Лекция №2

Тема: Трудности периода грудного вскармливания

План лекции:

1. Трудности при кормлении грудью.
2. Гипогалактия.
3. Лактационные кризы.
4. Контрольное взвешивание ребёнка.
5. Коррекция гипогалактии.
6. Восстановление лактации.
7. Оценка правильности кормления.
8. Организация сцеживания грудного молока.
9. Режим и питание кормящей матери.
10. Фитотерапевтические методы коррекции лактации.
11. Психологический настрой матери.
12. Режимы кормления ребёнка.
13. Повреждение молочных желёз.
14. Укороченный, втянутый сосок.
15. Короткая уздечка языка.
16. Неправильный гигиенический уход.
17. Неправильный захват соска и его травматизация.
18. Болезненность при кормлении грудью.
19. Кровоточивость сосков.
20. Неинфицированный мастит.
21. Гнойный мастит.
22. Выводы.
23. Список использованной литературы.

ТРУДНОСТИ ПРИ КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ

Психологические факторы чаше других вызывают трудности при кормлении ребёнка. Стресс, семейные конфликты, отсутствие взаимопонимания между женой и мужем, значительные нагрузки, испытываемые женщиной после родов (особенно если в семье несколько детей), отсутствие заботы и помощи со стороны близких — реальные причины, снижения выработки молока у матери новорождённого. Чтобы активировать рефлекс окситоцина, необходимо помогать матери психологически и практически — устранить любые источники боли или тревоги, стараться вызывать приятные мысли и позитивные эмоции по отношению к ребёнку.

Редкие кормления строго по часам. Отмена ночного кормления ребёнка также может привести к снижению количества молока, особенно если мать прекращает кормление раньше, чем ребёнок проявит признаки насыщения.

Непродолжительное кормление приводит к тому, что ребёнок не получает достаточного количества «заднего молока», а недостаточное опорожнение груди приводит к снижению выработки молока.

Неправильное прикладывание к груди вызывает неэффективное сосание, в дальнейшем приводящее к недостаточной выработке молока, возникновению трещин, затрудняющих вскармливание.

Повреждения молочных желёз при грудном вскармливании, как правило, связаны с неправильным прикладыванием ребёнка, нагрубанием, закупоркой молочных протоков и присоединением воспаления, возможно развитие абсцесса.

ГИПОГАЛАКТИЯ

Гипогалактия — снижение функций молочных желез, которое может проявляться в нарушении процессов лактопоэза, лактогенеза или молокоотдачи, а также в сокращении лактации по времени (менее 5 месяцев). (МКБ10)

Классификация гипогалактии

1. ***По этиологии:***
   - первичная
   - вторичная

2. По срокам проявления:

- ранняя (до 10 дня послеродового периода);
- поздняя (после 10 дня послеродового периода).

3. ***По степени дефицита молока:***

- I- до25%,
- II- 26-50%,
- III- 51-75%,
- IV- более 75%.

ЭТИОЛОГИЯ ГИПОГАЛАКТИИ

Первичная гипогалактия

- Первичная гипогалактия (истинная), то есть такая, когда у матери уже с первых дней лактации выявляется резкий недостаток молока, встречается редко – от 2,8 до 8 % (Е. М. Фатеева, Ж. В. Цареградская).

Вторичная гипогалактия

- В подавляющем большинстве случаев гипогалактия бывает вторичной, при которой у матери вначале бывает достаточное количество молока, но в дальнейшем лактация начинает снижаться или остается на таком уровне, который не удовлетворяет потребности растущего ребёнка и развивается из-за отрицательного воздействия на организм матери комплекса биологических, медицинских, социальных, психологических и экономических факторов.

ПЕРВИЧНАЯ ГИПОГАЛАКТИЯ

Первичная гипогалактия связана:

- С гормональными нарушениями у матерей с сахарным диабетом, диффузным токсическим зобом, инфантилизмом
- Нарушениями формирования всех органов женщины в период её роста, заболеваниями, перенесёнными в детстве. Эти нарушения могут возникнуть в период полового созревания девочки, или ещё раньше, в её внутриутробном развитии, когда беременная мать заболевает или имеет недостаточное питание.

  При первичной гипогалактии не осуществляется адекватная нейрогуморальная стимуляция лактации, и молочные железы не продуцируют достаточное количество молока.

ВТОРИЧНАЯ ГИПОГАЛАКТИЯ

Вторичной гипогалактии способствуют:

экстрагенитальная патология:

- заболевания сердечно-сосудистой системы, гипертоническая болезнь;
- пороки сердца врожденного и приобретенного характера;
- заболевания эндокринной системы;

заболевания женской половой сферы:

- аднекситы и другие воспалительные процессы;

- опухолевые и предопухолевые состояния матки и яичников;
- бесплодие вторичного происхождения;

отягощенный акушерский анамнез:

- самопроизвольные и большое количество медицинских прерываний беременности;
- неблагополучное течение беременности;
- тяжелые формы гестоза, длительная угроза невынашивания;

осложненное течение родового периода:

- патологическая кровопотеря в родах (более 500 мл) вызывает не только уменьшение секреции, но и ухудшение качества молозива;
- патологические роды, которые могут явиться непосредственной причиной рождения травмированного ребенка;
- при применении матерью лекарственных веществ, тормозящих секрецию молока (метилэргометрин, гестагены, сочетание эстрогенов и прогестерона);

осложнения в послеродовом периоде:

- заболевания матери и ребенка, приведшие к позднему прикладыванию ребенка к груди;
- некоторые врожденные пороки развития челюстно-лицевого аппарата ребенка;

социальные факторы:

- вредные привычки до и во время беременности: курение, употребление алкоголя: у женщин-курильщиц часто лактация прекращается в течение первых 3-5 недель после родов;
- неполноценное питание кормящей женщины: ограничение в рационе продуктов-носителей полноценного белка, животных и растительных жиров, витаминов и микроэлементов;
- не соблюдение женщиной режима отдыха;
- учеба и работа матери;
- отсутствие психологической поддержки в семье

ЛАКТАЦИОННЫЕ КРИЗЫ

- Нарушения в режиме кормления ребёнка, нерегулярное прикладывание к груди, длительные перерывы между кормлениями, отсутствие ночных кормлений, использование пустышек и сосок создают условия неправильной функции молокообразования, снижают сосательную активность ребёнка. Вялое сосание (утомление, недоношенность) ведет к недостаточному раздражению молочной железы и угнетению лактации.
- В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер, проявляясь в виде так называемых **лактационных кризов**, под которыми понимают *временное уменьшение количества молока*, возникающее без видимой причины. Отсутствие информации о них и не знание методов коррекции — наиболее частые факторы прекращения грудного вскармливания. В основе лактационных кризов лежат особенности гормональной регуляции лактации. Они обычно возникают на 3–6 неделях, 3, 4, 7, 8 месяцах лактации.
- Продолжительность лактационных кризов в среднем составляет 3–4 дня, и они не представляют опасности для здоровья ребёнка.

СИМПТОМЫ И ДИАГНОСТИКА ГИПОГАЛАКТИИ

Кормящая женщина может предъявлять жалобы на отсутствие молока в груди при сцеживании после кормления, отсутствие «приливов» молока в груди. Снижение лактации чаще сказывается на состоянии и поведении ребенка. Вероятными признаками недостаточной лактации являются:

- беспокойство и крик ребенка во время или сразу после кормления;
- необходимость в частых прикладываниях к груди;
- ребенок долго сосет грудь, совершает много сосательных движений при отсутствии глотательных;

- беспокойный сон, частый плач, «голодный» крик;
- скудный, редкий стул.

ДИАГНОСТИКА ГИПОГАЛАКТИИ

В качестве метода диагностики недостаточной лактации можно использовать *метод Молля* – при гипогалактии не обнаруживается разницы между температурой тела в подмышечной области и под молочной железой (при полноценной лактации температура тела под молочной железой выше на 0,1-0,5℃).

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ НЕДОСТАТОЧНОГО ПИТАНИЯ РЕБЕНКА (Согласно рекомендациям ВОЗ/ЮНИСЕФ)

Достоверные	
Плохая прибавка в весе	Меньше 500г в месяц, 125г в неделю, через две недели вес стал меньше, чем был при рождении
Выделение небольшого количества концентрированной мочи	Ребёнок мочится меньше, чем-6 раз в день, моча жёлтая с резким запахом
Вероятные	
Ребёнок не удовлетворён после кормления грудью	Очень частые кормления грудью
Очень продолжительные кормления грудью	Ребёнок отказывается от груди
Ребёнок часто плачет	У ребёнка плотный, сухой или зелёный стул
У ребёнка редкий стул в небольшом объёме	При сцеживании нет молока
Молочные железы не увеличились (во время беременности)	Молоко «не прибыло» после родов

УЗИ – ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Для диагностики гипогалактии возможно использовать *УЗИ-исследование молочных желез*, позволяющее обеспечить визуализацию диагностируемого объекта и получение большого объема достоверной информации при выявлении первичного и вторичного лактостаза, всех стадий мастита, симптомов улучшения или ухудшения в очаге воспаления в процессе лечения, начальных проявлений мастопатии при последующем диспансерном наблюдении женщин, перенесших послеродовой мастит. УЗИ-диагностика позволяет выявлять недостаточность развития железистой ткани при первичной гипогалактии.

КОНТРОЛЬНОЕ ВЗВЕШИВАНИЕ РЕБЁНКА

Окончательный вывод о недостаточной лактации, в позднем послеродовом периоде, может быть сделан на основании результатов взвешивания ребенка после каждого кормления в течение суток (*контрольное взвешивание*)

1. Взвесить ребёнка до кормления, записать результат
2. Покормить грудью
3. Взвесить после кормления грудью, записать результат
4. Посчитать разницу до и после
5. Посчитать суммарный суточный объём высосанного молока
6. Сравнить с долженствующим значением, определить разницу

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ГИПОГАЛАКТИИ

Приводим **пример ситуационной задачи для определения степени гипогалактии.**

Ребенок в возрасте 2 месяцев, мужского пола. Мама жалуется на недостаток молока, ребенок беспокойный, «висит на груди». Ребенок от 1 беременности. Роды в срок, оценка по шкале Апгар 8/9

баллов. Масса тела при рождении 3200г, длина тела при рождении 52см. В возрасте 2-х месяцев масса тела 3900г., длина 55см.

1. Провести суточное мониторирование (контрольное взвешивание) всех прикладываний к груди и взять средний разовый объём высосанного молока. Данный показатель умножить на число кормлений за сутки (включая ночные).

Например, средний объём высосанного молока составил 45мл, за сутки ребёнок был приложен к груди 10 раз. Таким образом, суточное количество полученного молока составило 450мл.

2. Необходимо знать, сколько ребёнок должен получить грудного молока за сутки.

В данном случае используем объёмный метод. В возрасте 2-х месяцев суточный объём молока составляет 1/6 от долженствующей массы тела (у данного ребёнка она составляет 4600г = 3200г (масса тела при рождении) + 1400 (средние прибавки за истёкший период 600+800).

Расчёт: 4600:1/6=766мл/сут. (округляем до 770мл)

3. Определяем дефицит молока: 770мл – 450мл = 320мл

4. Составляем пропорцию: 770мл – 100%

320мл – х% Итого: х = 41%

5. Диагноз: Гипогалактия вторичная, поздняя, II степени (41%).

КОРРЕКЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГИПОГАЛАКТИИ

Первичная гипогалактия связана с гормональными нарушениями у матерей. Поэтому для ее устранения используют лечение гормональными препаратами. **ЛАКТИН (Lactinum)**

- Гормональный препарат, получаемый из передней доли гипофиза крупного и мелкого рогатого скота. Для медицинского применения выпускается лактин для инъекций (Lactinum pro injectionibus) - стерильный лиофилизированный порошок белого цвета во флаконах, содержащих по 100 или 200 ЕД препарата.
- Препарат обладает способностью стимулировать лактацию в послеродовом периоде.
- Применяют при недостаточном выделении молока в послеродовом периоде.
- Вводят внутримышечно по 70 - 100 ЕД 1 - 2 раза в сутки в течение 5 - 6 дней. Растворяют препарат в 2 - 4 мл стерильной воды для инъекций.
- Противопоказан при склонности к аллергическим реакциям.

КОРРЕКЦИЯ ВТОРИЧНОЙ ГИПОГАЛАКТИИ

Вторичная гипогалактия чаще всего развивается в результате неправильной техники кормления ребенка (беспорядочное кормление, недостаточное опорожнение молочных желез и т. д.); нерационального образа жизни, недостаточного питания, переутомления, психических переживаний и заболеваний матери, при новой беременности и появлении менструаций.

Поэтому в отличии от коррекции первичной гипогалактии здесь у врача гораздо больше арсенал воздействия.

Время, необходимое для восстановления уменьшенной лактации, зависит от многих факторов:

- желания матери кормить ребенка своим молоком;
- поддержки и помощи отца ребенка и других членов семьи;
- возраста ребенка (чем он меньше, тем легче восстанавливается лактация);
- активности ребенка при сосании;
- тщательности выполнения женщиной всех правил увеличения лактации.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЛАКТАЦИИ

Устранение ошибок в организации грудного вскармливания (кормление по режиму, отсутствие ночных кормлений, использование пустышек и сосок). Нужно помнить, что ребенок может получать недостаточное количество молока не только тогда, когда снижена его выработка в молочных железах. Достаточно часто причиной недокорма являются нарушения техники кормления. При этом

молока в груди вырабатывается достаточно, но ребенок вследствие каких-то причин не полностью его получает. Это может быть, когда:

- ребенок неправильно приложен к груди и неэффективно сосет молоко;
- интервалы между кормлениями слишком большие, отсутствует ночное кормление, продолжительность каждого кормления недостаточна;
- кормление происходит в неспокойной обстановке, мама уставшая, нервничает или раздражена (при этом нарушается процесс выделения молока из молочных желез);
- снижена активность сосания в связи с необоснованным допаиванием или докормом малыша, особенно из бутылочки;
- ребенок заболел.

ОЦЕНКА ПРАВИЛЬНОСТИ КОРМЛЕНИЯ

Мать должна научится определять, когда ребенок получает молоко. Одно сосательное движение – это последовательность: широко открытый рот-пауза-закрытый рот.

Как только ребенок перестал сам глотать молоко, мать может использовать метод сжатия груди, чтобы увеличить поступление молока к малышу.

Когда ребенок уже не глотает молоко даже со сжатием, мама должна дать ему вторую грудь и повторить процесс.

Когда ребенок уже не глотает молоко даже со сжатием, мама должна дать ему вторую грудь и повторить процесс.

Можно несколько раз поменять грудь за кормление – до тех пор, пока видно, что ребенок высасывает молоко.

Во время кормления тепло на область груди стимулирует выделение молока.

Контрастный душ – также является дополнительным методом.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЦЕЖИВАНИЯ ГРУДНОГО МОЛОКА.

Если нет возможности приложить ребенка к груди (болезнь матери, ребенка) необходимо проводить регулярное сцеживание грудного молока.

Даже если в груди совсем нет молока, при регулярном сцеживании оно может появиться.

Сцеживать грудь можно вручную или молокоотсосом. Если планируете использовать молокоотсос – нужен качественный, ручной или электрический. При регулярном сцеживании груди молоко может появиться примерно через неделю, но иногда это может занять больше времени.

Сцеживать рекомендуется по 15-20 минут, каждую грудь в несколько приемов, желательно, чтоб в сутки было не меньше 8 раз.

РЕЖИМ И ПИТАНИЕ КОРМЯЩЕЙ МАТЕРИ

Питание и питьевой режим должны быть полноценными, но не чрезмерными. Среди матерей существует мнение, что увеличение количества выпитой жидкости помогает увеличить продукцию молока. Но это не так. Наоборот, чрезмерное употребление жидкости увеличивает нагрузку на организм женщины и может угнетать лактацию.

Для лучшей выработки молока можно рекомендовать женщине перед каждым кормлением выпивать чашку (150-200 мл) теплого питья.

После окончания грудного кормления также нужно пополнить объем жидкости в организме – выпить чай с молоком, компот из сухофруктов, фруктовый сок или кефир.

Диета мамы на период стимуляции лактации не отличается от обычного режима питания. Нет никакого смысла специально съедать избыточное количество пищи. Это лактацию не увеличивает.

Во время лечения гипогалактии кормящей женщины можно рекомендовать использовать специализированные смеси и напитки, обладающие лактогонным эффектом (Лактамил; Млечный путь)

Специализированные чаи для кормящих мам: «Лактавит», «Бабушкино лукошко» и другие.

ФИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ЛАКТАЦИИ

Для увеличения лактации можно использовать также средства народной медицины – отвары и настои из растений, обладающие лактогонными свойствами (мелисса, укроп, тмин, анис, фенхель и др.)

Вот некоторые из этих настоев:

- смесь хмеля (шишки) 20 г, укропа (семена) 25 г, тмина (семена) 25 г, крапивы глухой (листья) 25 г, бобов 50 г. На 1 л кипятка заваривают 30-40 г смеси, настаивают 5-7 минут и принимают до или во время еды по 50 мл;
- смесь фенхеля (плоды), аниса и укропа (семена): 1 чайную ложку смеси заварить на 1 стакан кипятка, настоять в течение 10-15 минут. Принимать по 3-4 чашки настоя в течение суток;
- Тмин 1 чайная ложка заваривается 1 стаканом кипящего молока, настаивается в течение 10-15 минут, выпивается глотками в течение дня;
- 3 чайные ложки сухой крапивы завариваются 2 стаканами кипятка, настаиваются в течение 10-15 минут (свежую траву настаивают 2 минуты), принимают полученный объем в течение дня;
- Очень эффективным средством, стимулирующим приход молока, является настой грецких орехов, который готовится следующим образом: 0,5 стакана очищенных грецких орехов заваривают 0,5л кипящего молока в термосе и настаивают в течение 3-4 часов. Настой принимают через день по 1/3 стакана за 20 минут до каждого кормления.
- Необходимо помнить и о зелени петрушки, которая является хорошим лактогеном, употреблять ее в свежем виде по 1 пучку в течение 4-5 дней после родов.
- Кроме того, возможно использование биологически активной добавки: «Лактогон». В составе «Лактогона» - маточное молочко, душица, укроп, сок моркови, крапива, имбирь, а также микроэлементы в нужном соотношении – йодистый калий (38 мкг) и аскорбиновая кислота (витамин С – 10 мг).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ НАСТРОЙ МАТЕРИ

Во время кормления мама должна сосредоточить свое внимание на ребенке, используя методики расслабления (аутотренинг, музыкотерапия).

Она должна стараться как можно больше времени проводить вместе с малышом (для самых маленьких лучшим будет непосредственный контакт «кожа к коже»).

Ребенка можно носить на руках. Это не только успокаивает маму и малыша, но и повышает уровень окситоцина и пролактина. Кроме того, малыш, отдохнувший у материнской груди, чаще и активнее будет ее сосать.

Следует рекомендовать совместный сон в одной комнате, что облегчает кормление грудью и снижает вероятность синдрома внезапной младенческой смерти.

Однако не рекомендуется сон матери/семейной пары в одной постели с ребенком, несмотря на то что совместный сон облегчает становление и сам процесс грудного вскармливания.

Ориентация всех членов семьи (отца, бабушек, дедушек) на поддержку грудного вскармливания. Очень важно, чтобы отец ребенка и другие члены семьи помогли кормящей маме справиться с ситуацией, оказали ей всестороннюю психологическую поддержку, взяли на себя домашнюю работу, дали возможность поспать днем, помогали в уходе за ребенком ночью.

РЕЖИМЫ КОРМЛЕНИЯ РЕБЁНКА

1-2 мес жизни - Свободное вскармливание ("по требованию").

При данном режиме отсутствует ночной перерыв в кормлении.

Критериями адекватности питания служат: ребенок спокойно отпускает грудь после кормления, активное поведение ребенка, хорошее самочувствие между кормлениями, кожные покровы чистые, бархатистые, хороший тургор тканей и развитие подкожно-жирового слоя; соответствие массы тела и

других показателей физического развития средневозрастным нормам; адекватный диурез (более 6 раз в сутки, моча бесцветная или светло-желтая).

На свободном вскармливании дети часто сами подбирают свой собственный режим кормления и придерживаются его (7-8 кормлений в сутки).

Если ребенок не может самостоятельно принять решение о необходимости кормления, то выбирают регламентированное вскармливание. Для детей 1-2 мес число кормлений в сутки составляет 7 через каждые 3 часа (+1 ночное кормление по требованию).

Режим кормления с 2 до 5-6 мес - Регламентированный и число кормлений составляет 6 через каждые 3,5 ч (+1 ночное кормление по требованию).

С 4,5-6 месяцев вводят прикорм.

РЕЖИМЫ КОРМЛЕНИЯ

		Кормления				
№ режима	**Возраст (мес)**	**Число кормлений**	**Интервалы между кормлениями (часы)**	**Часы**	**Ночной перерыв (часы)**	**Бодрствование (максимальная длительность в часах)**
1а - свободное вскармливание	0-1	не менее 10		кормления по "требованию”		1-1,5
1	1-3	7	3	6-9-12-15-18-21-24	6	1-1,5
2	1-5-6	6	3,5	6-9.30-13-16.30-20-23.30	6,5	1,5-2
3	5-6-9	5	4	6-10-14-18-22	8	2-2,5
4	9-12	5	4	6-10-14-18-22	8	2,5-3,5

ПОВРЕЖДЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ

Повреждения молочных желёз при грудном вскармливании, как правило, связаны с неправильным прикладыванием ребёнка, нагрубанием, *закупоркой молочных протоков* и присоединением *воспаления*, возможно развитие абсцесса.

Наполнение груди молоком происходит на 2–5-й день после родов.

Воспаление и *трещины сосков* чаще всего возникают в первые дни, когда правильное прикладывание к груди и частота кормлений ещё не отработаны.

Слишком частое мытьё сосков (чаще одного раза в день) удаляет защитную плёнку, провоцирует возникновение трещин.

УКОРОЧЕННЫЙ, ВТЯНУТЫЙ СОСОК

- Анатомические особенности строения соска, из-за укороченных протоков сосок может быть втянутым (*койломастия).*
- Выявление при консультации втянутых сосков не является противопоказанием к грудному вскармливанию: следует дать женщине дополнительные рекомендации:
  - с целью формирования соска можно использовать вакуумный дистрактор или ручной молокоотсос;
  - при неэффективности методов формирования соска рекомендуется использование силиконовых насадок на область соска;
  - при нежелании ребенка взять грудь с силиконовой накладкой рекомендуются сцеживание и кормление ребенка сцеженным молоком;

в период грудного кормления или сцеживания втянутые соски могут изменять форму, а протоки растягиваться, поэтому следует повторять попытки дать грудь ребенку (первые попытки лучше делать в ночное время).

КОРОТКАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА У РЕБЁНКА

- Короткая уздечка у ребенка (укорочение связки, соединяющей язык с дном ротовой полости, и ограничение подвижности языка)
- При кормлении ребенок длительно находится у груди, но не наедается, раздражается и нервничает, «цокающие» звуки при сосании

Проверка симптома короткой уздечки языка в норме:

• свободное движение языка за пальцем, проводимым по нижней губе от центра в стороны

при поднятии языка к верхнему небу кончик его должен легко доставать до верха

• при продвижении пальца от центра нижней губы по подбородку язык беспрепятственно достает до нижней губы

• при выявлении отклонений — консультация с врачом

НЕПРАВИЛЬНЫЙ ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД

Неправильный гигиенический уход за молочными железами — не только одна из причин травматизации соска, но и фактор нарушения естественного биоценоза кишечника ребенка. Регулярное обеззараживание сосков и ареолы приводит к смыванию кожного сала, вырабатываемого бугорками Монтгомери, излишней сухости и склонности к образованию микротрещин, а в последующем к инфицированию и развитию мастита в период лактации.

Адекватная гигиена сосков предполагает:

• ежедневный прием гигиенического душа;

• обработку соска каплей грудного молока после кормления с целью создания бактерицидной пленки;

• для снижения чувствительности и активизации регенерации кожи, а также с целью защиты от проникновения инфекции за счет закрывания микротрещин — нанесение ланолина при выполнении водных процедур (душ, ванна) при излишней чувствительности соска, сухости кожи и трещинах

НЕПРАВИЛЬНЫЙ ЗАХВАТ СОСКА И ЕГО ТРАВМАТИЗАЦИЯ

Неполный захват соска ребенком во время грудного вскармливания, приводит к болезненности.

Необходимо сформировать сосок, следить за наполнением ареолярной зоны, и обеспечением правильного захвата соска ребенком, должна быть удобная поза при кормлении

При наличии трещин соска и глубоких ссадин кожи у его основания рекомендуется:

нанесение ланолина для увлажнения кожи и снижения болезненности перед кормлением;

• использование заживляющих мазей и накладок-молокосборников с целью исключения мокнутия соска (воздушные ванны) после кормления;

• смывание мази перед кормлением и нанесение ланолина.

Ланолин не имеет вкуса и безвреден для ребенка, что помогает увеличить эластичность кожи и закрыть микротрещины

БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ

Резкая болезненность соска в начале кормления, как правило, связана с неправильным захватом соска.

Резкая болезненность соска в начале кормления, как правило, связана с неправильным захватом соска.

Рекомендации:

• остановить акт сосания — *не терпеть боль*: прерывание акта проводится введением пальца в угол рта ребенка;

• проверить молочные железы на наличие их переполнения и возможность выведения соска, при необходимости сцедить несколько миллилитров и сформировать сосок;
• повторно приложить ребенка к груди;
• при повторяющихся болезненных захватах проверить уздечку языка ребенка, при необходимости обратиться за консультацией к специалисту;
• при невозможности прикладывания ребенка из-за болей использовать силиконовые накладки на сосок и механическое сцеживание молока (ручное или аппаратное)

При болезненности соска между кормлениями или постоянных болях в нем в первую очередь следует исключить воспалительные процессы, трещины или закупорку протока на соске, появление участков некроза или кожных пузырьков.

Рекомендации:
• ревизия соска, осмотр при надавливании и сцеживании для определения участков побеления или травмирования;
• при выявлении закупорки протока или травматизации соска — консультация врача;
• на врачебном приеме принимается решение об удалении участков некроза, затудняющих сцеживание; определяется наличие воспаления и назначается лечение.

КРОВОТОЧИВОСТЬ СОСКОВ

Кровоточивость сосков связана с трещинами и их надрывом при акте сосания. Иногда кровянистые выделения наблюдаются на 4–5-е сут при резком увеличении количества молока (переходный период между секрецией молозива и молока, при котором наблюдается значительное набухание и увеличение объема груди); при активном и неправильном сцеживании и массаже, при выполнении тонкоигольной биопсии, при внутрипротоковой патологии или опухоли, разрушающей проток.

В подобных ситуациях рекомендуется:
• при первом обнаружении кровянистых выделений проконтролировать их появление во время следующего кормления (аппаратного сцеживания) и при отсутствии следов крови продолжить грудное вскармливание;
• при продолжительных кровянистых выделениях необходимы врачебная консультация, ультразвуковое исследование, взятие мазка-отпечатка.

НЕИНФИЦИРОВАННЫЙ МАСТИТ
(закупорка молочных протоков)

Ограничение грудного вскармливания и неправильное прикладывание ребёнка к груди могут привести к закупорке молочных протоков, образованию твёрдого, болезненного образования в ткани молочной железы, покраснению кожи над ним; возможна лихорадка и озноб. Такое состояние иногда называют неинфицированным маститом.

Состояние женщины можно улучшить частым прикладыванием ребёнка к груди, полным опорожнением путём сцеживания молока, оставшегося после кормления.

Если состояние женщины ухудшается, назначают антибактериальные препараты (полусинтетические пенициллины, эритромицин). Лечение данными антибактериальными препаратами не препятствует грудному вскармливанию.

ГНОЙНЫЙ МАСТИТ

Острый инфекционный процесс в молочной железе —показание для прекращения кормления ребёнка этой грудью, но кормление ребёнка здоровой грудью допустимо.

В случаях стафилококкового мастита кормление способствует разрешению процесса, если вскармливание прервать, может сформироваться абсцесс. Следует рекомендовать продолжить грудное вскармливание под прикрытием антибактериальной терапии. **Необходима консультация хирурга (хирурга-маммолога)**

Часто мастит возникает вследствие лактостаза в начале лактации, когда мать только учится кормить ребёнка.

ВЫВОДЫ

Медицинские сестры должны обладать необходимыми знаниями о проблемах и трудностях при естественном вскармливании и успешно применять эти знания на практике при оказании сестринской помощи кормящим матерям.

Список использованной литературы:

1. Барабаш Н. А., Мельникова У. В., Поженко В. В, **Гипогалактия. Современные способы коррекции и профилактики.** Методические рекомендации, Томск – 2016
2. М.Л. Травина, А.Г. Попов, С.А. Попов, Е.В. Куликова. Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация; Медицинский центр «Мир семьи», Санкт-Петербург, Российская Федерация; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Профилактика трещин соска молочной железы в ранний послеродовый период.