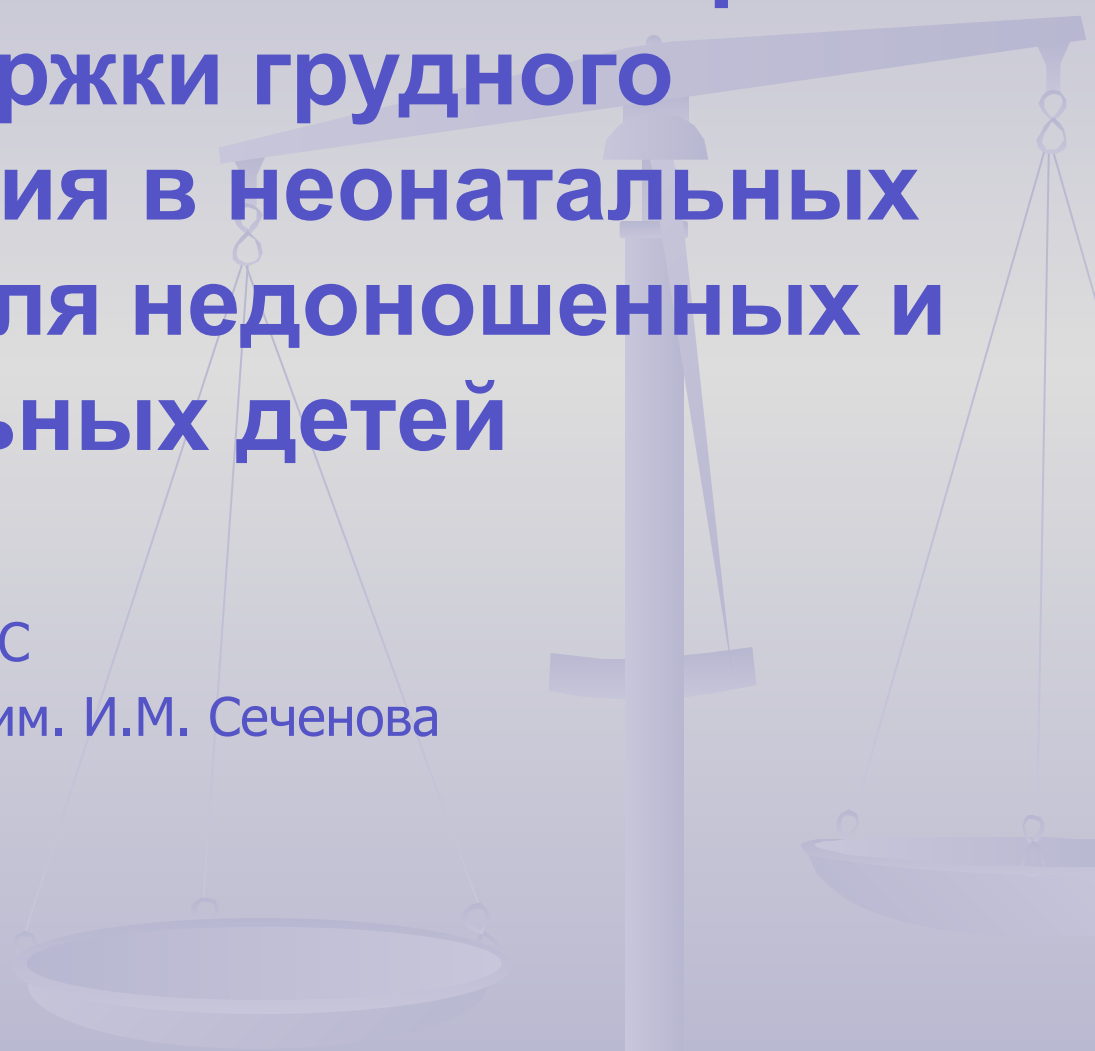


Современные технологии охраны и поддержки грудного вскармливания в неонатальных отделениях для недоношенных и больных детей



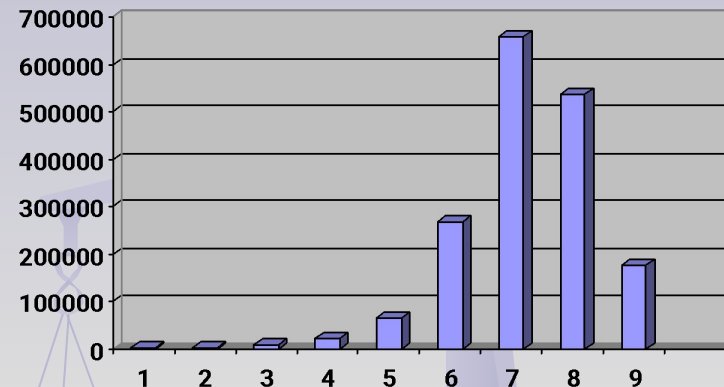
Абольян Л.В., д.м.н., IBCLC
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: labolyan@mail.ru

Основные определения

- ***Недоношенные дети*** – дети, родившиеся при сроке беременности менее 37 недель
- ***Низкая масса тела при рождении*** – менее 2500 г
- ***Очень низкая масса тела при рождении*** – менее 1500 г
- ***Экстремально низкая масса тела при рождении*** – менее 1000 г

Доля детей, родившихся недоношенными или с низкой массой тела при рождении, Минздрав России, 2009 год

- Доля детей, родившихся недоношенными в акушерских стационарах (1000 г и более) – 5,2 %
- Доля детей с низкой массой тела при рождении (включая 22-27 нед. беременности) – 5,8%



Распределение родившихся живыми по массе тела при рождении (включая 22-27 нед.)

1.	500-749 г	- 1737	(0,1%)
2.	750-999	- 3474	(0,2%)
3.	1000-1499	- 8684	(0,5%)
4.	1500-1999	- 22579	(1,3%)
5.	2000-2499	- 64265	(3,7%)
6.	2500-2999	- 267484	(15,4%)
7.	3000-3499	- 658280	(37,9%)
8.	3500-3999	- 534961	(30,8%)
9.	4000 и >	- 175426	(10,1%)
			Всего: 1736890
			(недоношенные -100739)

Динамика смертности детей с массой тела 500-749 г в первые 0-6 суток в РФ, 1995-2009 гг.

Годы	Родилось живыми	Смертность (‰)	Умерло в возрасте 0-6 суток		
			в роддомах	в ОПН	Всего
1995	4000	795,5	3084 96,9%	98 3,1%	3182 100%
2009	4831	498,6	2299 95,6%	110 4,4%	2409 100%

- Источник: Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Вопросы современной педиатрии, 2011, т. 10, № 1, с. 17-20

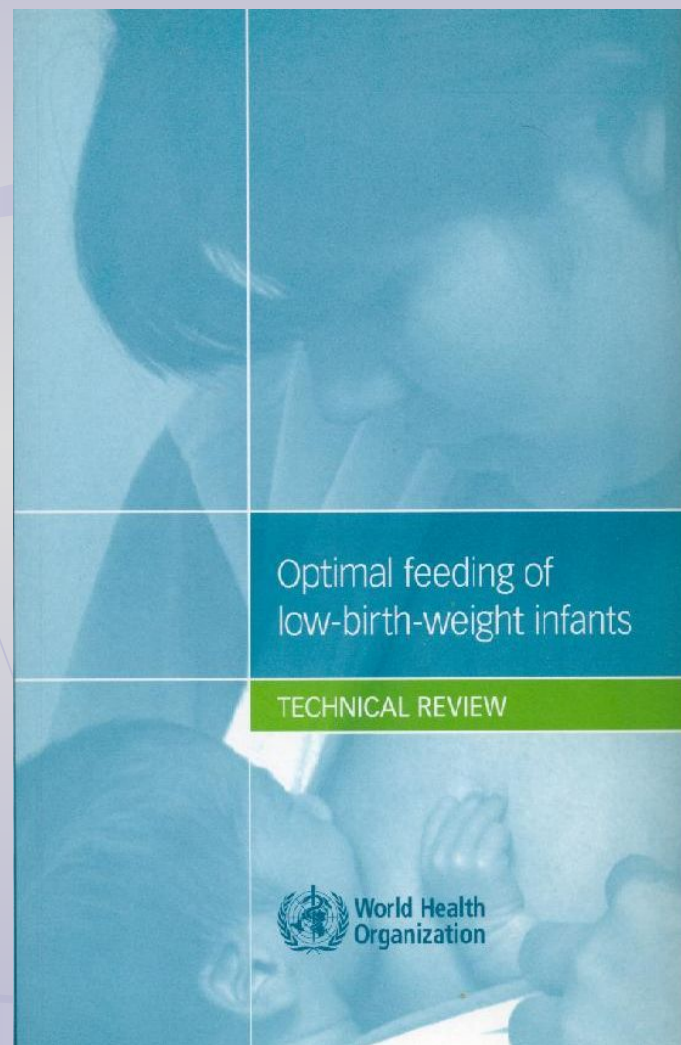
Преждевременные роды и выживаемость в США, 1970-2005 гг.

Преждевременные роды: 2003		Вес при рождении с выживаемостью 50%	
США (4,1 млн.)	НМ – 7,9%	1970	1500
	ОНМТ – 1,4%	1980	1000
	ЭНМТ-0,7%	1990	750
Во всем мире (200 млн.)	НМ – 15%	1995	600
	ОНМТ – 3%	2000	500
	ЭНМТ – 1,5%	2005	500

- Источник: NCHS, 2003 www.cdc.gov/nchs/fastats/birthwr.htm (National Center for Health Statistics - Национальный центр медицинской статистики)

Оптимальное вскармливание детей с низкой массой тела при рождении. Технический обзор. ВОЗ, 2006

- Кормление недоношенных детей материнским молоком при любом сроке беременности связано с более низким риском инфекций и некротизирующего энтероколита, улучшением развития нервной системы.
- Для недоношенных детей имеет также значение долгосрочное влияние грудного молока на уровень кровяного давления, содержание липидов в сыворотке крови и уровень проинсулина.
- Вскармливание материнским молоком, не обогащенным «усилителями» грудного молока, приводит к замедлению роста детей с массой тела при рождении менее 1500 г.



Преимущества грудного молока для недоношенных детей

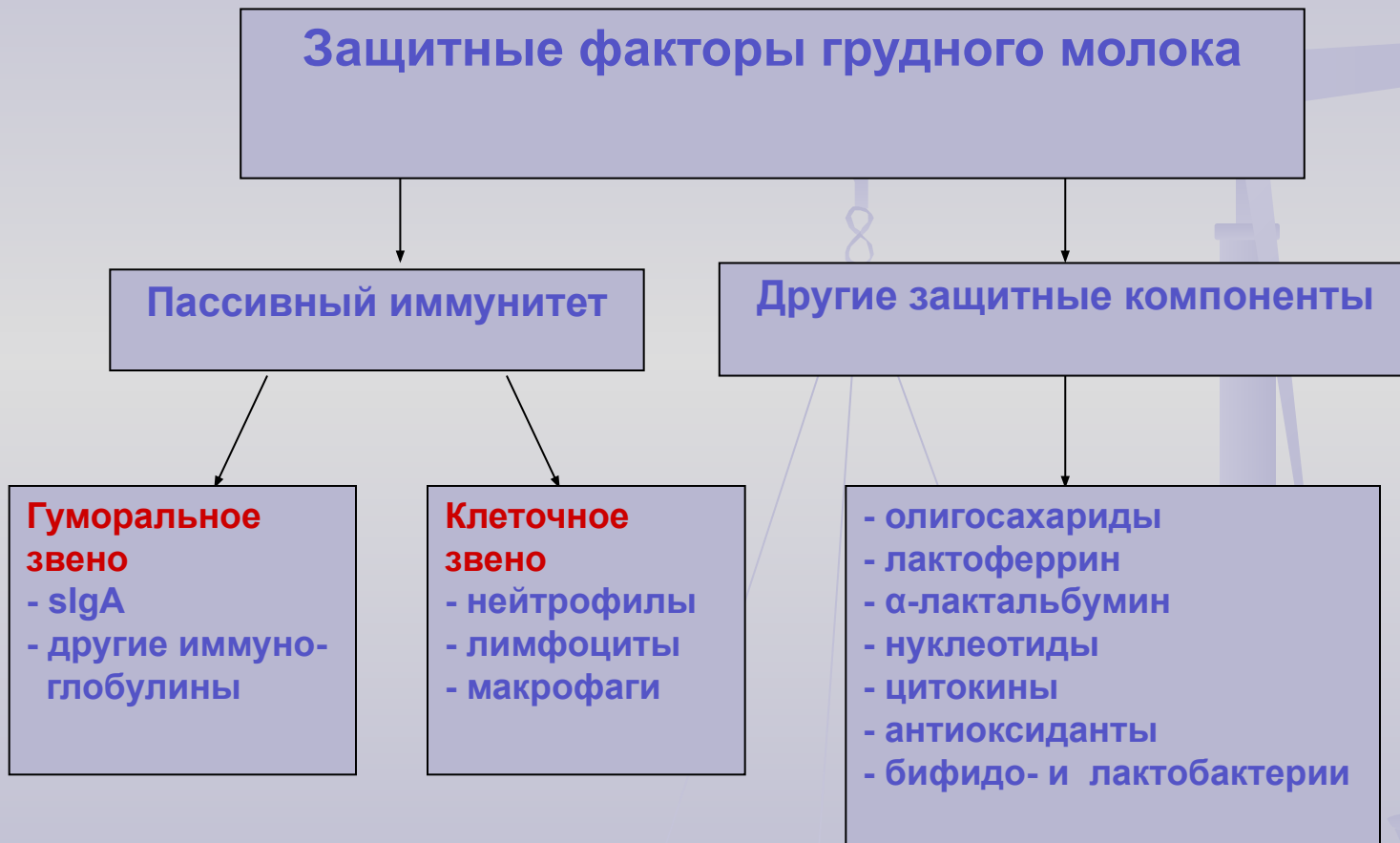
- Хорошо усваивается
- Защищает от инфекций (*отдаленный сепсис новорожденных и др.*)
- Предупреждает осложнения со стороны незрелого ЖКТ (*некротизирующий энтероколит и др.*)
- Способствует созреванию незрелых органов и систем
- Имеет отдаленные последствия: *улучшает нервно-психическое и когнитивное развитие, снижает вероятность инвалидизации ребенка*
- Положительно влияет на психо-эмоциональное состояние матерей

Изменение состава грудного молока при преждевременных родах

Компоненты ГМ	ГМ при преждевременных родах			ГМ доношенных детей
	Молозиво	Переходное молоко	Зрелое молоко	
Общий белок г/дл	30	24	15	12
Ig A, мг/г белка	109	92	64	83
N (не белковый), % к общему N	15	18	17	24
Na ммоль/л	22,2	11,6	8,8	9,0
Ca ммоль/л	6,8	8	7,2	6,5

Источник: Schandler RJ, Atkinson SA. J Mammary Biol Neoplasia, 1999, 4(3):297-307

Защита от инфекций



Защитные факторы молозива при преждевременных и срочных родах

Факторы	Преждевременные	Срочные роды
Общий белок (г/л)	0,43	0,31
Ig A (мг/г белка)	310,5	168,2
Ig G (мг/г белка)	7,6	8,4
Ig M (мг/г белка)	39,6	36,1
Лизоцим (мг/г белка)	1,5	1,1
Лактоферрин (мг/г белка)	165	102
Общее количество клеток/млЗ	6794	3064
Макрофаги	4041	1597
Лимфоциты	1850	954
Нейтрофилы	842	512

- *Источник: Mathur NB et al. Acta Paediatr Scand, 1990, 79:1039.*

Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ

- Организация вскармливания недоношенных детей заключается в своевременном и адекватном их обеспечении пищевыми веществами и энергией с первых дней жизни.
- Усилия врача должны быть направлены на сохранение грудного вскармливания в максимально возможном объеме, учитывая особую биологическую ценность именно материнского нативного молока для незрелого ребенка и важную роль контакта матери с новорожденным во время кормления.

- СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
- НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ
- ГУ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАМН
- ГУ НИИ ПИТАНИЯ РАМН

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ
ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Москва, 2009

Рациональное вскармливание недоношенных детей: Методические указания (НЦЗД, 2010)

- Ввиду особой биологической ценности именно материнского нативного молока для незрелого ребенка и важной роли контакта матери с новорожденным во время кормления усилия врача должны быть направлены на сохранение грудного вскармливания в максимально возможном объеме.
- В литературе не существует единой точки зрения относительно времени начала регулярного грудного вскармливания недоношенных детей. Наиболее широко используются такие критерии: масса тела не менее 1500 г, гестационный возраст не менее 33 — 34 недель.



Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении:

Методическое письмо Минздравсоцразвития России от 16.11.11 г.

- Оптимальным субстратом для энтерального питания детей с ЭНМТ является нативное материнское молоко.
- Среди преимуществ нативного молока можно отметить: более быструю эвакуацию из желудка, лучшее всасывание жиров, большую частоту стула, снижение риска возникновения сепсиса и некротизирующего энтероколита, лучшее психомоторное и интеллектуальное развитие.
- Необходимым условием использования нативного материнского молока у детей с ОНМТ и ЭНМТ является его мультикомпонентное обогащение.
- При отсутствии материнского молока рекомендуется специализированная смесь для недоношенных.



1-я Международная конференция: Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» в неонатальных отделениях

Neo-BFHI 2011

14-16 September 2011
Uppsala, Sweden



- Выхаживание новорожденных (метод «кенгуру»)
- Поддержка грудного вскармливания
- сцеживание грудного молока
- Донорское молоко
- Адаптация 10 шагов Инициативы «БДР» к неонатальным отделениям для недоношенных и больных детей

2-я Международная конференция: Инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку» в неонатальных отделениях (Нео-ИБДР)



- Скандинавская и Квебекская рабочая группа организуют 2-ю Международную конференцию по распространению ИБДР в неонатальных отделениях для недоношенных, маловесных и больных младенцев, которые нуждаются в интенсивной или специализированной помощи.
- После апробации в Аргентине, Австралии, Бельгии, Бразилии, Хорватии, Филиппинах, Швеции и Квебеке (Канада) и консультаций с представителями ВОЗ, финальная версия документа с обновленными стандартами и критериями будет опубликована 1 марта 2015 г.
- Цель конференции: подготовить участников к внедрению программы, обсудить возможные препятствия и необходимые действия для ее осуществления.
- Конференция предназначена для клиницистов, преподавателей, ученых, специалистов общественного здоровья, организаторов здравоохранения и консультантов по грудному вскармливанию.
- <http://www-conference.slu.se/neobfhi2015/>

5-я Европейская конференция Академии медицины грудного вскармливания (АВМ) для врачей 11-12 октября 2015 г., Бухарест, Румыния

- АВМ и Ассоциация ПроМама проводят 5-ю Европейскую конференцию для врачей.
- Темы лекций: недоношенные дети и грудное вскармливание, эпигенетика грудного вскармливания (динамика развития), окситоцин, сон, современный взгляд на введение прикорма.

www.abm-bucharest.org

Welcome to Bucharest!



Academy of
Breastfeeding Medicine



Asociația ProMAMA

**5th ABM European Regional Meeting for
Physicians**

organised by the *Academy of Breastfeeding Medicine* in
collaboration with ProMama Center Bucharest

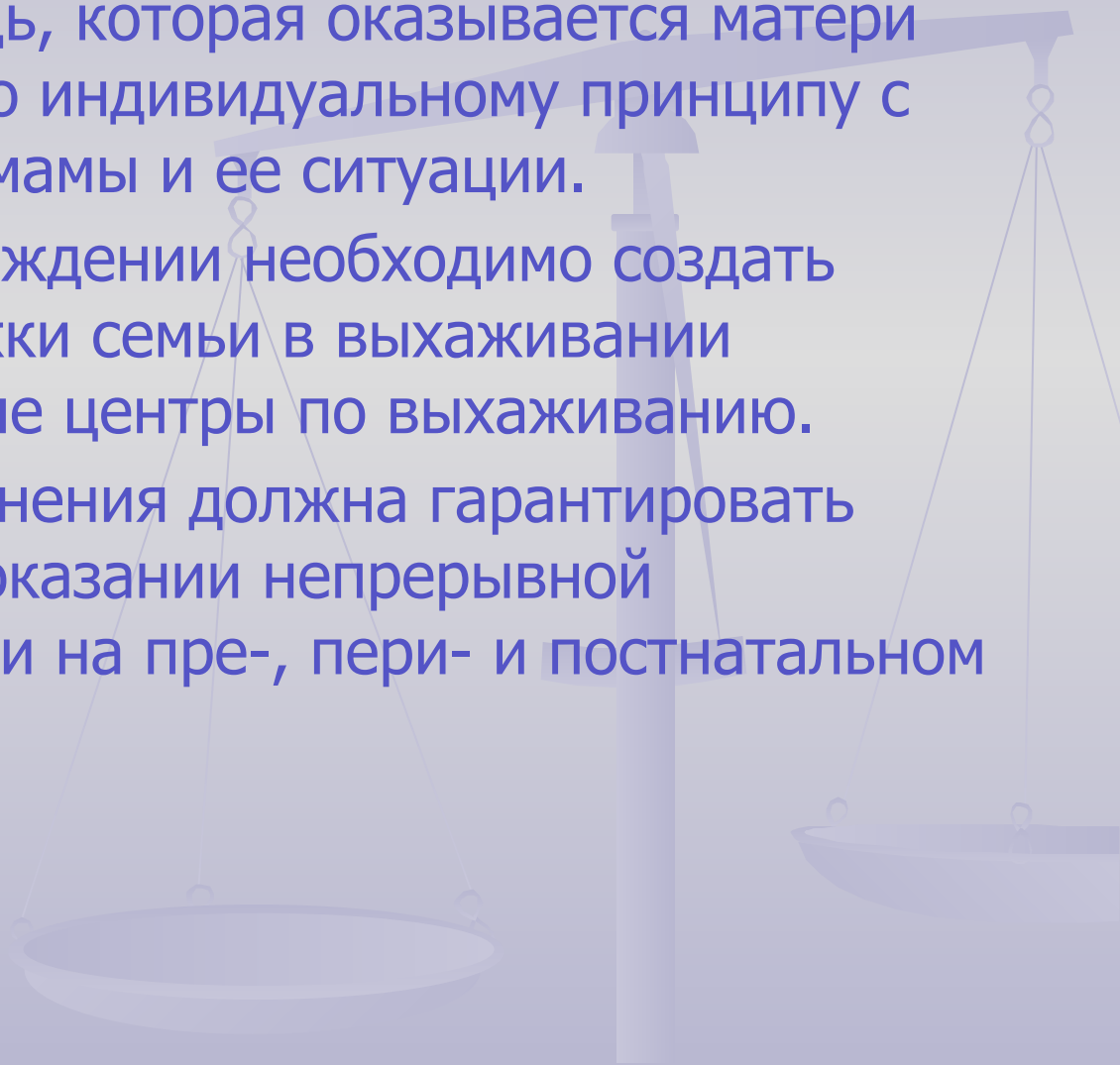


3 руководящих принципа и 10 шагов успешного грудного вскармливания, расширенных для неонатальных отделений

- С 2009 г. мультидисциплинарная группа экспертов по грудному вскармливанию из Норвегии, Дании, Швеции, Финляндии и Квебек (Канада) осуществляют работу по расширению ИБДР и внедрению принципов Инициативы в практику неонатальных отделений для недоношенных, маловесных и больных детей.
- Учитывая особую роль поддержки матерей, испытывающих стресс по причине рождения недоношенного ребенка, и большое значение окружающей обстановки, которая помогает родителям "стать родителями", ими были разработаны 3 руководящих принципа и адаптированы 10 шагов успешного кормления грудью применительно к неонатальным отделениям.

3 руководящих принципа поддержки грудного вскармливания в неонатальных отделениях

1. Медицинская помощь, которая оказывается матери должна строиться по индивидуальному принципу с учетом конкретной мамы и ее ситуации.
2. В медицинском учреждении необходимо создать обстановку поддержки семьи в выхаживании младенца – семейные центры по выхаживанию.
3. Система здравоохранения должна гарантировать преемственность в оказании непрерывной медицинской помощи на пре-, пери- и постнатальном уровнях.



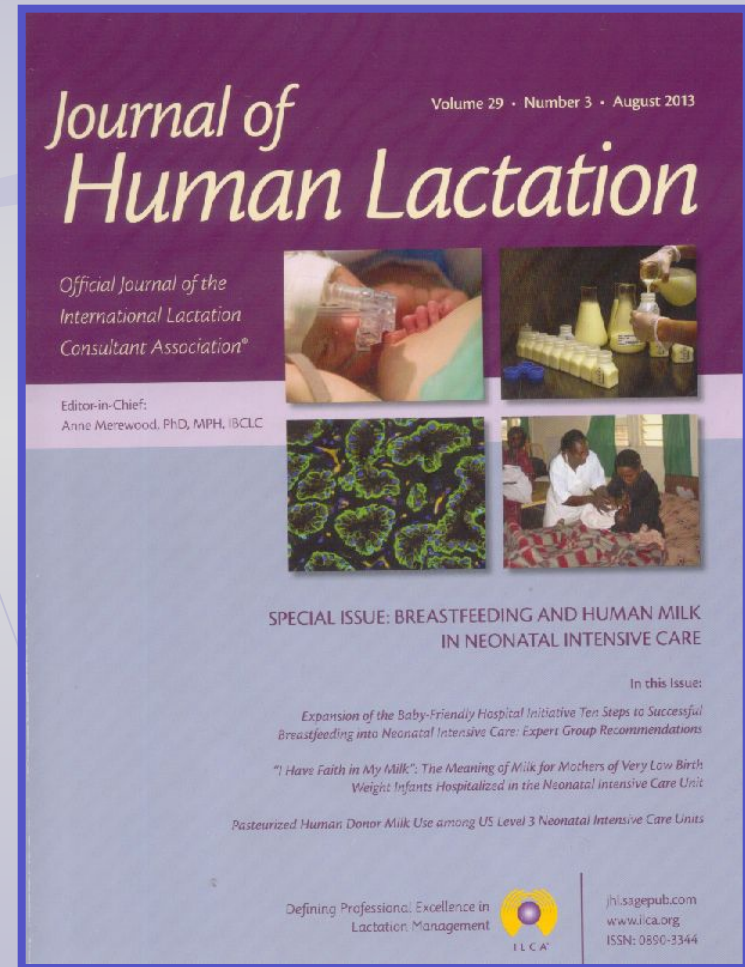
10 шагов успешного грудного вскармливания, применительно к неонатальным отделениям

1. Иметь письменную политику, которая доводится до всего медицинского персонала.
2. Обучать весь медицинский персонал знаниям и навыкам для ее осуществления.
3. Информировать всех беременных женщин групп риска о преимуществах и технике грудного вскармливания, поддержания лактации.
4. Поощрять ранний и максимально длительный контакт мамы и младенца кожа-к-коже (метод кенгуру).
5. Показывать матерям как начать и поддержать лактацию, установить раннее грудное вскармливание.
6. Не давать новорожденным никакого питания и питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.
7. Позволять матерям и младенцам находится вместе 24 часа в сутки.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию или частично по требованию новорожденного.
9. Использовать альтернативу бутылочному кормлению. Пустышки и накладки на соски применять только по медицинским показаниям.
10. Обеспечить последующую поддержку родителей после выписки из стационара.

Journal of Human Lactation. 2013. V. 29, N 3 (August)

Специальный выпуск: грудное вскармливание и грудное молоко в неонатальных отделениях интенсивной терапии

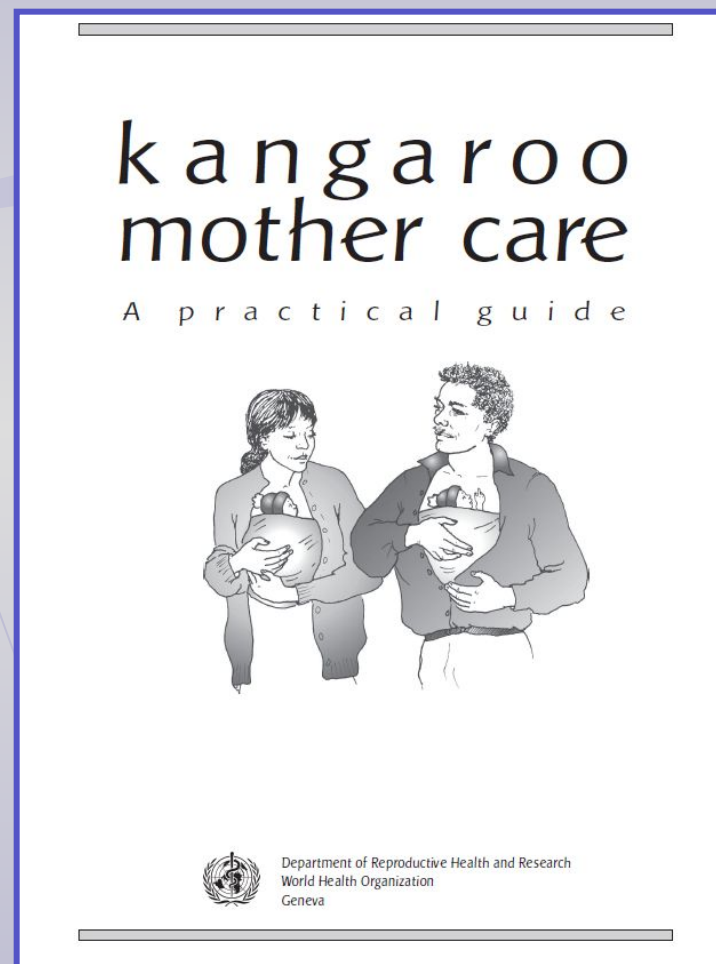
- Nyqvist K.H. Lack of Knowledge Persists about Early Breastfeeding Competence in Preterm Infants. P. 298-299
- Nyqvist K.H., Haggvist A-P., Hansen M.N., Kylberg E., Frandsen A.L., Maastrup R., Ezeonodo A., Hannula L., Haiek L. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care: Expert Group Recommendations. P. 300-309
- Grovlien A., Torng H.H., Moro G.E., Simpson J., Barnett D. International Perspectives on Donor Milk in and beyond the NICU. P. 311-312
- Davanzo R., Brovedani P., Travan L., Kennedy J., Crocetta A., Sanesi C., Strain T., De Cunto A. Intermittent Kangaroo Mother Care: A NICU Protocol. P. 332-338



Шаг 4. Поощрять ранний и максимально длительный контакт «кожа-к-коже» (метод кенгуру)

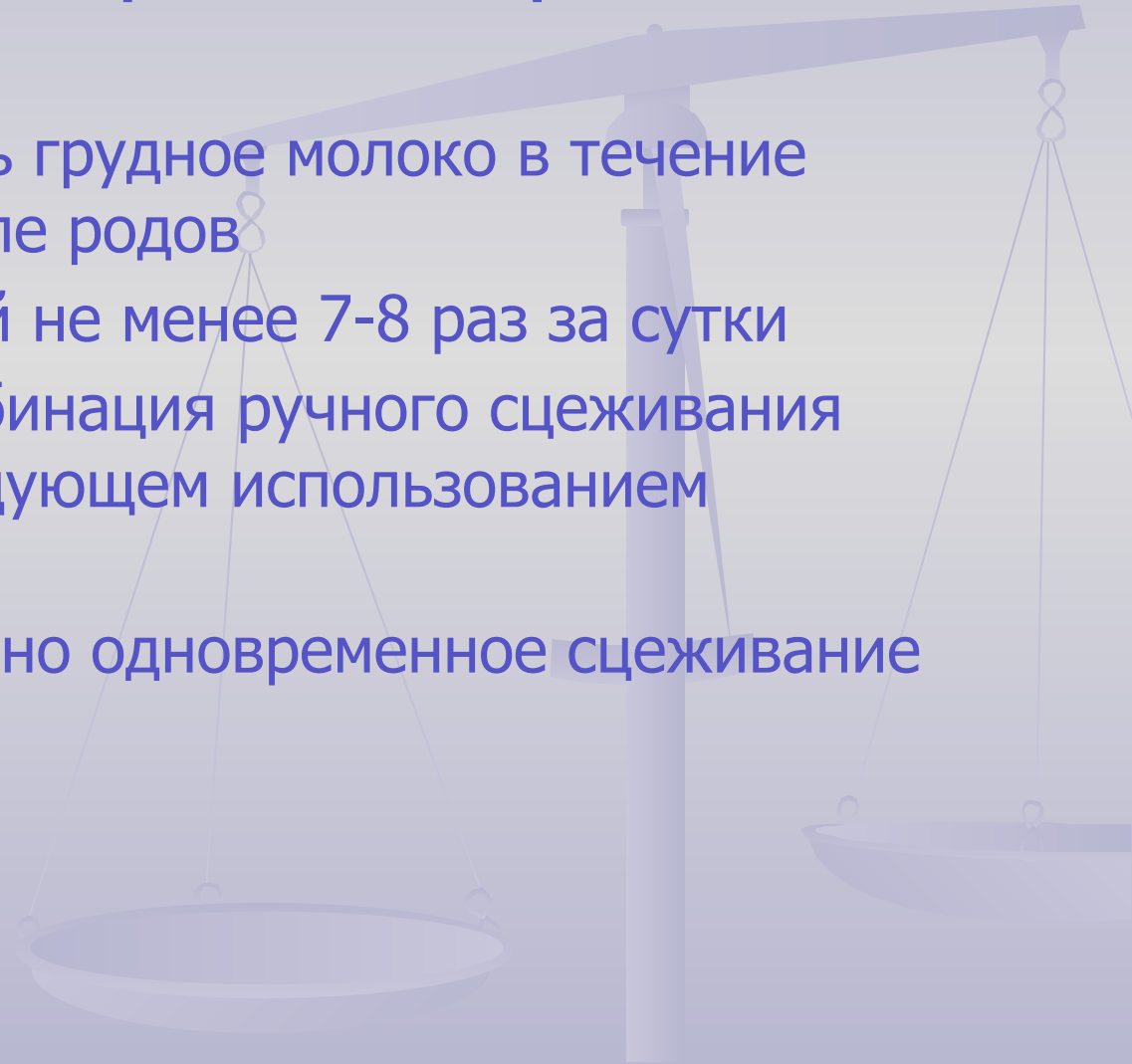
Преимущества метода кенгуру:

- Обеспечивает доступ к груди и увеличивает продукцию грудного молока.
- Повышает уровень грудного и исключительно грудного вскармливания в отделениях интенсивной терапии.
- Метод кенгуру может быть использован как в отделениях интенсивной терапии, так и в специальных неонатальных отделениях.
- Согласно рекомендациям ВОЗ, метод кенгуру рекомендуется для стабильных детей в возрасте от 28 мес. при массе тела не менее 600 г (2003)



Шаг 5. Показывать матерям как начать и поддержать лактацию, установить раннее грудное вскармливание с учетом стабильности младенца, как единственного критерия начала прикладывания к груди

- Начинать сцеживать грудное молоко в течение первых 6 часов после родов
- Частота сцеживаний не менее 7-8 раз за сутки
- Рекомендуется комбинация ручного сцеживания (молозиво) с последующем использованием молокоотсосов
- Наиболее эффективно одновременное сцеживание обеих грудей



«Установить раннее грудное вскармливание с учетом стабильности младенца, как единственного критерия начала прикладывания к груди»

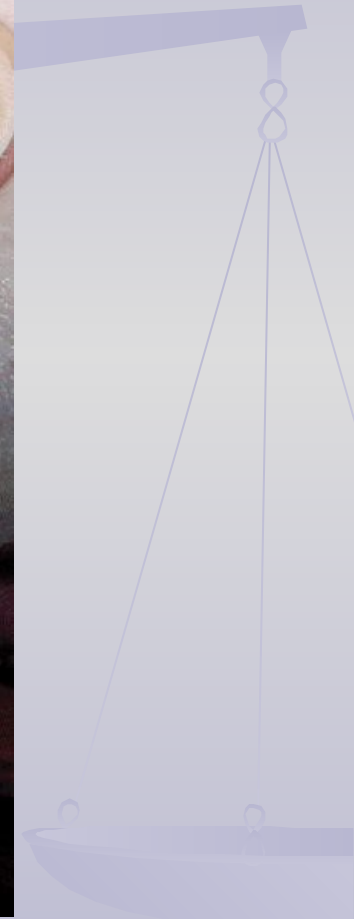
- Способность к раннему сосанию груди наблюдается у детей с 29 нед. гестации, полное ГВ достигается к 32 нед.
- Сроки прикладывания к груди зависят не от срока гестации и массы тела ребенка, а от стабильного состояния ребенка.
- Для оценки динамики поведения, связанного с ГВ разработана специальная шкала для недоношенных детей (PIBBS).
- Шкала позволяет оценить прикладывание и захват груди, сосание, длительность сосания, глотание; общее состояние ребенка; рефлекс окситоцина у матери, проблемы с молочными железами; влияние окружающей обстановки.



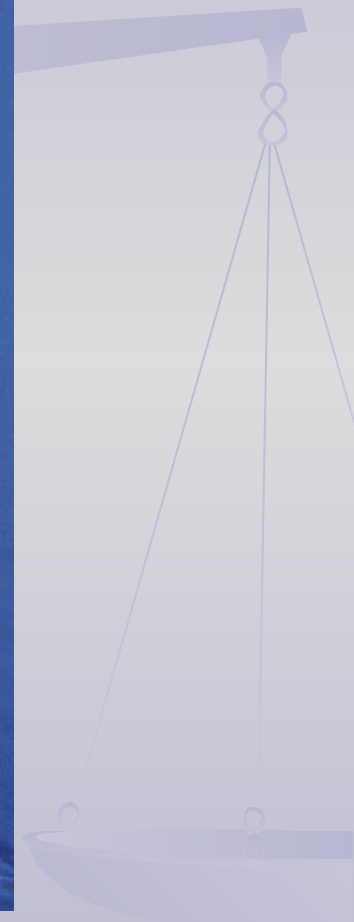
Nyqvist K.H. Development of the Preterm Infant Feeding Behavior Scale (PIBBS): A Study of Nurse-Mother Agreement. J. Hum. Lact. 1996, 12 (3): 207-219.

Nyqvist K.H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. Acta Paediatr. 2008; 97(6):776-781.

Ручное сцеживание молока



Одновременное сцеживание обеих грудей электрическим молокоотсосом в стационаре



Ручное сцеживание грудного молока



Портативные молокоотсосы для индивидуального применения



Поддержка лактации: в клинике и дома



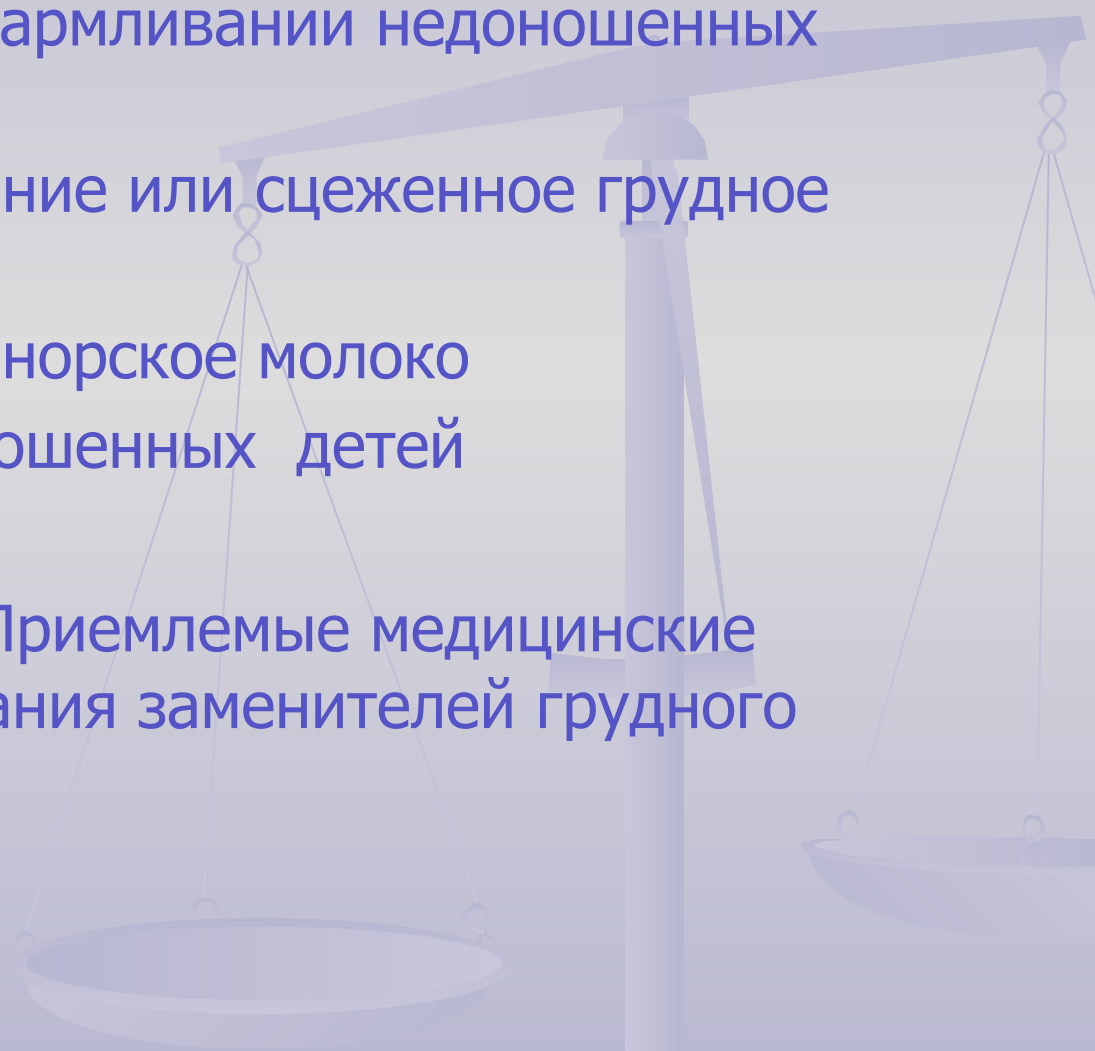
- Чтобы эффективно запустить лактацию и снять застойные явления в груди в клинических условиях, на помощь придут надёжные молокоотсосы Lactina Electric и Symphony
- Регулярное и массовое применение клинических молокоотсосов позволяет минимизировать риски лактостазов, гипогалактии и отказов от ГВ



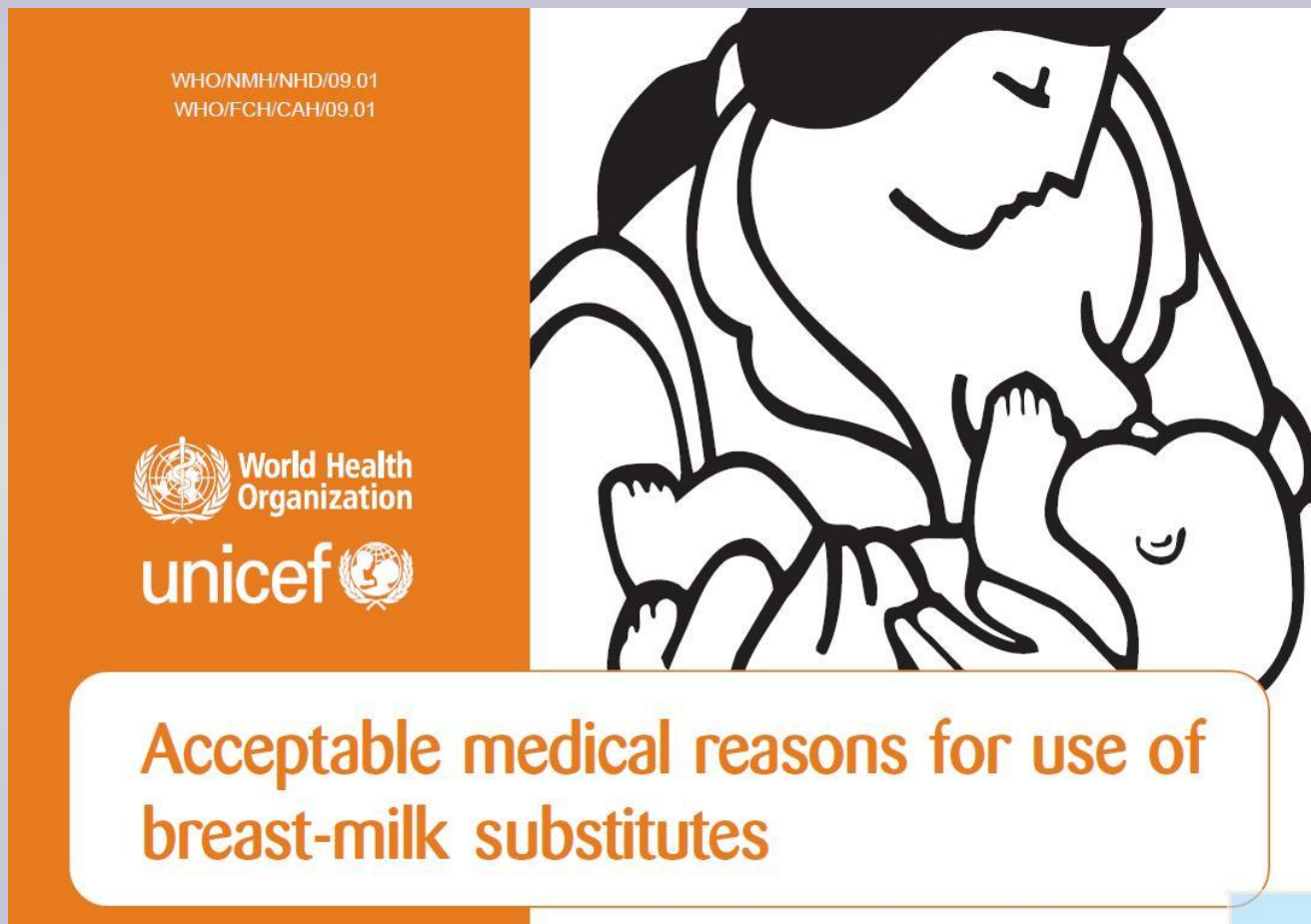
- Сохранять высокий уровень поддержки лактации в домашних условиях позволяют молокоотсосы с двухфазной технологией сцеживания
- Профессиональная помощь: стимуляция прилива, качественное опорожнение груди и регулируемый в безопасных пределах вакуум

Шаг 6. Не давать новорожденным никакого питания и питья кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний

- Приоритеты при вскармливании недоношенных младенцев:
 1. Грудное вскармливание или сцеженное грудное молоко матери
 2. Пастеризованное донорское молоко
 3. Формулы для недоношенных детей

 - ВОЗ разработаны «Приемлемые медицинские причины использования заменителей грудного молока» (2009)
- 

Приемлемые медицинские причины использования
заменителей грудного молока. – Женева: ВОЗ, 2009. - 11 с.



- http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf

Введение

- Почти все матери могут успешно кормить грудью, включая раннее начало грудного вскармливания в течение первого часа жизни, исключительно грудное вскармливание до 6-и месяцев и продолжение кормления грудью (в сочетании с соответствующим возрасту прикормом) до 2-х лет и более.
- Исключительно грудное вскармливание в первые шесть месяцев жизни чрезвычайно важно для матерей и для младенцев.
- Тем не менее, в небольшом числе случаев, обусловленных состоянием здоровья младенцев или матерей, могут быть оправданы рекомендации по временному или длительному прекращению грудного вскармливания.
- Всякий раз, принимая решение о прекращении грудного вскармливания, следует взвешивать преимущества грудного вскармливания и тот риск, который несут особые состояния, перечисленные ниже.

Состояния младенцев

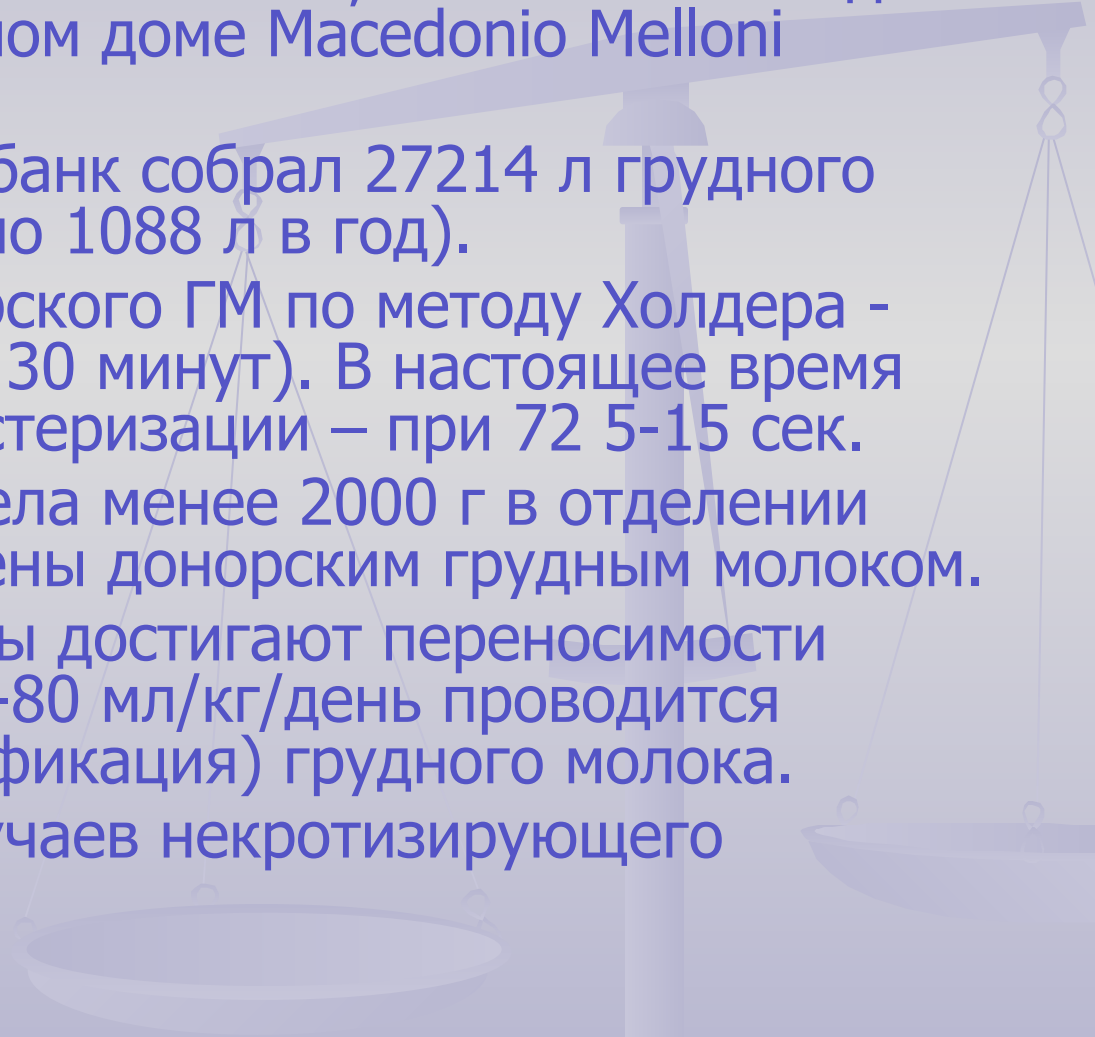
- **Младенцы, которые не должны получать грудное молоко или какое-либо другое молоко, кроме специальных формул**
- Младенцы с классической галактоземией: необходимы специальные формулы, не содержащие галактозы.
- Младенцы с болезнью «кленового сиропа» (валинолейцинурия): необходимы специальные формулы, не содержащие лейцина, изолейцина и валина.
- Младенцы с фенилкетонурией: необходимы специальные формулы, не содержащие фенилаланина (возможно частичное грудное вскармливание после тщательного мониторинга).
- **Младенцы, для которых грудное молоко остается наилучшими питанием, но которые могут нуждаться в другом питании в дополнение к грудному молоку некоторый ограниченный период времени**
- Младенцы, рожденные с массой тела менее 1500 г (очень низкая масса тела).
- Младенцы, рожденные со сроком гестации менее 32 недель.
- Новорожденные с высоким риском гипогликемии в результате ослабленной адаптации или повышенной потребности в глюкозе (недоношенные, с малым сроком гестации и существенным внутриутробным гипоксическим/ишемическим стрессом, больные и новорожденные от матерей, страдающих диабетом), если уровень сахара в крови у них снижается, несмотря на оптимальное грудное вскармливание или кормление грудным молоком.

Сроки хранения нативного грудного молока (для своего ребенка)

Вид молока	t комнаты	Холодильник	Морозильная камера
Свежее ГМ в запечатанном контейнере	<ul style="list-style-type: none"> ■ 24 часа при 15 ■ 10 часов при 19-22 ■ 4-6 часов при 25 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 3-5 дней (при 4 и ниже) ■ Хранить в самой холодной части холодильника (у задней стены) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2 нед. в совмещ. морозильной камере холодильника ■ 3-4 мес. в отдельной морозильн. камере холодильника ■ 6 мес. и более в отдельной морозильн. камере при t -19
Размороженное в холодильнике ГМ, не согретое	4 часа или менее (до следующего кормления)	24 часа	Повторно не замораживать
Размороженное ГМ, согретое в теплой бане	<ul style="list-style-type: none"> ■ До конца кормления ■ До 4 часов при длительном кормлении через зонд 	4 часа	Повторно не замораживать
Разогретое ГМ после начала кормления	До конца кормления	Выливать	Выливать

- *Both D., Frischknecht K. Breastfeeding: an illustrated guide. Elsevier, Mosby. 2008*

International Perspectives on Donor Milk in and beyond the NICU (Grovslien A., Torng H.H., Moro G.E., Simpson J., Barnett D.)

- Банк грудного молока в Милане, Италия был создан в 1985 году в родильном доме Macedonio Melloni Maternity Hospital.
 - С 1985 по 2010 год банк собрал 27214 л грудного молока (в среднем по 1088 л в год).
 - Пастеризация донорского ГМ по методу Холдера - Holder method (62,5 30 минут). В настоящее время изучается метод пастеризации – при 72 5-15 сек.
 - Все дети с массой тела менее 2000 г в отделении полностью обеспечены донорским грудным молоком.
 - Как только младенцы достигают переносимости молока в объеме 60-80 мл/кг/день проводится обогащение (фортификация) грудного молока.
 - В отделении нет случаев некротизирующего энтероколита.
- 

Шаг 9. Использовать альтернативу бутылочному кормлению, по крайней мере, до полного перехода на грудное вскармливание. Пустышки и накладки применять только по медицинским показаниям

- Альтернативой кормления из бутылочки может быть чашечка, ложечка, пипетка, шприц и специальные приспособления промышленного производства.
- Кормление из чашечки может предлагаться при сроке гестации около 29 недель.
- Зондовое питание может быть использовано как переход от полного энтерального питания к исключительно грудному вскармливанию.
- Использование пустышки может способствовать развитию сосания и улучшать переваривание, также имеет эффект успокоения, снижая стресс и беспокойство младенца, уменьшая болевые ощущения при проведении процедур. Тем не менее, сосание пустышки может быть предложено только в отделениях при отсутствии мамы и поддержки грудного вскармливания.
- Ультра тонкие накладки на сосок облегчают прикладывание и извлечение молока недоношенными и ослабленными детьми, т.к. компенсируют слабый уровень давления во рту и стимулируют нутритивное сосание. Они помогают при проблемах с прикладыванием, когда ребенок не может взять грудь и демонстрирует слабое сосание, но только после того как мама получила достаточную помощь в прикладывании к груди и после достаточных попыток.

Способы вскармливания недоношенных детей («Национальная программа», 2009)

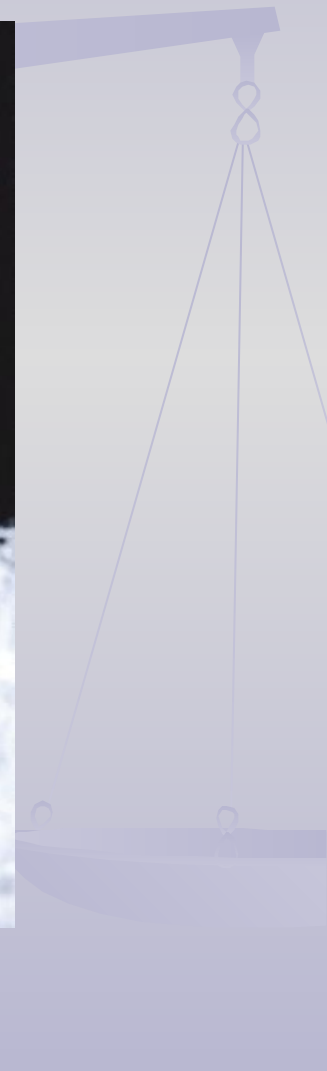
Срок гестации	Способ вскармливания
28 нед. и менее (1000 г и менее)	Полное парентеральное + «трофическое питание»
29 нед. (1000-1500 г)	<ul style="list-style-type: none">■ Частичное парентеральное питание + длительная зондовая инфузия■ Длительная зондовая инфузия
30-32 нед. (1500-2000 г)	<ul style="list-style-type: none">■ Длительная зондовая инфузия■ Порционное питание зондовое и/или из бутылочки■ Кормление грудью + докорм из бутылочки
33 нед. и более (2000 г и более)	<ul style="list-style-type: none">■ Кормление грудью + докорм из бутылочки■ Кормление грудью

Зондовая инфузия

- Основным источником энергии для недоношенных детей является жир грудного молока.
- Длительное зондовое кормление приводит к значительной потере жира в результате его осаждения на стенках шприца и зонда. Чем длиннее зонд и чем дольше длительность инфузии, тем больше потери жира.
- Потеря жира может быть снижена с 48% до 8%, если поднять конец шприца вертикально вверх.



Младенец получает сцеженное грудное молоко через шприц и одновременно сосет грудь



Кормление из чашечки – альтернатива кормлению из бутылочки с соской



Младенец сам регулирует скорость кормления из чашечки



Мягкая ложечка – современная альтернатива кормлению из бутылочки с соской (soft cup)



Использование поильника Хабермана для недоношенных детей (и детей с расщелиной губы и неба)



Специальное приспособление, имитирующее кормление грудью (SNS)



Ультратонкие накладки на соски



ИБДР и динамика показателей ГВ и ИГВ в отделениях для больных и недоношенных детей

Срок гестации (масса тела)	n	ГВ, %	ИГВ, %	Источник
≤ 40 нед.	1995 г. - 43 1999 г. - 41	27,9 65,9	9,3 39,0	Merewood A et all, 2003. Boston, USA
< 37 нед. < 2500 г	244	94,6	84,4	Reinert do Nascimento MB et all, 2005 Joinville, Brazil
< 37 нед. < 2500 г / < 1500 г	1998 г. - 76 2000 г. - 50 2002 г. - 78	- - -	21,2/4,5 64,0/64,3 51,2/55,5	Dall'Oglio I et all, 2007. Rome, Italy
≤ 37 нед.	2009 г. 2010 г. 2011 г. – 878	72,2 87,5 69,6	49,6 65,1 58,7	Абольян Л.В. С соавт. Россия

- Merewood A et al. The baby-friendly hospital initiative increases breastfeeding rates in a US neonatal intensive care unit. *J Hum Lact*, 2003;19:166-71.
- Reinert do Nascimento MB, Issler H. Breastfeeding the Premature Infants: Experience of a baby-Friendly Hospital Initiative in Brazil. *J Hum Lac*, 2005; 21(1):47-52.
- Dall'Oglio I et al. Breastfeeding promotion in neonatal intensive care unit: impact of a new program toward a BFHI for high risk infants. *Acta Pediatr*, 2007;96:1626-31.
- Абольян Л.В., Полянская С.А., Петров А.И., Симмонс Н. Результаты реализации проекта по поддержке грудного вскармливания. *Вопросы детской диетологии*. 2012; 10(4):50-56.

Тамбовская областная детская клиническая больница

Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей:

- Общее количество коек – 40
- Совместное пребывание – 30
- Проходят лечение – 1000-1100 новорожденных в год;
- Доля недоношенных детей – 12%
- Доля детей с низкой массой тела при рождении – 14%
- Основные причины поступления: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС – 75%, желтухи – 40%, родовая травма – 20%, сочетание причин

В 2010 году отделение удостоено звания «Больница, доброжелательная к ребенку»



10 шагов успешного кормления грудью

Шаг 1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику поддержки грудного вскармливания и доводить ее до сведения всего медицинского персонала.

10 ПРИНЦИПОВ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

ОБУЧАТЬ **ИНФОРМИРОВАТЬ** **ПОКАЗЫВАТЬ**

ПРИНЦИП 1.
Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.



ПРИНЦИП 6.
Не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых 6 месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний.

ПРИНЦИП 2.
Обучать весь медико-санитарный персонал и родителей необходимым навыкам для осуществления этой политики.

ПРИНЦИП 3.
Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.



ПРИНЦИП 7.
Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.



ПРИНЦИП 4.
Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого часа после родов.



ПРИНЦИП 8.
Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соска, пустышка).



ПРИНЦИП 5.
Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и ребенка.



ПРИНЦИП 9.
Поощрять грудное вскармливание ПО ТРЕБОВАНИЮ младенца, а не по расписанию.



ПРИНЦИП 10.
Поощрять создание групп поддержки матерей, информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью. Создавать в детской поликлинике обстановку поддержки семей, в которых есть дети, вскармливаемые грудью. Осуществлять преемственность в работе детской поликлиники, женской консультации и акушерского стационара.

Шаг 2. Обучать весь медицинский персонал

- Обучается весь медицинский персонал отделения.
- Обучение проводят 2 подготовленных инструктора.
- Используются документы Минздравсоцразвития России, рекомендации Союза педиатров России и Национальной Ассоциации диетологов и нутрициологов, 40-часовой курс ВОЗ и ЮНИСЕФ.



Шаг 3. Информировать матерей о важности грудного вскармливания и технике грудного вскармливания

Индивидуальные беседы



Групповые беседы

Матери просматривают видеофильмы по ГВ в палатах на DVD-плеере

Шаг 4. Практиковать раннее прикладывание младенца к груди

- Если позволяет состояние ребенка, то осуществляется контакт кожа к коже для доношенных и недоношенных детей.
- Длительность контакта 30-60 мин., несколько раз в сутки.
- Улучшается состояние ребенка, происходит более быстрое налаживание кормления грудью.



Шаг 5. Сцеживание грудного молока

- Для поддержки выработки молока мамы сцеживаются каждые 3 часа или чаще (*ручное сцеживание и электрические молокоотсосы*).
- Сцеженное грудное молоко используется для кормления ребенка.
- Санитарные правила препятствуют хранению сцеженного грудного молока более 1 часа.



Шаг 6. Практиковать исключительно грудное вскармливание

- В отделении выбор вида вскармливания зависит от состояния ребенка, массы тела при рождении и срока гестации.
- Предпочтение отдается грудному молоку и грудному вскармливанию.
- При использовании сцеженного грудного молока оно не храниться и не пастеризуется, а используется нативное грудное молоко (от матери ее ребенку) - в течение 1 часа после сцеживания.
- По окончании раннего неонатального периода грудное молоко для недоношенных детей с массой тела менее 1500 г обогащается «усилителями».
- При необходимости для недоношенных детей используются только специальные смеси (для недоношенных).

Шаг 7. Практиковать совместное пребывание матери и ребенка

- В палате находятся две пары мать и дитя.
- Если тяжелый недоношенный ребенок, то мама помещается в одноместную палату.
- Большинство медицинских процедур проводится в палате в присутствии матери.



Шаг 8. Кормление по требованию, если позволяет состояние ребенка

- По медицинским показаниям кормление проводится по специальным схемам с учетом состояния ребенка и переносимости питания.



Мать прикладывает младенца к груди при первых признаках голода, не дожидаясь плача ребенка

Шаг 9. Избегать использования бутылочек и сосок

- В отделении используются специальные приспособления как альтернатива бутылочному кормлению: мензурки, мягкие ложечки, шприцы, SNS (системы для дополнительного питания) и др.

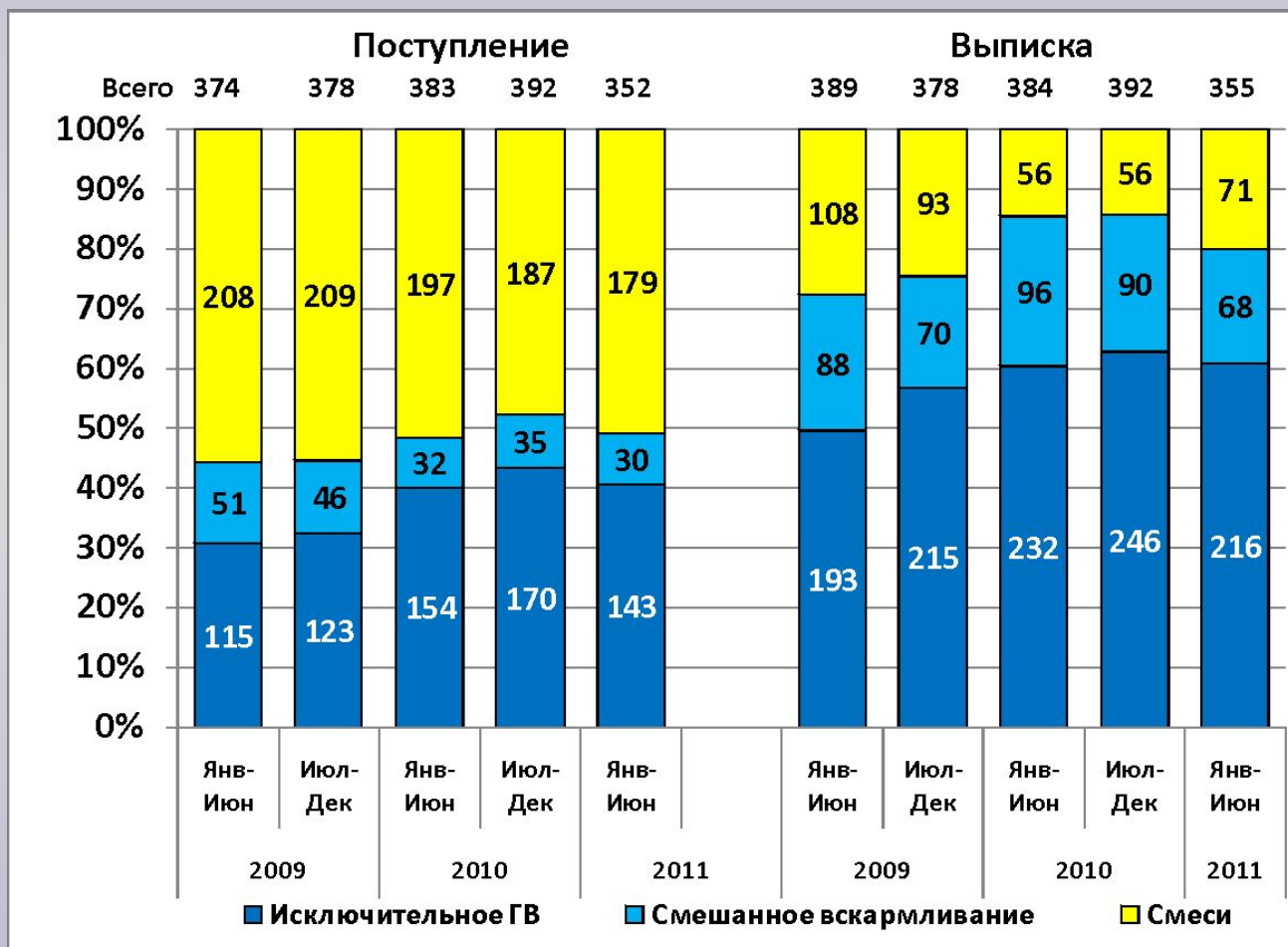


10 шаг. Оказывать помощь матерям после выписки из отделения

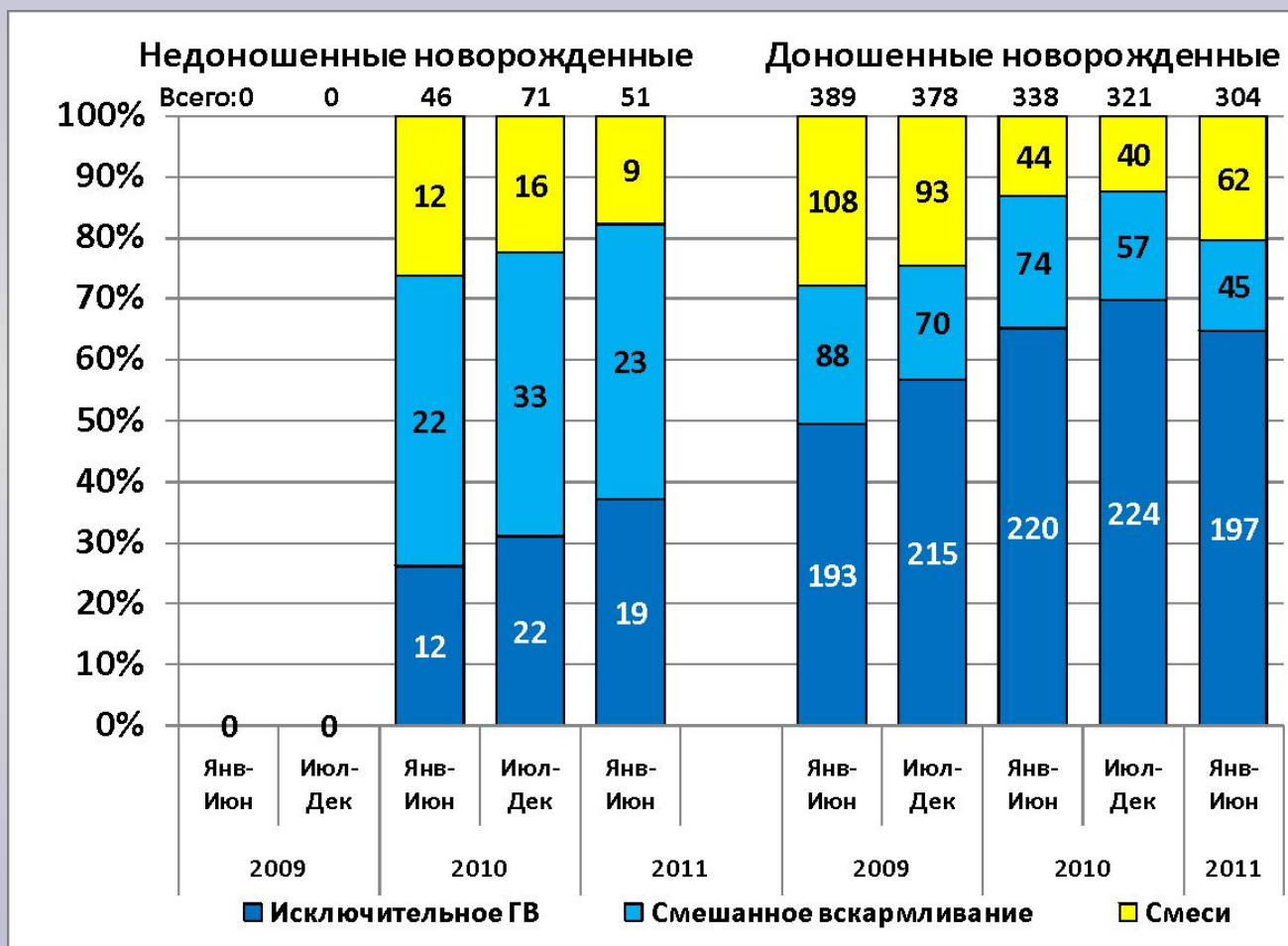
1. Телефон горячей линии.
2. Посещение кабинета катамнеза.
3. Группа материнской поддержки из медицинских работников.



Динамика характера вскармливания детей при поступлении и выписке из отделения



Динамика характера вскармливания при выписке из отделения среди доношенных и недоношенных детей





- В 2010 году отделение удостоено звания «Больница, доброжелательная к ребенку»

Заключение

- Современные достижения перинатальной медицины позволяют обеспечивать выживание тяжелобольных и глубоко недоношенных новорожденных с ЭНМТ.
- Выхаживание таких младенцев требует применения высоких технологий, использующихся с целью поддержания полностью или частично нарушенных жизненно важных функций.
- Обязательным условием успешного выхаживания тяжелобольных новорожденных является их адекватное питание, в том числе, использование ГМ в максимально возможном объеме.
- Внедрение современных технологий охраны и поддержки ГВ в практику неонатальных отделений положительно сказывается на увеличении распространенности и длительности ГВ и ИГВ среди детей этой группы.

Благодарю за внимание!

