

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК
ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Методическое пособие

Новосибирск
2003

Методическое пособие посвящено одной из самых актуальных проблем педиатрии – организации грудного вскармливания детей первого года жизни. Грудное вскармливание является «золотым стандартом» оптимального питания. Характер вскармливания в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни. Правильное питание детей обеспечивает их нормальный рост и развитие, способствует профилактике большинства заболеваний, максимально предупреждает вероятность их хронизации.

Предназначено для студентов старших курсов медицинских факультетов университетов, педиатров, детских гастроэнтерологов, врачей-акушеров, неонатологов, средних медицинских работников.

Составители

Н. А. Рычкова – канд. мед. наук, зав. организационно-методическим кабинетом Областного центра медицинской профилактики;

А. В. Гуляева – канд. мед. наук, доц. кафедры клинической медицины НГУ;

Е. Л. Жиленко – канд. мед. наук, мл. науч. сотр. Новосибирского перинатального центра;

О. Н. Желябовская – врач организационно-методического кабинета Областного центра медицинской профилактики

Под редакцией д-ра мед. наук, профессора *М. Ю. Денисова*

Рецензент

Н. И. Нечаева – канд. мед. наук, заместитель начальника по детству и родовспоможению Управления здравоохранения Администрации Новосибирской области

Одобрено к изданию научно-методической комиссией по медицинским наукам факультета естественных наук НГУ, протокол № 2 от 22.09.2003 г.

© Новосибирский государственный университет, 2003

Во всем мире в настоящее время наблюдается тенденция к снижению частоты грудного вскармливания. По разным источникам, на грудном вскармливании находятся от 35 до 65 % детей первого года жизни. Среди основных причин, вызывающих снижение частоты грудного вскармливания в России, наиболее значимыми являются высокая распространенность хронической патологии у женщин репродуктивного возраста и ухудшение социально-экономических условий жизни.

Рациональное вскармливание является одним из важнейших условий, обеспечивающих гармоничное развитие ребенка – адекватное созревание различных органов и тканей, оптимальные параметры физического, психомоторного, интеллектуального развития, устойчивость младенца к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов. 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. Метаболические нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития ожирения, артериальной гипертензии, сахарного диабета и других заболеваний.

Правильная организация питания предусматривает поступление в организм не только достаточного количества пищи, но и её определенный качественный состав, соответствующий физиологическим возможностям желудочно-кишечного тракта ребенка и уровню его обменных процессов. В ходе индивидуального развития организма они меняются, что и определяет величины возрастной потребности человека в питательных веществах и энергии. Физиологические нормы потребности периодически пересматриваются в связи с меняющимися социально-биологическими условиями и но-

вым уровнем методических подходов к изучению метаболических процессов в организме человека. Так, в последние годы в России уменьшились нормы потребления белка для детей первого года жизни, но они по-прежнему в 2-3 раза выше норм потребления белка, рекомендованных ООН (1996), и составляют 3-3,5 г/кг и 1,02 г/кг соответственно. По данным ФАО / ВОЗ (1985), нормы потребления белка не должны превышать 1,48 г/кг.

Грудное вскармливание является «золотым стандартом» оптимального питания, отработанным тысячелетней эволюцией (Воронцов И. М., 1997). Преждевременное возникновение или усиление функции, обусловленное вынужденной адаптацией к чужеродной пище, приводит, с одной стороны, к относительному отставанию в других направлениях роста и дифференцировки, создавая гетерохронии развития, с другой стороны — к конечной неполноте формирования и той функции, которая была индуцирована преждевременно.

Искусственное вскармливание не физиологично для ребенка, оно неизбежно генерирует существенные биологические особенности и изменение спектра заболеваемости в последующих периодах жизни. К ним относятся и такие нарушения, как гиперлипидемия, гиперинсулинемия, тучность и ожирение, ранний атеросклероз, нарушение поведения и способности формировать отношения, низкая способность к обучению.

В 90-х годах прошлого столетия произошел коренной поворот практики питания грудных детей в сторону естественного вскармливания. В совместной декларации ВОЗ / ЮНИСЕФ (Женева, 1989) сформулированы основные положения, касающиеся грудного вскармливания: *«Грудное вскармливание не имеет равных среди способов питания для нормального роста и развития детей и в идеале должно быть нормой в первые 4–6 месяцев жизни ребенка. Давать какую-либо другую пищу или питье находящемуся на грудном вскармливании ребенку до достижения им 4 месяцев нет необходимости».*

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Естественным, или **грудным** называют такой вид вскармливания, при котором ребенок первого полугодия жизни получает весь суточный объем питания в виде женского молока. Естественное вскармливание – кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери. Отдельно выделяют вскармливание кормилицей, вскармливание сцеженным нативным материнским молоком, вскармливание термически обработанным материнским или донорским молоком.

В мировой практике в соответствии с рекомендациями ВОЗ принята следующая терминология:

Исключительно грудное вскармливание – кормление ребенка только грудным молоком (грудь матери и возможные корректоры питания в виде порошковых лекарственных форм, солей или витаминов, даваемых с ложечки в смеси со сцеженным грудным молоком).

Преимущественно грудное вскармливание – вскармливание материнским молоком в сочетании с допаиванием (грудь матери и дополнительно либо соки, либо продукты густого прикорма в количестве до 30 г в сутки с ложечки, либо нерегулярное использование молочных смесей (докорма) общим объемом до 100 мл в сутки с ложечки или из чашки).

Дополненное или частично грудное вскармливание – вскармливание ребенка грудным молоком в сочетании с его искусственными заменителями (грудь матери и регулярные докормы смесями (более 100 мл в сутки) или введение прикорма объемом более 30 г в сутки).

В России используется следующая терминология:

Естественное, или **грудное вскармливание** – кормление ребенка материнским молоком.

Смешанное вскармливание – сочетание кормления грудным молоком (не менее 150–200 мл) и его искусственными заменителями.

Искусственное вскармливание – вскармливание ребенка заменителями женского молока – частично адаптированными или адаптированными смесями на основе животного молока, приближенными по составу к грудному молоку.

В педиатрической диететике разработаны следующие принципы рационального питания (Воронцов И. М., 1997):

1. Физиологическая адекватность питания – максимальное соответствие пищевого продукта анатомо-физиологическим особенностям ребенка данного возраста.

2. Мультикомпонентная сбалансированность питания – содержание достаточного количества белков, жиров, углеводов, энергии, микронутриентов (микроэлементов, витаминов и др.).

3. Нутриентное предобеспечение – обеспечение нутриентами должно предшествовать и опережающе сопровождать все процессы роста и развития. При пограничном или относительно недостаточном обеспечении нутриентами могут возникнуть противоречия между преобладанием пластических процессов и необходимым обеспечением активной жизнедеятельности или стресса.

4. Системная поддержка грудного вскармливания – медицинская поддержка грудного вскармливания в полном объеме должна включать коррекцию питания женщины при планировании деторождения, профилактику нутриентной недостаточности беременной и кормящей женщины.

5. Единство питания и психофизиологического обучения – ранний возраст является самым важным отрезком жизни для формирования стереотипа пищевого поведения. Особенности питания ведут за собой глубокие перестройки физиологических процессов и эндокринных реакций на прием пищи, что, в свою очередь, закрепляет нормы и направленность пищевых потребностей.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

У новорожденных и детей грудного возраста наблюдается морфологическая и функциональная незрелость секреторного аппарата желудка, что проявляется низким объемом секреции желудочных желез и качественными особенностями желудочного сока (слабощелочная или нейтральная реакция, низкая ферментативная активность).

У детей первых месяцев жизни наблюдается почти полное отсутствие соляной кислоты в желудочном соке; даже гистамин не вызывает усиления секреции соляной кислоты у новорожденных и детей первых месяцев жизни – рН в основном определяется водородными ионами не соляной, а молочной кислоты.

Секреция ферментов желудочными железами детей первого года жизни не только менее интенсивная, но и качественно иная, чем у взрослых людей. Это выражается в относительно большей протеолитической активности желудочного сока при относительно высоких показателях рН (3–4); адаптированности к гидролизу казеина молока. К концу первого года протеолитическая активность возрастает в 3 раза (но остается в 2 раза ниже, чем у взрослых).

Низкий кислотно-пептический потенциал желудка у детей первых месяцев жизни обеспечивает сохранность иммунных факторов защиты (особенно секреторного IgA) и, вероятно, лимфоидных клеток и макрофагов, содержащихся в материнском молоке. Это предохраняет ребенка после рождения от массивной бактериальной инвазии в период, когда собственный активный местный иммунитет лишь начинает формироваться.

Кишечное пищеварение, будучи достаточно сформированным ко времени рождения, особенно его пристеночно-мембранный компонент, в достаточной степени компенсирует недостаточность желудочного. Видимо, немаловажно, что относительная площадь желудка и кишечника у детей первых лет жизни больше, чем у взрослых, что увеличивает поверхность всасывания. Слизистая оболочка более тонкая и нежная, ворсинок в кишечнике меньше, чем у взрослых. Проницаемость слизистой оболочки желудка и кишечника весьма высока, в том числе и для высокомолекулярных веществ, в частности белков.

У новорожденных и детей первых месяцев жизни относительно высоко развиты процессы пиноцитоза эпителиоцитами слизистой оболочки кишечника, вследствие чего белки молока могут переходить в кровь ребенка в неизменном (в антигенном отношении) виде, что определяет появление соответствующих антител к белкам коровьего молока. Подобное не наблюдается при грудном вскармливании.

У младенцев хорошо развита сеть кровеносных и лимфатических сосудов желудочно-кишечного тракта; всё это создает условия для быстрого всасывания и распространения токсинов, продуктов неполного переваривания пищи и других антигенных субстанций во внутренней среде организма. Следует отметить, что лимфа, оттекающая от тонкой кишки, не проходит печень, поэтому продукты всасывания вместе с лимфой непосредственно попадают в циркулирующую кровь.

Моторная деятельность желудка и кишечника у детей первых лет жизни замедлена по ритму и скорости распространения волн сокращений, перистальтика вялая, это связано как с недостаточным развитием нервно-гуморальных механизмов, так и слабо развитым мышечным слоем стенки желудка и кишечника. Скорость эвакуации пищевого химуса зависит от многих факторов, но прежде всего от состава молока, прикорма и эффективности переваривания пищевых веществ. Так, при искусственном вскармливании резко увеличивается время желудочной и кишечной эвакуации. При одинаковом объеме грудного молока и молочной смеси с коровьим молоком (при искусственном вскармливании) время задержки пищевого химуса в последнем случае увеличивается до 3-4 часов, жирные же смеси эвакуируются из желудка через 6-6,5 часов.

Кардиальный сфинктер желудка у детей функционально неполноценен, что вызывает сброс содержимого желудка в пищевод, что может приводить к срыгиваниям и рвоте. Формирование кардиального отдела завершается лишь к 8 годам жизни. При этом пилорический отдел желудка функционально хорошо развит уже при рождении, что при относительной слабости кардиального клапана позволяет сравнить желудок у ребенка первых месяцев жизни с «открытой бутылкой».

Таким образом, учитывая перечисленные возрастные особенности пищеварения у детей, наиболее оптимальным является лакто-трофное питание грудным молоком, когда в основном преобладают

аутолитические процессы переваривания пищи, слизистая оболочка пищеварительного тракта выполняет только «пассивную» всасывательную функцию. Перевод на искусственное вскармливание и раннее введение прикормов ускоряет развитие и функционирование пищеварительных желез, усиливает секрецию соляной кислоты. Доказано, что это неблагоприятным образом сказывается на становлении системы биологического равновесия между факторами агрессии и кишечной цитопротекции (Денисов М. Ю., 2000).

ПРЕИМУЩЕСТВА ВСКАРМЛИВАНИЯ МАТЕРИНСКИМ МОЛОКОМ

Самым лучшим и полезным питанием для грудного ребенка, бесспорно, является материнское молоко. Грудное вскармливание является оптимальным способом вскармливания детей первого года жизни, обеспечивающим наиболее высокий уровень здоровья и устойчивости к воздействию неблагоприятных внешних факторов.

Важнейшими свойствами женского грудного молока, определяющим его незаменимость для вскармливания младенца, являются:

- стерильность;
- оптимальная для усвоения температура молока;
- оптимальный, сбалансированный уровень пищевых ингредиентов, не создающий нагрузки на пищеварительный тракт новорожденного и грудного ребенка;
- высокая усвояемость молока, связанная с наличием ферментов, функционирующих в самом молоке (аутолитический тип пищеварения);
- комплекс бифидогенных факторов, оказывающих протективное воздействие на биоценоз кишечника ребенка;
- широкий спектр биологически активных веществ и защитных факторов, в том числе секторный IgA;
- и самое главное свойство – эмоциональный и физический контакт матери и ребенка, «паёк ласками», непередаваемая близость матери и ребенка, обуславливающие в дальнейшем его социальное поведение и психическое развитие – ребенок растет спокойным, ласковым, добрым, коммуникабельным.

Женское молоко полностью соответствует особенностям метаболизма ребенка на ранних этапах онтогенеза и оказывает положительное влияние на рост, развитие, иммунологическую резистентность, интеллектуальный потенциал, поведенческие и психические реакции, обучаемость детей. В связи с этим обеспечение полноценной и длительной лактации является одной из важнейших задач по сохранению здоровья младенцев.

Характеристика грудного молока

Состав грудного молока меняется в различные периоды лактации. В первые дни после родов молочные железы продуцируют

молозиво – густую желтоватую жидкость, богатую белками и минеральными веществами, содержащую наибольшее количество IgA, но с низким содержанием жиров и углеводов. Постоянный состав молоко приобретает на 2-3 неделе.

Белки. Состав белков молозива и зрелого молока различен. Содержание белка в молозиве в первые сутки после родов составляет $7,38 \pm 1,6$ г %, в зрелом молоке – 1,3-1,5 г %. Высокое содержание белка в молозиве обеспечивает новорожденному при небольшом объеме жидкости, высасываемой из груди матери, необходимое количество питательных веществ.

Белковый компонент молозива представлен в основном сывороточными белками – альбуминами и глобулинами. Казеин в молозиве появляется лишь с 4-5 дня лактации, количество его постепенно нарастает, но не преобладает. Отношение суммы сывороточных белков к казеину в грудном молоке составляет 80:20. Сывороточная фракция содержит иммунокомпетентные белки – иммуноглобулины всех классов, лизоцим, лактоферрин и др. В молозиве больше незаменимых аминокислот, и, кроме того, альбумины женского молока мелкодисперсны, поэтому эта фракция белка легче переваривается, не требует большого количества пищеварительных соков и не вызывает напряжения в работе пищеварительного тракта.

Установлено также, что частицы казеина женского молока в процессе свертывания в желудке ребенка образуют нежные, мелкие, легко перевариваемые хлопья. Аминокислотный состав грудного молока представлен уникальным составом в виде триптофана, метионина, гистидина, лейцина и цистина, обеспечивающим интенсивные процессы роста и развития ребенка. Исследования последних лет позволили выявить в грудном молоке аминокислоту таурин, которой придается большое значение как фактору модулятора роста, определяющему структурную и функциональную целостность клеточных мембран. Помимо таурина к модуляторам роста грудного молока относят этаноламин, фосфоэтанолламин, а также гормоноподобные белки, которые играют значительную роль в обеспечении роста нервных клеток, а также эпидермального покрова.

Жиры. В постнатальный период большое значение для ребенка имеет жировой компонент грудного молока, который характеризуется высокой степенью дисперсности, низким содержанием насыщенных жирных кислот, высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот. Содержание жира в грудном молоке не-

стабильно, оно увеличивается на протяжении лактационного периода, а также возрастает в течение дня и кормления. Молозиво богаче линолевой и олеиновой (близка по составу к жиру тела новорожденного) кислотами; имеется высокая концентрация фосфатидов (до 6,1 %), которые способствуют секреции желчи, равномерной эвакуации жира из желудка и более активному всасыванию жира в верхних отделах тонкой кишки.

В молозиве присутствуют ферменты, гормоны, способствующие активации незрелых пищеварительных и обменных функций у новорожденных и грудных детей. В состав молозива входят ингибиторы трипсина, значение которых в грудном молоке особенно велико в первые дни после родов, так как они, по-видимому, являются компонентом общей системы, облегчающий энтеральный путь становления иммунитета у новорожденных. Расщепление жира начинается в желудке грудных детей под влиянием липазы, содержащейся в грудном молоке.

В последние годы в женском молоке обнаружено вещество карнитин, необходимое для оптимального окисления жирных кислот и осуществления транспорта жирных кислот в митохондрии.

Углеводы. Содержание углеводов в молозиве и зрелом молоке представлено в основном молочным сахаром – β -лактозой (90 %), количество которой по мере созревания молока увеличивается. Большая часть лактозы подвергается расщеплению в тонкой кишке. Однако небольшое количество лактозы в нерасщепленном виде попадает в толстую кишку, где под действием бифидум-бактерий ферментируется в молочную кислоту, обеспечивающую низкую рН кала, способствующую подавлению патогенной флоры кишечника.

Белки молока, липиды, лактоза синтезируются в молочных железах матери, а также поступают в молоко из плазмы. На качество и количество белков и липидов молока влияет питание матери. Например, тип жирной кислоты, потребляемой матерью, влияет на состав жира в её молоке. Поэтому у тех матерей, которые употребляют мясо, молоко более богато насыщенными жирами, а молоко матерей–вегетарианцев содержит больше полиненасыщенных.

Витамины и минеральные вещества, содержащиеся в молоке, поступают из плазмы матери. Нет данных об их синтезе в молочной железе. Что касается минеральных веществ, таких как кальций, фосфор, магний, натрий, медь, хлор, калий и железо, то их

концентрация в молоке относительно постоянна. Недостаточное потребление их матерью приведет к уменьшению запасов в её организме, но не окажет влияния на состав питательных веществ, потребляемым ребенком. И хотя содержание таких минералов, как цинк, марганец, селен, йод, фтор до определенной степени зависит от уровня их потребления матерью, оно также останется относительно стабильно.

В женском молоке содержится большой **комплекс иммунологически активных веществ и клеточных компонентов**, обеспечивающих необходимый уровень защиты от инфекционных агентов. Прежде всего, это IgA, IgG, IgM, из которых секреторному IgA принадлежит ведущая защитная роль. Он стабилен при низкой pH кишечника и не разрушается протеолитическими ферментами, обеспечивая преэпителиальную защиту слизистой оболочки кишечника от агрессивных агентов в грудном возрасте.

К важным защитным компонентам грудного молока относят лактоферрин, бактерицидное действие которого заключается в конкурирующем связывании железа, необходимого для роста микроорганизмов (Воронцов И. М., Фатеева Е. М., 1998).

В довольно высоких концентрациях в грудном молоке содержится лизоцим. Попадая в пищеварительный тракт ребенка, лизоцим оказывает мощное нормализующее влияние на состав микробной флоры полости рта и кишечника. Лизоцим грудного молока в 100 раз активнее лизоцима коровьего молока. Он не только подавляет рост патогенной флоры, но и способствует росту бифидофлоры в кишечнике грудных детей.

Поскольку у грудных детей наблюдается пониженная секреция пищеварительного сока, ферменты женского молока облегчают переваривание и усвоение основных пищевых веществ. К наиболее важным ферментам, содержащимся в грудном молоке, относятся пепсиноген, трипсин, амилаза, липаза.

Большим преимуществом грудного вскармливания остается то, что молоко поступает ребенку стерильным и имеет оптимальную температуру, поэтому хорошо переваривается. Кроме того, при естественном вскармливании ребенок сам регулирует необходимое ему количество молока в каждое кормление. Это исключает как недоедание, так и перекармливание.

ФАКТОРЫ СТАНОВЛЕНИЯ И ПОДДЕРЖАНИЯ ЛАКТАЦИИ

Важнейшими факторами становления и поддержания лактации у матери являются:

В первые дни после родов – раннее прикладывание ребенка к груди, кормление ребенка «по требованию» (свободное вскармливание) с первого дня жизни, совместное пребывание матери и ребенка в палате родильного дома, исключение допаивания (кроме обусловленных медицинскими показаниями случаев), отказ от использования сосок, бутылочек и пустышек, профилактика трещин, нагрубания молочных желез (лактостаза).

На последующих этапах лактации для сохранения полноценной и длительной лактации крайне важны спокойная и доброжелательная обстановка в семье, помощь со стороны близких по уходу за ребенком, рациональный режим дня, обеспечивающий достаточный сон и отдых кормящей женщины, рациональное питание, включая дополнительный прием молока и кисломолочных продуктов, чая, соков и других напитков; за 15-20 минут до момента кормления грудью рекомендуется прием специальных лактогенных фиточаев в горячем виде. Кормящей матери необходим точечный массаж груди, контрастный душ. Важно сохранение режима «свободного вскармливания».

Раннее прикладывание ребенка к груди не только стимулирует образование и секрецию молока, но также способствует более быстрому отхождению плаценты в родах, профилактике послеродовых кровотечений у рожениц, а также формированию нормальной микрофлоры кишечника, адекватного иммунного ответа и ускорению отхождения мекония у новорожденных.

РЕЖИМ И ТЕХНИКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Общие положения

Кратность кормлений для ребенка, родившегося доношенным и зрелым, с нормальной массой тела, устанавливается по его требованию. В первые дни, когда в груди матери молока еще мало, длительность кормления может составлять до 20-30 минут, но уже к концу первой недели жизни не должна превышать 15-20 минут. Обычно при режиме свободного вскармливания новорожденный ребенок может получать грудь до 10-15 раз в сутки. Такое частое кормление способствует лучшему становлению лактации. Впоследствии, по мере роста ребенка, у него обычно вырабатывается свой режим кормления – от 6 до 8 раз в сутки и, как правило, без ночного перерыва. Однако кормление ребенка в ночное время способствует большей выработке грудного молока. При таком режиме кормления ребенок отличается спокойным поведением, хорошим настроением, крепко спит, дает необходимую прибавку в весе, а у матери при таком типе кормления вырабатывается большее количество молока и способность к его секреции сохраняется длительное время.

При каждом кормлении ребенка можно прикладывать к обеим молочным железам. С учетом того, что грудное молоко содержит до 87-90 % воды, при достаточном уровне лактации потребность ребенка в жидкости полностью обеспечивается даже в условиях жаркого климата. Допаивание кипяченой водой допустимо лишь при высокой температуре окружающего воздуха (выше 25°C) и/или наличии у здорового ребенка даже легких признаков обезвоживания. Потребление грудного молока ребенком в период исключительно грудного вскармливания постепенно увеличивается, достигая постоянного уровня 700-800 мл в день примерно через 1-2 месяца после рождения, с возрастом возрастает лишь незначительно.

Десять врачебных принципов для успешного грудного вскармливания

1. Необходимо строго придерживаться установленных правил грудного вскармливания и регулярно доводить эти правила до сведения рожениц и всего медико-санитарного персонала.

2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления правил грудного вскармливания.

3. Постоянно и своевременно информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.

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

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

6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями.

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

8. Поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка, а не по расписанию.

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

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

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди

Вопрос о противопоказаниях к кормлению ребенка грудью решает только врач. Выделяют две разновидности противопоказаний:

1. Со стороны матери:

- оперативное вмешательство в родах;
- тяжелые формы гестозов;
- значительные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде;
- открытая форма туберкулеза;
- состояние декомпенсации хронических заболеваний сердца, легких, почек, печени;
- острые психические заболевания;

- злокачественные новообразования.

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

2. Со стороны ребенка:

- оценка состояния новорожденного по шкале Апгар ниже 7 баллов;
- тяжелая степень асфиксии новорожденного;
- нарушение мозгового кровообращения II–III степени;
- глубокая степень недоношенности;
- тяжелые аномалии и пороки развития (челюстно-лицевого аппарата, сердца, желудочно-кишечного тракта и др.).

К числу противопоказаний до последнего времени относили также родоразрешение путем кесарева сечения. В настоящее время кесарево сечение не является строгим противопоказанием к грудному вскармливанию с первого дня жизни новорожденного. После окончания операции родильница переводится в палату интенсивной терапии роддома, а младенец – в детскую палату послеродового отделения. Через несколько часов (не более 4) после окончания действия наркоза детская сестра приносит новорожденного к матери и помогает ей приложить его к груди.

Данный перечень заболеваний позволяет считать, что противопоказания к кормлению грудью встречаются исключительно редко. Вопрос о том, можно ли такого ребенка вообще кормить грудью в последующем, зависит от его состояния и решается в индивидуальном порядке.

Правила и техника кормления грудью

Каждая женщина может кормить ребенка грудью. Кормление грудью не разрешается только в исключительных случаях, когда мать страдает тяжелыми заболеваниями (см. Противопоказания к кормлению грудью). При большинстве острых инфекционных заболеваний матери грудное кормление не отменяется. Но мать должна соблюдать определенную осторожность: надевать маску из нескольких слоев марли, тщательно мыть руки. В остальном все проблемы возникают из-за незнания правил и техники кормления.

Первое правило – очень важное – ранний контакт матери с ребенком в первые 30 минут после рождения. Во многих родиль-

ных домах придерживаются еще «старых традиций»: дают ребенка матери только через 12, а иногда и через 24 часа после рождения. Это неправильно. В настоящее время повсеместно и настоятельно внедряется другой метод – раннего прикладывания. Суть его в том, что надо максимально быстро, в течение первых 30 минут после появления младенца на свет приложить его к груди. Делается это так: сразу после рождения ребенка кладут на живот матери. Этот контакт «кожа к коже» позволяет малышу почувствовать материнское тепло, биение ее сердца. Затем ему помогают найти грудь и взять сосок. И даже если при этом он получит хотя бы несколько капель молозива, все это предохранит его от многих неприятностей в будущем.

Отмечено, что ранний контакт с матерью способствует выработке грудного молока в большем объеме и более длительно. Если прикладывание малыша к груди непосредственно после рождения затруднено (кесарево сечение, болезнь матери или ребенка), сделать это надо сразу, как только станет возможным.

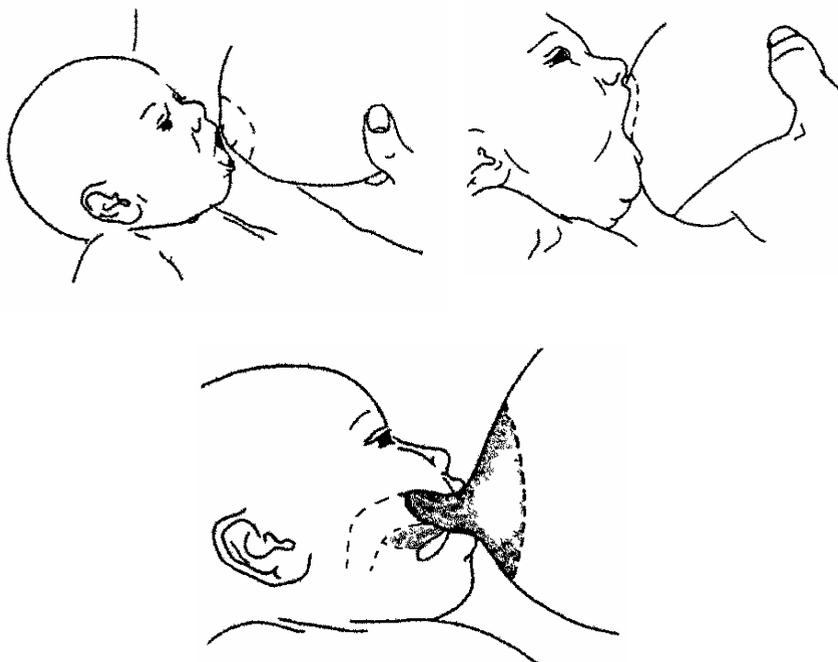
Второе правило – не менее важное – правильно приложить ребенка к груди, что предупредит появление трещин и обеспечит нужное количество молока в дальнейшем. Нет никакой необходимости в специальной обработке сосков перед кормлением, так как это ведет к удалению натуральных масел с кожи сосков и ареолы, на ней могут быстро образоваться трещины. Кормить ребенка можно лежа или сидя, близко поднося его к груди; чтобы малыш мог взять в рот достаточно большую часть груди. Ребенок должен быть расположен плотнее и лицом к матери, «живот к животу», чтобы ему не надо было поворачивать голову. Необходимо поддерживать младенца за спинку и плечи, не надавливая на голову, иначе он будет рефлекторно откидывать ее назад.

Грудь следует взять в ладонь четырьмя пальцами снизу и одним сверху, расположив пальцы дальше от соска, чтобы не мешать ребенку дышать (см. рисунок, сверху слева). Ребенок обычно сам открывает рот и ищет грудь. Если он этого не сделал, соском необходимо прикоснуться к губам ребенка, чтобы он открыл рот. Ребенок должен захватить не только сосок, но и обязательно околососковый кружок (ареолу), а также часть груди ниже ареолы. Это предупредит аэрофагию у ребенка и образование трещин и воспаление сосков у матери. Нижняя губа ребенка должна быть вывернута наружу, подбородок, щеки и нос – плотно прилегать к груди (см. ри-

сунок вверху справа). Ребенок втягивает сосок и ареолу груди (см. рисунок внизу) и надавливая на них языком, выжимает молоко.

Если мать почувствовала боль – это значит, что ребенок неправильно взял грудь, надо осторожно прикоснуться пальцем к губам ребенка, чтобы он открыл рот и попытаться приложить повторно.

Третье правило – кормить ребенка рекомендуется по потребности, в первые дни по 10-15 раз в сутки; у каждого ребенка свой биоритм, и через 2 недели вырабатывается режим кормления – обычно до 6-8 раз в сутки. Следует давать ребенку поочередно сосать обе груди. Это способствует выработке молока. Не следу-



Техника прикладывания и кормления грудью

ет делать ночных перерывов в кормлении – ночное молоко более калорийно.

Частое кормление способствует увеличению лактации. Рекомендуется давать ребенку возможность сосать грудь, когда он хочет и сколько хочет. Состав молока меняется в течение суток и в течение одного кормления. Молоко всегда ценно и полезно, оно не

бывает плохим, в грудном молоке есть вода и все вещества, необходимое для утоления жажды и голода. Дети сосут грудь для ощущения комфорта так же, как и для утоления голода.

Четвертое правило – не следует сцеживать молоко, так как грудная железа должна получать правильную информацию (через нервно-мышечный и железистый аппарат, гуморальным путем) о нужном для ребенка количестве молока. В течение дня ребенок высасывает разное количество молока. Важен психологический контроль, желание кормить, вера в то, что грудное молоко – это лучшая пища для малыша. Однако в отдельных случаях (нагрубание, избыточная лактация и т. д.) надо седить молоко.

Пятое правило – ребенку не надо никакой дополнительной пищи до 4-6 месяцев. Если дополнительно кормить ребенка из бутылочки, то продукция грудного молока уменьшается, ребенок сосет не так активно, так как уже не голоден. При необходимости дополнительного питания пищу лучше давать с помощью чашки, чайной ложки или пипетки.

Основной показатель того, достаточно ли ребенку грудного молока – его поведение. Если после очередного кормления малыш спокойно отпускает грудь, имеет довольный вид, достаточно долго спит (возможно, частично бодрствует) до следующего кормления, значит, молока ему хватает. Получая достаточное количество грудного молока, ребенок мочится не менее 6 раз в сутки, стул имеет однородную желто-соломенную мягкую консистенцию, без неприятного запаха; частота испражнений от 1 до 6-8 раз в сутки.

Затруднения при кормлении грудью

Со стороны матери:

1. Маленькие, плоские соски. Используют специальные накладки, массаж сосков до родов.

2. Задержка появления молока. У большинства женщин нагрубание молочных желез и интенсивное образование молока наступает на 3-5 день после родов. Однако у некоторых женщин становление лактации может задерживаться до 15-20 дня. В этих случаях не стоит спешить с диагнозом гипогалактии. Необходимо прикладывать ребенка к груди не менее 12 раз, давать ребенку обе груди, как можно дольше избегать докармливания ребенка. Если приходится прибегать к докармливанию, следует давать докорм с ложечки.

3. Чрезмерно интенсивное образование молока. В этой ситуации возникают затруднения при захватывании ребенком соска напряженной, болезненной железы. При этом необходимо прибегать к специальному «сцеживающему» массажу.

4. Садины и трещины сосков. Чувствительность сосков является одной из проблем в первый период кормления грудью.

Основной причиной болезненности и трещин сосков является неправильное сосание, обусловленное неправильным положением ребенка у груди. В родильном доме мать кормит ребенка в положении лежа. Она ложится на бок и приближает молочную железу к лицу ребенка. При прикосновении щеки к молочной железе ребенок открывает рот, отыскивает сосок и крепко обхватывает его (физиологические поисковый и сосательный рефлексы). Необходимо следить за тем, чтобы ребенку в рот попал не только сосок, но и околососковый кружок. С 3-4 дня мать начинает кормить ребенка в положении сидя. Поза должна быть удобной, обеспечивать опору для спины и руки, на которой лежит малыш. Голова ребенка должна лежать на локтевом сгибе согнутой руки.

Другой причиной является недостаточное сосание, в результате которого голодный ребенок сосет более рьяно и, возможно, неправильно. В этом случае не нужно ограничивать продолжительность кормления. Лучше кормить ребенка чаще, предотвращая тем самым как чрезмерно интенсивное сосание, так и застой молока в груди.

Чтобы избежать появления трещин и болезненности сосков, кормящая мать должна правильно ухаживать за молочными железами и соблюдать следующие правила:

1. Строгое соблюдение правил личной гигиены. Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки. Безупречно чистым должен быть бюстгальтер (из хлопчатобумажной ткани).

2. Перед кормлением следует сцедить несколько капель молока, находящегося в выводных протоках молочной железы, так как это молоко может быть инфицировано. Прежде чем приступить к кормлению, соски нужно протереть стерильной ваткой, смоченной кипяченой водой.

3. Необходимо избегать частого мытья желез с мылом, так как при этом удаляется естественная смазка, защищающая кожу сосков.

Не пользоваться кремами, растворами антисептиков, антиперспирантами, так как они могут вызывать развитие дерматита у ребенка.

4. После кормления одной грудью обязательно следует приложить вторую, а следующее кормление начинать с той груди, которой закончилось предыдущее.

5. После кормления оставляйте несколько капель молока на соске, чтобы они высохли на воздухе. Остатки молока можно снять мягкой хлопчатобумажной тканью. Соски всегда должны быть сухими. Для этой цели можно использовать специальные гигиенические прокладки или стерильные марлевые салфетки.

6. Использовать специальное белье для кормящей женщины (бюстгалтеры), которые обеспечивают оптимальное положение молочных желез и предотвращают лактостаз.

Обрабатывать трещины сосков лучше всего сцеженным грудным молоком либо различными антисептическими растворами, отварами трав.

Профилактика ссадин и трещин сосков заключается в правильной технике «отнимания» груди: ребенок сам должен открыть рот и отпустить сосок, который иначе травмируется. Чтобы вынудить ребенка открыть рот используют разнообразные приемы: одновременно сжимают нос, надавливают на подбородок.

Со стороны ребенка:

1. Ринит при ОРВИ. Для облегчения сосания непосредственно перед кормлением закапывают сосудосуживающие капли.

2. Слабая сосательная активность. Необходимо чаще прикладывать ребенка к груди, сцеживать молоко и докармливать им ребенка с ложечки.

3. Пороки развития зубочелюстной области – расщелины твердого неба и губы («заячья губа», «волчья пасть» и др.), недоразвитие нижней челюсти.

ГИПОГАЛАКТИЯ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Гипогалактия – это пониженная секреторная способность молочных желез. Первыми признаками гипогалактии могут быть беспокойство ребенка, особенно сразу после кормления, редкие мочеиспускания, задержка стула, низкая прибавка массы тела.

Различают первичную и вторичную гипогалактию. Первичная гипогалактия обычно возникает на фоне общей инфантильности матери, эндокринных заболеваний, приводящих к нейроэндокринным расстройствам, и плохо поддается лечению. Эта форма гипогалактии обнаруживается, как правило, в первые 10 дней жизни ребенка. В таких случаях необходимо своевременно назначить ребенку докорм.

В остальных случаях снижение лактации вызывается различными причинами, основными среди которых являются отсутствие у женщины доминанты лактации, редкие кормления, неправильное прикладывание младенца к груди, раннее и необоснованное введение докорма заменителями женского молока, неблагоприятные семейные обстоятельства, стресс, необходимость выхода на работу и др.

Для постановки диагноза гипогалактии необходимо принять во внимание следующие данные (Лукушкина Е. Ф., 1997):

1. Анамнез – позволяет выявить три группы факторов, которые могут быть причиной гипогалактии:

- Психологические (нежелание матери кормить ребенка грудью);

- Медико-организационные (вследствие выполнения матерью необоснованных рекомендаций о введении докорма, несоблюдение режима и диеты);

- Конституциональные особенности организма матери, заболевания и патологические состояния (наследственная лактационная способность, осложненное течение беременности и родов, первое прикладывание к груди более чем через 2 часа после родов).

2. Данные объективного обследования ребенка и молочных желез матери позволяют подтвердить отсутствие причин, вызывающих затруднения при кормлении, как со стороны матери, так и со стороны ребенка. Признаками хорошей лактации может быть выраженная венозная сеть, хорошее развитие долек молочной железы.

3. Контрольное кормление. Это такой вид кормления, при котором производится взвешивание ребенка до и непосредственно после кормления грудью с целью определения объема молока, высосанного из груди. При проведении контрольного кормления необходимо придерживаться следующих правил:

а) взвешивание ребенка производится на хорошо отрегулированных весах (лучше электронных) в одной и той же одежде;

б) следует проводить несколько контрольных кормлений (не менее 3-4, на протяжении 1-2 суток), так как объем отдельных кормлений может колебаться достаточно широко;

в) контрольное кормление проводится в привычной для матери и ребенка обстановке (в домашних условиях);

г) врач должен проявлять осторожность в интерпретации результатов и их изложении матери (сам факт проведения контрольного кормления может служить для матери стрессовой ситуацией, вследствие чего количество выделяемого молока может снизиться именно при контрольном кормлении). Необходимо помнить, что результаты контрольного кормления не позволяют дифференцировать гипогалактию и лактационный криз.

4. Дополнительный метод диагностики. Для определения недостаточной лактации можно использовать метод Молля – при гипогалактии не обнаруживается разницы между температурой тела в подмышечной области и под молочной железой (при полноценной лактации температура тела под молочной железой выше на 0,1-0,5°C).

Дифференциальный диагноз

Дифференцировать гипогалактию необходимо с периодическим повышением аппетита ребенка, связанные с неравномерными темпами нарастания его энергетических потребностей. Такие состояния обычно наблюдаются в возрасте 3 и 6 недель, а также в 3, 7, 11 и 12 месяцев.

Врачу необходимо различать гипогалактию и периодические лактационные кризы. Лактационный криз – временное уменьшение выделения грудного молока, отражающее определенную цикличность в регуляции лактации. Лактационный криз чаще наблюдается в первые 3 месяца, но может быть и в период до 5-7 месяцев. Про-

должительность лактационного криза от 3-4 до 6-8 дней. В этот период необходимо рекомендовать частые прикладывания ребенка к груди. При этом объем лактации быстро восстанавливается. Следовательно, задача врача состоит в том, чтобы заранее предупредить мать о возникновении лактационных кризов и обеспечить правильную тактику в период их развития.

Режим и диета кормящей матери

Среди причин гипогалактии большое значение имеет алиментарный фактор, удовлетворение потребности в белково-витаминном и минеральном компонентах рациона кормящей женщины является важной составной частью восстановления лактации.

Для достаточно полноценной лактации важно правильное питание уже в период беременности, что позволяет обеспечить наиболее оптимальный процесс формирования и роста плода, а также подготовку организма женщины к будущей лактации. Суточный рацион беременной и кормящей грудью женщины должен содержать 100-130 г белка, около 100 г жира, 400-500 г углеводов, необходимое количество минеральных солей, особенно кальция, фосфора, а также витаминов.

Таблица 1. Физиологическая потребность в пищевых ингредиентах у женщин во время кормления грудью (по Фатеевой Е. М. и соавт., 1987)

<i>Пищевые вещества</i>	<i>При лактации от 1 до 6 месяцев</i>	<i>При лактации от 7 до 12 месяцев</i>
Белок, г, в том числе животный	66 36	96 56
Жиры, г	73	85
Углеводы, г	318	348
Фосфор, мг	1200	1650
Кальций, мг	800	1100
Магний, мг	400	450
Железо, мг	18	38
Цинк, мг	15	20
Йод, мг	0,15	0,18
Витамин С, мг	70	90
Витамин А, мкг	800	1000
Витамин Е, мкг	8	10
Витамин D, мкг	2,5	12,5
Витамин В ₁ , мг	1,1	1,5
Витамин В ₂ , мг	1,3	1,6
Витамин В ₆ , мг	1,8	2,1
Фолиевая кислота, мг	180	400
Селен, мг	55	65

Кормящая женщина должна потреблять до двух литров жидкости в сутки. Неверным является мнение о лактогенном действии таких продуктов как молоко, пиво, овсяная каша и чай. Полноценное питание кормящей женщины может быть обеспечено при ежедневном употреблении в пищу 120-150 г мяса, 50 г масла, 800 г овощей и фруктов, не более 200 г хлеба (табл. 1). Особенно важно включать в рацион фрукты, овощи, свежую зелень, ягоды, овощные и фруктовые соки и соблюдать режим питания в течение дня. Рекомендуются 5-разовое питание.

Следует помнить, что избыточное потребление кормящей матерью молока или молочных продуктов может вызвать сенсibilизацию организма ребенка к белку коровьего молока.

При наличии у матери двойни или передаче её молока другому ребенку количество пищевых компонентов в суточном рационе повышается: на 1 л дополнительно выделенного молока рацион увеличивается на 30 г белка, 50 г жира, 80-100 г углеводов.

Ряд продуктов (цветная капуста, сельдерей, лук, чеснок, спаржа) изменяют вкусовые качества молока, что может вызвать отказ ребенка от груди. В то же время издавна известен факт, что от укропа молоко приобретает приятный вкус и ребенок начинает более активно сосать, увеличивается лактация.

Таблица 2. Примерный суточный набор продуктов рациона кормящей матери (физиологическая диета)

<i>Продукты</i>	<i>Количество (г / мл)</i>
Молоко	300
Творог	80
Кефир	500
Сметана	20
Сыр	10
Мясо, птица	150
Рыба	100
Яйца	22
Крупы	100
Мука пшеничная	30
Картофель	200
Овощи, зелень	500
Фрукты свежие	300
Сухофрукты (яблоки, груши)	20
Масло сливочное (топленое)	35
Масло растительное	20
Хлеб пшеничный	200
Хлеб ржаной	100
Чай	0,3
Соль	6,0

Лечение гипогалактии

С целью восстановления лактации можно использовать специализированные продукты питания для кормящих матерей – «Мамина каша» (Хайнц, США), «Думил-Мама-Плюс» (INC, Дания), «Энфа-мама» (Мид Джонсон, США) и витаминно-минеральные комплексы («Матерна», «Прегнавит», «Витрум-пренатал» и др.

К лекарственным растениям, усиливающим лактацию, относятся солодка, тмин, укроп, одуванчик, фенхель, анис, шиповник. Следует помнить, что при риске аллергического заболевания у ребенка или матери выбор фитосредства должен осуществляться с

учетом индивидуальной переносимости. Можно применять гомеопатические средства «Лактосан», «Млекаин».

Необходимо помнить о роли психогенных факторов и переутомления в развитии гипогалактии. Рациональное полноценное питание необходимо сочетать с правильным режимом, что во многом предупреждает гипогалактию. Кормящая мать должна находиться в спокойной обстановке, достаточно отдыхать, выполнять умеренную физическую работу, гулять на свежем воздухе и спать не менее 8-9 часов, обязателен дневной сон 1-2 часа.

Чрезмерная усталость – частая причина недостаточного выделения молока, поэтому кормящей женщине необходим отдых в течение дня. Особенно важно отдохнуть 15-20 минут перед кормлением и после него.

Категорически недопустимы курение и употребление спиртных напитков, в том числе слабоалкогольное пиво. Некоторые препараты, например соли мышьяка, барбитураты, бромиды, йодиды, медь, ртуть, салицилаты, атропин, ряд антимикробных средств (сульфаниламиды, левомецетин, метронидазол), анти тиреоидные препараты, противоопухолевые средства, гидразиды изоникотиновой кислоты, могут передаваться с молоком и воздействовать на организм ребенка. Поэтому кормящая мать по возможности не должна принимать лекарств.

Хороший лечебный эффект при гипогалактии дает сочетание горячего душа (температура 44-45°C) с массажем молочных желез (круговые движения от центра к периферии и сверху вниз) 4 раза в день по 10 минут.

Из физических методов для лечения гипогалактии применяются УФО молочных желез, вибрационный массаж, франклиннизация, метод локальной декомпрессии молочной железы. Положительный эффект отмечается при использовании акупунктуры.

ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМОВ

Несмотря на то что женское молоко богаче коровьего по содержанию ряда витаминов, дети, находящиеся на естественном вскармливании, все же нуждаются в дополнительном введении витаминов и минеральных веществ с фруктовыми и овощными соками. Соки, кроме витаминов и минеральных веществ, содержат вещества, положительно влияющие на секреторную и двигательную функции органов пищеварения, а также на микрофлору кишечника.

При изменении характера питания ребенка приспособление ферментов желудочно-кишечного тракта к новой пище происходит не сразу. Некоторое время пищеварительный тракт, действующий по инерции, не обеспечивает выработку ферментов, необходимых для наилучшей обработки продуктов нового рациона; возникает опасность развития расстройства пищеварения. Поэтому новый вид пищи необходимо вводить постепенно, начиная с небольшого количества, без одновременного изменения в составе других компонентов диеты.

Фруктовые соки. При любом виде вскармливания соки вводят ребенку не ранее 3-4 месяцев жизни, начиная с сока зеленых сортов яблока («Антоновка», «Семеренко»). Вклад соков в удовлетворение физиологических потребностей детей в витаминах крайне невелик и составляет 2-3 % от суточной потребности. Раннее введение соков сопровождается их неудовлетворительной переносимостью у 60 % детей, это наиболее часто проявляется в виде аллергических и диспепсических реакций, может усилить дисбиотические нарушения, широко распространенные даже у клинически здоровых детей, и снижать обеспеченность младенцев железом (Конь И. Я. и др., 1997).

В настоящее время более целесообразно использовать в питании специализированные консервированные соки для детского питания промышленного производства. После яблочного сока можно рекомендовать сливовый, абрикосовый, персиковый, малиновый, вишневый, черносмородиновый и облепиховый соки. Апельсиновый, мандариновый и клубничный соки не следует давать ребенку ранее 6-7 месяцев. В это же время можно вводить соки из смешанных фруктов и соки из тропических фруктов (ман-

го, гуава, папайя). Для того чтобы не возникло острого расстройства пищеварения, сок начинают давать с двух-трех капель, разведенных в 1/2 чайной ложки кипяченой воды, постепенно (в течение 7-10 дней) увеличивая до 30 мл. В дальнейшем количество соков рассчитывается по формуле:

$$\text{Количество сока в сутки (мл)} = n \times 10,$$

где n – месяц жизни ребенка.

Суточное количество соков дают в 2-3 приема, в течение дня лучше давать разные соки. Соки удовлетворяют потребность детей в воде, обеспечивают поступление минеральных солей и небольшого количества витаминов.

Фруктовое пюре. Через 2-3 недели после введения соков детям можно рекомендовать фруктовое пюре, используя примерно тот же ассортимент фруктов. Фруктовые пюре играют роль так называемого «обучающего» прикорма. При хорошем глотании, положительной реакции ребенка и хорошей переносимости (нормальный стул, отсутствие диспепсии) количество фруктового пюре постепенно увеличивают с пяти до тридцати граммов. В дальнейшем его количество рассчитывается по формуле, приведенной ранее. В питании грудных детей целесообразнее использовать фруктовые пюре, приготовленные в промышленных условиях.

Как и при выборе соков, фруктовые и ягодные пюре следует давать ребенку с учетом состояния его здоровья. Детям, страдающим неустойчивым стулом, лучше всего давать пюре из яблок и бананов, богатых пектиновыми веществами, легко переваривающихся и благоприятно влияющих на процессы пищеварения. Также показаны соки из черники, черной смородины, вишни, которые содержат дубильные вещества и действуют закрепляюще. Детям со склонностью к запорам полезно пюре из слив, которое дают дополнительно к другим пюре в количестве от 1 до 4 чайных ложек в день. Полезны также капустный и свекольный соки.

Прикормы вводятся здоровым доношенным детям, начиная с 5-6 месяцев. После 6 месяцев (26 нед.) только одно грудное молоко не удовлетворяет потребностей ребенка в энергии. Более раннее (с 4-4,5 месяцев) введение прикорма рекомендуется крупным быстро растущим детям, мальчикам (по сравнению с девочками), при анемии, рахите, гипотрофии. При атопическом дерматите стремиться к раннему введению прикорма не следует, это способствует значи-

тельным нарушениям функционального состояния пищеварительного тракта и раннему дебюту болезни (Денисов М. Ю., 2000).

Цель прикорма – обеспечить дополнительную энергию и пищевые вещества, но он не должен вытеснять, как считалось ранее, грудное молоко в течение первых 12 месяцев жизни ребенка. Следует продолжать часто кормить детей грудью в период введения прикорма. Фрукты и овощи обогащают рацион ребенка витаминами и минеральными солями и играют важную роль в разнообразии вкусовых качеств пищи. Они содержат также растительные волокна, которые придают пище определенную плотность и участвуют в регуляции прохождения пищи в кишечнике. Способность потреблять «твердую» пищу требует созревания нервно-мышечной, пищеварительной, почечной и защитной систем. Попробовать новую пищу ребенок должен как минимум 8-10 раз, а явное положительное восприятие пищи приходит после 12-15 раз. Ребенок должен научиться получать удовольствие от новой пищи.

Показаниями к введению прикорма являются:

- Возраст более 5-6 месяцев;
- Угасание рефлекса «выталкивания языком» при хорошо сформированном рефлексе проглатывания пищи;
- Готовность ребенка к жеванию;
- Состоявшееся или текущее прорезывание части зубов;
- Уверенное сидение и владение головкой для выражения эмоционального отношения к пище или насыщению;
- Относительная зрелость функции желудочно-кишечного тракта (секреция и активность пищеварительных ферментов), достаточная для того чтобы усвоить небольшое количество густого прикорма без расстройства пищеварения и аллергических реакций на этот продукт.

Овощное пюре считается предпочтительным для первого прикорма у здоровых детей и назначается независимо от вида вскармливания; оно более богато витаминами, минеральными веществами, пектинами, клетчаткой, которые необходимы для растущего организма. Введение прикорма необходимо начинать с одного вида овощей, обладающих нежной структурой клетчатки, выбирая кабачки, тыкву, брюкву, репу, свеклу, морковь. Позднее можно добавить в рацион цветную капусту и брокколи, зеленый горошек, томаты, картофель, который не должен составлять более одной тре-

ти блюда. Затем можно готовить пюре из 2-3 и более овощей. В конце варки можно добавить укроп и петрушку.

Овощное пюре начинают давать ребенку в небольшом количестве (1-2 чайные ложки), постепенно увеличивая дозу. Первый раз пюре лучше давать в утренние часы, чтобы иметь возможность проследить за реакцией младенца на новый вид пищи (самочувствие, аппетит, характер стула). При достижении объема прикорма 130-150 г добавлять растительное масло, начиная с капель и постепенно увеличивая его количество до 3-5 г. Желательно и после введения полной дозы овощного пюре в это же кормление продолжать давать ребенку грудь (в конце кормления), чтобы лактация у матери не угасла. Если ребенок все же отказывается от грудного молока, в это кормление ему можно дать фруктовый или ягодный сок в количестве 50-70 мл.

Каша (рисовая, кукурузная, гречневая) вводится как второй прикорм через месяц после введения овощей (т.е. с 5,5-6,5 месяцев). После восьми месяцев жизни можно вводить и глютенсодержащие крупы (овсяная, манная), так как они могут индуцировать у детей первых месяцев жизни развитие глютенной энтеропатии (целиакии). Крупы вносят важный энергетический вклад в пищу и способствуют обогащению организма железом. В некоторых случаях (при сенсибилизации к белкам коровьего молока) в питании детей используют безмолочные каши. Важно добиться изменения существующей в нашей стране традиции начинать прикорм с введения манной каши, содержащей глютен.

Лучше применять аглутеновые молочные каши промышленного производства. Эти каши представляют собой сухой порошок, который легко разводится, не требует кипячения. Кроме того такие каши содержат дополнительные добавки (например, фрукты), сбалансированы по белкам, жирам, углеводам, витаминам и минеральным веществам. Кашу дают ребенку начиная с 1-2 чайных ложек, постепенно доводя ее количество до 120-150 г в день, добавив при этом постепенно 3-4 г топленого или растительного масла. После каши, как обычно, дают малышу грудь или фруктовое пюре.

Разнообразие компонентов, составляющих блюда прикорма, обеспечивает весь набор питательных веществ, витаминов, железа и микроэлементов, необходимых для восполнения растущих потребностей организма ребенка, которые уже не удовлетворяются груд-

ным молоком. Это важно и в связи с необходимостью постепенно приучать ребенка к твердой пище, жеванию. Введение балластных веществ (клетчатки) необходимо для правильного функционирования желудочно-кишечного тракта.

Творог как источник полноценного белка и некоторых незаменимых аминокислот, солей кальция и фосфора следует назначать здоровым, нормально развивающимся детям обычно с 6 месяцев для обогащения белком блюд прикорма. Особенно творог необходим детям, плохо прибавляющим в весе, отстающим в развитии, а также с признаками рахита, гипотрофии.

В питании детей первого года жизни следует использовать творог, специально предназначенный для детского питания, приготовленный в условиях молочной кухни или цеха детского питания молочного завода. Приготовленный в домашних условиях из свежего молока творог, а также творог, реализуемый в молочных отделах продуктовых магазинов, для питания ребенка первого года не пригоден.

Дают творог малышу перед одним из кормлений грудью, начиная с минимальных доз – 1 чайной ложки, которые нужно вначале растереть с грудным молоком. Постепенно дозу творога увеличивают до 4 чайных ложек в один или два приема. Количество творога к году не должно превышать 50 г, чтобы избежать высокой белковой и солевой нагрузки на выделительную систему ребенка.

Желток сваренного вкрутую яйца следует назначать с 7 месяцев. Замечено, что более раннее его введение приводит к возникновению аллергических реакций у детей. Желток дают ребенку в протертом виде, смешав с небольшим количеством грудного молока, начиная с минимальных доз (на кончике ложки), постепенно доводя до 1 желтка в день. Позднее желток добавляют в кашу или овощное пюре через день.

По достижении семимесячного возраста в рацион питания включают **хлеб** – сухарик из пшеничного хлеба высшего сорта, сушки, несладкое печенье (табл. 3).

Мясо в питание ребенка рекомендуется вводить с 7-7,5 месяцев, начиная с небольших доз (1 чайной ложки), доводя до 60-70 г к концу года жизни. При анемии, рахите мясное пюре назначают с 5-5,5 месяцев. При наличии у ребенка сенсibilизации к белкам коровьего молока лучше отказаться от введения говядины

и телятины, предпочтение следует отдавать мясу кролика, индейки, куриному и нежирному свиному. Мясо варят и дважды проворачивают через мясорубку или протирают через сито. В 8-9 месяцев мясное пюре заменяют фрикадельками, к концу года паровыми котлетами, тефтелями. Мясо и мясные консервы лучше всего давать ребенку одновременно с овощным пюре, которое к этому времени готовят уже более густым.

Кроме мясных блюд, приготовленных в домашних условиях, можно активно использовать специальные детские консервы из говядины («Мясное пюре»), цыплят («Птенчик»), конины («Конек-горбунок»), свинины, субпродуктов.

*Таблица 3. Схема введения прикормов
(рекомендации Института питания РАМН, 1997)*

Наименование продуктов и блюд	Возраст, месяцы							
	0-3	4	5	6	7	8	9	9-12
Фруктовые соки, мл	–	5-30	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-100
Фруктовое пюре, г	–	5-30	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90-100
Творог, г	–	–	–	10-30	40	40	40	50
Желток, шт	–	–	–	–	?	?	?	?
Овощное пюре, г	–	–	10-100	150	150	170	180	200
Молочная каша, г	–	–	–	50-100	150	150	180	200
Мясное пюре, г	–	–	–	–	–	5-30	50	60-70
Кефир и другие кисломолочные продукты или цельное молоко, мл	–	–	–	–	–	100	200	400-600
Сухари, печенье, г	–	–	–	–	3-5	5	5	10-15
Хлеб пшеничный, г	–	–	–	–	–	5	5	10
Растительное	–	–	1-3	3	3	5	5	6

масло, г								
Сливочное масло, г	–	–	–	1-4	4	4	5	6

С 9-10 месяцев ребенку можно рекомендовать 1-2 раза в неделю **белую морскую рыбу** (треска, хек, судак), также вводя ее с самых малых доз. Если малыш получает полную порцию рыбы (50-60 г), мясо в этот день ему не дают. Белки рыбы хорошо сбалансированы по аминокислотному составу, усваиваются лучше белков мяса, рыба богата минеральными веществами, витаминами группы В. Мясо и рыба также являются важным источником железа в форме гема.

С 7,5-8 месяцев при уменьшении у матери грудного молока ребенку можно вводить **третий прикорм** с использованием частично адаптированных молочных смесей (так называемые «последующие» смеси), представляющих собой специализированные продукты детского питания на основе коровьего молока со сниженным уровнем белка и оптимизированным жирнокислотным и витаминным составом, обогащенные железом. К таким смесям относятся «Бebelак-2» (Нутриция, Голландия), «Нутрилон-2 (Нутриция, Голландия), «Хипп-2» (ХИПП, Австрия), «Галлия-2» (Данон, Франция), «Энфамил-2» (Мид Джонсон, Голландия, США), «Молочко растворимое» (Нестле, Швейцария) и др.

При отсутствии подобных смесей их заменяют кефиром детским, бифидокефиром, ацидолактом, биолактом. Эти продукты также производятся на молочных кухнях, а не приобретаются в молочных отделах магазинов. Введение этих продуктов имеет как положительные, так и отрицательные стороны. Кисломолочные продукты оказывают благотворное влияние на работу органов пищеварительного тракта, легко перевариваются и усваиваются, улучшают микробиocenоз кишечника. Однако эти продукты не являются оптимальными для вскармливания, поскольку содержат много кальция и мало железа и сахара, имеют высокую осмолярность за счет большого содержания белка и преобладания насыщенных жирных кислот. Коровье молоко, также как молоко многих других животных, кефир, творог, сильно перегружают почки ребенка, что располагает к почечным заболеваниям в дальнейшем.

Цельное коровье молоко лучше начинать давать по окончании первого года жизни ребенка и нельзя применять раньше 6 месяцев. Известно, что 70 % людей в той или иной степени не переносят коровье молоко. Проблема заключается в основном в недостаточном усвоении лактозы (лактазная недостаточность). В результате ухудшается всасывание кальция, железа, витамина Д, что может привести к анемии и рахиту. Симптомы непереносимости молока разнообразны: расстройство пищеварения, диатез, синдром угнетения или напряжения нервной системы, нарушение сна, повышенная плаксивость.

Таблица 4. Универсальная схема вскармливания для детей второго полугодия жизни

<i>Время кормления</i>	<i>Состав рациона</i>	<i>Количество</i>
6.30	Грудное молоко или Кисломолочный продукт или Смесь на основе гидролизата белка или Соевая смесь	180-200 мл
10.30	8-10 % молочная каша или Безмолочная каша с добавлением грудного молока или Кисломолочного продукта или Смеси на основе гидролизата белка коровьего молока или Соевой смеси Топленое (растительное) масло Фруктовое пюре или сок (яблоко, груша, банан)	170 мл 3 г (1/2 ч. л.) 30 г
14.30	Овощное пюре Растительное масло Мясное пюре Фруктовый сок	160 мл 3 г (1/2ч. л.) 20 г (4 ч. л.) 20 г (4 ч. л.)
18.30	Овощно-крупяное блюдо (рис + кабачок, тыква + греча 1÷1) Растительное масло Мясное пюре Фруктовое пюре	180 мл 3 г (1/2 ч. л.) 20 г (4 ч. л.) 20 г (4 ч. л.)
22.30	Грудное молоко или	180-200 мл

	Кисломолочный продукт или Смесь на основе гидролизата белка или Соевая смесь	
--	--	--

В отличие от цельного молока, кисломолочные продукты (кефир, творог, йогурты, белые сыры 40 % жирности, сметана, сливки) вполне допустимы, поскольку в них содержится очень мало лактозы. Таким образом, при непереносимости коровьего молока начинать нужно с безлактозной или низколактозной диеты, при наличии клиники применяют безмолочную гипоаллергенную диету.

Продукты с общего семейного стола дети могут употреблять в возрасте 1,5 лет. В последнее время появилась положительная тенденция к продлению грудного вскармливания до возраста ребенка 1,5-2-3 лет. Необходимо помнить, что одной из фундаментальных особенностей грудного вскармливания является замедление биологического созревания и что только человеку в мире живого свойственно самое длинное детство, позволяющее обеспечить гармоничность развития ребенка.

Находясь на грудном вскармливании, ребенок сам регулирует количество получаемой пищи. Практически не отмечается случаев переедания при грудном вскармливании, тогда как при искусственном вскармливании мать нередко старается, чтобы ребенок выпил из бутылочки все до последней капли. Контролировать количество получаемой ребенком пищи следует при введении прикорма. При этом наибольшего внимания требуют как ослабленные дети, так и те, которые развиваются с превышением веса.

Суточное количество пищи в основном зависит от возраста ребенка, его физического развития, массы тела. Так, в среднем при нормальном физическом развитии ребенок в возрасте до 2 месяцев должен получать в сутки пищу в количестве $\frac{1}{5}$ массы его тела, от 2 до 4 месяцев – $\frac{1}{6}$, от 4 до 6 месяцев – $\frac{1}{7}$, свыше 6 месяцев – $\frac{1}{8}$ - $\frac{1}{9}$ массы тела, что составляет примерно:

до 2 месяцев жизни – 700-750 мл,

от 2 до 4 месяцев – 750-800 мл,

от 4 до 6 месяцев – 800-900 мл,

старше 6 месяцев – 1000-1100 мл.

Примерная норма пищи на одно кормление определяется делением суточного объема на число кормлений. Вместе с тем на практике следует ориентироваться на аппетит ребенка: не ограни-

чивать порцию, если он не насытился, и не заставлять есть насильно, если он отказывается.

Объективным показателем нормального развития ребенка является равномерное, в соответствии с возрастными нормами, нарастание роста, массы тела (табл. 5), окружности груди, хорошее состояние кожи, спокойный сон, высокая сопротивляемость инфекции.

Однако примерно 5 % детей имеют массу тела при рождении более 4200 (крупные дети), другие же, родившись со средней массой тела, увеличивают ее гораздо активнее. Кормление таких детей представляет определенные трудности для родителей и врача. При избыточном весе ребенка надо стремиться не к его уменьшению, а к предотвращению его дальнейшего увеличения. Излишне строгая диета может принести вред и отразиться на развитии ребенка, при этом необходимо оптимально снизить калорийность пищевого рациона. Питание ребенка должно строиться на удовлетворении оптимальных, а не максимальных потребностей в пищевых ингредиентах. Прикорм таким детям можно назначать несколько ранее принятых сроков (с 4 месяцев), преимущественно включать в рацион овощные блюда, ограничивая количество каш, богатых углеводами, и соков. Если ребенок не удовлетворяется объемом пищи 1000 мл, то за счет увеличения объема менее калорийных блюд можно повысить суточное количество пищи до 1200 мл, увеличивая в пищевом рационе количество свежих фруктов, мяса и рыбы. Если ребенок избыточно прибавляет в весе, необходимо увеличить также его физическую активность.

Таблица 5. Темпы увеличения массы тела и роста у детей первого года жизни (среднестатистические данные)

Возраст, месяцы	Увеличение массы тела, г		Увеличение роста, см	
	за месяц	за истекший период	за месяц	за истекший период
1	600	600	3	3
2	800	1400	3	6
3	800	2200	2,5	8,5
4	750	2950	2,5	11
5	700	3650	2	13
6	650	4300	2	15
7	600	4900	2	17
8	550	5450	2	19

9	500	5950	1,5	20,5
10	450	6400	1,5	22
11	400	6800	1,5	23,5
12	350	7150	1,5	25

Правила введения прикорма для детей группы риска по развитию аллергических заболеваний

Более длительное грудное вскармливание является важнейшей профилактической мерой развития аллергических заболеваний. Это утверждение не вызывает сомнения. Поэтому в интересах ребенка, особенно имеющего наследственную предрасположенность к аллергической патологии, кормить его материнским молоком следует как можно дольше. Однако продукты, которые съедает мать, могут воздействовать на ребенка.

Когда ребенку исполняется 4-6 месяцев, встает вопрос о введении прикорма. Независимо от вида вскармливания до 4 месяцев ребенок должен есть только материнское молоко или его адаптированный заменитель. В настоящее время не вызывает сомнений, что раннее введение прикорма провоцирует развитие аллергических заболеваний. Организм ребенка еще не готов к другой пище, пищеварительная система не может справиться с новым продуктом и как следствие, развиваются аллергические реакции, при которых чаще всего поражается кожа.

По современным представлениям, ребенок, находящийся на грудном вскармливании, до 6 месяцев не нуждается в дополнительном питании. Ребенку, находящемуся на искусственном вскармливании, прикорм вводится с 4,5-5 месяцев. В любом случае, даже если ребенок здоров и нет оснований ждать у него развития пищевой аллергии, вводить новые продукты следует с учетом возрастных рекомендаций. Существует очень большая вероятность, что если дать ранее здоровому ребенку творог с 2-4 месяцев, то у него разовьется аллергическая реакция с поражением кожи и развитием атопического дерматита. Лучше постараться предотвратить развитие болезни, чем потом бороться с ее проявлениями.

Соки детям из группы риска по аллергическим заболеваниям следует вводить не ранее 4-4,5 мес. из зеленых и белых яблок (антоновские, «Семеренко», белый налив), слив, черники, крыжовника, ревеня, желтой черешни, белой смородины с мякотью. Груши и ба-

наны являются более аллергенными, поэтому их используют с учетом индивидуальной переносимости. Фруктовые пюре из фруктов зеленой и желтой окраски вводят на 2-4 недели раньше соков, начинать лучше с печеного яблока и груши. В таком виде часть аллергенных свойств утрачивается, и если нет никаких реакций, то можно давать и в сыром виде. С 6-7 мес. можно давать пюре из сухофруктов (кроме урюка и изюма) по 30-50 г/сут.

Необходимо придерживаться следующих основных правил вскармливания ребенка с риском развития аллергической патологии. Вводить прикорм следует только на фоне полного или относительного благополучия, то есть ребенок должен быть здоров, на коже не должно быть никаких элементов сыпи. Вводить прикорм рекомендуется не ранее 6 месяцев.

Первый прикорм – овощное пюре из белых (цветная капуста, светлоокрашенная тыква, репа, картофель, брюква) или зеленых (кабачки «цукини», патиссоны) овощей. Овощи предварительно вымачивают в холодной воде 12-18 часов. Прикорм вводится начиная с четверти чайной ложки раз в день, лучше в первой половине дня. С каждым днем объем увеличивается постепенно, приблизительно в 2 раза. До возрастной нормы доводится за 7-10 дней. Ежедневно оценивается состояние кожи ребенка, деятельность органов пищеварения (оценивается характер стула, наличие срыгиваний, метеоризма), если появляются какие-либо изменения, то введение прикорма приостанавливается.

Постепенно объем прикорма доводится до 50-100 мл, убедившись, что все в порядке, можно попробовать дать другие овощи. Общее правило — один продукт раз в 7-10 дней! Правила введения те же самые: начиная с небольшого количества, объем предлагаемого ребенку пюре постепенно увеличивают. Не следует давать два новых овоща сразу, только монопюре.

С 7 месяцев можно вводить в рацион питания кашу. Первая каша – рисовая, без коровьего молока. Как правило, к этому моменту малыш съедает уже достаточное количество овощного пюре и запоров не бывает. Крупа вымачивается 12-18 часов в холодной воде. Кашу можно готовить на сцеженном молоке, воде, овощном отваре или смеси, которой уже кормится ребенок. Если младенец находится на грудном вскармливании, то лучше начинать с каши на

воде или собственном молоке, а молочную смесь ввести постепенно, убедившись, что на рис реакции нет.

Приобретая готовую кашу, следует убедиться, что она не содержит коровьего молока и сахара. Рисовые каши некоторых производителей так и называются «моя первая каша» или «первый шаг». Кашу вводят, как и овощи, постепенно. Следующие каши, вводимые в рацион ребенка, – гречневая, кукурузная. До года жизни, а в некоторых случаях и дольше, не вводится манная, пшеничная каша. При аллергической настроенности организма овсяную кашу следует вводить после 1 года жизни, проявляя осторожность и наблюдая за состоянием кожных покровов и характером стула.

Примерно в этом же возрасте можно начинать давать ребенку растительное масло, добавляя небольшое количество в овощное пюре. Очень полезно давать масла, полученные «холодным» способом, так как они содержат полиненасыщенные жирные кислоты, благоприятно влияющие на состояние кожи. Такими кислотами богато льняное масло, кукурузное масло.

Когда ребенок уже ест овощи и кашу, можно вводить мясо. Как правило, это говядина. Однако если у ребенка была аллергическая реакция на молочную смесь на основе белка коровьего молока или после употребления матерью молока, то в некоторых случаях возможно развитие реакций и на говядину. Поэтому можно начинать введение прикорма с мяса кролика, нежирной баранины, индейки. Если вы готовить мясное пюре самостоятельно, то обязательно мясо вываривают в двух водах, мясной бульон ребенку не дают. Готовый фарш разводят овощным отваром или горячей водой. Мясо вводится начиная с совсем малых количеств (на кончике чайной ложки), и объем увеличивается очень медленно.

С 9-10 месяцев можно ввести в рацион кефир, а при отсутствии аллергических реакций можно давать и другие кисломолочные продукты, приготовленные в специализированной молочной кухне. Цельное коровье или козье молоко, даже предназначенное для детского питания, до годовалого возраста давать нельзя.

Желток и тем более белок яйца не даются ребенку до года. Это же относится и к рыбе. Поскольку дети часто не переносят злаки, из рациона грудного ребенка полностью исключают печенье и сдобу.

Следует быть очень осторожным с детским чаем на растительной основе. В некоторых случаях он может быть причиной развития аллергии. Если ребенок находится на грудном вскармливании, то, как правило, дополнительное питье ему не нужно, а вот при искусственном вскармливании поить надо обязательно.

Годовалому ребенку можно давать овощное пюре из шпината, огурцов, салата; овощные салаты и винегреты на растительном масле.

ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Выхаживание недоношенных детей представляет серьезную проблему в педиатрии. Трудности кормления недоношенных детей обусловлены значительной функциональной незрелостью их организма. Независимо от различных подходов к проблемам питания вскармливание недоношенного ребенка должно быть индивидуальным с учетом его возраста, массы тела, состояния (Лукушкина Е. Ф., 1997).

Суточное количество молока, необходимое недоношенному ребенку первых месяцев жизни, равняется почти половине массы его тела. Поэтому основным продуктом пищевого рациона недоношенного ребенка должно быть материнское молоко, как самостоятельно высосанное, так и, нередко, сцеженное и скормленное с ложки, в крайнем случае донорское пастеризованное грудное молоко. Однако грудное молоко не может обеспечить маловесному грудному ребенку достаточных прибавок массы тела. В настоящее время имеются высоко адаптированные специальные продукты для вскармливания маловесных детей, детей с низкой массой тела при рождении (менее 2500 г), которые обеспечивают гораздо большие темпы роста и весовых прибавок, чем молоко матери. Эти смеси («фортификаторы») ребенок должен получать вместе со сцеженным женским молоком. При этом наряду с сохранением основных пре-

имущества и защитных свойств естественного вскармливания маловесному ребенку обеспечивается возможность интенсивного роста.

Питание недоношенных детей условно может быть разделено на следующие этапы:

1. Голодная пауза;
2. Начальное кормление;
3. Постепенное увеличение объема питания и его качественная коррекция;
4. Оптимальное кормление вначале по объему, а затем – по пищевым ингредиентам.

Время первого кормления у недоношенных новорожденных определяется индивидуально. Продолжительность голодной паузы зависит не столько от массы тела, сколько от отягощающих факторов перинатального периода (незрелость, асфиксия, родовая травма, аспирация и т. д.).

В последние годы для недоношенных детей с массой тела более 2000 г. рекомендуется раннее энтеральное питание, не позднее чем через 2 часа после рождения, хотя существует мнение о необходимости проведения голодной паузы у новорожденных с массой тела 1900-2000 г до 6-9 часов. При рождении детей с массой тела 1600-1900 г длительность голодной паузы устанавливается в 9-12 часов, при массе тела 1000-1600 г – до 12-18 часов. Лишь у новорожденных с массой тела до 1000 г голодная пауза может быть продлена до 24-36 часов при условии содержания в инкубаторе закрытого типа (кувезе). Во время голодной паузы более 12 часов необходимо обеспечить потребность в жидкости, вводимой энтерально или парэнтерально.

Желудочное питание рекомендуется начинать при следующих условиях:

1. Наличие свободного дыхания без каких-либо расстройств;
2. Соблюдение интервала в 6 часов между проведенной эксугацией и началом кормления;
3. Отсутствие вздутия живота и нормальный звук при перкусии кишечника.

Начальное кормление (проба на толерантность к энтеральной нагрузке) проводится дистиллированной водой. Начинать питание молоком или 10 % раствором глюкозы нецелесообразно, поскольку при аспирации гиперосмолярных растворов чаще развивается аспирационная пневмония.

При хорошей переносимости начального кормления недоношенному ребенку с массой тела менее 2000 г до получения молока дают 5 % раствор глюкозы. Недоношенные дети с массой тела более 2000 г сразу после начального кормления переводятся на кормление молоком. По мнению некоторых педиатров, после энтерального питания дистиллированной водой можно сразу переходить на кормление молоком детей с меньшей массой тела при рождении.

Кормление недоношенных детей может осуществляться энтеральным или парэнтеральным путем. Выбор метода кормления зависит от состояния ребенка, активности сосательного рефлекса, способности удерживать молоко в желудке.

Недоношенные новорожденные с дыхательной недостаточностью, а также дети, у которых во время кормления отмечается апноэ, цианоз, должны получать увлажненный кислород до, после и в некоторых случаях и во время кормления.

Ребенок должен находиться в положении лежа на боку (лучше на правом) во время кормления и не менее часа после него для предупреждения попадания молока при рвоте и срыгиваниях в дыхательные пути. Во время кормления ребенка верхняя часть его туловища должна находиться в возвышенном положении, так как это способствует уменьшению срыгивания. Это положение сохраняется не менее часа после кормления. После окончания кормления ребенка в течение 40-60 минут не следует пеленать его и проводить какие-либо манипуляции.

Недоношенные дети с массой более 2000 г обычно могут сосать из бутылочки с 1-3 дня жизни, а со 2-3 дня их можно приложить к груди, сначала на 1-2 кормления, постепенно увеличивая количество прикладываний. При кормлении грудью необходимо проводить контрольные взвешивания. Длительность кормления грудью не должна превышать 30 минут, после чего ребенок должен быть докормлен грудным молоком в недостающем количестве.

Недоношенные дети с массой 1500 г обычно вскармливаются из бутылочки. При достижении массы 1700-1800 г, хорошем сосательном рефлексе и нормализации состояния их переводят на кормление грудью.

Недоношенных детей с массой тела менее 1500 г кормят в течение 10-12 дней через зонд. При этом методе редко бывает аспира-

ция молока, обеспечивается меньшее утомление ребенка. Однако кормление через зонд имеет недостатки: отсутствие стимуляции лактации у матери и секреции пищеварительных желез у ребенка, которые наблюдаются при сосании груди. Перевод на кормление из бутылочки осуществляется индивидуально, после появления выраженной синхронизации способности глотания, сосания и дыхания (ребенок сосет катетер) и улучшения общего состояния.

Показания для кормления через зонд:

1. Отсутствие или недостаточная выраженность глотательного и сосательного рефлекса;
2. Остановка дыхания или появление значительного цианоза во время кормления из бутылочки при отсутствии синхронизации между глотанием, сосанием и дыханием;
3. Плохая прибавка массы тела – из-за вялого сосания ребенок недополучает необходимое количество молока;
4. Тяжелое поражение центральной нервной системы;
5. Общее тяжелое состояние ребенка;
6. Для создания декомпрессии желудка (при язвенно-некротическом энтероколите, динамической кишечной непроходимости).

Существует две методики кормления через зонд: постоянное введение зонда в носовой ход или через рот в желудок или тонкую кишку и одноразовое – в желудок. Длительность вскармливания через постоянный зонд от нескольких суток до одного месяца. Многие педиатры рекомендуют оставлять зонд с 6 до 24 часов, а на ночь убирать для профилактики осложнений.

Кормление через зонд осуществляется следующим образом. Перед началом кормления отметить меткой длину зонда. Она равна расстоянию от переносицы ребенка до мечевидного отростка грудины (в среднем 10-12 см). Ребенка необходимо положить на спинку в кровать с приподнятым головным концом. Конец зонда смачивается дистиллированной водой или молоком и вводится через нос (необходимо надавить на кончик носа, сместив его вверх, и вводить зонд, направляя его внутрь) или через рот (прижать язык шпателем и ввести зонд в ротоглотку поверх языка). Если у ребенка появляется выраженный цианоз или кашель, зонд необходимо срочно извлечь и дать ребенку кислород.

Далее определяется положение зонда. Если ребенок спокойно дышит, отсутствуют цианоз и позывы к рвоте, это указывает, что зонд введен правильно. Кроме того, при погружении свободного конца катетера в воду отсутствуют пузырьки воздуха.

Необходимо провести аспирацию содержимого желудка (перед каждым кормлением). Если аспират содержит более 10 % предыдущего кормления, следует уменьшить объем смеси. Зонд закрепляется на щеке ребенка лейкопластырем.

Молоко и питательные растворы вводят в желудок капельно через систему, состоящую из двух трубок капельницы и воронки. Частота капель в минуту зависит от способности ребенка удерживать молоко и от тяжести состояния (обычно 16-20 кап./мин). Если во время кормления у ребенка появляются позывы на рвоту, катетер немедленно извлекается. Между кормлениями зонд плотно закрывается заглушкой или зажимом.

Осложнениями при кормлении через зонд являются попадание молока в дыхательные пути и возникновение асфиксии; апноэ и брадикардия (обусловлены вегетативным рефлексом, как правило, проходят без лечения); перфорация задней стенки глотки, пищевода, желудка, тонкой кишки.

При переходе на энтеральное молочное питание необходимо определить объем суточного количества грудного молока.

Для **определения суточного количества грудного молока** в течение первых 10 дней жизни используют следующие формулы:

$$V = 3 \times d \times m,$$

где V – количество молока (мл) на 1 кормление (при 6-7-разовом кормлении), d – день жизни, m – масса тела (кг).

Формула Роммеля:

$$V = n + 10 (15),$$

где V – суточный объем грудного молока на каждые 100 г массы тела ребенка; n – день жизни, 10 – коэффициент при минимальном кормлении, 15 – при максимальном кормлении.

Однако при расчете питания по приведенным формулам получаются несколько завышенные количества молока. Поэтому более правильным является расчет питания по калорийности (табл. 6).

Таблица 6. Расчет объема питания для недоношенных детей по калорийному методу

<i>Возраст</i>	<i>Калорийность, ккал/кг</i>
1-3 дня	30-60
5-9 дней	70-80
10-14 дней	100-120
15-28 дней	135-140

С двух месяцев жизни расчет по калорийности проводят с учетом массы тела при рождении. Детям, родившимся с массой тела более 1500 г, калорийность снижается до 130-135 ккал/кг. У детей с массой при рождении менее 1500 г в 2-3 месяца калорийность пищи должна составлять 140 ккал/кг, в 4-5 месяцев – 130 ккал/кг.

Можно использовать также объемный метод (табл. 7).

У детей с массой тела более 1800 г, которые активно сосут с первых дней жизни, можно применять метод свободного кормления. При вскармливании ребенка из бутылочки или груди наиболее часто применяется 7-разовое кормление с 6-часовым ночным перерывом. Кормление через 2 часа (10-12 раз) назначается недоношенным детям, которые плохо переносят кормление через зонд, но еще недостаточно активно сосут, чтобы находиться на режиме 7-разового питания. При питании через постоянный зонд применяется 7-разовое кормление.

Таблица 7. Расчет объема питания для недоношенных детей по объемному методу

<i>Возраст</i>	<i>Объем питания в сутки (от фактической массы)</i>
10-14 дней	1/7
15-21 день	1/6
22 дня – 2 месяца	1/5
2-4 месяца	1/6
4-6 месяцев	1/7
6-8 месяцев	1/8
8-12 месяцев	1/9

Изучение моторики желудочно-кишечного тракта недоношенных детей показало снижение тонуса нижних отделов пищевода, отсроченное опорожнение желудка. Способность сосать появляется у новорожденных только после 32 недели гестации. После начала энтерального питания моторная активность двенадцатиперстной кишки быстро восстанавливается. У недоношенных детей, получающих минимальное энтеральное питание (4 мл/кг в сутки), отмечалось повышение концентрации желудочно-кишечных пептидов, стимулирующих развитие кишечника, предотвращающих атрофию слизистой и повышение ее проницаемости. При этом также стимулировалась секреция инсулина, улучшалось усвоение глюкозы, менее тяжело протекали процессы адаптации. Это послужило основой для разработки концепции «минимального энтерального питания», или «трофического питания» глубоконедоношенных детей. Данная концепция предполагает следующее:

1. Трофическое питание должно быть направлено на кишечник, его цель – предотвращение атрофии слизистой и развитие моторных нарушений кишечника;
2. Начинается вскоре после рождения (в пределах 12-48 часов);
3. Начинается с малого объема (менее 10 мл/кг в сутки) с медленным увеличением;
4. Лучше переносится постоянное капельное введение, чем болюсное;
5. Лучше использовать грудное молоко (молозиво).

Потребность в жидкости недоношенного ребенка больше, чем доношенного. Потребность в жидкости увеличивается при использовании лучистых источников тепла, светолечении, у лихорадящих детей, уменьшаются при пребывании ребенка в закрытом кубезе.

Питьевой режим недоношенного ребенка рассчитывают исходя из его физиологической потребности. В первые 24-36 часов жизни она составляет в сутки 30-50 мл/кг (с учетом, что молоко содержит 77 % воды), к 7 дню для детей с массой тела менее 1500 г – 70-80 мл/кг, более 1500 г – 80-100 мл/кг; в возрасте 10 дней – 125-130 мл/кг, 15 дней – 160 мл/кг, 21 день – 180 мл/кг, 1-2 месяца – 200 мл/ кг.

Для недоношенного ребенка в периоде новорожденности наилучшим способом питания является естественное вскармливание. Состав молока женщин, родивших недоношенного ребенка, отличается от такового при беременности, закончившейся в срок. Оно содержит больше белка, полиненасыщенных жирных кислот, минеральных веществ и меньше лактозы. Такой состав молока обеспечивает большие потребности недоношенного ребенка в пластическом материале, высокие темпы минерализации, ограниченное поступление углеводов (у недоношенного низкая активность лактазы), большее поступление энергии (липиды содержат на 70 % больше жирных кислот с короткой цепью).

В случае отсутствия молока у матери для кормления недоношенного ребенка используют донорское молоко женщины, родившей преждевременно, и только при его отсутствии – адаптированные молочные смеси. Желательно обогащение донорского молока специальными биологически активными добавками, содержащими лизоцим, бифидобактерии.

Высокие темпы роста недоношенного ребенка обуславливают большие потребности в питательных веществах и энергии. При естественном вскармливании потребность недоношенных детей в белках составляет: в возрасте до 2 недель – 2,0-2,5 г/кг, до 1 месяца – 2,5-3,0 г/кг, старше 1 месяца – 3,0-3,5 г/кг массы тела. При искусственном вскармливании адаптированными смесями она увеличивается: в возрасте до 2 недель – 2,5-3,0 г/кг, до 1 месяца – 3,0-3,5 г/кг, старше 1 месяца – 3,5-4,0 г/кг массы тела. Белки в рационе недоношенных детей рассчитывают на должную массу тела (используют нормативы по средним прибавкам массы тела недоношенных).

Потребность недоношенного ребенка в жирах в первом полугодии жизни составляет 6,5-7,0 г/кг, во втором полугодии – 5,5-6,5 г/кг массы тела и не зависит от вида вскармливания. Расчет жира в рационе проводится на фактическую массу тела. Количество углеводов составляет 12-14 г/кг массы тела и также не зависит от вида вскармливания. Расчет углеводов проводится на должную массу тела.

Только 6 % недоношенных детей могут хорошо прибывать в массе при вскармливании исключительно женским молоком. Большинство должны получать кроме грудного молока дополни-

тельные питательные вещества. Коррекцию питания необходимо проводить при недостаточной прибавке массы тела (менее 20 г в сутки после набора первоначальной массы после рождения). Показано, что прибавки массы тела у недоношенных детей коррелируют в дальнейшем с интеллектуальным и речевым развитием (особенно у мальчиков).

В первую очередь необходимо проводить коррекцию по белкам, для чего в питание включают кефир, творог, белковый энпит. Кефир можно назначать с 15-20 дня жизни, добавляя в грудное молоко, с 5 г (1-2 раза в день) до 10-20 г (3-5 раз в день). Творог как белковая дотация дается детям старше 1 месяца (при массе тела более 1700 г) с 1/2 чайной ложки 1 раз в день, а затем 1 чайную ложку 2-3 раза в день (творог тщательно растирают с грудным молоком).

БЕРЕЖНОЕ ОТЛУЧЕНИЕ ОТ ГРУДИ

По рекомендации ВОЗ, детей кормить грудью можно до 2 лет. «Смотри на ребенка, а не на календарь» – один из девизов Международной Молочной Лиги для современных матерей.

Любая мать дорожит прекрасными мгновениями, когда малыш, успокоившись, причмокивая, сладко спит у её груди. И сколько бы она ни прокормила младенца своим молоком – три дня, два месяца или год – эти незабываемые, ни с чем не сравнимые минуты счастья, полного взаимопонимания, безмятежности и растворенности друг в друге навсегда останутся в памяти.

Конечно, сложностей хватает, причем не только физиологических (лактационные кризисы), но и психологических: кормление грудью всегда означает «привязку к пункту назначения». Мама не может «отстегнуть грудь», далеко отлучиться от ребенка — иначе рискует потерей молока, пищевыми проблемами малыша и своим собственным здоровьем.

Отлучение от груди и переход к общему столу – процесс не одного дня. В обществе сложилось устойчивое мнение, что чем старше ребенок, тем сложнее отлучить его от груди. Следует знать,

что существуют физиологические сроки отлучения от груди, когда лактация, пройдя через этапы становления, зрелости, сама приходит к увяданию (инволюции) — в 1,5-2,5 года, а при наступлении следующей беременности, гормональных расстройств — от 9 до 14 месяцев.

После года малыши становятся «активными едоками». Примерно к 1 году 3 месяцам они кушают не только в соответствии со своим режимом, но присоединяются к каждому члену семьи, который сел поесть. При этом дети не могут съесть порцию еды спокойно сидя за столом, а поглощают еду, двигаясь: ребенок подбегает, берет кусочек пищи, убегает, глотает его и подбегает за следующей порцией. Так же свободно обращается с маминой грудью: подбегает к маме, прикладывается стоя, на бегу. Он может взобраться на руки, сосать подольше, а может, приложившись на несколько секунд, продолжить бежать по своим делам. Если взаимоотношения между мамой и малышом доброжелательные, если доступ к груди беспрепятственный, то ребенок видит в материнской груди и маминых объятьях полную гарантированную защиту от всех бед и несчастий.

Многие женщины после года чувствуют «психологическую усталость». Им кажется, что они героически выкормили ребенка гораздо больше, чем большинство вокруг, поэтому заслужили отдых. Процесс отлучения от груди, когда и мама, и ребенок к нему готовы, происходит, как правило, спокойно и без особых проблем. Стоит попробовать расстаться с малышом на сутки: если наполненная грудь не вызывает болезненных ощущений, значит, готовы к отлучению. Ребенок должен уметь укладываться без мамы — с папой или бабушкой и бутылочкой на ночь, а не засыпать, зависая на груди матери.

Для отлучения больше подходят поздняя осень, зима и ранняя весна. Момент прощания с грудью мать переживает более эмоционально, чем ребенок. Часто она жалеет, что теперь между ней и малышом нет больше такой тесной связи («невидимой пуповины»): он не нуждается в ней так сильно, она становится «заменяемой». Сам ребенок до обидного быстро «забывает» об источнике питания, переключая внимание на освоение мира и окружающих предметов. После года ему есть на что переключить внимание и чем безболезненно заменить мамину еду.

Основные трудности для матери—«долгокормилицы»:

- противостояние устойчивому мнению окружающих, а часто и педиатров, давно не проходивших переподготовку, что мама «неправильно» растит своего ребенка;

- пробуждение на ночные кормления (время активной лактации, необходимой для долгого вскармливания), когда другие дети, как правило, спят всю ночь напролет;

- зависимость ребенка от груди. Ребенок может отвергать любую замену — соску, бутылку, признавая лишь грудь матери;

- усталость мамы от режима кормления «on line» в течение нескольких лет подряд. К тому же при зрелой лактации после года молоко сложно сцеживать, чтобы сделать паузу в кормлении, уйти по делам: молоко вырабатывается только при активном сосании малыша.

Отлучение от груди должно происходить, когда родители и малыш к нему готовы, и тут у всех свои сроки: кому-то пора в 9 месяцев, а кому-то 1,8 мало! Насильное отлучение – «потому что надо», «пора» — может обернуться психологической травмой. Оптимальные физиологические сроки отлучения от груди 1,3- 2,6 года.

Ребенок еще не готов к отлучению от груди, если:

- прикладывается к груди для того, чтобы уснуть на ночь и на дневной сон и прикладывается при пробуждении утром и после дневного сна;

- сосет ночью несколько раз, преимущественно в ранние утренние часы до момента пробуждения;

- в течение дня он запивает из материнской груди свои завтраки, обеды и ужины;

- прикладывается к груди, когда ему необходимо утешение по какому-либо поводу;

- прикладывается, если хочет пить;

- сразу тянется к груди, если мать входит в дом после долгого отсутствия;

- часто прикладывается, когда ему скучно и нечем заняться или когда мама принимает неподвижную позу, например, садится разговаривать по телефону.

Если у малыша появляется потребность приложиться, его бывает сложно от этой идеи отвлечь. Малыш, ведущий себя подобным образом, к отлучению от груди не готов. Большинство малышей в возрасте от 1 года до 2,5-3 лет именно так себя и ведут.

Таким образом, отлучать ребенка от груди следует в индивидуальные сроки при наличии определенных физиологических и психологических предпосылок.

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ДЕТСТВА ПО ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Реализация программы поддержки грудного вскармливания требует тесного взаимодействия и последовательного участия трех основных звеньев родовспоможения и детства – женских консультаций, родильных домов и детских поликлиник.

Ведущую роль в становлении и поддержке полноценной лактации играет психологическая установка женщины и окружающих ее лиц на грудное вскармливание, которую обозначают как «доминанту лактации». Под термином «доминанта лактации» понимают стойкую убежденность женщины в неоспоримых преимуществах грудного вскармливания перед искусственным и уверенность в том, что она сумеет кормить ребенка грудью, несмотря на различные трудности.

Выработка доминанты лактации – основного фактора, определяющего длительность лактации, – должна осуществляться у беременных женщин в женской консультации: во время приема врача-акушера, а также на занятиях в школе материнства. Эта работа должна обеспечить женщине в период непосредственно после родов, а также позднее, после выписки из родильного дома, уверенность в своих возможностях сохранить грудное вскармливание. Это особенно важно при наличии первых симптомов гипогалактии, а также при развитии трещин, нагрубания молочных желез (лактостаза), нередко возникающих на первых этапах лактации.

Информацию о пользе грудного вскармливания, его неоспоримых преимуществах перед искусственным вскармливанием, све-

дения о преимуществах свободного вскармливания, условиях становления и сохранения полноценной лактации женщина должна получать на всех этапах ее обращения в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) родовспоможения и детства, начиная с периода беременности – от врача-акушера и акушерок в женской консультации, затем – от врача-акушера и акушерок родильного дома, врача-педиатра и медицинских сестер палат «мать – дитя», участкового врача-педиатра и участковой медицинской сестры детской поликлиники.

Необходимо помнить, что в соответствии с Положением о патронаже участковая медицинская сестра детской поликлиники дважды за период беременности должна осуществить патронаж на дому беременной женщины. В ходе патронажа медицинская сестра должна проинформировать женщину о преимуществах грудного вскармливания и обучить основным приемам кормления малыша грудью и ухода за грудной железой.

Обучение технике и практике грудного вскармливания, основным методам сцеживания молока, уходу за молочными железами должно также проводиться на занятиях в «Школе материнства» при женской консультации или детской поликлинике и продолжаться в родильном доме и детской поликлинике. Следует отметить, что в первые дни после родов женщине особенно необходима помощь в освоении техники грудного вскармливания. Эту помощь обязаны осуществлять врач-акушер, акушерка и молочная сестра послеродового отделения, врач-педиатр и детская сестра.

Индивидуальные рекомендации по питанию женщины должны даваться врачом акушером в женской консультации; коррекция питания должна проводиться в родильном доме, а затем в детской поликлинике, особенно при наличии симптомов пищевой непереносимости у ребенка, находящегося на естественном вскармливании (кожные высыпания, дисфункция кишечника).

Необходимо уделять особое внимание раннему прикладыванию ребенка к груди в родильном зале, а также совместному пребыванию матери и ребенка в родильном доме. В связи с этим в родильных домах большинство палат послеродового отделения должны быть оборудованы для совместного пребывания матери и ребенка.

Беременные женщины особенно остро воспринимают сведения о незащищенности новорожденного, его полной зависимости от матери из-за значительной внушаемости женщин во время бере-

менности. Сообщение о негативных чувствах новорожденного, которые возникают при нарушении контакта с ним, подводят, обычно, будущую мать к решению кормить ребенка грудью. Таким образом, при подготовке беременных к грудному вскармливанию наиболее эффективными оказываются не прямые призывы кормить грудью, а фиксация их внимания на ощущениях и переживаниях новорожденного и грудного ребенка, его потребности в неразрывном контакте с матерью, который обеспечивает только грудное вскармливание, и о его близкой и отдаленной пользе для здоровья ребенка и ее самой.

Контроль за отсутствием допаивания и докармливания ребенка заменителями женского молока должен начинаться в родильном доме и продолжаться в детской поликлинике.

Необходимость перевода ребенка на смешанное или искусственное вскармливание должна обосновываться врачом родильного дома или участковым врачом-педиатром детской поликлиники и согласовываться с заведующим отделением с обязательной фиксацией этой рекомендации в истории развития ребенка и их подписью.

Профилактика и лечение трещин, нагрубания молочных желез (лактостаза) является обязанностью врача-акушера и акушерок послеродового отделения, затем – женской консультации.

Контроль за физическим и психоэмоциональным развитием ребенка как основными показателями достаточной лактации должен осуществляться участковым врачом-педиатром и участковой медсестрой детской поликлиники. При подозрении на гипогалактию необходимо выяснить причину этого состояния матери. В случае необходимости организовать контрольные взвешивания ребенка для определения суточного объема потребляемого младенцем молока. Эта работа должна осуществляться врачом-педиатром, медсестрой детской поликлиники.

Использование средств аудио- и видеoinформации, буклетов, памяток, стендов по поддержке грудного вскармливания должно осуществляться на всех этапах беременности и лактации (в школах материнства при женской консультации или детской поликлинике, в отделениях родильного дома, в кабинете здорового ребенка детской поликлиники, на приемах участковых педиатров и т. д.).

ЛИТЕРАТУРА

Воронцов И. М. Диетология развития – важнейший компонент профилактической педиатрии и валеологии детства // Педиатрия. 1997. № 3. С. 57-61.

Воронцов И. М., Фатеева Е. М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. СПб., 1998.

Денисов М. Ю. Клиническая педиатрия (курс избранных лекций). М., 2003.

Конь И. Я. Современные научные принципы организации прикорма детей первого года жизни // Русский медицинский журнал. 1999. № 23. С. 1495-1503.

Конь И. Я., Сорвачева Т. Н., Куркова В. И. Современная схема вскармливания детей первого года жизни // Педиатрия. 1997. № 3. С. 61-65.

Конь И. Я., Куркова В. И., Сорвачева Т. Н. и др. Применение продуктов прикорма, содержащих мед, в питании детей // Российский педиатрический журнал. 2000. № 3. С. 63-66.

Ладодо К. С., Боровик Т. Э., Рославцева Е. А., Нетребенко О. К. Функциональное питание в педиатрии // Российский педиатрический журнал. 1999. № 2. С. 41-44.

Лукушкина Е. Ф. Руководство по питанию здорового и больного ребенка. Нижний Новгород, 1997.

Питание грудных детей новые данные и современные подходы: Материалы Шестого международного симпозиума института питания «Хайнц». М., 1997.

Руководство по лечебному питанию детей / Под ред. К. С. Ладодо. М., 2000.

Современные аспекты организации питания детей / Под ред. Л. Ф. Казначеевой, Л. А. Щеплягиной. Новосибирск, 2000.

Студеникин М. Я., Ладодо К. С. Питание детей раннего возраста. М., 1991.

Фатеева Е. М., Отт В. Д., Мамонова Л. Г., Невская Т. С. и др. Естественное вскармливание // Основы рационального питания детей / Под ред. К. С. Ладодо. Киев, 1987. С. 52-74.

Шабалов Н. П. Вскармливание здоровых детей первого года жизни. СПб., 1995.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Почему грудное вскармливание является «золотым стандартом» оптимального питания?
2. Чем отличается грудное молоко от детских молочных смесей?
3. Каков состав грудного и коровьего молока?
4. В каких случаях новорожденного не прикладывают к груди?
5. Сколько времени должно длиться кормление малыша?
6. Что такое «свободное вскармливание», или «вскармливание по требованию»? Его основные правила.
7. Что такое «тренирующие прикормы», время их введения? Как осуществляется контроль за усвояемостью прикормов?
8. Каковы критерии возможности введения прикормов?
9. Определение гипогалактии и основные причины ее возникновения.
10. Основные принципы диеты кормящей матери и чем эта диета отличается от питания обычного человека?
11. Почему грудному ребенку вначале вводят аглютеновые каши?
12. Когда можно вводить в рацион питания мясо и рыбу?
13. В каком возрасте разрешается перевод ребенка на общий стол?
14. В чем отличия вскармливания здорового ребенка и больного с аллергической патологией?
15. Основные принципы вскармливания недоношенных детей.
16. В каком возрасте можно отлучать ребенка от груди? Как определить оптимальный срок отлучения от груди?

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

1. Ребенок родился с массой тела 3100 г, длиной 50 см. В 2 месяца масса тела 4500 г. Младенец высасывает за сутки 850 мл грудного молока, получает фруктовый сок. Оцените адекватность вскармливания и составьте суточный рацион питания.

2. Составьте рациональный суточный рацион питания здоровому ребенку в возрасте 7 месяцев, учитывая, что мать ввела в питание фруктовый сок, фруктовое пюре, овощное пюре и мясной фарш.

3. Ребенку 6 месяцев, масса при рождении 3200 г. Мать заметила беспокойство у младенца, жадно хватая грудь. При контрольном взвешивании в течение 3 дней определены следующие объемы грудного молока, высасываемого ребенком за один раз: 80 мл, 100 мл, 65 мл, 55 мл. Оцените характер контрольного взвешивания. Установите диагноз и дайте рекомендации.

4. Ребенок 4 месяца, масса при рождении 3500 г, страдает атопическим дерматитом. Составьте суточный рацион питания с учетом данной патологии.

5. Ребенок родился с массой тела 3600 г, длиной 52 см. В 10 месяцев масса тела составляет 9800 г, развивается соответственно возрасту. Получает 2 раза грудное молоко (400 мл), прикормы по схеме. Составьте примерный суточный рацион питания.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Терминология	5
Возрастные особенности системы пищеварения у детей	7
Преимущества вскармливания материнским молоком	10
Характеристика грудного молока	10
Факторы становления и поддержания лактации.....	14
Режим и техника грудного вскармливания.....	15
Общие положения	15
Десять врачебных принципов для успешного грудного вскармливания	15
Противопоказания к раннему прикладыванию к груди	16
Правила и техника кормления грудью.....	17
Затруднения при кормлении грудью	20
Гипогалактия: диагностика, лечение, профилактика	23
Дифференциальный диагноз.....	24
Режим и диета кормящей матери.....	25
Лечение гипогалактии	27
Введение прикормов.....	29
Правила введения прикорма для детей группы риска по развитию аллергических заболеваний	39
Вскармливание недоношенных детей.....	42
Бережное отлучение от груди	50
Принципы организации деятельности лечебно-профилактического учреждения родовспоможения и детства по поддержке грудного вскармливания	53
Литература	56
Контрольные вопросы	58
Клинические задачи.....	59