**Государственное бюджетное профессиональное образовательное**

**«ЕЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**министерства здравоохранения краснодарского края**

****

**Научно-исследовательская работа на тему:**

**«Пропаганда  грудного вскармливания  в профилактической**

**деятельности фельдшера»**

**Выполнила: студентка 431 группы**

**специальность 31.02.01. Лечебное дело**

**Потихенская А.А.**

**Руководитель Поповская Т.С.**

**Ейск, 2016 г.**

**ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время ведется много споров об актуальности грудного вскармливания и рациональности его замещения молочными смесями. Мнения относительно кормления ребенка грудью среди населения разнятся. В данной работе я попытаюсь привести научные аргументы и исследования убеждающие в том, что основой здорового питания детей первого года жизни является именно материнское молоко и насколько оно важно для полноценного и гармоничного нервно-психического и физического развития ребёнка.

Ситуация с грудным вскармливанием по России в настоящее время весьма критична. Процент детей, вскармливаемых грудью, достаточно низок, и, что немаловажно, их число практически остается неизменным в период с 2012-2015 г. Согласно данным многоцентровых исследований, проведенных в РФ в 2014г. только 40,8% детей до 3 месяцев получают грудное молоко, [1] и всего 36,3% женщин кормит своих детей грудью до 6-12 месяцев (2,5% новорожденных уже с первых дней жизни получают смесь вместо материнского молока;[2] к концу 1-го месяца жизни количество малышей-искусственников возрастает до 11,6%;среди 2-месячных распространенность искусственного вскармливания составляет 18,5%;в 3 месяца — 28,2%;в возрасте 4 месяца 32%;37,6% 5-месячных малышей находятся на искусственном вскармливании; и практически каждый второй ребенок (46,1%) в 6 месяцев был полностью на искусственном вскармливании). [1] Около 220 000 детских жизней можно было бы ежегодно спасать благодаря стимулированию оптимального грудного вскармливания. Первые два года жизни ребенка особенно важны, так как оптимальное питание в течение этого периода способствует уменьшению заболеваемости и смертности, снижению риска хронических заболеваний и общему лучшему развитию [3].

Питание детей 1-го года жизни неадекватно, распространенность грудного вскармливания недостаточна, часто используются неадаптированные смеси для искусственного вскармливания. Такая ситуация обусловлена многими факторами, среди которых на первое место выходят экономическое неблагополучие, ранний выход матери на работу, малообразованность в вопросе грудного вскармливания, отсутствие поддержки со стороны семьи, немотивированное докармливание ребенка смесью (в том числе и в роддоме) и активная пропаганда заменителей грудного молока в СМИ.

Заменители грудного молока являются одной из причин развития аллергии, ОРВИ, заболеванию органов пищеварения, снижению иммунитета и дисгармоничному развитию ребёнка. Решение о переводе ребенка на смешанное или искусственное вскармливание, по мнению ведущего ответственного педиатра И.М. Воронцова, является таким же ответственным, как решение о проведении сложного хирургического вмешательства. Нервно-психическое и физическое развитие особенно важно в периоде раннего возраста, потому что от этого периода зависит дальнейшее развитие ребёнка. Утрата женщинами и обществом, в целом, представления о том, что грудное вскармливание является важнейшим делом женщины, и никакие искусственные смеси не могут заменить материнское молоко стало следствием снижения распространения грудного вскармливания[17].

В первый год жизни ребенок крайне нуждается в прямом контакте с матерью: ласках, прикосновении, поглаживании, укачивании, ношении на руках, речевом и зрительном контакте. Научные исследования ВОЗ показали, что кормление материнским молоком способствует эмоциональному и психическому здоровью ребенка, улучшает его память и интеллект, снимает стресс. Кроме того, дети, находящиеся на грудном вскармливании, имеют более высокие показатели по части остроты зрения и психомоторного развития, что связано с наличием в молоке ненасыщенных жирных кислот. У них уменьшаются аномалии прикуса благодаря улучшению формы и развитию челюстей. Получающий грудное молоко ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей, респираторным инфекциям, менингитам, отитам и пневмониям, развитию пищевой аллергии.

Характер вскармливания на первом году жизни в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни. Обменные нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития в будущем ожирения, заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности гипертонической болезни, сахарного диабета, бронхиальной астмы, онкологических и других заболеваний. [9]

Гипотеза научно-исследовательской работы.

При грудном вскармливании ребенок с молоком матери получает все необходимые витамины и микроэлементы, передаются антитела ко многим инфекциям, устанавливается психологический контакт матери и ребенка. Все эти факторы положительно влияют на физическое и нервно-психическое развитие.

Актуальность исследования.

Утрата женщинами и обществом, в целом, представления о том, что грудное вскармливание является важнейшим делом женщины, и никакие искусственные смеси не могут заменить материнское молоко. В этих условиях приобретает особое значение незамедлительная реализация совместной декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ по охране поощрению и поддержке практики грудного вскармливания младенцев в нашей стране.

Цель работы.

Доказать, что дети находящиеся на грудном вскармливании имеют более гармоничные показатели, как в физическом, так и в нервно-психическом развитии.

Объект исследования.

Дети раннего возраста находящиеся на разных видах вскармливания МБУЗ МО Ейский район «ЦРБ»ФАП п. Заводской, ФАП п. Новодеревянковский, ФАП п. Пролетарский.

Предмет исследования.

Особенности влияния грудного вскармливания на физическое и нервно-психическое развитие детей раннего возраста.

Метод исследования.

Анкетирование матерей, имеющих детей возрастадо 1 года и изучение историй развития ребенка (Ф 112/у), анализ данных физического и нервно-психического развития.

Задачи исследования:

1.Провести анализ по литературным данным преимущества грудного вскармливания.

2. Проанализировать влияние различныхвидоввскармливания нафизическое и умственное развитие ребёнка первого года жизни.

3. Провести собственные исследования об актуальности грудного вскармливания среди матерей Ейского района на основе анкетирования и изучения историй развития ребенка (Ф 112/у), на базе МБУЗ МО Ейский район «ЦРБ» ФАП п. Заводской, ФАП п. Новодеревянковский, ФАП п. Пролетарский.

4. Проанализировать результаты собственных исследований о влиянии грудного вскармливания на нервно-психическое и физическое развитие детей раннего возраста. Провести сравнительный анализ статистических данных по грудному и искусственному вскармливанию.

5. Разработать программу деятельности фельдшера ФАП по поощрению и сохранению грудного вскармливания.

**ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УЧЕНИЯ О ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ**

**1.1 Основные понятия о грудном вскармливании.**

Естественное вскармливание – является формой адекватного питания для ребенка сразу после рождения и в течение 1 – 1,5 лет жизни. Молоко матери – это золотой стандарт детской диетологии. Грудное вскармливание — это то, что предусмотрено многовековым ходом человеческой эволюции; то, что заложено в человеке для его благополучного выживания самой природой [25]. Грудное вскармливание представляет собой естественный и идеальный способ питания ребенка, а также уникальную биологическую и эмоциональную основу его развития. Материнское молоко оптимально приспособлено ко всем особенностям пищеварения и обмена веществ грудного ребенка. Только женское молоко обеспечивает ребенку поступление незаменимых веществ в течение длительного времени. Первые 6 месяцев жизни ребенка должны являться молочным периодом. Это обусловлено морфофункциональными особенностями ЖКТ [27]. Прикладывание к груди сразу после родов и так называемый ранний кожный контакт матери и ребенка благоприятно сказываются на здоровье матери и ребенка. Под влиянием акта сосания у матери вырабатывается гормон окситоцин, вызывающий сокращение матки; тем самым предупреждается маточное кровотечение. Кроме того, при раннем прикладывании к груди у матери улучшается лактация и не возникает угрозы гипогалактии. В первые 2 - 3 дня после родов новорожденный получает молозиво, в котором содержится много белка, антител и других факторов защиты [12]. Кормление грудью приносит пользу не только самому новорожденному, но его маме — мало кому известно. Кормление грудью — совершенно естественная часть репродуктивного цикла женщины, обязательное продолжение беременности и родов. Грудное вскармливание способствует установлению прочной духовной связи между матерью и ребенком, остающейся на всю жизнь.Грудное вскармливание дает эффективную защиту от возникновения новой беременности, когда мама кормит исключительно грудью по первому требованию ребенка, 10 раз и более в течение суток [28].

Женское молоко меняет свой состав как по стадиям беременности—родов—грудного кормления — молозиво—переходное—зрелое молоко, так и во время каждого кормления — переднее—заднее молоко. По своему составу максимально соответствует пищевым требованиям ребёнка в период грудного вскармливания, а также выполняет функции иммунной защиты и регуляции роста ребёнка.

Молозиво обладает рядом уникальных свойств:

- содержит больше иммуноглобулинов, лейкоцитов и других факторов защиты, чем зрелое молоко, что в значительной степени предохраняет ребенка от интенсивного бактериального обсеменения, уменьшает риск гнойно-септических заболеваний;

- оказывает мягкий слабительный эффектом, благодаря этому кишечник ребенка очищается от мекония, а вместе с ним и от билирубина, что уменьшает развитие желтухи.

- способствует становлению оптимальной микрофлоры кишечника, уменьшается длительность фазы физиологического дисбактериоза;

- содержит факторы роста, которые оказывают влияние на созревание функций кишечника ребенка.[22]

Состав женского молока в период лактации меняется в зависимости от периода лактации, времени суток и даже от начала к концу каждого кормления. Содержание некоторых компонентов, например, водорастворимых витаминов (аскорбиновой, никотиновой кислот, тиамина, рибофлавина, пиридоксина) [8] до определённой степени зависит от режима питания матери. Содержание других компонентов, например, железа, не зависит от диеты матери.

Кроме собственно высасывания ребёнком молока непосредственно из молочных желёз женщины-матери грудное вскармливание включает в себя цепь сложных психо-физиологических взаимодействий между ребёнком и матерью.

Важным элементом успешного налаживания естественного вскармливания является совместное пребывание матери и новорождённого ребёнка сразу после родов.

Материнское молоко оптимально приспособлено ко всем особенностям пищеварения и обмена веществ грудного ребенка. Только женское молоко обеспечивает ребенку поступление незаменимых веществ в течение длительного времени. Первые 6 месяцев жизни ребенка должны являться молочным периодом. Это обусловлено морфофункциональными особенностями ЖКТ. Все нутриенты женского молока легко усваиваются, благодаря наличию в женском молоке ферментов и транспортных белков. Грудное молоко является источником гормонов и различных факторов роста, которые играют важнейшую роль в регуляции аппетита, метаболизма, роста и дифференцировки тканей и органов ребенка [5].Компоненты в женском молоке находятся в доступной и легкоусвояемой форме, а это обеспечивает правильное формирование костной, мышечной ткани ребенка, процессов кроветворенияи гармоничное психическое и физическое развитие ребёнка[11].

Молоко обеспечивает так называемый пассивный иммунитет: ребёнку от мамы передаются присутствующие в ее крови антитела ко многим распространенным болезням. Факторы роста обеспечивают оптимальное физическое и нервно-психическое развитие ребенка, созревание иммунной системы, центральной нервной системы и других органов. Аминокислоты, необходимые для активного развития мозга новорожденных. Получающий грудное молоко ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта, респираторным инфекциям, пневмониям, развитию пищевой аллергии.

Рациональное вскармливание детей грудного возраста является залогом их адекватного роста и развития, а также высокого качества жизни, как в раннем детском возрасте, так и в последующие годы.

Преимущества грудного вскармливания для матери и ребенка:

- Женское молоко полностью лишено антигенных свойств, т.е. никогда не является аллергеном для собственного ребенка.

- Грудное молоко – это свежая, натуральная, днем и ночью доступная, стерильная и правильно подогретая пища для малыша.

- Грудное молоко – это не только полезный для малыша пищевой продукт. Оно обладает еще необыкновенно активными биологическими свойствами, которые отсутствуют даже в самых совершенных молочных смесях, предназначенных для искусственного вскармливания.

- 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.

- При искусственном вскармливании желудочная секреция у грудного ребенка увеличивается в 5 раз, что затем приводит к дисфункциям и дискенезиям желудочно-кишечного тракта, гастродуоденитам, холециститам, язвенной болезни.

- При искусственном вскармливании возникают белковые перегрузки, т. к. в коровьем молоке больше аминокислот (перегрузка почек, нарушение кальциевого обмена, токсическое влияние на нервную систему). Белковый перекорм вызывает ускорение биологического созревания (искусственная акселерация, быстрое старение, ранняя смерть).

- Молоко матери максимально приближено по своему составу к клеткам организма ребенка. Оно именно такое, какое нужно ребенку для здоровья.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) напоминают, что грудное вскармливание является наилучшим способом питания младенцев, что грудное молоко является оптимальной пищей для новорожденных — содержит питательные элементы, необходимые для здорового развития детей, и антитела, помогающие защитить малышей от распространённых детских болезней.

* + 1. Состав женского молока Белок женского молока состоит в основном из сывороточных протеинов (70—80%), содержащих незаменимые аминокислоты в оптимальном для ребенка соотношении, и казеина (20—30%). [6]Белковые фракции женского молока подразделяются на метаболизируемые (пищевые) и неметаболизируемые белки (иммуноглобулины, лактоферрин, лизоцим и др.), которые составляют 70—75% и 25—30% соответственно. В женском молоке в отличие от коровьего молока присутствует большое количество альфа-лактальбуми­ на (25—35%), который богат эссенциальными и условно эссенциальными аминокислотами (триптофан, цистеин). Альфа-лактальбумин способствует росту бифидобактерий, усвоению кальция и цинка из желудочно-кишечного тракта ребенка. [7]

Нуклеотиды – это эфиры фосфорной кислоты и нуклеозидов. Данные вещества являются мономерами ДНК и РНК кислот. Нуклеотиды обладают широким спектром физиологических и метаболических функций, среди которых стимуляция функций иммунной системы, повышение биодоступности железа, модификация кишечной микрофлоры, изменения липидного профиля, активация роста и созревания кишечника[15]. В составе женского молока присутствуют нуклеотиды, на долю которых приходится около 20% всего небелкового азота. Основными компонентами жира женского молока являются триглицериды, фосфолипиды, жирные кислоты, стеролы. Его жирнокислотный состав характеризуется относительно высоким содержанием незаменимых полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), концентрация которых в женском молоке в 12—15 раз больше, чем в коровьем. ПНЖК — предшественники арахидоновой, эйкозапентаеновой и докозагексаеновой жирных кислот, являющихся важным компонентом клеточных мембран, из них образуются различные классы простагландинов, лейкотриенов и тромбоксанов, они необходимы также для миелинизации нервных волокон и формирования сетчатки глаз. Длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты арахидоновая и докозогексаеновая содержатся в женском молоке в небольшом количестве (0,1—0,8% и 0,2—0,9% от общего содержания жирных кислот, соответственно), но существенно более высоком, чем в коровьем молоке. Без жиров невозможны миелинизация нервных волокон, образование оболочек нервных клеток [24]. В грудном молоке содержание полинасыщенных жирных кислот, Омега-3 и Омега-6, в несколько раз больше, чем в смесях[20].

Жиры материнского молока перевариваются легче, чем коровьего, так как они в большей степени эмульгированы, кроме того в грудном молоке содержится фермент липаза, участвующая в переваривании жирового компонента молока, начиная с ротовой полости. Содержание холестерина в женском молоке относительно высокой колеблется от 9 до 41 мг%, стабилизируясь к 15 суткам лактации на уровне 16—20 мг. У детей на естественном вскармливании отмечается более высокий уровень холестерина, чем при использовании детских молочных смесей. Холестерин необходим для формирования клеточных мембран, тканей нервной системы и ряда биологически активных веществ, включая витамин D.

Углеводы женского молока представлены в основном дисахаридом лактозой (80—90%), олигосахаридами (15%) и небольшим количеством глюкозы и галактозы. В отличие от А-лактозы коровьего молока, b-лактоза женского молока медленно расщепляется в тонкой кишке ребенка, частично доходит до толстой кишки, где метаболизируется до молочной кислоты, способствуя росту бифидо- и лактобактерий. Лактоза способствует лучшему усвоению минеральных веществ (кальция, цинка, магния и др.). Олигосахариды — углеводы, включающие от 3 до 10 остатков моносахаридов, которые не подвергаются расщеплению ферментами пищеварительного тракта, не всасываются в тонкой кишке и в неизмененном виде достигают просвета толстой кишки, где ферментируются, являясь субстратом для роста бифидобактерий. При этом происходит конкурентное торможение развития условно патогенной флоры. Кроме того, олигосахариды женского молока имеют рецепторы для бактерий, вирусов (ротавирусов), токсинов и антител, блокируя тем самым их связывание с мембраной энтероцита. Рассмотренные функции олигосахаридов, а также лактозы, лежат в основе пребиотических эффектов женского молока, в значительной мере определяя его протективное действие в отношении кишечных инфекций у детей грудного возраста.

В грудном молоке 15 микроэлементов, из них 6 незаменимых: медь, цинк, фтор, железо, кобальт, селен. Цинк, медь и селен играют важную роль в обеспечении адекватного роста, гемопоэза, иммунного ответа, формировании антиоксидантного статуса детей. Железо грудного молока полностью усваивается, что позволяет избежать развития железодефицитной анемии[27].

Правильное питание детей имеет большое значение в их развитии. Близстоящее время выделилось специальное направление - диетология развития, то есть управление здоровьем детей через совершенствование питания [33].

За счет присутствия антител, иммунных комплексов, активных лейкоцитов, лизоцима, макрофагов, секреторного иммуноглобулина А, лактоферрина и других биологически активных веществ грудное молоко способствует повышению защитных функций детского организма. В последние годы в женском молоке обнаружены также бифидо- и лактобактерии, способствующие оптимальному становлению кишечной микрофлоры. Поэтому дети, находящиеся на естественном вскармливании, значительно реже болеют инфекционными заболеваниями, развивают более стойкий поствакцинальный иммунитет [28]. Появляется все больше исследований, доказывающих уникальные защитные функции компонентов грудного молока. Наибольший интерес вызывают такие белки как лактоферрин, лизоцим, иммуноглобулины различных типов (IgD, IgG, slgA, IgM, IgE), a-Лактальбумин, липаза и k-Казеин(приложение 5), их функции и механизмы их работы. Секреторный иммуноглобулин А (sIgA) защищает слизистые ребенка – главные ворота инфекции для детей этого возраста. Он устойчив к высокому уровню кислотности в желудочно-кишечной системе ребенка и к расщепляющим ферментам и остается активным в ЖКТ ребенка, покрывая его стенки защитным слоем[16]. Лактоферрин является одним из важнейших компонентов иммунной системы организма, принимает участие в системе неспецифического гуморального иммунитета. Защитные свойства лактоферрина уникальны, природа собрала в нем максимум полезных свойств - он обладает антибактериальной, противогрибковой, антивирусной, антипаразитарной, различными каталитическими активностями, а также противораковым, антиаллергическим, иммуномодулирующим действиями и радиопротекторными свойствами[29].

Важнейшие достоинства грудного молока и биологические эффекты грудного молока очевидны [19].

* + 1. Противопоказания к грудному вскармливанию

**Противопоказания к грудному вскармливанию можно разделить на две группы:**

**- со стороны матери;**

**- со стороны ребенка.**

**Возможными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны матери являются**: **эклампсия, сильные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде, открытая форма туберкулеза, состояние выраженной декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени, а также гипертиреоз, острые психические заболевания, особо опасные инфекции (тиф, холера и др.), герпетические высыпания на соске молочной железы (до их долечивания), ВИЧ-инфицирование**.

В настоящее время установлено, что **ВИЧ** — инфицированная женщина с вероятностью в 15% заражает ребёнка через грудное молоко. В связи с этим в Российской Федерации детей рожденных от ВИЧ инфицированных матерей рекомендуется кормить адаптированными смесями.

При таких заболеваниях кормящей матери как **краснуха, ветряная оспа, корь, эпидемический паротит, цитомегаловирусная инфекция, простой герпес, острые кишечные и острые респираторно-вирусные инфекции,** если они протекают без выраженной интоксикации, кормление грудью при соблюдении правил общей гигиены не противопоказано. Наличие **гепатита В и С у** женщин в настоящее время не является противопоказанием к грудному вскармливанию, однако кормление осуществляют через специальные силиконовые накладки. При остром **гепатите А**у матери кормление грудью запрещается.

При **маститах** грудное вскармливание продолжается. Однако оно временно прекращается при обнаружении массивного роста в грудном молоке золотистого стафилококка в количестве 250 КОЕ и более в 1 мл и единичных колоний представителей семейства Enterobacteriacaeили вида Pseudomonasaeruginosa. Абсцесс молочной железы является возможным осложнением мастита и наиболее вероятен при резком прерывании кормления грудью. Кормление из здоровой железы должно продолжаться, а молоко из инфицированной груди следует осторожно сцеживать и выливать.

Прекращают кормление грудью в тех случаях, когда мать принимает цитостатики в терапевтических дозах, иммунносупрессивные препараты, антикоагулянты типа фениндиона, радиоизотопные контрастные вещества для лечения или обследования, препараты лития, большинство противовирусных препаратов (кроме ацикловира, зидовудина, занамивира, лимовудина, озельтамивира — с осторожностью), противогельминтные препараты, атакже некоторые антибиотики: макролиды (кларитромицин, мидекамицин, рокситромицин, спирамицин), тетрацик-лины, хинолоны и фторхинолоны, гликопептиды, нитроимидазолы, хлорамфеникол, ко-тримоксазол. Однако препараты альтернативные перечисленным антибиотикам не противопоказаны для кормления грудью.

Обычно безопасны, используемые в средних дозах короткие курсы парацетамола, ацетилсалициловой кислоты, ибупрофена; большинство противокашлевых лекарств; антибиотики — ампициллин и другие пенициллины, эритромицин; противотуберкулезные препараты (кроме рифабутина и ПАСК); противогрибковые средства (кроме флуконазола, гризеофульвина, кетоконазола, интраконазола); антипротозойные препараты (кроме метронидазола, тинидазола, дигидроэметина, примахи-на); бронходилятаторы (сальбутамол); кортикостероиды; антигистаминные препараты; антациды; противодиабетические средства; большинство гипотензивных препаратов, дигоксин, а также разовые дозы морфина и других наркотических средств. Вместе с тем во время приёма медикаментозных препаратов матерью, необходимо внимательное наблюдение за ребенком с целью своевременного обнаружения их побочных эффектов.

Возможно угнетение лактации при приеме женщиной эстрогенов, включая эстрогенсодержащие контрацептивы, диуретиков тиазодового ряда, эргометрина.

Перевод ребенка грудного возраста, особенно новорожденного, на искусственное вскармливание из-за медикаментозного лечения матери лекарственными препаратами в терапевтической дозировке несёт в себе определенную угрозу для состояния его здоровья и качества жизни.

Учитывая негативное воздействие табачного дыма, смолы и никотина на организм ребенка и на лактацию, курящим женщинам в период лактации рекомендуется отказаться от курения. Никотин может снижать обьём вырабатываемого молока и тормозить его выделение, а также вызывать у ребёнка раздражительность, кишечные колики и приводить к низким темпам нарастания массы тела в грудном возрасте. У курящих женщин ниже уровень пролактина, что может сократить период лактации, а также снижена концентрация витамина С в грудном молоке по сравнению с некурящими. Следует формировать у курящих женщин мотивацию на отказ от курения или, по крайней мере, значительное снижение числа выкуренных сигарет. Содержание вредных веществ в грудном молоке будет меньше, если женщина выкуривает сигарету после кормления грудью, а не до него.

Не должны кормить ребенка грудью матери, страдающие алкогольной и наркотической (героин, морфин, метадон или их производные) зависимостью.

Кормление грудью во время **наступления новой беременности** может продолжаться.

**Противопоказания к раннему прикладыванию к груди матери со стороны ребенка -** оценка состояния новорожденного по шкале Апгар ниже 7 баллов при тяжелой асфиксии новорожденного, родовой травме, судорогах, синдроме дыхательных расстройств, а также глубокая недоношенность, тяжелые пороки развития (желудочно-кишечного тракта, челюстно-лицевого аппарата, сердца, и др.). операции **кесарево сечение**. **При ряде тяжелых врожденных пороков развития (пороки сердца с декомпенсацией, волчья пасть, заячья губа и др.),**

К числу противопоказаний к раннему прикладыванию ребенка к груди матери до самого последнего времени относилось также родоразрешение путем операции **кесарево сечение**. Однако если данная операция проводится под перидуральной анестезией прикладывание ребенка к груди в родовом зале возможно. Если родоразрешение проводилось под наркозом, то после окончания операции родильница переводится в палату интенсивной терапии роддома, а младенец — в детскую палату послеродового отделения. Через несколько часов (не более 4-х) после окончания действия наркоза детская сестра приносит новорожденного к матери и помогает ей приложить его к груди. В течение первых суток это повторяют несколько раз. На вторые сутки, при удовлетворительном состоянии матери и младенца, они воссоединяются в послеродовом отделении совместного пребывания матери и ребенка.

**При ряде тяжелых врожденных пороков развития (пороки сердца с декомпенсацией, волчья пасть, заячья губа и др.),** когда прикладывание к груди невозможно, ребенок должен получать сцеженное материнское молоко.

**Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка** на последующих этапах лактации очень ограничены — наследственные энзимопатии (галактоземия и др.). При фенилкетонурии объем грудного молока в сочетании с лечебными продуктами устанавливается индивидуально.

1.1.3. Организация естественного вскармливания.

В родильном доме с целью становления достаточной по объему и продолжительности лактации здоровый новорожденный ребенок должен выкладываться на грудь матери в первые 30 минут после не осложненных родов на срок не менее, чем на 30 минут.

Аргументация этого метода включает в себя следующие положения:

1. Раннее прикладывание ребенка к груди матери обеспечивает быстрое включение механизмов секреции молока и более устойчивую последующую лактацию;

2. Сосание ребенка способствует энергичному выбросу окситоцина и тем самым уменьшает опасность кровопотери у матери, способствует более раннему сокращению матки;

3. Контакт матери и ребенка:

- оказывает успокаивающее действие на мать, исчезает стрессорный гормональный фон;

- способствует через механизмы импринтинга усилению чувства материнства, увеличения продолжительности грудного вскармливания;

- обеспечивает получение новорожденным материнской микрофлоры.

Объем молозива впервые сутки очень мал, но даже капли молозива крайне важны для новорожденного ребенка. Оно обладает рядом уникальных свойств:

- содержит больше иммуноглобулинов, лейкоцитов и других факторов защиты, чем зрелое молоко, что в значительной степени предохраняет ребенка от интенсивного бактериального обсеменения, уменьшает риск гнойно-септических заболеваний;

- оказывает мягкий слабительный эффектом, благодаря этому кишечник ребенка очищается от мекония, а вместе с ним и от билирубина, что препятствует развитию желтухи;

- способствует становлению оптимальной микрофлоры кишечника, уменьшает длительность фазы физиологического дисбактериоза;

- содержит факторы роста, которые оказывают влияние на созревание функций кишечника ребенка. [24]

Для получения ребенком молозива в максимально возможном объеме частота прикладываний к груди не должна регламентироваться. С целью осуществления свободного вскармливания по требованию здоровый ребенок должен находиться в одной палате с матерью. Показано, что при свободном вскармливании объём лактации выше, чем при вскармливании по часам. Раннее прикладывание к груди и «свободное вскармливание» являются ключевыми факторами обеспечения полноценной лактации и способствуют установлению тесного психоэмоционального контакта между матерью и ребёнком. Для поддержания лактации особенно значимы ночные кормления, так как ночью уровень пролактина более высокий. Длительность прикладывания к груди здорового ребенка впервые дни не должна ограничиваться, даже когда он практически ничего не высасывает, а дремлет у груди. Потребность в контакте и сосании может носить самостоятельный характер, относительно независимый от пищевого поведения. Однако в дальнейшем чрезмерно частое прикладывание ребенка к груди матери при его малейшем беспокойстве может привести к перекорму. В связи с этим одной из важных задач педиатров, в особенности участковых, является обучение матери дифференцировке «голодного» крика ребёнка от крика, обусловленного другими причинами: младенческими коликами, дискомфортом, переменой обстановки, перегреванием или охлаждением ребенка, болью и др.

Оценка адекватности лактации требует тщательного анализа поведения ребенка, характера стула, частоты мочеиспусканий. Вероятными признаками недостаточной лактации являются:

- беспокойство и крик ребенка во время или сразу после кормления;

- необходимость в частых прикладываниях к груди;

- длительное кормление, при котором ребенок совершает много сосательных движений, при отсутствии глотательных;

- ощущение матерью быстрого полного опорожнения грудных желез при активном сосании ребенка, при сцеживании после кормлений молока нет;

- беспокойный сон, частый плач, «голодный» крик;

- скудный редкий стул

Однако наиболее достоверными признаками недостаточного питания являются низкая прибавка массы тела и редкие мочеиспускания (менее 6 раз за сутки) с выделением небольшого количества концентрированной мочи. Окончательный вывод о недостаточной лактации может быть сделан на основании результатов взвешивания ребенка в домашних условиях после каждого кормления в течение суток («контрольное» взвешивание). [16]

В отдельных случаях даже при достаточном количестве молока мать не может накормить ребенка грудью:

- ребенок берет грудь, но не сосет, не глотает или сосет очень мало;

- при попытке матери дать грудь ребенок кричит и сопротивляется;

- после непродолжительного сосания отрывается от груди, давясь от плача;

- ребенок берет одну грудь, но отказывается от другой.

Причины могут быть разными, среди которых наиболее распространенными являются:

- нарушения организации и техники вскармливания (неправильное положение ребенка у груди);

- избыток молока у матери, при котором оно течет слишком быстро;

- прорезывание зубов,

- заболевания ребенка (перинатальное поражение нервной системы, частичная лактазная недостаточность, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, острая респираторно-вирусная инфекция, отит, молочница, стоматит и др.).

Выяснение причины и проведение при необходимости своевременного лечения помогают сохранить полноценное грудное вскармливание.

Совместное пребывание матери с ребёнком оказывает существенное влияние на материнские чувства и решение матери кормить грудью, повышает ее уверенность в себе. Многие младенцы питаются каждые 2–3 ч или более часто, другие с несколько более продолжительными интервалами. Общее число кормлений по требованию обычно больше 6 раз в сутки. Частые кормления приводят к увеличению выработки грудного молока и лучшей прибавке массы тела младенцев. В пользу долгого грудного вскармливания приводятся следующие факты.Дети вырастают более здоровыми. Они не страдают от аллергий и простудных заболеваний. Ребёнку легче найти контакт со сверстниками. Такие дети не страдают ожирением в подростковом возрасте.Длительное грудное вскармливание способствует полноценному созреванию желудочно-кишечного тракта.При сосании груди задействованы практически все мышцы нижней части лица, что в будущем оградит ребенка от логопедических проблем.У детей более высокий уровень IQ [10; 21].

1.1.4 Программа ВОЗ/ ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания».

В соответствии с международной программой ВОЗ/ ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания», где изложены основные положения в виде десяти принципов успешного грудного вскармливания, Министерством здравоохранения Российской Федерации была разработана программа поддержки грудного вскармливания и утвержден ряд нормативно-методических документов (1994, 1996, 1998, 1999, 2000 гг.). Согласно этим документам, в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства рекомендуется проводить следующую работу по поддержке естественного вскармливания: иметь доступную печатную информацию, касающуюся практики грудного вскармливания, которую следует регулярно доводить до сведения всего медицинского персонала:

• информировать всех беременных женщин о преимуществах грудного вскармливания и необходимости раннего прикладывания новорожденного ребенка к груди матери (в течение первых 30 минут после родов);

• обеспечивать круглосуточное совместное пребывание матери и ребёнка в палате и поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка;

• обучать матерей технике кормления ребенка грудью и сохранения лактации;

• стремиться к проведению в течение первых 6 месяцев жизни исключительно грудного вскармливания, то есть, не давать здоровым новорожденным детям никакой пищи, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями;

• обеспечивать преемственность в работе женской консультации, акушерского стационара, детской поликлиники и детского стационара. [6]

1.1.5 Общественное отношение к грудному вскармливанию.

Среди молодых женщин распространены неверные представления о старомодности грудного вскармливания, возможности его равноценной замены. Абсолютная доступность смесей и скрытая реклама способствуют быстрому переводу детей на смешанное, а затем и искусственной вскармливание [30]. Успех матерей в кормлении грудью в известной степени зависит от отношения к нему окружающих - отцов, бабушек, родственников, друзей, работодателей, местных лидеров и других.  
Там, где к грудному вскармливанию относятся как нормальному явлению, большинство матерей с успехом кормят своих детей грудью. Здесь важно, чтобы грудное вскармливание находило защиту, а также важно точно знать, что люди осознают всю его ценность.  
Там же, где бытует мнение, что кормление грудью - вещь старомодная, сложная, влекущая за собой лишь неприятности и осложнения, вероятность того, что матери не будут кормить грудью своих детей, значительно выше.

Здесь необходимо оказывать поддержку грудному вскармливанию и убеждать людей в его большой ценности, чтобы как можно больше матерей кормили грудью.

**1.2.Смешанное вскармливание. Гипогалактия.**

Под смешанным вскармливанием в нашей стране понимают кормление ребенка первого года жизни грудным молоком в количестве не менее 1/5 суточного объема (150-200 мл) в сочетании с детскими молочными смесями.

Одной из самых главных причин перехода на смешанное вскармливание является гипогалактия.

Гипогалактия истинная (или первичная) встречается редко, не более чем у 5% женщин. В остальных случаях снижение выработки молока вызвано различными причинами, основными из которых являются: отсутствие у женщины доминанты лактации (психологического настроя) в связи с плохой подготовкой в период беременности, а также эмоциональный стресс, раннее и необоснованное введение докорма детскими смесями, необходимость выхода на работу, болезнь ребенка, болезнь матери и т.д.

В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер, проявляясь в виде так называемых лактационных кризов, под которыми понимают временное умень­шение количества молока, возникающее без видимой причины. Отсутствие информации о них и не знание методов коррекции — наиболее частые факторы прекра­щения грудного вскармливания.

В основе лактационных кризов лежат особенности гормональной регуляции лактации. Они обычно возникают на 3—6 неделях, 3, 4, 7, 8 месяцах лактации. Продолжительность лактационных кризов в среднем составляет 3—4 дня, и они не представляют опасности для здоровья ребёнка. В таких случаях оказывается достаточным более частое прикладывание ребенка к груди в сочетании с кормлением из обеих грудей. Необходим покой и отдых матери; разнообразное, полноценное, с высокими вкусовыми качествами питание; тёплое питьё напитков особенно с использованием лактогонных трав или препаратов за 15—20 мин до кормления, а также специальных продуктов лактогонного действия.

Если мать заранее не подготовлена к такой ситуации, то при первых признаках снижения лактации она пытается докормить ребёнка смесями. Поэтому одной из важных задач участкового врача и медсестры детской поликлиники является разъяснение безопасности кратковременных лактационных кризов.

Мероприятия, применяемые при вторичнойгипогалактии (лактационных кризах):

- более частые прикладывания к груди;

- урегулирование режима и питания матери (включая оптимальный питьевой режим за счет дополнительного использования не менее 1 литра жидкости в виде чая, компотов, воды, соков);

- воздействие на психологический настрой матери;

- ориентация всех членов семьи (отца, бабушек, деду­шек) на поддержку грудного вскармливания;

- контрастный душ на область молочных желёз, мягкое растирание груди махровым полотенцем;

- использование специальных напитков, обладающих лактогонным действием;

При этом детские молочные смеси в питание ребёнка без рекомендаций врача не вводятся.

Многочисленные наблюдения показывают, что достаточная выработка грудного молока в основном зависит от «настроя матери» на кормление своего ребенка грудью, ее убежденности в том, что это важно и необходимо, и что она способна это осуществить. Более успешное становление лактации и её продолжение проходят в условиях, когда кроме желания и уверенности матери, её активно поддерживают все члены семьи, а также профессиональные консультации и практическая помощь медицинских работников. Целесообразно, чтобы обучение женщин вопросам грудного вскармливания происходило во время беременности в «Школе беременных».

**1.3. Искусственное вскармливание**

Введение докорма или полный перевод ребёнка на искусственное вскармливание должны быть строго обоснованными и могут осуществляться только в том случае, когда весь арсенал средств, направленных на профилактику гипогалактии и стимуляцию лактации, оказывается неэффективным.

Причины перевода ребёнка на грудное вскармливание:

- личный выбор матери, не желание кормить ребенка грудью;  
- отсутствие, нехватка грудного молока;  
- болезнь матери (заболевание сердечно сосудистой системы, заболевания молочных желез, различные психические заболевания, инфекционные заболевания);

- отказ ребенка от груди;  
- принятие мамой медикаментозных препаратов;  
- выход мамы на работу, учебу;  
- невозможность постоянного кормления;  
- ребенок плохо прибавляет в весе.[27]

При искусственном вскармливании грудное молоко либо полностью отсутствует, либо его доля составляет менее 1/5 суточного рациона ребенка, а в качестве замены женского молока используются его заменители.

Перевод ребенка на искусственное вскармливание, особенно впервые месяцы жизни для него далеко не безразличен, являясь своеобразным «метаболическим стрессом». Ни одна даже самая современная искусственная смесь не может являться полноценной заменой материнского молока. В связи с этим большое внимание врачей и среднего медицинского персонала должно уделяться правильному выбору «заменителей» женского молока с учетом индивидуальных особенностей здоровья, физического развития и аппетита.

В соответствии с Федеральным законом РФ от 12 июня 2008г. № 88-ФЗ «Технический регламент на молоко и молочную продукцию»; адаптированными молочными смесями (заменителями женского молока) — называют пищевые продукты в жидкой или порошкообразной форме; изготовленные на основе коровьего молока, молока других сельскохозяйственных животных, предназначенные для использования в качестве заменителей женского молока и максимально приближенные к нему по химическому составу с целью удовлетворения физиологических потребностей детей первого года жизни в пищевых веществах.[20]

Последующие молочные смеси. Адаптированные (максимально приближенные к составу женского молока) или частично адаптированные (частично приближенные к составу женского молока) смеси на основе коровьего молока, молока других сельскохозяйственных животных, предназначенные для вскармливания детей старше 6 месяцев жизни в сочетании с продуктами прикорма.

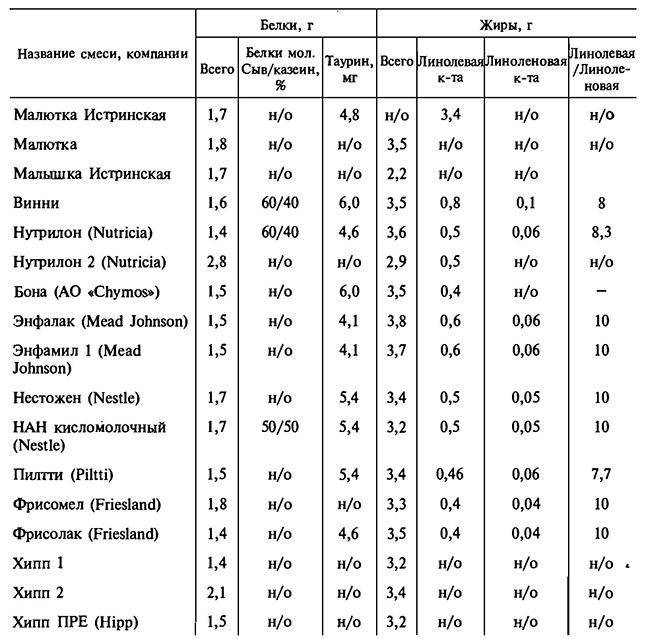
В питании детей первого года жизни преимущество отдается адаптированным молочным смесям, созданным с учетом современных требований к их составу. Существует несколько видов адаптированных молочных смесей:

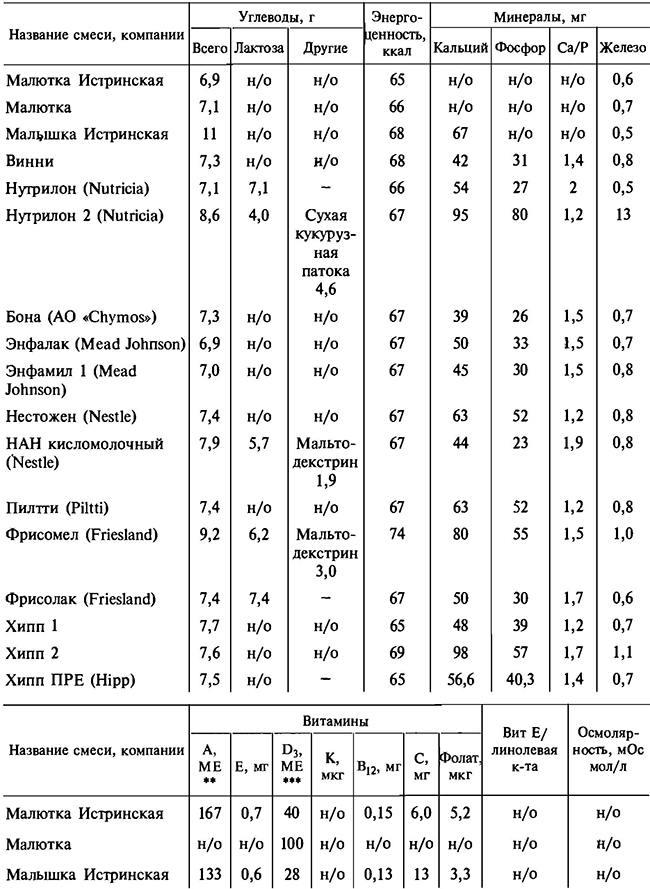
- «начальные» или «стартовые» смеси — для детей первых 6 месяцев жизни;

- «последующие» смеси» — для детей второго полугодия жизни

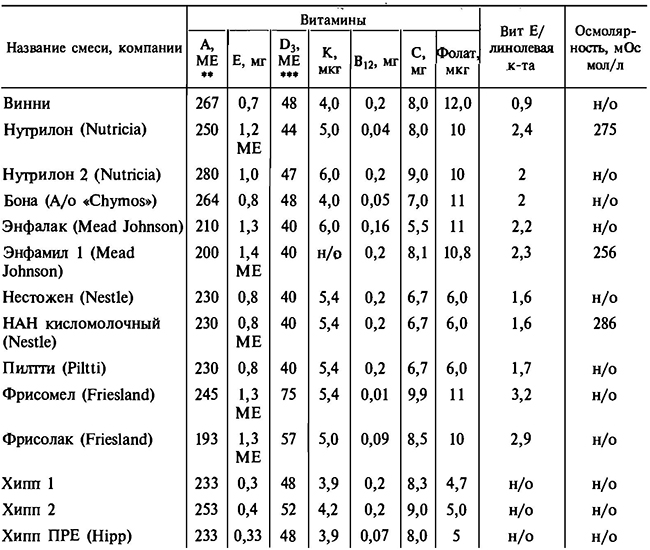
- смеси от «0 до 12 месяцев» — могут применяться на протяжении всего первого года жизни ребенка.[20]

Таблица 1. Характеристика современных адаптированных молочных смесей.





В настоящее время в питании грудных детей широко и успешно используются адаптированные кисломолочные продукты «Нутрилак кисломолочный» и «НАН кисломолочный». Для их приготовления подбирают специальные штаммы лактобактерии: bulgaricus, helvetics, acidopfillus, a также Str. termophylus. Закваски могут быть монокомпонентными и комбинированными. В процессе молочнокислого брожения продукты приобретают ряд важных свойств: в них снижается уровень лактозы, накапливаются бактерицидные вещества, молочная кислота, происходит частичное расщепление молочного белка, что облегчает переваривание продукта и его усвоение, а также несколько снижает антигенность белкового компонента. После сквашивания в продукты вводят пробиотические штаммы B.lactis (BB 12).



Адаптированные кисломолочные смеси могут вводиться в питание детей наряду с пресными молочными формулами с первых недель жизни. При этом возможно комбинировать их в соотношении 2:1 — 1:1, особенно при нарушениях процессов пищеварения и риске развития алиментарно-зависимых заболеваний. Применение только кисломолочных смесей(особенносвысокойкислотностью)можетвызватьсрыгивания,отказребенкаотпродукта.

Кефир и другие неадаптированные кисломолочные продукты недопустимо вводить в питание детей первого полугодия. В настоящее время рекомендовано их использование, начиная с 8 месяцев.

1.3.1 Алгоритм выбора адаптированной молочной смеси

При гипогалактии у матери выбор наиболее адекватной для вскармливания ребенка смеси зависит от:

-возраст ребенка (чем моложе ребенок, тем в большей степени он нуждается в смесях, максимально приближенных по составу к грудному молоку) – детям первых 6 месяцев жизни назначают «начальные» или «стартовые» смеси; с 6 мес.—«последующие»формулы;

-социально-экономические условия семьи. Все дети грудного возраста нуждаются в современных адаптированных молочных продуктах. Дети из социально незащищенных семей должны получать питание бесплатно (адресная поддержка);

-аллергоанамнез. При отягощенной наследственности первым продуктом выбора должна быть гипоаллергенная смесь;

-индивидуальную переносимость продукта. Критерием правильного выбора смеси является хорошая толерантность ребенка к данному продукту: ребенок с удовольствием ест смесь, у него отсутствуют диспепсические расстройства (срыгивания, рвота, жидкий, плохо переваренный стул или запоры), проявления атопического дерматита, дефицитные состояния (железодефицитная анемия, гипотрофия). Необходимо контролировать прибавку массы тела.

**1.4 Организация прикорма**

Под прикормом подразумеваются все продукты, вводимые в рацион детям грудного возраста в качестве дополнения к женскому молоку, его заменителям или после­дующим смесям, изготовленные на основе продуктов животного и/или растительного происхождения с учетом возрастных физиологических особенностей детского организма.

Расширение рациона питания ребенка вызвано необходимостью дополнительного введения пищевых веществ, поступление которых только с женским молоком или детской молочной смесью становится недостаточным. Ребенок начинает испытывать потребность в широком комплексе минеральных веществ (железо, цинк, кальций и др.) и витаминов, других нутриентах (белке, углеводах, пищевых волокнах и др.), а также поступлении дополни­ тельного количества энергии, необходимых для его дальнейшего роста и развития. Кроме того, своевременное введение прикорма способствует формированию жевательного аппарата и адекватных вкусовых привычек.

ВСЕ таблицы в приложение!!!!

Таблица 2. Схема введения прикорма детям первого года жизни.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование продуктов питания** | **Месяцы жизни** | | | | | | | | | |
| 0-1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 9-12 |
| Адаптированная молочная смесь или грудное молоко, мл | 700-800 | 800-900 | 800-900 | 800-900 | 700 | 400 | 300-400 | 400 | 400 | 400 |
| Фруктовый сок, мл |  |  |  | 5-30 | 40-50 | 50-60 | 60 | 70 | 80 | 90-100 |
| Пюре фруктовое, г |  |  |  | 5-30 | 40-50 | 50-60 | 60 | 70 | 80 | 90-100 |
| Творог, г |  |  |  |  |  | 40 | 40 | 40 | 40 | 50 |
| Желток, шт. |  |  |  |  |  |  | ¼ | 1/2 | ½ | 1/2 |
| Пюре овощное, г |  |  |  |  | 10-150 | 150 | 150 | 170 | 180 | 200 |
| Каша молочная, г |  |  |  |  |  | 50-150 | 150 | 170 | 180 | 200 |
| Мясное пюре, г |  |  |  |  |  |  | 5-30 | 50 | 50 | 60-70 |
| Кефир, обезжиренный йогурт, мл |  |  |  |  |  |  |  | 200 | 200 | 200 |
| Хлеб, г |  |  |  |  |  |  |  | 5 | 5 | 10 |
| Сухари, печенье, г |  |  |  |  |  | 3-5 | 5 | 5 | 10 | 10-15 |
| Растительное масло, г |  |  |  |  | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 6 |
| Сливочное масло, г |  |  |  |  |  | 4 | 4 | 5 | 5 | 6 |

При назначении прикорма следует придерживаться следующих правил:

- введение каждого нового продукта начинают с небольшого количества, постепенно (за 5—7 дней) увеличивают до необходимого объёма; при этом внимательно наблюдают за переносимостью;

- новый продукт (блюдо) следует давать в первой половине дня для того, чтобы отметить возможную реакцию на его введение;

- овощной прикорм начинают с одного вида овощей, затем постепенно вводят другие продукты данной группы, образуя многокомпонентное пюре. Аналогично вводят фруктовых пюре и каши;

- прикорм дают с ложки, до кормления грудью или детской молочной смесью;

- новые продукты не вводят, если ребёнок болен и в период проведения профилактических прививок.

Представляет большой интерес современная точка зрения на формирование вкусовых привычек. Доказано, что перинатальный и ранний постнатальный вкусовой и обонятельный опыт влияют на пищевые привычки в детском и взрослом возрасте. Поэтому беременным женщинам и кормящим матерям следует рекомендовать употреблять те продукты, которые она хотела бы предложить своему ребенку позже.

Принципиально важным моментом для матери является тот факт, что следует настойчиво предлагать ребенку сначала пробовать, а лишь затем съедать новые продукты разнообразного вкуса и состава. Мать должна предлагать новую пищу, показывать новые продукты, принимать пищу в присутствии ребенка, повторять предложение в случаях первоначального отказа. Установлено, что для «принятия» нового вкуса может потребоваться до 8—10 попыток введения нового блюда, а в отдельных случаях 12—15 «встреч».

Для сохранения лактации, в период введения продуктов и блюд прикорма необходимо после каждого кормления прикладывать ребенка к груди.

**1.5 Выводы по теоретической части о влиянии грудного вскармливания на физическое и нервно-психическое развитие ребенка первого года жизни.**

В данной работе был проведён научный обзор современных данных по теоретической основе учения о влиянии грудного вскармливания на нервно-психическое и физическое развитие детей раннего возраста в профилактической деятельности фельдшера. Проведя анализ литературных данных о преимуществах грудного вскармливания, было выявлено, что период грудного возраста характеризуется интенсивным нарастанием массы тела ребенка и роста, интенсивным физическим, нервно-психическим, интеллектуальным развитием[27], в период грудного возраста закладывается фундамент здоровья человека. [14]. Поэтому грудное вскармливание – это основа качественной жизни ребёнка с первых дней его появления на свет. Именно правильное сбалансированное питание ребенка первого года жизни является главным условием для его полноценного развития и сохранения здоровья в последующие годы жизни.

Отсутствие естественного питания ведет значительному снижению иммунитета, физического и психического развития детей, грудное вскармливание стимулирует и поддерживает гармоничное развитие ребёнка.

В связи с этим фельдшеру необходимо проводить профилактическую работу: по поддержке и приоритету грудного питания, диспансерному наблюдению, организации здоровье сберегающих мероприятий.

**ГЛАВА II. НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ЧАСТЬ.**

Исследование проводилось на базе МБУЗ МО Ейский район «ЦРБ» ФАП п. Заводской, ФАП п. Новодеревянковский, ФАП п. Пролетарский.

За основу исследования взяты анкеты матерей и 25 историй развития ребенка (Ф 112/у) ФАП п. Заводской, ФАП п. Новодеревянковский, ФАП п. Пролетарский.

На основе теоретической части и официальных центильных таблиц выделены критерии, по которым оценивалось физическое и нервно-психическое развитие детей в зависимости от вида вскармливания.

**2.1Анализ физического, нервно-психического развития и заболеваемости детей первого года жизни в зависимости от вида вскармливания.**

Проведено исследование по историям развития детей(Ф 112/у) детей , рождённых в 2014 и 2015 году. Проведена оценка физического развития по центельным таблицам в возрасте первого года в зависимости от видов вскармливания. Полученные данные приведены ниже.

После выхода «Национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни», на ФАПах активизировалась работа по поощрению грудного вскармливания, регулярно выпускаются санбюллетени, проводятся беседы о пользе грудного вскармливания для родителей. Я решила выяснить, насколько эффективно и активно внедряется национальная программа в практику здравоохранения на примереФАП.

Я провела анализ историй развития ребенка (Ф112/у) детей, родившихся в 2014 – 2015г.г.

Цель исследования историй развития ребенка (по форме 112у): установить зависимость показателей физического, НП развития и заболеваемости от вида вскармливания.

За 2 года на участке родилось26 детей, из них:

- в 2014году – 11

- в 2015 году – 15.

Все дети были распределены по видам вскармливания.

Рис.1

Структура распределения детей первого года жизни по видам вскармливания в процентах

Анализируя данные, представленные на диаграммах, можно сказать, что не отмечено значительного роста числа детей, получающих грудь матери не менее 6 месяцев по сравнению с 2014 годом, однако снизился показатель детей, получавших грудное молоко до 3 месяцев.

Мною были оценены показатели физического развития:

- масса,- рост,- окружность груди

По центильным таблицам, данным, которые были зафиксированы в Историях развития ребенка (Форма 112-у) в возрасте 12 месяцев жизни.

Анализируя данные центильных таблиц, я распределила всех детей в 3 группы:

- среднее развитие (4 коридор),- выше среднего (5,6,7 коридор)

- ниже среднего (1,2,3 коридор)

Полученные данные представлены в диаграммах:

Рис.2

Распределение детей по уровню развития (масса тела) в зависимости от вида вскармливания

Полученные данные свидетельствуют о высоком проценте детей, находящихся на грудном вскармливании, имеющих средние показатели нарастания массы тела, а на искусственном вскармливании больше детей имеют показатели ниже среднего (50%).

Рис. 3

Распределение детей по уровню развития (длина тела) в зависимости от вида вскармливания

Рис.4Распределение детей по уровню развития (окружность груди) в зависимости от вида вскармливания

Полученные данные свидетельствуют о том, что на грудном вскармливании показатели роста имеют среднее развитие, 35% детей на искусственном вскармливании имеют показатели роста выше среднего, что соответствует научным данным.

Анализируя гармоничность нервно-психического развития, мне удалось установить, что дети на искусственном вскармливании в 62% имеют дисгармоничное развитие, на грудном вскармливании дисгармоничное развитие наблюдается всего у 28% детей.

Рис. 5

Распределение детей по гармоничности развития на разных видах вскармливания

Рис. 6 НПР детей до года в зависимости от вида вскармливания.

Таким образом ЗПР на первом году жизни имеет всего 1% детей на грудном вскармливании, а на искусственном значительно больший процент (7%), так же выяснилось, что 12% детей на грудном вскармливании опережают в нервно-психическом развитии своих сверстников.

**Структура заболеваемости детей первого года жизни**

Следующим этапом анализа Историй развития ребенка, стало выявление уровня заболеваемости ОРВИ и ОКИ детей первого года жизни на участке в зависимости от вида вскармливания.

Рис.6

Заболеваемость детей первого года жизни острыми кишечными инфекциями в зависимости от вида вскармливания.

Анализ историй развития ребенка показал, что дети на искусственном вскармливании болеют ОКИ значительно чаще, чем дети находящиеся нагрудном вскармливании. Процент заболеваемость ОРВИ так же значительно ниже у детей на грудном вскармливании.

Рис.7

Заболеваемость детей первого года жизни ОРВИ в зависимости от вида вскармливания.

По результатам исследований выяснилось, что дети, находившиеся на грудном вскармливании, развивались более гармонично в физическом и нервно-психическом плане, нежели дети, находившиеся на искусственном вскармливании. Так же ребёнок, получающий грудное молоко ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и респираторным инфекциям.

**2.3 Анкетирование.**

Анкета была составлена с учетом требований «Национальной Программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации».

Целью проведения анкетирования является:

- Выявить основные проблемы матерей в проведении грудного вскармливания.

- Разработать необходимые рекомендации или памятки по выявленным проблемам матерей имеющих детей в возрасте до 3-х лет.

Анкетирование проводилось среди женщин, имеющих детей в возрасте от 5 дней до 1 года. Было опрошено 25 человек.

По результатам анкетирования было установлено что:

1. Анализ полученных данных показал, что к груди в родильном доме приложили: впервые 30 минут - 76 % детей, через 6 часов - 14 % детей, на вторые сутки - 10% детей. Проанализировав эти данные получается, что в 24% случаев имелись медицинские противопоказания к раннему прикладыванию к груди.
2. Опрос показал, что в одной палате с новорожденным находились92% родильниц. По одному из принципов программы ВОЗ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания» для успешного грудного вскармливания необходимо совместное круглосуточное размещение матери и новорожденного в одной палате, благодаря чему мать имеет возможность кормить ребенка по требованию и без ночного перерыва, это способствует установлению лактации и психологической связи матери и ребенка.
3. Дома без ночного перерыва кормят грудью 79% женщин, строго по часам 3% женщин, по требованию малыша 97%.
4. На грудном вскармливании до 3 месяцев и не менее 6 месяцев находились76% детей, от 6 мес. до 1года-59% детей.
5. Об отрицательном влиянии применения пустышки знали 79% родителей, однако пустышку сосали 55% детей.
6. О преимуществах грудного вскармливания знают 88% матерей, 81%респондентов была проведена беседа медицинским работником о «Правилах и технике сцеживания грудного молока», 91%была проведена беседа медицинским работником о «Правилах и технике проведения грудного вскармливания», 86% была проведена беседа медицинским работником о «Правилах подготовки груди к кормлению». Полученные данные свидетельствует о том, что пропаганда грудного вскармливания в медучреждениях Ейского района дает положительные результаты.
7. Данные анкетирования показали, что при уменьшении грудного молока 58% женщины начали бы чаще начали прикладывать ребёнка к груди, 37 % женщин стали бы докармливать смесями, 4 % докармливали коровьим молоком, 1% докармливали бы козьим молоком.
8. 89% женщин считают, что для гармоничного развития ребёнка, больше всего подходит грудное молоко, 7% матерей считают, что адаптированные смеси, 3% специализированные (лечебные) смеси.
9. Так же опрос показал, что дети на искусственном вскармливании чаще страдают аллергическими реакциями (особенно пищевыми), чем детинаходящиеся на грудном вскармливании.
10. Анализ показал, что большинство женщин недостаточно знакомы с методами и способами стимуляции лактации, 35% опрошенных знают, что для хорошей выработки молока необходимо хорошо и часто питаться, не переутомляться, пить лактационные чаи и принимать комплекс витаминов, 21% считают, что необходимо пить больше жидкости. Относительно небольшой процент женщин знает о том, что можно чаще прикладывать ребенка к груди - 17%, прикладывать к обеим грудям в одно кормление -16%, 9% знают, что можно проводить массаж, только 2% знают о применении лекарственных. Из приведенных данных следует, что женщинам при проведении первого патронажа к новорожденному необходимо разъяснять действия при уменьшении количества молока, а так же информировать о существовании и сроках лактационных кризов.
11. Из причин, по которым женщины прекратили кормить ребенка грудью, в 26 % случаев названы отказ ребенка брать грудь, 38% учёба или работа матери, 9% болезнь матери или болезнь ребенка, 27% случаев указали другие причины.

В данном случае, я считаю, что процент этих причин можно в значительной степени снизить, путем санитарно-просветительской работы среди кормящих матерей, например:

* кормление не по расписанию;
* поощрять кормление грудью ночью;
* не давать пустышку;
* не поить соками и водой из бутылочки;
* соблюдать режим и диету для кормящей матери.

**2.4 Выводы по результатам исследований.**

1. В настоящее время образованность матерей по вопросу пользы грудного вскармливания растет. Динамика грудного вскармливания улучшается, благодаря повсеместному обучению фельдшеров, акушерок, медсестёр рекомендациям ВОЗ и осуществлению национальной программы оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации.
2. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, развиваются более гармонично в физическом и нервно-психическом плане, нежели дети, находящиеся на искусственном вскармливании. Так же ребёнок, получающий грудное молоко ребенок меньше подвержен инфекционным заболеваниям желудочно-кишечного тракта и респираторным инфекциям.
3. 62% детей на искусственном вскармливании имеет дисгармоничное развитие.
4. При проведении анкетирования выявлено, что национальная программа в основном соблюдаются,медперсоналом проводятся обучающие беседы.
5. Пропаганда грудного вскармливания имеет положительные результаты.
6. Несмотря на осведомленность о вредном влиянии пустышки 79%, 55% родителей дают ребенку пустышку.
7. Недостаточно ведется работа по профилактике и действиям при уменьшении количества молока.
8. Самыми распространенными причинами прекращения грудного вскармливания до года являются немотивированный отказ ребенка от груди и выход матери на работу/учебу.

**2.5 Профилактическая деятельность фельдшера ФАП по поощрению и сохранению грудного вскармливания.**

Возможные пути решения выявленных проблем у матерей имеющих детей первого года жизни:

1. Большое внимание уделять повышению самообразования путём чтения и реферирования статей из специальной и популярной периодической литературы.
2. Ознакомить беременных и родивших женщин с программой ВОЗ «Десять шагов, ведущих к успешному грудному вскармливанию»

* Иметь изложенную в письменном виде политику в отношении грудного вскармливания, которая постоянно доводится до всего медперсонала.
* Обучать всех медицинских работников навыкам, необходимым для практического осуществления этой политики.
* Информировать всех беременных женщин о преимуществах грудного вскармливания и о том, как вести грудное вскармливание.
* Помогать матерям начать кормление грудью в течение получаса с момента рождения ребенка.
* При первом посещении женщиной фельдшера следует определить, факторы риска отказа от грудного вскармливания: курение женщины; употребление её алкоголя; частые стрессы; злоупотребление лекарственными средствами; низкий культурный уровень женщины. В группе риска будут: часто болеющие женщины, одинокие матери, женщины из неблагополучной семьи, беременные обратившиеся к фельдшеру в позднем сроке [13].
* Показывать матерям, как кормить грудью и как поддерживать лактацию даже в тех случаях, когда им приходится разлучаться со своими детьми.
* Для борьбы с гипогалактией фельдшер информирует о рациональном питании кормящей матери. В состав, которого ежедневно должно входить молоко, кисломолочные продукты (не менее 0,5 л), творог или изделия из него (50-100 г), мясо (около 200 г), овощи, яйца, масло, фрукты, хлеб [18].
* Не давать новорожденным никакой еды и питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний
* Практиковать круглосуточное совместное пребывание в одной палате матерей и детей.
* Поощрять кормление грудью по требованию ребенка.
* Не давать младенцам, кормящимся грудью, сосок или пустышек.
* Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и отсылать матерей в эти группы при выписке из больницы или клиники

1. Проводить работу среди населения детородного возраста по пропаганде грудного вскармливания, выпускать санбюллетени, стенды.
2. При проведении занятий для беременных и на дородовых патронажах знакомить со способами подготовки груди и сосков к кормлению грудью, специальными упражнениями для укрепления грудных мышц, показывать фильмы по грудному вскармливанию.
3. При проведении первичного врачебно-сестринского патронажа большое внимание уделять вопросам сохранения грудного вскармливания:
4. Ознакомить женщин с режимом и диетой кормящих.
5. Рассказать об облигатных аллергенах, продуктах вызывающих метеоризм, изменяющих вкус молока, лактационных кризах.
6. По выявленным основным проблемам матерей имеющих ребёнка года, мною были разработаны памятки.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ.**

Не вызывает сомнений, что все дети должны находиться на исключительно грудном вскармливании с момента рождения до возраста 1 года. Предпочтительно продолжать грудное вскармливание и после первого года жизни, а в группах населения с высокой распространенностью инфекций пользу ребенку может принести продолжение грудного вскармливания в течение всего второго года жизни и даже дольше.

В данной работе был проведён научный обзор современных данных по теоретической основе учения о влиянии грудного вскармливания на нервно-психическое и физическое развитие детей раннего возраста в профилактической деятельности фельдшера. Проведя анализ литературных данных о преимуществах грудного вскармливания, было выявлено, что грудное вскармливание – это основа качественной жизни ребёнка с первых дней его появления на свет.

Именно правильное сбалансированное питание ребенка первого года жизни является главным условием для его полноценного развития и сохранения здоровья в последующие годы жизни. Поэтому необходимо постоянно вести пропаганду естественного вскармливания и фельдшера ФАП должны стать активными сторонниками грудного вскармливания детей.

Полученные данные анализа влияния различного вида вскармливания на здоровье ребёнка первого года жизни свидетельствуют о высоком проценте детей, находящихся на грудном вскармливании, имеющих показатели, находящиеся в «золотом коридоре» нарастания роста и массы тела, а на искусственном вскармливании больше детей имеют показатели ниже среднего.

Анализируя гармоничность нервно-психического развития, было установлено, что дети на грудном вскармливании имеют более гармоничное развитие, чем на искусственном вскармливании. Процент заболеваемости ОРВИ и ОКИ у детей на естественном виде вскармливания значительно ниже, чем на искусственном. Так же по результатам исследований, процент аллергических реакций у детей на искусственном вскармливании в разы больше, чем у детей находящихся на естественном вскармливании.

С целью пропаганды и поощрения грудного вскармливания были разработаны памятки и рекомендации кормящим матерям.

**Преимущества грудного вскармливания настолько очевидны, что возможно при активной и всесторонней пропаганде, в самом недалеком будущем мы будем рассматривать случаи отказа от грудного вскармливании, как чрезвычайное событие и приравнивать его по значимости к обнаружению редкого и тяжелого заболевания.**

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1.Информационный бюллетень ВОЗ №342, сентябрь 2013 г.

2.Официальная статистика Росстата, октябрь 2013 г.

3.Распоряжении Правительства РФ от 25 октября 2010 г. N 1873-р

4.Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 26.04.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

5.Абольян Л. В. НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением // Московский областной центр медицинской профилактики. 2013. С. 1-5

6.Баранов А. А., Тутельян А.В. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. М.:Москва. 2010. - 68 с.

7.Берман Р. Э. перевод с англ. БерманР. Э., Роберт М., Клигман Х., ДженсонБ.,под ред. БарановаА.А.Педиатрия по Нельсону. М.: ООО «Рид Элсивер», 2009. - 824 с.

8.Васильева Е. И. Питание детей первого года жизни в норме и при некоторых патологических состояниях.Иркутск, ООО «Вектор», 2012. – 56 с.

9.Виссингер Д., Вест Д., Питман Т., перевод с англ. Наталии Гербеда-Вилсон Грудное вскармливание. М.: Эксмо, 2012. – 542 с.

10.Виссингер Д., Вест Д., Питман Т., перевод с англ. Гербеда-ВилсонН. В. Искусство грудного вскармливания. М.: Эксмо, 2012. – 560 с.

11.Дерюгина М. П. «Первая книга молодой мамы. Здоровье, развитие, воспитание от рождения до школы». М.: Букмастер, 2014. – 448 с.

12.Запруднов А. М., Григорьев К. И. Педиатрия с детскими инфекциями. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 560 с.

13.Захарова Л. И., Двойников С. И., Рябчикова Т. В., Чайковская М. В. Сестринское дело в педиатрии. М.: Перспектива, 2000. - 511 с.

14.Калмыкова А. С. Уход за здоровым и больным ребенком. Ростов на Дону, Феникс, 2008. - 208с.

15.Киселева Е.С., Мохова Ю.А. Грудное молоко и его компоненты: влияние на иммунитет ребенка //Педиатрия. 2013. № 6 - С. 65-66

16.Конь И. Я., Абольян Л. В., Фатеева Е. М., Гмошинская М. В. Организация работы по охране и поддержке грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства.М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2005. - 47 с.

17.Конь И. Я., Фатеева Е. М. К дискуссии по проблемам вскармливания детей первого года жизни.М.: Педиатрия, 2003. – 69 с.

18.Котлуков В. А. Современные технологии охраны и поддержки грудного вскармливания // Педиатрия. 2012. №86. - С. 59

19.Котлуков В. К., Кузьменко Л. Г., Антипова Н. В. Биологически активные компоненты нативного материнского молока: некоторые иммунологические аспекты // Педиатрия. 2011. № 6 - С. 56-58

20.Ларионова Т. В. «Грудное вскармливание: что может быть лучше?». Ростов на Дону, Феникс, 2012. - 254 c.

21.Ледлофф Ж. Как вырастить ребенка счастливым.М.: Генезис, 2003. - 92 с.

22.Мазурин А. Н., Воронцов И. М. Пропедевтика детских болезней. СПб.: Фолиант, 2009. - 883 с.

23.Прилепко Ю. В., Слюсарева Е. С., Шеховцова Е. А. Факторы риска и профилактика возникновения возможных нарушений развития в раннем возрасте // Мир науки, культуры, образования. 2014. № 3 - С. 251-254

24.Разахацкая Н. В. Грудное вскармливание. Советы кормящей маме. СПб.: Питер, 2010. – 160 с.

25.Рюхова И. М. Как подарить малышу здоровье. М.: Эксмо, 2010. - 544 с.

26.Сакаева Д. Р., Хайретдинова Т. Б. Нервно-психическое развитие детей раннего возраста и факторы, его определяющие. Чита, Формат, 2011. – 198 с.

27.Сергеева К. М. Педиатрия. СПб.: Питер, 2007. - 544 с.

28.Славянова И. К. Акушерство и гинекология. Ростов наДону, Феникс, 2012. - 573 с.

29.Соколов А. В., Пулина М. О., Захарова Е. Т., Сусорова А. С., Рунова О. Л., Колодкин Н. И., Васильев В. Б. Обнаружение и выделение комплекса церулоплазмин-лактоферрин из грудного молока.СПб.: Биохимия, 2006. – 71 с.

30.Сухарева Т. В., Лебедев А. Г. Распространенность грудного вскармливания детей первого года жизни в зависимости от тактики их кормления в родовспомогательных учреждениях // Медицина.2011. № 4. – С. 34