ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧЕРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«Рязанский Государственный Медицинский Университет имени акад. И.П.Павлова»

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Кафедра педиатрии с курсом детских инфекций

Факультета Постдипломного Профессионального Обучения

РЕФЕРАТ

Современный подход к естественному вскармливанию младенцев. Роль грудного молока матери

Выполнила участковый врач-педиатр Лопухова С.А.

Рязань 2014г.

При рождении ребенка, почти все женщины намереваются кормить своего ребенка грудью, но к 3 месяцам кормление прекращают уже 45 % мам, а к году кормят всего 14%. Чаще всего мамочки объясняют это недостатком молока, но истинный недостаток молока наблюдается только у 3% женщин, в чем же на самом деле проблема? А она состоит в том, что женщины либо не хотят кормить грудью, либо не знают, как это правильно делать. Часто даже рекомендации близких и медиков ведут к ошибкам и в дальнейшем к прекращению грудного вскармливания.

Актуальность проблемы грудного вскармливания для многих стран состоит еще и в том, что, несмотря на предпринимаемые усилия, распространенность исключительно грудного вскармливания, которое обеспечивает в полной мере полноценное питание, защиту от инфекций и гармоничное развитие ребенка в первые шесть месяцев жизни, остается невысокой. Глобальный банк данных ВОЗ по грудному вскармливанию, располагая информацией в отношении 94 стран и 65% общего числа грудных детей в мире, указывает на то, что лишь приблизительно 35 % всех грудных детей получают исключительно грудное вскармливание в возрасте от 0 до 4 месяцев.

Естественное вскармливание в современном понимании в нашей стране - это вскармливание, при котором кормление осуществляется при непосредственном прикладывании ребенка к груди его биологической матери. Поскольку кожно-тактильные и эмоциональные контакты между матерью и ребенком исключительно важны для нормального физического и психического развития ребенка, любые другие способы подачи ребенку женского молока - вскармливание кормилицей, сцеженным материнским молоком из чашки, зонда, пипетки, бутылочки, термически обработанным материнским или донорским молоком - неправомочно относить к естественному вскармливанию и решено называть просто грудным вскармливанием.

Естественное вскармливание может быть смешанным, если требует докорма с помощью искусственных заменителей женского молока при порционной доле грудного молока не менее 150 - 200 мл в сутки. Искусственное вскармливание основывается на использовании заменителей, изготовленных промышленным способом с адаптацией к потребностям организма других природных источников основных компонентов питания ребенка - животных и растительных, имеется в виду коровье или козье молоко, соя и другие. При этом самая многокомпонентная и адаптированная искусственная смесь заменить женское молоко не способна, так как из изученных 160 компонентов женского молока только 100 можно воспроизвести искусственно. Современное широкое распространение и доступность искусственных смесей является достижением прогресса и в то же время несомненным вредным фактором в отношении налаживания естественного вскармливания ребенка в каждой конкретной семье, так как успехи часто зависят от правильного поведения матери ребенка и ее окружения, от настроя матери на естественное вскармливание своего ребенка. Основная задача педиатра в работе с беременными женщинами и молодыми родителями показать преимущество и пользу естественного вскармливания, научить их грамотно обеспечить и поддержать длительное естественное вскармливание, предупредить о возможных проблемах и помочь с ними справиться для здорового будущего ребенка.

Естественное вскармливание является единственной формой питания человека, сформированное в ходе биологической эволюции человека, генетически детерминированное генотипом человека. Грудное вскармливание является постнатальным эквивалентом внутриутробного питания плода, осуществляющегося до рождения ребенка через пуповину. Это позволяет рассматривать продолжение в естественном вскармливании единства «мать-дитя» с высокой степенью взаимосвязи между матерью и потребностями ребенка. Состав нутриентов женского молока динамично приспосабливается к изменяющимся в процессе роста потребностям ребенка. Взаимосвязь «мать-дитя» выходит далеко за рамки простого пищевого обеспечения. Поступающая с молоком матери сложнейшая композиция биологически активных веществ обеспечивает широкий круг функций не только защитного характера, но и регуляции управления развитием и дифференцировкой. Грудное вскармливание оказывает многостороннее влияние на физическое и психическое развитие детей, формирование их поведения, устойчивость к действию неблагоприятных внешних факторов.

Эволюционно природой заложено, что каждый ребенок сразу после рождения обладает возможностями найти свое питание. У беременных на последних сроках беременности уже происходит подготовка грудных желез к образованию и выделению секрета - на первых этапах молозива. Большое значение в свете современных исследований имеет так же ареола соска молочной железы - во время беременности здесь начинают работать кожные железы Монтгомери, выделяющие антибактериальный секрет с запахом, близким к запаху околоплодных вод, что является ориентиром для ребенка. В момент родов происходит мощный выброс нейрогуморальных факторов и повышается чувствительность нервных рецепторов соска - это приводит в готовность систему лактации матери. Соски у женщины в последнюю фазу родов становятся вытянутыми и напряженными, раздражение нервных рецепторов запускает рефлекторные механизмы, приводящие к выработке гипофизом окситоцина и пролактина - основных гормонов лактации. При выкладывании ребенка сразу после рождения матери на живот поведение новорожденного демонстрирует торжество мудрой природы. Способность ползать (рефлекс Бауэра) помогает новорожденному под действием поискового инстинкта, отталкиваясь ножками, доползти к молочной железе матери, прикасаясь раскрытыми ладонями к коже матери, ребенок открывает рот (рефлекс Бабкиной) и осуществляет захват соска и первое сосание молока матери. Сосательный рефлекс включается при раздражении соском нёба, в результате чего челюсти ребенка сжимаются, перистальтические движения языка младенца перемещает молоко в ротоглотку, где включается глотательный рефлекс. Именно в это время происходит первичный импринтинг, т.е. ребенок запечатлевает то, что его окружает, происходит первый взгляд ребенка и матери глаза-в-глаза, что является необходимым для дальнейшего закрепления взаимодействия «мать-дитя», развития материнского инстинкта и формирования процесса естественного вскармливания. вскармливание грудь молоко ребенок

Лактация - это процесс выработки молока грудной железой. Под секрецией молока понимают внутриклеточный биосинтез и выделение (экструзию) за пределы клетки сформировавшихся веществ, имеющих строго специфическое значение. В процессе выведения молока мать и ребенок участвуют как равноправные партнеры. Этот процесс имеет рефлекторную природу и схематично делится на две последовательно следующими друг за другом фазами. Вслед за раздражением ребенком нервных окончаний в области соска и ареолы через 30 - 40 секунд происходит усиление кровотока в молочной железе, увеличение объема и выпрямление соска, расслабление его сфинктера и сокращение гладкой мускулатуры протоков молочной железы. Молоко передвигается навстречу сосательному усилию и разрежению давления, создаваемому ребенком. В первой фазе ребенок легко высасывает молоко, накопившееся в млечных синусах и протоках. Через 1 - 4 минуты подключается вторая фаза, связанная с гуморальной регуляцией молоковыведения. Под действием нервных импульсов в задней доле гипофиза усиливается секреция окситоцина. Достигая с током крови молочной железы, он стимулирует внутриклеточную секрецию молока и сокращает миоэпителиальные клетки, проталкивая «заднее» молоко из альвеол в протоки молочной железы. Этот процесс может ощущаться матерью как покалывание или даже боль в груди. Сосание ребенком груди матери является важнейшим стимулом секреции окситоцина и становления лактации. Под воздействием нервных импульсов в гипоталамусе секретируется пролактин, способствующий синтезу компонентов молока, причем в исследованиях была обнаружена большая активность выработки пролактина в ночное время.

В ранний послеродовый период именно лактационные рефлексы обеспечивают становление адекватной лактации, поэтому для последующего успешного кормления грудью первое прикладывание желательно осуществить в первые 30 - 60 минут после рождения, когда рефлексы ребенка и чувствительность комплекса сосок-ареола наиболее высоки. 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.

Противопоказаниями к раннему прикладыванию к груди со стороны матери являются:

· оперативное вмешательство в родах,

· тяжелые формы гестозов,

· сильные кровотечения во время родов и послеродовом периоде,

· открытая форма туберкулеза,

· состояние декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени,

· острые психические заболевания,

· злокачественные новообразования.

Противопоказаниями к раннему прикладыванию к груди со стороны ребенка служат:

· оценка состояния новорожденного по шкале Апгар ниже 7 баллов,

· тяжелая асфиксия новорожденного,

· нарушение мозгового кровообращения 2-3 степени,

· глубокая недоношенность,

· тяжелые пороки развития.

К числу противопоказаний к раннему прикладыванию ребенка к груди матери до самого последнего времени относилось также родоразрешение путем операции кесарево сечение. 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.

Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка на последующих этапах включают: наследственные энзимопатии, препятствующие усвоению молока (галактоземия, болезнь кленового сиропа и др.), тяжелые формы врожденных пороков развития челюстно-лицевого скелета. 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. При фенилкетонурии объем грудного молока в сочетании с лечебными продуктами устанавливается индивидуально.

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 положительной серологической реакции на ВИЧ-инфекцию, учитывая желание матери, молоко можно сцеживать и после стерилизации давать ребенку.

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 Enterobacteriacae или вида Pseudomonas aeruginosa. 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, а также некоторые антибиотики: макролиды (кларитромицин, мидекамицин, рокситромицин, спирамицин), тетрациклины, 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, примахина); 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.

В современном роддоме палаты «мать и дитя» для совместного пребывания родильницы и ребенка скорее правило, чем исключение. С момента поступления новорожденного (через 6 - 8 часов после родов) в совместную палату начинается длительный процесс взаимного приспособления матери и ребенка, обучение матери уходу за новорожденным с помощью мед. персонала и самостоятельно. Современный подход не запрещает матери брать ребенка в кровать, не обязывает одевать маску при каждом приближении к ребенку, учитывает индивидуальные особенности и пожелания родильницы и ребенка. Изменился подход по гигиене груди родильницы. Учеными были обнаружены на коже ареолы сосков колонии бифидум- и лактобактерий, которые необходимы для заселения кишечника ребенка нормальной флорой и формирования здоровой микробиоты. Поэтому кормящей матери рекомендуется обмывать грудь не чаще 2 раз в день с использованием мыла, и каждый раз после кормления обмазывать капелькой молока ареолу соска для лучшего роста и размножения полезных бактерий на кожных складках соска молочной железы, а так же смазывания и защитного действия лизоцима. Чтобы предотвратить размножение дрожжевых грибков рекомендуются воздушные ванны для груди, одноразовые дышащие прокладки в специальный послеродовый бюстгальтер. Было доказано, что объём лактации у родильниц зависит не от объёма выпитой жидкости, а от режима вскармливания новорожденного. С физиологических позиций оптимальный объём выпитой жидкости в первые дни после родов составляет 1,5 - 2 л.

Первые дни после родов (1 - 5 дней) у родильницы вырабатывается так называемое молозиво, затем до 14-15 дня переходное молоко, и после 15 дня - зрелое молоко.

Объем молозива в первые 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. В сравнении со зрелым молоком молозиво содержит больше белков (22г на 1 л), большую дозу микро- и макроэлементов (особенно калия, натрия, магния, селена) и витаминов (особенно токоферолов, каротиноидов, вит.А), помогающих ребенку справиться со стрессом после рождения. При этом калорийность молозива ниже зрелого молока (550-650 ккал по разным данным), что заставляет ребенка просить еще и еще прикладывать его к груди матери. 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 в 1,5 раза, чем при вскармливании по часам.

Наибольшую сложность при свободной системе вскармливания представляет правильная трактовка матерью крика ребенка. Мать должна научиться различать крик ребенка, отличать голодный крик от других причин крика. В зависимости от причины крик ребенка различается по интенсивности, продолжительности.

Основные причины крика:

1. боль в животе от скопления газов в кишечнике (крик резкий, ребенок сучит ножками, морщит личико, при сильных болях отталкивает грудь),

2. жажда (громкий, требовательный крик),

. малышу жарко (лицо краснеет, ребенок возбужден, крик средней интенсивности),

. неудобное положение (ребенок хнычет, пытается сам изменить положение),

. усталость от длительного бодрствования (интенсивность крика может быть различной),

. нежный, зовущий крик - необходим контакт с матерью (успокаивается при взятии на руки, при поглаживании, зрительном и вербальном контакте),

. вскрикивание в ночные часы (успокаивается, услышав мамин голос),

. мокрые пеленки - громкий крик, недовольное лицо,

. голод - длительный, продолжительный, требовательный крик, не успокаивается при взятии на руки, «ищет» грудь матери.

Важное значение для формирования лактации имеет правильное прикладывание ребенка к груди и режим кормления.

Режим «по требованию» предполагает прикладывание ребенка к груди каждый раз, как мать посчитает, что ребенок просит есть. Зачастую это бывает до 10 - 12 раз в сутки и более, без ночного перерыва. 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. Длительность кормления может составлять 20 минут и более. Для поддержания лактации особенно значимы ночные кормления, так как ночью уровень пролактина более высокий. Длительность прикладывания к груди здорового ребенка в первые дни не должна ограничиваться, даже когда он практически ничего не высасывает, а дремлет у груди. Продолжительность свободного вскармливания составляет 2 - 3 месяца, у большинства детей к 4 - 6 неделям жизни во взаимосвязи «мать-дитя» формируется собственный индивидуальный ритм «голод-насыщение» с относительно равными промежутками. Многие дети выдерживают 3- 3,5 - часовые промежутки между кормлениями, и у них устанавливается свой определенный режим кормления, на первом месяце жизни 7 - 8 раз в сутки, как правило без ночного перерыва. Усреденно для расчетов в последующем принять считать, что кратность кормления ребенка равна в возрасте 1 - 3 мес 7 - 6 раз в сутки через 3 - 3,5 часа, с 3 мес до 6 мес - 6 - 5 раз в сутки, с 6 мес - 5 раз с 8-часовым ночным перерывом. Грудное вскармливание целесообразно продолжать до 1-1,5 лет, причем частота прикладываний ребенка к груди после года уменьшается до 1-3 раз в сутки. Кормление грудью во время наступления новой беременности может продолжаться.

Для успешного грудного вскармливания крайне важно исключить допаивание ребенка особенно в первые дни водой, глюкозой и т.п. Грудное молоко содержит до 80 - 90% воды, введение любой дополнительной жидкости даже в условиях жаркого климата может уменьшить количество молока, которое потребляет ребенок, поскольку центры жажды и сытости в головном мозгу у новорожденных практически совпадают и удовлетворяются одновременно. В последующем дети более старшего возраста, находящиеся на грудном вскармливании иногда нуждаются в жидкости. Такое состояние может быть связано с пониженной влажностью в квартире, повышенной температурой окружающей среды, обильной жирной пищей, съеденной матерью накануне и пр. В этих ситуациях можно предложить ребенку воду из ложки, и если он начал охотно пить, то значит нуждался в ней. Кроме того, допаивание необходимо больным детям, особенно при заболеваниях сопровождающихся высокой лихорадкой, диарей, рвотой, гипербилирубинемией. В результате исследований отмечают особую опасность для нормального запуска механизмов лактации кормление младенца молочной смесью до его первого прикладывания к груди. Если таких кормлений происходит всего одно-два - это уже может привести к отказу в дальнейшем младенца сосать грудь матери, что сводит на нет все усилия по организации естественного вскармливания.

Техника кормления грудью должна обеспечить необходимые условия - правильное положение ребенка у груди, правильный захват ребенком груди, удобную позу матери, контакт «кожа-к-коже» во время кормления.

Правильное положение ребенка у груди характеризуется следующими признаками:

· голова и тело ребенка находятся в одной плоскости,

· ребенок находится в приподнятом положении (для профилактики аэрофагии),

· подбородок ребенка касается груди матери,

· рот широко открыт, нижняя губа вывернута наружу.

При захвате соска рот ребенка должен захватывать и ареолу, это возможно только при хорошем глубоком захвате соска. В первые дни после рождения мать кормит ребенка в одно кормление одной грудью. После «прихода» молока можно кормить ребенка каждое кормление из обеих грудей, так чтобы кормление заканчивалось из той груди, с которой начиналось кормление, и ребенок получил не только «переднее», но и «заднее» молоко, отличающееся в два раза более высоким содержанием жира. По современным рекомендациям сцеживание грудного молока может оказаться целесообразным только при невозможности свободного вскармливания или при неспособности ребенка по тем или иным причинам к эффективному отсасыванию молозива или молока.

При неправильном захвате соска, резком отнимании у ребенка груди, при слишком частом смывании защитной смазки с ареолы и обработке спиртсодержащими растворами могут возникнуть трещины сосков. Современный подход предлагает изменить технику кормления при первых признаках - покраснении и повышенной чувствительности кожи ареолы, использование силиконовых накладок, средств на основе очищенного ланолина, не требующих смывания перед кормлением ребенка. Мать должна быть проинформирована о возможном лактостазе и лактационных кризах.

Кормить малыша надо в спокойной обстановке. Во время кормления матери следует выбрать наиболее удобное положение и для себя, и для ребенка. Важное условие кормления - мать должна следить за лицом ребенка, его поведением во время кормления, и ребенок в это время изучает лицо матери, особенности ее мимики и выражения глаз, так как именно в это время завязываются самые тесные контакты между матерью и малышом, они начинают лучше понимать друг друга. Помощь со стороны близких по уходу за ребенком, спокойная и доброжелательная обстановка в семье, рациональный режим дня, адекватное питание - помогают продлить лактацию.

В переходном молоке постепенно меняется соотношение белков, жиров и углеводов с нарастанием энергетически значимых фракций и повышением калорийности до 700 ккал на 1л.

Зрелое молоко имеет соотношение белков, жиров и углеводов 1:3:6 (для сравнения в коровьем молоке это соотношение составляет 1:1:1,5) и калорийность по разным источникам 650 - 750 ккал на 1л. По количеству нутриентов для расчетов принято учитывать среднее значение на 100 мл женского молока следующие: белок - 1 г/100мл, жиры - 4г/100мл, углеводы - 7г/100мл, калораж - 70 ккал/100мл.

Состав женского молока изменяется в процессе лактации, особенно на протяжении первых дней и месяцев кормления грудью, что позволяет наиболее полно обеспечить потребности грудного ребенка. Небольшой объем молока (молозива) в первые дни лактации компенсируется относительно высоким содержанием белка и защитных факторов, в последующие недели концентрация белка в женском молоке снижается и в дальнейшем остается практически неизменной. Наиболее лабильный компонент женского молока - жир, уровень которого зависит от его содержания в рационе кормящей матери и изменяется как во время каждого кормления, нарастая к его окончанию, так и в течение дня. Углеводы - более стабильная составляющая женского молока, но их уровень тоже изменяется во время кормления, будучи максимальным в первых порциях молока

Белок женского молока состоит в основном из сывороточных протеинов (70-80%), содержащих незаменимые аминокислоты в оптимальном для ребенка соотношении, и казеина (20-30%), соотношение «альбумин/казеин» равно 3 : 2 ( в коровьем молоке - 1 : 4), причем молекулы женского казеина в 3 раза меньше коровьего. Белки идентичны сыворотке крови, легко всасываются на 1/3 непосредственно в кровь без обработки. Белковые фракции женского молока подразделяются на метаболизируемые (пищевые) и неметаболизируемые белки (иммуноглобулины, лактоферрин, лизоцим и др.), которые составляют 70-75% и 25-30% соответственно. Белки женского молока створраживаются с образованием нежных хлопьев, что облегчает их всасывание и не вредит желудку ребенка. В женском молоке в отличие от коровьего молока присутствует большое количество альфа-лактальбумина (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. В составе женского молока присутствуют нуклеотиды, на долю которых приходится около 20% всего небелкового азота. Нуклеотиды являются исходными компонентами для построения рибонуклеиновой и дезоксирибонуклеиновой кислот, им принадлежит важная роль в поддержании иммунного ответа, стимуляции роста и дифференцировки энтероцитов. Среди белков женского молока много микропротеинов, представляющих основу ферментов и биологически активных веществ. Так свободный аполактоферрин является аналогом трансферрина крови, способен связывать значительное количество железа и обеспечить его транспорт через слизистую кишечника младенца, а так же этот протеин имеет антимикробную активность и антиоксидантные свойства. Среди небелковых азотистых соединений в молоко проникают мочевина, креатинин, креатин и мочевая кислота, причем их уровень в значительной степени зависит от характера питания кормящей женщины.

Жиры женского молока содержат больше эссенциальных, легкоплавких кислот (липолевая, липолеповая, арахидоновая) и много лецитина - основного компонента клеточных мембран (в 30 раз больше, чем в коровьем молоке). 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. 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. Липаза женского молока в 100 раз активнее коровьей и требует более низкой кислотности желудочного сока. Содержание холестерина в женском молоке относительно высоко и 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. Жиры женского молока активно включаются в энергетику, причем даже при перекорме, возникающее ложное ожирение протекает без побочных эффектов и быстро нивелируется. Содержание жира меняется в зависимости от рациона кормящей женщины и нарастает на более поздних стадиях лактации. Важной особенностью женского молока является оптимальная позиционная структура жирных кислот, входящих в состав триглицеридов и фосфолипидов, обеспечивающая их наиболее эффективную атакуемость липазами и высокую степень усвоения организмом младенцев.

Углеводы женского молока значительно превышают «коровьи» в 1,8 - 2 раза, органолиптически являются более сладкими и приятными для ребенка, так как вкусовые рецепторы эволюционно приспособлены именно для этих углеводов. Углеводы женского молока представлены в основном дисахаридом b-лактозой (80-90%), олигосахаридами (15%) и небольшим количеством глюкозы и галактозы. В отличие от a-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. В то время как а-лактоза коровьего молока не оказывает таких свойст и способствует росту кишечной палочки в кишечнике ребенка. b-Лактоза способствует лучшему усвоению минеральных веществ (кальция, цинка, магния и др.), снижает pH в толстом кишечнике. Галактоза, входящая в состав лактозы, необходима для синтеза гликолипидов, участвующих в построении мембран клеток нервной системы ребенка, а также галактозилсодержащих рецепторов. 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 женском молоке присутствуют все водо- и жирорастворимые витамины. Концентрация витаминов в молоке во многом определяется питанием кормящей матери и приемом поливитаминных препаратов. Следует подчеркнуть, однако, что уровень витамина D в женском молоке крайне низок, что требует его дополнительного назначения детям, находящимся на естественном вскармливании. Развитие новых химических методов анализа с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии позволило обнаружить в женском молоке активные метаболиты витамина D. Установлено, что основной формой витамина D в молоке является 25(ОН)-витамин D, причем его общее содержание существенно зависит от обеспеченности им матери и может значительно возрастать при приеме витамина D, активной солнечной инсоляции или профилактическом УФ-облучении. С помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии были подтверждены данные о низком содержании витамина К в женском молоке, что является угрозой геморрагического синдрома у младенцев на первых неделях жизни. Содержание аскорбиновой кислоты так же зависит от обеспеченности этим витамином матери. Дефицит витаминов приводит к нарушениям ферментативной активности, гормональным дисфункциям, снижению антиоксидантных возможностей организма ребенка. У детей чаще наблюдается полигиповитаминоз, реже встречается изолированный дефицит одного микронутриента.

Минеральный состав женского молока значительно отличается от коровьего, в котором содержится в 3 раза больше солей, в основном, за счет макроэлементов. Относительно низкое содержание минеральных веществ в женском молоке обеспечивает его низкую осмолярность и уменьшает нагрузку на незрелую выделительную систему. К макроэлементам относятся кальций, фосфор, калий, натрий, хлор и магний. Остальные минеральные вещества являются микроэлементами и присутствуют в тканях организма человека в малых количествах. Десять из них в настоящее время отнесены к классу эссенциальных: железо, цинк, йод, фтор, медь, селен, хром, молибден, кобальт и марганец. Минеральные вещества поступают в организм с пищей и водой, а выделяются - с мочой, калом, потом, слущенным эпителием и волосами. Предполагается, что железо, кальций, магний, цинк усваиваются существенно лучше из женского молока, чем из коровьего. Это объясняется прежде всего их оптимальным соотношением с другими минеральными веществами (в частности кальция с фосфором, железа с медью и др.). соотношение кальция и фосфора в женском молоке равно 2 : 1, что является оптимальным для усвоения кальция (в коровьем молоке фосфора больше и соотношение кальция и фосфора определяется равным 1,2 - 1,3 : 1). Низкое содержание кальция в женском молоке является физиологически чрезвычайно благоприятным - снижает осмолярность, не нарушает всасывание железа, ограничивает выведение из организма жирных кислот в виде нерастворимых мыл. Высокую биодоступность микроэлементов обеспечивают также транспортные белки женского молока, в частности, лактоферрин - переносчик железа, церулоплазмин - меди. Невысокий уровень железа в женском молоке компенсируется его высокой биодоступностью (до 50%). Недостаточность микроэлементов, являющихся регуляторами обменных процессов, сопровождается снижением адаптационных возможностей и иммунологической защиты ребенка, а выраженный их дефицит приводит к развитию патологических состояний: нарушению процессов построения костного скелета и кроветворения, изменению осмотических свойств клеток и плазмы крови, снижению активности целого ряда ферментов.

К преимуществам женского молока перед коровьим относят кроме преимущества оптимального соотношения пищевых ингредиентов еще три - иммунологическую защиту ребенка, регуляцию функций ребенка за счет содержания биологически активных веществ, психоэмоциональный контактный фактор.

Иммунологическая защита представлена прежде всего иммуноглобулинами и антителами, позволяющими реализовать пассивный иммунитет. Иммуноглобулины представлены на 85 % секреторным иммунноглобулином А, некоторым количеством класса IgG и очень низким содержанием IgE и IgM. В женское молоко проникают живые иммунокомпетентные клеки - Т-лимфоциты, В-лимфоциты, нейтрофилы и макрофаги, а так же комплекс белковых факторов (интерлейкины, интерфероны), регулирующие их активность. В женском молоке содержатся неспецифические противоинфекционные вещества - лактоферрин, лизоцим, лактопероксидаза. Пробиотические свойства b-лактозы, олигосахаридов, цистеина, пантотеновой кислоты способствуют развитию в кишечнике ребенка нормальной бактериальной бифидофлоры, обеспечивающей защиту кишечника от колонизации патогенной микрофлорой. В последние годы бифидо- и лактобактерии, определяющие становление иммунитета, обнаружены непосредственно в женском молоке. Поэтому дети, находящиеся на естественном вскармливании, значительно реже болеют инфекционными заболеваниями, развивают более стойкий поствакцинальный иммунитет.

Протективные свойства женского молока не ограничиваются только противоинфекционной защитой. Грудное вскармливание снижает риск развития в последующие годы таких заболеваний, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, лейкозы и др. У детей на грудном вскармливании реже регистрируются случаи внезапной смерти.

Чем дольше кормят ребенка грудью, тем меньше вероятность неправильного формирования прикуса и появления кариеса. При грудном вскармливании до 1,5-2 лет у детей крайне редко возникают логопедические и стоматологические проблемы. Грудное вскармливание благоприятно влияет на развитие челюстно-лицевого скелета, прорезывание зубов, развитие лицевого аппарата, снижает частоту формирования неправильного прикуса, ортодонтической и логопедической патологии.

Ферменты молока защищают молочную железу от мастита, предотвращают протеолитическое расщипление белков и иммуноглобулинов, влияют на абсорбцию белков молока новорожденным, облегчают передачу ребенка ферментов молока - липазы и а-амилазы в активной форме, предохраняют лактирующую молочную железу и младенца от бактериальных инфекций и способствуют стабильности молока. Фермент женского молока а-амилаза расщипляет полисахариды, которые не присутствуют в молоке, такие как крахмал и гликоген, тем самым способствует ассимиляции крахмалсодержащих видов прикорма в период введения их в рацион детей, и иммет прямое антибактериальное действие на рост патогенных микроорганизмов.

В грудном молоке обнаружен широкий спектр гормонов и гормоноподобных веществ, за счет действия которых идет влияние на правильное развитие всех органов ребенка, они играют важнейшую роль в регуляции аппетита, метаболизма, роста и дифференцировки тканей. В их числе гормоны гипоталамуса и гипофиза: рилизинг-факторы тиреотропина, гонадотропина, гормона роста, пролактин, окситоцин. Тиреоидные гормоны представлены тироксином и трийодтиронином. Присутствуют различные кортикостероиды, половые гормоны: эстрогены и их метаболиты, прогестерон и его метаболиты, инсулин. Женское молоко также содержит гастроинтестинальные регуляторные пептиды, такие как желудочный ингибиторный полипептид, бомбензин, холецистокинин и нейротензин, которые играют важную роль в процессе роста и созревании ЖКТ новорожденного. Современные исследования обнаружили в женском молоке белки и пептиды, проявляющие опиоидноподобное действие, в частности, В-казоморфины, которые регулируют центральные процессы, ответственные за психоэмоциональное, интеллектуальное развитие человека, а также фактор роста нервов, осуществляющий межнейронную связь между периферической и центральной нервной системой. В женском молоке были выделены и изучены низкомолекулярные азотсодержащие соединения - нуклеотиды, карнитин и таурин, оказывающие благотворное влияние на рост и развитие кишечника, регуляцию функций печени, формирования нейросетчатки глаз, и др.

Психоэмоциональный контактный фактор - важный фактор оздоровления, выхода из стресса матери и новорожденного, так как опирается на «рот ребенка как химический анализатор» при пищевой доминанте ребенка. Естественное вскармливание оказывает благоприятное влияние на развитие центральной нервной системы ребенка и его психический статус. Единение матери и ребенка в процессе кормления грудью оказывает глубокое взаимное эмоциональное воздействие. Отмечено, что дети, которые вскармливались материнским молоком, отличаются гармоничным физическим развитием, они более спокойны, уравновешены, приветливы и доброжелательны по сравнению с детьми, находившимися на искусственном вскармливании, а впоследствии сами становятся внимательными и заботливыми родителями. По некоторым данным у детей, получавших грудное вскармливание, выше коэффициент интеллектуального развития, что, возможно, отчасти связано и с наличием в грудном молоке длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот (ДПНЖК), необходимых для развития клеток головного мозга и сетчатки. В крови детей, находящихся на грудном вскармливании, количество ДПНЖК достоверно выше, по сравнению с детьми, получающими искусственное вскармливание. При естественном вскармливании и у ребенка, и у матери происходит выделение эндорфинов - гормонов радости и оздоровления. За счет влияния окситоцина у родильницы происходит сокращение матки, уменьшается риск послеродовых кровотечений, снижается послеродовый стресс, происходит профилактика послеродового психоза. Для ребенка очень важен запах матери, созданние биополя, т.е. единение ребенка и матери, усиливающее его защиту (и защиту матери).

На основе современных исследований можно выделить ряд преимуществ естественного вскармливания перед смешанным и искусственным, которые значительно повышают роль грудного вскармливания.

1. это эволюционно закрепленная форма питания и ее нарушение подобно экологической катострофе, снижающей уровень здоровья населения,

2. способствует оптимальномк развитию ребенка в онтогенезе, ибо откорректировано эволюцией по ингридиентам и микронутриентам, представленным по соотношению и качеству в оптимальной для усвоения форме, причем состав молока индивидуален для конкретного ребенка,

. снижает острую и хроническую заболеваемость детей,

. увиличивает срок жизни (в т.ч. и среднюю продолжительность жизни) на 10-15 лет,

. осуществляет профилактику раннего склероза за счет стимуляции ферментных систем, утилизирующих холестерол,

. снижает существенно степень риска по лейкозу у ребенка и раку молочной железы и раку яичников у женщины,

. повышает интеллект, творческую активность и гуманизирует ментальность,

. снижает сенсибилизацию, в частности, к привычным пищевым продуктам в рационе матери ребенка,

. препятствует дисбактериозу,

. представляет систему вскармливания со следующими хароактеристиками: закрытая, стерильная, подогретая до температуры тела, вкусная для ребенка.

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 вскармливание». Эта методика предполагает, что кормящая мать берет электронные весы на дом и взвешивает ребенка 3 раза за день перед и после кормления, не меняя пеленок в течение 3 дней - всего 9 взвешиваний до и после кормления дают достаточно информации о количестве высосанного молока.

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 лактозная 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.

Расчет необходимого объема пищи производится при недостаточном нарастании массы тела или беспокойстве между кормлениями, при вскармливании сцеженным молоком и его искусственными заменителями.

Формула Зайцевой : объём молока в сутки равен 2% от веса ребенка при рождении, умноженное на число дней жизни ребенка (до 2 недель жизни ребенка).

Формула Финкельштейна: суточное количество молока высчитывается, исходя из возраста и веса ребенка с использованием коэффициента.

X=(70 или 80) \* (n - 1), где n - день жизни ребенка.

Коэффициент равен 70 при весе ребенка менее 3200г, а при большем весе равен 80.

Новорожденный в первые 9 суток жизни должен получить на разовое кормление 10мл, умноженные на день жизни (при 6 - 7 разовом кормлении), с 10 по 14 дни суточный объём молока одинаковый, далее пользуются другими формулами подсчета.

Объёмный метод подсчета предполагает, что суточный объем пищи высчитывается как часть от веса ребенка и составляет: от 2 недель до 6 недель - 1/5 веса, от 6 недель до 4 месяцев - 1/6 веса, от 4 месяцев до 6 месяцев - 1/7 веса ребенка, от 6 мес до 9 мес - 1/8 веса, при этом общий суточный объем пищи не должен превышать 1000 - 1100 мл.

Формула Шкарина: ребенок в возрасте 8 недель( 2 мес) должен получать в сутки 800 мл молока. На каждую неделю, недостающую до 8 недель, требуется вычесть 50 мл, а на каждый месяц после 2 месяцев требуется добавить 50 мл.

Современные педиатры отмечают большое количество детей с высокими показателями физического развития, для них предлагается такой расчет: в возрасте 1 месяца объем питания может быть до 700 - 800 мл, затем надо добавить на каждый последующий месяц по 50 мл - до общего объема к 6 мес не более 1000мл.

Формула Алевского: расчет объема питания на одно кормление равно

X = 100 + 10\*n,

где n - количество месяцев жизни, но не более 200 мл на одно кормление.

Самый точный и достоверный расчет объёма и качества питания можно осуществить калорийным методом, особенно он актуален при введении прикормов ребенку, так как позволяет скоррегировать состав питания по белкам, жирам и углеводам. Чтобы быть уверенным, что ребенок получает основные ингредиенты пищи в необходимом ему количестве, нужно произвести ему расчет питания на долженствующий вес по фактически съеденной пище. Суточная потребность на 1 кг веса ребенка составляет по современным представлениям с рождения до 6 мес - 115 ккал/кг, далее до 12 мес 110 ккал/кг. Сначала высчитывают суточный каллораж по весу ребенка, затем количество молока в сутки и за раз, исходя из принятых усредненных значений женского грудного молока 700ккал/л. При этом суточный каллораж для грудного ребенка с учетом прикормов не должен превышать 1300 ккал.

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 вторичной гипогалактии (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.

Желтуха, связанная с грудным вскармливанием - желтуха от материнского молока или желтуха Ариаса развивается у 1-4% детей после первой недели жизни, характеризуется повышением уровня несвязанного билирубина и не влияет на состояние ребенка. Патогенез изучен недостаточно, предполагается связь с различными компонентами грудного молока. Получить подтверждение диагноза можно, прекратив прикладывание ребенка к груди и используя для кормления пастеризованное материнское молоко в течение 1-2-х суток. За это время интенсивность желтухи значительно уменьшается и можно продолжить грудное вскармливание.

В настоящее время существует более 50 заболеваний, которые у детей в периоде новорожденности могут проявляться желтушным окрашиванием кожи. Поэтому длительное сохранение желтухи у новорожденного требует обязательного обследования. Даже при выраженной физиологической желтухе у детей в первые дни жизни нельзя отказываться от грудного вскармливания. Раннее прикладывание ребенка к груди и частые кормления являются важным фактором профилактики желтухи, поскольку молозиво, обладая слабительным эффектом, приводит к более быстрому отхождению мекония. При недостаточном питании новорожденного ребенка желтуха может быть более интенсивной и длительной в связи со сгущением желчи. Допаивание водой или растворами глюкозы не способствует профилактике желтухи, но снижает степень ее выраженности. Важно чтобы ребенок получал адекватное количество молока, поскольку при недостаточном питании развивается синдром сгущения желчи.

Ребенка с гипербилирубинемией, обусловленной несовместимостью по АВ0, целесообразно кормить грудью с рождения, поскольку антитела, содержащиеся в молоке разрушаются соляной кислотой и ферментами пищеварительной системы. При резус конфликте, если ребенку не проводилось заменное переливание крови, то его в течение первых 10-14 дней кормят пастеризованным (во время пастеризации антитела разрушаются) материнским или донорским молоком. В случаях проведения заменного переливания крови, через 3-5 часов после операции ребенка можно приложить к груди.

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».

Важнейшая роль в пропаганде грудного вскармливания отводится врачам и медицинским сестрам, которые должны активно поощрять семейную и социальную поддержку грудного вскармливания, обеспечивать родителей полной информацией о его всестороннем положительном влиянии на организм ребенка и преимуществах перед детскими смесями. Для осуществления деятельности по успешному становлению и поддержанию практики естественного вскармливания, все медицинские работники, имеющие отношение к родовспоможению и медицинскому наблюдению за детьми грудного возраста, должны обладать способностями оказания практической помощи матери по грудному вскармливанию.

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 «мать и дитя» родильного дома и поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка;

· обучать матерей технике кормления ребенка грудью и сохранения лактации;

· стремиться к проведению в течение первых 4-6 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. Эти мероприятия необходимо проводить с учетом состояния здоровья, как матери, так и ребенка.

Десять принципов успешного грудного вскармливания

Каждому учреждению, оказывающему родовспомогательные услуги и осуществляющему уход за новорожденными детьми, следует:

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

. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.

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

. Помогать матерям начинать грудное вскармливание в течение первого получаса после родов.

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

. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.

. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорожденного - разрешать им находиться вместе в одной палате.

. Поощрять грудное вскармливание по требованию.

. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств (имитирующих грудь или успокаивающих).

. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из больницы.

вскрамливание грудь молоко ребенок

Использованная литература

1. «Детское питание» рук-во для врачей под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня, Москва, 2013г

2. «Детская поликлиника» учебное пособие под ред. А.Ф. Виноградова и соавт, Тверь, 2004г

. «Участковый педиатр» спр. рук-во под ред. М.Ф. Рзянкиной, В.П. Молочного, Ростов-на-Дону, 2006г

. «Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ» утверждена на XVI Съезде педиатров России (февраль 2009 г. Москва)

. «Детские болезни» учебник под ред. Л.А.Исаевой, Москва, 1986г

. «Справочник по детской диететике» под ред. И.М.Воронцова, А.В. Мазурина, Ленинград, 1977г

. «Грудное вскармливание и психологическое единство мать - дитя», Е.М. Фатеева, Ж.В. Цареградская, уч. пос., Спб., 1999г

. Абольян Л.В. «Охрана, поддержка и поощрение грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства»: Рук-во для врачей. - Москва, 2005г

. Воронцов И.М., Фатеева Э.М. «Естественное вскармливание, его значение и поддержка»: уч. пос. для студентов и врачей. - Спб., 1998