» молока в груди;
- вновь продолжайте кормление, держа бутылку под небольшим наклоном и повторяйте эти манипуляции столько раз, сколько потребуется;
- примерно в середине кормления из бутылки поменяйте положение ребенка и руки, чтобы стимулировать работу обоих глаз и рук;
- после кормления подержите малыша вертикально, чтобы он срыгнул воздух;
- время кормления из бутылки должно быть не менее 15-20 минут в зависимости от объемов и возраста ребенка.

Техника докорма из шприца:

Ребенок лежит на спине, а его голова поддерживается сгибом локтя матери примерно в 45°.

Молочное питание (грудное молоко/детская смесь) маленькими порциями поддавливается из шприца на щечку ребенка.

Следующая порция дается только после того, как ребенок проглотил предыдущую.

Кормление из шприца должно занимать не менее 10 минут.

Не допускается:

- сосание шприца;
- быстрое выдавливание питания без учета ритмов ребенка.

Приложение 8.

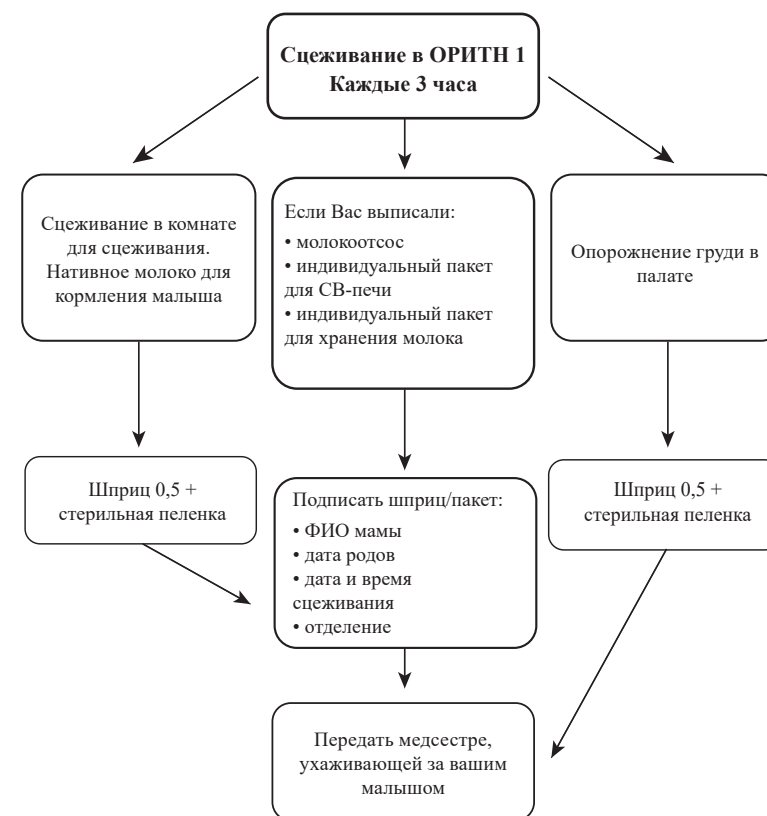
Сцеживание и хранение молока в медицинской организации и домашних условиях, создание индивидуального банка грудного молока.

Перед сцеживанием мама должна тщательно вымыть руки с мылом теплой водой и высушить их при помощи бумажного полотенца.

Никакой специальной обработки молочной железы непосредственно перед сцеживанием при условии ее чистоты не требуется.

При подготовке к сцеживанию в неонатальных отделениях медицинский персонал (акушерка, медицинская сестра):

- обучают матерей и проводят сцеживание, если они не могут сделать это сами по объективным причинам;
- обучает матерей правилам и гигиене при использовании как индивидуальных, так и молокоотсосов общего пользования и контролирует их выполнение;
- после обучения обработку индивидуальных молокоотсосов и подготовку поверхностей для сцеживания мать может проводить самостоятельно.



Технология создания индивидуального банка грудного молока при сцеживании в одну емкость на несколько кормлений



Технология создания индивидуального банка грудного молока



Приложение 9.

Стандартная операционная процедура для комнаты сцеживания и хранения грудного молока.

9.1. Процедура сцеживания.

Цель: организовать сбор и хранение нативного грудного молока для кормления новорожденных, находящихся в отделениях ОРИТН и ОПННД.

1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу.

1.1. Кто участвует в выполнении СОП:

Медицинская сестра палатная.

1.2. Дополнительно:

Контроль над соблюдением СОПа осуществляют врач-неонатолог и старшая медсестра структурного подразделения. Выборочный контроль осуществляет врач-эпидемиолог.

2. Условия выполнения простой медицинской услуги:

Стационарные.

2. Функциональное назначение.

2.1. Индивидуальный банк грудного молока – запасы грудного молока матери (охлажденного или замороженного), собранные порционно в стерильные емкости, хранящиеся при низких температурах и предназначенные для кормления своего ребенка.

2.2. Поддержка грудного вскармливания.

2.3. Создание запасов сцеженного материнского молока с целью обеспечения им ребенка, в случае недостатка материнского молока или невозможности прикладывания ребенка к груди матери.

2.4. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. Профилактика НЭК и сепсиса недоношенных детей.

2.5. Профилактика гипоплазии у матерей, чьи дети находятся на стационарном лечении и временно не могут быть приложены к груди.

3. Материальные ресурсы и оснащение.

- раковины для рук с бесконтактными (локтевые или другие некистевые) смесителями и дозаторами для кожного антисептика и жидкого мыла;

- стационарные молокоотсосы, индивидуальные молокоотсосы;

- СВЧ-печь, стерилизатор;

- холодильник медицинский (t 4°C±2°C);

- морозильная камера медицинская (t -18°C);

- контейнеры для транспортировки грудного молока;

- кресла для матерей;

- телевизор;

- контейнеры для отходов класса "Б", класса "А";

- ультрафиолетовый излучатель, рециркулятор;

- температурный журнал матерей;

- журнал по учету сцеженного грудного молока.

Расходный материал:

- контейнер полипропиленовый (бутылка) для грудного молока;

- емкости для сцеживания и сбора молока (должны быть изготовлены из материалов, не содержащих Бисфенол-А и предназначенных для низкотемпературного хранения: стекло,

поликарбонат, полипропилен, в том числе мягкий и пищевой пластик;

- стерильный набор для сцеживания;
- пакеты для хранения сцеженного грудного молока;
- пакеты для паровой стерилизации в микроволновой печи (индивидуальный пакет может использоваться до 20 раз);
- одноразовые шприцы;
- бумажные полотенца (одноразовые);
- перчатки нестерильные;
- маски;
- шапочки;
- молочная комната, организованная в соответствии со стандартом оснащения.

4. Подготовка к сцеживанию грудного молока.

4.1. Для сцеживания грудного молока выдать матери заранее подготовленные индивидуальные (стерильные) емкости, с указанием ФИО, номера истории болезни, датой и временем сцеживания (например, Иванова О. П., 12.10.2020, 11.20).

4.2. Сбор грудного молока осуществлять под контролем медсестры, прошедшей специальную подготовку по вопросам грудного вскармливания. Медсестра заносит данные в журнал в установленной форме.

4.3. Перед сцеживанием необходимо тщательно вымыть руки гигиеническим способом.

4.4. Никакой специальной обработки молочной железы непосредственно перед сцеживанием при условии ее чистоты не требуется. Для поддержания чистоты молочных желез кормящей грудью женщине необходимо применение ежедневного гигиенического душа.

4.5. Нет необходимости удалять первые капли молока перед началом сцеживания.

4.6. Молоко может быть сцежено как руками, так и с помощью молокоотсоса.

4.7. Сцеживание грудного молока допустимо возле ребенка, либо в комнате для сцеживания.

5. Сцеживание грудного молока с помощью молокоотсоса.

Для сцеживания грудного молока могут использоваться как индивидуальные (бытовые) молокоотсосы, которые предназначены для использования только одной женщиной, так и клинические молокоотсосы (портативные), которые могут использоваться и другими кормящими матерями.

5.1. Перед сцеживанием с помощью молокоотсоса необходимо приготовить поверхность для чистых частей молокоотсоса. Протереть поверхность дезинфицирующим средством, накрыть стерильным полотенцем или пеленкой, подлежащим замене после каждого использования.

5.2. Приготовить обработанные ранее нестерильные части молокоотсоса (корпус с компрессором молокоотсоса и другие части, не контактирующие непосредственно с молочной железой и молоком).

6. Дополнительные рекомендации по началу сцеживания молокоотсосом в стационаре.

При сцеживании в стационаре медицинский персонал:

- 6.1. Помогает матерям с обработкой рук и сцеживанием, если они не могут сделать это самостоятельно по объективным причинам;
- 6.2. Должен проводить текущую обработку клинических молокоотсосов в соответствии с протоколом (см. СОП текущая обработка для молокоотсоса);
- 6.3. Обучает матерей правилам и гигиене при использовании как индивидуальных, так

и молокоотсосов общего пользования и контролирует их выполнение;

6.4. После обучения обработке индивидуальных молокоотсосов мать может проводить самостоятельно.

7. Проведение процедуры:

- термометрия матери, выдача одноразовой маски и шапочки;
- зарегистрировать ФИО матери, фамилию ребенка;
- обучить маму обработке рук гигиеническим способом;
- обработать зону сцеживания и зону для нестерильных частей молокоотсоса дезинфицирующим средством;
- включить молокоотсос в сеть;
- расстелить стерильную пеленку;
- выложить стерильный набор на пеленку;
- собрать индивидуальный набор и присоединить его к молокоотсосу;
- приложить воронку к груди матери плотно, чтобы в воронку не проникал воздух;
- нажать на молокоотсосе кнопку «Вкл/выкл» для включения молокоотсоса;
- выбрать программу сцеживания (при наличии);
- постепенно увеличивать силу вакуума поворотом центрального колеса регулировки до появления легкой чувствительности, затем немного уменьшить уровень;
- обработать руки гигиеническим способом;
- собрать грудное молоко с помощью шприца (выполняется матерью);
- маркировать шприц: фамилию ребенка, отделение, номер палаты, номер истории, дату и время;
- убрать шприц в специальный контейнер для транспортировки грудного молока;
- утилизировать одноразовый набор для сцеживания в отходы класса «Б»;
- обработать поверхность и нестерильные части молокоотсоса дезинфицирующим средством;
- осуществить транспортировку грудного молока в палату для кормления своего ребенка или передачи медицинской сестре на хранение.

8. Достижимые результаты и их оценка.

1. Поддержка грудного вскармливания.
2. Обеспечение ребенка грудным молоком его матери в случае недостатка материнского молока или невозможности прикладывания ребенка к груди матери.
3. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.
4. Профилактика НЭК и сепсиса у новорожденных.
5. Профилактика гипоплазии у матерей, чьи дети находятся на стационарном лечении.

Параметры оценки и контроля качества (критерии оценки):

Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения СОП.

Отсутствуют осложнения.

9.2. Транспортировка грудного молока

1. Подготовка к транспортировке грудного молока:

- сверить ФИО матери и ребенка (идентификация);
- сверить назначения по объему грудного молока;
- набор грудного молока в емкости (шприцы, пакеты для хранения ГМ);

- маркировка емкостей;
- помещение емкостей с грудным молоком в контейнер для транспортировки ГМ;
- до начала вскармливания сверить назначенный субстрат и объем с листом врачебных назначений.

2. Транспортировка грудного молока.

- контейнер транспортируется по отделениям ОРИТН и ОПННД;
- палатной медсестре отделения, согласно назначениям, выдаются шприцы со сцеженным грудным молоком;
- в молочной комнате содержимое контейнера сортируется, согласно назначениям. На вечерние и ночные кормления – в холодильную камеру;
- пакеты со сцеженным грудным молоком – в морозильную камеру для формирования индивидуального банка грудного молока;
- пометка о наличии порции грудного молока в планшете и журнале для медсестры молочной комнаты, согласно назначенной порции;
- после завершения транспортировки контейнер подвергается текущей обработке.

Приложение 10.

Инструкция стерилизации индивидуальных молокоотсосов.

Пакет для паровой стерилизации в микроволновой печи.

Назначение: в пакетах для паровой стерилизации в микроволновой печи можно дезинфицировать детали молокоотсоса для индивидуального использования и аксессуары для кормления грудью быстро и безопасно. Каждый пакет можно использовать до 20 раз.

Важная информация по технике безопасности:

- Пакет для паровой стерилизации в микроволновой печи предназначен для использования только с изделиями, подлежащими использованию в микроволновых печах.
- Не кладите пакет в духовой шкаф или на решетку духового шкафа.
- Не кладите пакет на металлическую решетку, которой оснащены некоторые микроволновые печи.
- Следуйте инструкциям по использованию вашей микроволновой печи.
- Очистка и обработка: во избежание засыхания остатков молока и размножения бактерий промойте детали сразу же после применения; используйте питьевую воду (дистиллированную воду) для проведения любой из указанных процедур по обработке; следуйте данным инструкциям по очистке.

Примечание. Под воздействием пара обрабатываемые детали могут менять цвет. Это не отразится на их функциональности.

Порядок действий:

1. Разберите изделия, подлежащие дезинфекции, на отдельные детали.
2. Прополощите все детали холодной чистой водой (прим. 20 °C), затем промойте их теплой мыльной водой (прим. 30 °C). Снова прополощите холодной, чистой водой.
3. Добавьте в пакет не менее 60 мл воды. Использование меньшего количества воды может вызвать деформацию деталей; поместите детали, подлежащие дезинфекции, в пакет.
4. Не перегружайте пакет. Не используйте пакет для микроволновой печи для дезинфекции трубок, так как это может вызвать их деформацию. Плотно закройте пакет.
5. Поместите плотно закрытый пакет в микроволновую печь. Поместите пакет в центр вращающейся платформы. Убедитесь, что пакет стоит устойчиво и может свободно вращаться в микроволновой печи. Если ваша микроволновая печь не оснащена вращающейся платформой, поверните пакет в середине процесса нагрева. Нагревайте пакет в соответствии с указанным ниже временем нагрева.
 - 1100 Вт и более = 1,5 минуты
 - 800-1100 Вт = 3 минуты
 - 500-750 Вт = 5 минут
 Нагрев в течение времени, превышающего рекомендованное значение, может привести к деформации деталей.
6. Осторожно извлеките нагретый пакет из микроволновой печи. Используйте прихватки или подставку под горячее, так как внутри микроволновой печи может скапливаться горячая вода и пар.
7. Вылейте горячую воду из пакета через отверстие для слива, затем осторожно откройте пакет. Будьте осторожны при извлечении пакета из микроволновой печи или при открытии пакета. Существует риск ожога горячей водой или паром.
8. Осторожно извлеките все детали из пакета на стерильную пленку и дайте высохнуть. Положите детали, которые вы не будете использовать сразу после обработки, в чистую сумку с застежкой или храните их в контейнере с крышкой. Вы также

можете обернуть детали чистой бумагой или тканью; каждый пакет можно использовать до 20 раз. Для того чтобы вы могли определить, сколько раз был использован пакет, на нем напечатано возможное количество стерилизаций. Отмечайте каждую стерилизацию на бланке.

В одном пакете может поместиться (для примера): Одна воронка/один коннектор/один клапан и мембрана, а также бутылочка с колпачком или соской.

- Две воронки / коннекторы/клапаны и мембраны.
- Две бутылочки для грудного молока (150 мл) и колпачки/соски.
- Две бутылочки для грудного молока (250 мл) и колпачки/соски.

Использование стерилизатора для СВЧ.

Примечание: перед стерилизацией бутылочки, соски, пустышки, воронки и фильтров от молокоотсоса необходимо сначала вымыть горячей проточной водой с использованием моющего средства для детской посуды.

1. Налейте в чашу со съемной корзиной 200 мл дистиллированной воды.
2. Если количество воды не соответствует – стерилизация выполняется неэффективно или возможно повреждение стерилизатора.
3. Поместите предметы для стерилизации в корзину.
4. Накройте стерилизатор крышкой и надавите на зажимы, чтобы зафиксировать крышку.
5. Поместите стерилизатор в микроволновую печь и установите время стерилизации 6 минут.
6. Когда микроволновая печь отключится, откройте ее и дождитесь охлаждения стерилизатора, затем извлеките его из микроволновой печи.
7. При открывании стерилизатора остерегайтесь выходящего горячего пара!
8. После остывания и открытия стерилизатора на стерильную пленку извлеките части молокоотсоса, дайте им время высохнуть.
9. После извлечения простерилизованных предметов воду из чаши стерилизатора необходимо вылить.



Литература.

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. 100 лет Советской системе охраны здоровья матери и ребенка: успехи, проблемы, уроки/ Вопросы современной педиатрии. 2018. Том 27.с 11 – 15. DOI: 10.15690/vsp.v17i1.1851
2. WHO. Breastfeeding 2021. https://www.who.int/healthtopics/breastfeeding#tab=tab_1 (accessed Dec 29, 2021).
3. Байбарина Е.Н. Российская педиатрия всегда отличалась профилактической направленностью интервью), Доктор. Ру. Педиатрия №5 (160), 2019 год.
4. Лукьянова О.Л., Боровик Т.Э., Потехина Т.В., Лазарева А.В., Крыжановская О.А., Яцык Г.В., Щепкина Е.В., Кузнецов А.И. Оценка микробиологической безопасности сцеженного материнского и донорского грудного молока // Педиатрия. 2019; Т. 98, №5. С 102–109.
5. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. Методические рекомендации. Москва, ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, 2019, 110 с.
6. Джунусова З.Ж., Бурова С.А., 2017; Bai Y.K., Lee S., Overgaard K., 2019, doi:
7. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. N 4 “Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 “Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней” (с изменениями и дополнениями).
8. Буцкая Т.В. Актуальные аспекты поддержки грудного вскармливания и повышения информированности в вопросах питания в период кормления грудью. Российский педиатрический журнал. 2023;26(4):284-289.
9. Баллард О., Морроу А.Л. Состав грудного молока, питательные вещества и биологически активные факторы. Педиатр Клини Н Ам. 2013; 60:49–74. DOI: 10.1016/j.pcl.2012.10.002.
10. Lawrence RA, Lawrence RM. Biochemistry of human milk. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. A guide for medical profession. 8th edition. Saunders; 2016. pp. 91–146.
11. Furman L, Schanler RJ. Breastfeeding. In: Gleason CA, Juul S, editors. Avery’s diseases of the newborn. 10th edition. Philadelphia: PA, Elsevier; 2018. pp. 991–1008.
12. Wight NE, Morton JA. Human milk, breastfeeding and the preterm infant. In: Hale TW, Hartman PE, editors. Textbook of human lactation. 1st edition. USA: Publishing Texas; 2007. pp. 215–53.
13. Секция Американской академии педиатрии по грудному вскармливанию. Грудное вскармливание и употребление грудного молока. Педиатрия. 2012; 129: e827–e41.
14. Toscano M, De Grandi R, Grossi E, Drago L. Role of the human breast milk-associated microbiota on the newborns’ immune system: a mini review. Front Microbiol. 2017; 25(8):2100. doi: 10.3389/fmicb.2017.02100.
15. Arslanoglu S, Moro GE, Boehm G, et al. Early neutral prebiotic oligosaccharide supplementation reduces the incidence of some allergic manifestations in the first 5 years of life. J Biol Regul Homeost Agents. 2012;26:49–59.
16. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr Suppl. 2015;104:14–9. doi: 10.1111/apa.13139.
17. Jasani B, Simmer K, Patole SK, Rao SC. Long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in infants born at term. Cochrane Database Syst Rev. 2017;3: CD000376. doi: 10.1002/14651858.CD000376.pub4.
18. Moon K, Rao SC, Schulzke SM, Patole SK, Simmer K. Longchain polyunsaturated fatty acid supplementation in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016;

- 12:CD000375. doi: 10.1002/14651858.CD000375.pub5.
19. Timby N, Domellöf E, Hernell O, Lönnerdal B, Domellöf M. Neurodevelopment, nutrition, and growth until 12 mo of age in infants fed a low-energy, low-protein formula supplemented with bovine milk fat globule membranes: a randomized controlled trial. *Am J Clin Nutr*. 2014; 99:860–8. doi: 10.3945/ajcn.113.064295.
 20. Kültürsay N, Bilgen H, Türkyılmaz C. TND Prematüre ve hasta term bebeğin beslenmesi rehberi 2014. Şuradan ulaşılabilir.
 21. Ладодо О.Б., Жданова С.И., Зубков В.В., Коденцова В.М., Дегтярев Д.Н., Рюмина И.И., Салагай О.О., Шешко Е.Л. Грудное вскармливание в России: проблемы и перспективы. *Общественное здоровье*. 2023;3(1):18-32.
 22. Пастбина И.М., О. А. Игнатова, Л. И. Меньшикова Организационные аспекты исключительно грудного вскармливания здоровых новорожденных Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. – № 4(62). – С. 7. – EDN UWUIEK.
 23. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, et al. Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients* 2019; 11:2266.
 24. Lawrence RA, Lawrence RM. Practical management of the mother infant nursing couple. In: Lawrence RA, Lawrence RM, editors. *A guide for medical profession*. 8th edition. Saunders; 2016. pp. 230–84.
 25. Sağlık T.C. BakanlığıTürkiye Halk SağlığıKurumu Çocuk ve Ergen SağlığıDairesi. Ankara: Emzirme danışmanlığı eğitimci kitabı; 2015.
 26. O'Shea JE, O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, Breathnach D, Jacobs SE, Todd DA, Davis PG. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;3:CD011065. doi: 10.1002/14651858.CD011065.pub2.
 27. Bertino E, Giribaldi M, Baro C, et al. Effect of prolonged refrigeration on the lipid profile, lipase activity, and oxidative status of human milk. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013; 56:390–96. doi: 10.1097/MPG.0b013e31827af155.
 28. Аксенов Д. В. Язык за зубами / Д. В. Аксенов // StatusPraesens. Педиатрия и неонатология. – 2021. – № 3(80). – С. 67-74. – EDN CXBHBD.
 29. Kellams A, Harrel C, Ome S, Gregory C, Rosen-Carole C the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. *Breastfeed Med*. 2017; 12:188–99. doi: 10.1089/bfm.2017.29038.ajk.
 30. Eglash A, Simon Li The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017. *Breastfeed Med*. 2017;12:390–95. doi: 10.1089/bfm.2017.29047.
 31. Всемирная организация здравоохранения ЮНИСЕФ, Wellstart International. Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку», пересмотренная, обновленная и расширенная для интегрированного ухода, 2009
 32. Рекомендации по сбору, хранению и использованию сцеженного грудного молока. Методическое пособие. Москва, ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, 2021, 22 с.
 33. Захарова Н.И., Янин В.А., Малютин Л.В., Крикунова В.Л., Халимова О.А., Хлебущкина В.М. Опыт организации индивидуального банка грудного молока в перинатальном центре // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2019; Т. 64, №4. С. 99–104. doi: 10.21508/1027–4065–2019–64–4–99–104
 34. Под ред. Лукояновой О.Л., Боровик Е.Э., Фисенко А.П. Организационные принципы создания индивидуального банка грудного молока в медицинских организациях и домашних условиях. Учебное пособие. 2023. 60С.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

Аблогина О.А. - старшая медицинская сестра ОРИТН №1 ГБУЗ МО «Щелковский перинатальный центр».

Аксенов Д.В. - заведующий отделением патологии новорожденных и недоношенных детей ГБУЗ МО «Балашихинский родильный дом», научный сотрудник отдела неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области», ассистент кафедры «Детских болезней» ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского.

Алимова Н.Г. - главный врач ГБУЗ МО «Балашихинский родильный дом», к.м.н.

Гончарова Е.А. – руководитель отделения «Грудного вскармливания» ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», врач онколог-маммолог, консультант по грудному вскармливанию, ассистент кафедры «Неонатологии» ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области».

Захарова Н.И. - заведующий отделом неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области», профессор кафедры неонатологии ГБУЗ МО ФУВ «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского», д.м.н., профессор.

Зубков В.В. – директор Института неонатологии и педиатрии, заведующий кафедрой неонатологии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник отдела неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области», д.м.н., профессор.

Кондратьев М.В. – заведующий ОРИТН ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», научный сотрудник отдела неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области».

Крикунова В.Л. – заведующий отделением новорожденных родильного дома ГБУЗ МО «Мытищинская городская клиническая больница», врач-методист организационно-методического отдела по педиатрии ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области».

Лаврентьев С.Н. – врач анестезиолог – реаниматолог ОРИТН ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», научный сотрудник отдела неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области».

Малютин Л.В. – заместитель главного врача по педиатрической помощи ГБУЗ МО «Щелковский перинатальный центр», ведущий научный сотрудник отдела неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области», доцент кафедры «Детских болезней» ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, к.м.н..

Немурова Е.Г. - специалист по грудному вскармливанию ГБУЗ МО «Щелковский перинатальный центр».

Одинаева Н.Д. директор ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области», ГВС педиатр МЗ МО, д.м.н., профессор.

Пастернак А.Ю. - главный врач ГБУЗ МО «Щелковский перинатальный центр», доцент кафедры «Акушерства и гинекология» ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, к.м.н..

Петрова А.С. – заместитель главного врача по педиатрической помощи ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», ведущий научный сотрудник отдела неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области», ГВС неонатолог МЗ МО, к.м.н..