

© Коллектив авторов, 2010

*В.К. Котлуков, Л.Г. Кузьменко, Н.В. Антипова, М.В. Поляков*

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ МЛАДЕНЦЕВ С ПОМОЩЬЮ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПОДДЕРЖКИ

Кафедра детских болезней ГОУ ВПО РУДН, кафедра детских болезней лечебного факультета  
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

**В статье представлены основные технические требования по грудному вскармливанию (ГВ) младенцев, наиболее часто встречающиеся затруднения со стороны матери для ГВ ребенка, современные технологии поддержки лактации у кормящей матери с использованием молокоотсосов Philips AVENT.**

**Ключевые слова:** грудное вскармливание, кормящие матери, лактация, молокоотсосы.

**Authors present main technical requirements to breast feeding (BF) of infants, describe most frequent difficulties of BF due to mother's state and give overview of current techniques of BF support with usage of breast pumps produced by Philips AVENT.**

**Key words:** breast feeding, nursing mothers, lactation, breast pumps.

Грудное молоко (ГМ) содержит все необходимые для ребенка питательные начала и притом в таких количествах и соотношениях составных частей, которые наиболее полно удовлетворяют все потребности интенсивно растущего детского организма на первом году жизни [1]. Женское молоко (ЖМ) отличается от молока домашних животных (коровье, козье, кобылиное) не только другим содержанием жиров, углеводов, макро- и микроэлементов, витаминов, но и обладает свойствами, специфическими только для него, поэтому трудно заменимо молоком животных. Многообразные искусственные молочные смеси, как бы они ни были близки по своему химическому составу к ГМ кормящей женщины, не могут заменить его без вреда для здоровья ребенка, а потому не должны назначаться детям без особых показаний.

Большинство кормящих матерей способны при условии правильного питания и правильного образа жизни к вскармливанию своих детей в течение первых 4–5 месяцев их жизни; к 6-месячному возрасту ребенка эта способность сохраняется у 60–75% женщин. Лактация у матери в период вскармливания ее ребенка развивается

различными темпами. Быстро и толчкообразно возрастающая вначале продукция молока в дальнейшем продолжает нарастать более медленно, соответствуя постепенно возрастающей потребности ребенка, и достигает максимума только между 10–20-й неделями после родов. При истощении кормящей матери лактация может уменьшаться и исчезнуть уже через 2–3 месяца и даже раньше.

Оценка состояния грудной железы будущей матери на основании объективного осмотра не дает с уверенностью прогнозировать характер и продолжительность лактации. Развитие венозной сети, наличие хорошо прощупываемых долек паренхимы, набухание и пигментация areola все же являются благоприятными признаками достаточной и продолжительной лактации. Грудные железы мягкие, средней величины, чаще всего способны продуцировать больше молока, чем большие, очень дряблые или, наоборот, сильно напряженные железы. Цилиндрическая или коническая форма груди более благоприятна в отношении лактации, чем шаровидная. Благоприятным признаком для удовлетворительной лактации является преобладание температуры в кожной складке под

### **Контактная информация:**

**Кузьменко Лариса Григорьевна** – д.м.н., проф., зав. каф. детских болезней ГОУ ВПО РУДН

**Адрес:** 119049 г. Москва, 4-й Добрынинский пер., 1/9

**Тел.:** (495) 236-48-65, **E-mail:** kotlukov@rambler.ru

Статья поступила 11.05.10, принята к печати 3.06.10.

грудной железой на 0,1–0,5 °С над температурой в подмышечной впадине с этой же стороны. Среднее суточное количество молока, отделяемого молочными железами здоровой женщины, как правило, составляет 1–1,5 л, в отдельных случаях – до 4–5 л.

Успех грудного вскармливания (ГВ) в современных условиях выхаживания ребенка в значительной мере зависит от пунктуального соблюдения целого ряда технических мелочей, на выполнение которых педиатру следует обращать внимание кормящей матери [2]. Техника прикладывания ребенка к груди во время кормления должна строго соблюдаться, так как большинство матерей (даже повторно родивших) плохо ей владеют. Она заключается в следующем: перед каждым кормлением мать должна чисто вымытыми руками осторожно с помощью ваты или ватного тампона обмыть сосок чистой кипяченой водой; сцедить несколько капель молока; принять удобное для кормления положение: сесть на низкий стул и, поставив, например, при кормлении левой грудью на скамеечку ногу и поддерживая рукой голову и спину ребенка, наклониться слегка над ним, захватив грудь средним и указательным пальцами правой руки, и вкладывать ребенку сосок в рот. При неправильном положении во время кормления мать быстро утомляется, появляются боли в спине и другие неприятные субъективные ощущения, нередко наводящие врача на различные диагностические ошибки. Кормление в лежачем положении допустимо только в первые дни послеродового периода, пока мать вынуждена лежать на спине, или при сопутствующих заболеваниях матери, препятствующих кормлению в положении сидя. В этих случаях ребенка кладут параллельно матери, она слегка поворачивается на сторону используемой груди и, поддерживая ребенка рукой той же стороны, а грудь – другой рукой, вкладывает ему в рот сосок; необходимо, чтобы при сосании ребенок захватывал в рот не только сосок, но и околососковый кружок, чтобы носовое дыхание не было затруднено и нос ребенка оставался свободным, для чего грудь несколько оттягивается назад вторым и третьим пальцами поддерживающей ее руки. Только такое положение обеспечивает полное опорожнение груди и препятствует заглатыванию ребенком воздуха при кормлении. Обычно по характеру звука при сосании можно узнать, сосет ли ребенок действительно и получает молоко или сосет впустую, наглатываясь при этом только воздуха. После окончания кормления мать должна тщательно обсушить грудь тонкой полотняной тканью, смазать сосок и его окружность антисептическим кремом и прикрыть специальной прокладкой, тщательно оберегая сосок от случайного трения и раздражения бельем и одеждой.

В некоторых случаях ГВ может представлять довольно значительные трудности. Затруднения

при вскармливании грудью могут обуславливаться отклонениями в состоянии здоровья, как со стороны матери, так и со стороны ребенка. Со стороны матери чаще всего встречаются следующие виды отклонений, требующие временного перевода ребенка на кормление сцеженным ГМ.

**Неправильная форма сосков:** соски малого размера, инфантильные, остроконечные, плоские, расщепленные, втянутые и др. Соски неправильной формы целесообразно начинать оттягивать уже в период беременности для подготовки успешной лактации. Наиболее простым и удобным способом решения проблемы является специальное устройство для коррекции формы сосков Ниплетт от Philips AVENT: с помощью вакуума сосок деликатно вытягивается в небольшую емкость, похожую на наперсток, благодаря чему млечные протоки вытягиваются. При использовании устройства в течение нескольких часов в день достигается стойкий долговременный эффект. С наступлением лактации соски становятся более выпуклыми, и в большинстве случаев дети скоро и легко приспособляются к ним и отлично захватывают их при кормлении. Кормление через резиновые или силиконовые накладки может оказаться успешным лишь при достаточном количестве молока у матери и энергичном сосании ребенка. При этом надо иметь в виду, что при пользовании этими приспособлениями дети часто недокармливаются, а молочные железы не полностью освобождаются от молока.

**Ссадины и трещины сосков** являются наиболее частым и нередко весьма серьезным затруднением при кормлении ребенка грудью. Профилактика: 1) систематическое соблюдение указанных выше правил ухода за сосками и грудью; 2) правильное прикладывание к груди ребенка, который должен захватывать не только сосок, но и ареолу; 3) тщательное наблюдение за состоянием сосков женщин, имеющих нежную кожу и слабую пигментацию соска и ареолы, наиболее предрасположенных к трещинам; 4) использование молокоотсосов в острый период ссадин и трещин сосков. Силиконовые накладки помогают снизить болезненность и ускорить заживление сосков. Накладки от Philips AVENT очень тонкие и имеют форму бабочки, что помогает малышу чувствовать запах и тепло кожи матери, делая кормление с помощью накладок более комфортным.

**Мастит** также может являться причиной нарушения ГВ. Профилактика: 1) тщательный уход за грудью; 2) правильное прикладывание ребенка к груди; 3) предупреждение лактостаза; 4) правильное и тщательное лечение ссадин и трещин сосков; 5) при первых признаках начинающегося мастита (покраснение, болезненные узлы) – срочное лечение с использованием молокоотсосов.

**Галакторея** – самопроизвольное истечение молока из груди часто ошибочно трактуется как

признак обилия молока у матери. Галакторея встречается в двух формах: 1) молоко самопроизвольно выделяется из груди лишь в то время, когда ребенок сосет другую грудь; 2) молоко вытекает самопроизвольно из обеих грудей и в промежутках между кормлениями. Предвидеть галакторею у первородящих женщин до рождения ребенка вряд ли возможно, у повторнородящих можно ожидать самопроизвольного отделения молока, если оно отмечалось при вскармливании предыдущих детей. Общеукрепляющее лечение матери в период беременности является единственно возможной мерой профилактики галактореи. Надежных профилактических и лечебных средств при этой аномалии секреции молока нет. Всегда необходимо принимать меры для защиты кожи от постоянного раздражения вытекающим молоком. Для этого лучше всего накладывать на грудь часто сменяемую повязку из сложенной в несколько слоев марли или другого хорошо впитывающего материала.

**Тугость груди.** Ребенок может испытывать затруднения при кормлении, если у матери действительно много молока и вследствие этого грудь очень упруга. Надо, сцедив немного молока перед прикладыванием ребенка, несколько ослабить напряженность желез и этим облегчить ему акт сосания.

**Гипогалактия** – пониженная секреторная способность грудных желез. Надо различать гипогалактию, возникающую уже в первое время после родов, и такую, при которой уменьшение количества молока наступает со 2–3-го месяца кормления или даже позднее. С этиологической точки зрения, чаще всего приходится иметь дело с вторичной гипогалактией, развивающейся в результате неправильного кормления (беспорядочное кормление, недостаточное опорожнение молочных желез, вялость сосательного акта у ребенка), нерационального образа жизни, недостаточного питания, переутомления, заболеваний, психических переживаний, при новой беременности и при возобновлении менструаций (чаще временная гипогалактия). Профилактикой вторичной гипогалактии являются правильное вскармливание, нормальный образ жизни, рациональное достаточное питание женщины в период беременности и лактации.

Никогда нельзя ставить диагноз гипогалактии только на основании слов матери. Грудь матери обязательно должна быть осмотрена врачом. Хорошо развитая и правильно сформированная молочная железа, хорошо выраженная кожная венозная сеть, свидетельствующая о сильном притоке крови к железе, полосы растяжения на груди, большая теплота кожной поверхности груди сравнительно с другими участками кожи, большое количество отчетливо прощупываемых гипертрофированных долек желез, сильно брызжущие

струи молока при надавливании на грудную железу и некоторый остаток молока в груди после 15–20-минутного энергичного сосания ребенка говорят за достаточную секреторную способность молочных желез. Однако в сомнительных случаях никогда не следует ограничиваться данными, полученными при осмотре и ощупывании грудной железы; их желательно пополнить определением количества молока, действительно содержащегося в груди, что можно выяснить путем опорожнения грудной железы молокоотсосом или путем контрольного взвешивания ребенка для определения количества молока, выпиваемого младенцем. К данному однократного контрольного взвешивания надо относиться сдержанно ввиду возможности иногда значительных колебаний количества молока у одной и той же женщины в разное время дня и в зависимости от разных обстоятельств. Поэтому желательно проведение нескольких контрольных взвешиваний в течение суток, при отсутствии весов – несколько сцеживаний молокоотсосом в течение дня из разных грудных желез. Лучше всего проверять в течение 2–3 суток подряд количество молока, высасываемого ребенком при каждом контрольном кормлении, а также сцеживания молокоотсосом. Весьма существенным и в большинстве случаев решающим моментом при определении недостаточности лактации являются данные со стороны физического и нервно-психического развития ребенка и наличие или отсутствия у него признаков недоедания.

В дифференциально-диагностическом отношении надо иметь в виду другие трудности при ГВ со стороны ребенка, которые могут являться причиной недоедания.

**Истерия.** Со стороны истеричных женщин, не особенно желающих кормить своего ребенка, сравнительно часто имеются жалобы на сильные боли, испытываемые ими при прикладывании ребенка к груди, хотя самое подробное объективное исследование никаких отклонений от нормы со стороны грудной железы не обнаруживает. Врач должен убедить мать в необходимости кормления ребенка грудью. В случаях сохранения гиперестезии и дальнейшей боязни матери приходится прибегать к кормлению ребенка сцеженным ГМ при помощи молокоотсоса.

Таким образом, использование молокоотсоса может помочь кормящей матери справиться со многими трудностями, вызванными как недостатком, так и избытком молока. При рекомендации использования молокоотсоса важно подобрать его в соответствии с характером проблемы и потребностями кормящей женщины.

Для сцеживания грудной железы при недостатке молока следует рекомендовать применение ручного молокоотсоса Philips AVENT – он прост и удобен в использовании, но при этом эффективен. Так, клинические исследования подтвердили, что

ручной молокоотсос Philips AVENT настолько же эффективен, как и стационарный электронный молокоотсос, применяемый в роддомах. При этом его уникальные лепестковые секции силиконовой накладки массируют область вокруг соска, что стимулирует не только выделение, но и секрецию молока.

При переполненной грудной железе наиболее правильным будет использование электронного молокоотсоса Philips AVENT: он оптимален для длительного сцеживания большого количества молока. В то же время процесс сцеживания особенно удобен для женщины благодаря электронной памяти, которая позволяет ей самостоятельно задать ритм и скорость сцеживания, максимально близкие к манере сосания ее ребенка – молокоот-

сос в точности их воспроизводит. Тот же лепестковый массажер, что и в ручном молокоотсосе, способствует полноценному расцеживанию грудной железы кормящей матери и достаточно эффективно при лактостазе.

Отличительной чертой молокоотсосов Philips AVENT является совместимость с большим количеством аксессуаров – женщина может сцедить молоко в бутылочку, хранить его в той же бутылочке в холодильнике, заменив корпус молокоотсоса на крышку, а заменив крышку на соску и подогрев содержимое, покормить ребенка. При этом молоко остается стерильным, а удобная технология помогает женщине экономить время и оставаться более спокойной, что очень важно для установления и поддержания лактации [3].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Тур А.Ф. Справочник по диететике детей раннего возраста. М.: Медицина, 1971.
2. Воронцов И.М., Мазурин А.В. Пропедевтика детских

- болезней: Учебник. СПб.: Фолиант, 2009.
3. [www.philips.ru/AVENT](http://www.philips.ru/AVENT)

## РЕФЕРАТЫ

### ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ КАРТИРОВАНИЕ ЯЗЫКОВЫХ ЗОН С ПОМОЩЬЮ МАГНИТОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ

Магнитоэнцефалография (МЭГ) – это новая функциональная методика картирования головного мозга, способная на неинвазивное измерение нейрофизиологической активности на основе прямого измерения магнитного потока на поверхности головы, ассоциированного с синхронизированной электрической активностью групп нейронов. Одно из наиболее активных специфических применений МЭГ – локализация языковых зон коры. В частности, это обусловлено практическим использованием при предоперационной подготовке больных с опухолями мозга и с эпилепсией. До недавнего времени картирование языковых зон коры проводилось с помощью инвазивной методики, так называемой процедуры Wada, или прямого картирования с электростимуляцией коры, что считалось «золотым стандартом» для идентификации

языковых зон коры. В обзоре обсуждается польза МЭГ как метода для функционального картирования языковых зон как в случае болезни, так и у здоровых. В частности, дается общее описание МЭГ с акцентом на те особенности этого метода, которые относятся к картированию языковых зон. Кроме того, обсуждается применение соответствующих протоколов МЭГ для выработки пространственно-временных профилей языковой активности и обращается внимание на законность этого метода в противовес «золотому стандарту» Wada и процедур по электрическому картированию коры.

Frye RE, Rezaie R, Papanicolaou AC. *Phys Life Rev.* 2009; 6 (1): 1–10.