

ГРУДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ: ЗНАЧЕННЯ ТА ПРОБЛЕМИ

Щойно народилася дитина, а батьки вже штурбовані — немовля хоче їсти. Природно, що в будь-якої жінки, яка щойно народила, перша думка щодо годування дитини полягає в намаганні пригорнути її до грудей, щоб дати власного молока.

Грудне молоко — це природне, безкоштовне та ідеальне харчування для новонародженої дитини. Завдяки наявності в ньому комплексу біологічно активних речовин (гормони, ферменти, ростові, імунні фактори тощо), воно захищає немовля від різноманітних інфекцій, алергічних реакцій і захворювань, сприяючи формуванню його власної імунної системи [1, 4]. Материнське молоко завжди поруч, тепле та стерильне. Лише воно легко засвоюється і повноцінно використовується організмом дитини.

Нагадаємо, що молочна залоза складається із залозистої, сполучної та жирової тканини, і представлена 15-20 сегментами. У залозах виробляється молоко, яке через протоки потрапляє до соска. Не доходючи до соска, протоки розширюються і утворюють молочні синуси, в яких тимчасово збирається молоко. Молочні синуси розташовані під так званою ареолою — темним кружечком навколо соска. На поверхні ареоли помітні маленькі пухирці — це залози, які виробляють рідину, що пом'якшує та дезінфікує шкіру соска та ареоли.

В ділянці соска і ареоли є багато дуже чутливих нервових закінчень, подразнення яких під час смоктання "запускають" і підтримують лактаційні рефлекси — молокоутворення (пролактиновий) і виведення молока (окситоциновий). Отже, лактація (виділення молока молочною залозою) складається з двох фаз: продукції та виведення молока.

На сьогоднішній день не викликає сумніву, що годування дитини материнським молоком протягом перших двох годин після пологів збільшує тривалість грудного вигодовування в порівнянні з відстрочкою на чотири або більше години [4].

Працюючи у пологовій залі, нерідко спостерігаємо, як іноді відразу (через 3-10 хвилин після народження) акушерка намагається прикласти дитину до грудей, а мати починає нервувати, що малюк не бере сосок ("з дитиною щось не так", "у мене немає молока", "може краще пляшечку з кашею?"). Щоб уникнути такого непорозуміння, треба пам'ятати, що діти по-різному поведуться після народження. Кожній дитині потрібен

певний час на адаптацію після народження (пологи — це завжди стрес для дитини). І тому далеко не всі діти відразу після народження готові розпочати годування. Але в більшості випадків через 15-30 хвилин після народження можна бачити, як дитина починає проявляти пошуковий, смоктальний рефлекс, намагається пересуватися доверху та ін. Все це ніби говорить, що вона вже готова до прийняття їжі. Доказова медицина свідчить: доти, поки не будуть отримані додаткові науково обґрунтовані дані, втручання з метою прискорення або уповільнення часу першого прикладання до грудей повинні бути повністю виключені.

Перше годування після пологів варто здійснювати в інтимній обстановці, коли дитина готова до цього і коли вона разом з матір'ю перебуває в комфортних умовах. По можливості, це добре зробити, коли батько дитини або інша людина, яка була із жінкою при пологах, ще є присутніми у пологовій залі. Вельми корисною буде допомога досвідченого фахівця. Необхідно пояснити родині про важливість наявності бажання щодо грудного вигодовування, поговорити про значення правильного положення дитини біля грудей, про принцип "попиту та пропозиції молока", про важливість необмеженого годування, розповісти про потенційні проблеми, які можуть виникнути у жінки та членів родини в період годування, та роботу школи з підтримки грудного вигодовування.

Ранній контакт матері й народженої дитини сприятливо впливає не лише на грудне вигодовування, але й на перебіг та тривалість адаптації до нових умов існування, формування майбутніх взаємовідносин матері й дитини. Це відбувається завдяки тактильній стимуляції (гладження та цілування дитини), візуальному контакту ("очі-до-очей") та контакту "шкіра-до-шкіри". Багато психологів та дослідників вказують, що грудне вигодовування закладає основи правильної психологічної поведінки дитини в сім'ї та колективі, істотно впливає на її соціалізацію, сприяє інтелектуальному та пізнавальному розвитку [2, 3, 4]. Іншими словами, психологічне, емоційне і фізичне здоров'я людини формується вже під час обрання методу годування малюка. Окрім того, у ряду жінок грудне вигодовування допомагає запобігти неплановій вагітності після пологів внаслідок пригнічення овуляції на фоні високого рівня пролактину, є профілактикою мастопатії, у-



Н.О. Удовіка

Доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Луганського державного медичного університету



В.М. Кладієв

Завідуючий гінекологічним відділенням 9-ї міської клінічної лікарні

м. Луганськ

ворення пухлин молочної залози, матки та яєчників [1, 4].

Більшість жінок, які годують грудьми, приймають це рішення ще до початку та на ранніх термінах вагітності. Ті жінки, які обирають метод годування дитини з використанням штучних сумішей, зазвичай роблять цей вибір ще під час вагітності. Цікаво, що вони знаходять багато причин для обґрунтування свого рішення, підсвідомо розуміючи, що штучне годування малюка — це відхилення від фізіологічного процесу. Важливу роль у ставленні до грудного вигодовування відіграє попередній досвід жінки, а також думка і досвід членів її родини. Тому в багатьох країнах світу створені та працюють школи так званої підтримки грудного вигодовування. До занять залучаються члени родини й друзі, що допомагає збільшувати число жінок, які починають і продовжують годувати грудьми. Стосовно ефективності дородової "підготовки" сосків (застосування крему Массе, вправ по витягуванню соска, обробка молочної залози контрастним душем), то не знайдено переконливих доказів їх користі [4].

Вирішальна роль в успіху грудного вигодовування належить правильному положенню дитини біля грудей. Здатність жінки правильно прикласти немовля до грудей є фізичним навиком, який можна опанувати і якому мати повинна навчитися. Фахівці повинні чітко розуміти механізми, що лежать в основі грудного вигодовування, і мати досвід допомоги молодій матері щодо правильного прикладання дитини до грудей.

Положення матері під час годування дитини груддю:

- Сидячи на ліжку або стільці та підтримуючи дитину на руці
- В положенні сидячи, коли голова дитини знаходиться на кисті руки матері. Це положення може бути корисним: для годування близнюків; якщо мати має певні проблеми при прикладанні дитини до грудей спереду; для лікування лактостазу; якщо для матері така позиція є просто зручною
- Сидячи в положенні, при якому дитина знаходиться на руці, протилежній груді з якої годується — тулуб дитини лежить на передпліччі матері, кистю руки вона підтримує голову дитини на рівні вух або нижче, але не підштовхує її до грудей знизу. Такий спосіб рекомендується дитині з малою вагою при народженні; ослабленій або з вродженими вадами; коли мати віддає перевагу цьому положенню
- Стоячи (при неможливості сидіти чи лежати)
- Лежачи на спині (дитина зверху) — це

положення зручне при лактостазі, а також при надмірній кількості молока у матері

- Лежачи на боці, при цьому голова жінки має лежати у дещо підвищеному положенні (краще використовувати високу подушку або класти руку під голову) — це положення зручне, коли мати хоче спати, та після акушерських втручань, які ускладнюють годування в положенні сидячи (кесарів розтин, епізіо-, перінеотомія, акушерські щипці та ін.)

- Інколи мати лягає на живіт, спираючись на лікті, а дитина знаходиться під нею.

В будь-якому випадку, поза матері, в якій здійснюється годування, має бути зручною, розслабленою (низьке сидіння зручніше, особливо при наявності опори для спини). При класичній позі годування (дитина на руці у матері) голова дитини повинна знаходитись на одній лінії з її тілом, а живіт — навпроти живота матері. Якщо є необхідність, дитина підтримується ззаду за плечі, але не

Рис. 1. Дитина правильно прикладена до грудей матері



Рис. 2. Дитина неправильно прикладена до грудей матері



за потилицю. Її голова має бути злегка відкинута назад. Не потрібно защемляти пальцями сосок чи ареолу і намагатись заштовхнути сосок дитині до рота. Краще, якщо мати доторкнеться соском до губ дитини для стимуляції рефлексу захоплення. Потім треба зачекати, поки дитина широко розкриє рота і захоче смоктати. У разі правильного прикладання, підборіддя дитини торкається до груді, рот широко відкритий, нижня губа вивернута назовні, дитина більше захоплює нижню частину ареоли [1, 2, 4].

Якщо дитина правильно прикладена до грудей, жінка не відчуває болю. Сосок разом з ареолою, глибоко затягнутий до рота дитини. При цьому сосок просувається назад на-

Рис. 3. Різні положення дитини біля грудей матері



стільки, що досягає місця з'єднання м'якого й твердого піднебіння, а молоко, яке виділяється із соска, спрямовується у глотку шляхом хвилеподібних перистальтичних рухів.

Найчастішою причиною припинення грудного вигодовування є "недостатня кількість молока" (гіпогалактія) у матері. Однак, немає відомостей щодо того, наскільки ця недостатність є фізіологічною й неминучою, або, навпаки, ятрогенною, а отже, попереджуваною [4]. Так, у країнах з високим рівнем раннього початку й тривалого часу збереження грудного вигодовування (Скандинавській країни), число жінок з "недостатньою кількістю молока" значно менше. А спостереження свідчать про те, що лише менше 1% жінок мають реальні фізіологічні причини для недостатньої продукції грудного молока [4]. Незважаючи на те, що поширеність гіпогалактії залишається невідомою, медичні працівники повинні ясно усвідомлювати, що ця проблема існує, і діти можуть не одержувати достатньої кількості молока.

Єдиним доступним методом оцінки нестачі молока в клініці є зважування маляти до й

після годування і розрахунок спожитого молока за різницею ваги. Цей ваговий тест, який до речі є далеко не точним, використовується для виміру споживання молока дитиною, коли з'являється занепокоєння щодо кількості молока у матері. Існує технологія точного виміру кількості молока у матері, але вона не застосовується на практиці через високу вартість. Дані доказової медицини свідчать, що рішення про додаткове харчування здорової дитини, яка перебуває на грудному вигодовуванні, повинне базуватися не на попередньо відомому обсязі молока відповідно до віку дитини, а на даних динамічного спостереження за загальним станом маляти (загальний вигляд, поведінка, колір і стан випорожнень, сечі, стан здоров'я та ін.). Слід відразу зазначити, що розмір грудей не впливає на процес і якість грудного вигодовування. А відсутність запиту на молоко (матір не може з якихось причин або не бажає прикладати дитину до грудей з інтервалом не більше 4 годин) гальмує його вироблення, при цьому кількість молока в жінки зменшується, а ризик відновлення овуляції (а значить, непланової вагітності) зростає [4].

Засоби для попередження гіпогалактії:

- Добра практична й емоційна підтримка матері, що годує
- Необмежене годування на вимогу дитини
- Правильне положення дитини біля грудей.

Не потрібно пропонувати матері вживання додаткової рідини для збільшення кількості молока. У разі нормальної лактації жінки можуть за своїм бажанням регулювати споживання рідини самостійно, спонукання пити більше, ніж цього хочеться, є необґрунтованим. Слід також зазначити, що безкоштовна забезпечення матерів посудом з дитячим харчуванням у лікарнях завдає значної шкоди успішному грудному вигодовуванню, призводячи до гіпогалактії внаслідок порушення принципу "необмежене годування на вимогу дитини".

Якщо при використанні фундаментальних прийомів правильного грудного вигодовування не вдається одержати адекватного ефекту і жінка скаржиться на зменшення кількості молока, варто розглянути інші способи лікування гіпогалактії. Так, у світі вивчався вплив деяких типів ліків на продукцію грудного молока: антагоністів допаміну, йоду, тиротропін-релізінг гормону, окситоцину, а також препаратів, що блокують рецептори допаміну (метоклопрамід (максалон); сульпірид (долматіл) і домперідон (мотіліум)). Отримано певні докази того, що саме блокатори рецепторів допаміну можуть

застосовуватися у жінок з тимчасовими труднощами продукції молока. При цьому з усіх перерахованих препаратів найефективнішим щодо лікування гіпогалактії є домперідон (мотіліум). Однак, жоден з вищевказаних препаратів не досліджувався як складова комплексу дій, спрямованих на підтримку грудного вигодовування [4].

Поряд з цим, немає надійних доказів того, що екзогенне введення окситоцину істотно підвищує утворення молока, як вважалося раніше. В той же час зерна фенхеля (*Foeniculum vulgare*) і квітки цапиної запашної рути (*Galega officinalis*) й дотепер рекомендуються для збільшення продукції молока.

До інших проблем грудного вигодовування, належать болючість та тріщини в області сосків, порушення виділення молока. Дійсно, болючість в області сосків на сьогоднішній день — це особливість сучасних жінок-білявок, особливо мешканок індустриальних країн. Це явище пояснюється витонченням і підвищеною чутливістю епітелію в осіб зі світлою шкірою та рудим волоссям. Показово, що жодна мазь, примочки, спреї та захисні прокладки, що використовувалися в різні часи для профілактики тріщин сосків, не довели своєї ефективності, тоді як приносять додаткові проблеми в зв'язку з пригніченням продукції молока. Єдиним доведеним фактором, який має значення для попередження й лікування травм сосків, є правильне положення дитини під час годування.

Обмеження частоти й тривалості годування, а також неправильне положення дитини біля грудей матері, призводять до розвитку лактостазу. Його механізм пов'язаний з тим, що певна кількість молока не виділяється своєчасно з грудей (регулюється потребою дитини) і його залишок перевищує акумулюючі можливості альвеол. Надмірне розтягнення або навіть розриви, а також сплюснення клітин, відповідальних за секрецію молока. У тяжких випадках це обумовлює вторинне порушення гемодинаміки в судинах залози і зниження подальшої продукції молока.

У світі існує декілька різноманітних способів лікування лактостазу: гарячі вологі серветки або міхури з льодом, призначення сінестрола та окситоцину, бинтування грудей. Але їх ефективність на сьогоднішній день не доведена. Лише в єдиному рандомізованому контрольованому дослідженні з використанням листа капусти не виявлено розходжень за критерієм зменшення нагрудання молочних залоз в порівнянні з рутинним лікуванням. Однак, найнадійнішим ме-

тодом як лікування, так і попередження нагрудання молочних залоз є безперешкодний доступ дитини до грудей матері. Ізолюване зціджування молока не призводить до будь-якого відчутного поліпшення. Якщо відтік молока із залози не налагоджується, підвищення тиску призводить до проникнення елементів молока через стінки альвеол у навколишню сполучну тканину, викликаючи запальну реакцію. На шкірі молочної залози над місцем запалення з'являється ділянка гіперемії з ознаками набряку, що супроводжується підвищенням температури тіла, тахікардією, хворобливістю в місці запалення, нерідко нападами ознобу.

Класифікація післяпологового маститу:

• *За фазами розвитку (В.І. Стручков):*

- початкова стадія маститу (серозне запалення)

- гостра інфільтративна стадія
- абсцедування
- флегмонозна стадія
- гангренозна стадія
- хронічна інфільтративна

• *За локалізацією:*

- субареоларний
- інтрамамарний
- ретромамарний
- ретенція у молочному ході.

Гостра інфільтративна фаза маститу характеризується підвищенням температури тіла до 39-40° С. Молочна залоза значно збільшується, з'являється інфільтрат з нечіткими контурами, болісний при пальпації. Шкіра над інфільтратом червоніє. Часто визначається збільшення підпахвових лімфовузлів, болючих при пальпації. В крові лейкоцитоз сягає до 10000-12000. ШОЕ збільшується до 30-40 мм/год. На цій стадії у разі відсутності інфекції патологічний процес може бути зупинений, якщо буде усунута перешкода для відтоку молока. Якщо цього не відбувається, обов'язково приєднується інфекція, і процес неминуче переходить у стадію абсцедування. На щастя, в більшості випадків інфільтративний мастит не переходить у стадію інфікування.

При абсцедуючій фазі в залозі визначається один або декілька інфільтратів (інтрамамарні абсцеси) з вираженими симптомами флуктуації, гіперемією шкіри над ними, пастозністю навколо. При ретромамарному абсцесі гній накопичується не безпосередньо в залозі, а поза нею між великим грудним м'язом та його фасцією. Такий абсцес бере свій початок від глибоко розташованого гнійника у товщі залози, гній якого руйнує поверхневу фасцію грудного м'язу та виливається над нею. Іноді ретромамарний абсцес не має зв'язку з маститом і утворюється

внаслідок туберкульозу ребра (холодний абсцес), остеоїтеліту та ін.

Для флегмонозної та гангренозної фаз маститу характерні виражені септичні явища. Остання фаза є результатом тромбозу та застою в судинах молочної залози. Первинно гангренозний мастит зустрічається вельми рідко. Частіше має місце некроз шкіри над залозою, який виникає внаслідок використання пов'язок з іхтіоловою маззю, компресів з камфорним спиртом, зігріваючих компресів, обробки шкіри йодом, несвоєчасного розпізнавання бешихового запалення. Хронічна інфільтративна фаза маститу виникає внаслідок тривалого місцевого введення у вогнище запалення антибіотиків. Загальний стан хворої задовільний.

Необхідно пам'ятати, що ракова пухлина або саркома молочної залози при лактації та наявності запального процесу швидко розпадається, пухлина пом'якшується, шкіра над нею червоніє, вся залоза збільшується в розмірі, температура збільшується до 38-39°C. Помилково можна встановити діагноз абсцедуючої фазы маститу і здійснити розтин. У таких сумнівних випадках необхідно видалити увесь інфільтрат у межах здорової тканини для негайного гістологічного дослідження.

Лікування маститу повинно здійснюватися з дотриманням усіх принципів терапії гнійно-септичних захворювань в акушерстві. Не слід, як було вказано раніше, обмежувати вживання рідини (до 2-2,5 л вільної рідини повинна отримувати така породілля). Необхідно враховувати характер, тяжкість захворювання, клінічні прояви, загальний стан пацієнтки (патофізіологічні та біохімічні зсуви), загальний стан імунної системи, вид збудника та його біологічні властивості. Лікування маститу полягає в застосуванні антимікробної та інфузійної терапії, респіраторному забезпеченні, правильному харчуванні та ін. Слід додати, що на сьогоднішній день найраціональнішою є комбінація цефалоспоринів 3-ї генерації з аміноглікозидами. З метою зменшення нефротоксичності рекомендуються менші дози препаратів та коротший час їх використання. Перспективна також моноантибіотикотерапія як менш токсична. До активації аутоімунного компоненту та прогресуванню септичного процесу на фоні маститу може призвести необґрунтована рутинна стимуляція імунітету. Тому, при

маститі перспективна лише системна ензимотерапія, якій властиві протизапальна, антинабрякова, фібринолітична, анальгезуюча, імуномодулююча дія; такі препарати пролонгують та потенціюють дію антибіотиків.

Лікувати хворих з серозною і гострою інфільтративною фазами маститу починають з попередження застою молока в залозі. Для цього пропонується годування дитини цією молочною залозою, зціджування або відсмоктування молока молоковідсосом. Перед цим пропонується вводити пітуїтрин або окситоцин, які знімають спазм молоковидільних каналів, забезпечують відтік з наповнених молочних залоз, внаслідок чого досягається зменшення лактостазу і запалення. Гіперемію і запалення в молочної залозі можна зменшити шляхом місцевого використання льоду, іммобілізації молочної залози пов'язкою, косинкою або сітчастим, зшитим спеціально з несинтетичних тканин, бюстгалетером. Лікування маститу зігріваючими компресами призводить до генералізації гнійного процесу в залозі (В.Ф. Войно-Ясенецький, 1946). З новокаїнових блокад використовується лише ретроамарна. Жодних обколів новокаїном з антибіотиками у вогнище запального процесу молочної залози або навколо нього виконувати не треба, бо це сприяє розповсюдженню запального процесу по всій залозі. З фізіотерапевтичних процедур можливе використання УФО, ультразвуку, УВЧ, але ці процедури ефективні лише на початку серозної фази. В подальшому їх використання лише змазує клінічну картину і сприяє пролонгації хвороби. Ефективні переливання нативної та антистафілококової плазми, гамма-глобуліну, альбуміну, протеїну. Призначаються вітаміни групи В, метилурацил. Якщо у товщі залози пальпується щільний запальний інфільтрат, який не зникає в результаті терапії, тоді, не чекаючи утворення флюктуації, його розтинають.

Лікування хворих з абсцедуючою фазою маститу — оперативне, а при флегмонозній та гангренозній фазах — екстремне оперативне. Знеболення лише загальне, що необхідно для виявлення і розтину всіх гнійників. Поряд з цим призначається інтенсивна терапія, спрямована на боротьбу з інтоксикацією.

Лікування хронічної інфільтративної фазы маститу не обмежується консервативними методами через наявність навколо гнійників

капсули щільної консистенції. Показане висічення всього інфільтрату в межах здорових тканин з наступним гістологічним дослідженням останнього.

При післяпологовому маститі протипоказані масаж молочної залози та грубе зціджування молока, бо це може сприяти потраплянню інфікованого молока до міжклітинного простору і лімфатичних капілярів, розвитку пірогенних реакцій, розповсюдженню інфекції та сепсису.

Деякі автори вважають, що годування дитини грудьми при гострому маститі не протипоказане і жодної небезпеки для її здоров'я не існує, за винятком тих випадків, коли із соска виділяється гній. За даними Б.Л. Гуртового та співав. (1981) грудне вигодування при гнійному маститі протипоказане у зв'язку з небезпекою інфікування дитини.

Припинення лактації проводиться:

- У разі швидкого прогресування гнійного процесу
- При резистентному до терапії маститі
- При флегмонозному та гангренозному маститі
- У разі маститу, який виник на тлі супутніх тяжких захворювань.

В цілому, при будь-якій клінічній формі післяпологового маститу (за відсутності показань до припинення лактації) доцільним є відлучення дитини від грудей і годування молочною сумішшю, а питання про відновлення грудного вигодування після перенесеного маститу слід вирішувати індивідуально.

Профілактика післяпологового маститу полягає в суворому дотриманні санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних заходів в акушерському стаціонарі; систематичному проведенні заходів щодо попередження нозокоміальної інфекції; здійсненні заходів загального і локального характеру (повноцінне харчування, дотримання режиму праці та відпочинку, прогулянки на свіжому повітрі, фізичні вправи, догляд за молочними залозами).

Отже, на сьогоднішній день доступна всебічна науково обґрунтована інформація щодо забезпечення успішного грудного годування дитини. І роль медичного персоналу та фахівців полягає в його реалізації з відмовою від тих методик та технологій, які вже застаріли, з використанням лише тих, ефективність яких надійно доведена.

Література

1. Степанківська Г.К., Михайленко О.Т. Акушерство. - К.: Здоров'я, 2000.
2. Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною: Наказ МОЗ України № 152 від 04.04.2005.
3. Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської

та гінекологічної допомоги", наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги": Наказ МОЗ України № 624 від 3.11.2008.

4. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / Пер. с англ. под ред. А.В. Михайлова. - СПб: Изд-во "Петрополис", 2003. - 480 с.