

Е. М. Фатеева
Ж. В. Цареградская



**ГРУДНОЕ
ВСКАРМЛИВАНИЕ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
ЕДИНСТВО
«МАТЬ-ДИТЯ»**



Е. М. Фатеева Ж. В. Цареградская

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЕДИНСТВО “МАТЬ – ДИТЯ”

*Учебное пособие для медицинского персонала
учреждений родовспоможения и детства*

Москва
“АГАР”
2000

ББК. 74.9

УДК 616

Рецензент:

– *В. А. Таболин* – академик РАМН, заведующий кафедрой детских болезней педиатрического факультета №2 Российского медицинского университета.

Учебное пособие подготовлено на основании собственных наблюдений, исследований и представлений, а также широким использованием инструктивно-методических материалов ВОЗ/ЮНИСЕФ по международной программе "Baby Friendly Hospital".

В качестве соавтора написания отдельных разделов книги принял участие д.м.н., проф. И. М. Воронцов.

Использованы иллюстрации ВОЗ/ЮНИСЕФ и Medela.

ISBN 5-89218-104-9

© Издательство "Агар", 2000

ОГЛАВЛЕНИЕ

АННОТАЦИЯ	10
ОСНОВЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ	11
Терминология	12
Пищевая ценность и состав женского молока	13
<i>Состав грудного молока</i>	13
Белок	15
Жиры	16
Лактоза	17
Витамины	18
Минеральные вещества	19
Микроэлементы	20
Другие вещества	20
Иммунные свойства грудного молока	21
<i>Динамика изменения состава молока в процессе лактации</i>	23
Период грудного вскармливания в жизни ребенка	24
<i>Эволюция пищеварительной системы ребенка</i>	25
<i>Значение грудного вскармливания для развития ребенка</i>	27
<i>Периоды грудного вскармливания</i>	29
Непосредственные и отдаленные эффекты грудного вскармливания	30
<i>Непосредственные эффекты грудного вскармливания</i>	32
Снижение риска кишечных инфекций	32
Снижение риска респираторно-вирусных инфекций	32
Снижение риска аллергических заболеваний	33
Преимущества физического развития детей	33
Регуляция биологического возраста созревания детей	34
Преимущества нервно-психического развития детей	35
<i>Отдаленные эффекты грудного вскармливания</i>	35

Нервно-психическое развитие, интеллект, социальная адаптация	36
Снижение риска ожирения и заболевания диабетом	36
Полноценность репродуктивной функции :.....	37
Формирование челюстно-лицевого скелета, речи и слуха	37
Физиология лактации	38
<i>Анатомо-морфологические особенности зрелой молочной железы</i>	<i>38</i>
<i>Лактация. Процессы образования молока</i>	<i>39</i>
Образование основных веществ, составляющих молоко	40
Выведение молока из грудной железы	40
Поддержание и становление лактации	42
<i>Гиполактация и меры ее профилактики</i>	<i>43</i>
Первичная гиполактация	44
Вторичная гиполактация	44
Профилактика гиполактации	45
Подготовка беременной к успешной лактации в женской консультации	46
<i>Подготовка молочных желез к лактации</i>	<i>46</i>
Форма молочной железы	46
Форма сосков	47
Подготовка сосков к грудному вскармливанию	48
<i>Психологическая поддержка будущей матери</i>	<i>49</i>
ПРАКТИКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ	51
Кормление грудью в родильном доме	51
<i>Первое прикладывание новорожденного к груди</i>	<i>52</i>
<i>Кормление грудью в палате "мать—дитя"</i>	<i>53</i>
Правильно организованное грудное вскармливание	54
<i>Правильный захват ребенком груди</i>	<i>54</i>
<i>Значение контакта "кожа к коже" во время кормления грудью</i>	<i>56</i>
<i>Поза матери во время кормления</i>	<i>57</i>
<i>Правильное положение ребенка у груди</i>	<i>59</i>

<i>Частота прикладываний ребенка к груди</i>	60
<i>Продолжительность кормления грудью</i>	62
<i>Кормление обеими грудями</i>	62
<i>Ночное кормление</i>	63
<i>Дополнительная вода не нужна</i>	63
<i>Сцеживание</i>	64
<i>Обработка груди</i>	65
Основные проблемы при грудном вскармливании	66
<i>Трещины сосков и их лечение</i>	66
<i>Замедленное появление молока</i>	67
<i>Подозрение на недостаток молока</i>	68
Ложный недостаток молока	70
Подозрение на недостаток молока	70
Помощь матери при подозрении на недостаток молока	71
Помощь матери при плаче ребенка и подозрении на недостаток молока	71
<i>Чувство голода из-за быстрого роста</i>	72
<i>Питание матери</i>	72
<i>Кофеин, никотин и лекарства, принимаемые матерью</i>	72
<i>Избыток грудного молока</i>	74
<i>"Колики" у ребенка</i>	74
<i>Повышенная необходимость в физическом контакте с матерью и сосании</i>	74
<i>Как помочь, если ребенок много плачет?</i>	75
<i>Отказ от груди</i>	75
<i>Виды отказа от груди</i>	77
<i>Помощь при отказе от груди</i>	77
<i>"Обучение" ребенка, отказывающегося от груди</i>	77
<i>Увеличение лактации и релактация</i>	78
<i>Как помочь матери увеличить количество грудного молока?</i>	79
<i>Напитки для кормящих женщин</i>	79
Грудное вскармливание экономически выгодно	82
Наблюдение и поддержка грудного вскармливания в детской поликлинике	83

ПИТАНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ	84
<i>Питание во время беременности</i>	84
Режим питания беременной	87
<i>Питание кормящих матерей</i>	91
Режим питания кормящей матери	93
ПСИХОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННОГО	97
Развитие нервной системы ребенка	98
<i>Генетическая программа развития и обучение</i>	99
Психический опыт новорожденного	100
<i>Внутриутробный опыт единства с матерью</i>	100
Эмоциональный опыт	101
Сенсорный опыт	101
<i>Осязание</i>	101
<i>Обоняние</i>	102
<i>Вкус</i>	102
<i>Слух</i>	102
<i>Зрение</i>	103
Мировосприятие	103
<i>Опыт биологического рождения</i>	103
Содержание воспоминаний о рождении	104
Опыт рождения и модели поведения	105
Значение физиологических родов для психического здоровья личности	106
Основы формирования здоровой психики ребенка	107
<i>Психологическое состояние новорожденного</i>	107
Чувства и ощущения новорожденного	108
Зависимость ребенка и его потребности	108
<i>Роль матери в успешном развитии психики ребенка</i>	109
Материнский инстинкт	110
<i>Истоки материнского инстинкта</i>	111
<i>Идентификация матери и ребенка</i>	111
<i>Адаптация матери к нуждам ребенка</i>	111
Материнское поведение	112
<i>Материнский инстинкт и обучение</i>	113
<i>Грудное вскармливание — основа материнского поведения</i>	113

<i>Формирование материнского поведения</i>	115
Условия для формирования здоровой психики ребенка	116
<i>Поддерживающее окружение и развитие грудного ребенка</i>	117
<i>Первый час жизни</i>	117
Явление импринтинга	118
Поведение новорожденного в течение первого часа жизни	119
<i>Период релаксации</i>	119
<i>Пробуждение</i>	120
<i>Активная фаза. Поисковый рефлекс</i>	120
<i>Отдых и сон</i>	121
<i>Мягкая адаптация новорожденного к новым условиям жизни</i>	122
Продолжение симбиотического единства с матерью ...	122
<i>Физический контакт с матерью</i>	123
<i>Грудное вскармливание</i>	126
<i>Психоэмоциональный контакт</i>	127
Уход за новорожденным и реализация его физиологических потребностей	129
<i>Мочеиспускание и дефекация</i>	129
<i>Потребность в тепле и адаптация к новому температурному режиму</i>	129
<i>Потребность в сосании</i>	130
<i>Потребность в комфортном сне</i>	131
Адаптация к новому пространственному объему	133
<i>Пеленание</i>	133
<i>Прогулки</i>	134
Реакция матери на плач ребенка	134
<i>Последствия ошибок в уходе</i>	137
Воздействие стресса на развитие ребенка	138
<i>Наиболее распространенные ошибки в уходе</i>	139
<i>Психоэмоциональная депривация</i>	139
<i>Вмешательство в естественное функционирование организма ребенка</i>	141
<i>Неблагополучная адаптация к новому пространственному объему</i>	142
<i>Другие ошибки</i>	142
Благоприятное впечатление об окружающем мире	143

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ЛАКТАЦИИ 145

Психологические особенности беременной и рекомендации по общению с ней	145
<i>Психические явления, связанные с беременностью</i>	<i>146</i>
Первая половина беременности	146
Вторая половина беременности	147
<i>Рекомендации для медперсонала по общению с беременной</i>	<i>147</i>
Отношение беременной к рекомендациям	148
Общие рекомендации	149
Психологические особенности и поведение роженницы в ходе физиологических родов	150
<i>Особенности инстинктивного поведения роженицы</i>	<i>150</i>
<i>Естественный гормональный баланс, регулирующий роды</i>	<i>151</i>
<i>Элементы инстинктивного поведения роженицы</i>	<i>152</i>
<i>Материнское поведение после рождения ребенка</i>	<i>154</i>
Рекомендации по ведению родов и начало грудного вскармливания	155
<i>Традиционное родовспоможение</i>	<i>155</i>
<i>Рекомендации ВОЗ по технологии родовспоможения</i>	<i>156</i>
"Больница улыбается ребенку"	158
Родовспоможение в Швеции	159
<i>Рекомендации по ведению психологически комфортных родов</i>	<i>161</i>
Психологический комфорт роженицы	161
<i>Психологический контакт между роженицей и акушеркой</i>	<i>162</i>
<i>Партнерство в родах</i>	<i>162</i>
Пособие и психологическая поддержка в родах	163
<i>Первый час после родов, или Начало грудного вскармливания</i>	<i>164</i>
Роль психолога в поддержке беременных, рожениц и кормящих матерей	166
<i>Психолог-перинатолог – новая профессия</i>	<i>166</i>
Компетенция психолога-перинатолога	167

Подготовка беременной к родам и грудному вскармливанию	167
Формирование материнской сосредоточенности	168
Психокоррекция	168
Формирование доминанты на грудное вскармливание	169
Подготовка родных беременной к грудному вскармливанию	170
Результат подготовки женщины к родам и грудному вскармливанию	171
Партнерство в родах психолога-перинатолога и акушера	171
Поддержка грудного вскармливания и обучение уходу за новорожденным	172
Центр перинатального воспитания	173
Роль общественных групп материнской поддержки	174
<i>Зарубежный опыт</i>	175
<i>Отечественный опыт работы</i>	176
Наиболее распространенные вопросы, с которыми обращаются в группу поддержки	177
Роль отца в рождении ребенка и поддержке грудного вскармливания	178
Психологическая поддержка беременной	178
Участие мужа в родах	179
Роль отца в уходе за ребенком и поддержке кормящей матери	179
Список основной литературы	181

АННОТАЦИЯ

Настоящая книга является первым учебным пособием в России для медперсонала по организации успешного грудного вскармливания с использованием современных методов (10 шагов), предложенных ВОЗ\ЮНИСЕФ в декларации "Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания", принятой в 1989 г., и адаптированных к условиям нашей страны. Для России это имеет сейчас большое значение, т.к. распространенность естественного вскармливания у нас достаточно низка, а состояние здоровья детей не вполне удовлетворительное.

В пособии впервые уделяется внимание тесной психологической взаимосвязи между матерью и младенцем как одному из важнейших факторов в обеспечении успешного и продолжительного грудного вскармливания. В этом отношении обозначена и роль отца.

В книге представлены сведения, позволяющие получить теоретические и практические знания о физиологических и психологических механизмах, лежащих в основе реализации успешного грудного вскармливания. Основные разделы посвящены физиологии лактации, грудному вскармливанию и его воздействию на ребенка и мать, описанию непосредственных и отдаленных эффектов грудного вскармливания для здоровья ребенка, описанию пищевой ценности и биологически активных компонентов женского молока, практике грудного вскармливания, питанию беременной и кормящей матери, стимуляции лактации. Кроме этого, в книге уделено внимание психологии новорожденного и матери при грудном вскармливании, а также поддержке женщины во время беременности, родов и лактации как со стороны медицинских учреждений, так и со стороны общественных немедицинских организаций и семьи.

Впервые определена необходимость взаимосвязи медперсонала всех трех звеньев ЛПУ родовспоможения и детства — женской консультации, родильного дома и детской поликлиники в поддержке и поощрении грудного вскармливания. Только в таком тесном содружестве можно увеличить распространенность и продолжительность естественного вскармливания. Обозначена необходимость взаимодействия специалистов акушера, педиатра и психолога в деле успешного грудного вскармливания и профилактики осложнений во время беременности, родов и лактации. Такое сотрудничество может способствовать более физиологичному родоразрешению и уменьшению неблагоприятных последствий как для матери, так и для ребенка. В этом отношении интересен опыт Швеции, который представлен в данной книге. В этой стране за короткий промежуток времени удалось существенно увеличить распространенность грудного вскармливания, кроме того, ввести новые технологии в родовспоможении. Данное обстоятельство представляет большой интерес для России.

Представлен опыт создания женских групп поддержки грудного вскармливания среди матерей, успешно выкормивших своих детей грудью, для молодых матерей, которые стремятся перенять этот опыт.

ОСНОВЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Естественное вскармливание является единственной формой питания человека, которое было сформировано в ходе биологической эволюции человечества, и поэтому оно должно быть отнесено к единственному физиологически адекватному питанию новорожденного и грудного ребенка. Само выживание и прогресс многих возможностей человека в значительной степени обязаны тем защитным и стимулирующим функциям, которые обеспечивались естественным вскармливанием.

В индивидуальном развитии функции питания ребенка грудное вскармливание является постнатальным эквивалентом гемотрофного питания внутриутробного периода, осуществляющегося через пуповину. Это заставляет рассматривать естественное вскармливание как трансформацию внутриутробного развития системы "мать — плацента — плод" в ее постнатальный аналог "мать — молочная железа — нативное материнское молоко — ребенок". При этом меняется конструкция системы: неразъемный соединительный шнур пуповины заменяется разъемным устройством — сосок и захват его губами ребенка, но при этом сохраняется сущность функциональной системы и высокая степень единства ребенка и материнского организма. Эта взаимосвязь выходит далеко за рамки просто пищевого обеспечения. Грудное молоко является сложнейшим биологическим веществом, обеспечивающим широкий круг функций не только защитного характера, но и тончайшей регуляции управления развитием и дифференцировкой. На определенных этапах роста ребенка изменяется структура пищевых потребностей и биологической регуляции. Изменение состава материнского молока в зависимости от срока лактации и возраста ребенка можно рассматривать как строго скоррелированный биологический механизм развития и питания. Связь матери и ребенка, осуществляемая через молоко, в самом начале чрезвычайно высока. В процессе взросления ребенка его зависимость от материнского молока будет неизменно уменьшаться, тем не менее последующее развитие ребенка уже после отнятия его от груди будет строиться на основе материнской любви и заботы, закрепленных в процессе естественного вскармливания.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Сам термин "естественное вскармливание" имеет распространение почти исключительно в отечественной литературе и употребляется как синоним термина "грудное вскармливание". Прежде всего, в отношении самого "грудного вскармливания" необходимы уточнения в связи с особенностями способа подачи и наличия дополнительной обработки женского молока.

Грудным вскармливанием, в строгом смысле слова, необходимо называть только вскармливание, при котором кормление осуществляется при непосредственном прикладывании ребенка к груди его биологической матери. Только при этом обеспечивается включение совершенно специфического процесса сосания ребенком молока из грудной железы матери, а также обеспечивается наличие самой полной внутриспарной (мать—ребенок) биологической ценности грудного молока и не менее важных кожно-тактильного и эмоционального контактов между матерью и ребенком. Любые другие способы подачи ребенку даже самого полноценного нативного женского молока уже неправомерно относить к грудному вскармливанию, хотя они могут быть в значительной степени к нему приближены.

Отдельно должны быть обозначены:

- а) вскармливание кормилицей,
- б) вскармливание сцеженным нативным материнским молоком из чашки, пипетки, зонда, бутылочки,
- в) вскармливание обработанным термически материнским или донорским (банкированным) молоком.

Согласно материалам ВОЗ "Схема для уточнения терминов и определений по грудному вскармливанию" (1993 г.) включает следующие основные термины:

"Исключительно грудное вскармливание" — при котором ребенок ничего не получает в рот, кроме соска матери. В этом случае возможны корректоры питания в форме порошковых лекарственных форм солей или витаминов, даваемых с ложечки в смеси со сцеженным материнским молоком.

"Преимущественно грудное вскармливание" — ребенок получает грудное молоко из груди матери и дополнительно к этому либо

соки, либо продукты густого прикорма в количестве до 30 г или мл в сутки с ложки, либо нерегулярное использование молочных смесей (докорма) общим объемом до 100 мл в сутки.

"Дополненное или частичное грудное вскармливание" – ребенок получает грудное молоко из груди матери и регулярные докормы смесями (более 100 мл в сутки) или введение прикорма объемом более 30 г в сутки.

Дополнительное или частичное грудное вскармливание имеет следующие варианты:

а) **смешанное вскармливание** – при сохранении более чем одного грудного кормления в день при остальных кормлениях смесями-заменителями грудного молока.

б) **грудное вскармливание с прикормами.**

"Искусственное вскармливание" – питание ребенка из бутылочки смесями-заменителями женского молока даже при наличии однократного прикладывания к груди и независимо от наличия или отсутствия прикормов.

ПИЩЕВАЯ ЦЕННОСТЬ И СОСТАВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА

Женское молоко является естественным биологическим продуктом, который вырабатывается грудными железами на протяжении нескольких месяцев или лет после родов для обеспечения роста и развития ребенка в раннем детстве. Грудное молоко и предшествующее ему молозиво обеспечивают адаптацию новорожденного к новым условиям жизни. Процесс выработки молока грудными железами называется *лактацией*.

Состав грудного молока

Состав грудного молока очень сложен и вряд ли может быть исчерпывающе познан методами современной науки. Почти ежедневно в этой области происходят открытия новых и новых компонентов существенного пищевого (нутритивного) или биологического значения. Материнское молоко, являющееся эквивалентом пуповинной крови, несет в себе не только питательные

вещества уникального качества и усвояемости, но и множество регулирующих веществ, включая и гормоны, и гормоноподобные вещества, и регулирующие пептиды, простагландины, интерлейкины, тканево-специфические ростовые и дифференцировочные факторы.

Существенная сложность изучения состава молока связана с его изменчивостью в процессе лактации, большим числом факторов, влияющих на концентрацию тех или иных нутриентов. Согласно исследованиям ВОЗ зрелое грудное молоко содержит сотни различных компонентов. Оно отличается по составу не только у разных матерей, но даже у одной женщины в разных молочных железах от кормления к кормлению и даже в течение одного кормления, не говоря уже обо всем промежутке лактации. Считается, что эти изменения не случайны, а функциональны, и все бóльшая роль в причинах, обуславливающих такое разнообразие состава молока, отводится детям. Человеческое молоко отвечает индивидуальным потребностям детей, как и молоко всех других млекопитающих (например, у красного кенгуру в разных сосках вырабатывается два совершенно различных вида молока для детенышей разного возраста). Женщины, кормящие двойняшек, оказывающих выраженное предпочтение какой-либо одной груди, иногда замечают, что их молочные железы вырабатывают разное по составу молоко [Бюллетень ВОЗ, Кормление детей первого года жизни: физиологические основы, 1989 г.].

Наибольшие изменения в составе грудного молока происходят в первые дни и месяцы лактации. По мере утихания лактации и инволюции молочных желез молоко, вырабатываемое на последних этапах, напоминает молозиво своим высоким уровнем иммуноглобулинов, который защищает и отнимаемого от груди ребенка, и саму молочную железу.

Сегодня очень остро стоит вопрос уникальности состава грудного молока и незаменимости естественного вскармливания для ребенка. Это связано с бурным развитием индустрии заменителей грудного молока и высоким процентом искусственного вскармливания. Результаты сравнения составов грудного и коровьего молока, также как и некоторых обычных заменителей грудного молока, используемых на Западе, широко доступны. Хотя в них перечислены сотни компонентов молока, они не могут отразить существующие между ними видовые, индивидуальные, возрастные различия. Например, белки коровьего молока, сыворотка или казеин структурно и качественно отличаются от белков женского

молока и могут вызвать антигенную реакцию. Коровий лактоферрин может оказать на ребенка совсем другое действие, чем на теленка; различие во внешней углеводной структуре белка может означать, что рецепторы ребенка, приспособленные к человеческому лактоферрину, не смогут образовать связь с минеральными веществами коровьего лактоферрина и, таким образом, использовать их. Все виды молока млекопитающих являются чрезвычайно комплексными жидкостями, уникально отвечающими потребностям их детенышей.

Рассматривая основные составляющие компоненты грудного молока, мы будем сравнивать их с заменителями женского молока и отмечать те качества, которые делают грудное молоко незаменимым для ребенка. Все приводимые ниже данные основаны на исследованиях ВОЗ [Бюллетень ВОЗ, Кормление детей первого года жизни: физиологические основы, 1989 г.].

Белок

Зрелое женское молоко имеет самое низкое содержание белка, чем молоко всех других млекопитающих. Эти низкие уровни содержания белка в грудном молоке, тем не менее, более чем достаточны для оптимального роста детей и не оказывают большую нагрузку на неокрепшие почки ребенка.

При существующем сходстве ни один из белков коровьего молока не идентичен ни одному из белков женского молока: они совершенно различны. Белки человеческой сыворотки состоят в основном из человеческого альфа-лактальбумина, важного компонента ферментной системы в синтезе лактозы. Основной белок коровьей сыворотки, коровий бета-лактоглобулин, не имеет аналогов среди белков человеческого молока, хотя он может попасть в состав грудного молока женщин, которые употребляют коровье молоко и вызвать антигенную реакцию у детей, подверженных аллергии. Коэффициент казеина в сыворотке женского молока, который составляет 80:20 (в коровьем молоке 20:80), позволяет образовывать более мягкий для желудка ребенка творожок, облегчающий пищеварение и уменьшающий время опорожнения желудка.

Человеческое молоко, в отличие от коровьего, имеет более высокие уровни свободных аминокислот и цистина и более низкие метионина. Цистин существенен для развития плода и детей, родившихся раньше срока, поскольку у них недостаточно содержание

фермента цистатионазы, ускоряющего переход метионина в цистин. Содержание другой аминокислоты, таурина, в женском молоке также высоко. Таурин необходим для соединения солей желчи (и, следовательно, усвоения жиров), а также служит нейротрансмиттером и нейромодулятором при развитии центральной нервной системы. Поскольку дети, в отличие от взрослых, не способны синтезировать таурин из цистина и метионина, считается, что таурин нужно рассматривать как аминокислоту, необходимую для маленького ребенка.

Жиры

Жиры являются наиболее изменчивым компонентом из всех составляющих молока. В женском молоке жиры находятся в виде микроскопических шариков по размеру меньших, чем в коровьем молоке. Содержание жиров в зрелом женском молоке идеально подходит ребенку и удовлетворяет его уникальным физиологическим потребностям. Оно колеблется примерно от 2,0 г/100мл в молозиве до среднего значения в зрелом молоке 4 – 4,5 г/100мл на пятнадцатый день после родов. Впоследствии содержание жиров остается относительно неизменным, хотя индивидуальные его значения могут колебаться в широком диапазоне, что справедливо не только для общего содержания жиров, но и для состава жирных кислот. Наблюдаются суточные колебания жиров в женском молоке с максимумом, регистрируемым обычно поздним утром и непосредственно после полудня. Концентрация жиров в молоке изменяется и в течение одного кормления: в конце кормления она в 4–5 раз выше, чем в начале. Считается, что содержание жиров к концу кормления действует как регулятор насыщения, поэтому время любого кормления не должно произвольно ограничиваться матерью или медицинским работником. Исследования ВОЗ доказали, что дети способны самостоятельно регулировать свое энергетическое потребление, однако механизмы этого процесса до сих пор еще не ясны.

По составу жирных кислот женское молоко относительно стабильно и содержит около 42% насыщенных и около 57% ненасыщенных жирных кислот. Хотя концентрация линоленовой кислоты и других полиненасыщенных жирных кислот зависит от рациона питания женщины и от конституции ее тела, молоко каждой женщины богато длинноцепочковыми полиненасыщенными

жирными кислотами, которые важны для развития мозга и образования миелинизации. Большинство заменителей грудного молока не содержит эти кислоты вообще или лишь в незначительных количествах.

Среди полиненасыщенных особенно важны арахидоновая и линоленовая кислоты, которые являются необходимыми компонентами для формирования головного мозга и сетчатки глаза ребенка. Их содержание в женском молоке почти в четыре раза выше, чем в коровьем (0,4 г и 0,1 г/100 мл соответственно). Простагландины, синтез которых зависит от наличия этих двух основных жирных кислот, широко распространены в желудочно-кишечном тракте. Они влияют на множество физиологических функций, активизирующих пищеварение наряду с созреванием клеток кишечника, влияя, таким образом, на весь защитный механизм. Женское молоко может содержать значительные количества простагландинов, а заменители грудного молока их не содержат.

В то время как для плода главным источником энергии служит глюкоза, то для ребенка этим источником являются жиры; грудное молоко обеспечивает 35–50% дневной энергетической нормы в виде жиров. У грудного ребенка механизмы переработки жиров еще незрелы, однако он вполне способен потреблять эту высокожирную пищу, потому что в женском молоке содержится достаточное количество ферментов, обеспечивающих переваривание жиров. В действительности только человек и горилла из млекопитающих обеспечивают своих детенышей и питанием, и субстратом для усвоения одновременно!

Лактоза

Лактоза является основным углеводом женского молока, хотя в нем присутствуют в небольших количествах также галактоза, фруктоза и др. Этот сахар присущ только молоку, и женское молоко содержит наивысшие его концентрации (в среднем 4% в молозиве, возрастая до 7% в зрелом молоке). Лактоза является специфическим продуктом питания в младенчестве. Расщепление лактозы в желудочно-кишечном тракте является более сложным, чем расщепление многих других углеводов, что потребовало даже возникновения специальных адаптивных ферментов, ориентированных на временную адаптацию к ней. Энзим лактозы обнаружен только у детенышей млекопитающих.

Лактоза обеспечивает около 40% энергетических потребностей, но также выполняет и другие функции. Лактоза преобразуется в ходе обмена веществ в глюкозу (источник энергии) и галактозу, составную часть галактолипидов, необходимых для развития центральной нервной системы. Существуют данные, подтверждающие незаменимость галактозы для пластических процессов формирования мозговой ткани новорожденного. Кроме этого, лактоза способствует поглощению кальция и железа и стимулирует образование кишечных колоний *Lactobacillus bifidus*. Эти сбраживающие бактерии обеспечивают кислую среду в желудочно-кишечном тракте, подавляющую рост патогенных бактерий, грибов и паразитов.

25% молозива составляют другие олигосахариды, один из которых — углевод, известный как "bifidus фактор", препятствует размножению микробов.

Витамины

Содержание витаминов в женском молоке всегда соответствует потребностям ребенка, хотя оно может изменяться в зависимости от рациона питания женщины. Количество получаемых ребенком жирорастворимых витаминов может существенно меняться в зависимости от жирности материнского молока и содержания жиров в материнском рационе. Содержание витамина А в женском молоке выше, чем в коровьем, за исключением популяций людей, имеющих его дефицит, и в два раза выше в молозиве, чем в зрелом молоке. На втором году жизни недостаток витамина А более распространен среди детей, которых рано отняли от груди, чем среди тех, кого продолжают еще кормить грудью.

Сразу после рождения концентрация витамина К выше в молозиве и раннем грудном молоке, чем в позднем молоке. Однако спустя две недели у детей, находящихся на грудном вскармливании, образуется кишечная флора, поставляющая витамин К.

Содержание в женском молоке витамина Е обычно адекватно потребностям ребенка, если только мать не потребляет избыточное количество полинасыщенных жиров без сопутствующего дополнительного приема витамина Е.

Содержание в женском молоке витамина Д невелико (в среднем 0,15 мкг/100 мл), и в течение ряда лет оно считалось недостаточным для ребенка, хотя даже и у детей, вскармливаемых исклю-

чительно грудью, обычно не наблюдалось его недостатка. Позднее было выявлено присутствие водорастворимого витамина Д в раннем молоке, поступающем к ребенку в начале кормления в достаточно больших концентрациях. При этом усвоение этой формы витамина Д не связано с желудочно-кишечным трактом, через который он может быть поглощен в токсических количествах. Оказывается, в человеческом организме кожа является органом, позволяющим при солнечном свете как производить витамин Д в потенциально больших количествах, так и препятствовать его поглощению в количествах ббльших, чем организм может безопасно использовать и накапливать. Ребенку достаточно лишь недолго побыть на солнце, чтобы витамин Д образовался в необходимом количестве. Чтобы обеспечить недельную потребность белокожего ребенка из города средней полосы России в витамине Д, его надо подержать на солнце 10 минут голеньким или 30 минут с открытой головой и ручками.

Концентрации водорастворимых витаминов могут меняться в зависимости от рациона питания матери, но их уровни в грудном молоке хорошо питающихся женщин обычно более чем достаточны. Известные случаи дефицита витаминов у детей редки даже у плохо питающихся матерей или же вегетарианок, наиболее подверженных риску нехватки витамина В.

Минеральные вещества

Содержание минеральных веществ в грудном молоке ниже, чем в любом его заменителе, и поэтому больше соответствует питательным потребностям и возможностям обмена веществ. Кальций всасывается более эффективно, поскольку грудное молоко богато кальцием: соотношение кальция к фосфору (2 : 1). Содержание в грудном молоке большинства минеральных веществ, например, кальция, железа, фосфора, магния, цинка, калия и фтористых соединений, мало зависит от рациона питания женщины. Чтобы обеспечить пищевые потребности ребенка, в материнском организме вступают в действие компенсаторные механизмы, такие как снижение выделения кальция с мочой, и лишь в исключительных случаях резервы или ткани самой матери могут существенно истощиться. В этих случаях большое значение имеет послелактационный восстановительный период. Что касается фтористых соединений, оказывается, молочная железа препятствует попаданию их

в молоко в любых, за исключением незначительных, количествах.

Высокая биологическая ценность железа, содержащегося в грудном молоке, является результатом ряда сложных взаимодействий между компонентами грудного молока и организмом ребенка. Для увеличения всасывания железа важен ряд факторов: повышенная кислотность желудочно-кишечного тракта ребенка; наличие адекватных количеств цинка и меди; фактор переноса лактоферрина, который делает железо недоступным для кишечных бактерий и освобождает его, лишь когда особые рецепторы размыкают молекулу лактоферрина. В организме ребенка всасывается до 70% железа, содержащегося в женском молоке, по сравнению с 30% — в коровьем, и лишь 10% — в заменителях грудного молока. У детей, вскармливаемых исключительно грудным молоком в течение первых 6–8 месяцев жизни, железодефицитная анемия встречается очень редко.

Микроэлементы

Еще раз отметим, что существует значительное отличие между микроэлементами, содержащимися в женском молоке и в любых заменителях; лишь некоторые могут быть упомянуты в обзоре в этом смысле. В общем ребенок, вскармливаемый грудью, подвержен меньшему риску недостаточности или избытка микроэлементов. Перечислим основные: медь, кобальт, селен, хром, марганец, алюминий, йод, никель, ванадий, олово, кремний, мышьяк, кадмий и т.д.

Другие вещества

Грудное молоко не только источник питательных веществ, идеально отвечающих возможностям обмена веществ ребенка. Недавние исследования показали, что оно способно до некоторой степени контролировать обмен веществ, влиять на различные процессы в организме ребенка от клеточного деления до поведения наряду с влиянием на развитие и поддержание деятельности молочных желез.

Женское молоко содержит большое разнообразие гормонов — более 20-и видов. Некоторые гормоны присутствуют в молоке в концентрациях, превышающих их концентрации в крови матери,

к ним относятся окситоцин, пролактин, стероиды надпочечников и яичников, простагландины, гонадотропинвыделяющий гормон, фактор, выделяющий гормон роста, инсулин, соматостатин и т.д. Другие, как например гормоны щитовидной железы, эритропегин и бомбезин, в концентрациях меньших, чем в сыворотке материнской крови.

В женском молоке представлены нуклеотиды (влияющие на поглощение жиров) и многочисленные факторы роста. К последним относятся фактор роста эпидермиса (EGF), инсулиноподобный фактор роста (IGF-I), факторы роста человеческого молока (HMGF-I, II, III) и фактор роста нервной ткани (NGF). Их роль в развитии ребенка пока еще не выяснена.

Женское молоко содержит ферменты (ферменты). Многие из них имеют многофункциональную природу. Одни отражают физиологические изменения, происходящие в молочных железах; другие необходимы для развития новорожденного. Многие ферменты содержатся в молозиве в значительно более высоких концентрациях, чем в зрелом молоке, например лизоцим, концентрация которого в человеческом молоке примерно в 5000 раз выше, чем в коровьем.

Иммунные свойства грудного молока

Женское молоко – это живое вещество большой биологической сложности, выполняющее как активную защитную, так и иммуномодулирующую функции. Оно не только обеспечивает уникальную защиту от инфекций и аллергий, но также стимулирует соответствующее развитие собственной иммунной системы ребенка, а также содержит много противовоспалительных компонентов, функции которых до конца не изучены.

Защитные свойства материнского молока наиболее очевидны в ранние периоды жизни ребенка. Новорожденный после рождения незамедлительно должен столкнуться с рядом проблем, включая заселение кишечника микроорганизмами, токсинами, вырабатываемыми микроорганизмами, и попаданием внутрь макромолекулярных антигенов; все три фактора могут вызвать патологические реакции, если им позволить перейти кишечный барьер. При рождении защитные механизмы кишечника незрелы; с этого момента иммунные вещества и факторы роста в молозиве и грудном молоке защищают слизистую оболочку кишечника от повреждений, способствуют подавлению внутренней кишечной средой роста не-

которых болезнетворных микроорганизмов, убивая других, стимулируют созревание эпителия и способствуют выработке пищеварительных энзимов.

Многие вещества, содержащиеся в молозиве и грудном молоке (иммуноглобулины IgA, IgM, IgG, лизоцимы и другие энзимы, лактоферрин, бифидус фактор и другие иммунорегулирующие вещества), обладают противоинфекционными свойствами. Молоко содержит также и специальные клетки, отвечающие за борьбу с инфекциями — макрофаги (содержащие иммуноглобулин IgA, лизоцимы и лактоферрин), лимфоциты, нейтрофильные гранулоциты и эпителиальные клетки. Будучи очень высокой в молозиве, концентрация этих составляющих в зрелом молоке снижается. Однако поскольку снижение их концентрации компенсируется увеличением объема молока, то ребенок получает эти вещества в более или менее постоянном количестве в течение всего периода лактации.

Защита, предоставляемая ребенку, очень существенна. В пересчете на килограмм массы тела ребенка было установлено, что вскармливаемый исключительно грудью ребенок получает 0,5 г секреторного иммуноглобулина А (SIgA) в день, что составляет примерно 50 доз глобулина, даваемых пациенту с гипоглобулинемией. Растворимый иммуноглобулин А (IgA) покрывает слизистую оболочку кишечника ребенка подобно "белой краске", делая ее недоступной болезнетворным микроорганизмам.

Недавние исследования выявили наличие в женском молоке других факторов, выполняющих специфические иммунологические функции. Действительно, теперь очевидно, что существует циркуляция между бронхами и молочной железой, в результате чего каждый болезнетворный микроорганизм, поражающий мать, стимулирует выработку специальных антител, присутствующих в молоке, которое получает ее ребенок. Было показано, что грудное молоко является активным против многих возбудителей заболеваний и ребенку обеспечивается специальная защита против многих из них. Грудное молоко содержит также вирусные фрагменты, которые не могут быть воспроизведены, но которые стимулируют чувствительность антител у детей, эффективно иммунизируя их до того, как подвергнуться воздействию активного агента, или усиливая их реакцию.

Динамика изменения состава молока в процессе лактации

• В процессе лактации происходят изменения многих биологических свойств и нутриентов молока. По степени зрелости грудное молоко делят на молозиво, переходное и зрелое молоко. Они отличаются друг от друга по составу и биологическим свойствам.

Молозиво – это грудное молоко, которое появляется в течение первых дней после родов. Оно представляет собой густую клейкую желтоватую жидкость, которая заполняет грудную железу в течение последнего триместра беременности. Даже если мать в течение всего периода беременности кормила другого ребенка, ее молоко пройдет стадию молозива как раз перед и непосредственно после новых родов. Количество вырабатываемого молозива меняется в широких пределах от 10 до 100 мл в день, со средним значением около 30 мл в день, эта выработка постепенно увеличивается и достигает состава зрелого молока к 30–40 часам после родов.

Молозиво представляет собой продукт питания с небольшим объемом и высокой плотностью. Оно содержит меньше лактозы, жира и водорастворимых витаминов, чем само молоко, зато больше белков, жирорастворимых витаминов (включая витамины Е, А и К) и больше некоторых минеральных веществ (натрий и цинк). Уровень иммуноглобулинов и множества других защитных факторов молозива настолько высок, что его можно рассматривать не только как продукт питания, но и как лекарство. Молозиво соответствует специфическим потребностям новорожденных. В частности, оно содержит мало жидкости, а не развившиеся почки новорожденного не могут перерабатывать большие объемы жидкости, не испытывая метаболического стресса. Иммуноглобулины покрывают незрелую поверхность кишечника ребёнка, защищая, таким образом, от бактерий, вирусов, паразитов и других патогенных факторов. Молозиво, подобно сменяющему его молоку, действует как активатор развития ребенка. Поэтому введение новорожденному воды или заменителей грудного молока можно расценивать как грубое вмешательство в процесс естественного вскармливания, которое значительно ослабляет действие молозива.

Переходное молоко – это молоко промежуточной стадии биологической зрелости. Оно выделяется в течение индивидуально

различных сроков после родов. Иногда говорят о переходном раннем или позднем молоке. *Раннее переходное молоко* производится совсем короткое время — от 4 до 7 дня после родов. *Позднее переходное молоко* более чем у половины рожениц выделяется на 6–13 день после родов. Набухание молочных желез и так называемый "приход молока" чаще всего относится к позднему переходному.

Зрелое молоко — это молоко, вырабатываемое через несколько дней после родов. У небольшого числа рожениц оно может появиться уже на 4–7 день, но у большинства женщин появляется к 15 дню.

В литературе по грудному вскармливанию можно встретить использование терминов *раннее* и *позднее* молоко, которые обозначают эволюцию состава и свойств молока в течение одного кормления из одной груди. *Раннее молоко (переднее)* — это молоко, вырабатываемое в начале кормления. *Позднее молоко (заднее)* — это молоко, вырабатываемое в конце кормления. Позднее молоко по цвету более белое, чем раннее, потому что в нем больше жира. Этот жир является основным источником энергии при грудном вскармливании. Поэтому очень важно не прекращать кормление ребенка слишком рано, чтобы он получил не только "переднее", но и "заднее" молоко. Раннее молоко имеет голубоватый оттенок по сравнению с поздним, оно вырабатывается в большом объеме и обеспечивает ребенка достаточным количеством питательных веществ. Употребляя много раннего молока, ребенок получает с ним необходимое ему количество воды. **В грудном молоке 87–90% воды. Вот почему ребенку на грудном вскармливании не нужно дополнительное питье в первые 4–6 месяцев жизни даже в жарком климате. Если утолить его жажду водой, то он будет употреблять меньше грудного молока.**

ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ЖИЗНИ РЕБЕНКА

Период грудного вскармливания представляет собой этап жизни ребенка, отражающий своеобразие характеристик питания и определенный онтогенетический период развития функции питания, который принято называть *лактотрофным*. Ему в онтогенезе предшествует длительный внутриутробный период гемотрофного

питания, когда все основные ингредиенты питания доставлялись плоду из крови матери через пуповину.

Эволюция пищеварительной системы ребенка

В гемотрофном периоде плод выступает как "потребитель" питательных, регулирующих и информационных субстратов, а процессы пищеварения осуществляются в пищеварительном тракте и метаболизирующих системах материнского организма. Переход от гемотрофного питания к энтеральному представляет собой революционный скачок, который требует напряжения всех адаптационных механизмов. По значению он вполне сопоставим с перестройкой в системах дыхания, кровообращения, эндокринной и иммунной системах.

Ускорению адаптации пищеварительной системы в значительной степени способствует возникающий во внутриутробном периоде между 3 и 5 месяцами развития механизм *амниотрофного* питания. Заглатывание плодом амниотической жидкости достигает 5 мл/кг/ч. массы тела и суммарно уже к 6 мес. внутриутробного периода достигает 50% всего объема амниотической жидкости за сутки. Поступление в желудочно-кишечный тракт белков, липидов и углеводов амниотической жидкости стимулирует развитие таких функций пищеварительного тракта, как расщепление и всасывание пищевых веществ, становление моторики.

Амниотрофное питание не вносит значительного вклада в обеспечение плода пищевыми компонентами, но имеет существенное влияние как механизм анатомической дифференциации и адаптации к постнатальному лактотрофному питанию. Именно благодаря длительному и постепенному нарастанию объема поступающей амниотической жидкости возникает и анатомическая дифференциация клеток слизистой оболочки кишечника, индукция синтеза пищеварительных ферментов и гормонов желудочно-кишечного тракта. Если гемотрофное питание обеспечивает основные пищевые потребности плода, то амниотрофное облегчает последующую адаптацию. Здесь отмечается закономерный параллелизм процесса развития автономизации питания (лактотрофное питание можно рассматривать как более автономное, чем гемотрофное) с усложнением структуры и функциональных возможностей желудочно-кишечного тракта, имеющих даже опережающий характер.

Аналогичным образом происходит адаптация к молочному питанию в системах обмена веществ. Сразу после рождения ребенка глюкоза перестает быть основным источником энергии, так как ее подача по гемотрофным путям прекращается. Возникающая гипогликемия стимулирует выброс катехоламинов и глюкагона. Последние активируют липолиз и способствуют резкому повышению содержания жирных кислот и кетонов в плазме. Переход на преимущественно жировые источники энергии в первоначальный период острой адаптации осуществляется за счет имеющихся у ребенка жировых депо, а далее за счет жира материнского молока. Такой переход требует существенного изменения активности многих ключевых ферментов, участвующих в окислении жирных кислот, глюконеогенезе, синтезе карнитина и т.д.

Таким образом, переход с гемотрофного на молочное питание в первые дни жизни представляет собой сложную цепь взаимосвязанных процессов как со стороны кормящей матери, так и со стороны ребенка. Лактотрофное питание в раннем периоде жизни является основой для всех обменных процессов. Более того, лактотрофное питание, являющееся аналогом и продолжением гемотрофного питания, — это источник веществ и стимулов, служащих непосредственно для развития и роста всех функциональных систем организма ребенка. Именно поэтому замена грудного вскармливания искусственным или смешанным может расцениваться как грубое вмешательство в обменные процессы организма новорожденного и, по сути, является *метаболической катастрофой*.

Следующая фаза развития автономного питания ребенка связана с введением прикормов. Эта фаза представляет собой сложный и достаточно длительный адаптационный процесс, во многом напоминающий этапность адаптации к молочному вскармливанию. Адаптация к новой пище происходит постепенно и начинается с введения очень маленьких доз новых пищевых продуктов. Процесс знакомства ребенка с новой пищей происходит довольно продолжительное время, и в норме только к 1,5–2 годам происходит полное замещение материнского молока обычными продуктами.

По этой причине введение прикормов с последующим, обычно быстрым снижением доли материнского молока в питании при недостаточной для этого степени зрелости интенсивно растущих органов и, прежде всего, головного мозга представляет собой еще одну *метаболическую катастрофу* с возможными неблагоприятными последствиями. Быстрое сокращение обеспечения специ-

фическими, трофическими для головного мозга нутриентами (свободный таурин, галактоза, жировые компоненты женского молока) нарушает процесс его развития. Показано, что очень важным для грудного ребенка является и сохранение питания с высоким содержанием жира, которое обеспечивается молоком матери. Вскармливание богатой углеводами диетой в периоде сосания у экспериментальных животных вызывает в структуре головного мозга такие же изменения, как и голодание.

Таким образом, ребенок может пережить две метаболические катастрофы: первую при переводе на смешанное или искусственное вскармливание, а вторую при раннем введении прикормов. Чрезвычайно важны критерии готовности детей к введению прикормов, и достаточная растянутость по времени этого введения для обеспечения оптимальной метаболической адаптации, и сама рецептура прикормов для разных сроков отлучения от груди. Физиология этого периода развития функции питания пока изучена крайне недостаточно.

Значение грудного вскармливания для развития ребенка

Таким образом, складывается очень своеобразная характеристика питания ребенка на естественном вскармливании и одновременно не менее своеобразная характеристика его роста и изменений состава тела. Относясь с максимальным уважением к эволюции видов, следует полагать, что интенсивное жировое питание и интенсивное жировое накопление позднего фетального, неонатального и постнеонатального (первые 5—7 месяцев жизни) периодов объективно обусловлены и высоко целесообразны. Значительная аналогия и такому питанию, и такому типу роста наблюдается и у многих других, а может быть, и у всех видов млекопитающих. Жировое питание этого периода необходимо прежде всего для обеспечения огромной потребности в жирах и жирных кислотах для процессов миелинизации, дифференцировки клеточных и субклеточных мембран. Это истинный критический период развития головного мозга, периферической нервной системы, всей сферы рецепторов и механизмов активного мембранного переноса.

Женское молоко является единственной и уникальной в природе пищей, которая может удовлетворить все потребности детского организма в этом критическом периоде. Прежде всего нужно подчеркнуть возможности обеспечения широким спектром

липидов и жирных кислот, среди которых присутствуют и очень важные для структур формирующегося мозга и сетчатой оболочки глаз незаменимые омега-полиненасыщенные жирные кислоты типа докозагексаеновой, эйкозапентаеновой, арахидоновой и т.д. Наибольшей концентрацией этих чрезвычайно ценных для процесса развития нутриентов отличается молозиво и относительно "молодое" зрелое молоко. Также нельзя исключить, что ограничение грудного вскармливания и проблемы пищевого обеспечения, связанные с процессом отлучения, могут иметь место не только для человеческого детеныша. Поэтому можно себе представить огромное значение и для выживания в последующие недели, и для продолжения нормального развития структур мембран и нервной системы использования именно того жира, который был депонирован на наиболее полноценном грудном молоке матери. Можно рассматривать процесс перинатального ожирения как интенсивное "депонирование" жиров материнского молока для целей последующего полноценного развития на ограниченном количественно и качественно рационе. При этом необходимо подчеркнуть, что для адекватного использования депонированных эссенциальных жирных кислот необходимо активное использование энергии, заключенной в депо жировой ткани, т.е. обязательное "похудание" ребенка. Последнее, в свою очередь, требует, чтобы продукты прикорма не обеспечивали полностью энергозатрат и анаболических ростовых процессов. В "естественном" вскармливании, подаренном нам процессом эволюции, возможно, присутствует и компонент "естественного" голодания, связанного со спадом лактации и началом отлучения. Попытка рано и полностью компенсировать питание и сохранить темп ростовесовых прибавок на уровне первых месяцев грудного вскармливания может оказаться достаточно грубым вмешательством в законы постнатального развития. Одна только подмена абсолютно необходимых для развития эссенциальных жирных кислот депонированного жира, который с полным правом можно назвать "депонированным материнским молоком", жирами другого пищевого происхождения означает достаточно принципиальную альтерацию развития и будущих функциональных возможностей ребенка.

Периоды грудного вскармливания

Грудное вскармливание включает в себя ряд этапов индивидуальной или внутриспарной эволюции функции питания, соединяющих питание внутриутробной жизни с этапом использования общего рациона. К основным периодам грудного вскармливания мы можем отнести следующие.

Подготовительный — формирование психологической установки будущей матери на кормление грудью, начиная со школьного возраста и до конца беременности.

Период взаимоиндукции — от первого прикладывания новорожденного к груди матери сразу после родов с кожным контактом и до появления значимой секреции, или "прилива", молока на 3–5-й дни после родов.

Адаптационный период — от нерегулярного режима до формирования устойчивого ритма голода и насыщения.

Основной период — успешное кормление с постепенно возрастающими или постоянными интервалами, хорошим эмоциональным контактом при кормлении, хорошим состоянием питания ребенка. Накопление подкожного жирового слоя.

Лактационный криз — связан с кратковременным снижением лактации и выражается в проявлении беспокойства ребенка, урежении стула. При адекватных мерах лактация восстанавливается в течение 5–7 дней, т.е. наступает возвращение в основной период.

Критический период — при нормальной лактации у ребенка выявляются нарастающие признаки относительной недостаточности питания, происходит уменьшение подкожного жирового слоя, замедление приростов массы тела.

Период переходного питания — от начала немолочного питания до формирования способности питаться рационом, используемым для общего стола с выделением нескольких подпериодов:

— **период адаптации к прикорму** — от начала введения густого прикорма (педагогического или минимального) до полного формирования первого прикорма в качестве источника энергии, солей, витаминов;

— **период значимых (энергетических) прикормов** — до сохранения двух прикладываний к груди;

— **период отлучения** — менее двух прикладываний к груди.

Приведенная последовательность периодов не является обязательной. У многих матерей могут отсутствовать лактационные кризы.

Наиболее ответственными периодами естественного вскармливания являются взаимоиндукция и адаптация, поскольку именно в эти периоды закладываются физиологические механизмы, от которых зависит достаточность и устойчивость лактации. Очень ответственны для врача периоды лактационных кризов, которые могут быть ошибочно приняты за гипогалактию. Докорм в таком случае становится действительной причиной быстрого угасания лактации.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Можно привести следующий перечень проявления эффектов грудного вскармливания у детей:

1. Собственно пищевое обеспечение. При этом особенно важно, что при естественном вскармливании имеет место оптимальное качество и количество как основных нутриентов, так и микрокомпонентов, имеющих значение для полноценного роста и развития. При "пограничных" уровнях обеспечения женское молоко обладает комплексом составных частей, которые способствуют повышению их усвояемости. Состав нутриентов молока динамично приспособляется к изменяющимся в процессе роста потребностям ребенка. Адекватность обеспечения может нарушаться при достаточно грубых изменениях в пищевом рационе кормящей матери или снижении объема лактации.

2. Управление ростом, развитием и тканевой дифференцировкой через широкий комплекс гормонов и биологически активных веществ.

3. Обеспечение защиты от повреждающего действия избыточного поступления нутриентов. Даже при явной избыточности питания, связанной с очень активным сосанием и высокой концентрацией нутриентов в молоке матери, дети реагируют только повышенным накоплением жировой ткани. Это не сопровождается дистрофическими изменениями в тканях и нарушением развития, что имеет место при избыточном введении нутриентов при искусственном вскармливании.

4. Иммунологическая (специфическая и неспецифическая) защита от патогенной для ребенка бактериальной и вирусной инфекции, а также паразитарной инвазии.

5. Ограничение поступления и противовоспалительных эффектов неинфекционных антигенов и аллергенов. Защита от atopических реакций и заболеваний.

6. Формирование иммунологической толерантности (устойчивости) к антигенам используемых матерью продуктов пищевого рациона.

7. Формирование путей оптимальной метаболизации нутриентов, обеспечивающих адаптацию к рационам последующих за молочным периодом питания.

8. Формирование адекватной регуляции пищевого поведения.

9. Развитие психоэмоциональной связи с кормящей матерью в процессе длительного и самого тесного физического и эмоционального контакта при кормлении. В последующем происходит постепенная трансформация этого узкоспециального типа связи в постоянную устойчивую и независимую от кормления реакцию на мать как источник и символ защищенности.

10. Работа мышечного аппарата сосания при кормлении ребенка определяет возникновение усилий и напряжений, наиболее адекватно регулирующих анатомическое формирование зубочелюстной системы, мозгового черепа, а также аппарата звуковоспроизведения.

Согласно данным ВОЗ и другим многочисленным исследованиям к непосредственным эффектам грудного вскармливания, проявляющимся в первые месяцы и даже дни жизни ребенка, можно отнести снижение риска кишечных и респираторно-вирусных инфекций, аллергических заболеваний, преимущества физического и нервно-психического развития детей, физиологическую регуляцию темпов биологического взросления.

Непосредственные эффекты грудного вскармливания

Снижение риска кишечных инфекций

Связь между грудным вскармливанием и риском кишечных инфекций была выявлена еще в 80-е годы. В меморандуме совещания УДГ/ВОЗ (1989) содержится следующее заключение: "...вероятность смерти от связанных с диареей болезней в 14 раз ниже у детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании, чем у их сверстников, не получающих грудное молоко, и в 4 раза ниже, чем у детей, прикармливаемых молоком животных.

Более того, повышенному риску летального исхода от диареи подвержены даже дети, получающие воду, чай и соки помимо грудного молока. Установлено, что каждое дополнительное ежедневное кормление грудью ассоциируется со снижением риска смерти от диареи на 20%".

Снижение риска респираторно-вирусных инфекций

Защитный эффект естественного вскармливания против респираторно-вирусных инфекций также подтвержден многочисленными статистическими данными [Иванова И. Е., 1988; Чокырла Л. Ф., 1988; Watkins C. et al., 1979]. При этом, аналогично с группой кишечных инфекций, наблюдается тесная взаимосвязь с социальным статусом и материальным благосостоянием семьи, общей и санитарной культурой. При одинаково высоком социальном и культурном уровне заболеваемость в группах детей на грудном вскармливании существенно снижается по сравнению с группами детей, находящихся на искусственном вскармливании.

Очень убедительны клинико-эпидемиологические исследования, посвященные частоте возникновения отита у детей на естественном и искусственном вскармливании. По данным разных исследователей, увеличение заболеваемости отитом в течение первого года жизни при искусственном вскармливании составляет от 1,5 до 10-кратного [Cunningham A., 1979; Saارينen, 1982; Narayanan

J. et al., 1989]. При этом значительно возрастает риск возникновения или рецидивирования отитов и в последующие годы жизни. Предполагается, что в основе повышенного риска возникновения болезней среднего уха при искусственном вскармливании лежит более высокая вероятность механического затекания смеси в слуховую (евстахиеву) трубу, т.е. "позиционный" механизм, связанный с преимущественно горизонтальным положением ребенка во время кормления.

Снижение риска аллергических заболеваний

Большое внимание исследователей было привлечено к проблеме вскармливания ребенка и вероятности возникновения аллергических заболеваний. Этот интерес не случаен, поскольку сегодня распространенность аллергий чрезвычайно высока. Исследования ВОЗ показали, что искусственное вскармливание в большей степени увеличивает риск аллергических заболеваний у детей 1-го года жизни, не имевших к ним семейной предрасположенности, причем особенно резко возрастает частота бронхиальной астмы и аллергического бронхита.

В отдельных исследованиях подтверждается значение достаточно длительного естественного вскармливания (свыше 6 мес.) для снижения частоты пищевой аллергии к одному году. Однако наиболее надежным методом снижения частоты аллергических заболеваний у детей 1-го года жизни является сочетание "чистого" или "исключительно" естественного вскармливания в течение 6 месяцев и более в сочетании с гипоаллергенным питанием кормящей матери. Такой режим, по данным N. Kjellman (1988), снижает частоту возникновения аллергических заболеваний к 9 месяцам до 15% против 39% у детей, находящихся на грудном вскармливании, но без соблюдения матерью диеты.

Преимущества физического развития детей

Физическое развитие детей на грудном вскармливании отличается от развития детей, находящихся на искусственном вскармливании. Так, в первые 2—4 месяца жизни полноценное грудное вскармливание обеспечивает более интенсивные прибавки массы тела. При этом происходит и доминирующий рост жировой тка-

ни. В последующие месяцы происходит крутой спад интенсивности приростов длины и массы тела. Искусственное вскармливание при определенных условиях форсирования белковой и энергетической нагрузки также может обеспечить сопоставимые приросты в первые месяцы жизни, но структура новообразованной массы другая — с относительным преобладанием нежировых компонентов.

Регуляция биологического возраста созревания детей

Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, характеризуются стимуляцией процессов роста и созревания начиная уже с 4—5 месяцев. Так, у них удвоение массы тела, которую ребенок имел при рождении, происходит быстрее [Neumann G., Alpaugh M., 1976], а падение скорости прироста массы тела происходит более медленно, чем у детей на грудном вскармливании. В результате во второй половине первого года жизни у детей, находящихся на искусственном вскармливании, имеется явная тенденция к большей длине и массе тела.

В этом отношении особенного внимания заслуживает работа В. Vahlquist и соавт., выполненная еще в 1957 г. Авторы отметили, что на искусственном вскармливании происходило увеличение роста к 7,5 месяцам на 1,1 см больше, чем при кормлении грудью, однако более важное в этом исследовании — попытка проследить параллельные изменения в динамике костного возраста. Показано, что искусственное вскармливание сопровождается большим темпом формирования центров окостенения — к 7,5 месяцам на 0,95 центра больше, чем у детей на естественном вскармливании. Таким образом, возникает предположение о том, что грудное вскармливание обеспечивает ребенку не только некоторое замедление роста, но и замедление биологического созревания. Это положение было подтверждено посредством изучения различий пропорций длинников тела у детей с относительно равным календарным возрастом и одинаковой длиной тела. опережение биологического возраста при искусственном вскармливании достигало 20% к 7 месяцам жизни [И. М. Воронцов, Е. М. Фатеева, 1998].

Преимущества нервно-психического развития детей

Нервно-психическое развитие детей на естественном вскармливании может быть опережающим. Многие исследования показали, что даже в первые дни жизни дети, получающие материнскую грудь, более активны и эмоционально, и двигательны. Уже в первые 2–3 недели жизни они устанавливают интимный контакт с матерью при кормлении. Важным компонентом этой ранней социализации является и звуковая сигнализация взаимного приспособления: несколько типов звуков со стороны ребенка — сигналы голода, сытости, удобства или неудобства положения и т.д., со стороны матери слова и интонации успокоения, поддержки, обещания помощи. Первоначально общение ребенка и матери при кормлении является только и исключительно его вспомогательным компонентом, способствующим кооперации действий в процессе кормления, однако очень скоро это общение приобретает самостоятельный ценностный характер. Именно у материнской груди, когда, получив первое удовлетворение от сосания, ребенок прекращает сосательные движения и как бы "застывает от удивления", сосредоточившись на лице и мимике матери, воспринимая всеми своими сенсорными системами особенности ее тела, голоса, запаха, упругость соска и молочной железы, вкус молока и другие возможные впечатления, ребенок получает стимулы и начинает их реализацию на сложнейшем и сугубо человеческом индивидуальном пути формирования души и личности, осознания себя и познания окружающего мира.

Отдаленные эффекты грудного вскармливания

Проблема отдаленных влияний естественного вскармливания на здоровье человека является наиболее сложной. Тем не менее интерес к этой проблеме постепенно растет, уже появились образцы литературы и материалы конференций международного уровня. Постепенно формируется и банк данных по влиянию естественного вскармливания на состояние питания, темпы развития и риск возникновения различных хронических заболеваний. В краткий перечень отдаленных последствий естественного

вскармливания исследователи включают, прежде всего, или относительно более надежно подтвержденные положения, или наиболее значимые для профилактической педиатрии и нутрициологии детского возраста.

Нервно-психическое развитие, интеллект, социальная адаптация

Влияние на нервно-психическое развитие и интеллект впервые продемонстрировано в работе С. Hoefel, M. Hardy еще в 1929 г. В исследовании, охватившем более 5 тысяч детей, В. Rodgers (1978) показал, что к 15 годам по подавляющему большинству тестов нервно-психического развития дети, получившие естественное вскармливание, имели существенные преимущества перед детьми, вскормленными искусственно. Среди школьников, попадавших под наблюдение психоневрологов в связи с трудностями школьного обучения, по данным Menkes (1977), значительно преобладали дети, получившие искусственное вскармливание.

Выявлены существенные преимущества в способности к обучению и социальной адаптации 16-летних школьников, имевших в анамнезе хотя бы трехмесячный срок кормления материнской грудью.

Снижение риска ожирения и заболевания диабетом

Относительное увеличение потребления энергии и основных пищевых ингредиентов у детей, получающих искусственное вскармливание, может, как показано в эксперименте, быть причиной стойкого закрепления повышенного потребления пищи и во всей дальнейшей жизни. Непосредственный механизм этого эффекта связывается с тем, что возникающий при интенсивном поступлении энергетических веществ, особенно белков и углеводов, повышенный уровень инсулина уже в раннем периоде молочного питания создает прочное изменение регуляции в системе гипоталамических центров голода и насыщения. Констатирована защитная роль естественного вскармливания относительно риска (частоты) возникновения сахарного диабета у детей и взрослых. При этом в работе E. Mayer (1988) показано, что уменьшение риска диабета зависит от длительности кормления грудью.

Полноценность репродуктивной функции

В экспериментальных исследованиях на животных описывается широкий комплекс отдаленных последствий раннего отлучения от груди и перевода на искусственное вскармливание, касающихся особенностей полового созревания и полового поведения животных. Так, И. А. Аршавский (1985) цитирует работу Харлоу (1962 г.), в которой показано, что изолированные от матери и переведенные на искусственное вскармливание обезьяны, достигнув половозрелого возраста, или вообще не проявляют полового инстинкта, или им доступны только самые умеренные его проявления. Если такие обезьянки и становятся матерями, то оказываются неспособными проявлять какую бы то ни было заботу о своем потомстве — так называемые "безмамные" мамы. Констатируя значение отдельных факторов для прогноза лактации у женщин, многие исследователи пришли к выводу о том, что вероятность полноценной и длительной лактации в значительной мере зависит от анамнеза вскармливания самой женщины — при грудном вскармливании вероятность успешной лактации возрастает [И. А. Макарова, В. М. Шищенко, Л. Ф. Чокырла, 1988]. Полноценное грудное вскармливание девочки в первые месяцы жизни может оказаться значительным фактором, влияющим на ее репродуктивную функцию.

Формирование челюстно-лицевого скелета, речи и слуха

Формирование челюстно-лицевого скелета у детей всех возрастных групп, а значит, и взрослых, во многом определяется длительностью естественного вскармливания. По данным F. Bertrand (1968), обследовавшего 1200 детей народности банту в Африке, где практикуется кормление грудью до 3—4 лет, нормальное формирование зубочелюстной системы имело место у 99,6% детей и только у 0,3% выявлен прогнатический прикус. У европейских детей недоразвитие нижней челюсти встречается в 27%, а прогнатический прикус — в 3% от всех обследованных.

Развитие "сосательного насоса" в процессе грудного вскармливания в большей мере определяет и становление аппарата артикуляции звуков. В серии работ F. Broad (1972, 1975) констатируется,

что у детей 5–6 лет, вскормленных материнским молоком, все характеристики воспроизведения тональности и чистоты звуков были значительно выше, чем у детей, которые находились на искусственном вскармливании.

По наблюдениям ленинградского логопеда-дефектолога Г. М. Новиковой, обследовавшей 936 детей 5–7 лет, при длительности сосания груди более 6 мес. нарушения речи выявляются только у 14,5 % детей. В основном это физиологические замены звуков "ш", "ж", "л", сравнительно легко устранимые. В группе детей с коротким периодом сосания сложные нарушения речи наблюдались в 80% случаев.

Формирование речи может быть более полноценным и в школьные годы, равно как более успешным и музыкальное обучение в силу того, что дети, находившиеся на естественном вскармливании, обычно имеют в анамнезе меньшее число перенесенных заболеваний среднего уха, и у них реже встречаются как стойкие, так и обратимые нарушения слуха.

ФИЗИОЛОГИЯ ЛАКТАЦИИ

Переход с гемотрофного питания, осуществлявшегося внутриутробно через пуповину, на молочное в первые дни жизни новорожденного представляет собой сложную цепь взаимосвязанных процессов как со стороны кормящей матери, так и со стороны ребенка. Началом этой цепи является формирование первых капель молока в молочной железе матери и первые попытки сосания груди со стороны ребенка, а завершением — формирование устойчивой и достаточной по объему лактации при хороших показателях развития и здоровья ребенка.

Анатомо-морфологические особенности зрелой молочной железы

Зрелая молочная железа состоит из 15–25 сегментов железистой ткани. Каждый сегмент содержит от 10 до 100 собранных в гроздь мельчайших пузырьков — альвеол, заключенных в коллагеновые оболочки. Эти оболочки пронизаны канальцами, впадающими в выводной млечный проток. Между оболочками и железистой тканью располагаются миоэпителиальные клетки, сокраща-

ние которых как бы выжимает молоко из альвеол в протоки. При подходе к ареоле протоки расширяются, образуя млечные синусы, и затем открываются отверстиями в области соска. Молоко, которое скапливается в млечных синусах, ребенок выдавливает челюстями при сосании.

Размеры и форма соска индивидуальны для каждой женщины и не влияют на функцию молочной железы. Диаметр и пигментация околососкового кружка, или ареолы, также очень переменчивы. Ареола содержит гладкую мышцу и волокна соединительной ткани, расположенные в кольцевом и радиальном направлениях, а также апокринные железы Монтгомери, выделяющие антибактериальную смазку со специфическим запахом, напоминающим запах амниотической жидкости. Предполагают, что этот запах, также как и сама ареола, являются для сосущего ребенка визуальным и обонятельным ориентиром.

Комплекс ареола-сосок снабжен большим количеством нервных рецепторов, чувствительность которых нарастает по мере увеличения срока беременности и достигает максимума в первые дни после родов. Раздражение этих рецепторов при сосании вызывает выпрямление и вытягивание соска и запускает рефлекторные механизмы, приводящие к выработке гипофизом окситоцина и пролактина, гормонов, регулирующих лактацию.

Лактация. Процессы образования молока

Функциональная деятельность молочной железы направлена на секрецию молока и его выведение при сосании или самопроизвольно.

Под секретией, в частности, молока понимают внутриклеточный биосинтез и выделение (экструзию) за пределы клетки сформировавшихся веществ, имеющих строго специфическое значение. Секреторный цикл, протекающий в клетке молочной железы, состоит из 5 фаз:

- 1) поглощение эпителиальной клеткой из крови и тканевой жидкости веществ, необходимых для образования молока;
- 2) внутриклеточный синтез молекул;
- 3) формирование капли или гранулы секрета;
- 4) ее передвижение к апикальному концу клетки;

5) выход (экструзия) секрета из клетки в просвет альвеолы.

Образование основных веществ, составляющих молоко

Образование белков. В отношении белков главная роль отводится классическому пути синтеза из свободных аминокислот крови. Некоторая часть белка в неизменном виде попадает в молоко из сыворотки крови, а иммунные белки синтезируются не в основной секреторной ткани молочной железы, а в скоплениях лимфоцитов и плазматических клеток.

Образование молочного жира. Основным материалом для построения молочного жира являются триглицериды крови, заключенные в хиломикроны. Важнейшей метаболической особенностью жирового цикла в грудной железе является трансформация насыщенных жирных кислот в ненасыщенные, например стеариновой в олеиновую.

Образование углеводов. Углеводы женского молока представлены в основном лактозой. Это специфический дисахарид молока, и в других тканях организма он не синтезируется. Выработка лактозы начинается в конце беременности, достигает максимума в зрелом молоке и заканчивается вместе с окончанием лактации. Исходным веществом для лактозы является глюкоза крови и только в ограниченном объеме — крахмал. При формировании молока лактозе отводится особая роль, связанная с установлением его осмотической активности.

Выведение молока из грудной железы

В процессе выведения молока, имеющего рефлекторную природу, участвуют мать и ребенок. Этот процесс и схематично может быть представлен двумя последовательными фазами.

Инициатором первой фазы является раздражение ребенком нервных окончаний в области соска и ареолы. Передача импульсов по нервным путям уже через 30—40 секунд приводит к значительному усилению кровотока в молочной железе, увеличению объема и выпрямлению соска, расслаблению его сфинктера и сокращению гладкой мускулатуры протоков. Молоко начинает передвигаться навстречу сосательному усилию и разряжению давления, создава-

емому ребенком. В этой фазе ребенок легко высасывает молоко, накопившееся в синусах и протоках в промежутках между кормлениями.

Через 1—4 минуты подключается вторая фаза (гуморальная). Под действием нервных импульсов в задней доле гипофиза усиливается секреция окситоцина, который стимулирует внутриклеточную секрецию молока и сокращает миоэпителиальные клетки, проталкивая богатое заднее молоко из альвеол в протоки. Сжимающая сила окситоцина может ощущаться матерью как покалывание и даже боль в груди.

Рефлекс выведения молока регулируется высшими отделами центральной нервной системы.

Этот рефлекс может быть вызван не только тактильным раздражением рецепторов ареолы и соска, но и визуальными, обонятельными, слуховыми сигналами. Он может быть также условным. Хорошо известна психогенная зависимость молокоотделения. Физическая близость с ребенком, звуковое общение с ним, радость от этого общения способствуют выделению молока. У некоторых женщин сокращение миоэпителиальных клеток по этим механизмам может происходить спустя годы после завершения лактации. В то же время болезненное физическое или психологическое воздействие способно полностью выключить этот рефлекс (рис. 1).

От полноты выведения молока в значительной мере зависит последующая судьба лактации. Опорожнение железы является сильнейшим стимулятором ее функции, а повышение давления в полости железы при застое молока закономерно приводит к уменьшению секреторной активности.



Рисунок 1

Поддержание и становление лактации

Поддержание лактации обеспечивается не только рефлексам матери, но и врожденными рефлексам ребенка, которые вызываются даже у недоношенных весом всего 1200 г. У здорового новорожденного рефлексы кормления грудью хорошо выражены с рождения. Уже в первый час жизни ребенок, выложенный на живот матери, под действием поискового рефлекса активно карабкается по направлению к грудной железе, ищет сосок широко открытым ртом и присасывается к нему. Сосательный рефлекс включается при раздражении соском неба, в результате чего челюсти ребенка сжимаются, молоко выдавливается из синусов и передвигается по протокам навстречу отрицательному давлению. Перистальтические движения языка перемещают молоко в ротоглотку, где включается глотательный рефлекс.

Такой процесс кормления стимулирует синтез и секрецию гормонов, ответственных за выработку и изгнание молока, а также обеспечивает регулярное удаление из грудной железы пептидов, которые подавляют альвеолярный синтез молока.

В ранний послеродовой период именно лактационные рефлексы обеспечивают становление адекватной лактации, поэтому для последующего успешного кормления грудью первое прикладывание желательно осуществить в ближайший час после рождения, когда рефлексы ребенка и чувствительность комплекса сосок-ареола наиболее высоки.

Предлактационное кормление. Предлактационным называют первое кормление новорожденного не из материнской груди, а из соски. Если ребенка забрали у матери и впервые он получил возможность сосать не материнскую грудь, а соску, то значительно возрастает опасность, что мать может бросить кормить грудью. Предлактационное кормление представляет чрезвычайно большую опасность для нормального запуска механизмов лактации. Оно опасно и для матери и для ребенка. Для ребенка оно опасно по следующим причинам:

- ребенок не получает молозиво – самую раннюю и целебную пищу;
- если ребенка начали кормить не из груди, а из бутылочки, то у него может возникнуть путаница сосков и он не сможет охотно и успешно брать грудь матери.

Для матери предлактационное кормление опасно по следующим причинам:

- возникают трудности с прикладыванием ребенка к груди из-за "путаницы сосков" (после кормления из соски ребенок путает грудь и соску, не может правильно захватить грудь), а также из-за того, что он сыт и не хочет брать грудь;
- требуется больше времени, чтобы пришло молоко, поскольку ребенок недостаточно стимулирует грудь;
- возникает больше трудностей с грудным вскармливанием, таких как нагрубание груди или мастит, что значительно повышает вероятность прекращения грудного вскармливания.

Благодаря исследованиям ВОЗ установлено, что даже одного-двух предлактационных кормлений достаточно, чтобы грудное вскармливание не состоялось.

Использование соски как успокоительного средства и особенно с целью допаивания и докармливания значительно сокращает продолжительность грудного вскармливания. К этому выводу пришли авторы, которые провели длительные наблюдения за большим количеством младенцев в Швеции (1995 г.). Около 65% детей прекращали брать грудь к 3–4 месяцу, несмотря на наличие молока у матери. В контрольной группе грудное вскармливание сохранялось значительно дольше – до 9–12 месяцев.

Гиполактация и меры ее профилактики

Гиполактация, или *гипогалактия*, – снижение функций молочных желез, которое может проявляться в нарушении процессов лактогенеза, лактопозеза или молокоотдачи, а также в сокращении лактации по времени (менее 5 месяцев).

Недостаточная лактация может обнаружиться в течение первых 10 дней послеродового периода (ранняя форма) и позже этого периода (поздняя форма). Первичная гиполактация, т.е. такая, когда у матери уже с первых дней лактации выявляется резкий недостаток молока, встречается редко – от 2,8 до 8%. Гораздо чаще встречается вторичная гиполактация, 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 ребенка.

Первичная гиполактация

Причинами первичной гиполактации являются нейрогормональные нарушения, определяющие несостоятельность лактопоэза. Дисгормональные состояния влекут за собой нарушение роста и развития молочных желез, изменение их секреторной и моторной функции. В этом отношении следует отметить функциональную неполноценность молочных желез при инфантилизме, заболеваниях органов внутренней секреции и у первородящих в возрасте старше 30 лет. При наличии признаков общего недоразвития гиполактация встречается у 20% кормящих матерей. Нередко первичная гиполактация возникает после тяжелых поздних токсикозов, кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде, травматичных акушерских операций, послеродовых инфекций и т.д.

Вторичная гиполактация

Среди причин, способствовавших развитию вторичной гиполактации, ряд авторов выделяют следующие: маститы (и трещины сосков) — 14–18%, заболевания матери (грипп, ангина, туберкулез, эпилепсия) — от 7 до 26%. В работах разных авторов выдвигаются психические переживания или психическая травма, которые по частоте занимают одно из ведущих мест.

Нарушения в режиме кормления ребенка, нерегулярное прикладывание к груди, длительные перерывы между кормлениями создают условия неправильной функции молокообразования, снижают сосательную активность ребенка. Вялое сосание (утомление, недоношенность) ведет к недостаточному раздражению молочной железы и угнетению лактации.

В развитии гиполактации существенную роль играют заглатыванию воздуха новорожденным (аэрофагии) во время сосания. Заглатывание воздуха наблюдается у всех новорожденных. В тех случаях, когда объем заглатываемого воздуха не превышает 10% объема желудка, наполненного молоком, аэрофагия является физиологической. Заглатывание большего количества воздуха — явление патологическое и не должно остаться без внимания врача. При резко выраженной аэрофагии ребенок не высасывает положенное количество молока, так как желудок у новорожденного растягивается за счет воздуха и создается ощущение сытости.

Кроме того, многие лекарственные вещества угнетают секрецию молока: гестагены и андрогены, камфора, спорынья и ее алкалоиды, мочегонные средства, эфирный наркоз, прогестины до беременности, ДОПА, парлодел и др.

Профилактика гиполактации

Ранняя профилактика. Рациональная профилактика недостаточной лактации должна начинаться еще в период детства будущей матери. Уже в школьном возрасте должны закладываться основы материнства, важным компонентом которого является грудное вскармливание. Полноценное питание, предупреждение тяжелых и хронических заболеваний, занятия гимнастикой и спортом во все периоды детства и юности будущей матери предупреждают недоразвитие молочных желез и всей репродуктивной сферы в целом.

Профилактика во время беременности. Профилактикой гипогалактии является заблаговременное лечение женщин, планирующих рождение ребенка, и благополучное течение беременности. Существенной предпосылкой к развитию достаточной лактации является правильное питание беременной и кормящей женщины. Большое значение имеет гигиена беременной и кормящей женщины. Беременная женщина должна каждый день до родов заниматься гигиенической дыхательной гимнастикой, способствующей улучшению кровообращения, повышению тонуса молочных желез. Беременным и кормящим не следует носить синтетическую одежду, особенно белье. Возникающие при этом заряды статического электричества оказывают вредное влияние на функции нервной системы и молочных желез. Женщинам рекомендуется носить хлопчатобумажное белье, бюстгальтер должен быть свободным.

Будущая мать должна знать преимущества женского молока для ребенка перед коровьим и другими искусственными смесями и те трудности, с которыми ей придется встретиться при отказе от вскармливания грудью, переходе на другие виды пищи. Она должна подробно ознакомиться с методом вскармливания ребенка у специалиста по грудному вскармливанию.

Профилактика во время родов и кормления грудью. Немаловажное значение для успешной лактации имеют физиологические роды в благоприятном возрасте (между 21 и 35 годами). Применение в родах

анестезии и стимуляции является одной из причин возникновения гипогалактии. Чрезвычайно важной мерой профилактики гипогалактии является раннее прикладывание новорожденного к груди матери, отсутствие предлактационного кормления, а также допаивания и докармливания ребенка. Частое прикладывание новорожденного к груди матери стимулирует лактацию и является эффективным средством профилактики гипогалактии. Немаловажным фактором, обеспечивающим хорошую лактацию, является психологический комфорт кормящей матери. В целях профилактики гипогалактии кормящим матерям не следует применять такие лекарственные средства, как камфора, мочегонные средства, препараты спорыньи, средства для угнетения лактации (парлодел и др.).

ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ К УСПЕШНОЙ ЛАКТАЦИИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Для успешных родов и последующего грудного вскармливания имеет большое значение предварительная подготовка женщины во время беременности. Эта подготовка должна включать в себя, в частности, подготовку молочных желез и формирование психологической убежденности будущей матери и членов ее семьи в необходимости грудного вскармливания. Поэтому просвещение женщин в этом отношении должно начинаться в женской консультации и центре перинатального воспитания. Уже при постановке беременной на учет в женской консультации врач акушер-гинеколог должен фиксировать внимание женщины на подготовке к родам и грудному вскармливанию.

Подготовка молочных желез к лактации

Форма молочной железы

Не позднее 6-го месяца беременности проводят специальный осмотр молочных желез и дают специальные рекомендации по подготовке к лактации. При осмотре констатируется степень



Рисунок 2

развития грудных желез, выраженность поверхностной венозной сети, набухание и пигментация ареолы, наличие хорошо прощупываемых долек паренхимы, форма сосков (*рис. 2*). Для сохранения хорошей формы молочной железы беременной следует рекомендовать ношение удобного бюстгалтера и гимнастические упражнения для грудных мышц. Бюстгалтеры рекомендуют плотные, но достаточно глубокие, чтобы не сплющивать молочные железы и не сжимать их в середине. Нецелесообразно ношение бюстгалтеров из синтетических тканей.

Форма сосков

Особое внимание обращается на форму сосков: оптимальной для эффективного сосания является удлиненная форма. Плоская или плосковтянутая форма сосков не является препятствием для полноценного вскармливания в том случае, если при легком надавливании на основу соска в области ареолы и сжатии его между большим и указательным пальцами отмечается хорошее вытягивание. При малой степени удлинения сосков в таких случаях реко-

мендуются специальные процедуры, которые способствуют их вытягиванию. Изредка наблюдается или полное отсутствие реакции соска на сжатие, или даже парадоксальная реакция — втягивание соска внутрь. Причиной этого может быть врожденная аномалия или перенесенное воспалительное или травматическое повреждение. Наряду с проведением обычных мероприятий по вытягиванию сосков, здесь может обсуждаться и необходимость хирургического вмешательства.

Подготовка сосков к грудному вскармливанию

При выявлении втянутых сосков целесообразно за месяц до ожидаемых родов начать подготовку сосков. Приемы по "вытягиванию" сосков могут быть различными. Простейшая техника состоит в том, чтобы одной рукой поддерживать грудь, а другой рукой — большим и безымянным пальцами захватывать сосок и с некоторой осторожностью, но и достаточно сильно прокручивать между пальцами до 20—30 секунд. Прием можно повторять несколько раз в течение дня. При другом варианте упражнения безымянные пальца обеих рук накладываются по краю околососкового кружка симметрично по обе стороны от соска. Затем пальцы отводятся так же симметрично от соска по направлению к основанию железы. Затем пальцы помещаются сверху и снизу от соска и так же отводятся симметрично вверх и вниз. Прием может повторяться несколько раз в день по 1—2 минуты. При очень маленьком и втянутом соске следует запастись специальными накладками или рассчитывать на активное сцеживание. Такое сцеживание нередко помогает соску выдвинуться вперед.

Для формирования адекватной реакции сосков и некоторого их вытяжения женщине дважды в день в течение последнего триместра беременности рекомендуют делать простое упражнение — ритмичное сжатие основания соска между двумя большими пальцами рук сначала в горизонтальной плоскости, затем в вертикальной. Упражнение выполняется в течение нескольких минут. Кроме этого, можно воспользоваться накладками-формирователями сосков, которые рекомендуется носить, вкладывая в чашечку бюстгалтера, с 32 недели беременности.

Психологическая поддержка будущей матери

В течение всего периода подготовки женщины к родам и последующей лактации огромное значение имеет психологическая поддержка как со стороны патронирующего медицинского персонала, так и со стороны семьи. Для создания психологического настроя на грудное вскармливание необходимо осуществлять с беременной женщиной целенаправленные беседы еще в женской консультации. Состояние тревоги и депрессии, психическая травматизация могут пагубно отразиться на состоянии нейроэндокринных механизмов становления лактации. Женщине нужно постоянно внушать уверенность в ее силах, в преодолении всех проблем, возникающих в ходе беременности, в семейном или социальном ее окружении. Обязательная ориентация на преимущества естественного вскармливания должна сопровождаться пояснениями того, как будет развиваться процесс лактации после родов, какие встречаются варианты молочной секреции и как можно сформировать вполне устойчивую лактацию. Беременную следует ознакомить с 10 шагами ВОЗ/ЮНИСЕФ для успешного грудного вскармливания, которые описаны в главе "Практика грудного вскармливания", а также в книгах и брошюрах ВОЗ/ЮНИСЕФ по грудному вскармливанию.

Очень важно разъяснить беременной опасность **предлактационного кормления**, то есть кормления, произведенного до первого прикладывания младенца к материнской груди. Женщина должна хорошо понять все опасности такого кормления и усвоить, что до первого кормления грудью ребенку ничего нельзя давать.

Врач-акушер, работающий с беременной, должен хорошо понимать, что первичная органическая неспособность к лактации наблюдается исключительно редко. **Всякая неудача в естественном вскармливании определяется, прежде всего, или недостаточными умениями и навыками кормящей женщины, т.е. недостаточным обучением ее со стороны медицинского персонала, или недостаточной психологической поддержкой и убежденностью в необходимости вскармливания грудью.**

Формирование у беременной убежденности в способности выкормить ребенка грудью и заострение ее внимания на связи с ребенком, который уже способен к переживанию различных ощущений, является необходимым, но недостаточным условием для

успешной подготовки к родам и грудному вскармливанию. Немаловажным условием для такой подготовки является решение личных психологических проблем женщины, освобождение ее от страхов перед родами и уходом за ребенком. В решении этой проблемы значительную поддержку могут оказать женщине специалисты-психологи. Именно в компетенцию психолога входит освобождение женщины от комплекса страха перед родами и новорожденным ребенком, коррекция ее психологических проблем, связанных с предшествующим негативным опытом или неблагоприятной семейной ситуацией, обучение методам преодоления отрицательных эмоций и достижения душевного комфорта.

ПРАКТИКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

Организации практики, направленной на поощрение и поддержку успешного грудного вскармливания, служит программа, подготовленная ВОЗ и ЮНИСЕФ под названием "Baby friendly hospital". Основой программы являются "десять принципов успешного грудного вскармливания". Они относятся преимущественно к самому раннему периоду вскармливания, осуществляемому в родильном доме. Эти принципы следующие:

- 1. Строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить эти правила до сведения медицинского персонала и рожениц.**
- 2. Обучать медицинский персонал необходимым навыкам для осуществления правил грудного вскармливания.**
- 3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания.**
- 4. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого полчаса после родов.**
- 5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они временно отделены от своих детей.**
- 6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.**
- 7. Практиковать круглосуточное нахождение матери и новорожденного рядом, в одной палате.**
- 8. Поощрять грудное вскармливание по требованию младенца, а не по расписанию.**
- 9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких успокаивающих средств и устройств, имитирующих материнскую грудь (соски и др.).**
- 10. Поощрять организацию групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из родильного дома или больницы.**

Первое прикладывание новорожденного к груди

Профессор И. А. Аршавский еще в 30-е годы убедительно показал необходимость самого раннего прикладывания новорожденного к груди матери. По данным его лаборатории, "достаточно четырех-, трех-, а то и двухдневной задержки начала кормления грудью матери, чтобы даже физиологически зрелые новорожденные приобрели черты физиологической незрелости". Раннее прикладывание к груди имеет для ребенка чрезвычайно важное значение. Среднее количество молозива, поступающего к ребенку, невелико и составляет около 2 мл. Тем не менее даже это количество молозива играет важную роль в становлении иммунитета и снижении заболеваемости новорожденных, является важным моментом стимуляции лактации и обеспечения ее успешности и длительности. Наконец, имеются убедительные подтверждения роли раннего прикладывания в первичной адаптации новорожденного и индуцировании психологической связи — привязанности матери и ребенка.

В настоящее время рекомендация раннего прикладывания новорожденного к материнской груди принята во многих странах мира и в России. Первое прикладывание новорожденного в родильном доме осуществляется одновременно с процедурой кожного контакта. Последняя может проводиться в два этапа. Если женщина рожала на спине, на первом этапе ребенок выкладывается голеньким на живот матери и накрывается стерильной простыней еще до окончания пульсации пуповины. После окончания пульсации и первичной обработки пуповины он снова возвращается на верхнюю часть живота матери. Для кожного контакта и завершения первого прикладывания новорожденного лучше не обмывать водой, а также отложить все остальные процедуры (например, закапывание глаз). Ребенка, лежащего на животе, мать придерживает рукой, сверху его прикрывают либо стерильной простыней, либо простыней и одеялом. Постепенно начинает выявляться поисковое поведение ребенка. Оно выражается в сосательных движениях, поворотах головки и ползательных движениях конечностей. Если ребенок не очень активен, его поисковые движения головки и губ можно немного постимулировать мягким поглаживанием кожи около рта. В течение первых 0,5–2-х часов большинство новорожденных способны самостоятельно найти и

захватить ареолу материнской груди без ее помощи. Если мать рожала на корточках, то процедура первого прикладывания должна проводиться в последовательности, описанной выше.

Если сосание при первом кожном контакте не состоялось, то держать ребенка на груди более двух часов нецелесообразно, он теперь будет только спать. Также малоэффективно прикладывание к груди или создание кожного контакта через 2–3 часа после родов.

Противопоказаниями к раннему прикладыванию являются:

- оперативное родоразрешение, большая кровопотеря в родах;
- оценка по шкале Апгар ниже 7 баллов, асфиксия новорожденного, внутричерепная родовая травма.

Кормление грудью в палате "мать — дитя"

Сразу после перевода матери и ребенка из родильного зала в послеродовое отделение им должно быть обеспечено совместное пребывание в палате "мать—дитя", где кроватка ребенка ставится непосредственно около кровати матери. Матери предоставляется возможность с самого начала общаться с ребенком. Она может находиться с ним в одной кровати, спать вместе с ним, кормить грудью, мыть его в случае необходимости, брать на руки, когда ей захочется.

Для ребенка совершенно безопасно спать с матерью в одной постели. Она чутко реагирует на своего малыша, на любое его шевеление или звук, изданный им. Мать может продолжать спать под резкий звук будильника, но любой писк ребенка заставляет ее проснуться. Она может лечь на малыша и причинить ему вред только в случае, если серьезно больна, приняла снотворное или находится в состоянии опьянения. Сейчас уже известно, что вероятность внезапной детской смерти, которую называют "удушением" или "присыпанием" младенца, гораздо выше в случае, если ребенок спит отдельно от матери.

Преимущества совместного пребывания матери и ребенка:

- мать может реагировать на ребенка, что помогает установлению эмоциональных связей;
- ребенок меньше плачет, меньше причинять ему бутылочку;
- матери больше верят в кормление грудью;

– кормление грудью продолжается дольше.

С момента поступления матери и новорожденного в палату совместного пребывания начинается длительный процесс их взаимного приспособления и взаимного обучения грудному вскармливанию. Этот процесс может быть очень сложным и утомительным. Персонал родильного дома, а также родственники должны оказать в нем максимальную поддержку матери как через адекватное обучение, так и через внушение уверенности в успешности вскармливания. Все женщины независимо от подготовки и прогноза лактации в период беременности сразу после родов должны обучаться кормлению грудью в условиях пребывания в палате "мать – дитя".

Содержание беседы с матерью в палате "мать – дитя".

- Матери следует объяснить преимущества грудного вскармливания.
- Дать информацию о правильной организации грудного вскармливания.
- Объяснить, что происходит после родов.
- Расспросить о предыдущем опыте кормления грудью.
- Спросить, есть ли у нее вопросы или тревоги.
- Осмотреть ее молочные железы.
- Вселить уверенность и объяснить, что вы ей поможете.

ПРАВИЛЬНО ОРГАНИЗОВАННОЕ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Необходимыми условиями благополучной и длительной лактации являются правильный захват ребенком груди, комфортная поза матери и контакт "кожа к коже" во время кормления, правильное положение ребенка у груди, частота прикладываний и продолжительность кормления, кормление обеими грудями, наличие ночных кормлений, дополнительное питье для ребенка, сцеживание и мытье груди. Все вышеуказанные моменты входят в понятие правильно организованного грудного вскармливания.

Правильный захват ребенком груди

При первом и последующих прикладываниях решающее значение для эффективности кормления будет иметь позиция ребенка у груди и полнота захвата ареолы. Очень ответственным



Рисунок 3а



Рисунок 3б

моментом кормления является захват грудной железы ртом ребенка. Ребенок должен захватывать сосок и ареолу при энергичном "бодательном" движении головкой, поднимающем грудь, и затем как бы накладывая ее при движении груди вниз, на широко раскрытый рот, с подкладываемым под грудь опущенным, но не высунутым языком. Необходимо, чтобы этот захват был полным и глубоким настолько, чтобы сосок находился во рту ребенка почти на уровне мягкого неба, т. е. сосок вместе с ареолой должны фактически заполнить собой всю полость рта ребенка. Для такого захвата необходимо очень широкое раскрытие рта, и если оно не получается сразу, то можно помочь ребенку, поглаживая пальцем или соском груди по щеке и нижней губе ребенка, что вызовет рефлекторное движение губ и раскрытие рта (рис. 3а, 3б, 3в).



Рисунок 3в

необходимо очень широкое раскрытие рта, и если оно не получается сразу, то можно помочь ребенку, поглаживая пальцем или соском груди по щеке и нижней губе ребенка, что вызовет рефлекторное движение губ и раскрытие рта (рис. 3а, 3б, 3в). Неред-

ко первой реакцией ребенка на материнскую грудь будет ее лизание и только потом уже захват.

Хороший захват обеспечивает ребенку достаточную легкость сосания, а также хорошую рефлекторную регуляцию дыхания, сопряженного с сосанием груди. Эффективность сосания определяется не через создание отрицательного давления, а через ритмичный массаж ареолы, осуществляемый движениями языка ребенка, т.е. реальным механическим "доением" железы.

Для кормящей женщины глубокий хороший захват является главной гарантией сохранности кожи соска и прилегающей части железы. Захват одного соска (без ареолы) и последующее его сосание неэффективны и сразу приводят к формированию трещин. За правильным прикладыванием к груди должна следить медсестра.

Значение контакта "кожа к коже" во время кормления грудью

Желательно, чтобы при кормлении ребенок имел возможность тесно контактировать с материнским телом и исследовать материнскую грудь. Поэтому лучше кормить его обнаженным, лишь в распашонке с открытыми рукавами и подгузнике, прикрыв одеялом, что позволяет оставить его ручки и ножки открытыми. В свою очередь, у матери должна быть обнажена грудь и ноги. При таком тесном контакте происходит не только знакомство и формирование привязанности, но и дополнительная гормональная стимуляция материнской лактации, что особенно важно либо при ее становлении в первые дни и недели, либо при временном уменьшении лактации при так называемых лактационных кризах.

При совместном пребывании кожный контакт применяется регулярно, и постепенно он становится временем счастливого общения матери и ребенка даже вне кормления. Во многих акушерских клиниках Скандинавии и Европы отцы также используют кожный контакт с новорожденным для раннего общения и формирования привязанности.

В тех случаях, когда первый кожный контакт проводился, а повторный не применялся, при последующих кормлениях достижение большего участия ребенка в процессе кормления удавалось достичь только при свободном пеленании или использовании уже в первые дни такой детской одежды, как распашонка и ползунки.

Регулярное повторение кожного контакта в последующие дни жизни находит все более полную поддержку в неонатологии, в первую очередь при выхаживании больных и маловесных детей. С этой целью метод модифицирован и известен как "способ кенгуру". Здесь, кроме функции взаимной связи, кожный контакт обеспечивает для ослабленного ребенка эффективное согревание от тела матери и существенную экономию энергозатрат, что резко увеличивает выживаемость.

Поза матери во время кормления

Во время кормления поза матери должна быть очень удобной для того, чтобы не создать у женщины мышечного напряжения ни в одной мышечной группе и не привести ее к мышечному утомлению. С этой целью могут использоваться любые простые приспособления — скамеечки под ноги, подушки и подлокотники. Второе крайне важное условие — при использовании любой позы кормящая женщина должна хорошо видеть лицо ребенка, также как и он должен иметь возможность использовать кормление для тщательного изучения лица матери, особенностей ее мимики и выражения глаз.

Первые дни после родов можно кормить ребенка в положении лежа на боку или лежа на спине. Для кормления лежа на боку есть 2 варианта положений.

При положении лежа на боку руку, оказавшуюся нижней, нужно согнуть в локте наверх и наружу и под руку или между рукой и головой положить подушку. При необходимости можно использовать и вторую подушку, положив ее под спину. Ребенок должен лежать на кровати параллельно телу матери, рядом с ним и даже слегка к нему прижатым. Если ребенок маленький и маловесный, то можно и для него приспособить подушечку. Главное, поместить головку ребенка так, чтобы его рот находился на одном уровне и очень близко к соску матери. Ладонью верхней руки мать поддерживает спинку ребенка и слегка помогает ему в захвате соска (рис. 4). Другим положением является положение лежа на боку, когда нижняя рука матери располагается вдоль ее тела. Ребенок лежит на нижней руке матери таким образом, чтобы его рот располагался напротив соска (рис. 5).

При положении матери на спине ребенок укладывается на живот матери и она одной своей рукой, чаще дальней по отношению к стороне груди кормления, поддерживает его головку за лобик,



Рисунок 4

контролируя свободное дыхание младенца. Положение лежа на спине менее удобно и поэтому редко используется женщинами.

Кормление сидя требует использования одной-двух подушек для того, чтобы мать могла устроиться поудобнее. Головка ребенка должна лежать в локтевом сгибе руки матери со стороны той груди, которой мать кормит малыша. Этой же рукой мать поддерживает малыша под спинку. Одна подушка необходима для опоры локтя матери, а на другую подушку можно уложить ребенка, чтобы его рот оказался на уровне соска грудной железы. Другой рукой мать



Рисунок 5

может поддерживать грудь наложением большого пальца кисти сверху и остальных пальцев снизу грудной железы, но не слишком близко к соску. Кроме этого, используют кормление в позе, сидя из-под мышки (рис. 6, 7).

Удобство позы и использование дополнительных подушек необходимо только вначале обучения технике грудного вскармливания. В дальнейшем, когда мать научится правильно давать грудь младенцу, поза при кормлении перестает играть такую важную роль. Мать может кормить ребенка и лежа, и сидя, и стоя в зависимости от ситуации.



Рисунок 6

Правильное положение ребенка у груди

Первым условием успешного кормления является правильное положение ребенка у груди, что значительно облегчает кормление, обеспечивает поступление молока и помогает предотвратить воспаление и растрескивание сосков, а также нагрубание молочных желез. Перечислим признаки правильного кормления:

Положение тела матери и ребенка:

— Матери удобно, она расслаблена.



Рисунок 7

- Тело ребенка прижато к материнскому, лицом к груди.
- Голова и тело ребенка лежат в одной плоскости.
- Подбородок ребенка касается груди.

Реакция ребенка:

- Ребенок берет грудь, когда он голоден.
- При касании груди ребенок открывает рот и стремится ее захватить.
- Ребенок облизывает грудь.
- Ребенок не выпускает грудь.

Эмоциональная близость:

- Мать спокойна, уверена.
- Мать смотрит на ребенка, гладит его, помимо контакта "кожа к коже", контакт "глаза в глаза".

Состояние груди:

- Кожа выглядит здоровой.
- Соски набухшие, вытянуты вперед.
- Во время кормления грудь кажется круглой.
- После кормления грудь мягкая.

Сосание:

- Ротик ребенка широко открыт.
- Нижняя губа вывернута наружу.
- Язык изогнут вокруг груди.
- Щеки круглые.
- Ареола больше видна над ртом ребенка.
- Медленное глубокое сосание с паузами.
- Можно видеть или слышать глотание.
- Ребенок сам отпустил грудь.

Частота прикладываний ребенка к груди

Прикладывание ребенка к груди должно осуществляться уже с первого дня по любому знаку голода или дискомфорта со стороны ребенка. Частота прикладывания к груди и здесь определяется его потребностью. Знаками голода могут быть активные сосательные движения губ или вращательные движения головки с различными звуковыми знаками еще до крика. Организованное таким образом грудное вскармливание называют *свободным вскармливанием* или *кормлением по требованию*.

Наибольшую сложность в такой системе вскармливания представляет правильная трактовка матерью крика ребенка. Даже в первые

недели жизни причинами крика могут быть и боль, и неудобное положение, и раздражение от мокрой пеленки, и требование общения. В любом случае крик представляет собой призыв к материнскому вниманию, и мать быстро научится понимать его смысл. Опасность ошибки — лишнего прикладывания к груди — не несет для ребенка ничего плохого, он получит еще одно подтверждение материнской любви и участия. Для женщины такой режим, безусловно, более утомителен, но она должна понимать, что он является временным, а выигрыш — исключительно значим. Прикладывание ребенка к груди по требованию обеспечивает надежное формирование лактации и полноценное пищевое обеспечение на длительный срок.

В первые дни жизни новорожденные питаются очень нерегулярно. В первый и второй день они могут потребовать грудь всего несколько раз, а в последующие дни сосать очень часто — частота прикладываний может составлять 12–20 раз и более в сутки. При этом возможны интервалы между кормлениями от 15 минут до 3–4 часов. По мере увеличения продукции молозива и молока, а также лучшего приспособления ребенка к кормлению частота прикладываний может уменьшаться у одних детей значительно, у других менее. Переход от неопределенного режима вскармливания до относительно регулярного занимает от 10–15 суток до 1 месяца.

Принуждение ребенка сосать грудь по режиму в определенное время препятствует нормальному грудному вскармливанию. Частое, ничем не ограниченное кормление грудью сразу же после родов стимулирует выработку пролактина и, следовательно, оптимальным образом стимулирует лактацию и способствует приходу молока. Это помогает также предотвратить нагрубание молочных желез и связанных с этим проблем.

Преимущества кормления по требованию:

- увеличивается количество грудного молока и усиливается молокоотдача;
- ребенок быстрее набирает вес;
- меньше проблем с нагрубанием молочных желез;
- легче сформировать у ребенка навыки грудного вскармливания и тем самым обеспечить продолжительное кормление грудью.

Продолжительность кормления грудью

Длительность прикладывания также не должна ограничиваться, и это справедливо даже тогда, когда ребенок практически ничего уже не высасывает, а просто дремлет у груди. **Потребность в контакте и сосании может нередко носить самостоятельный характер, относительно независимый от пищевого поведения ребенка.**

Раньше педиатры рекомендовали держать детей у груди 5–10 минут, так как считали, что слишком долгое сосание может вызвать воспаление сосков и трещины. Теперь известно, что причиной воспаления сосков является сосание в неправильном положении, а продолжительность кормления не имеет значения.

Разные дети остаются у груди разное по продолжительности время. Большинство из них насыщается за 10–20 минут, а некоторые малыши могут сосать 30 минут, 1 час и более. Продолжительность сосания определяется чувством насыщения ребенка. Последние исследования показали, что "ленивые сосуны" съедают такое же количество молока, что и "проворные". Если у "ленивого сосуна" преждевременно забрать грудь, он не насытится и может не получить позднего молока, которое необходимо ему для нормального роста.

Кормление обеими грудями

Как правило, новорожденные насыщаются, пососав лишь одну грудь. Более крупные дети могут каждый раз требовать кормление из двух грудей. При длительном сосании груди и активном ее опорожнении ребенку обязательно следует предложить вторую грудь. Следующее кормление нужно начать с той груди, которой было закончено предыдущее кормление.

Некоторые матери забирают у ребенка первую грудь раньше времени и предлагают вторую. Использование двух молочных желез при кормлении несет в себе опасность того, что ребенок недополучит части трудно высасываемого, но наиболее питательного "заднего" молока из первой груди, что может привести к проблемам. Поэтому ни в коем случае нельзя быстро менять грудь при кормлении, необходимо дождаться, когда ребенок полностью опустошит первую грудь.

Ночное кормление

Ночные прикладывания особенно значимы в поддержании лактации и осуществлении телесного контакта матери и ребенка. В медицинской практике середины XX века считалось, что в ночное время желудок ребенка должен отдыхать. По совету педиатров многие матери пытаются приучить ребенка спать всю ночь и не кормят его грудью, а это приводит к снижению выработки молока. **Ночные кормления являются прекрасным средством для поддержания достаточной лактации.** Это связано с тем, что ночью вырабатывается больше пролактина, чем днем. Поэтому ночью ребенка следует кормить столько, сколько он захочет. Для осуществления ночных кормлений матери проще всего брать ребенка к себе в постель, чтобы он мог сосать грудь во время сна, не доставляя ей хлопот. Ночью ребенка следует кормить как можно дольше.

Преимущества ночных кормлений:

- дает возможность поддержать и увеличить поступление молока;
- дает преимущество в случае, если днем мать отлучается. Это особенно важно, если мать работает. Ребенок получает много необходимого для него молока ночью и днем требует его меньше;
- имеет значение при планировании деторождения. Это связано с эффектом пролактина, который вырабатывается интенсивнее во время ночных кормлений и препятствует возобновлению овуляции.

Дополнительная вода не нужна

Грудное молоко, включая молозиво, представляет собой идеально сбалансированную еду и питье для младенцев. Для успешного грудного вскармливания, особенно в первые дни, крайне важно исключить допаивание ребенка водой, чтобы снять его беспокойство. Допаивание между кормлениями водой, глюкозой или чаем с сахаром и тем более смесью для вскармливания — очень опасно и совершенно не нужно. Ребенок рождается с запасом воды, предохраняющим его организм от обезвоживания, пока не прибыло молоко. Специальные исследования с определением осмолярности мочи новорожденных, не получавших допаивание, показали, что грудное молоко содержит до 87–90% воды и при достаточном

уровне лактации полностью обеспечивает потребность ребенка в жидкости даже в условиях жаркого климата (Aemroth S., Bidinger P., 1990; Sachder H., 1991). Кроме этого, жидкость, содержащаяся в грудном молоке, имеет другие химические характеристики и усваивается ребенком лучше, чем любая другая жидкость, которую ему могут предложить. Поэтому при исключительно грудном вскармливании потребность ребенка в жидкости полностью обеспечена. В первые 6 месяцев жизни ему не нужна никакая другая еда или жидкость, кроме материнского молока.

Введение любой дополнительной воды, в виде чая, воды от колик, соков и т.д., уменьшает количество молока, которое поглощает ребенок. Согласно исследованиям ВОЗ центры жажды и сытости в головном мозге у новорожденных практически совпадают и удовлетворяются одновременно. При допаивании младенца у него создается ложное чувство насыщения, что приводит к вялому сосанию и уменьшению потребности в грудном молоке. При допаивании из-за сокращения потребности в грудном молоке дети хуже набирают в весе. Кроме этого, инородная жидкость и пища могут причинить ребенку прямой вред. Они могут внести возбудителей инфекции, вызвать аллергию и раздражение кишечника. Дети, получающие дополнительную жидкость, гораздо чаще страдают желудочно-кишечными расстройствами, у них долго не налаживается стул.

Сцеживание

При правильно организованном грудном вскармливании и нормальной лактации в грудь матери поступает столько молока, сколько необходимо ребенку. Симбиоз "мать — дитя" — это система, действующая по принципу спроса и предложения, т. е. чем больше молока высасывает ребенок, тем больше его вырабатывается у матери. Как правило, при кормлении по требованию эта система хорошо налажена, поэтому сцеживание применять не следует.

В сцеживании может возникнуть необходимость, если нужно поддержать лактацию. Это бывает необходимо в случае вынужденного разлучения матери и ребенка. Грудное молоко содержит вещество, называемое *ингибитор*, которое накапливается в наполненной груди и уменьшает выработку молока. Поэтому в случае разлучения с матерью, если ребенок какое-то время не может сосать грудь, сцеживание поможет продолжить выработку молока. Мать

может сцеживать молоко вручную или с помощью молокоотсоса несколько раз в день (примерно через 3 часа). Ручное сцеживание предпочтительнее, поскольку оно более естественно имитирует сосательные движения ребенка, а кроме этого, исключается необходимость в стерилизации молокоотсоса. Кроме того, сцеживание как лечебная процедура может применяться в случае избытка молока (механическое опустошение груди для профилактики лактостаза) или его недостатка (чтобы простимулировать лактацию и заставить грудь вырабатывать больше молока).

Рекомендация сцеживать грудь после каждого кормления без необходимости может стать препятствием к грудному вскармливанию, поскольку ее выполнение отнимает у женщин очень много времени. Необходимость в такой трудоемкой дополнительной процедуре может заставить мать вообще отказаться от грудного вскармливания.

Обработка груди

Мытье груди до и после каждого кормления приводит к разрушению естественного защитного слоя жиров, который поддерживает кожу в здоровом состоянии и защищает ее от инфекции. При частом мытье груди с мылом кожа пересыхает, что может стать причиной образования трещин на сосках. Кроме этого, при вскармливании по требованию у женщин просто нет времени мыть грудь перед каждым кормлением, поэтому рекомендация часто мыть грудь может осложнить грудное вскармливание и стать причиной отказа матери кормить ребенка грудью.

Чтобы сохранить кожу груди здоровой, лучше всего перед кормлением и после него обрабатывать сосок грудным молоком. Мыть грудь следует не чаще, чем мать принимает общий душ или ванну, т.е. один раз в 1–3 дня. Самое важное правило гигиены — это мытье рук после посещения туалета и смены пеленок.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Трещины сосков и их лечение

Причиной появления трещин сосков является, прежде всего, неправильное прикладывание ребенка к груди, когда младенец захватывает только сосок. Кроме этого, образованию трещин способствует частое мытье груди, а также применение для обработки соска и ареолы спиртосодержащих растворов. Неправильный захват ребенком груди вызывает у матери неприятные и даже болезненные ощущения, поэтому даже незначительные неприятные ощущения во время кормления требуют к себе очень активного внимания, являясь свидетельством неадекватности выбранного приема и техники кормления ребенка. Если же пренебречь этим сигналом неблагополучия, то вскоре на соске на месте болезненности может возникнуть покраснение кожи и резко повышенная чувствительность, а затем — трещина. Поэтому важно не упустить время, когда еще есть возможность предотвратить ее возникновение, изменив технику кормления ребенка. Если же трещина все-таки появилась, то на время ее лечения следует уменьшить раздражение больной груди. Это достигается за счет увеличения числа кормлений. Увеличивая частоту прикладываний ребенка к груди, следует одновременно стремиться уменьшить раздражение больной груди через сокращение времени сосания, а также предварительное сцеживание небольшой порции молока и спаивание его ребенку из ложечки.

После кормления следует сцедить каплю молока и смочить ею кожу вокруг соска. Широко ранее применявшиеся смазывания кожи антисептиками, соком алоэ, маслом из пчелиного воска в последнее время рекомендуются с меньшей настойчивостью, так как их запах способен "отпугнуть" ребенка от матери и привести к полному отказу от сосания груди. Если трещина не заживает в течение 2—7 дней, то может возникнуть необходимость в прекращении прикладывания ребенка к больной груди хотя бы на 1—3 дня. Ребенок при этом может быть сытым, получая только одну грудь, и в отдельных случаях ему будет необходим "докорм" с ложечки молоком, сцеженным из больной железы. Через один-три дня можно вер-

нуться к прикладыванию, но на первых порах используя большую грудь как дополнение к кормлению из здоровой.

С целью профилактики возникновения трещин целесообразно менять положение матери при кормлении (лежа, сидя, стоя), разумно ограничить время сосания, ориентируясь на его активность и весь комплекс поведения ребенка, нацеленный на общение. Кроме того, важное значение имеет техника "отнимания" соска у ребенка. Недопустимо вынимать сосок при наличии сжимающего усилия или сосания ребенка, поскольку при этом кожа соска может травмироваться. Необходимо, чтобы ребенок сам отпустил сосок, раскрыв рот. Для этого можно рекомендовать матери следующий прием: введение в рот ребенка мизинца параллельно с соском (рис. 8).



Рисунок 8

Замедленное появление молока

У подавляющего большинства женщин образование молока и резкое нагрубание молочных желез наступает в интервале от 3 до 5 дней после родов, однако у небольшой части женщин может иметь место отсроченная секреция молока (галактопоз) с медленным становлением лактации в сроки до 15–20 дней после родов. Могут встретиться и случаи первичной гипогалактии и даже семейной алактии. Дифференциальная диагностика между отсроченной секрецией молока и первичной гипогалактией представляет трудность, поэтому целесообразно все случаи недостаточного образования молока в первые недели жизни относить к отсроченной секреции молока и принимать все меры к стимуляции лактации. С этой целью ребенок должен прикладываться к груди не менее 12 раз в сутки с периодическим докормом донорским молоком. Прикладывание должно осуществляться к обоим молочным железам. По мере увеличения объема секреции молока

необходимость в докорме уменьшается, а тактика кормления становится обычной. Параллельно можно использовать и весь комплекс мероприятий, направленных на борьбу с гипогалактией. Особенное внимание здесь следует уделять психотерапевтической помощи женщине, созданию у нее уверенности в возможности увеличения лактации. Внимание матери следует акцентировать не столько на самой лактации, сколько на развитии, положительных эмоциях и успехах малыша. Слабая сосательная активность ребенка в течение первых 2–3 дней жизни нередко является одним из проявлений напряжения адаптации и благополучно завершается к 4–5-му дню. Вместе с тем все случаи слабого сосания требуют дополнительного внимания врача-неонатолога для исключения перинатальной или врожденной патологии. Особенно актуальным такое внимание является для той группы детей, которые охотно, иногда даже с жадностью, берут материнскую грудь, но быстро устают и прекращают сосание для отдыха или "передышки" с выраженным учащением дыхания. Нельзя упускать из виду и такой простой причины, как практикуемое в родильном доме отпаивание детей в промежутках между кормлениями раствором глюкозы или сладким чаем. Механическое раздражение желудка введенной жидкостью, как и некоторое количество питательных веществ, могут для многих детей быть тормозными регуляторами активного пищевого поведения. **Допаивание не нужно, а если есть медицинские показания, то только сразу после прикладывания к груди и из ложечки или чашечки.**

Подозрение на недостаток молока

Одной из самых распространенных причин для беспокойства и назначения педиатром докорма для ребенка являются жалобы матери: "У меня недостаточно молока!" Иногда эти жалобы вызваны обоснованным беспокойством, но чаще всего это довод, приводимый матерями для оправдания своего желания слишком рано перейти на бутылочное кормление ребенка молочными смесями или кашами. Однако часто у этих матерей бывает достаточно или даже много молока, но не хватает уверенности, что это так. Почти все матери способны к нормальной лактации, и у них вырабатывается достаточно молока для своего ребенка, если они этого хотят и если они кормят ребенка часто и в правильном положении. Подлинная гипогалактия встречается крайне редко — всего у 2–5% женщин. **Следует не торопиться назначать ребенку докорм, а преж-**

де всего, разобраться в ситуации. Чтобы проверить, достаточно ли молока получает ребенок, существуют простые и надежные тесты.

Тест на "мокрые пеленки". Чтобы выяснить, хватает ли ребенку молока, существует простой тест "проверка на мокрые пеленки". Важно знать, как часто мочит ребенок пеленки. Он должен мочиться от шести и более раз в сутки, причем моча должна быть бесцветной или бледно-желтого цвета. Если ребенок находится исключительно на грудном вскармливании и при этом мочится за сутки не менее 6 раз, ему хватает грудного молока.

Контроль веса ребенка. Убедиться в том, что ребенку хватает грудного молока, поможет взвешивание ребенка. Следует сопоставлять показатели веса и роста ребенка с нормативами для его возраста. Взвешивать можно ежемесячно или раз в 2 месяца, а если что-то беспокоит, то и еженедельно. Здоровый ребенок при достаточном питании должен прибавлять в весе от половины до одного килограмма ежемесячно или минимум 125 грамм каждую неделю. Линия роста в норме обычно соответствует возрастной кривой (рис. 9, 10). Она может быть несколько ниже или выше кривой, но она должна повторять ее рисунок. Частые контрольные взвешивания, производимые 1 раз в день или даже несколько раз в день, нервируют мать и ребенка, в результате чего младенец перестает прибавлять в весе.

Особый блеск глаз ребенка, выраженный комплекс оживления при контакте матери с ним во время кормления, бархатистость кожных покровов, хороший тургор тканей отличает здорового, сытого младенца на грудном вскармливании.

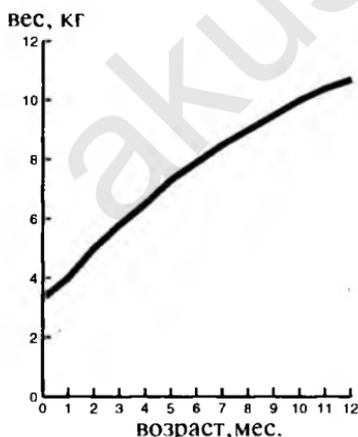


Рис. 9. Кривая веса ребенка

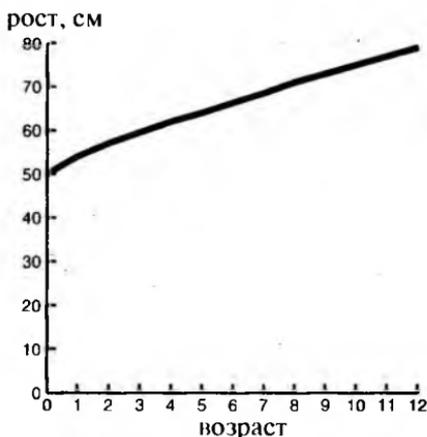


Рис. 10. Кривая роста ребенка

Ложный недостаток молока

При жалобах матери на нехватку молока следует выяснить у нее причины такого мнения. Если спросить у матери: "Почему Вы считаете, что у Вас недостаточно молока?" — она обычно отвечает, что ребенок недоволен, так как он:

- плачет больше, чем нужно,
- хочет, чтобы его кормили чаще, долго сосет во время кормления.

Действительно, в течение нескольких дней ребенок может казаться голодным на фоне сохранения достаточного наполнения грудных желез и нормальных или обычно свойственных для ребенка показателей контрольного кормления. Природа такого голодного беспокойства ребенка чаще всего связана со **ступенчатым (неравномерным) увеличением его энергетических потребностей** и, соответственно, аппетита, что наиболее типично для возраста 3—6 недель, затем — 3, 7, 11 и 12 месяцев. Рост пищевых энергетических потребностей и аппетита чаще всего обусловлен ростом двигательной активности, т.е. энергозатрат, и, в меньшей степени, собственно ростовыми процессами. В подавляющем большинстве случаев повышенная сосательная активность ребенка в период повышенного аппетита приводит к увеличению объема лактации. Поэтому в такие периоды ребенка следует чаще прикладывать к груди.

Подозрение на недостаток молока

В отличие от ложного недостатка молока возможно временное уменьшение секреции молока. При этом может отмечаться:

- беспокойство ребенка и крик во время или сразу после кормления;
- ощущение матерью полного опорожнения грудных желез еще при активном сосании ребенка;
- уменьшение количества мокрых пеленок в течение дня.

Причины временного недостатка молока.

1. **Физическое утомление, нервное напряжение и тревога матери** нередко являются причинами временного уменьшения секреции молока. Отдых от домашних дел, внимание, помощь и любовь со стороны близких людей могут быстро исправить положение. Однако и в этом случае целесообразно увеличить число прикладываемый ребенок к груди.

2. Лактационные кризы — это временное уменьшение количества молока. Такие кризы чаще всего наблюдаются, как уже было сказано, в первые 3 месяца лактации, но иногда могут наблюдаться и в 7–8 месяцев. Их периодичность — около 1,5 месяцев, продолжительность — около 3–4, редко 6–8 дней. Для здорового и хорошо упитанного ребенка лактационные кризы опасности не представляют. Если мать проинструктирована врачом о возможности их возникновения и своевременно переходит на увеличение частоты прикладываний, то объем лактации восстанавливается у нее достаточно быстро. Недопустимо, чтобы уже в начале криза предпринимались попытки докармливания ребенка из бутылочки и ставилась под угрозу возможность продолжения естественного вскармливания. Если все предпринимаемые усилия малоэффективны, то, исходя из состояния ребенка и факторов риска для успешного продолжения лактации, но не раньше шестого-восьмого дня лактационного криза, решается индивидуально вопрос о введении докорма.

Помощь матери при подозрении на недостаток молока

Помощь матери при подозрении на недостаток молока заключается в стимуляции лактации и укреплении ее веры в то, что она способна вырабатывать достаточное количество молока.

В случае подозрения на недостаток молока желательно наблюдать за матерью и ребенком до тех пор, пока предпринимаемые меры не принесут положительного результата (*табл. 1*).

Помощь матери при плаче ребенка и подозрении на недостаток молока

Многие матери начинают докармливать младенца молочными смесями из-за крика ребенка, считая это верным признаком того, что у них не хватает молока. Но это, как правило, не всегда помогает. В этом случае оказание помощи кормящей матери заключается в диагностике состояния ребенка и компетентной консультации медработника или другого специалиста (консультанта по грудному вскармливанию, психолога-перинатолога) для выявления причины плача ребенка.

Причины, по которым дети часто плачут:

- дискомфорт (грязно, жарко, холодно);
- усталость (слишком много посетителей);
- болезнь или боль (изменение картины плача);
- голод (недостаточное количество молока, быстрый рост).

В отношении грудного вскармливания можно перечислить следующие из них:

- чувство голода из-за быстрого роста;
- питание матери;
- кофеин, никотин и лекарства, принимаемые матерью;
- избыток грудного молока;
- "колики";
- повышенная необходимость в физическом контакте с матерью и сосании.

Разберем отдельные случаи подробнее.

Чувство голода из-за быстрого роста.

Иногда в течение нескольких дней ребенок кажется очень голодным из-за того, что он стал расти быстрее, чем рос раньше, и требует, чтобы его кормили чаще. Это состояние оценивается как ложная нехватка молока, о которой мы уже говорили выше. Чтобы успокоить ребенка, следует чаще прикладывать его к груди. Таким образом мать прекратит плач младенца и увеличит запас молока для него.

Питание матери.

Иногда мать замечает, что ее ребенок чаще плачет, если она ест специфическую пищу. Это происходит потому, что некоторые вещества из ее пищи проникают в молоко. Это может случиться при любом составе питания матери, поэтому нет специальных перечней продуктов, употребления которых она должна избегать. Мать сама может заметить эти продукты и при необходимости скорректировать диету, хотя бы на неделю прекратить их употребление. У грудных детей может появиться аллергия на протеины некоторых продуктов, употребляемых матерью: коровье молоко, соя, яйца, арахис. Кроме этого, довольно часто у детей развивается аллергия на протеины коровьего молока даже после одного или двух кормлений смесями в предлактационный период.

Кофеин, никотин и лекарства, принимаемые матерью.

Кофеин, содержащийся в кофе, чае и других напитках, может

Таблица 1

Ищите причину	
Что необходимо предпринять	О чем вы можете узнать
<i>Слушать и узнавать</i>	Психология и самочувствие матери
<i>Составить историю</i>	Детали кормления грудью, в том числе предыдущих детей, прием контрацептивов, диуретиков
<i>Оценить кормление грудью</i>	Позиция ребенка у груди, привязанность к ребенку или неприязнь, моменты ухода
<i>Осмотреть ребенка</i>	Болезнь или аномалии, вес, рост
<i>Осмотреть мать и ее молочные железы</i>	Ее питание и здоровье, есть ли проблемы с грудью
Формирование уверенности и оказание поддержки	
<i>Принимать</i>	Мнение матери о количестве грудного молока, ее восприятие кормления грудью и своего ребенка
<i>Хвалить и искать положительные моменты</i>	Что она еще кормит грудью, ее молочные железы вполне хорошие, чтобы выработать молоко
<i>Оказать практическую помощь</i>	Улучшить прикладывание ребенка к груди
<i>Дать уместную информацию</i>	Объяснить, как сосание ребенка регулирует количество молока, как ребенок может получать больше молока
<i>Пользоваться простым языком, предлагать в соответствии с ситуацией</i>	Молочные железы будут вырабатывать больше молока: — если ребенок будет больше высасывать, кормите грудью чаще, дольше, в ночное время; — перестаньте кормить из бутылочки, откажитесь от пустышки; — давайте поменьше или совсем перестаньте давать другую пищу или питье (если ребенку еще нет 4–6 мес.); — посоветуйте, как ослабить стресс или беспокойство; — предложите поговорить с членами семьи
Помочь с менее общими причинами	
<i>Состояние ребенка</i>	Если ребенок болен или есть аномалии, плохой уход, направить к специалисту
<i>Состояние матери</i>	Если принимать эстрогенсодержащие таблетки, диуретики, то помочь подобрать другие Оказать соответствующую помощь при других состояниях

проникнуть в грудное молоко и расстроить состояние ребенка. Если мать курит или принимает лекарства, то, вероятнее всего, ее ребенок будет плакать больше, чем другие дети. А если в семье еще кто-то курит, то это может усилить отрицательное влияние на ребенка. Поэтому следует рекомендовать матери ограничить употребление кофе, чая и других кофеинсодержащих продуктов, а также согласовать необходимость в использовании лекарственных препаратов.

Избыток грудного молока.

Избыток грудного молока может иметь место при плохом прикладывании ребенка к груди. В результате того, что мать отрывает ребенка от одной груди, не дав ему опорожнить ее, и прикладывает к другой груди, происходит чрезмерная стимуляция лактации и количество молока значительно увеличивается. В этой ситуации ребенок получает слишком много раннего молока и недостаточно позднего. По этой причине у него может появиться зеленый стул, он может плохо набирать вес или может расти хорошо, но плакать и требовать частого кормления. Даже если у матери много молока, она может думать, что для ребенка его недостаточно.

При избытке молока следует советовать матери давать в одно кормление только одну грудь, а следующее начинать со второй.

"Колики" у ребенка.

Некоторые дети много плачут не переставая в определенное время дня, а чаще вечером. При этом ребенок может подтягивать ноги к животу и сучить ими, как будто болит живот. Может показаться, что ребенок хочет сосать, но его трудно успокоить. У детей с подобной картиной плача может быть активное пищеварение и выход газов, но причина плача не ясна. Такое состояние называется "колики". Дети с "коликами" обычно растут хорошо, а начинают меньше плакать после трехмесячного возраста.

При коликах не рекомендуется давать лекарства для их облегчения, а также вводить докорм, поскольку при искусственном вскармливании "колики" бывают чаще. Для облегчения "колик" следует показать матери, как правильно держать и носить ребенка на руках, обеспечить близкий физический контакт, мягкое поглаживание животика.

Повышенная необходимость в физическом контакте с матерью и сосании.

Некоторые дети плачут больше других, и они нуждаются в том,

чтобы их дольше держали на руках и носили. В литературе таких детей иногда называют “дети с большими запросами”. В обществах, сохранивших патриархальную культуру, где матери носят детей с собой и часто прикладывают к груди, отвечая на любой призыв ребенка, плач детей бывает реже, чем там, где матери укладывают и оставляют детей в кроватке на долгое время или где их укладывают спать в отдельной комнате.

Как помочь, если ребенок много плачет? (табл. 2)

Если ребенок практически здоров и в специализированной помощи не нуждается, то необходимо оказать матери психологическую поддержку и внушить уверенность в продолжении грудного вскармливания. Дать ей необходимую информацию о том, что ребенок действительно нуждается в том, чтобы его успокоили. Сосание грудного молока безопасно и полезно, бутылочки и пустышки — опасны.

Отказ от груди

Очень часто кормление грудью прекращают после отказа ребенка от груди. Отказ ребенка оказывает сильное негативное воздействие на мать, она теряет уверенность в необходимости дальнейшего продолжения лактации. Однако при внимательном отношении педиатра к случившемуся и эту проблему можно решить. В первую очередь необходимо найти причину отказа от груди и помочь матери и ребенку продолжить кормление грудью (табл. 3).

Таблица 2

Искать причину вместе с матерью	
<i>Слушать и узнавать</i>	Помочь матери рассказать о ее состоянии, чувствах и переживаниях, посочувствовать ей
<i>Составить историю</i>	Узнать о кормлении ребенка и его поведении. Узнать о диете матери, курении, употреблении лекарств. Узнать о мнении членов семьи о докорме, использовании сосок и т.д.
<i>Оценить качество кормления грудью</i>	Оценить положение ребенка у груди, его поведение, продолжительность кормления
<i>Оценить развитие ребенка</i>	Проверить вес и рост ребенка, его физическое и психоэмоциональное развитие. В случае заболевания ребенка — принять меры

Причины отказа от груди

<i>Кажущийся отказ</i>	<ul style="list-style-type: none"> – "прицельное" поведение ребенка, когда он в поисках соска долго вертит головой из стороны в сторону; – ребенок дольше и труднее учится брать материнскую грудь; – дети в возрасте 4–8 месяцев легко отвлекаются от кормления (звук, движение, присутствие или появление другого человека); – дети старше года сами отлучаются от груди
<i>Болезнь, боль</i>	<ul style="list-style-type: none"> – инфекция; – черепно-мозговая травма; – заложенный нос, ринит, катаральный отит; – воспаление во рту (молочница, прорезывание зубов)
<i>Затруднения, связанные с техникой кормления грудью</i>	<ul style="list-style-type: none"> – кормление из бутылочки через соску; использование пустышек-успокоителей; – неправильное прикладывание к груди, в результате чего ребенок не может хорошо отсосать молоко; – мать неправильно поддерживает грудь или делает движения грудью, нарушающие технику кормления; – ограничение в кормлении грудью, кормление по часам; – у матери слишком много молока, и оно течет слишком быстро
<i>Неприятные переживания ребенка</i>	<ul style="list-style-type: none"> – разлука с матерью; – появление нового человека, ухаживающего за ребенком; – изменения в жизни семьи; – мать вышла на работу; – мать заболела; – у матери менструация; – невнимательное отношение матери к нуждам ребенка; – ошибки в уходе за ребенком

Виды отказа от груди:

- ребенок берет грудь, но не сосет, не глотает или сосет очень мало;
- ребенок кричит и сопротивляется при попытке матери дать ему грудь;
- ребенок минуту сосет, затем отрывается от груди с плачем;
- ребенок берет одну грудь, но отказывается от другой.

Помощь при отказе от груди.

В случае кажущегося отказа от груди мать следует успокоить и объяснить ей, что "прицельное" поведение ребенка совершенно нормально. Чтобы помочь малышу, мать может держать его у груди подольше, давая ему возможность исследовать ее. Если ребенок при кормлении легко отвлекается, то можно предложить матери некоторое время кормить ребенка в более спокойном месте, и проблема разрешится довольно быстро.

В случае, если ребенок болен, его следует лечить.

Если у матери возникли затруднения, связанные с техникой кормления, а это бывает очень часто, следует разъяснить ей причину трудности и при очередном кормлении грудью практически помочь овладеть правильной техникой кормления. При слишком большом количестве молока следует поступать так же, как описано в разделе "плач ребенка".

В случае, если у ребенка возникли неприятные переживания, связанные с какими-то переменами в поведении матери или жизни семьи, на эти обстоятельства следует обратить особое внимание. Их надо обсудить с кормящей мамой, членами ее семьи и постараться выяснить причину конфликтной ситуации, а затем, по возможности, постараться ее устранить. Например, сократить разлуку с матерью, если это возможно.

"Обучение" ребенка, отказывающегося от груди.

Чтобы снова наладить кормление грудью, матери нужна психологическая поддержка и компетентная консультация, а также ряд простых мер. Очень важно внушить матери, чтобы она на время приучения ребенка к груди постоянно находилась вместе с ним и не привлекала никаких других лиц к уходу за ним. Перечислим рекомендуемые действия матери по отношению к ребенку:

- находиться с ребенком в любое время, а не только во время кормления грудью;

- позаботиться об обеспечении тесного контакта "кожа к коже" и "глаза в глаза";
- организовать совместный сон с ребенком и предлагать ночные кормления грудью;
- полностью исключить соски, пустышки и другие успокоители;
- предлагать ребенку брать грудь в разных позициях, если ребенок уже способен сам заявить о своем удобстве (после 8 месяцев), то кормить его в том положении, которое он предпочитает;
- помогать ребенку взять грудь, прикладывать его к груди так, чтобы он легко мог взять её;
- сцеживать молоко ребенку в рот, стараясь пригласить его сосать молоко.

Увеличение лактации и релактация

Если у матери уменьшилась лактация, ей необходимо помочь увеличить ее. Уменьшение лактации обычно вызвано неправильно организованным грудным вскармливанием, неправильным прикладыванием к груди, отсутствием частых прикладываний или другими трудностями грудного вскармливания, когда ребенок не получает необходимого количества молока.

Иногда мать после вынужденного прекращения грудного вскармливания может захотеть восстановить лактацию. Это называется *релактацией*. Ситуации, при которых мать хочет возобновить лактацию, могут быть следующими:

- ребенок заболел и не сосал грудь какое-то время;
- ребенок искусственно вскармливается, но мать хочет попытаться кормить его грудью;
- ребенок заболел или ему не подходит искусственное питание;
- мать заболела и прекратила кормить ребенка;
- женщина усыновила ребенка.

Для увеличения лактации и релактации используются одинаковые методы, поэтому мы описываем их вместе. Релактация — это более трудный и длительный процесс. У матери должна быть хорошая мотивация, и ей необходимо оказать большую поддержку (Иногда необходимо прибегнуть к методам, описанным в разделе "Помощь при отказе от груди").

Как помочь матери увеличить количество грудного молока?

С целью стимуляции выработки молока женщина должна разрешить ребенку сосать грудь как можно чаще. Если ребенок не хочет часто сосать, лактация не увеличится, что бы мать ни делала.

Для увеличения лактации имеет значение питание матери. Если кормящая мать недоедает, ей необходимо больше есть, чтобы восстановить силы и энергию. Если мать питается нормально, еда и теплое питательное питье помогают ей расслабиться и чувствовать себя уверенней. Многие матери испытывают чувство жажды при кормлении грудью, особенно незадолго до кормления. Им необходимо попить, чтобы утолить жажду. Однако обильное питье не увеличивает поступление грудного молока.

В ряде стран опытные женщины знакомы с некоторой формой lactagogue. Lactagogues (лактогонные вещества) – специальные продукты, питье или травы, которые, как считают люди, увеличивают выработку грудного молока. Это не лекарства, но они помогают женщине расслабиться и вселяют в нее уверенность. В этих случаях рекомендуется использовать специализированные продукты и БАД (биологически активные добавки), в том числе и из растительного сырья. Для продления и стимуляции лактации были разработаны и использованы различные специализированные продукты, которые представляют собой смеси на основе сухого молока, обогащенные витаминами и минеральными веществами.

С целью стимуляции лактации рекомендуется использовать и напитки из пищевых растений: трав, семян, плодов, овощей, обладающих биологически активными свойствами. Эти растения содержат биологически активные компоненты – глюкозиды, гормоноподобные вещества, обладающие лактогенным эффектом.

Напитки для кормящих женщин

Сок морковный.

Вымытую щеткой морковь натереть на мелкой терке, отжать сок и пить по полстакана на прием 2–3 раза в день. Для улучшения вкусовых качеств в сок моркови добавляют молоко, сливки, мед и фруктово-ягодные соки. Добавления должны быть не очень большими (1–2 столовые ложки на стакан сока), чтобы не снижать действие морковного сока.

Морковь, тертая с молоком.

В стакан помещают 3–4 столовые ложки тертой моркови, заливают молоком или сливками и пьют по 1 стакану 2–3 раза в день. Вечером в напиток можно добавить 1–2 чайные ложки меда – для снятия нервного напряжения и хорошего ночного сна.

Напиток из семян салата.

Наиболее выраженным молокогонным действием обладают семена салата листового. Для приготовления напитка из них берут 20 г семян, осторожно раздавливают в фарфоровой ступке и заливают 1 стаканом кипятка. Настаивают 2–3 часа и пьют 2–3 раза в день по полстакана на прием. Для улучшения вкуса можно прибавить 1–2 чайных ложки меда на 1 стакан кипятка.

Тминный напиток.

Для приготовления 1 л напитка берут 15 г семян, 100 г сахара, 1 лимон средней величины или 2 г лимонной кислоты. Заливают водой, варят на очень слабом огне 5–10 минут, процеживают и пьют по полстакана 2–3 раза в день.

Сливки с тмином.

2 стакана сливок влить в керамический горшок, добавить 2 столовые ложки семян тмина, закрыть крышкой и поставить в духовку комнатной температуры, пить на завтрак и ужин.

Тминный квас.

Хлеб ржаной, резаный небольшими кусочками, сушат, слегка поджаривают, заливают водой и оставляют на 3–4 часа. После этого процеживают, добавляют дрожжи, сахар, тмин и ставят в теплое место для брожения на 10–12 часов.

На 1 кг черного хлеба – 40 г тмина, 500 г сахара, 25 г дрожжей и 10 л воды.

Настой семян укропа.

Одну столовую ложку семян укропа заливают горячей водой (1 стакан), настаивают 2 часа. Пьют по полстакана на прием 2 раза в день. Иногда по столовой ложке 6 раз в день, в зависимости от переносимости. Пьют мелкими глотками, задерживают на некоторое время во рту.

Настой аниса.

Готовят из двух чайных ложек семян на 1 стакан кипятка. Настаивают 1 час. После охлаждения пьют по 2 столовые ложки 3–4 раза в день за 30 мин. до еды.

Напиток из аниса, фенхеля и душицы.

Смешать кг растертых плодов аниса, кг плодов фенхеля и кг травы душицы. Одну чайную ложку смеси заливают 1 стаканом кипятка, настаивают 2 ч. Пьют по полстакана на прием 2–3 раза в день.

Сок редьки с медом.

Для кормящих женщин хорошим молокогонным средством является сок редьки с медом, разбавленный (1:1) охлажденной кипяченой водой и слегка подсоленной. На 100 г сока редьки берут 100 г кипяченой воды комнатной температуры, 1 ст. ложку меда и соль по вкусу.

Сок из листьев одуванчика.

Свежие молодые листья одуванчика измельчают на мясорубке, отжимают сок, солят по вкусу, дают постоять 30–40 минут и пьют по полстакана 1–2 раза в день мелкими глотками. Для улучшения вкуса добавляют сок лимона, соль, мед и сахар.

Сироп "Сказка" из цветков одуванчика.

Раскрывшиеся цветки одуванчика, собранные в солнечную погоду утром (200 шт.) и измельченный без корки лимон (1 шт.) отварить в литре воды в течение 10 минут. Оставить для настаивания на 10–12 часов, процедить через сито или марлю, добавить 800 г сахара и варить до готовности. Использовать для ароматизации чая, воды и прохладительных напитков.

Сироп "Аромат".

Четыре стакана цветков одуванчика, собранных в солнечную погоду, укладывают в эмалированную посуду и заливают двумя стаканами воды. Добавляют измельченный лимон без кожуры и варят в течение 1 часа на малом огне. После этого добавляют готовый сироп, состоящий из 0,5 л воды и 800 г сахара. Доводят до кипения и разливают в бутылки для хранения. Используют для ароматизации чая и других напитков.

Сироп из одуванчиков и апельсиновых корок.

Три стакана цветков одуванчика и 1 стакан корок апельсина залить 2 л 80%-ного сахарного сиропа и варить 15 минут на малом огне. После этого оставить для настаивания на 12 часов. Процедить через сито и разлить в бутылки для хранения. Использовать для ароматизации напитков.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИ ВЫГОДНО

Помимо медико-биологических, гигиенических и психологических преимуществ, естественное вскармливание экономически выгоднее искусственного.

По существу, при исключительно естественном вскармливании до шести месяцев ребенка семья не затрачивает денег на его питание.

При раннем переходе на смешанное и искусственное питание, т.к. не все дети хорошо переносят продукты с молочной кухни, специалисты подсчитали, что стоимость кормления ребенка отечественными и зарубежными детскими смесями в течение 6 месяцев наносит существенный урон семейному бюджету, необходимому для других расходов. В первый месяц жизни ребенку требуется 5 банок по 500 г, во второй — 6,5 банок, а в третий — 8 банок. За первые 6 месяцев на искусственное вскармливание расходуется примерно 43,5 банок, а заменители грудного молока не являются дешевыми продуктами. Подсчитайте расходы по формуле:

1 банка _____ руб. \times 43,5 банки = _____ руб.

На май 1999 года расходы на питание ребенка в течение первых 6 месяцев составляли около 5200 рублей, что является довольно большой суммой. Доходы многих женщин, в особенности занятых домашним трудом, намного ниже, что делает искусственное вскармливание чрезвычайно обременительным для семьи. Кроме того, при исключительно грудном продолжительном вскармливании для кормящей матери мало шансов забеременеть вновь, и это обстоятельство может избавить от переживаний по этому поводу и затрат на приобретение контрацептивных средств.

Известно также, что заболеваемость детей при искусственном вскармливании значительно выше, чем при естественном. Таким

образом, помимо больших огорчений за здоровье своего ребенка при заболевании, это еще дополнительные затраты на его лечение.

В глобальном гуманном, общечеловеческом смысле грудное вскармливание обеспечивает здоровье нации, что должно приносить неосценимую пользу государству в целом:

НАБЛЮДЕНИЕ И ПОДДЕРЖКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Ведение адаптационного и основного периодов грудного вскармливания находится в компетенции участкового педиатра и медсестры участка. Вместе с тем наилучшие результаты по сохранению длительного грудного вскармливания достигались в Санкт-Петербурге и Москве в тех поликлиниках, где создавались специальные неонатологические отделения. Значительно повышался процент грудного вскармливания также при содружественной работе детских поликлиник с центрами перинатального воспитания и общественными группами матерей, поддерживающих грудное вскармливание. Комитетом здравоохранения г. Москвы и НИИ питания РАМН с 1995 г. организована преемственность в работе трех звеньев — женских консультаций, родильного дома и детских поликлиник, которая удостоверяется специальной печатью "поддержка грудного вскармливания" на обменных картах беременной, родильницы и новорожденного. В женских консультациях проводится подготовка беременных женщин к лактации. Организация работы в родильном доме носит принципиальный характер, конечным результатом которой должен явиться полный отказ от искусственного вскармливания, сосок, рожков и поощрение только грудного вскармливания. В детских поликлиниках основное внимание направлено на работу педиатров и патронажных сестер на дому в семьях с учетом социальных и психологических аспектов по поддержке грудного вскармливания с дальнейшим продолжением этих усилий в условиях поликлиники.

ПИТАНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ

Питание во время беременности

Сбалансированное питание по основным пищевым факторам способствует благоприятному течению беременности, т.е. здоровью будущей матери и нормальному развитию плода и новорожденного. Во время внутриутробного развития выделяются три критических периода, в течение которых эмбрион и плод особенно чувствительны к воздействию различных факторов, в том числе и питанию. Начальный период (первая неделя после зачатия) — имплантация — приживание оплодотворенной яйцеклетки в матке. Второй — период образования органов (3—6 недели) и третий — период плацентации (9—12 недели беременности). Плохо, если питание беременной недостаточно, но не лучше, если оно избыточно. Во время беременности женщина должна получать свежую полноценную пищу. Нормальным считается, когда за время беременности вес ее увеличивается на 10—12 килограмм при условии, что до беременности женщина не страдала дефицитом веса (*табл. 4*).

В 1991 году разработаны новые физиологические нормы потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения, в том числе для женщин детородного возраста, для беременных и кормящих матерей. Учитывая закономерности об-

Таблица 4

Компоненты, составляющие увеличение веса тела во время беременности

Компоненты	Вес, кг
Ребенок	3—3,5
Матка	0,8—1
Объем крови	1,3—2
Плацента	0,45—0,8
Амниотическая жидкость	0,9—1,5
Жидкость, жир, ткань груди	4,5

менных процессов во время беременности, изменение потребности в различных веществах происходит у женщин в основном со второй половины беременности. Приводим данные о потребности в пищевых веществах и энергии для женщин детородного возраста и во время беременности (табл. 5).

Таблица 5

Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для женщин детородного возраста, занятых средним физическим трудом (группа 2) в обычном состоянии и во время беременности (1991 г.)

Наименование пищевых веществ и энергии	Рекомендуемые величины для женщин в обычном состоянии	Рекомендуемые величины для женщин во время беременности, особенно во II полувию
Белок, г	66	96
В т.ч. животный, г	36	56
Жиры, г	73	85
Углеводы, г	318	348
Килокалории	2200	2550
Минеральные вещества		
Фосфор, мг	1200	1650
Кальций, мг	800	1100
Магний, мг	400	450
Железо, мг	18	38
Цинк, мг	15	20
Йод, мг	0,15	0,18
Витамины		
С, мг	70	90
А, мкг рет. экв.	800	1000
Е, мг токоф. экв.	8	10
Д, мкг	2,5	12,5
В1, мг	1,1	1,5
В2, мг	1,3	1,6
В6, мг	1,8	2,1
Ниацин, мг ниацин	14	16
Фолиевая кислота, мг*	180	400
Селен, мг*	55	65

* — Рекомендовано Dietary Allowances, США, 1989 г.

Как видно из приведенных данных, ко второй половине беременности энергетическая ценность рациона увеличивается на 350 ккал. Особенно следует подчеркнуть увеличение количества белка на 30 грамм, особенно белка животного происхождения — с 50% до 60% и более по отношению к общему белку рациона. Несколько увеличивается потребность в углеводах и жире. Причем долю растительных жиров целесообразно увеличить с 15–20 % до 35–40 %. Существенно увеличивается потребность в минеральных веществах, особенно в фосфоре (+ 450, мг), в кальции (+ 300, мг), железе (+ 20, мг), а так же в магнии, цинке, йоде, а также в водо- и жирорастворимых витаминах.

С первых дней беременности организм женщины нуждается в поступлении полноценных белков, основного строительного материала для клеток развивающегося плода. Источником белков являются такие продукты, как мясо, птица, рыба, а также молоко, кисломолочные продукты, творог, орехи, яйца. Недостаток в рационе этих продуктов может привести к развитию малокровия и снижению иммунитета.

В структуру всех тканей организма входят жиры, они же являются важными источниками энергии. В составе жиров находятся и жирорастворимые витамины (А, Е, К, Д). Из растительных жиров можно рекомендовать подсолнечное, кукурузное, оливковое масло (примерно около двух столовых ложек в день), а из животных — сливки, сливочное масло, сметану. Продукты, содержащие животные жиры, следует употреблять в умеренных количествах.

Суточная потребность организма в углеводах в 3–3,5 раза больше, чем в белках и жирах. Беременная женщина должна их получать в основном за счет продуктов, богатых растительной клетчаткой, таких как хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты, крупы. Эти продукты помимо углеводов содержат витамины, минеральные вещества, улучшают функцию пищеварения. Фрукты и овощи можно рекомендовать беременной частично употреблять в виде соков, а суточное потребление сахара ограничить 40–50 граммами.

С начала беременности начинает возрастать потребность в минеральных веществах, особенно в кальции, используемом для построения костной системы плода. И если кальций с пищей поступает мало, то у будущей матери начинают разрушаться зубы. Основным источником кальция являются: молоко, сыр, творог, желток. Кроме этого, кальций содержится в ржаном хлебе и зеленых овощах. Очень важно, чтобы в рацион беременной входили все ос-

новные минеральные вещества и микроэлементы. При правильном подборе продуктов рациона потребность в микроэлементах может быть полностью удовлетворена.

Особое внимание следует уделить использованию поваренной соли. В первой половине беременности ее можно употреблять до 10 грамм в сутки, во второй ограничить до 6—8 грамм, а в последние два месяца до 5 грамм в сутки, чтобы не способствовать повышению артериального давления и возникновению отеков, возможных в этом периоде.

Во время беременности, как уже отмечалось, значительно возрастает потребность в витаминах. Недостаточное содержание их в рационе может привести к нарушению обмена веществ в организме матери и плода. Например, дефицит витаминов С и группы В ухудшает функцию печени беременной и отрицательно сказывается на формировании нервной системы плода, а дефицит витамина В6 неблагоприятно влияет на формирование ряда органов и систем плода. Недостаток витамина А неблагоприятно влияет на формирование плаценты и, следовательно, на развитие плода, а недостаток витамина Д ухудшает развитие скелета и повышает риск развития рахита у ребенка. Дефицит витамина Е повлияет на рост плода, а также может стать причиной преждевременных родов.

Приводим перечень продуктов, являющихся основными источниками витаминов, необходимых женщине во время беременности (*табл. 6*).

В организме человека велика роль жидкости, значение которой особенно возрастает во время беременности в связи с увеличивающимся водным обменом. Поэтому беременная должна получать 1—1,2 до 1,5 литра свободной жидкости (вода, компоты, чай) в день. Врачам-акушерам следует помнить, что беременная женщина не должна испытывать жажду.

При составлении рациона беременной следует учитывать ее индивидуальные особенности и срок беременности, имея в виду, что во второй половине беременности калорийность пищи должна быть выше, чем в первой. Приводим примерный суточный набор продуктов (*табл. 7*).

Режим питания беременной

Необходимо уделять внимание режиму питания беременной. В первой половине рекомендуется перейти на 4-разовое питание, а в последние месяцы желательно принимать пищу 5—6 раз в день.

Таблица 6

Основные источники витаминов, необходимых женщине во время беременности

Витамин	Название	Основные источники
A	Ретинол	Печень, яйца, сливочное масло, молоко, сыр, морковь
E	Токоферол	Зеленые бобы, зеленый горошек, пшеница, кукуруза, овес, салат, печень, почки, орехи, растительное масло
D	Эргокальциферол	Сливочное масло, рыбий жир, яичный желток
B1	Тиамин	Хлеб, дрожжи, бобовые, мясо, печень, молоко
B2	Рибофлавин	Молоко, яйца, творог, печень, мясо, дрожжи
B6	Пиридоксина гидрохлорид	Дрожжи, бобы, почки, мясо, яичный желток, молоко
B12	Цианкобаламин	Печень, почки, сердце, яичный желток, мясо, сыр, гречневая крупа
Bc	Фолацин	Дрожжи, печень, салат, зелень
pp	Никотиновая кислота	Дрожжи, орехи, бобовые, картофель, печень, мясо, хлеб ржаной
C	Аскорбиновая кислота	Черная смородина, шиповник, клубника, зеленый лук, капуста, помидоры, шпинат

Пища должна быть разнообразной, хорошо приготовленной, свежей, вкусной и не очень горячей. Беременной следует избегать обильного приема пищи.

Распределение калорийности суточного рациона должно быть примерно следующим:

- завтрак – 25–30%;
- обед – 40%;
- полдник – 10–15%;
- ужин – 15–20%.

На завтрак и обед лучше употреблять продукты, богатые белком: мясо, рыбу, яйца. Они повышают обмен веществ в организме. На ужин лучше употреблять молочную или растительную пищу. На ночь рекомендуется выпить стакан теплого молока или кефира. Приведем примерное однодневное меню беременной женщины (табл. 8).

Таблица 7

Примерный суточный набор продуктов для беременной женщины

Набор продуктов	Кол-во в граммах	
	Брутто (г)	Нетто (г)
Хлеб ржаной	100	100
Хлеб пшеничный	100	100
Мука пшеничная, мучные изделия	50	50
Крупа, макаронные изделия	60	60
Картофель	300	200
Овощи, зелень	500	400
Фрукты свежие (соки)	200	180
Фрукты сухие	20	18
Сахар, сладкое	50	50
Чай	0,3	0,3
Мясо, птица	180	126
Рыба (судак)	100	50
Молоко	250	250
Кисломолочные продукты	200	200
Творог н/ж	100	100
Сметана	30	30
Масло животное	20	20
Масло растительное	25	25
Яйцо	1 шт.	47

Таблица 8

Примерное однодневное меню для беременной женщины

Блюда	Продукты	Брутто, г	Нетто, г	Выход
Завтрак 1 – <i>Тефтели паровые со свеклой и растительным маслом</i> – <i>Чай с сахаром</i>	мясо	120	90	100/250
	масло сливочное	5	5	
	хлеб пшеничный	20	20	
	свекла	300	240	
	масло растительное	15	15	
	мука пшеничная	6	6	
	сахар	20	20	
	сметана	15	15	
	чай	0,15	0,15	

Блюда	Продукты	Брутто, г	Нетто, г	Выход
Завтрак 2 – Молоко, сухарик	Молоко	200	200	200
	Сухарь	30	30	30
Обед – <i>Щи из свежей (кислой) капусты</i> – <i>Рыба отварная с картофельным пюре</i> – <i>Компот из сухофруктов</i>	Капуста	65	50	220
	Картофель	35	25	
	Морковь	16	12	
	Помидоры	13	10	
	Лук репчатый	3	2,4	10/250
	Масло растительное	10	10	
	Зелень	3,5	3	200
	Коренья	10	8	
	Сметана	10	10	
	Рыба	250	125	
	Масло сливочное	5	5	
	Картофель	260	180	
	Молоко	75	75	
	Масло растительное	10	10	
	Сухофрукты	20	18	
Сахар	15	15		
Полдник – <i>Салат из моркови и яблока со сметаной</i>	Морковь	100	80	150
	Яблоки	57	50	
	Сметана	20	50	
Ужин – <i>Сырники запеченные</i> – <i>Отвар из шиповника</i>	Творог	136	136	
	Сахар	15	15	170
	Мука пшеничная	20	20	
	Яйцо 1/4	12		200
	Молоко	20	20	
	Сметана	10	10	
	Шиповник	20	20	
Сахар	20	20		
Перед сном – <i>Кефир (простокваша)</i>	Кефир (простокваша)	200	200	200
Хлеб белый на весь день	Хлеб белый	100	100	100
Хлеб ржаной на весь день	Хлеб ржаной	100	100	100

Питание кормящих матерей

Лактация, как известно, сложный физиологический процесс, предъявляющий особые требования к женскому организму. В этот период важное значение имеет полноценное питание матери. Состав пищевого рациона кормящей женщины оказывает значительное влияние как на состояние здоровья матери, так и на состав и количество грудного молока. При условии рациональной диеты матери ребенок получает с грудным молоком все необходимые питательные и биологически активные вещества.

Кормление грудью имеет важное значение и для здоровья матери. Полноценное питание и сам процесс кормления создают физиологическое равновесие гормонов в ее организме, способствуют благоприятному течению послеродового периода. Процесс лактации является достаточно энергозатратным. В этот период повышается потребность женщины во всех пищевых веществах, особенно в витаминах и минеральных веществах, не только по сравнению с женщинами детородного возраста, но и женщинами во время беременности. В первые шесть месяцев кормления грудью, когда грудное молоко является исключительной или основной пищей ребенка, калорийность рациона женщины увеличивается примерно на 500–600 ккал. Потребность в пищевых веществах и энергии матери несколько снижается во втором полугодии в связи с постепенным введением в рацион ребенка других продуктов и приближается к потребности организма во время беременности.

Приводим данные о потребности в пищевых веществах и энергии кормящих матерей (*табл. 9*).

Из продуктов, содержащих полноценные, но легко усвояемые белки, в послеродовом периоде рекомендуется: творог и творожные изделия, молоко, неострые сорта сыра, кефир, ряженка, ацидофилин и простокваша, отварное мясо (не жирные сорта), птица, рыба. Жиры — легко усвояемые. Растительные масла как источник эссенциальных жирных кислот: "Салатное", кукурузное, оливковое в количестве 25–30 г в день.

Потребность в углеводах удовлетворяется за счет таких продуктов, как хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты, ягоды, свежая зелень. Для повышения содержания в рационе витаминов группы В кормящая мать может употреблять диетические сорта хлеба: "Здоровье", "Докторский", "Барвихинский", "Русский", выпускаемые с добавлением пшеничных отрубей.

Таблица 9

Физиологическая потребность в пищевых веществах и энергии у женщин во время кормления грудью (1991 г.)

Наименование пищевых веществ и энергии	Рекомендуемые величины при лактации от 1 до 6 мес.	Рекомендуемые величины при лактации от 7 до 12 месяцев
Белок, г	106	96
В том числе животный, г	62	56
Жиры, г	88	88
Углеводы, г	358	348
Килокалории	27000	2650
Минеральные вещества		
Фосфор, мг	1800	1800
Кальций, мг	1200	1200
Магний, мг	450	450
Железо, мг	33	33
Цинк, мг	25	25
Йод, мг	0,2	0,2
Витамины		
С, мг	110	110
А, мкг рет. экв.	1200	1200
Е, мг токоф. экв.	12	12
Д, мкг	12,5	12,5
В1	1,7	1,7
В2	1,8	1,8
В6	2,3	2,3
Ниацин, мг ниацин экв.	19	19
Фолиевая кислота, мг*	280	260
Селен, мг*	75	75

* – Рекомендовано Dietary Allowances, США, 1989 г.

В весенне-зимний период можно использовать свежемороженые овощи и фрукты, настой шиповника, консервированные соки с грифом "детское" и "диетическое" питание. Рекомендуется также прием поливитаминов "Ундевит", "Гексавит" или "Глутамевит" по 1 драже 1–2 раза в день в период лактации. Источником витаминов, минеральных солей, микроэлементов служат, как из-

вестно, овощи и фрукты. Ассортимент их зависит от сезона. В летний и осенний периоды в рацион включаются:

— **овощи:** цветная и белокочанная капуста, кабачки, баклажаны, тыква, зеленый горошек, фасоль, огурцы, помидоры, зеленый салат, редис, репа;

— **фрукты:** персики, абрикосы, яблоки, сливы, груши, гранаты, в небольшом количестве арбузы и дыни;

— **ягоды,** богатые витаминами и органическими кислотами, такие как черешня, вишня, малина, черная и красная смородина, крыжовник, черноплодная рябина.

В рационе кормящей матери следует ограничить следующие продукты:

— *виноград*, так как его употребление вызывает у ребенка метеоризм и диспепсические явления;

— *огурцы, слива, абрикосы, курага, инжир, чернослив* могут также вызвать нарушение функции желудочно-кишечного тракта у матери ребенка.

Из рациона кормящей матери желательно исключить следующие продукты:

— крепкий кофе;

— алкогольные напитки, в том числе пиво. Алкоголь быстро переходит в молоко и может вызвать нарушение неврологического статуса ребенка.

— **Кормящей женщине запрещается курить.**

Представляем рекомендуемый набор продуктов для кормящих матерей (*табл. 10*).

Нарушения в питании кормящих матерей могут вызвать и другие отклонения в здоровье ребенка. Так, при использовании в рационе кормящей матери шоколада, шоколадных конфет, цитрусовых, избыточного количества орехов, меда, томатов, тыквы, яиц, клубники, земляники, рыбы, икры, креветок (т.е. так называемых облигатных аллергенов) у ребенка может возникнуть проявление пищевой аллергии в виде кожных высыпаний и диспепсии. При появлении аллергических реакций у кормящих женщин или ребенка тот или иной продукт отменяется.

Режим питания кормящей матери (табл. 11)

Целесообразно принимать пищу 5–6 раз в день, что способствует лучшей секреции молока. Для возбуждения аппетита можно в небольшом количестве включить в рацион некоторые соленья (сельдь, ква-

**Примерный суточный набор продуктов для кормящих матерей,
рекомендуемый в домашних условиях**

Набор продуктов	Брутто, г	Нетто, г
Хлеб ржаной	100	100
Хлеб пшеничный	200	200
Мука пшеничная, мучные изделия	30	30
Крупа, макаронные изделия	60	60
Картофель	200	160
Овощи, зелень	500	400
Фрукты свежие (соки)	300	270
Фрукты сухие	20	18
Сахар, сладкое	60	60
Чай	0,5	0,5
Мясо, птица	170	115
Рыба (судак)	100	50
Молоко и кисломолочные продукты	800	800
Творог н/ж	100	100
Сметана	20	20
Масло животное	35	35
Масло растительное	25	25
Яйцо	1/2 шт.	1/2 шт.
Соль	6	6

шеную капусту), салаты из свежих овощей, винегреты, заправленные растительным маслом. Пища должна быть вкусной, разнообразной. В то же время необходимо избегать острые приправы, избыточно использовать пряности, употреблять большое количество чеснока, лука, придающих неприятный вкус и запах молоку.

Для хорошей лактации кормящей матери, наряду с правильным питанием, необходимо обеспечить полноценный отдых, сон не менее 8 часов ночью и 1–2 часа днем, что благополучно удастся сделать при совместном сне матери и ребенка. Немаловажно также обеспечить спокойную обстановку, возможность быть на воздухе с ребенком. Свежий воздух, как известно, возбуждает аппетит, благоприятно сказывается на лактации. Кормящую женщину не следует перегружать физической работой, она нуждается в помощи членов семьи. Это будет способствовать сохранению грудного вскармливания.

Таблица 11

Примерное однодневное меню для кормящей матери

Блюда	Продукты	Брутто, г	Нетто, г	Выход
6-00 утра – Кефир	Кефир	200	200	200
Завтрак				
– Каша гречневая, молочная	Крупа гречневая	50	50	
	Молоко	200	200	
	Масло сливочное	5	5	300
	Сахар	5	5	
– Яйцо вареное	Яйцо	1 шт. (47 г)	1 шт. (45 г)	1 штука
	Чай	0,25	0,25	
– Чай с молоком	Молоко	50	50	200
	Сахар	15	15	
– Хлеб с маслом	Хлеб пшеничный	30	30	30/10
	Масло сливочное	10	10	
– Фрукты	любые	200	200	200
– Сок				
Обед				
– Салат из тертой моркови	Морковь	150	120	
	Растительное масло	10	10	130
	Капуста	100	80	
	Картофель	50	35	
– Щи из свежей (кислой) капусты	Морковь	32	25	300
	Лук репчатый	12	10	
	Коренья	10	7	75/250
– Отварное мясо с картофелем в молоке	Зелень	4	3	
	Масло растительное	15	15	
	Сметана	15	15	
– Компот из сухофруктов	Мясо	180	120	250
	Картофель	210	150	
	Молоко	100	100	

Блюда	Продукты	Брутто, г	Нетто, г	Выход
	Масло сливочное	5	5	
	Сухофрукты	20	18	
	Сахар	20	20	
	Хлеб пшеничный	35	35	35
	Хлеб ржаной	100	100	100
Полдник				
– Кефир	Кефир	150	150	150
– Сухарик из пшеничного хлеба	Сухарик	50	50	50
– Фрукты	Фрукты	300	300	300
Ужин	Творог 9%	155	155	
	Мука пшеничная	15	15	
	Молоко	50	50	210/50
	Яйцо 1/4	11,5	10	
	Сахар	15	15	
	Молоко	65	65	
	Крахмал	4	4	200
	Сахар	10	10	
	Чай	0,25	0,25	
	Сахар	15	15	
	Лимон	30	30	
Перед сном				
– Кефир (простокваша)	Кефир (простокваша)	150	150	150
– Хлеб белый	Хлеб белый	35	35	35

ПСИХОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Грудное вскармливание существует для развития и роста ребенка, его формирования как биологического существа и как самостоятельной личности. Поэтому, налаживая практику грудного вскармливания, занимаясь его поддержкой и распространением, нельзя не учитывать при этом особенности психологии новорожденного ребенка, для блага которого оно предназначено. Кроме психологии новорожденного, нельзя не брать в расчет и психологию матери, непосредственно осуществляющую кормление грудью. Поэтому знаниями в этой области должны обладать все специалисты, от которых зависит распространение, поддержка и поощрение грудного вскармливания.

Чтобы современная женщина могла успешно и долго кормить младенца грудью, ей недостаточно знаний о пользе грудного вскармливания и убежденности в том, что оно полезно для здоровья ребенка. Для реализации возможности кормить грудью очень важно отношение матери к своему малышу, понимание его нужд и переживаний. Практика показывает, что продолжительное грудное вскармливание, не осложненное такими проблемами, как мастит, лактостаз, трещины сосков и т.д., осуществляется только в тех случаях, когда матери понимают потребности новорожденного, его психологическое состояние и полную зависимость от воли взрослого человека. Если мать знает о развитии органов чувств и эмоциональных переживаниях ребенка до рождения, осознает свою тесную взаимосвязь с ним, сформированную всем процессом беременности, понимает и принимает, что рождение является для него стрессом, она оказывается готовой к тому, чтобы защищать и любить свое дитя, проявляя в этой любви свои лучшие материнские качества. Эти знания помогают матери понять потребности новорожденного и порождают в ней стремление приспособиться к ним, чтобы не допустить малейшего страдания ребенка. Мать, знающая и понимающая психологию новорожденного и грудного ребенка, всегда будет стремиться создать для него убежище и обязательно придет к мысли о том, что это убежище находится у нее под грудью. Мысль о необходимости грудного вскармливания как неотъемлемой части взаимоотношений матери и

ребенка, должна родиться у матери самостоятельно в результате знакомства с физиологией и психологией новорожденного.

Только что появившийся на свет ребенок — это не чистый лист бумаги, а существо, обладающее собственным уникальным психическим опытом. Но прежде чем рассматривать психологию новорожденного, необходимо познакомиться с некоторыми закономерностями развития нервной системы и головного мозга ребенка, являющимися материальными носителями психики.

РАЗВИТИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА

Формирование мозга и нервной системы происходит еще долгое время после появления ребенка на свет. Мозг не просто растет и увеличивается в размерах, в нем образуются новые нейронные связи, позволяющие чувствовать, запоминать и обучаться. В течение первого года жизни развитие головного мозга и нервной системы (НС) в целом идет очень активно: увеличиваются размеры клеток головного мозга, между ними образуется огромное количество нервных связей, происходит миелинизация нервных волокон. При рождении 100 миллиардов нейронов, существующих в мозгу ребенка, образуют более 50 триллионов узлов связи, или синапсов. В первые месяцы жизни количество синапсов возрастает в 20 раз и составляет более 1000 триллионов. Одновременно с процессом образования синапсов происходит структурное созревание тканей головного мозга. К 6-и месяцам его кора составляет 50% ее величины у взрослого человека, а к концу первого года жизни вес детского мозга достигает 60% веса взрослого человека. Основной период миелинизации нервных волокон происходит в течение первых 6-и месяцев жизни. К полугоду большинство нервных волокон, проводящих импульсы от коры больших полушарий мозга, уже покрыты миелином. К двум годам все нейроны миелинизируются.

Синапсы начинают возникать в возрасте 2-х месяцев в областях коры головного мозга, отвечающих за моторику. К 3-м месяцам завершается формирование синапсов в долях головного мозга, отвечающих за зрение, что позволяет ребенку сфокусировать взгляд на предмете. После 6-и месяцев в лобных долях коры происходит образование синапсов, отвечающих за логическое мышление и предвидение. Этот процесс идет с такой скоростью, что

мозг ребенка потребляет в два раза больше энергии, чем мозг взрослого. Между восьмым и девятым месяцем жизни начинает функционировать долговременная память. Таким образом, все основные структуры головного мозга и его функционирование налаживаются в течение первого года жизни ребенка.

Генетическая программа развития и обучение

Процесс развития НС и головного мозга как ее части определяется наследственной программой, а также впечатлениями, опытом и обучением, полученными в раннем детстве. Генетически определяются самые основные функции мозга, в стволе которого образуются синапсы, позволяющие функционировать всем внутренним органам – сердцу, легким, печени и т.д. Сегодня подсчитано, что из 80 000 различных генов примерно половина определяет развитие, формирование и управление центральной нервной системы. Этим числом и ограничивается действие наследственности – дальнейшее развитие головного мозга происходит под влиянием *внешних стимулов и обучения*. Наследственной программой жестко определена только очередность развития зон головного мозга, а степень их развития определяется действием внешних стимулов.

Способность к обучению существует у ребенка на самых ранних этапах развития. В настоящее время доказана поразительная способность новорожденного к имитации. Так, например, если исследователь покажет ребенку язык, через некоторое время новорожденный сделает то же самое, если исследователь зевнет или вытянет губы – ребенок повторит и эти движения. Кроме того, ребенок способен имитировать не только одно движение, но и выражение всего лица. Правда, чтобы добиться такого эффекта, необходимо находиться в фокусном расстоянии глаз новорожденного, которое составляет 20–25 см (новорожденные – близоруки). Что поразительно – именно на таком расстоянии находится лицо кормящегося грудью новорожденного от глаз его матери, что и позволяет младенцу во время кормления смотреть в ее глаза и наблюдать за мимикой ее лица.

В самом раннем возрасте стимуляция органов чувств ребенка полностью зависит от его контакта с матерью. Именно под влиянием поведения матери, в ответ на стимулы, создаваемые ею, происходит

развитие и обучение ребенка. Первые уроки поведения в новом для него мире он усваивает, отвечая на общение матери и подражая ей.

ПСИХИЧЕСКИЙ ОПЫТ НОВОРОЖДЕННОГО

Рождение для ребенка — это событие, коренным образом меняющее его существование. Чтобы понять и оценить состояние новорожденного, только что появившегося на свет, необходимо знать содержание его психического опыта. Опыт плода, который он накопил за время внутриутробной жизни и в процессе рождения, является бессознательным и представляет собой довольно сложную структуру. Именно этот бессознательный чувственный опыт младенца определяет его мироощущение, психоэмоциональное состояние и модели поведения в окружающем мире. Этот опыт условно можно разделить на два уровня: *внутриутробный опыт и опыт биологического рождения.*

Внутриутробный опыт единства с матерью

Сегодня уже хорошо известно, что системы рецепторов закладываются у плода очень рано, и к моменту рождения ребенка достаточно сформированы не только периферические отделы анализаторов — но и центральные. Благодаря развитию нервной системы и органов чувств плода происходит формирование его внутриутробного опыта. В процессе беременности между матерью и плодом устанавливается теснейшая многоуровневая связь. С момента зачатия мать и дитя находятся в состоянии симбиотического единства и постоянно взаимодействуют друг с другом. Организм матери создает для плода благоприятные условия существования, дающие ему ощущение комфорта и надежности. При нормально протекающей беременности внутриутробный опыт говорит ребенку о полной безопасности и безмятежном счастье. Это блаженное состояние переживается им эмоционально и подтверждается той информацией, которую ему дают органы чувств. Составляющими внутриутробного опыта плода являются его психоэмоциональный и сенсорный опыт, а также его мироощущение.

Эмоциональный опыт

Еще до своего появления на свет ребенок испытывает различные эмоциональные переживания под воздействием переживаний матери. Носителями психоэмоциональной информации являются гормоны и нейrogормоны, которые выделяются в кровь матери под воздействием тех или иных эмоций. Поскольку гормоны легко проникают через плаценту к плоду, все эмоциональные переживания матери достигают плода в считанные минуты. Установлен и зафиксирован на снимках удивительный факт: плод практически синхронно с матерью улыбается или корчит гримасу скорби, повторяя ее мимику, а значит, и состояние. Таким образом, к моменту рождения плоду хорошо знакомы эмоции, которые мать испытывала во время беременности: грусть, радость, раздражение, довольство, гнев, безысходность, страх, счастье, бодрость, уверенность, волнение и т.д. Таким образом, можно говорить о наличии эмоционального опыта новорожденного, а также о значении для него положительных и отрицательных эмоций. Для успешного развития ребенка чрезвычайно важное значение имеют положительные эмоции, в то время как отрицательные эмоции могут вмешаться в процесс развития и нарушить его.

Сенсорный опыт

Осязание.

Кожа — самый большой орган чувств человека. Осязание развивается у плода раньше других органов чувств и является для него одним из самых важных источников информации о внешнем мире. Кожная чувствительность плода появляется уже на третьем месяце внутриутробного развития. Губы, ладони и ступни имеют наибольшее количество тактильных рецепторов.

Благодаря осязанию в период внутриутробной жизни плод воспринимает и запоминает все вибрации тела матери (вибрации мышц, пульсация сосудов матки, голос, ритм шагов), а также ощущение ее тепла. Более того, он привык к постоянству температуры окружающей среды, создаваемому материнским организмом. Кроме вибраций и тепла, на последних месяцах беременности плод, плотно обложенный тканями матки, привыкает к определенным телесным ощущениям: значительному давлению, характерной

позе, обусловленной формой матки (свернувшись калачиком, тесно прижав подбородок к груди, скрестив на груди ручки и поджав ножки, согнутые в коленях), и ограниченному пространству. Все эти составляющие внутриутробного опыта создают у него ощущение комфорта и безопасности.

Обоняние.

Плод обладает чрезвычайно чувствительным обонянием, которое гораздо острее, чем обоняние взрослого человека. Самым главным запахом, который плод ощущает непрерывно, является запах амниотической жидкости, который окрашен индивидуальным запахом матери. Острота в ощущении запахов сохраняется у новорожденного и позволяет ему легко в них ориентироваться. Новорожденные реагируют на различные запахи, показывая свою заинтересованность поворотом головы, изменением частоты сердцебиений и уровнем двигательной активности.

Вкус.

Обоняние теснейшим образом связано с ощущением вкуса. Уже с 15 недели беременности включаются вкусовые рецепторы плода, и он способен различать основные вкусовые ощущения и даже оттенки вкуса. Новорожденные реагируют мимикой на горькое, кислое и соленое, явно позитивно относясь к сладкому. Благодаря вкусовым рецепторам новорожденному прекрасно знаком вкус околоплодных вод, который внутриутробно непрерывно присутствует у него во рту (воды заполняют рот плода, и он заглатывает их).

Слух.

Орган слуха плода начинает функционировать примерно с 20-й недели гестации. Благодаря этому плод слышит внутренние шумы, издаваемые организмом матери (стук сердца, шум легких и сосудов матки, работа кишечника, голос). Постоянный шумовой фон в матке составляет примерно 80–95 Дб. Таким образом, благодаря органу слуха и слуховой памяти плод знакомится с внешними звуками, окружавшими его мать: голосами близких людей, музыкой, которую она слушает во время беременности, природными шумами и т.д.

Зрение.

К моменту рождения орган зрения плода полностью развит и способен выполнять свою функцию. В матке плод находится в полной темноте, и поэтому его зрачок значительно расширен. При прямом освещении живота матери яркой лампой плод может видеть красноватый или оранжевый свет. Новорожденный способен сфокусировать взгляд на расстоянии 20–30 см. Кроме этого, особенность его взгляда заключается в практически полном отсутствии движений век. Новорожденные моргают реже, чем взрослые, благодаря чему они обладают удивительным немигающим взглядом.

Мировосприятие

Работа органов чувств плода теснейшим образом связана с его мировосприятием, восприятием собственного тела и собственного "Я". Отправной точкой этого опыта служит представление плода о форме собственного тела. К концу беременности плод, благодаря внутриутробной позе и облегающему прикосновению матки, ощущает себя как шар, а точнее, овоид, причем его руки и ноги являются частями этого шара. Внешний мир является для него целостным, неделимым и шарообразным. Сознание плода обращено вовнутрь и сочетается с полным отождествлением своего "Я" с окружающей реальностью. Эта особенность целостного и кругообразного восприятия окружающего мира сохраняется у ребенка в раннем детстве и имеет немаловажное значение для его развития и становления как личности. Эти особенности мироощущения новорожденного и грудного ребенка необходимо учитывать при уходе за ним.

Опыт биологического рождения

Роды — это экстремальная ситуация, переживаемая не только матерью, но и плодом. Рождающийся ребенок является активным участником родов и не равнодушен к происходящим с ним событиям. Вопреки существующему мнению, что плод во время родов полностью безучастен, он переживает свое рождение с эмоциями необыкновенной силы. В психологии и психиатрии состояние стресса, переживаемое ребенком во время рождения, называют

травмой рождения или *родовым стрессом*. Стресс, переживаемый плодом в ходе благополучных физиологических родов, является физиологической нормой. Это дает основания медперсоналу наиболее осторожно и внимательно относиться к акту родов [Отто, Ранк, 1929; С. Гроф, 1993; Джоэф Грэхем, 1985 и др.].

Доказательством того, что в памяти человека сохраняются события биологического рождения, является целый ряд исследований, во время которых было обследовано несколько тысяч пациентов. Эти исследования показали, что события рождения и первых дней и недель жизни запечатляются в памяти человека с фотографической точностью.

Содержание воспоминаний о рождении

Память о событиях рождения существует не разрозненно, а в виде отдельных блоков информации, которые формируются на разных этапах родов. Эти информационные структуры называют *перинатальными матрицами*. Они представляют собой своего рода динамические информационные клише, организующие бессознательные психические процессы. Чаще всего психологи, работающие в родильных домах, выделяют четыре **базовые перинатальные матрицы (БПМ)**, которые формируются во время беременности и на каждом этапе родов. Первая матрица формируется в конце беременности, вторая – в первом периоде родов во время раскрытия шейки матки, третья – во втором периоде родов при прохождении плода по родовым путям, четвертая – в момент рождения ребенка.

Первая базовая перинатальная матрица (БПМ I) отражает симбиотическое единство матери и плода. Она дает индивиду ощущение полной безопасности и блаженства. Содержание второй перинатальной матрицы (БПМ II), которая формируется во время родовых схваток при раскрывающейся шейке матки, отражает ощущение тревоги и поиск выхода из ухудшающейся ситуации. Третья перинатальная матрица (БПМ III) содержит память о потужном периоде и характеризуется борьбой за выживание, активными действиями и их многократным повторением в поисках выхода, агрессией и стремлением во что бы то ни стало освободиться. Четвертая перинатальная матрица (БПМ IV) связана с моментом непосредственного появления ребенка на свет. Она содержит переживание света ослепительной красоты, чувство освобождения, облегчения и полной удовлетворенности [С. Гроф, 1991].

Опыт рождения и модели поведения

Современная психология и психиатрия рассматривают процесс родов как ключевой в формировании психики и сознания человека. Перинатальные матрицы, сформированные у новорожденного в процессе родов, определяют модель его поведения. Основная схема действия перинатальных матриц, соответствующих психофизиологической норме, определяет поведение индивида как в каждодневных житейских ситуациях, так и в ситуациях жизненно важного выбора и сводится к стадиям "принятие решения – реализация задуманного – удовлетворенность от сделанного". Эти стадии соответствуют стадиям родов как по спектру эмоциональных переживаний, так и по уровню содержания различных гормонов:

– *принятие решения*, разработка проекта и твердое намерение его осуществить – БПМ II, сформированная в течение периода раскрытия;

– *реализация задуманного*, активные действия, многократные повторения и попытки, упорное движение в сторону намеченной цели – БПМ III, сформированная во время потужного периода;

– *удовлетворенность от сделанного*, радость и торжество в результате достижения цели, отраженное в мимике и движениях, полное благодушие и успокоенность – БПМ IV, сформированная в момент появления на свет.

Подчиняясь этой динамике, человек живет каждый день. Приведем простейший пример: у ребенка возникает желание достать заинтересовавшую его игрушку, он обдумывает, как ее достать, и упорно стремится добраться до нее, когда он достал желанную забаву, то спокойно и рассудительно играет с ней, полностью удовлетворенный. В норме каждая из перинатальных матриц активизируется под воздействием внешних стимулов и проявляет себя до тех пор, пока этот стимул действует. Другими словами, когда у индивидуума появляется необходимость произвести любое действие, например поесть, построить дом и т.д., активизируется вторая перинатальная матрица, которая действует до тех пор, пока не будет найден путь к реализации этих устремлений. Включаясь в активные действия по преодолению трудностей для достижения цели, активизируется третья перинатальная матрица, а достигнув результата, индивидуум испытывает чувство удовлетворения благодаря четвертой перинатальной матрице.

Таким образом, базовые перинатальные матрицы ежедневно регулируют поведение, поочередно включаясь в работу под воздействием внешних стимулов. Именно в этом состоит их огромное значение для нормальной полноценной жизни индивида и для его взаимодействия с внешним миром.

Значение физиологических родов для психического здоровья личности

Благополучные физиологические роды чрезвычайно важны для формирования у рождающегося ребенка положительных установок по отношению к окружающему миру, а также формирования адекватных моделей поведения, чувства удовлетворения и ощущения полноценности. Только при нормальных физиологических родах, вмешательства в которые были минимальны или их не было совсем, сформированные перинатальные матрицы будут отражать психоэмоциональную и поведенческую норму. При патологическом протекании родов или необоснованных вмешательствах в их ход формируются аномальные перинатальные матрицы, которые в дальнейшем могут послужить основой для возникновения различных расстройств и заболеваний. Существует целый ряд психических расстройств и психосоматических заболеваний, истоком которых являются неблагополучные роды. К таким последствиям, например, относятся депрессии, различные комплексы, страхи, садомазохизм, неврозы, суицид, различные сексопатологии, мигрени и т.д.

Таким образом, для формирования психически здоровой личности чрезвычайно важно, чтобы роды протекали наиболее благополучным образом с минимумом вмешательств. В результате благополучных родов у индивидуума формируется база для психического здоровья и модель поведения, соответствующая психофизиологической норме, что позволяет ему адекватно реагировать на внешние события.

ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОЙ ПСИХИКИ РЕБЕНКА

Благополучное развитие новорожденного и его благоприятное отношение к внешнему миру является основой его психического здоровья. Личность ребенка, его характер, наклонности и многое другое оформляется на более поздних ступенях развития, *но только при условии удачного начала все, что происходит потом, даст положительный эффект.* Успешное начало имеет жизненную важность для каждого ребенка, поэтому так необходимо в первые месяцы жизни обеспечить для него хороший уход, который одновременно является и средством воспитания.

Сегодня точно известно, что хороший уход за новорожденным является гарантом развития его здоровой психики, а в случае неблагоприятных родов — мерой коррекции и профилактики последствий родового стресса. Организация хорошего ухода за новорожденным и грудным ребенком возможна только при условии глубокого понимания его психологических особенностей и значения его предшествующего внутриутробного опыта. Эти основы должны знать все специалисты, которые имеют непосредственное отношение к новорожденным и грудным детям. Но кроме того, эти основы должна знать каждая мать, поскольку именно она является первым воспитателем для своего ребенка, и чтобы хорошо исполнять свою материнскую миссию, она должна знать психологию новорожденного и грудного младенца, а также понимать суть своих взаимоотношений с ним.

Психологическое состояние новорожденного

Состояние сознания новорожденного и грудного ребенка в значительной мере отличается от состояния сознания взрослого человека. Описать психологическое состояние новорожденного, его переживания чрезвычайно сложно, поскольку он не может рассказать о том, что именно переживает. Тем не менее есть возможности довольно точно воспроизвести картину его переживаний. Большой вклад в эту область исследований привнес психоанализ. Предположительное описание состояния новорожденного в 50–60-е годы дал Дональд Вудс Винникот:

“...вначале младенец не отличает то, что “не-Я”, от “Я”. ...Ребенок никогда не был матерью. Он не был даже еще и ребенком. Для него все — впервые, все является первоначальным опытом. Отсутствуют

мерки. Время для него измеряется не часами или движением солнца с востока на запад, а дыханием матери и тем, как бьется ее сердце, ростом и спадом инстинктивных желаний и другими немеханическими "приборами". ... на ранних ступенях эмоционального развития, пока чувства еще не упорядочены, пока еще нет того, что можно назвать "автономным эго", ребенок испытывает огромную тревогу".

В сознании новорожденного младенца его личное "я" отождествляется с окружающим миром. Он находится в некоем недифференцированном состоянии, когда его внутреннее пространство неотделимо от внешнего мира. Винникот по этому поводу справедливо замечает, что "с точки зрения ребенка, на свете нет ничего, кроме него самого". В то же время по отношению к внутреннему миру младенца внешними факторами являются не только проявления окружающего мира, но и его собственное тело и поведение. В нем живут только чувства и ощущения, которые и есть его недифференцированное "я". Эти психологические особенности следует учитывать при уходе, воспитании и лечении новорожденного.

Чувства и ощущения новорожденного

В результате многочисленных наблюдений удалось установить и описать чувства и ощущения новорожденного [Винникот, 1998].

Новорожденный младенец обладает чрезвычайно высокой чувствительностью, где особо следует отметить повышенную чувствительность кожи и обоняния. Рождение переносится им как страдание. Это первичное страдание может выражаться в таких общих переживаниях, как ощущение бесконечного падения, разъединение психики и сомы, переживание тревоги и страха за свою жизнь.

Зависимость ребенка и его потребности

Новорожденный и грудной ребенок является абсолютно зависимым существом. Именно эта идея должна определять отношение окружающих к новорожденному ребенку и его переживаниям. Находясь в состоянии полной зависимости, ребенок имеет совершенно определенные потребности, от реализации которых зависит – будет он жить или нет. Эти потребности условно можно разделить на *телесные* и *психоэмоциональные*.

К перечню телесных потребностей следует отнести: кормление и потребность в сосании; мочеиспускание и дефекацию; потребность в физическом контакте с матерью, которая может выражаться в необходимости ношения ребенка на руках; потребность в тепле; потребность в телесном комфорте и отсутствии боли (например, неудобное положение, колючая ткань или жесткая складка в одежде, травма, боль и т.д.); потребность в безопасности, которую можно охарактеризовать как необходимость в защите от сильных воздействий (например, громкие шумы, свет, направленный прямо в глаза, резкое падение, слишком быстрое перемещение и т.д.).

К перечню психозмоциональных потребностей следует отнести: потребность в контакте с матерью, потребность в положительных эмоциях, потребность в познании, потребность в ощущениях (запахи, звуки, вкусы, цвета и образы, тактильные ощущения и т.д.), потребность в общении. Сюда можно отнести и более тонкие потребности, которые могут быть реализованы только при человеческом контакте.

Все эти потребности у ребенка существуют, но в младенчестве он не способен удовлетворять их самостоятельно. Новорожденный, находящийся в состоянии полной зависимости от взрослого, не способен отвечать за собственную жизнь, поэтому его не следует предоставлять самому себе даже на очень короткое время.

Зависимость младенца не заканчивается периодом новорожденности. Она продолжается в течение всего периода грудного вскармливания и раннего детства. Рано или поздно ребенок вырастет и обретет относительную независимость, но пока он зависим, чтобы вырасти и развиваться как личности, ему жизненно необходимо получать чью-то поддержку. **Если зависимость ребенка признают и удовлетворяют его базовые нужды, он проходит через раннюю стадию полной зависимости, не испытывая негативных переживаний.** Дать младенцу необходимую поддержку, полностью приспособив свою жизнь к его нуждам и войдя в полное соответствие с его психическим и психосоматическим развитием, может только мать.

Роль матери в успешном развитии психики ребенка

У новорожденного есть целый ряд психофизиологических потребностей, удовлетворять которые должна его мать. Так опреде-

лено природой. От умения матери обеспечить ребенку хороший уход, полностью соответствующий его потребностям, зависит полноценное развитие его нервной системы, головного мозга и всего организма. Поэтому, говоря о формировании здоровой психики новорожденного, нельзя не затронуть тему материнства.

Понятие *"материнство"* включает в себя способность женщины выносить, родить и выкормить грудью ребенка до определенного возраста, обусловленного его физиологическими потребностями. Женщина устроена так, чтобы она смогла успешно выполнять материнскую функцию. Ее психофизиологические особенности позволяют ей сделать это. Например, в коре головного мозга женщины имеется "сторожевой пункт", который позволяет ей слышать своего ребенка во время сна и пробуждаться в ответ на его шевеление или крик.

Подготовка женского организма к вскармливанию и выращиванию ребенка происходит еще во время беременности. Мать и дитя изначально представляют собой симбиотический союз, и именно поэтому после рождения ребенка только мать способна создать условия, необходимые для его успешного развития. Для того, чтобы женщина смогла реализовать материнскую функцию, она обладает *материнским инстинктом*, обусловленным уходом и воспитанием в раннем детстве, беременностью и родами, и *материнским поведением*, являющимся результатом обучения и наблюдения за поведением более опытных матерей. Материнское поведение получает свое развитие, выражающееся в углублении материнских чувств и ответственности за ребенка, в процессе продолжительного грудного вскармливания.

Материнский инстинкт

Чтобы мать могла успешно справляться со своими обязанностями и организовать необходимый уход за новорожденным, полностью соответствующий его потребностям, она должна обладать материнским инстинктом. Материнский инстинкт или интуиция выражаются в неких специальных качествах, позволяющих ей это делать. Такими материнскими качествами, отличающими женщину-мать, можно считать *способность идентифицировать себя с ребенком и способность приспособиться к нуждам ребенка*. Истоки материнского инстинкта несомненно восходят к состоянию беременности, но все же главным его пусковым механизмом являются роды, первый контакт матери и ребенка и первое прикладывание к груди.

Истоки материнского инстинкта.

Пусковым механизмом для проявления женщиной материнского инстинкта по отношению к новорожденному и грудному ребенку являются роды. При физиологических родах поведение женщины определяется ее инстинктом и не поддается контролю сознания.

Для благополучного пробуждения и проявления материнского инстинкта чрезвычайно важно, чтобы роды женщины прошли максимально физиологично. Необходимо предельно корректно применять в родах стимуляцию и обезболивание, поскольку эти вмешательства нарушают пусковые механизмы материнского инстинкта и не дают ему проявиться, что пагубно сказывается на возможности осуществления полноценного и продолжительного грудного вскармливания. В этом отношении особенно опасна эпидуральная и перидуральная анестезия, поскольку в результате ее применения матери проявляют безразличие к новорожденным. Согласно проведенным экспериментам, самки животных, которым делали подобную анестезию, покидали своих детенышей, не проявляя к ним никакого интереса.

Первый час после родов — это очень важный период для пробуждения и проявления материнского инстинкта. Именно в этот период мать запечатляет своего ребенка, которого потом сможет узнать из сотни младенцев. Особо важное значение имеет первое знакомство матери и ребенка и прикладывание к груди, которое должно произойти в течение первого получаса после родов. В этот момент определяется возможность хорошей лактации, а также способность матери чувствовать нужды ребенка и приспособляться к ним.

Идентификация матери и ребенка.

Главным признаком материнства является способность женщины идентифицировать себя с ребенком, что выражается не в понимании его состояний на уровне рассудка, а в переживании этих состояний вместе с малышом. Эта уникальная способность, характеризующая материнство, является органичным продолжением симбиотического единства матери и ребенка во время беременности и служит основой для проявления материнского чутья.

Адаптация матери к нуждам ребенка.

Благодаря возможности идентифицировать себя с младенцем мать может понимать его настолько, чтобы быть способной адапти-

роваться к его постоянно меняющимся нуждам. Находясь вместе с ребенком с первой минуты, мать берет на себя заботу о нем. Но чтобы эта забота была адекватной, матери необходимо тонко чувствовать изменение потребностей ребенка и приспособиться своевременно их удовлетворять. При этом она должна уметь подчинить свои действия нуждам младенца без ущерба для себя. Реализуясь как заботливая мать, женщина должна чувствовать глубокую собственную удовлетворенность. Испытать подобное удовлетворение ей помогает материнская любовь.

Материнская любовь — это очень простая любовь физического свойства. Материнская забота и опека являются для младенца выражением и продолжением материнской любви. Это чувство можно назвать тем изначальным, той божественной искрой, которая поддерживает в ребенке огонь жизни и позволяет ему жить. Заботясь о малыше каждую минуту, мать доказывает ему свою надежность и дает веру в то, что "все будет хорошо". В этом непрерывном процессе доказательства своей любви и преданности мать убеждает ребенка в необходимости жить.

В самом начале жизни младенца хорошая мать, полностью отдающаяся ребенку и заботе о нем и осуществляющая хороший уход, закладывает основы его душевного здоровья. Все действия матери, повторяемые изо дня в день, даже совершенно незначительные, дают ребенку возможность ощущать себя реально существующим. Кроме того, создав благоприятные условия для развития своего малыша, мать дает ему возможность испытывать те же чувства, которые испытывает сама. Обладая этой способностью, ребенок может смело встретиться с окружающим миром и устремляться вперед в унаследованном им процессе взросления [Винникот, 1998].

Материнское поведение

Сегодня широко распространено мнение, утверждающее, что каждая мать может хорошо ухаживать за новорожденным и грудным ребенком, опираясь только на материнскую интуицию. Многие исследователи считают, что для этого женщине вполне достаточно материнского инстинкта, на который можно полностью положиться. Но если бы для ухода за ребенком матери хватало только инстинкта, то у нее никогда не возникали бы бесконечные вопросы и сомнения в правильности своих действий. Для осуществ-

ления полноценного ухода за новорожденным, помимо материнской интуиции, женщине необходимо сформированное материнское поведение.

Материнский инстинкт и обучение.

Повседневная практика показывает, что для хорошего ухода за младенцем наличие материнского инстинкта является необходимым, но недостаточным условием – высокоорганизованному мозгу необходимо обучение. Человек является высокоорганизованным существом со сложным и развитым мозгом, поэтому у него, как и у всех живых существ, находящихся на высокой ступени развития, забота о потомстве – это навык, полученный в результате обучения.

Женщина, не наблюдавшая за процессом выхаживания новорожденного и грудного ребенка и не имевшая такого опыта даже при наличии материнского инстинкта, не способна полностью проявить материнское поведение. У человека материнское поведение формируется по мере продолжительных повседневных наблюдений девочки или девушки за поведением старших женщин в семье по отношению к младенцу. Если у женщины не было подобного опыта, то ее инстинкт будет лишен основы и не сможет преобразоваться в материнское поведение. Еще несколько десятилетий назад опыт ухода за младенцем передавался от матери к дочери и вопроса о правильности или неправильности приемов ухода просто не возникало. Сегодня эта преемственность значительно утрачена, и поэтому наши современные мамы думают и гадают, как им правильно ухаживать за ребенком и кого лучше слушать. В этой ситуации родившая женщина может быть введена в новую для нее роль матери только за счет специального обучения.

Таким образом, родившую женщину можно назвать матерью только в том случае, если у нее сформировано материнское поведение, позволяющее удовлетворять физические и психические потребности ребенка и обязательно включающее продолжительное грудное вскармливание. Это поведение формируется на базе материнского инстинкта под влиянием длительных наблюдений или специального обучения.

Грудное вскармливание – основа материнского поведения.

Для молодой матери естественное вскармливание ребенка является наилучшим и единственным путем формирования ма-

теринского поведения и развития материнских чувств. Уровни материнской заботы и тревоги, степень отклика на возникающие у ребенка потребности, точность интуитивного понимания его потребностей, степень реакции на реальную или потенциальную угрозу, ненасыщаемая потребность в общении с ребенком и радость от длительного общения – все это определяется не родами, а почти исключительно прикладыванием к груди. Закрепление основных черт материнского поведения коррелирует с длительностью грудного вскармливания, общим числом прикладываний к груди и успешностью кормления. Однако для осуществления полноценного грудного вскармливания женщины нуждаются в помощи. Часто можно услышать слова: "Кормление грудью естественно – зачем же женщинам в этом помогать?" Грудное вскармливание является одной из самых важных составляющих материнского поведения, но сегодня в довольно редких случаях оно осуществляется лишь за счет материнского инстинкта. Чтобы современные женщины успешно кормили грудью, они нуждаются в обучении. Это положение доказывает тот факт, что еще в начале XX века успешное грудное вскармливание осуществлялось в 96% случаев, а сегодня лишь 30% российских женщин кормят ребенка грудью до 3-х месяцев.

Впервые родившая женщина не может точно знать, как прикладывать ребенка к груди. И ребенок, хотя и в состоянии сосать, иногда не захватывает грудь ртом в достаточной степени. И матери, и малышу требуется помощь в обучении этому. Приложить ребенка к груди очень просто для матери, знающей, как это делается, однако она должна это знать и уметь. Если же ребенок неправильно берет грудь, это может вызвать целый ряд проблем и в конечном итоге отказ от кормления грудью.

Кроме обучения самой технике правильного прикладывания малыша к груди, женщины нуждаются в большом количестве других подсказок. Они не могут подобрать удобную позу для кормления, не знают, как часто кормить малышкой, давать ли им воду и другие виды питания, что делать, если воспалились соски, возникла боль в груди, как справиться с избытком или недостатком молока и т.д. Молодые матери нуждаются в помощи человека, разбирающегося в этих вопросах.

Таким образом, грудное вскармливание является главной составляющей материнского поведения, но для его успешного осуществления молодая мать нуждается в обучении. Женщина,

вступающая на путь материнства, нуждается в том, чтобы кто-то более опытный ввел ее в новую роль матери.

Формирование материнского поведения.

Для формирования материнского поведения и полноценной реализации материнской функции женщины нуждаются в обучении. В прошлом такое обучение каждая женщина получала в семье, наблюдая, как ухаживают за новорожденными и грудными детьми более опытные матери. Более того, в традиционном деревенском укладе молодую мать, родившую первого ребенка, обязательно обучали премудростям ухода, посвящая этому очень много времени. Вначале это делала повитуха, а затем к обучению подключались старшие родственницы, вырастившие не одного ребенка. Старая модель посвящения женщины в новую для нее роль матери почти прекратила свое существование из-за разрушения семейной преемственности. Сегодня на смену ей должна быть сформирована новая модель, и в ее появлении есть насущная потребность.

Современное обучение материнству можно разделить на специальное и бытовое, причем и то и другое имеет для женщины огромное значение. Специальное обучение и информацию о психологии новорожденного и грудного ребенка, развитии младенца до рождения и т.д. женщина должна иметь возможность получить в материнской школе при женской консультации, а также в центре перинатального воспитания, где работают специалисты психологи-перинатологи, инструкторы по обучению и уходу за новорожденным, консультанты по грудному вскармливанию, педиатры и акушеры. Такие центры успешно решают задачи просвещения и обучения не только матерей, но и всех членов семьи, где ожидается появление ребенка или есть новорожденный. Помимо просветительских, они решают задачи подготовки к родам и грудному вскармливанию, проводят психологическую адаптацию родителей к появлению новорожденного ребенка. Таким образом, создание и распространение центров перинатального воспитания сегодня является очень актуальным.

Продолжить и поддержать такое обучение помогли бы специалисты НИИ Педиатрии и НИИ Питания РАМН, крупных акушерских центров, а также женских консультаций, детских поликлиник и родильных домов. Обучение правильному грудному вскармливанию и первым приемам ухода за новорожденным должно начинаться в палатах "мать-дитя" родильного дома. Дальнейшая под-

держка матери может продолжаться усилиями детской поликлиники и центра перинатального воспитания. Однако, осуществляя специальное обучение и медицинскую поддержку, нельзя заблуждаться относительно их эффективности. При отсутствии бытового обучения и грамотности результаты специального обучения будут минимальны. Поэтому чрезвычайно важно научные знания подкреплять бытовыми.

Бытовое обучение происходит при передаче опыта от одной матери к другой. Доверительный инструктаж и прямое обучение уходу за ребенком может осуществляться как специалистами по обучению и уходу за новорожденным, так и опытными матерями, получившими необходимую подготовку. Именно поэтому очень важно создание групп материнской поддержки в отношении грудного вскармливания и ухода за ребенком. В такие группы очень важно привлекать многодетных матерей, имеющих опыт хорошего ухода за ребенком и успешного продолжительного грудного вскармливания. Общение между более опытной и новоиспеченной матерью оказывается чрезвычайно полезным и эффективным. Материнские группы поддержки грудного вскармливания прекрасно могут выполнять функцию центров бытового просвещения и обучения молодых матерей.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОЙ ПСИХИКИ РЕБЕНКА

Исходя из содержания бессознательного опыта новорожденного, состояния его психики и потребностей развития, а также из его взаимосвязей с матерью, можно определить, какие именно необходимы условия для формирования здоровой психики ребенка. Можно выделить следующие условия:

1. Поддерживающее окружение, обеспечивающее благоприятные условия для развития ребенка.
2. Правильно организованный контакт матери и новорожденного в первый час жизни.
3. Мягкая адаптация новорожденного к новым условиям существования и создание у него благоприятного впечатления о внешнем мире, включающие грудное вскармливание.
4. Исключение ошибок в уходе за новорожденным и грудным ребенком.

Поддерживающее окружение и развитие грудного ребенка

Из психологии эмоционального развития известно, что процесс взросления невозможен без поддерживающей окружающей среды. Известно также, что для реализации врожденных потенциальных возможностей, заложенных в индивидууме, необходимы соответствующие окружающие условия. При отсутствии благоприятных условий самые богатые врожденные способности не получают возможности проявиться.

В самом начале жизни ребенка он находится в абсолютной зависимости от опекающего его взрослого человека, как правило, от матери. Именно от нее зависит, какие условия для своего малыша она сумеет создать, чтобы реализовался его интеллектуальный и духовный потенциал. Но именно мать имеет наилучшие возможности для решения этой задачи, поскольку она обладает способностью переносить на себя состояние ребенка, а ребенок чувствует свое единство с ней и полную зависимость от ее "Я".

Однако не только мать принимает участие в создании благоприятной окружающей среды для развития младенца. В этом принимают участие и отец ребенка, бабушки, дедушки и другие родственники, которые приходят в дом, где есть младенец. Помимо родственников, немаловажное влияние в создании поддерживающего окружения оказывают специалисты. И первыми, от кого это зависит — это акушеры и педиатры родильного дома. Характер человеческого окружения вокруг матери и ребенка очень важен для полноценного материнства и благополучного детства. Без благоприятного человеческого окружения ребенок не может развиваться до уровня человеческой личности. Живые человеческие отношения с их несовершенством, ошибками и стремлением эти ошибки исправить невозможно заменить никакими другими механическими средствами. Поэтому чрезвычайно важно, чтобы молодая мать, давая поддержку своему новорожденному ребенку и заботясь о нем, сама находилась в кругу забот родных и близких ей людей, а также специалистов, заботящихся о здоровье ее ребенка.

Первый час жизни

Первый час после рождения — это очень важный период для матери и младенца. Своевременный и правильно проведенный пер-

вый контакт матери и ребенка после родов предопределяет их отношение друг к другу. Для матери этот контакт важен, поскольку от него зависит пробуждение ее материнского инстинкта. Для новорожденного этот критический период определяет его способность любить и вообще испытывать привязанность. Поэтому очень важно именно в это время создать вокруг роженицы теплую спокойную атмосферу, которая способствует возникновению интимности в отношениях между ней и ребенком.

Явление импринтинга

Как известно, человек принадлежит к числу незрелорождающихся, причем достаточно давно была установлена морфологическая и функциональная незрелость многих его систем при рождении, в том числе центральной нервной системы. В связи с этим в течение длительного времени существовало убеждение, что новорожденный ребенок не способен к познавательным процессам, и исследования поведенческих реакций новорожденных детей были весьма немногочисленны. Своеобразным толчком в развитии этого направления послужили наблюдения за животными и, в частности, работы этолога Конрада Лоренца, выдвинувшего в 1935 году теорию импринтинга — запечатления в памяти новорожденного отличительных черт воздействующих на него жизненно важных стимулов, в том числе и матери. Одним из важнейших результатов импринтинга является формирование долговременной связи с родителями, то есть запоминание объекта и формирование стойкой привязанности к нему, причем происходит это в строго определенный период, названный критическим или сенситивным (чувственным).

Для новорожденного таким периодом запечатления является первый час жизни. Именно в это время, а далее в течение первых суток жизни он запечатляет мать, что впоследствии служит основой для формирования по отношению к ней устойчивой привязанности. Этот час важен также и для матери, поскольку именно в этот период у нее тоже происходит запечатление своего ребенка, что служит толчком для пробуждения ее материнского инстинкта и формирования привязанности к новорожденному. Именно поэтому зрение новорожденного настроено таким образом, что он ясно видит предметы на расстоянии 20—25 см и выделяет лица. Лицо матери при кормлении грудью находится именно на таком

расстоянии от глаз младенца. Таким образом, импринтинг является неотъемлемой частью родового процесса и жизненно необходимым условием для реализации успешного материнства, формирования взаимной привязанности матери и ребенка, а также для формирования у новорожденного благоприятного впечатления об окружающем мире.

Поведение новорожденного в течение первого часа жизни

Хотя 1 час — это очень короткий период времени, для новорожденного он делится на 4 фазы:

- релаксация (первые 20 минут после рождения);
- пробуждение;
- активная фаза (следующие 40 минут);
- отдых и сон (через 1 час).

Слаженность эмоциональных переживаний роженицы, ощущений новорожденного и их действий по отношению друг к другу, удивительно точно совпадающих по времени, производит поразительное впечатление. Первые минуты после родов мать испытывает бурю эмоций, а малыш в это время тихо отдыхает; затем мать хочет прикоснуться к своему ребенку, а он готов отправиться на поиски матери; мать хочет взять малыша на руки и приложить его к груди, а он хочет взять материнскую грудь, чтобы получить успокоение и новый источник питания. С началом сосания начинаются схватки, отделяется и рождается послед, а мать и дитя испытывают приступ апатии и усталости и могут заснуть рядом друг с другом.

Период релаксации.

Первые 20 минут после родов — это период релаксации (расслабления) новорожденного, необходимый для восстановления его сил после напряжения во время рождения. Совершив первый крик, новорожденный, соединенный с матерью пуповиной, тихо лежит у нее в ногах и, прислушиваясь к новым ощущениям, отдыхает. В это время он обычно откашливается, чихает и сопит, освобождая дыхательные пути от слизи и привыкая к новому способу дыхания.

Пробуждение.

Спустя 20 минут после рождения новорожденный начинает совершать телодвижения: поворачивает голову, делает движения руками и ногами. Малыш начинает ползти по направлению к матери, ориентируясь на ее запах и сопровождая свои движения криком. Именно в этот момент мать, помогая младенцу, берет его на руки или на живот.

Первый контакт "кожа к коже". Первым телесным контактом матери и ребенка, который называют контактом "кожа к коже", является ощупывание новорожденного и прикосновение его тельца к телу матери. Женщина поглаживает спинку, ножки и ручки малыша, гладит его влажную головку, перебирает пальчики рук и ног. Минуты первого телесного контакта матери и ребенка трудно переоценить. В мире млекопитающих они являются вручением вверительных грамот и выражаются в облизывании матерью своего детеныша или его ощупывании. Таким образом мать признает свое дитя, а дитя — свою мать.

Для человека смысл первого контакта "кожа к коже" не утратил своей актуальности. Для новорожденного он является сигналом "я в безопасности", а для матери это сигнал о том, что ребенок жив и его надо кормить. Этот импульс стимулирует у женщины выделение гормонов, в частности, окситоцина и пролактина, которые стимулируют *лактацию*. Кроме этого, окситоцин и пролактин стимулируют эмоциональную связь между матерью и ребенком, поэтому их называют гормонами связи. Благодаря их действию у женщины пробуждается материнский инстинкт, что позволяет ей лучше понимать ребенка и удовлетворять его потребности.

Активная фаза. Поисковый рефлекс.

С началом проявления двигательной активности, когда малыш уже попал на руки или на живот матери, у него проявляется поисковый рефлекс, позволяющий ему самостоятельно, без посторонней помощи найти материнскую грудь. Сегодня считается очень важным, чтобы ребенок нашел и взял грудь в момент проявления поискового рефлекса. Во многих родильных домах стран Европы, Америки, а также в ряде роддомов нашей страны здорового новорожденного не уносят от матери до тех пор, пока он не проявит поисковую активность и не начнет сосать грудь.

Поисковая активность новорожденного проявляется в том, что он начинает открывать рот, сжимает и разжимает ладони. Затем

он начинает ползти, поднимая голову, работая локтями и толкаясь ногами, и старается достичь соска. Совершив несколько движений, новорожденный отдыхает. Важно помочь ребенку добраться до соска. После того как малыш приблизился к лицу матери, он пытается установить с ней зрительный контакт: он смотрит на грудь и на лицо матери, пытаясь сосредоточить взгляд на ее глазах.

Следующим этапом поискового рефлекса является этап "у груди". Новорожденный, добираясь до груди, широко открывает рот, лижет сосок, сосет свои руки, пальцы и "клюет" головой. Затем он высовывает язык и размещает его так, что сосок сам оказывается глубоко во рту. Теперь он захватывает и начинает сосать грудь сильными потягиваниями, периодически ненадолго останавливаясь. Вскоре он начинает с силой сжимать грудь челюстями и выдавливать молоко. Ребенок сам определяет сколько ему необходимо времени, чтобы все получилось, поэтому не следует ему мешать и торопить его. Когда малыш справится со своей задачей, он бросает грудь и засыпает.

Первое прикладывание новорожденного к груди матери является продолжением их телесного контакта, который осуществляется до пересечения пуповины. Это естественное действие имеет огромное значение как для младенца, так и для матери — оно дает устойчивую лактацию. Именно с началом сосания в головной мозг женщины поступает сигнал о необходимости в кормлении ребенка, благодаря чему усиливается продукция гормонов окситоцина и пролактина, стимулирующих лактацию.

В фазе поисковой активности чрезвычайно важен момент контакта "глаза в глаза" и момент захватывания материнской груди. В механизме проявления поискового рефлекса немаловажен момент, когда малыш пытается установить связь с глазами матери (бондинг). Момент установления зрительной связи очень важен для новорожденного ребенка.

Отдых и сон.

После того как малыш проявил поисковую активность, взял материнскую грудь и получил первые капли молозива, он засыпает. Это происходит примерно через 1 час после родов. Как правило, к этому моменту женщина тоже испытывает непреодолимое желание расслабиться и заснуть.

Мягкая адаптация новорожденного к новым условиям жизни

Рождающийся ребенок, как мы уже знаем, это не чистый лист бумаги, а существо, обладающее собственным уникальным опытом. Рождение — это переворот, кардинальная смена обстановки, в которой старый опыт младенца перестает себя оправдывать. Китайская мудрость гласит, что при рождении ребенку уже 9 месяцев. Эти месяцы уходят на то, чтобы приспособиться к жизни в утробе, а потом нужно еще 9 месяцев, чтобы от нее отвыкнуть. Адаптация новорожденного к внеутробному существованию продолжается в течение первого года жизни и, помимо физиологического, имеет психологический аспект. Рождение является ломкой сложившегося способа существования и представлений о мире и не может не отразиться на ощущениях ребенка. Изменение внешних условий влечет за собой изменение в работе его органов чувств, в результате чего ощущения ребенка разделяются на знакомые, составляющие внутриутробный опыт, и незнакомые. Таким образом, после рождения окружающий мир делится для младенца на привычный, являющийся для него источником счастья и безопасности, и незнакомый, служащий для него источником опасности.

В результате рождения для ребенка единственным источником привычных ощущений и надежности является его мать. Таким образом, мягкая адаптация новорожденного к новым условиям существования заключается в первую очередь в продолжении *симбиотического единства с матерью*. Но кроме этого, она включает в себя *уход и удовлетворение физиологических потребностей* ребенка, формирование *благоприятного впечатления об окружающем мире*.

Продолжение симбиотического единства с матерью

Возвращаясь к внутриутробному опыту плода, мы видим его теснейшую связь с матерью. Новорожденный сохраняет память о том, что, когда его окружали материнские запахи, вкусы, звуки, прикосновения и т.д., ему было хорошо и спокойно, он переживал положительные эмоции и чувствовал себя в полной безопасности. После рождения ребенок нуждается в сохранении прежних

ориентиров, что может быть достигнуто лишь за счет постоянного присутствия рядом с ним матери. Продолжение физического союза с матерью позволяет младенцу достичь чувства защищенности и ощущение прежнего комфорта. Кроме этого, мать создает для новорожденного множество стимулов, которые необходимы для полноценного развития его нервной системы. По сути, все эти стимулы она создавала для него еще во время беременности. После рождения ребенка разница состоит лишь в том, что теперь дитя находится снаружи.

Физический контакт с матерью.

Физический контакт с матерью — это первое и самое важное условие мягкой адаптации новорожденного к новым условиям жизни, выполнение которого является гарантией полноценного развития младенца. Для новорожденного важно все — прикосновения и материнское тепло, ношение на руках, укачивание, совместный сон, запахи матери и звуки, издаваемые ее организмом.

Стимуляция кожных покровов. Физический контакт матери и ребенка выражается прежде всего в материнских прикосновениях, поглаживаниях, поцелуях, ощупывании всех частей тела малыша, а также в простых объятиях и тисканье. Находясь внутри матки, в последние недели беременности плод все время испытывает непосредственный контакт тканей матки с кожей. Поэтому для воспроизведения привычных ощущений малышу необходимы материнские объятия и постоянные прикосновения к его коже. У новорожденного прекрасно развито осязание. Исследователи наблюдали, как возрастает циркуляция крови в коже, пальцах, кистях, стопах младенца, когда мать и дитя находятся в контакте "кожа к коже". Материнские прикосновения стимулируют не только кровообращение ребенка, они обеспечивают развитие его эндокринной, иммунной и нервной систем, способствуют развитию головного мозга. Для большей убедительности в необходимости физического контакта матери и ребенка приведем выдержки из статьи "Протяните руку помощи" Сары ван Бовен. В этой статье описывается особое значение тактильной стимуляции младенца для его полноценного роста и развития:

Тиффани Филд, директор Института тактильных исследований при Майамском университете, объясняет, в чем именно заключается благотворное воздействие таких контактов: "Недоношенные дети, ежедневно получающие сеанс массажа, набирают в весе на 47 процентов больше и покидают родильные дома на шесть дней раньше. . . Так-

Тактильная терапия помогает при коликах, расстройствах сна и повышенной возбудимости. По словам Филд, "прикосновения и поглаживания имеют не только психологический эффект — это важнейший стимулятор центральной нервной системы". И стимуляция эта идет по нескольким направлениям. Биопсихолог Саул Шанберг из университета Дьюка установил, что новорожденные крысята, изолированные от матери, перестают расти; когда мать не вылизывает их, у крысят прекращается или резко замедляется выработка гормонов роста. Когда же такое вылизывание симулировали при помощи влажной кисточки, уровень гормонов поднялся и рост возобновился. Эксперименты показали, что тактильная терапия воздействует на увеличение массы тела и у детей. Тактильная терапия также снимает стрессовые состояния: в моче новорожденных, получавших сеансы массажа, ниже содержание кортизола — гормона стресса, который в определенной концентрации способен уничтожать клетки, крайне важные для иммунной защиты".

Таким образом, современные исследования подтверждают важность физического контакта матери и ребенка для полноценного развития его нервной, эндокринной и иммунной систем. Активная стимуляция кожи младенца происходит при ношении его на руках, кормлении грудью и совместном сне с матерью.

Холдинг. Слово *холдинг*, ставшее широко используемым психоаналитическим термином, ввел Винникот. "Осуществлять холдинг" означает "нянчить", "заботиться". В узком смысле "to hold" означает "держат на руках". Другими словами, холдингом называют условия, в которых происходит общение, когда ребенок только начинает жить. Холдинг, или ношение ребенка на руках, необходим, поскольку наиболее полно обеспечивает физический контакт с матерью, а следовательно, и ежедневную физиологическую норму тактильной стимуляции кожи ребенка. Кроме этого, очень важно, что, когда ребенок находится на руках у матери, она согревает его своим теплом и окружает аурой запахов и звуков, которые ему прекрасно знакомы. Поэтому матери следует использовать любую возможность, чтобы взять ребенка и поносить его на руках.

Осуществляя холдинг, или нянчась с младенцем, очень важно делать это правильно. От умения мамы держать малыша на руках, от ее ловкости и уверенности зависит его самочувствие. Этот навык женщина приобретает в процессе обучения и практики общения с ребенком. В своих статьях Винникот неоднократно отмечал, что ребенок, которого достаточно хорошо держат на руках, отличается от ребенка, которого держат неудовлетворительно. Если

мать не овладела искусством ношения ребенка на руках, он будет отставать в развитии.

Укачивание младенца всегда вызывало много споров. Раньше считалось, что это дурная привычка, которую не стоит поддерживать. Укачивание так же необходимо ребенку, как и непосредственный контакт с матерью. Более того, это физиологическая потребность, удовлетворение которой необходимо для полноценного развития вестибулярного аппарата младенца. Во время беременности мать постоянно качала ребенка в ритм своих шагов, обеспечивая развитие его органа равновесия. После рождения малыш тоже нуждается в развитии вестибулярного аппарата. Ношение младенцев на руках и укачивание — это необходимые действия взрослых, обеспечивающие полноценное развитие нервной системы и вестибулярного аппарата ребенка. Поэтому можно рекомендовать матери укачивать младенца в коляске или на руках, укладывая его спать. Следует отметить, что размеренное укачивание младенца на руках оказывает положительный эффект и на нервную систему матери. Ритмичные движения успокаивают и расслабляют женщину, создают у нее ощущение комфорта и улучшают сон.

Совместный сон с матерью также является физиологической потребностью и необходим новорожденному для полноценного развития нервной системы. Малыш нуждается в чувстве безопасности и постоянном присутствии мамы, без которой он не в состоянии выжить. Совместный сон матери и младенца обеспечивает малышу привычный внутриутробный комфорт. Во время сна ребенок прекрасно понимает, находится ли его мать рядом с ним или отсутствует. Более 50% сна новорожденного составляет парадоксальный, поверхностный сон, во время которого он контролирует окружающую обстановку. Если мама рядом и малыш окружен ее теплом и запахами, слышит спокойный ритм ее сердца, то он чувствует себя в безопасности; а если мамы рядом нет — малыш испытывает дискомфорт и чувство глубокой тревоги.

Во многих странах Африки, Азии и Латинской Америки родители принципиально спят вместе с детьми, чтобы дети не беспокоились и крепче спали. *"Исследования показали, что дети, которые спят в одной постели с родителями (или со старшими братьями и сестрами), чаще просыпаются и требуют кормления, но зато реже плачут, а кроме того, от матери они получают поток тактильных, обонятельных и двигательных ощущений, весьма важных для стимуляции развития. В дальнейшем такие дети лучше спят и не страдают от кошмарных снов"* [Мередит Смолл, 1998].

Грудной ребенок может спать на руках у матери или вместе с ней на кровати. Чрезвычайно важно наладить ночной совместный сон матери и младенца еще и потому, что кормление грудью в ночное время обеспечивает успешную и продолжительную лактацию. Гипофизарная железа выделяет больше пролактина ночью, чем днем, поэтому ночное кормление обеспечивает регулярное поступление молока и его достаточное количество.

Организуя сон матери и новорожденного, следует помнить о том, что и мать нуждается в полноценном отдыхе. Чтобы организовать для кормящей матери оптимальный режим сна, необходимо, чтобы родные взяли на себя часть забот по дому и обеспечили ей возможность посвятить большую часть своего времени новорожденному, который больше всех нуждается именно в ее заботе и присутствии.

Запахи и звуки матери. При осуществлении физического контакта с матерью, когда мама прижимает малыша к себе, держит его на руках, спит вместе с ним, немаловажно, что ребенок ощущает знакомый запах матери и слышит звуки материнского организма. Умиротворяющий стук ее сердца и ритм дыхания, ласковый голос матери позволяют ему чувствовать себя защищенным. Индивидуальный запах матери исходит ее кожа, и, если новорожденный всегда находится рядом с мамой, лежит у нее на руках или рядом с ней в постели, он постоянно чувствует ее знакомый запах, который говорит ему, что он в безопасности. Таким образом, запахи мамы, ее голос и звуки ее организма являются неотъемлемым компонентом физического контакта матери и ребенка и создают для него ощущение безопасности и надежности.

Грудное вскармливание.

Грудное вскармливание обеспечивает наиболее полноценный физический и психоэмоциональный контакт матери и ребенка. Это продолжение связи, которая во время беременности осуществлялась между матерью и младенцем через пуповину. Грудное вскармливание как нельзя лучше помогает воспроизвести для новорожденного привычную вкусовую среду. Молоко матери имеет вкус, подобный вкусу околоплодных вод, которые плод заглатывал с 16-й недели внутриутробного развития. Секрет, выделяемый железами околососкового кружка материнской груди, имеет запах, подобный запаху околоплодной жидкости. Поскольку малыш сохраняет внутриутробную привычку очень часто сосать (свой палец) и помнит вкус плодных вод, частое прикладывание к груди позво-

ляет ему сохранить и применить эти привычки в другом качестве. Кроме этого, во время грудного кормления его все время окружают запахи матери, что является для новорожденного гарантом надежности. К 6-му дню неонатальной жизни дети узнают запах молока своей матери и предпочитают его запаху молока другой женщины.

Помимо источника пищи и привычных ощущений, грудное вскармливание является основой и истоком взаимоотношений младенца с объектами внешнего мира. Первый объект, с которым после появления на свет новорожденный вступает в контакт, — это материнская грудь. Первое прикладывание новорожденного к груди матери — это начало взаимоотношений с окружающим миром. Поэтому самое важное в кормлении — это не только кормление, но и контакт матери и ребенка.

Таким образом, для полноценного развития ребенка грудное вскармливание имеет чрезвычайно большое значение: это контакт с мамой, привычные запахи и вкусы, телесный комфорт, удовлетворение рефлекса сосания, чувство безопасности, источник пищи и жизни, отлаживание всех функций организма, становление и развитие иммунной, нервной и эндокринной систем. При отсутствии грудного вскармливания невозможно вырастить ребенка, гармоничного во всех отношениях.

Чрезвычайно важно, чтобы малыш находился на исключительно грудном вскармливании в течение первых 4–6 месяцев жизни. Очень важно, чтобы ребенок прикладывался к груди, как только захочет, и сосал столько времени, сколько он хочет, т.е. кормление по требованию. Особенно ценными являются ночные кормления ребенка, происходящие во время сна, т.е. когда мать и дитя спят. Прикладывание к груди является также полноценным средством для компенсации стрессов ребенка. Если малыш расплакался от боли или страха, мать дает ему грудь и он очень скоро успокаивается, забыв о своем горе. Поэтому чрезвычайно важно сохранить грудное вскармливание до физиологических сроков окончания лактации, т.е. до 1 года и 3 месяцев — 2 лет.

Психоэмоциональный контакт.

Новорожденный ребенок наделен способностью испытывать те же эмоции, которые испытывает его мать. Помимо физических прикосновений матери, малыш нуждается в общении с ней, которое выражается во взглядах, мимике ее лица, ласковых речах, обращенных к нему. Общение матери и ребенка чрезвычайно

важно для развития зрения, слуха и способности ребенка к общению и речи вообще. Из педагогики известен факт, что нормально слышащие дети, которые росли с глухими родственниками первые 3–5 лет жизни, уже не могли овладеть речевыми навыками даже на 40%. Поэтому, чтобы ребенок вырос полноценным, мать должна общаться с ним, сопровождая свои действия словами начиная с первых дней его жизни.

Для полноценного общения матери и ребенка огромное значение имеет акт кормления грудью при условии его достаточной длительности и повторяемости. Мы неоднократно говорили выше об особой настроенности новорожденного на общение с матерью. Все приспособлено для этого: фокусное расстояние глаз новорожденного, соответствующее расстоянию между его глазами и глазами матери во время кормления, немигающий взгляд младенца, его способность выделять лица, и не просто лица, а говорящие лица, а также его удивительная способность к имитации. Таким образом, общаясь с матерью, он подражает ей и уже на этом этапе усваивает законы общения и чувство сопричастности. Отклик матери кормлением не только на голод, но также на беспокойство и тревогу создают для ребенка ту атмосферу любви и защищенности, без которых невозможно полноценное развитие его интеллекта и психики. Именно у груди и на руках у матери осуществляется постепенное усложнение форм общения, углубление психологической взаимосвязи, любви и поддержки в познании.

Естественно, что при такой высокой степени связи матери и младенца в процессе грудного вскармливания и ухода формируется целый комплекс еще более сложных психофизиологических отношений – базы будущей социализации ребенка. Впоследствии зависимость ребенка от материнского молока и самой матери будет уменьшаться, но сформированные в процессе их физического и эмоционального общения психофизиологические связи, а также отношения матери и ребенка останутся пожизненной основой внутрисемейных отношений, отношений между поколениями и, возможно, в обществе в целом. Последующая социализация ребенка и его развитие будут строиться на основе материнской любви и заботы, закрепленных в процессе ухода и естественного вскармливания в раннем детстве.

Уход за новорожденным и реализация его физиологических потребностей

Физиологической потребностью новорожденного является физический контакт с матерью и грудное вскармливание, о чем говорилось выше. Помимо этого, у ребенка есть другие физиологические потребности, которые он не может реализовать без участия матери.

Мочепускание и дефекация.

Новорожденный не всегда может помочиться и опорожнить кишечник без помощи матери. Он может хныкать и даже плакать, пока не произойдет мочеиспускание и дефекация. Таким образом новорожденный проявляет мочеиспускательный рефлекс. Чтобы помочь малышу и облегчить процесс мочеиспускания, мама должна прийти к нему на помощь. Благодаря этим сигналам ребенка мать может высаживать его с самого раннего возраста, формируя таким образом привычку к чистоте (Для высаживания удобно использовать широкий таз).

Эта особенность новорожденного успешно используется у народов, сохранивших первобытные основы воспитания. Например, в Африканских странах, где женщины носят своих детей привязанными на спине или на боку, не очень хорошей и чуткой считается та мать, которая через неделю после родов будет обмочена или запачкана своим ребенком. Это событие является свидетельством того, что она недостаточно чутко относится к сигналам своего малыша, в частности, к двигательным сигналам.

Потребность в тепле и адаптация к новому температурному режиму.

Новорожденный появился на свет из матки, где температура окружающей среды была не ниже 36 градусов. В новых условиях жизни такого постоянства температуры нет, поэтому возникает необходимость приспосабливаться к новому температурному режиму. Термоадаптация, т.е. процесс привыкания ребенка к новым температурным условиям, так же, как и другие приспособительные перестройки в организме новорожденного, должна проходить мягко и постепенно. Малыш нуждается в тепле, потому что его система терморегуляции обладает определенными особенностями и без физического контакта с матерью он быстро замерзает.

Но он нуждается также и в знакомстве с новым температурным режимом.

Как определить, что ребенок замерз. Если малыш выглядит спокойным и довольным, у него теплый носик и складочки в локтевом сгибе и под коленями, значит, он не испытывает холода. Если же у малыша холодный носик и тем более остыли складочки, его следует немедленно согреть в материнских объятиях. Но будет гораздо лучше, если мама не доведет малыша до этих неприятных ощущений.

Потребность в сосании.

Новорожденный испытывает потребность в сосании, удовлетворение которой дает ему ощущение комфорта и защищенности. Осуществляя акт сосания, малыш спасается от чувства телесного и душевного дискомфорта, связанного с адаптацией к новым условиям жизни. Давно замечено, что сосание успокаивает ребенка и делает его сонливым. Причиной этого является повышение уровня холецистокинина в крови, который вырабатывается в верхней части двенадцатиперстной кишки, способствует эвакуации пищи из желудка в кишечник и усиливает переваривание. Помимо этого, холецистокинин вызывает успокоение и "послеобеденную" сонливость, а также активизирует все свойства памяти и запечатления, увеличивая способность к обучению. Исследования показали, что чем младше дети по дням жизни, тем выше у них уровень холецистокинина после кормления, и они прекрасно засыпают, несмотря на малый объем пищи в период становления лактации у матери.

Потребность в сосании дети реализуют главным образом за счет грудного вскармливания. Помимо этого, малыши сосут свои пальчики и кулачки. Это невинное детское занятие очень часто считается дурной привычкой, которую необходимо искоренить. Такое мнение не совсем верно. Сосание рук — это внутриутробная привычка младенца, которая постепенно угасает за счет продолжительных и частых прикладываний к материнской груди по любому поводу. Поэтому следует успокоить мать, что при полноценном грудном вскармливании дети быстро перестают сосать руки. Преувеличенное сосание рук встречается у детей при неудовлетворенности кормлением грудью и плохом уходе. Если базовые нужды ребенка не удовлетворяются или удовлетворяются неполно, то он пытается активным сосанием достичь ощущения комфорта и таким образом компенсировать свои

негативные переживания. Ребенок, который преувеличенно активно сосет руки, нуждается в правильно организованном грудном вскармливании, хорошем уходе и, возможно, психологической помощи.

Пустышки и соски. Очень часто родители, боясь вредной привычки ребенка сосать руки, приучают его к пустышке. Этого делать не следует, поскольку пустышки и соски, примененные до формирования устойчивого навыка захватывать и сосать материнскую грудь, могут стать причиной отказа ребенка от грудного вскармливания. Этот навык формируется у детей в течение первых 2-х месяцев жизни, и именно до этого времени нельзя знакомить ребенка с пустышкой. Кроме этого, пустышки являются источником инфицирования и неблагоприятно влияют на формирование прикуса.

Потребность в комфортном сне.

Особенности сна новорожденного. Сон новорожденного значительно отличается от сна взрослого человека. Заснув, взрослый человек погружается в глубокий сон, который длится 2–3 часа. Глубокий сон сменяется фазой поверхностного, парадоксального сна, во время которого наблюдаются быстрые движения глаз, смена позы во сне, движения конечностями. В течение ночи фаза глубокого медленного сна сменяется фазой поверхностного сна несколько раз. Продолжительность глубокого медленного сна у взрослого, в общей сложности, в 3 раза больше, чем продолжительность быстрого сна.

В отличие от сна взрослого человека у новорожденного фаза глубокого медленного сна наступает не сразу после засыпания, а лишь через 20–30 минут. Кроме того, глубокий сон младенца длится не более 1 часа, а затем он вновь сменяется быстрым сном, и веки малыша начинают двигаться, он меняет позу, вздрагивает, на его лице меняются гримасы — то он улыбается, то вдруг нахмурится, то всхлипнет, и его губы искривятся в гримасе скорби. У младенцев циклы медленного сна значительно короче, а циклы быстрого поверхностного сна продолжительнее, поэтому их сон вдвое более чуток, чем у взрослых, и они быстро пробуждаются, если начинают испытывать дискомфорт. Если у малышей нарушен психоэмоциональный контакт с матерью или они испытывают неудовлетворенность окружением, они вообще с большим трудом погружаются в глубокий сон, их мозг все время находится в возбужденном состоянии. В этом случае мы можем говорить о беспокойном

сне ребенка, который представляет собой непрерывный поверхностный сон.

Эти особенности сна новорожденного, его склонность к частым пробуждениям в первые месяцы жизни объясняются тем, что в это время их ночные потребности особенно остры, а сами они удовлетворять их еще не в состоянии. Например, малыш замерз, или проголодался, или срыгнул и захлебнулся, или у него что-то произошло с дыханием, или забился нос, или у него возникла необходимость в мочеиспускании, конечно, он должен быть способен быстро пробуждаться, чтобы вовремя позвать на помощь и избежать проблем. Помимо защитной функции, поверхностный сон полезен для развития головного мозга ребенка. А кроме того, несмотря на желания взрослых, дети так спят, потому что они дети и так устроены [Уильям Серз и Мари Серз "Ваш ребенок", 1994].

По мере роста ребенка периоды глубокого сна удлиняются, а поверхностного — укорачиваются. Таким образом, дети погружаются в глубокий сон быстрее, а частота пробуждений становится меньше. Постепенно сон малышей становится зрелым. Родители должны знать заранее об особенностях сна новорожденных и запастись терпением. Они должны рассчитывать на ночные пробуждения, чтобы сэкономить моральные и физические силы.

Организация сна новорожденного имеет свои особенности. Самой важной из них является потребность в совместном сне с мамой. Но помимо этого, есть и другие правила, позволяющие сделать сон малыша более комфортным. Перечислим их:

- помещение следует проветривать перед тем, как ребенок укладывается спать. В помещении, где спит ребенок, не должно быть сквозняков и любого движения воздуха;

- малыши чувствуют себя комфортно, когда они спят в тепле и утыкаются носиком в теплую мамину грудь или подушку;

- новорожденный и грудной ребенок лучше всего засыпает под грудью, лежа с матерью в постели или у нее на руках, когда она слегка укачивает его, поскольку сосание и ритмичное покачивание вызывают у него успокоенность, сонливость и способствуют засыпанию;

- если малыш заснул на руках, то, прежде чем переключать его в коляску или кровать, необходимо дождаться погружения в глубокий сон. Стадия глубокого сна наступает примерно через 20—30 минут от момента засыпания и характеризуется полным расслаблением ребенка. Матери следует на-

браться терпения и дождаться момента, когда ребенок заснет глубоко, а не торопиться переключать его.

Адаптация к новому пространственному объему

Новорожденный из условий тесной матки попадает в новый пространственный объем. Непомерно большое, ничем не ограниченное пространство пугает малыша и может стать причиной неадекватных реакций, поэтому новорожденный нуждается в мягкой адаптации к новому пространству. Провести такую адаптацию помогает правильно организованное пеленание и прогулки.

Пеленание.

Чтобы сформировать у малыша положительное отношение к новому миру, в который он попал, нужно вернуть ему привычную форму тела. Это помогают сделать тесные мамины объятия или обычная пеленка, которая помогает ему вернуть привычный внутриматочный комфорт и ощущение собственного тела. Как только новорожденного спеленывают, придав ему внутриутробную позу, он тут же успокаивается. В данном случае речь идет не о тугом, а о свободном пеленании, позволяющем ребенку совершать движения руками и ногами.

Пеленание следует применять только на то время, пока малыш спит отдельно от матери. Спецификой новорожденных являются резкие нескоординированные двигательные акты руками и ногами, которые являются наследием внутриутробной жизни. Эти специфические движения называют "вскидываниями". Рядом с матерью и у нее на руках ребенок спокойно спит без пеленки, поскольку, обнимая дитя, она препятствует вскидываниям. Поэтому в условиях, когда мать постоянно находится вместе с ребенком, например в палате "мать—дитя", необходимости в пеленании нет.

Постепенно ребенок привыкает к своим рукам и координирует их движения более уверенно. Это происходит примерно к 10—30 дню, и с этого времени малыши перестают будить себя резкими движениями. Однако некоторые дети проявляют желание спать спеленытыми вплоть до 2—3 месяцев. Грудных детей следует пеленать до тех пор, пока они сами не изъявят желания выйти из пеленок. В этом случае произойдет постепенное привыкание к новому пространственному объему и психика ребенка не пострадает.

Прогулки.

Прогулки с новорожденным, прежде всего, связаны с адаптацией к новому пространственному объему. Поэтому, прежде чем начинать выходить с малышом на улицу, необходимо, чтобы он привык к громадному для него пространству комнаты. Переход из пеленки в просторы комнаты, а затем из комнаты под открытое небо улицы должен осуществляться постепенно и очень осторожно. В среднем это привыкание происходит в течение первых 30—40 дней жизни. Поэтому начинать прогулки на улице следует не ранее этого срока. В летнее время прогулки можно начать раньше — с 20-го дня, но проводить их на закрытом балконе, прикрывая коляску накидкой и ограничивая обзор ребенка.

Длительность первой прогулки, независимо от времени года, должна составлять 15—20 минут. Удлинять время прогулки следует постепенно, каждый день прибавляя 5—10 минут, чтобы в течение недели довести длительность прогулки до 1 часа. После этого в летнее время длительность прогулки можно увеличивать произвольно в зависимости от погоды и самочувствия мамы и малыша. В зимнее время длительность прогулки можно увеличить до 1,5—2,5 часов и на этом остановиться, а если мороз ниже 10 градусов, от прогулок можно воздержаться до потепления. Зимний морозный воздух способствует продолжительному сну ребенка, поэтому можно использовать время зимних прогулок для большого дневного сна и организовывать их на балконе. Если у мамы есть время, то она может гулять вместе с малышом дважды в день по 1—2 часа.

Реакция матери на плач ребенка

В течение первых трех месяцев жизни все дети много плачут. Плач — это единственная возможность новорожденного сообщить матери о том, что ему плохо. Чтобы у малыша сформировалось благоприятное впечатление о мире, ни одна его просьба о помощи не должна быть оставлена без внимания. Более того, реакция матери должна быть молниеносной. Чем быстрее мать приходит ребенку на помощь, тем меньше страдает его нервная система и тем благоприятнее складывается его впечатление о новой среде обитания.

Интересно, что отношение матери к детскому плачу диктует ее интеллектуальный уровень и культурные корни. Дети американцев и уроженцев Западной Европы плачут значительно чаще и

дольше, чем дети народностей, сохранивших древнюю культуру. Это связано с реакцией мамы на призывный плач младенца. На Западе мать подходит к ребенку и успокаивает его в среднем через 1–2 минуты. Дети африканских племен плачут так же часто, но по времени в 2–3 раза меньше, поскольку отклик матери на плач младенца происходит через 5–10 секунд и заключается в том, что ребенку дают грудь.

Полезно ли детям плакать. Многие современные родители думают, что старая пословица, гласящая "чем бы дитя ни тешилось — лишь бы не плакало", предлагает им любыми средствами занимать хнычущего ребенка, чтобы он не мешал им спокойно делать свои дела. Однако в эту пословицу вкладывался другой смысл. Опытные родители хотели донести до молодых ту простую истину, что ребенок вообще не должен плакать. Считалось, что младенцу плакать вредно, поскольку это портит его характер и мешает его нормальному развитию. Это мнение абсолютно справедливо. Плакать постоянно может либо больное дитя, либо дитя при невнимательных родителях.

Мнение, что, плача, ребенок развивает легкие не оправдано. Здоровый ухоженный младенец не станет плакать без причины. Если же малыш заплакал, значит, его что-то беспокоит и надо разобраться в причинах плача, чтобы как можно быстрее их устранить.

Причины плача новорожденного. Главными причинами плача младенца являются:

- последствия родового стресса, неблагоприятные воспоминания внутриутробного периода;
- необходимость в физическом контакте с матерью;
- желание взять грудь, удовлетворить голод или сосательный рефлекс;
- желание, чтобы его покачали;
- желание заснуть, чувство усталости и общего дискомфорта;
- необходимость в мочеиспускании или опорожнении кишечника;
- ощущение холода;
- недомогание ребенка (внутричерепное давление, расстройства нервной системы, повышенная возбудимость, гипертонус, гипотонус, патология развития, физиологические явления адаптационного периода, начало инфекционного или простудного заболевания, кожные заболевания или опрелости);

- повышенная чувствительность кожи;
- тревога или испуг, страх за свою целостность, неудовлетворенность контактом с мамой или окружением;
- реакция на геомагнитные, атмосферные явления и фазу луны.

Родителям следует знать, что плач и беспокойство новорожденного всегда связаны с какими-то серьезными причинами, которые необходимо выявить и как можно быстрее устранить. Как правило, дети, уход за которыми организован согласно принципам мягкой адаптации, очень мало плачут.

Каким бывает плач. По плачу новорожденного опытная мать может определить его причину. Плач голодного ребенка отличается от плача, возникшего от боли или дискомфорта. Если мать внимательна к малышу, то она постепенно научится различать, о чем плачет ее ребенок, и сможет отличать голодный плач, призыв, дискомфорт или боль, желание заснуть. Рассмотрим характерные признаки различных видов плача.

Призывный плач – ребенок кричит 5–6 секунд, затем делает паузу на 20–30 секунд, ожидая результата, затем вновь кричит примерно 10 секунд и снова затихает на 20–30 секунд. Этот цикл повторяется несколько раз, при этом период плача постепенно увеличивается, пока не переходит в сплошной.

Голодный плач – начинается с призывного плача. Если мать подошла и взяла на руки, но не предложила грудь, то плач переходит в сердитый крик, сочетающийся с поисковыми движениями головой, причем во время поисковых движений ребенок замолкает. Если мать и после этого не дает грудь, то требовательный плач переходит в плач с захлебываниями.

Плач при боли – это плач с оттенком страдания и безысходности. Это достаточно ровный непрекращающийся плач, в котором периодически возникают всплески отчаянного крика, которые, видимо, соответствуют усилению болевых ощущений.

Плач при мочеиспускании – похож на писк или хныканье, которое может перейти в крик непосредственно перед моментом мочеиспускания, если мать не понимает ребенка и не оказывает ему помощь, высаживая его.

Плач при желании заснуть – довольно ровное хныканье-жалоба, сопровождающееся зевотой и частым закрыванием глаз.

Кроме этого, в плаче младенец может отражать различные эмоциональные переживания – обиду, жалобу, тревогу, душевное страдание, безнадежность и т.д.

Правила поведения родителей при плаче ребенка. Приведем правила, которые необходимо знать родителям, у которых появился новорожденный.

1. Первое и самое главное правило – если малыш заплакал, его необходимо взять на руки и дать грудь: А если он заплакал, находясь на руках, надо предложить ему грудь и покачать.

2. Если ребенок не успокаивается или отказывается взять грудь, а мать не может понять характер плача – выяснить его причину. Для этого нужно попробовать высадить ребенка или поменять пеленки, если он уже все сделал самостоятельно, попробовать покачать малыша и уложить его спать. Если это не дает быстрого результата, необходимо проверить и устранить возможные причины раздражения кожи: проверить одежду, состояние коляски или спального места, проверить, не завернулось ли ушко малыша, нет ли опрелостей или высыпаний.

3. Пытаясь успокоить ребенка, мать сама должна быть спокойной. Довольно часто дети плачут, реагируя на раздражение и нервозность матери или общую недоброжелательную обстановку в семье. Поэтому женщине необходимо успокоиться и устранить источник раздражения.

4. Если эти меры не дают результата, значит, причины плача либо являются результатом грубых ошибок в уходе и следует приглашать психолога-перинатолога, чтобы срочно налаживать уход, либо кроются в недомогании ребенка и надо вызывать врача.

Пока родители ожидают прихода специалистов, нельзя бросать ребенка на произвол судьбы. Его следует постоянно носить на руках, часто прикладывать к груди, менять пеленки и следить за состоянием кожи, поскольку эти меры в любом случае улучшают состояние младенца.

Последствия ошибок в уходе

Каждый ребенок попадает в совершенно конкретную житейскую ситуацию, которая во многом является случайной. Но в зависимости от действительных условий воспитания и ухода за младенцем формируется его физическое и психическое здоровье. Качество ухода за ребенком грудного возраста определяется соответствием между его психофизиологическими потребностями возрастного развития и поведением опекающих его взрослых. Для грудного ребенка несоответствие между ожидаемым и реальным пове-

дением со стороны взрослых является неблагоприятным фактором, влияние которого может привести к стрессу, а в дальнейшем к нарушениям в развитии его нервной системы и психики. Последствиями стресса, перенесенного в этом возрасте, являются расстройства поведения, психические расстройства и психосоматические заболевания.

Воздействие стресса на развитие ребенка

Сегодня стресс рассматривают как фактор, влияющий на реализацию генетической программы развивающегося организма. Стрессовая реакция разворачивается на уровне нервной и эндокринной систем, выражаясь в чрезвычайно высоком содержании в крови катехоламинов, а также кортизона и кортизола. Предельные уровни этих гормонов вмешиваются в процесс развития различных органов и систем, задерживая или нарушая его. В этом отношении нервная система имеет особое значение.

Ничтожный стресс или слабый страх способны спровоцировать новый выброс кортизола. Это приводит к тревоге, гиперактивности, повышенной импульсивности. "У детей с высоким содержанием кортизола часто наблюдаются расстройства внимания и неспособность к самоконтролю", — говорит невропатолог из Миннесотского университета Миган Гуннер".

Помимо этих пагубных последствий, в пораженных гормонами стресса областях мозга возникает путаница в системе нейросигналов, когда усиливается один и глушится другой сигнал. Поскольку именно нейросигналы способствуют формированию синапсов, дети, живущие в условиях длительных и непредсказуемых стрессов (отец алкоголик, мать с непредсказуемым поведением, телесные наказания и т.д.), утрачивают умственные способности. "Потеря хотя бы нескольких процентов умственных способностей, — говорит Брюс Перри из Бейлоровского медицинского колледжа, — означает, что какая-то часть ребенка погублена навсегда".

"Потеря всегда трагична — особенно если утрачено то, что могло бы возникнуть, но никогда уже не возникнет. Дети появляются на свет с мозгом, готовым воспринимать и учиться. Но без нашей помощи ему это не под силу" [Как развивать мозг ребенка, Шарон Бегли, 1998].

Проявления стресса у грудного ребенка.

Ошибки в уходе за грудным ребенком приводят к стрессу, который имеет следующие проявления:

- продолжительный сон после проведенных процедур;
- остановка прибавки в весе и росте;
- повышение внутричерепного давления, повышенная возбудимость, гипертонус, гипотонус, мышечная дистония;
- беспокойный сон;
- беспричинный и продолжительный плач;
- колики и нарушения работы кишечника, частые срыгивания;
- неадекватная реакция на громкие звуки, перемену положения тела;
- отказ от груди.

Наиболее распространенные ошибки в уходе.

Наиболее распространенные ошибки в уходе и воспитании новорожденных и грудных детей, ведущие к стрессу, целесообразно разделить на следующие группы:

- психоэмоциональная депривация, т.е. лишение ребенка возможности удовлетворять базовые нужды, необходимые для полноценного психоэмоционального развития;
- вмешательство в естественное функционирование организма ребенка;
- неблагоприятная адаптация к новому пространственному объему;
- насилие и жестокость;
- другие ошибки.

Психоэмоциональная депривация.

Психоэмоциональная депривация (лишение) выражается, прежде всего, в разрушении контакта с матерью и впоследствии приводит к отсутствию благоприятного впечатления о мире, комплексу обиды и тревоги, разрушению чувства уверенности в себе, затрудненной социальной адаптации и антисоциальному поведению. К психоэмоциональной депривации приводят следующие ошибки.

Отсутствие чуткости матери к нуждам ребенка выражается в том, что мать не чувствительна к сигналам ребенка и приходит к нему на помощь слишком поздно. Результатом этой широко распространенной ошибки является нарушение психоэмоционального контакта младенца с матерью, антисоциальное поведение и отсутствие сочувствия и сопричастности. Воспитание сострадания и чуткости начинается с материнской способности не

только быстро реагировать на возникшие нужды младенца, но и предугадывать их возникновение.

Неудовлетворительный холдинг (ношение на руках), который выражается главным образом в ограничении пребывания ребенка на руках у матери или в неловком ношении ребенка. Отсутствие хорошего холдинга влияет также на формирование познавательного интереса ребенка. Стремление человека к исследовательской деятельности и пониманию взаимосвязи вещей и явлений пресекается именно тогда, когда мать решает "не приучать ребенка к рукам".

Раздельный сон матери и ребенка и особенно те минуты одиночества, на которые обречен ребенок после пробуждения, пока мать не подошла к нему, приводят к постоянному переживанию тревоги и отсутствия защиты, утрате веры, что мама вернется. Раздельный сон является причиной нарушений сна и ночных кошмаров, переживаемых вплоть до взрослого возраста.

Искусственное вскармливание приводит к разрушению полноценного контакта с матерью даже в том случае, если во время кормления она держит ребенка на руках. Разрыв этой цепочки сотрудничества представляет собой глубочайшую драму для внутреннего мира ребенка не столько потому, что не могут быть адекватно удовлетворены его потребности в питании, а почти исключительно вследствие разрушения физического "убежища" любви и защиты, которое прочно связано в его сознании с актом кормления и радостью общения с матерью во время этого кормления. Знакомство и привыкание ребенка к бутылочке означает инверсию в его сознании, это первый этап на пути последовательного разобщения с близкими, с первым опытом еще неосознанного детского счастья, пути усугубления одиночества. Опыт, приобретаемый ребенком при "бутылочном" кормлении, всегда несет в себе риск превратиться в опыт взаимодействия с предметами, но не с людьми, и это не может не иметь значимых отдаленных последствий как для его личной судьбы, так и для общества в целом.

Кормление строго по часам является результатом ошибочного представления о грудном вскармливании как о средстве для удовлетворения только лишь пищевой потребности, когда не учитываются более глубокие психозэмоциональные и физиологические связи младенца с матерью. Результатом строгого соблюдения режима кормлений является частый и продолжительный плач малыша, переживание телесного и душевного дискомфорта. Эти переживания, в свою очередь, приводят к разрушению благопри-

ятного впечатления о мире, веры в надежность матери и чувства защищенности, являются причиной формирования комплекса обиды, тревоги и неполноценности. Кроме этого, соблюдение режима кормлений может стать причиной функциональных нарушений, поскольку пищеварительная система грудного ребенка приспособлена к частому поступлению материнского молока.

Продолжительный плач, на который нет отклика со стороны матери. В этой ситуации у ребенка разрушается уверенность в надежности матери и благоприятное впечатление о мире, что формирует у него комплексы тревоги, обиды и неполноценности, а также может стать причиной соматических и психосоматических заболеваний.

Вмешательство в естественное функционирование организма ребенка.

Вмешательствами в естественное функционирование организма ребенка прежде всего следует считать искусственное вскармливание, кормление строго по часам, допаивание ребенка водой, введение различных прикормов до 4–6 месяцев, неправильное применение памперсов, применение свечей и газоотводных трубок. Все эти вмешательства не являются безобидными и приводят к расстройству функций тех систем организма, на которые они целенаправлены.

Допаивание ребенка водой, раннее введение прикормов (до 4–6 месяцев) являются инородным вторжением в функционирование пищеварительной и выделительной систем организма и потенциальным источником инфекции, а также различных желудочно-кишечных расстройств и заболеваний. Кроме этого, допаивание является причиной вялого сосания, снижения потребности в грудном молоке и раннего прекращения грудного вскармливания. Подробнее об этом рассказывается в разделе "Практика грудного вскармливания".

Неправильное применение памперсов, т.е. продолжительное ношение более 3-х часов в день и применение в ночное время, вызывает у младенцев неприятные телесные ощущения, испытать которые может любой взрослый, надев памперс на пару часов, и делает процессы мочеиспускания и дефекации недоступными для контроля. В первую очередь это приводит к развитию энуреза и экопрезза (недержание стула). Следует отметить, что правильным применением памперсов считается их использование лишь во время прогулок, визитов в гости, посещения детской поликлиники и т.д.

Кроме этого, вызываемый памперсами телесный дискомфорт в области гениталий может привести к возникновению психосексуальных расстройств.

Многократное применение свечей, клизм и газоотводных трубок. Результатом такого вмешательства является многократное раздражение ануса, которое сочетается с чувством удовлетворения. Это может стать причиной различных психосексуальных расстройств (например, гомосексуализма). При правильно организованном грудном вскармливании и уходе за ребенком не возникает вспучиваний, коликов и других проблем, которые делали бы эти меры необходимыми. Применение этих мер возникает крайне редко в случае серьезного недомогания ребенка и должно назначаться только по жизненно важным показаниям.

Неблагополучная адаптация к новому пространственному объему.

Причиной неблагоприятной адаптации новорожденного к новому пространственному объему и собственному телу может стать *полный отказ от пеленания* и *ранние прогулки*, которые начинают до исполнения младенцу 30—40 дней, а также *динамическая гимнастика*, популяризируемая различными родительскими школами и курсами подготовки к родам в воде. Следствием неблагоприятной адаптации к новому пространственному объему является *неадекватное отношение к пространству, нарушение пространственной ориентации и координации, боязнь открытых пространств (агорафобия), неблагоприятное впечатление об окружающем мире*. Особо следует сказать о динамической гимнастике, которая является своеобразной акробатикой для младенцев. В ней присутствуют многочисленные подбрасывания, раскручивания и перевороты. Как подтверждают наблюдения за развитием детей, с которыми регулярно занимались динамической гимнастикой, впоследствии устойчивым результатом таких занятий является полное отсутствие страха перед высотой и падением, стремление прыгнуть вниз с большой высоты [С. Гроф, 1993].

Другие ошибки.

К разряду таких ошибок следует отнести переезды с грудным ребенком, визиты большого числа гостей, а также походы в гости и посещение людных мест. Обилие контактов с малознакомыми или незнакомыми людьми, перемена обстановки вызывают у

ребенка тревогу и впоследствии могут привести к беспокойному сну и беспричинному плачу малыша.

Кроме этого, довольно распространенными ошибками можно считать частое проведение контрольных взвешиваний, проверку рефлексов новорожденного и интенсивный массаж, проводимый без необходимой адаптации к этой процедуре, моржевание и др. Все эти мероприятия могут привести к негативным последствиям. Например, частые контрольные взвешивания, которые проводят ежедневно или несколько раз в день, могут привести к ненужному волнению матери, снижению лактации и остановке в наборе веса младенца.

Благоприятное впечатление об окружающем мире

Благоприятное впечатление новорожденного о внешнем мире складывается из многих ощущений и переживаний. Самыми главными и определяющими из них являются: физический и психоэмоциональный контакт с матерью и грудное вскармливание. Затем на формирование благоприятного впечатления о внешнем мире влияет удовлетворение физиологических потребностей ребенка (высаживание, комфортный сон, благополучная термоадаптация). Чтобы у младенца с первых дней сформировалось благоприятное впечатление о мире, ни одна его просьба о помощи не должна оставаться без внимания матери. Именно мать, кормящая грудью и чутко реагирующая на малейший дискомфорт ребенка, обеспечивает ему защиту от стрессов и закрепляет благоприятное впечатление об окружающем мире.

Исследователи, наблюдавшие за развитием грудных детей в обществах, сохранивших первобытную патриархальную культуру, где психическая депривация новорожденных отсутствует, поскольку мать хорошо чувствует все потребности младенца и выполняет их еще раньше, чем он способен осознать свою нужду, заключают, что уровень развития этих детей намного превосходит уровень развития детей европейцев, находящихся в условиях депривации. Ребенок, чувствуя надежность окружения и благосклонно относящийся к миру, вырастет уверенным в себе полноценным человеком, устойчивым к превратностям судьбы и готовым делать мир вокруг себя лучше и счастливее. Поэтому, чтобы вырастить полноценную личность, чрезвычайно важно позволить новорожденному

младенцу находиться в состоянии постоянного удовлетворения, которое он помнит из внутриутробной жизни. Мать и отец должны встречать рождение ребенка с несомненной радостью и дарить ему самые лучшие чувства, на какие они способны. Только ощущение эмоциональной безопасности и надежности окружения позволяет в полной мере развить потенциал новорожденного малыша.

Таким образом, своевременное и полное удовлетворение основных потребностей новорожденного и грудного ребенка позволяет сформировать у него благоприятное впечатление об окружающем мире и чувство эмоциональной безопасности. Эти впечатления младенца являются основой для его полноценного развития и формирования как личности.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ЛАКТАЦИИ

Полноценное материнство в значительной степени зависит от отношения в обществе к матери и ребенку, от качества медицинской помощи, а также от психологической и социальной поддержки, которую они получают. От психологической готовности женщины к материнству и от зрелости ее чувств зависит, насколько успешно ей удастся родить ребенка и выкормить его грудью, что делает психологическую поддержку будущих и кормящих матерей особенно актуальной. Такая поддержка должна проводиться на разных уровнях разными специалистами. Первыми в подготовке к успешному материнству должны стать центры перинатального воспитания и женские консультации. Следующим звеном поддержки и помощи матери должны являться родильные дома, детские поликлиники и группы материнской поддержки, о которых мы расскажем ниже.

От психологического состояния женщины, вступающей в материнство, зависит состояние ее физического здоровья во время беременности, благополучный исход родов и течение послеродового периода, а также успешное кормление грудью. Поэтому медицинские работники, оказывающие ей помощь на различных этапах, должны учитывать особенности ее психоэмоционального состояния.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОЙ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБЩЕНИЮ С НЕЙ

У беременной женщины возникает особое психологическое состояние сосредоточенности на своем внутреннем мире и на будущем ребенке, которое в значительной степени отражается на ее самочувствии и состоянии плода. Это состояние материнской со-

средоточенности достигает своего пика во время родов и затем продолжается в течение всего периода кормления грудью.

Психические явления, связанные с беременностью

Во время беременности у женщины изменяются ощущения, чувства и настроения. Ей кажется, что мир вокруг нее изменился из-за перемен, происходящих в ней самой. Изменение психического состояния женщины при нормальной беременности возникает под влиянием изменений, происходящих в ее нервной и эндокринной системах, регулирующих беременность.

Первая половина беременности

В первые месяцы беременности наиболее заметные изменения происходят с сенсорным восприятием женщины. Практически каждая беременная (90%) сообщает об измененном восприятии запахов и вкусов, что может наблюдаться очень рано, уже со второй недели беременности. Помимо этого, у беременных может наблюдаться измененное восприятие звуков, цветов, зрительных образов, а также изменения в тактильных ощущениях. Распространенным явлением беременности является возникновение различных пищевых желаний, которые могут быть чрезвычайно сильными. Известными явлениями беременности являются переменчивость настроений, сентиментальность, слезливость, сонливость и снижение интеллектуальных способностей. К малоизвестным психическим явлениям в первой половине беременности можно отнести изменение отношения к роду деятельности или работе, появление необычных пристрастий и занятий (например, вязание или вышивка, рисование и музицирование и т.д.), появление необычных мечтаний и сновидений, а также изменение отношения к окружающим и собственному телу.

В течение первых 20-и недель беременности женщины отличаются ранимостью. У них появляется необыкновенная чувствительность и слезливость, повышенная обидчивость и капризность, сопровождающиеся огромной потребностью в добросердечном отношении и внимании. Кроме этого, беременные обычно отличаются повышенной внушаемостью и реже оказываются полностью за-

крыты и невнимательны к каким бы то ни было предостережениям. В импульсивности настроений женщин во время беременности проявляется включение бессознательных механизмов, регулирующих этот процесс. Такая подвижность психоэмоциональной сферы беременной диктуется потребностью в более чутком поведении с ее стороны по отношению к внешнему миру, что в какой-то степени служит гарантией безопасности будущего ребенка.

Вторая половина беременности

После 20-й недели беременности общее состояние женщины улучшается. Многие ощущения, возникшие в первой половине беременности, такие как изменения зрительных ощущений, вкуса, сильные пищевые желания, реакции на звуки, запахи, цвета и контакты с другими людьми, ослабевают или исчезают. В отличие от предыдущего периода, у женщины может значительно возрасти творческий потенциал, в связи с чем возникает потребность в активной деятельности, и появиться сверхчувствительность по отношению к будущему младенцу. Эта способность к сверхчувствительности проявляется у беременных в сновидениях, предчувствиях и других необычайных переживаниях, а также в ощущении мысленного контакта с ребенком. По мнению женщин, этот контакт выражается в реакции плода на их эмоциональное состояние и мысленные реплики, обращенные к нему. Например, некоторые женщины отмечают, что ребенок прекращает бурные шевеления, когда в моменты усталости они просят его успокоиться, чтобы получить возможность отдохнуть. Многие беременные замечают, что плод реагирует на музыкальные произведения, которые они слушают, громкие звуки и поведение мужа. Например, если муж накладывает руки на живот беременной, желая послушать биения плода, его шевеления чаще всего прекращаются. Причем это повторяется от раза к разу, и мужу так и не удается оказаться свидетелем столь замечательного явления.

Рекомендации для медперсонала по общению с беременной

Многие исследователи, практикующие врачи и психологи отмечают, что во время беременности психоэмоциональный мир

женщины заметно изменяется. Но акушеры, наблюдая изменения состояния и настроения женщины, вступившей в материнство, предпочитают не вмешиваться в эмоциональную сферу ее жизни. Однако, как показали многочисленные исследования, пренебрежение психологическим состоянием беременной и усугубление ее отрицательных эмоций приводят к изменениям в ее соматическом состоянии. Например, было замечено, что у женщин в моменты психоэмоционального дискомфорта понижаются показатели гемоглобина, повышается или понижается давление, ухудшается сон и аппетит, усиливается тошнота и изжога, усугубляется чувство усталости, появляются головные боли, нарушается сон. Все эти состояния могут сняться, когда женщина выйдет из состояния душевного дискомфорта.

Когда врач или акушерка общаются с беременной, они должны учитывать особенности ее психологического состояния, которое характеризуется как *первичная материнская сосредоточенность*, необходимая для продолжения рода. Женщины в этом состоянии ощущают особую потребность в покровительстве и защите, но не всегда способны их принять. Отношение ко всем рекомендациям врача строится на основе отношения беременной к опеке, поэтому во время общения с ней врач должен это учитывать.

Отношение беременной к рекомендациям

Потребность в заботе испытывает каждая беременная женщина, но она не всегда правильно понимает и может оценить возникающие у нее потребности. Реакция беременной на рекомендации врача, который оказывает ей помощь, зависит от того, насколько она осознает свою потребность в заботе со стороны окружающих.

Беременная, осознающая потребность в опеке. Если женщина осознает такую потребность и стремится получить поддержку, она будет способна ее принять. Но в этом случае беременные оказываются особенно ранимыми и чуткими. Они склонны к доверительному сотрудничеству, но при кажущейся осознанности и понятливости способны на непоследовательные импульсивные действия. Форма сотрудничества с такой женщиной — доверительное партнерство, предполагающее чуткое отношение к ее настроению, отсутствие требований, контроля и осуждения.

Беременная, не осознающая потребности в опеке. Если женщина не осознает такой потребности или в силу свойств характера не

признается себе в этом и стремится выглядеть сильной и независимой, она не склонна принимать поддержку. Такие женщины относятся к рекомендациям врача настороженно и выполняют их по своему усмотрению. По отношению к ним следует вести себя чрезвычайно корректно, взвешивать каждое слово и избегать контроля, наставлений и настоятельных рекомендаций. В данном случае для выработки оптимальной линии поведения необходима консультация психолога.

Общие рекомендации

Исходя из особенностей психологического состояния беременной, при общении с ней необходимо руководствоваться следующими правилами.

Необходимо выслушивать беременную и учитывать все ее желания и настроения. В случае выявления сложных или неадекватных эмоциональных переживаний, осложненной бытовой ситуации, неблагоприятных отношений с родственниками желательно рекомендовать беременной обратиться за консультацией к психологу.

Общаясь с беременной, следует избегать употребления слова "нельзя". Находясь во власти своих чувств и переживаний, женщина во время беременности впервые начинает доверять своим подсознательным импульсам и пытается реализовать свои желания, которые раньше подавляла. В этой ситуации любой запрет, не соответствующий внутренним ощущениям женщины, вызывает непреодолимое желание его нарушить. Неосторожно высказанный запрет может побудить беременную к действиям, которые она даже никогда не собиралась совершать.

При общении с беременной нельзя выдвигать категорических требований. Любая рекомендация, совет или назначение должны содержать возможность выбора и не выглядеть запугивающе. Желательно, чтобы у беременной оставалось впечатление, что решение приняла она сама и сама его придерживается. Категорические требования, как правило, воспринимаются беременными негативно и вызывают естественный протест, стремление им не подчиняться. К чрезвычайно распространенным категорическим запретам относится ограничение беременных в питье и ограничение в наборе веса. Однако именно в этих случаях врач должен действовать наиболее корректно, избегая тактики прямого запрета. В этом случае гораздо больший эффект дает тактика сочувствия и снятия ог-

раничений, сочетающаяся с различными рекомендациями, переориентирующими внимание беременной на другие проблемы.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ПОВЕДЕНИЕ РОЖЕНИЦЫ В ХОДЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

Роды — это чрезвычайно сложный нейроэндокринный процесс, который требует величайшего физического и психоэмоционального напряжения и, по сути, является экстремальной ситуацией, значение которой трудно переоценить. Но тем не менее роды — это физиологическая ситуация, в которой поведение женщины определяется материнским инстинктом и не поддается контролю сознания. Эта форма поведения относится к реликтовым, безусловным формам и регулируется бессознательной сферой психики, что обуславливает особенности психического состояния роженицы.

Сегодня многочисленные исследования доказали, что психологическое состояние роженицы предопределяет исход родов и успешность последующего грудного вскармливания. От эмоционального состояния роженицы зависит болезненность и эффективность схваток, скорость раскрытия шейки матки, возникновение гипоксии у плода и т.д. Эту зависимость наглядно иллюстрирует снижение процента кесаревых сечений, медикаментозных вмешательств в роды и осложнений в послеродовом периоде в клиниках, где активно применяются методы психологической поддержки женщины во время родов. В то же время психологическая поддержка роженицы является фактором, влияющим на улучшение показателей по распространенности грудного вскармливания. Поэтому специалисты, оказывающие женщине помощь во время родов, должны учитывать особенности ее психоэмоционального состояния и инстинктивного поведения.

Особенности инстинктивного поведения роженицы

Все исследователи, изучающие поведение женщины во время родов, отмечают его особенности. Во время родов женщина как бы погружается в себя, переживает изменения в состоянии сознания. Например, в книге "Психика и роды" были описаны такие

явления, как чувство необычного психического состояния, появление чувства глубокой радости-счастья или глубокого горя, появление мысленного контакта с ребенком и т.д. Почти все женщины во время родов имеют "мечтательное" выражение лица, забывают свое социальное положение, теряют над собой контроль. Многие из них на разных этапах родов издают характерные стоны и крик, а также крик в момент рождения ребенка. Роженицы, несмотря на боль и различные неприятные ощущения, не выглядят беспомощными или потерянными, наоборот, они действуют неторопливо, ищут удобную позу, многие вещи делают интуитивно без какого бы то ни было обучения. Причем эти особенности поведения во время родов характерны для всех женщин и не зависят от их культурного уровня.

Интуитивное, или бессознательное, поведение женщины во время родов имеет громадное значение для их благополучного исхода. Подчиняясь своим инстинктам, женщина поступает наиболее рационально, вследствие чего рождает быстрее и легче, чем та, которая зажата. Способность забыться и вести себя интуитивно — это наилучшее условие для проведения благополучных родов. Поэтому наиболее успешно роды проходят в тех случаях, когда они меньше всего подвержены контролю сознания. Более того, инстинктивное поведение женщины в родах позволяет максимально раскрыться ее материнской интуиции и предопределяет успешность последующего грудного вскармливания. Искусство оказания помощи в родах заключается в умении дать женщине возможность вести себя свободно и таким образом помочь включению бессознательных механизмов саморегуляции родов.

Естественный гормональный баланс, регулирующий роды

Инстинктивное поведение женщины, позволяющее ей рожать самопроизвольно, связано с особым *гормональным балансом* в ее организме. Точная "схема" такого баланса предопределена наследственной программой. Гормоны, регулирующие процесс родов, многофункциональны и влияют на физиологические процессы, эмоциональное состояние, память и поведение женщины. Например, во время родов гипофиз женщины продуцирует *окситоцин*, который способствует сократительной деятельности матки, а помимо этого, влияет на механизмы памяти и способствует забыва-

нию событий. Таким образом, во время родов окситоцин помогает женщине легче переносить боль, а после них — полностью забыть о ней.

Поскольку роды являются стрессом, экстремальной ситуацией, вызывающей напряжение эмоциональных и физических сил организма, во время них усиливается секреция адреналиноподобных веществ, которые вырабатываются, когда организм испытывает страх, боль или холод. *Адреналин* усиливает мышечное напряжение, *норадреналин* усиливает сердцебиение, повышает кровяное давление, активизирует энергоотдачу. Во время родов активизируется работа надпочечников и увеличивается продукция этих гормонов, благодаря чему усиливаются родовые схватки. Но в то же время в период родов вырабатываются *эндорфины* (нейрогормоны с морфеподобными функциями), которые играют важную роль в сложном гормональном балансе. Они позволяют сделать роды самопроизвольными, а также действуют как болеутоляющее средство, способствуют оптимизации эмоционального состояния, подавляют беспокойство и содействуют достижению состояния общего удовлетворения.

Естественный гормональный баланс, возникающий во время родов, чрезвычайно хрупок, и поэтому любое необоснованное вмешательство в ход родов, например введение каких-либо препаратов в организм женщины, может разрушить его и привести к патологии родовой деятельности или усугубить ее. Поэтому медперсонал должен придерживаться выжидательной тактики ведения родов и вмешиваться в их естественный ход лишь по серьезным показаниям.

Элементы инстинктивного поведения роженицы

Поощрение естественного поведения женщины во время родов является наиболее разумной и безопасной формой их ведения. Элементами этого поведения являются дыхание, звукоизвлечение роженицы, смена поз и динамика ее движений. Благодаря генетически обусловленному механизму течения родов все эти действия согласованы с предельной точностью.

Дыхание и крик роженицы. С момента появления схваток и по мере их усиления у роженицы активизируется дыхание, что в дальнейшем может проявиться в ее стогах или крике. Эти явления

имеют физиологическую основу и являются нормой, а не выражением страданий или проявлением дурного характера и нетерпения женщины.

Положение тела в родах. В ходе родов женщина неоднократно меняет положение тела для облегчения болей и выбора оптимальной скорости их течения. Динамика смены положений и набор статических поз в ходе родов довольно разнообразны, и роженица должна иметь свободу в их выборе. Кроме того, от позы и динамики движений роженицы зависит ее дыхание и характер звуков. В зависимости от того, что она делает: лежит на боку или на спине, сидит, ходит, делает наклоны или приседает — изменяется ее дыхание. Если роды протекают естественно, то женщина сама выбирает стиль дыхания, соотнося его с положением тела.

Основными позами и движениями в родах являются положения на коленях, на корточках, на четвереньках, положения сидя и стоя, а также ходьба и наклоны. Но наилучшей позой в родах является та, которую выберет сама роженица. Как правило, во время схваток женщины предпочитают ходить, наклоняться, становиться на четвереньки или приседать, а во время потуг они садятся на корточки, становятся на четвереньки или на колени.

Расслабление. Инстинктивное поведение роженицы предполагает полную свободу движений. Женщина не только свободно передвигается, она способна в моменты сильного напряжения (на схватках и потугах) расслаблять все свое тело. В результате можно наблюдать картину, когда при напряженной матке все тело женщины становится расслабленным. Расслабление мышц роженицы имеет чрезвычайно важное значение для благополучного рождения ребенка: при расслаблении мышцы размягчаются и перестают служить препятствием для продвижения плода по родовым путям, таким образом процесс родов оптимизируется и идет значительно мягче.

Достичь состояния максимального расслабления позволяет полная самоотдача процессу родов и возможность женщины вести себя раскованно и свободно. В свою очередь, эта свобода позволяет женщине расслабиться и вести роды очень эффективно.

Материнское поведение после рождения ребенка

После рождения ребенка при естественных родах женщина, как правило, садится на пол. Многие роженицы делают это самопроизвольно на том же месте, где они рожали. В этот момент новорожденный ребенок оказывается у женщины между ногами. Малыш лежит в безопасной позе на животе, а его голова повернута на бок. Это положение максимально безопасно для новорожденного, поскольку таким образом под воздействием силы тяжести обеспечивается выход слизи и околоплодных вод из его носоглотки

Мать гладит ребенка по спинке, осматривает и ощупывает его со всех сторон, говорит ему ласковые слова. На лице женщины отражается счастье и умиление, иногда от переполнения чувствами слезы накатываются ей на глаза. Через некоторое время она берет малыша к себе на грудь. В это время мать и дитя еще связаны пуповиной. По пуповине из плаценты к младенцу перетекает кровь, что видно по пульсации пуповины. Когда ток крови закончится, пульсация прекратится и пуповина приобретет белый цвет. Момент, когда мать берет малыша на руки — это самое подходящее время для первого прикладывания ребенка к груди. Контакт матери и ребенка сразу после родов и сосание малышом материнской груди стимулируют женскую гормональную секрецию, которая вызывает схватки и последующее спонтанное отделение и изгнание плаценты. После рождения последа у женщины появляется стремление к покою. Она стремится устроиться поудобнее рядом с новорожденным и уснуть. Это время необходимо матери и ребенку для отдыха.

Соблюдение всех моментов естественного поведения матери после родов значительно сокращает число послеродовых осложнений как у матери, так и у ребенка и повышает процент грудного продолжительного вскармливания.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ РОДОВ И НАЧАЛО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

В российских родильных домах и по всему миру широко распространена методика медикаментозного ведения родов, не учитывающая естественного поведения роженицы и новорожденного. Однако сегодня эти позиции пересматриваются. Наиболее мощным стимулом для пересмотра сложившихся взглядов на процесс деторождения и прецедентом для переподготовки медицинских работников, работающих в учреждениях родовспоможения, явилась программа Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по поддержке и поощрению грудного вскармливания, которая была разработана и начала внедряться более 10 лет назад. Одной из значимых частей этой программы является внедрение методик свободного поведения женщины в родах и немедикаментозного ведения родов, которые обеспечивают возможность полноценного и продолжительного грудного вскармливания. Для реализации этой части программы была предусмотрена обширная работа с родильными домами. Это был серьезный прецедент для пересмотра подходов к акту родов.

Прежде чем рассматривать рекомендации ВОЗ по организации и ведению родов в медицинских учреждениях, необходимо отметить некоторые моменты традиционного ведения родов в российских роддомах, на преодоление которых и направлены эти рекомендации.

Традиционное родовспоможение

Существовавший до сих пор традиционный медицинский подход начинал проявлять себя с момента поступления роженицы в родильный дом. Проведя предварительный опрос и обмеры, женщину переодевают в казенную одежду, а свою одежду она отдает родственникам, с которыми не сможет видеться в течение всего пребывания в роддоме. Затем следует осмотр, бритье лобка, клизма, душ и перевод в предродовую палату. Все эти процедуры не могут быть опротестованы со стороны женщины: медперсонал роддома часто считает, что роженица не имеет права возражать.

Дальнейшая помощь в родах сводится к укладыванию женщины на кровать и требованию, чтобы она на схватках лежала. При очередном осмотре роженице могут вскрыть плодный пузырь, не оповещая ее об этом. Если же акушеру покажется, что роды идут слишком медленно, женщине могут назначить препараты для стимуляции родовой деятельности.

Основную часть потужного периода женщина проводит лежа на кровати и не имеет возможности изменить позу. С момента прорезывания головки роженицу переводят в родзал на родильный стол. Здесь под команды акушерки она и производит на свет ребенка.

Новорожденному младенцу очищают носоглотку от слизи с помощью груши и пересекают пуповину, не всегда дожидаясь окончания ее пульсации. Затем малыша показывают матери и общаются пол ребенка. После этого новорожденного уносят на обработку. Роженица остается в родзале до рождения плаценты. Затем ее осматривают, проводят необходимые восстановительные медицинские процедуры (осмотр, наложение швов и т.д.) и оставляют на 2 часа в помещении рядом с родзалом. Теперь мать и дитя в ряде роддомов могут встретиться только в отделении послеродового ухода через несколько часов или на следующий день, а возможно и на 3–5-й день.

Палаты послеродового содержания обычно бывают двух типов: палаты совместного пребывания "мать — дитя" и палаты отдельного содержания матери и ребенка. Независимо от этого матерям обычно рекомендуют кормить детей строго по режиму через 3 часа, дают малышам докормы и не принимают никаких мер для налаживания грудного вскармливания.

В течение всего пребывания в родильном доме свидания родильницы и новорожденного с родственниками исключаются: все контакты могут осуществляться только по телефону, через записки и окно родильного дома.

Рекомендации ВОЗ по технологии родовспоможения

Сегодня общепринятым считается мнение, что минимум вмешательств в роды — это благо для матери и для ребенка. Современные исследования в области деторождения неопровержимо доказали, что инстинктивное поведение женщины во время родов

и ее психологический комфорт являются мощным средством терапии и снижают процент неблагополучных родов, осложнений в послеродовом периоде и процент перинатальной детской смертности. Учитывая это, в апреле 1985 года в Форталазе (Бразилия) Европейское и Американское региональное бюро ВОЗ провели совместную конференцию с участием специалистов из Северной и Южной Америки и Европы. В конференции приняли участие акушеры, педиатры, руководители здравоохранения, социологи, психологи и экономисты. Итогом конференции была разработка "Рекомендаций по технологии родовспоможения", которые основывались на принципе: "Каждая женщина имеет право на должное обслуживание во время беременности. Именно женщины — будущие матери — играют центральную роль во всех аспектах этого обслуживания, включая участие в планировании, осуществлении и оценке обслуживания". Приведем наиболее важные пункты этих рекомендаций.

— Каждая женщина может выбрать любой тип обслуживания при родах, который она предпочитает (возможна любая поза: стоя, на коленях, сидя на корточках, в клинике или дома, в воде или "всухую").

— Неофициальные системы обслуживания в предродовом, родовом и послеродовом периодах (там, где они уже существуют) должны функционировать наряду с официальной системой. Сотрудничество с ними следует всячески поддерживать в интересах матери и ребенка. Такие отношения, устанавливаемые при отсутствии превосходства одной системы над другой, могут быть в высшей степени эффективными.

— Психологическое благополучие молодой матери должно обеспечиваться не только посредством свободного доступа родственников по ее выбору во время родов, но также и при помощи свободного посещения после родов.

— Здоровый новорожденный должен оставаться с матерью, когда это позволяет состояние их здоровья. Ни один процесс наблюдения за здоровьем новорожденного не оправдывает разлучение его с матерью! Не следует препятствовать совместному общению матери и ребенка, продолжительность которого должна определяться желанием матери. Следует поощрять нахождение матери и ребенка в одном помещении.

— Кормление грудью новорожденного должно начинаться не позже чем через 30 минут после родов (то есть еще в родильной палате).

– Кесарево сечение применяется в среднем не более чем в 10% случаев.

– Электронный контроль за плодом во время родов не всегда адекватно сказывается на процессе родов. Контрольное наблюдение за плодом с помощью компьютера должно проводиться в тщательно отобранных случаях и при провоцированных (стимулированных) родах.

– Нет показаний к тому, чтобы сбрасывались волосы на лобке или ставилась клизма перед родами.

– Необходимо, чтобы во время схваток женщины могли ходить. Каждая женщина должна свободно решать, какое положение ей принять во время родов.

– Провоцирование схваток должно практиковаться не более чем в 10% случаев.

– Во время родов следует избегать применения болеутоляющих и анестезирующих препаратов без соответствующих медицинских показаний.

– Необходимо уделять внимание эмоциональным, психологическим и социальным аспектам обслуживания при родах: важен выбор места рождения и конкретная кандидатура принимающего роды акушера.

– Необходимо рассматривать рождение ребенка как сугубо личное, семейное событие полового характера. Плацента и пуповина – собственность матери и ребенка.

– Все родители и новорожденные имеют право на прямое общение с момента рождения. Не следует препятствовать совместному общению матери и ребенка, продолжительность которого должна определяться желанием матери.

– Время выписки из роддома должно определяться в зависимости от состояния матери и ребенка, желания родителей и поддержки на дому. В частности, политика выписки из стационара не должна определяться лишь критериями массы тела ребенка, а должна быть ориентирована на возможно более раннюю выписку.

"Больница улыбается ребенку"

ВОЗ не ограничилась одними рекомендациями по родовспоможению. Было решено полностью пересмотреть отношение к матери и ребенку и приблизить его к лучшим гуманистическим идеалам. Для

внедрения в широкую практику рекомендаций по родовспоможению и программы поддержки и поощрения грудного вскармливания в 1992 г. ВОЗ совместно с Международным детским фондом ООН ЮНИСЕФ начали проводить в жизнь проект "Больница улыбается ребенку". Согласно этому проекту, любое медицинское учреждение, которое проводит политику поддержки и распространения грудного вскармливания, использует щадящие методы родовспоможения, стремясь приблизить роды к их естественному ходу, может получить почетное звание "Больница улыбается ребенку".

Получить это звание — не простая задача, поскольку специальная экспертная комиссия проверяет всю работу медицинского учреждения, начиная с палат для беременных и палат послеродового ухода (где не должно быть палат с отдельным содержанием матери и ребенка, кормления детей строго по часам, использования докормов и допаивания новорожденных), работы родблока (соблюдение всех вышеперечисленных рекомендаций, а также выкладывание ребенка на живот матери, своевременное пересечение пуповины, ограничение использования медикаментов, разлучения матери и ребенка не более чем на 20 минут для обработки и т.д.) и заканчивая коммунальными службами (осведомленность о политике родильного дома всего обслуживающего персонала, вплоть до санитарки). Эксперты проверяют уровень знаний всех врачей, средних медицинских работников и администрации. Только в том случае, если эксперты увидят практическую работу роддома и убедятся в должном уровне знаний всех его сотрудников, этому учреждению присваивают звание "Больницы, доброжелательной к ребенку".

В нашей стране этого звания удостоены 10 родильных домов: в Петербурге 3, в подмосковном городе Электросталь, в Мурманске 1, Волгограде 2, в Астрахани 2. В столице России г. Москве в 1999 году появился первый родильный дом № 6, доброжелательный к ребенку, соответствующий требованиям ВОЗ/ЮНИСЕФ. Присвоение этого звания — результат совместной работы Комитета здравоохранения г. Москвы и НИИ Питания РАМН.

Родовспоможение в Швеции

Швеция является одной из передовых стран, внедряющих программу ВОЗ поддержки и поощрения грудного вскармливания. За 10 лет внедрения этой программы были достигнуты значитель-

ные результаты: процент грудного вскармливания детей в возрасте до 4-х месяцев возрос с 14 до 96%. Немалую роль в этих достижениях сыграла коренная государственная перестройка учреждений родовспоможения. Нам удалось познакомиться с постановкой дела.

Сегодня роды в Швеции считаются семейным делом, и в приемном отделении родильного дома принимают не роженицу, а рожаящую пару. На время родов жены мужу предоставляют 10-тидневный отпуск. Главным лицом, принимающим роды, является акушерка высочайшей квалификации. Врач принимает участие в родах только в случае отклонений от физиологической нормы. Роды происходят в отдельном боксе, где находится рожаящая пара и помогающая им акушерка. При оказании помощи роженице считается обязательным:

- свободное перемещение роженицы на схватках и потугах. Для большего удобства женщины предродовые палаты оснащены различными устройствами: канатом, на котором можно зависать, большим шаром, на который можно ложиться, ища удобную позу, ходунками, на которые можно опираться на схватках, большой ванной, в которой можно расслабиться, своеобразным родильным стульчиком без дна, на который можно садиться на потугах;

- самостоятельный выбор роженицей удобной позы для родов. Роды происходят на родильном кресле с набором различных модификаций, что позволяет женщине принять ту позу, которая для нее наиболее удобна. Акушерка помогает ей лучше устроиться и принимает роды из той позы, которую выбрала роженица;

- выкладывание младенца на живот матери сразу после рождения, пересечение пуповины только после окончания пульсации (исключение составляют лишь некоторые случаи);

- первое прикладывание младенца к груди в физиологические сроки (первые 30 минут). Новорожденный лежит на груди матери до тех пор, пока не проявит поисковый рефлекс и самостоятельно не возьмет грудь. При этом считается очень важным контакт "кожа к коже", т.е. ребенка не спеленывают;

- осмотр и обработка матери и ребенка производится примерно через час после родов, и больше они не разлучаются;

- при физиологических родах очень скорая выписка: через 6 часов после родов. Дома роженицу и младенца навещает акушерка (2 визита). Если женщина считает необходимым побыть в роддоме дольше, она может остаться вместе с мужем на 2–3 дня в гостиничном номере рядом с родблоком. В любой момент она может

вызвать к себе в номер врача или акушерку, если ей понадобится помощь. При этом весь уход за малышом осуществляет отец новорожденного или кто-нибудь из родственников.

Следует отметить, что женщины находятся в родильном доме в своей домашней одежде, а при поступлении в родильный дом им не бреют волосы на лобке и не ставят клизму. Когда они переходят в послеродовой номер, там их могут навещать родственники и знакомые.

Очень важным является чрезвычайно небольшое число противопоказаний для совместного пребывания матери и младенца. К ним относятся: аппаратное дыхание и глубокая недоношенность младенца, тяжелые роды матери, не позволяющие ей ухаживать за малышом и кормить его грудью. Кесарево сечение не является противопоказанием для совместного пребывания матери и младенца: новорожденного прикладывают к груди, как только мать придет в себя (через 1–3 часа), и больше они не разлучаются. В совместном содержании не отказывают даже недоношенным и, более того, контакт с матерью ("кожа к коже") в этом случае считают важной терапевтической мерой: младенца, родившегося на 23-й неделе жизни, мать на некоторое время выкладывает к себе на обнаженную грудь, что улучшает его состояние. Даже к малышам, находящимся на аппаратном дыхании, несколько раз в день приходит мать. К ней на грудь выкладывают младенца, что позволяет ему сделать несколько вдохов самостоятельно (Материал изложен по впечатлениям командировки проф. Фатеевой Е. М. в 1998 г. в Швецию).

Рекомендации по ведению психологически комфортных родов

Эти рекомендации были разработаны акушерским лондонским Центром "Первичное здоровье" и одобрены ВОЗ. Многие из них легли в основу рекомендаций ВОЗ по технологии родовспоможения.

Психологический комфорт роженицы

Очень важным фактором для благополучного течения родов является психологический комфорт роженицы. Для создания атмосферы душевного комфорта женщина нуждается в особой чуткости со стороны акушерки и врача, а также в присутствии человека, способного оказать ей психологическую поддержку.

Психологический контакт между роженицей и акушеркой.

Роды и кормление грудью — это часть сексуальной жизни женщины, и этого нельзя не учитывать. Поскольку рожаящая женщина находится в особом физическом и эмоциональном состоянии, она склонна стать зависимой от тех, кто присутствует при ее родах. Иногда она может впоследствии испытывать чувство стыда за то, что присутствующие видели ее роды, когда она была максимально оголена и показывала себя, по ее мнению, не с самой привлекательной стороны. Поэтому наиболее полноценный психологический контакт устанавливается между роженицей и акушеркой-женщиной. Акушерам-мужчинам роженицы, как правило, доверяют в меньшей степени.

Помимо того, что роженица психологически готова стать во время родов зависимой от опекающих ее людей, необходимо помнить, что она является психически здоровым и зрелым человеком, вполне способным принимать решения. Оказывая помощь в родах, акушерка и врач должны понимать, что женщина оказалась в зависимом положении в силу сложившейся ситуации и именно поэтому она доверяет себя и своего ребенка их заботам. Поэтому, если у роженицы не было возможности познакомиться с акушеркой или врачом до момента родов, они не в праве требовать от женщины полного доверия к ним. В этой ситуации и врач, и акушерка должны стремиться расположить к себе роженицу и всячески демонстрировать ей свое стремление действовать в ее интересах. Важно, чтобы акушерка и врач были способны дать женщине почувствовать безопасность, свободу и легкость.

Партнерство в родах.

Поскольку роженица стремится перепоручить контроль над ситуацией кому-либо из близких людей, она чувствует себя спокойно и уверенно, когда рядом с ней присутствует человек, которому она безраздельно доверяет. Таким партнером может быть муж женщины, подруга, опытная женщина или психолог. Роды с партнером, создающим для роженицы благоприятный психологический фон и помогающим ей справиться с болезненными ощущениями, проходят гораздо успешнее, чем роды без такой поддержки, даже если их ведет очень опытный врач. Такая форма работы сегодня пользуется широкой популярностью в разных странах. В частности, в США существует особая профессия "doula", предполагающая

психологическую поддержку в родах и массаж. Интересно, что это одна из самых дорогостоящих услуг в родовспоможении. Поэтому особенно ценным привнесением в организацию родов является возможность роженицы поступать в родильный дом вместе с партнером.

Пособие и психологическая поддержка в родах

Пособие в первом периоде родов. В первом периоде родов, пока у женщины идут не болезненные схватки, у нее возникает стремление к уединению. В этот период ее могут раздражать громкие звуки, вопросы и внимание окружающих. У нее возникает желание, чтобы о ней забыли и не замечали ее. Когда болевые ощущения во время схваток становятся более интенсивными, женщина может испытывать значительный дискомфорт от громких звуков, яркого света и других раздражителей. У роженицы появляется активное стремление расслабиться и выбрать для этого удобную позу. Ища возможность максимального расслабления, женщина может принимать различные позы: наклоняться, опираясь о стену или другой упор, становиться на корточки, на колени или на четвереньки, зависать на любой подходящей опоре. При этом ее стоны и крик носят размеренный характер и не переходят в истеричные вопли.

В первой стадии родов роль акушерки сводится к тому, что она, помимо выполнения прямых медицинских обязанностей, создает для роженицы наиболее комфортную обстановку. Следит, чтобы было достаточно тепло, спокойно, чтобы уровень освещенности был таким, который желателен для женщины, чтобы она чувствовала себя комфортно и могла принимать любую желаемую позу, двигалась, как ей хочется, могла расположиться отдохнуть, если ей это необходимо. Акушерка предлагает питье – воду и соки, которые необходимы женщине, чтобы утолить жажду. От акушерки требуется проявление интуиции, энтузиазма и вдохновения, глубокой сознательности и убежденности в том, что ее действия должны послужить рождению здорового ребенка. Акушерка должна чувствовать и предупреждать желания женщины. Суммируя, можно сказать, что теплота, покой, свободный выбор поз, раскрепощенность и доброжелательное участие акушерки – решающие факторы для нормального течения родов в их первой стадии.

Пособие во втором периоде родов. С момента полного раскрытия шейки матки у женщины возникает непрекращающаяся боль в спине и внизу живота, которая частично сохраняется и в промежутках между потугами. У роженицы возникает ощущение, что от боли можно избавиться только за счет активизации своих действий. Она погружается в свои ощущения и проявляет безразличие к окружающей обстановке. Ей требуется простор для активных движений и возможности подбора поз. Во время потуги роженица активно двигается, принимает асимметричные позы, крутит тазом, хватает предметы и перебирает их руками. Во время одной потуги женщина может сменить несколько поз, пока не подберет оптимальную. Изменяется и характер звуков — ритмичные стоны сменяются громкими звуками, характерным криком и рычанием, которые снимают болевые ощущения. В паузах между потугами женщина способна себя контролировать и отвечать на вопросы, связанные с ее состоянием: Чем ближе к выходу головки, тем меньше становится способность роженицы к контролю: в паузах между потугами она отдыхает, впадает в сонливое состояние или протрацию. В момент врезывания и выхода головки женщина издает характерный произвольный крик, который невозможно сдержать или отрегулировать.

Во втором периоде родов акушерка должна помочь женщине выбрать оптимальную позу, способствующую продвижению головки плода по родовым путям. Оказывая помощь женщине в потужном периоде, акушерка должна пользоваться простыми словами, которые смог бы понять даже маленький ребенок, но такое идеальное общение не исключает некоторой твердости в определенных ситуациях. Например, если рожаящая становится несколько пассивной перед двумя-тремя последними потугами, акушерке следует поддержать ее, чтобы роженица стала активнее. Для этого можно сказать, что поздно откладывать роды и попросить женщину помочь ребенку выйти. Если роженица сильно зажата, скована из-за страха перед разрывами, ей можно предложить расслабиться и покричать.

Первый час после родов, или Начало грудного вскармливания

Первый час после родов — это очень важный период для матери и младенца. Своевременный и правильно проведенный первый

контакт матери и ребенка после родов предопределяет их отношение друг к другу. Для матери этот контакт важен, поскольку от него зависит пробуждение ее материнских чувств и качеств. Для новорожденного этот критический период после родов определяет его способность любить и вообще испытывать привязанность. Поэтому очень важно именно в это время создать вокруг роженицы теплую, спокойную атмосферу, которая способствует возникновению интимности в отношениях между ней и ребенком.

После рождения ребенка акушерка должна помочь матери осуществить первый контакт "кожа к коже" с новорожденным. Если женщина рожала лежа на спине, то лучше всего выложить ребенка к ней на живот. Если же она рожала в вертикальном положении, то лучше всего помочь ей сесть и оставить новорожденного у нее в ногах, чтобы она могла погладить ребенка и осмотреть его. В это время мать и дитя еще связаны пуповиной.

Пока новорожденный находится в состоянии релаксации, необходимо проследить за своевременным пересечением пуповины, которое может быть произведено только после окончания пульсации, т.е. через 5—10 минут после родов. По пуповине к младенцу поступает ценная плацентарная кровь, стимулирующая работу красного костного мозга и регулирующая уровень гемоглобина в крови ребенка, а также обладающая другими ценными свойствами. Когда ток крови закончится, пульсация прекратится и пуповина приобретет белый цвет. После прекращения пульсации пуповины ее можно пересечь и проследить за отделением последа, который чаще всего к этому моменту уже отделился и готов родиться. В момент рождения последа роженица отвлекается от ребенка. Поэтому акушерка должна быть очень внимательна в этот момент к ребенку. Если отделение последа происходит болезненно, то на это время целесообразно отложить малыша от матери.

Период релаксации новорожденного длится примерно 20 минут, после чего он начинает проявлять поисковую активность. Именно в это время у матери появляется желание взять младенца на руки, приблизиться к нему. Теперь важно помочь матери и ребенку воссоединиться и начать грудное вскармливание. Как только новорожденный начинает проявлять поисковую активность, акушерке следует помочь ему взять материнскую грудь, проследив за правильностью прикладывания, не трогая его головку.

Обработку матери и ребенка можно производить только после того, как произведено первое прикладывание к груди, примерно через 45 минут — 1 час после родов. Желательно, чтобы разлуче-

ние длилось не более чем 15–30 минут. Измеряя рост и вес новорожденного необходимо позаботиться о том, чтобы малыш не испытывал неудобств (яркий свет, холод, громкие голоса). Акушерка должна способствовать положительному запечатлению новорожденного, чтобы он запомнил голос и лицо матери, которая будет впоследствии растить его и к которой он должен быть привязан.

Как правило, по истечении первого часа у родильницы и новорожденного появляется стремление к покою. Теперь нужно обеспечить им возможность уснуть рядом друг с другом.

РОЛЬ ПСИХОЛОГА В ПОДДЕРЖКЕ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

Работая в направлении распространения программы ВОЗ/ЮНИСЕФ поддержки и поощрения грудного вскармливания, мы неизменно сталкиваемся с целым рядом психологических проблем, которые являются значительным препятствием для реализации возможностей женщины как кормящей матери. Распространенность грудного вскармливания в России осложнена тем, что российские женщины очень часто оказываются неустроенными в социальном, бытовом и материальном отношении. В результате такой неустроенности и неуверенности в завтрашнем дне у многих из них возникает психологический дискомфорт. Очень часто грудное вскармливание не поддерживают родственники женщины и уговаривают ее перейти на кормление из бутылочки. Чтобы в такой ситуации успешно реализовывать программу по поддержке и распространению грудного вскармливания, необходимо привлекать к решению этой проблемы специалистов, психологов и психологов-перинатологов. В условиях современности эти специалисты должны активно участвовать в дородовой подготовке на базе центров перинатального воспитания.

Психолог-перинатолог — новая профессия

Перинатальным называют период развития ребенка с 28-й недели беременности по 8-й день после рождения, но на практике психолог этого направления наблюдает за формированием психики ребенка от зачатия до годовалого или даже трехлетнего возраста.

Актуальность в специалисте такого рода возникла сравнительно недавно. Еще в начале нашего столетия психиатры заметили, что причинами многих психических расстройств и психосоматических заболеваний послужили события родов и внутриутробного периода. Эти связи уже в 30-е годы XX столетия стали изучаться более пристально. В результате многочисленных исследований было доказано, что от течения беременности, родов, а также ухода и воспитания ребенка в первые три года жизни зависит состояние физического и психического здоровья уже взрослого человека.

Компетенция психолога-перинатолога

Психолог-перинатолог — это специалист в области психологии ребенка антенатального и перинатального периода, грудного и раннего возраста, а также психологии беременной, роженицы и кормящей матери. Он изучает закономерности и оптимальные условия для формирования и развития психики ребенка. Таким образом, в круг задач психолога-перинатолога входит:

- занятия с беременными по подготовке к родам и грудному вскармливанию;*
- занятия с родными беременной;*
- партнерство в родах;*
- оценка степени тяжести родового стресса и прогноз отдаленных последствий родов;*
- мягкая адаптация новорожденного к новой среде существования и коррекция родового стресса;*
- наблюдение за развитием ребенка раннего возраста, консультации по развитию ребенка, приемам ухода и воспитания.*

Подготовка беременной к родам и грудному вскармливанию

Для успешных родов и последующего грудного вскармливания очень важна предварительная подготовка женщины еще во время беременности, которая, прежде всего, направлена на психологическую адаптацию к этим процессам. Необходимо также просвещение матерей, психокоррекция, освобождение от комплекса страха перед родами, формирование доминанты на грудное вскармливание, подготовка родных будущей матери к идее продолжительного грудного вскармливания.

Формирование материнской сосредоточенности

При подготовке беременных к родам и грудному вскармливанию главной задачей психолога-перинатолога является объяснение матери, что ее будущий ребенок способен к эмоциональным переживаниям и обладает развитыми органами чувств. Помимо этого, психолог выявляет для матери ту неразрывную психоэмоциональную связь, которая существует между ней и ребенком до рождения и должна продолжиться в период грудного вскармливания. Занимаясь с беременными, психолог-перинатолог помогает женщине создать оптимальные условия для развития внутриутробного плода и предохранить его от стресса. На таких занятиях устанавливаются доверительные отношения со специалистом, который, благодаря специфике своей профессии, никогда не навредит ребенку. Поэтому к советам такого человека прислушиваются довольно внимательно. Такие занятия способствуют переориентации сознания женщины на благополучие своего ребенка, осознанию важности факта беременности, родов, грудного вскармливания и правильного ухода за новорожденным для его дальнейшего развития и формирования как полноценной личности.

Другой, не менее важной задачей является убедить женщину в том, что беременность, роды и грудное вскармливание — это физиологическая норма, реализация которой необходима как для женского здоровья, так и для здоровья ребенка. Адаптация к беременности, предстоящим родам и лактации в первую очередь заключается в знакомстве с внутренними ощущениями и переживаниями женщины, связанными с этими процессами, поскольку беременным не интересно знать мнение внешнего наблюдателя, им всегда важно разобраться в собственных ощущениях. Продолжением этой линии является формирование убеждения в том, что каждая женщина способна выкормить ребенка грудью.

Психокоррекция

Помимо психологической подготовки и получения определенной информации о родах, их благоприятный исход определяет также предшествующий опыт женщины. К опыту такого рода следует отнести опыт собственного рождения, а также наличие грудно-

го вскармливания и качество ухода за самой будущей матерью в раннем детстве. При повторных родах для женщины немаловажную роль играет опыт предыдущих родов, грудного вскармливания и ухода за своим ребенком. Этот опыт далеко не всегда является позитивным. Поэтому необходимым элементом подготовки к родам должна являться психокоррекция, т.е. проработка негативного опыта беременной.

Препятствовать развитию благополучных физиологических родов, характеризующихся минимальной степенью болезненности, может не только личный негативный опыт женщины, но и страх перед родами, а также страх перед последующим уходом за ребенком и грудным вскармливанием. Поэтому важным элементом подготовки к благополучным родам является освобождение от комплекса страха перед родами, а также достижение расслабленности и психоэмоциональной раскованности женщины. Для преодоления страхов чрезвычайно важны просветительские занятия, представляющие привлекательные стороны материнства, а также психотерапевтические занятия и обучение женщин приемам оптимизации ситуации, способам предотвращения стрессов и выхода из них.

Формирование доминанты на грудное вскармливание

Особо следует сказать о подготовке беременной к грудному вскармливанию. Чтобы женщина пришла к решению о необходимости грудного вскармливания, она должна проникнуться идеей бережного отношения к младенцу. Используя внушаемость беременных, вполне разумно взывать к их повышенной чувствительности по отношению к будущему ребенку. Апеллируя к незащищенности новорожденного, его полной зависимости от матери и переживаемым им негативным чувствам, которые возникают при разрушении контакта с ней, можно подвести мать к твердому решению кормить ребенка грудью. При подготовке беременных к грудному вскармливанию наиболее действенными оказываются не прямые призывы кормить грудью, а упор на ощущения и переживания новорожденного и грудного ребенка, его потребность в контакте с матерью.

Эта задача наиболее эффективно решается путем изучения психологии новорожденного, в результате чего женщины сами приходят к выводу, что именно грудное вскармливание наилучшим

образом соответствует желаниям и потребностям ребенка. Обсуждая на занятиях проблемы ухода за ребенком, психолог-перинатолог постоянно рассказывает о младенце, которого кормят грудью, тем самым укрепляя в женщинах мысль, что по-другому кормить они просто не будут. После родов такие женщины оказываются готовыми ко многим неожиданностям и не теряются при первых проблемах — они их уже давно ожидают и знают, как с ними справляться. Как правило, женщины, прошедшие такую подготовку, имеют большой потенциал как кормящие матери и кормят своих детей грудью не менее одного года! И что наиболее ценно, если с ними поговорить, то они убеждены, что пришли к такому решению сами и их никто в этом не убеждал.

Подготовка родных беременной к грудному вскармливанию

Для осуществления женщиной дальнейшего грудного вскармливания важное значение имеет подготовка родственников к восприятию этой идеи. Чтобы будущие папы, бабушки и дедушки поддержали мать и не препятствовали ей в реализации стремления кормить грудью, они должны понимать необходимость в нем для здоровья ребенка. Эта идея должна стать для них привычной, поэтому желательно приглашать их на специальные беседы и занятия, познакомить их с правилами ВОЗ\ЮНИСЕФ, выполнение которых необходимо для успешного кормления грудью, а также с памятками и статьями по грудному вскармливанию. Эффективны также просмотры фильмов по грудному вскармливанию. Помимо этого, очень важно донести до них мысль о необходимости постоянного физического контакта матери и ребенка для успешного психофизиологического развития младенца. Если бабушка и папа начнут заботиться о том, чтобы ребенок не плакал, чтобы он подолгу находился на руках у матери и спал вместе с ней, а также не получал дополнительной жидкости и докормов, то есть все основания полагать, что ребенка будут часто прикладывать к груди и грудное вскармливание будет налажено.

Результат подготовки женщины к родам и грудному вскармливанию

Подготовка к родам и грудному вскармливанию должна проводиться в сотрудничестве между акушерами, педиатрами и психологами, специализирующимися на такой подготовке и имеющими собственный положительный опыт. Результатом хорошей подготовки женщины к родам и грудному вскармливанию является сокращение болезненного периода родов, способность женщины расслабиться и вести себя максимально свободно, сокращение необходимости медикаментозных вмешательств в ходе родов, управление потугами со стороны роженицы, стремление женщин к совместному пребыванию с ребенком, продолжительное грудное вскармливание и желание получать материнскую поддержку от женщин, выкормивших ребенка грудью.

Партнерство в родах психолога-перинатолога и акушера

Роды каждой женщины имеют особенности. Та или иная медицинская мера, к которой во время родов прибегают акушеры, в зависимости от индивидуальных особенностей женщины может помочь ей успешно родить или, напротив, стать грубым вмешательством в ход родов. Несвоевременное вмешательство в ход родов без учета особого значения акта родов для формирования психического здоровья ребенка может нанести ему тяжелейшую травму даже в том случае, когда он нуждается в посторонней помощи.

Сегодня наиболее прогрессивной формой приема родов являются роды с участием психолога-перинатолога. Целью такого партнерства является максимальное приближение течения родов к их физиологической норме, а также психологическая поддержка роженицы, позволяющая достичь психологического комфорта, а значит, и оптимального гормонального баланса в организме роженицы, которые необходимы для благополучных родов. Свобода и раскрепощенность роженицы позволяет избавить младенца от излишних страданий и тем самым сохранить степень родового стресса в пределах физиологической нормы. Присутствие психолога во время родов позволяет в некоторых случаях определить не-

обходимость и своевременность применения тех или иных акушерских вмешательств. Благодаря участию таких специалистов в родах и оказываемой ими помощи роженице многие проблемы, которые обычно требуют медицинского вмешательства, решаются без применения медикаментов. Часто повышение давления, отсутствие схваток, сильная болезненность схваток связаны не только с физиологией женщины, но и с состоянием ее психики. Своевременное вмешательство специалиста-психолога позволяет значительно смягчить, а порой и просто устранить многие неблагоприятные явления без применения каких бы то ни было медикаментозных вмешательств, что, конечно же, является благом и для матери, и для ребенка.

После рождения ребенка психолог обеспечивает соблюдение всех моментов поведения матери и новорожденного, необходимых для положительного импринтинга и установления между ними раннего контакта, а также создания всех предпосылок для дальнейшего грудного вскармливания. Все эти задачи психолог решает вместе с врачом акушером и педиатром, причем главной из них является исключение необоснованных вмешательств в ход родов, которые могут привести к возникновению тех или иных неблагоприятных последствий для дальнейшего развития психики ребенка. Практика показывает, что такое сотрудничество очень плодотворно и, помимо блага для ребенка, позволяет создать максимальный комфорт для роженицы.

Поддержка грудного вскармливания и обучение уходу за новорожденным

После появления на свет каждый малыш нуждается в адаптации к новым условиям жизни и смягчению последствий родового стресса. В задачи психолога-перинатолога входит оценка его состояния после родов и прогноз отдаленных последствий данных родов. Сделав заключение о состоянии ребенка, специалист дает рекомендации по проведению послеродового ухода и мерам коррекции родового стресса, если он превысил физиологическую норму. В соответствии с этими рекомендациями мать обучают уходу за новорожденным, а затем наблюдают за его развитием на протяжении первого года жизни.

Важное место в обучении уходу занимает обучение практике грудного вскармливания в соответствии с рекомендациями

ВОЗ\ЮНИСЕФ, которое предполагает налаживание лактации, обучение приемам кормления грудью, преодоление конфликтов при грудном вскармливании и т.д. По сути, для матери такой курс обучения уходу за новорожденным является адаптацией к новой для нее роли и помощью ей в организации ее быта, а для новорожденного он является адаптацией к новым условиям существования.

Учитывая, что за последние годы процент детей, родившихся абсолютно здоровыми, довольно низок (по официальной статистике не более 20%), а культура передачи материнского опыта утрачена, становится ясным, что обучение матерей уходу за новорожденным является неопределимой помощью в воспитании здоровых детей. Проблемы грудного вскармливания, проблемы взаимоотношения в семье с грудным ребенком, уход за ребенком с различными проблемами после осложненных родов (ПЭП, повышенное внутричерепное давление, дистония и т.д.) — вот неполный перечень вопросов, решению которых может помочь психолог-перинатолог. По наблюдениям врачей невропатологов и педиатров дети, которые при рождении имели серьезные проблемы, к году практически полностью с ними справлялись при условии сохранения грудного вскармливания и хорошего ухода, основанного на принципах мягкой адаптации. Участие психолога-перинатолога в уходе за ребенком первого года жизни может помочь как больным, так и здоровым детям, так как стрессы и давление неблагоприятной среды испытывают и мамы здоровых детей.

После исполнения младенцу 1 года в том же центре проводятся занятия по развитию и воспитанию от 1 года до 3 лет, а также наблюдение за развитием ребенка этого возраста, что позволяет молодым родителям не растерять тот потенциал, который они вложили в ребенка в течение первого года жизни, поддержать и без проблем закончить лактацию и, в конце концов, воспитать полноценную и самостоятельную личность.

Центр перинатального воспитания

Центр перинатального воспитания — это новая форма работы, предназначенная для подготовки родителей к рождению и воспитанию ребенка в раннем детстве. Широко распространена за рубежом. Центры перинатального воспитания ведут просветительскую, психологическую и педагогическую работу и не являются меди-

цинскими организациями, но в своей работе широко сотрудничают с врачами и медучреждениями ЛПУ родовспоможения и детства. Целью работы такого центра является просвещение родителей для обеспечения оптимальных условий развития ребенка раннего возраста, распространение знаний о грудном вскармливании, преимуществах естественных родов, психологии и закономерностях развития ребенка (от рождения до 3 лет). На базе такого центра широко проводятся занятия по дородовой подготовке, психологическое тестирование и консультирование родителей, ожидающих ребенка, или семей с ребенком раннего возраста, занятия по семейной психологии и педагогике, а также проводится наблюдение за развитием ребенка, обучение матерей практике грудного вскармливания и уходу за новорожденным.

В центрах перинатального воспитания работают специалисты-психологи перинатологи, инструктора дородовой подготовки и обучения уходу за ребенком, консультанты по грудному вскармливанию, педагоги и психологи при сотрудничестве с акушерами, педиатрами и др. специалистами. Поскольку главной задачей центра является подготовка "профессиональной мамы" и распространение гуманного отношения к матери и ребенку, программа его работы основывается на научных знаниях и рекомендациях ВОЗ/ЮНИСЕФ по поддержке грудного вскармливания и технологии родовспоможения.

Центры перинатального воспитания начали появляться в России совсем недавно, и сегодня они не представляют собой широкую сеть организаций.

РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННЫХ ГРУПП МАТЕРИНСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

Большое значение для увеличения продолжительности грудного вскармливания и его распространенности, а также расширения образования молодых родителей и уменьшения числа ошибок в уходе за грудничком имеет работа общественных групп материнской поддержки, в которые входят матери, имеющие положительный опыт ухода за ребенком и грудного вскармливания до 1 года и дольше. Такая группа, как правило, объединяет несколько матерей. В их задачи входит консультирование по телефону молодых мам, которые столкнулись с проблемами, возникающими при уходе за новорожденным и грудном вскармливании, и ищут поддерж-

ки и помощи, чтобы разрешить их. Практика доказала большую эффективность работы таких групп поддержки среди матерей. Эта форма работы значительно помогла увеличить распространенность грудного вскармливания в тех странах, которые реализуют программу ВОЗ/ЮНИСЕФ по грудному вскармливанию.

Зарубежный опыт

Зарубежный опыт создания групп материнской поддержки в отношении грудного вскармливания описан в книге Ф. Сзведж Кинг "Помощь матерям в кормлении грудью", изданной ВОЗ в 1995г. в качестве документа:

“Если по соседству друг с другом живет несколько кормящих матерей, у них может возникнуть заинтересованность в том, чтобы создать группу для взаимной поддержки. Такие группы непосредственной поддержки матерей матерям могут оказать наибольший эффект в помощи матерям продолжить кормление грудью по истечении первых недель после родов. Возможно, они могут оказывать даже более эффективную помощь, чем медработники.

Матери, состоящие в таких группах со своими малышами, регулярно встречаются раз в одну-четыре недели, иногда на квартире одной из матерей. Нужно, чтобы одна или несколько матерей были "лидерами", располагающими точной информацией относительно кормления грудью.

Основная цель таких встреч состоит в обмене опытом: ощущения матерей; приятные моменты кормления грудью; трудности, с которыми им пришлось столкнуться, и то, как они научились с ними справляться. Таким образом, для матерей будет очевидным, что они все поступают правильно, что могут делиться друг с другом своими умениями и вместе испытывать чувство гордости.

На каждом собрании для обсуждения может предлагаться тема, например, "Преимущества грудного вскармливания" или "Преодоление трудностей". Лидер не должна читать лекцию или много говорить на эту тему. Она может сделать небольшое вступление к теме. Затем она должна вызвать у других желание поделиться своим опытом и мыслями. Она должна быть в состоянии исправить неверную информацию и предложить решение той или иной проблемы. Это поможет членам группы сохранять уверенность в своей правоте, а не просто высказывать того или иного рода жалобы.

Такие встречи предоставляют:

- социальный контакт с "изолированными" матерями;
- источник поддержки, питающий уверенность женщины в необходимости кормления грудью и уменьшающий ее волнения.

Встречи предоставляют матерям возможность научиться:

- как кормить грудью легко и удобно, например, путем исправления положения кормления;
- полезным практическим вещам, например, как кормить ребенка ночью или как кормить ребенка на людях, чтобы это не бросалось в глаза;
- получить более научную информацию о функционировании своего организма, а также росте и развитии ребенка.

Члены группы могут оказывать друг другу помощь не только во время встреч. Они могут ходить друг к другу в гости, когда у них возникают проблемы, когда они не знают, что им делать, или когда они чем-то обеспокоены или подавлены. В некоторых местах женщины имеют возможность общаться друг с другом по телефону. Они могут также помогать матерям, не являющимся членами группы, но нуждающимся в помощи.

Членам группы нужно заниматься самообразованием в области кормления грудью. Им требуется современный материал на эту тему, такой как книги и бюллетени, которые можно было бы брать на дом для прочтения. То есть они должны иметь какой-то источник информации и консультации.

Для развития умений и мастерства членов групп с ними необходимо проводить практические занятия, в чем им могут помочь достаточно компетентные в этом медработники. Этим группам также необходимо находиться в контакте с более опытной группой поддержки матерей матерям. Если в стране такой группы нет, они могут написать и попросить о помощи в одну из международных организаций, такую как La Leche League International, P.O. 1209, Franklin Park, IL 60131-8209, U.S.A.”.

Отечественный опыт работы

В России пока еще нет широкого опыта работы общественных групп материнской поддержки. Одной из первых явилась группа матерей в г. Москве, которые имели положительный опыт ухода за новорожденным и грудным ребенком, а также кормили грудью

детей более 1 года. Они объединились в группу в 1998 г. и начали консультировать молодых матерей по телефону. В группу поддержки вошло более 10 женщин, которые не только отвечают на вопросы по телефону, но и примерно 1 раз в месяц встречаются на квартире у какой-нибудь из мам. Они регулярно обсуждают различные вопросы грудного вскармливания и ухода за малышами. Для консультирования по грудному вскармливанию матери получили необходимую литературу в российском представительстве ЮНИСЕФ. Кроме этого, они пользуются консультациями специалистов по грудному вскармливанию. Для удобства в работе матери разработали свою визитку и памятку по грудному вскармливанию.

За советом к группе поддержки направляют молодых мам, выписывающихся из родильного дома №6, получившего звание ВОЗ/ЮНИСЕФ "Больница, доброжелательная к ребенку". Работой группы заинтересовалась "Мамина газета" и стала регулярно размещать там телефоны общественных консультантов и их ответы на самые распространенные вопросы звонивших.

Наиболее распространенные вопросы, с которыми обращаются в группу поддержки

За небольшое время работы группы (с февраля по июнь 1999 года) женщины ответили на 59 звонков. К ним обращались с разными проблемами, но некоторые вопросы задавали наиболее часто:

- нужно ли допаивать ребенка водой?
- как часто прикладывать ребенка к груди?
- необходимо ли соблюдать режим кормлений?
- нужно ли кормить ребенка ночью?
- необходимо ли сцеживаться после каждого кормления?
- можно ли кормить из двух грудей в одно кормление?
- необходимо ли отлучать ребенка от груди в 1 год?
- что делать, если мало молока?
- мы ходим в бассейн, находимся на исключительно грудном вскармливании, но у моего 9-месячного малыша постоянные проблемы с кишечником. Связано ли это с плаванием и прыжками?
- можно ли продолжать кормить грудью, если начался мастит или мама заболела?

РОЛЬ ОТЦА В РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА И ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Для беременной и кормящей матери оказывается чрезвычайно важным отношение мужа к ожидаемому и новорожденному ребенку. Его мнение может оказаться решающим в таких вопросах, как грудное вскармливание и приемы ухода за ребенком.

Психологическая поддержка беременной

Будущему отцу необходимо знать, что состояние беременности изменит женщину как внешне, так и внутренне, что может отразиться на их взаимоотношениях. Во время беременности у женщины изменяются реакции на, казалось бы, обычные вещи. Она может, например, стать раздражительной или сентиментальной. У нее могут поменяться вкусы, не только пищевые. Могут появиться увлечения, о которых раньше никто не подозревал. Например, она может увлечься рисованием, вязанием, вышивкой и т.д. Скорость перемен в настроениях может впечатлять. Об этих изменениях мужу необходимо знать заранее и быть готовым встретить их спокойно и рассудительно. Критиковать желания или необычные проявления жены и бороться с ними не следует. Более того, будущему отцу необходимо осознавать, что жена нуждается в его поддержке и внимании — ей самой нелегко от происходящих перемен.

Невозможно переоценить роль отца в подготовке к родам и создании психологической установки на их благополучный исход. В этот период в задачи мужа входит оберегание беременной от негативной информации о родах, поскольку она становится очень подверженной всякого рода влияниям и внушению. Кроме этого, желательно, чтобы муж собирал положительную информацию о родах, позаботился о получении знаний по перинатальной психологии и психологии новорожденного, которые значительно упростят жизнь семьи после рождения ребенка. Готовясь к родам, было бы очень желательно пройти обучающий курс подготовки к родам и рождению ребенка в центре перинатального воспитания под руководством специалистов.

Будущий отец еще до рождения малыша должен быть ориентирован на продолжительное **грудное вскармливание** как основу здоровья ребенка. Отец должен быть осведомлен о преимуществах

грудного вскармливания и в том числе об экономических преимуществах. От отца во многом зависит создание у женщины доминанты на грудное вскармливание, поэтому он должен понимать необходимость кормления грудью для здоровья и полноценного развития ребенка.

Участие мужа в родах

Сегодня стало очень популярно присутствие мужа во время родов. Однако к партнерству мужа в родах следует относиться очень осторожно, поскольку даже при очень хороших отношениях между супругами далеко не всем мужчинам показано такое участие. Иногда присутствие мужа помогает женщине в рождении ребенка, поскольку она, благодаря его поддержке, чувствует себя спокойнее и увереннее. Но есть случаи, когда присутствие мужа значительно затрудняет роды или вызывает у мужчины ряд неприятных переживаний, которые могут иметь негативные последствия (закончиться разводом и т.д.). Поэтому, если супруги хотят во время рождения своего ребенка быть вместе, им желательно получить консультацию психолога. На такой консультации можно оценить возможность партнерства мужа в родах, выявить возможные опасности такого партнерства и оптимальные схемы поведения.

Роль отца в уходе за ребенком и поддержке кормящей матери

После выписки молодой матери и новорожденного из родильного дома помощь отца становится особенно значимой. Теперь в его задачи входит обеспечение жене и ребенку условий для хорошего ухода и грудного вскармливания. Чтобы принимать участие в уходе за ребенком и грамотно помогать в этом отцу необходимо знание основных принципов и приемов ухода, к которым можно отнести: совместный сон, кормление по требованию, ношение на руках и т.д. Для молодого отца важно понимание того, что новорожденный и его мать представляют собой симбиоз и поэтому новорожденный может безраздельно владеть своей матерью. Если отец хорошо понимает зависимость здоровья младенца от полноценности контакта с матерью и грудного вскармливания, то он безболезненно определит свою роль во взаимоотношениях с ними,

а также долю забот по оказанию поддержки своей жене и ребенку. Наиболее благополучно мать осуществляет грудное вскармливание и уход за ребенком в том случае, если отец помогает ей в организации быта. За счет участия мужа в хозяйственной жизни семьи у матери высвобождается достаточное количество времени для частых и продолжительных кормлений ребенка, что также позволяет ей полноценно питаться и отдыхать. В задачи отца не должно входить укачивание младенца, чтобы освободить мать для стирки пеленок. Пусть с младенцем занимается мать, укачивает его и дает ему грудь, а отец вполне может переложить стирку пеленок на стиральную машину.

СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Acnroth S., Bidinger P. D. Transactions of the Poyal's on Tropical Medicine and Hygiene. №84 h. 604., 1990.*
2. *Адигамов Л. Ф., Фатеева Е. М., Фанченко Н. Д. Влияние алиментарного фактора на становление лактопозеза и его регуляцию. Тез. докл. 7-го Всероссийского симпозиума по физиологии и биохимии лактации, 4–5. — М., 1986.*
3. *Аршавский И. А. Труды Всероссийского съезда детских врачей. М., 1961, с. 219–221.*
4. *Бертин А. Воспитание в утробе матери или рассказ об упущенных возможностях. — С.-Петербург: МНПО “Жизнь”, 1992.*
5. *Брусиловский А. И. Жизнь до рождения. — М.: Знание, 1991.*
6. *Ваш ребенок от рождения до трех лет// Итоги. Специальный выпуск, зима 1998.*
7. *Винникот Дональд Вудс. Маленькие дети и их матери. — М.: ТОО Независимая фирма “Класс”, 1998.*
8. *Воронцов И. М., Фатеева Е. М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. — С.-Петербург: Фолиант, 1998.*
9. *Воронцов И. М., Фатеева И. М. Современная концепция естественного вскармливания // Вопросы воспитания, № 6, с. 35–40.*
10. *Воронцов И. М., Фатеева Е. М., Хазенсон Л. Б. Естественное вскармливание. — С.-Петербург, 1993 г.*
11. *Граф С. За пределами мозга. — М.: Издательство Трансперсонального института, 1993.*
12. *Грэхем Джеоф. Как стать родителем самому себе. — М.: ТОО Независимая фирма “Класс”, 1993.*
13. *Дальто Франсуаза. На стороне ребенка.*
14. *Данные медицинской статистики за 1995–96 гг.*
15. *Джохансон Д., Иди М. Истоки рода человеческого. — М.: Мир, 1984.*
16. *Дик-Рид Г. Роды без страха. — С.-Петербург: Питер, 1996.*
17. *Жарикова Ж. В. Будущей маме о беременности и жизни до рождения. — М., 1996.*
18. *Елкина Ю. П., Фатеева Е. М., Конь И. Я., Акимова Г. В., Кушкина Т. Ф. Опыт успешной работы ЛПУ родовспоможения и детства по поддержке грудного вскармливания, с.151. Материалы 5-го Конгресса Педиатров России. Здоровой ребенок. — М., 1999.*
19. *Кинг Ф. Сзведж. Помощь матерям в кормлении грудью/ Перездана в 1995 г. ВОЗ в качестве документа WHO\CDR\95.8.*

20. **Конь И. Я., Попович М. В., Фатеева Е. М. и др.** Сравнительное изучение эффективности свободного режима грудного вскармливания и по часам // Российский педиатрический журнал, № 4, с. 19–22, 1999.

21. **Кормление детей первого года жизни: физиологические основы** // Бюллетень ВОЗ, Женева. С.-Петербург: Гиппократ, 1997.

22. **Лешкевич И. А., Фатеева Е. М., Конь И. Я. и др.** // Опыт поддержки грудного вскармливания в Москве // Вопросы организации здравоохранения и история медицины, №5, с. 13–17, 1997.

23. **Оден Мишель.** Возрожденные роды. – М., 1994.

24. **О значении стресса для развития ребенка раннего возраста** // Наш аист, №10, июнь 1998.

25. **Опрос о положении с питанием детей до 2-х лет.** – США Care International, 1994.

26. **Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб.** Современная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ. – Женева, 1989.

27. **Психика и роды / Под редакцией Э. К. Айламазяна.** – С.-Петербург: АОЗТ “Яблочко СО”, 1996.

28. **Самые распространенные ошибки родителей в воспитании детей грудного возраста** // Наш аист, №7, апрель, 1998.

29. **Серз Уильям и Марта.** Ваш ребенок. – М.: Крон-пресс “Корона”, 1994.

30. **Скиннер Робин, Клииз Джон.** Семья и как в ней уцелеть. – М.: ТОО Незасисимая фирма “Класс”, 1995.

31. **Сперанский Г. Н.** Методика рационального вскармливания ребенка. Программный доклад на 5-м Всероссийском съезде детских врачей. – М., 1927.

32. **Тур А. Ф.** Справочник по диетике детей раннего возраста. – Л.: Медицина, 1971.

33. **Фатеева Е. М., Адигамов Л. Ф., Ширина Л. И. и др.** Клиническое и экспериментальное изучение влияния нового специализированного продукта, обогащенного растительной добавкой, на лактацию. 3-й Международный симпозиум “Биологически активные добавки – нутрицевтики и их использование с профилактической и лечебной целью”. – Т., 1997, с. 117–118.

34. **Фатеева Е. М., Елкина Ю. Н., Попович М. В.** Опыт Всероссийской программы ВОЗ/ЮНИСЕФ. Поддержка грудного вскармливания. Материалы 2-го конгресса педиатров России. – М.–Н. Новгород, 1996, с. 222.

35. **Фатеева Е. М.** Оптимальные условия для успешного грудного

вскармливания // Медицинская газета, №51, 7 июля 1999 г.

36. *Фатеева Е. М.* О сбалансированном питании и здоровье матери // Медицинская газета, №19, 6 марта 1998 г.

37. *Фатеева Е. М.* Пищевые растения, оптимизирующие лактационную функцию женщины. 1-й Международный научный конгресс "Традиционная медицина и питание: теоретические и практические аспекты". 26–29 июля 1994 г., с. 480–481.

38. *Фатеева Е. М., Попович М. В.* Биологические, социальные и экономические приоритеты грудного вскармливания. Материалы 5-го конгресса педиатров России "Здоровый ребенок", 1999, с. 495.

39. *Цареградская Ж. В.* От месяца к месяцу // Наш малыш, декабрь 1998 – январь 1999.

40. *Цареградская Ж. В.* Перинатальная психология. – М., 1999.

41. *Цареградская Ж. В.* Сразу надевайте ползунки // Семейный доктор, №8, 1997.

42. *Цареградская Ж. В.* Уход за младенцем: учимся у прабабушек // Наш малыш, №№ 7–8, 1998.

43. *Швейцар И.* Забота о ребенке. – Прага: Издательство медицинской литературы "Авиценум", 1990.

Е. М. Фатеева
Ж. В. Цареградская

**ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЕДИНСТВО "МАТЬ - ДИТЯ"**

Директор: *В. В. Миненков*
Корректор: *Н. В. Миненкова*
Редактор *Е. М. Фатеева*
Компьютерная верстка: *Н. Ю. Медведева*
Художники-иллюстраторы: *Филимонова Н. А. и Ярманов Е. А.*

Лицензия ЛР № 064411 от 22.01.96

Подписано в печать 13.10.99 г.
Формат 60 × 90/16. Бумага газетная. Гарнитура NewtonС.
Печать офсетная. 11,5 печ. л. Тираж 10 000 экз. Заказ № 3109.

*Издательство "Агар", 103045, Москва, Костянский пер., д. 6, а/я 44.
Тел./факс: (095) 956-76-15, 232-29-90*

Отпечатано с готовых диапозитивов в Государственном ордена
Октябрьской Революции, ордена Трудового Красного Знамени
Московском предприятии "Первая Образцовая типография"
Государственного комитета Российской Федерации по печати.
113054, Москва, Валовая, 28