



Мать и Дитя
в Кузбассе

Рецензируемый и реферируемый
научно-практический медицинский журнал
Основан в 2000 году

Главный редактор
Л.М. КАЗАКОВА

Учредитель:
МУЗ МДКБ

Адрес редакции:
г. Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
тел./факс: (384-2) 73-52-43
<http://www.m-i-d.info.kuzbass.net>
e-mail: m-i-d@mail.ru

Издатель:
НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Шеф-редактор:
А.А. Коваленко

Научный редактор:
Н.С. Черных

Макетирование:
А.А. Черных

**Руководитель
компьютерной группы:**
И.А. Коваленко

Художник:
Т.С. Ахметгалиева

Директор:
С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в
Южно-Сибирском территориальном
управлении Министерства РФ по делам
печати, телерадиовещания и средств
массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
№ ПИ 12-0182 от 31.08.2000 г.

Отпечатано:
ЗАО «АНТОМ», г. Кемерово,
ул. Сибирская, 35.

Тираж: 1000 экз.

Распространяется по подписке
Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Баженова Л.Г.
Воронина Е.А.
Давыдов Б.И.
Копылова И.Ф.
Котович М.М.
Манеров Ф.К. (зам. главного редактора)
Перевощикова Н.К.
Прокопович Ю.Д.
Ровда Ю.И.
Сутулина И.М. (зам. главного редактора)
Ушакова Г.А. (зам. главного редактора)
Черных Н.С. (ответственный секретарь)
Шелепанов В.М.
Щепетков С.П.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Артымук Н.В. (Кемерово), Белоусова Т.В. (Новосибирск),
Казначеева Л.Ф. (Новосибирск), Коровина Н.А. (Москва),
Коськина Е.В. (Кемерово), Кравец Е.Б. (Томск), Кривцова
Л.А. (Омск), Леонтьева И.В. (Москва), Мальцев С.В.
(Казань), Михайлуц А.П. (Кемерово), Соболева М.К. (Но-
восибирск), Строкольская Т.А. (Кемерово), Таранушенко Т.Е.
(Красноярск), Федоров А.В. (Барнаул), Филиппов Г.П.
(Томск), Ходакова Н.И. (Кемерово), Чупрова А.В. (Новоси-
бирск), Школьников М.А. (Москва)



ISSN: 1991-010X
Mat' i dita v Kuzbasse
Mat' dita Kuzbasse

Мать и Дитя в Кузбассе: Спецвыпуск № 1-2006: ВСКАРМЛИВАНИЕ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ: Методическое пособие – Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2006. – 24 с.

Методическое пособие разработали: профессор кафедры госпитальной педиатрии КемГМА, д.м.н. Л.М. Казакова; зав. кафедрой педиатрии с курсом неонатологии Новокузнецкого ГИУВ, проф., д.м.н. Ф.К. Манеров; зав. кафедрой поликлинической педиатрии КемГМА, проф., д.м.н. Н.К. Перевозицова; зав. кафедрой факультетской педиатрии КемГМА, доц., к.м.н. И.М. Сутулина; доцент кафедры поликлинической педиатрии КемГМА, к.м.н. Е.Д. Басманова, зав. педиатрическим отделением ГДКБ № 4 г. Новокузнецка Я.Я. Яковлев, доцент кафедры факультетской педиатрии, к.м.н. Е.Г.Цой.

Рецензенты: зав. кафедрой детских болезней КемГМА, проф., д.м.н. Б.И. Давыдов, профессор кафедры педиатрии Новокузнецкого ГИУВ, д.м.н. М.Н. Котович, главный внештатный специалист по педиатрии ДОЗН КО Н.П. Крекова.

Методическое пособие рассмотрено и рекомендовано к утверждению Ученым Советом КемГМА (протокол № 9 от 30.06.2005 г.) и Ученым Советом Новокузнецкого ГИУВ (протокол № 5 от 16.06.2005 г.).

Методическое пособие утверждено ДОЗН КО в качестве инструкции по вскармливанию детей первого года жизни для врачей-педиатров, неонатологов, диетологов.

Авторы выражают благодарность фирме Nestle за информационную поддержку.

Издатели благодарят за спонсорскую поддержку следующие организации:
МУ Управление здравоохранения г. Кемерово
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница
МУЗ Детская клиническая больница № 1 г. Кемерово
МУ Управление здравоохранения г. Осинники

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2006 г.
Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией.

Электронную версию журнала Вы можете найти на интернет-сайте Кемеровской областной научной библиотеки им. Федорова в разделе «ПОЛНОТЕКСТОВЫЕ ИЗДАНИЯ».
Адрес в Интернете: WWW.KEMRSL.RU

«Дети имеют право на адекватное питание и на доступ к безопасным и питательным пищевым продуктам, и оба эти момента имеют существенное значение для реализации права на достижение возможно высшего уровня здоровья.»

ВОЗ, 2002 г.

ВВЕДЕНИЕ

Питание детей первого года жизни является важнейшим фактором здоровья взрослого человека. Характер питания непосредственно влияет на рост и развитие всех систем организма. Значимым является пищевая ценность молока матери для грудного ребенка. Не менее важным является формирование психоэмоционального контакта матери и ребенка (так называемого бондинга или импринтинга), который возникает в первые недели и сохраняется в течение последующей жизни.

Питание ребенка до года базируется на принципах диетологии, которые важны в любом возрасте — физиологическая адекватность, мультикомпонентная сбалансированность и нутриентная предобеспеченность.

В питании детей первого года жизни можно выделить два значимых периода. Первый период — исключительно грудного вскармливания напрямую связан со становлением и поддержкой лактации у кормящей матери. В настоящее время по рекомендации ВОЗ этот период необходимо продлить как минимум до 6 месяцев.

Второй период — введения прикормов является ответственным моментом перехода ребенка от молочного питания к питанию «взрослого» типа. Этот период приходится на второе полугодие жизни. При этом важно не только постепенное введение прикорма, но и дальнейшее сохранение лактации у матери как минимум до 1-1,5 лет.

При искусственном или смешанном вскармливании большую роль играет адекватный подбор смесей. Сроки введения прикормов примерно такие же, как и при исключительно грудном вскармливании.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

В настоящее время для характеристики питания ребенка первого года жизни необходимо использовать терминологию, рекомендуемую Всемирной Организацией Здравоохранения:

1. **«Естественное»** или «грудное» **вскармливание** — кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери.
- а) **«Исключительно грудное вскармливание»** — грудь матери и возможные корректоры питания в виде порошковых лекарственных форм, солей или витаминов, даваемых с ложечки со сцеженным материнским молоком.
- б) **«Преимущественно грудное вскармливание»** — грудь матери и дополнительно к ней соки или продукты густого прикорма в количестве до 30 мл (г) в сутки с ложечки, либо нерегулярное использование молочных смесей (докорма) общим объемом до 100 мл (г) в сутки *обязательно с ложечки или из чашки.*

- в) **«Дополненное или частичное грудное вскармливание»** — грудь матери и регулярные докормы смесями (более 100 мл в сутки) или введение прикорма объемом более 30 г в сутки.
- **«смешанное вскармливание»** — при сохранении хотя бы одного грудного кормления или более 150-200 мл материнского молока в день при остальном объеме кормлений смесями — заменителями грудного молока;
 - **«смешанное вскармливание с прикормами»** — критерии те же, но в рационе есть и прикормы.
- г) **«Знаковое или символическое грудное вскармливание»** — прикладывание к груди, как форма психологической защиты и поддержки ребенка вне задач его пищевого обеспечения.
- Отдельно должны быть обозначены:
- **вскармливание кормицей;**
 - **вскармливание сцеженным нативным материнским молоком из чашки, пипетки, зонда, бутылочки;**
 - **вскармливание термически обработанным материнским или донорским (базированным) молоком.**
2. **«Искусственное вскармливание»** — питание из бутылочки смесями заменителями женского молока независимо от наличия или отсутствия прикормов.

ГРУДНОЕ МОЛОКО – «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» В ПИТАНИИ

В последние 10-15 лет наблюдается повышенный интерес к вопросам грудного вскармливания. Этот период наступил после «увлечения» искусственными заменителями грудного молока в 70-х годах XX века. Осознание неверного подхода к питанию детей грудного возраста пришло после появления работ, доказывающих преимущества грудного вскармливания.

Незаменимость женского молока сводится к уникальности его пищевых компонентов, нормальному формированию иммунокомпетентной системы ребенка, оптимальному формированию психосоциальных связей, лучшей адаптации ребенка к неблагоприятным воздействиям окружающей среды, профилактике атеросклероза, сахарного диабета и онкологических заболеваний.

Пищевая ценность женского молока обеспечивается количественным содержанием и качеством нутриентов, необходимых для нормального роста и развития ребенка. Так, белковый спектр женского молока и его аминокислотный состав полностью удовлетворяют потребности ребенка в них. Поэтому белок женского молока считается эталоном для вскармливания ребенка. В женском молоке больше, чем в коровьем, метионина, цистеина и меньше фенилаланина и тирозина, что необходимо для нормального развития ЦНС. В коровьем молоке содержится много казеина и ароматических аминокислот, токсически действующих на ЦНС. Белок женского молока не является антигеном, в то время как белок коровьего молока — антиген.

Жиры женского молока представлены, в основном, ненасыщенными жирными кислотами и ω -жирными кислотами, необходимыми для нормального развития нервной ткани и

клеточных мембран. Арахидоновая кислота — предшественник простагландинов — содержится только в женском молоке.

Углеводы женского молока на 90 % представлены β -лактозой, которая в тонком кишечнике расщепляется до глюкозы и галактозы, а в толстом кишечнике под влиянием *B. Bifidum* — до молочной кислоты. Это повышает кислотность толстого кишечника и подавляет рост в нем патогенной флоры.

Содержание кальция и фосфора в женском молоке ниже, чем в коровьем, но их абсорбция значительно превышает абсорбцию из коровьего молока.

При естественном вскармливании ребенок значительно лучше обеспечивается железом, так как всасывание его из женского молока в 5 раз выше, чем из коровьего молока.

Витамина D мало как в женском, так и в коровьем молоке. Однако в женском молоке есть его активные формы (1,25-дигидроксиэстрокальциферол), которые резко повышают абсорбцию пищевого кальция. Кроме того, всасывание солей кальция стимулируют лизин и β -лактоза женского молока. Поэтому дети на естественном вскармливании реже и легче болеют рахитом.

Женское молоко содержит специфические и неспецифические факторы иммунологической защиты. Так, в женском молоке содержатся все классы иммуноглобулинов, в том числе и SIgA, обеспечивающий местный иммунитет желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Особенно богато SIgA молозиво (до 18 г/л). Поэтому прикладывание новорожденного к груди в первый час жизни приравнивается к иммунной профилактике. SIgA препятствует прикреплению патогенных микробов и пищевых антигенов к рецепторам эпителиальных клеток, в связи с чем они выводятся из организма. В присутствии лизоцима и комплемента женского молока SIgA лизирует кишечную палочку и интенсифицирует фагоцитоз. Кроме того, SIgA — это антитела к энтеропатогенным штаммам кишечной палочки, шигеллам, сальмонеллам, стафилококкам, пневмококкам, возбудителям дифтерии, столбняка, вирусам полиомиелита, гриппа и др., носителем которых может являться мать ребенка. Именно мать, в первую очередь, «награждает» своего ребенка микробной флорой, и она же передает ему с женским молоком антитела против этой флоры. SIgA подавляет аллергию на пищевые антигены, способствует формированию нормальной кишечной флоры. Наряду с SIgA, женское молоко богато сывороточными иммуноглобулинами G и M. Это очень важно для ребенка, организм которого не способен к выработке достаточного количества антител.

Клеточный состав женского молока на 70-90 процентов представлен макрофагами, которые активно фагоцитируют все чужое, синтезируют лизоцим, лактоферрин, компоненты комплемента и другие цитокины (более 100). Остальная часть клеток — В-лимфоциты, которые в организме женщины становятся иммунокомпетентными по отношению к возбудителям, находящимся в организме женщины и ребенка. Женское молоко содержит все классы Т-лимфоцитов, которые «защищают» организм ребенка от вирусных и онкологических заболеваний.

Неспецифические защитные факторы грудного молока представлены лизоцимом, лактоферрином, интерфероном, компонентами комплемента, бифидус-фактором, лактопероксидазой, фактором резистентности к парентеральному инфицированию, тетрасахаридами. Лизоцим — фермент, который действует бактериостатически на многие грамположительные и определенные виды грамотрицательных бактерий, косвенно стимулирует фагоциты, пролиферацию Т-лимфоцитов, рост *B. Bifidum*. В молозиве его содержание составляет 90 мг/л, а к 6 месяцам повышается до 200-300 мг/л. Лактоферрин в кооперации с лизоцимом и иммуноглобулинами разрушает грамположительные и грамотрицательные бактерии, аэробы, анаэробы, грибы рода *Candida*, конкурирует с грамотрицательной флорой за связь с железом, что нарушает обмен в мембране бактерий и приводит к их гибели. Кроме того, лактоферрин переносит железо и цинк от матери к ребенку. Компоненты комплемента при активации стимулируют фагоцитоз и лизируют бактериальную клетку, на которой «сидят» иммуноглобулины. Лактопероксидаза грудного молока синтезируется лимфоцитами и в ком-

плексе с перекисью водорода и тиоцианатом натрия обладает антибактериальным действием против стрептококка и E. Coli. Бифидус-фактор – это олигоаминосахара, которые способствуют росту B. Bifidus в кишечнике ребенка. Фактор резистентности к парентеральному инфицированию представлен одной из фракций жирных кислот и работает против стафилококка. Тетрасахариды женского молока связывают клеточные рецепторы эпителиальных клеток ребенка и тем самым препятствуют фиксации возбудителей инфекционных болезней.

Ребенок, находящийся на естественном вскармливании, легче адаптируется к неблагоприятным воздействиям окружающей среды. Это связано с наличием в женском молоке гормонов-адаптогенов (глюкокортикоиды, тиреоидные гормоны, катехоламины). Их потребность резко повышается при любом стрессе: плач, холод, голод, заболевание и т.д. При грудном вскармливании к незрелым эндокринным органам ребенка предъявляются меньшие требования, что предупреждает срыв адаптации.

Женское молоко содержит ферменты, необходимые ребенку для переваривания всех его компонентов. Поэтому желудочно-кишечный тракт ребенка вырабатывает этих ферментов в 3 раза меньше, что облегчает его собственную работу и снижает частоту диспепсии.

Развитие ЦНС при естественном вскармливании идет более гармонично, чем при искусственном. Это связано с высоким содержанием в женском молоке ω -жирных кислот, холестерина, благоприятного аминокислотного состава. Важен для развития ЦНС и аспект общения ребенка с матерью во время кормления грудью: разговор с ребенком, улыбка матери, приятный контакт с ней. Все это дает ребенку тепло и чувство защищенности. Поэтому дети, вскармливаемые грудью, проявляют эмоциональную и двигательную активность на 2-4 недели раньше по сравнению с детьми, вскармливаемыми искусственно. У них раньше развивается речь. Вырастая, они бывают социально более благополучными, более спокойными и добрыми. Жестокость и агрессивность ребенка ассоциируются с искусственным вскармливанием.


Кормление ребенка грудью благоприятно отражается на здоровье самой женщины, на ее настроении и поведении.

Уникальность женского молока и его незаменимость на первом году жизни ребенка очевидны и неоспоримы. **Вскармливание ребенка молоком животного сравнимо с катастрофой.** Поэтому главная задача деятельности педиатра – сделать все необходимое, чтобы своевременно и в полной мере обеспечить каждого ребенка грудным вскармливанием.

ПОДГОТОВКА К ЛАКТАЦИИ, ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ И КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ

В обеспечении естественного вскармливания принимают участие три человека: мать, ребенок и врач. Роль врача (педиатр, акушер-гинеколог) заключается в подготовке беременной женщины к лактации, к выработке у нее доминанты грудного вскармливания. Эксперты ВОЗ с этой целью рекомендуют, начиная с 20-25 недель беременности, проводить специальные занятия с беременными и их мужьями. Как показывает опыт США, такие занятия приводят к росту естественного вскармливания в 3-5 раз.

На дородовом патронаже педиатр должен выяснить отношение будущей матери к грудному вскармливанию, рассказать о преимуществах естественного вскармливания, дать рекомендации по режиму дня, питанию, приему витаминов и препаратов железа, осмот-



реть молочные железы беременной, показать ей, как правильно готовить грудь для кормления, обучить правильному прикладыванию ребенка к груди. Главной задачей дородового патронажа является выработка доминанты грудного вскармливания и уверенности женщины в способности к полноценной длительной лактации.

Во время беременности будущей матери следует соблюдать режим дня, избегать излишнего физического и эмоционального утомления. Продолжительность ночного сна должно составлять не менее 8-9 часов, желателен дневной сон, прогулки на свежем воздухе (2-6 часов).

Лактацию во многом определяет сбалансированное питание женщины. Неадекватное питание во время беременности и лактации приводит не только к гипогалактии, но и к развитию многих болезней ребенка.

В первую половину беременности обычно не требуется особой коррекции питания. Важно только достаточное обеспечение пищи витаминами и минеральными веществами, богатыми источниками которых являются мясо, молочные продукты, овощи и фрукты.

Известно, что белково-калорийная недостаточность до и во время беременности ведет к высокому риску недоношенности, врожденным аномалиям развития плода, низкой массе тела новорожденного, снижению качества грудного молока и сроков лактации, анемизации в грудном возрасте. Напротив, если беременная съедает белка больше нормы, это способствует развитию у ребенка энцефалопатии.

Очень важно, чтобы меню женщины включало достаточное количество жиров, которые должны быть представлены сливочным, растительным маслом и свиным жиром, так как они содержат длинноцепочечные жирные кислоты, относящиеся к классам ω -6 (линолевая, арахидоновая) и ω -3 (линоленовая). Именно эти жирные кислоты необходимы для нормального формирования структур головного мозга. Их интенсивное накопление идет с 25-й недели беременности до 9-го месяца жизни ребенка, дефицит сопровождается нарушением роста плода, нарушением миелинизации проводящих путей головного мозга, в последующем — снижением остроты зрения, высоким риском нарушения ритма сердца.

Важным аспектом сбалансированности питания беременной женщины служит достаточное содержание в меню витаминов, солей и микроэлементов. Доказано, что их дефицит сопровождается различной патологией. Так, дефицит витамина В₁ приводит к патологии сердца; В₆ — к асфиксии при рождении; А — к бронхопальмональной патологии; фолиевой кислоты — к формированию аномалий нервной трубки. Дефицит микроэлементов не менее значим: недостаток железа и йода ведет к снижению интеллекта ребенка; цинка — к спонтанным абортam, маловесности плода, аномалиям нервной трубки; меди — к дисплазии соединительной ткани, ломкости костей; селена — к дисплазии миокарда.

Во второй половине беременности женщина должна получать: мясо 200 г в день или рыба 250 г в день, 1 яйцо, 100 г творога, 20 г сыра, 500 г молочных продуктов, 500-600 г овощей, в т.ч. 200 г картофеля, 300 г фруктов. Недельный набор продуктов беременной женщины и кормящей матери должен включать продукты 30-33 наименований.

С целью обогащения рациона питания беременных и кормящих женщин выпускаются специальные молочные смеси: «Энфамам», «Лактомил», «Фемилак», «Думил Мана Плюс», «Олимпик», «Млечный путь», «Мамина каша», представляющие собой витаминизированные комплексы на основе изолятов молочных или соевых белков, обогащенные микроэлементами и полиненасыщенными жирными кислотами.

Во время беременности и кормления ребенка грудью женщине необходимо назначать поливитамины («Матерна», «Прегнавит», «Пренатал», «Гендевит» или др.) и препараты железа («Актиферрин», «Тарди-феррон», «Гемофер», «Пролангатум», «Мальтофер»).

Примерный химический состав рациона беременной или кормящей женщины должен включать белки — 100 г, в т.ч. 60 г — животного происхождения, жиры — 100 г, из них

20 г — растительного происхождения, углеводы — 340 г, при общей энергетической ценности — 2500-2700 ккал.

Необходимо ограничение продуктов с высокой сенсibiliзирующей активностью, а также продуктов, богатых экстрактивными веществами, эфирными маслами, специями, пряностями, содержащих искусственные консерванты, красители и ароматизаторы, а также во время беременности — соли и больших количеств жидкости, способствующих развитию отеков. Из рациона должны быть исключены алкоголь, в т.ч. пиво, а также газированные напитки и крепкий кофе.

Кормящая женщина не должна употреблять избыточного количества цельного молока, оптимальным является использование 500 мл в день. Данное ограничение связано с тем, что при потреблении женщиной большого объема молока возрастает риск возникновения у ребенка аллергических реакций, железодефицита и функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта.

Кормящей женщине целесообразно принимать пищу за 30-40 минут до кормления ребенка, что способствует лучшей секреции молока.

ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ РОДОВ

Становление лактации начинается сразу после родов. Первым шагом к этому является раннее прикладывание ребенка к груди. Необходимо сразу после родов выложить ребенка на живот к матери — контакт «кожа к коже», чтобы он самостоятельно реализовал поисковый питательный рефлекс (взял сосок и сделал первые сосательные движения). Это сопровождается формированием феномена запечатления. Если нет возможности сразу приложить ребенка к груди, это необходимо сделать в первые 30-40 минут. Раннее прикладывание стимулирует выработку у матери гормонов «привязанности» (окситоцина) и «любви» (пролактина). Контакт матери с ребенком должен осуществляться в течение всего раннего послеродового периода (2 часов после родов).

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди (в родзале) со стороны доношенного ребенка: тяжелая асфиксия новорожденного, признаки внутричерепной родовой травмы, обильные срыгивания, врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта или пороки, требующие срочной хирургической коррекции, заболевания ребенка с тяжелым состоянием.

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны матери: эклампсия в родах, тяжелое кровотечение, открытая форма туберкулеза, СПИД. Конфликт по резус-фактору и антигенам системы АВО и анестезиологическое пособие для производства рафии промежности не являются противопоказаниями к раннему прикладыванию ребенка к груди, так как в этот период лактация идет по метакриновому типу, антитела и анестетики в переднее молоко, поступающее к ребенку, проникнуть не могут. При проведении женщине общей анестезии прикладывание ребенка к груди следует осуществлять после пробуждения женщины.

В последующем оптимальным является совместное пребывание в палате матери и ребенка, где мать кормит ребенка по его требованию. Близость матери и ребенка во время кормления грудью обогащает их общение и способствует установлению психофизиологического контакта. Целесообразно создание условий во время кормления для контакта ма-

тери и ребенка «кожа к коже». В случае пеленания для кормления не нужно фиксировать руки ребенка.

Не следует ограничивать кратность кормлений (в первые дни ребенок может прикладываться к груди от 10 до 20 раз в сутки, в последующем при правильной технике кормления и достаточной лактации ребенок сам уменьшает частоту кормления до 7-8 раз в сутки).

Мыть грудь непосредственно до и после кормления ребенка нецелесообразно. Туалет груди следует проводить регулярно 1-2 раза в сутки во время общих гигиенических процедур.

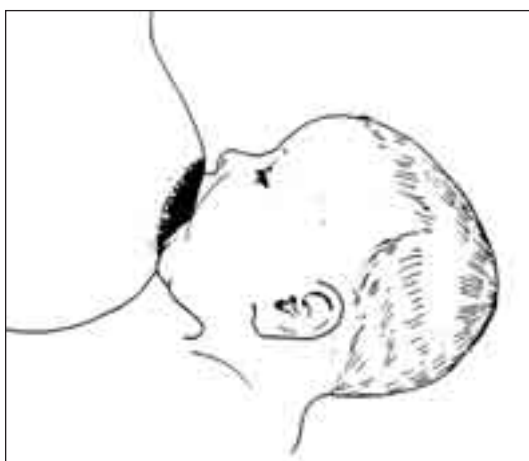
В первые дни после родов женщине противопоказано избыточное питье, нецелесообразно также употребление орехов, меда, консервированных соков, шоколада.

Негативным является применение заменителей груди – сосок, бутылочек, которые приводят к нарушению формирования пищевого рефлекса у ребенка. По той же причине недопустимо использование глюкозы, воды, смесей. Ребенок не должен получать ничего, кроме груди матери. Замедленный тип восстановления массы тела новорожденных также не является основанием для дополнения питания растворами глюкозы или смесями искусственного вскармливания (ВОЗ, 1993).

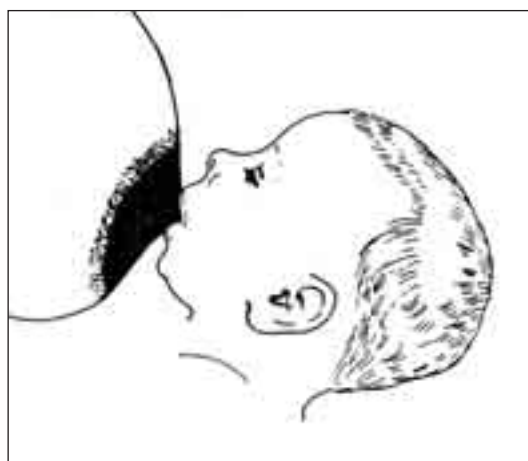
Необходимо обращать внимание на правильность прикладывания к груди: чтобы сосание было эффективным, ребенок должен захватывать ртом не только сосок, но и большую часть ареолы (рис. 1). Внешние признаки правильного прикладывания к груди: подбородок ребенка касается груди матери; рот широко открыт; нижняя губа вывернута наружу; большая часть ареолы видна над верхней губой ребенка, а не под нижней; щеки ребенка округлены или «растекаются» по груди матери; молочная железа принимает округлую форму.

Если ребенок неправильно приложен к груди, это приводит к возникновению трещин сосков. При неправильном прикладывании сосание неэффективно, поэтому молоко отсасывается плохо, появляется нагрубание молочных желез.

Рисунок
Прикладывание ребенка к груди



Правильное
прикладывание



Неправильное
прикладывание

Если ребенок не приложен к груди после рождения, матери необходимо сцеживать молоко регулярно в ориентировочные часы кормления. Как только исчезнут противопоказания, ребенка следует приложить к груди.

ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА

В течение всего периода лактации необходимо сохранение режима кормления по требованию для поддержания достаточного уровня окситоцина. Необходимо кормить ребенка и ночью для стимуляции выделения пролактина. Кроме того, кормление по требованию и ночные кормления поддерживают лактационную аменорею.

Первый месяц жизни ребенка характеризуется адаптацией желудочно-кишечного тракта к питанию грудным молоком, что может проявляться неустойчивым стулом. Однако, эта ситуация не требует какого-либо вмешательства, если ребенок находится на исключительно грудном вскармливании, отсутствуют клинические признаки кишечной инфекции и отмечаются достаточные прибавки массы тела. Кроме того, нет необходимости проводить анализ кала на дисбактериоз и посев грудного молока, поскольку их результаты могут стать поводом для проведения ненужной в данной ситуации терапии. Тем более нельзя прекращать естественное вскармливание или докармливать какими-либо искусственными заменителями молока, якобы стимулирующими рост нормальной микрофлоры кишечника. Необходимо помнить, что самым лучшим стимулятором роста нормальной микрофлоры кишечника у грудного ребенка является материнское молоко. И никакая смесь или другой заменитель не могут полноценно его заменить.

В возрасте 1,5-2 и 4-6 месяцев типично возникновение лактационных кризов, проявляющихся временным уменьшением объема лактации. Согласно рекомендациям ВОЗ (1993 г), лактационные кризы не являются поводом для введения докорма. Лактационные кризы или тенденции уменьшения объема секретируемого молока, должны купироваться изменением техники прикладывания (более частое прикладывание к груди, прикладывание во время одного кормления к обоим молочным железам). **Женщина должна знать, что лучшим стимулирующим фактором в восстановлении лактации является сам ребенок.** Необходимо также нормализовать режим дня, обеспечить психологическую поддержку кормящей матери со стороны медицинских работников и членов семьи. Можно провести коррекцию питания матери, добавив продукты, усиливающие лактацию (грецкие орехи 5-6 штук в день, халва 50-60 г, тертая морковь с сахаром 100 г, сок черной смородины 100-150 г, пивные дрожжи до 15 таблеток в день, при хорошей переносимости — мед 30-50 г в сутки). Для усиления лактации могут использоваться фитотерапия (крапива, мята, тмин, шиповник, фенхель, душица, листья черной смородины, лесная земляника, фитосбор «Лактовит») или гомеопатические средства («Млекоин» 5 гор. 2 раза в день). Усиливает лактацию горячий душ молочных желез за 5-7 минут до кормления грудью.

При установившейся лактации, достаточном количестве молока у женщины отсутствует необходимость в сцеживании остатков молока из груди после кормления ребенка.

Значимым является вопрос об оценке эффективности грудного вскармливания. Критериями достаточности (адекватности) грудного вскармливания являются здоровье, активность и положительное эмоциональное состояние ребенка при нарастающей весовой кривой и удовлетворенности актом сосания (ВОЗ, 1993).

Оценка достаточности лактации по контрольным взвешиваниям после кормления нецелесообразна. Ребенок на исключительно грудном вскармливании в течение суток высасывает неравномерный объем молока. Поэтому для оценки лактации необходимо пользоваться двумя наиболее доступными объективными критериями — частота мочеиспусканий и суточные прибавки массы тела. При наличии в течение суток более 10 «мокрых пеленок» и прибавок массы тела не менее 20 г/сутки (первое полугодие) у ребенка на исключительно грудном вскармливании нельзя говорить о снижении лактации, несмотря на воз-

возможные предъявляемые матерью субъективные жалобы. Высокие прибавки массы тела на исключительно грудном вскармливании также не являются поводом для ограничения грудного кормления или введения иной, чем грудное молоко, пищи, а тем более для замены грудного молока питьем.

До 6 месяцев ребенок должен получать только грудное молоко, исключение составляет витамин Д, назначаемый с 3-4 недель в дозе 500 МЕ в сутки, и препараты железа детям из группы риска по железодефицитной анемии (с 2 месяцев).

До введения прикормов здоровый ребенок, находящийся на грудном вскармливании, не нуждается в назначении дополнительного питья.

Продолжение кормления грудным молоком возможно даже при выходе кормящей женщины на работу или учебу, что достаточно распространено в наше время. Для этого мать должна сцеживать грудное молоко в стерильную емкость или специальный контейнер. Сроки хранения зависят от окружающей температуры: без холодильника +20-25°C – 4 часа, в основной камере холодильника при +4-5°C – 24 часа. Замораживание и термическая обработка грудного молока нежелательны, поскольку теряются многие его свойства. При кормлении ребенка сцеженным молоком должны быть исключены соски. Кормить ребенка следует из чашки или ложечкой. При кормлении из чашки ребенку следует придать вертикальное или полулежачее положение, поднести маленькую чашку со сцеженным молоком к губам ребенка и слегка прикоснуться так, чтобы молоко коснулось губ. При этом ребенок настораживается, открывает рот и начинает сосать, проливая при этом часть жидкости. Не следует лить молоко в рот ребенку, чашку нужно держать у губ и дать ему возможность пить самому. Как только ребенок наестся, он закрывает рот и прекращает кормление.

ВСКАРМЛИВАНИЕ ВО ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ

Достаточно сложным этапом в питании является второе полугодие жизни ребенка. В этот период ребенок получает иную, чем грудное молоко, пищу, продолжая получать и грудное молоко. Грудное вскармливание для детей старше 6 месяцев остается столь же значимым, как и в первом полугодии, необходимо настраивать мать на кормление ребенка грудным молоком до 1,5-2 лет. Материнское молоко остается важным источником полноценных нутриентов, сохраняется его значимость для иммунологической защиты, для поддержания психологической связи «мать-дитя». Одной из фундаментальных функций длительного грудного вскармливания является замедление биологического созревания, продление периода детства, что позволяет обеспечить ребенку гармоничность развития. В этот период лактация у матери приобретает более устойчивый характер. Психологический фактор в меньшей степени влияет на лактационный процесс. Однако при отсутствии настроения матери на продолжение кормления ребенка грудью возможно прекращение лактации.

Расширение рациона питания у ребенка второго полугодия жизни, введение прикормов – иной, чем грудное молоко, пищи – необходимо по следующим причинам:

- целесообразность расширения спектра пищевых продуктов (растительные белки, жирные кислоты и др.);
- тренировка и развитие жевательного аппарата, пищеварительной системы и моторики;
- необходимость дополнительного введения в организм растущего ребенка энергии, белка, витаминов, железа, цинка и других микроэлементов.

Показаниями к введению первого прикорма являются: возраст 6 месяцев, угасание рефлекса выталкивания языком при хорошо скоординированном рефлексе проглатывания

пищи, готовность ребенка к жеванию, состоявшееся или текущее прорезывание зубов, уверенное сидение, зрелость функций желудочно-кишечного тракта, устойчивый стул, отсутствие острых заболеваний.

Правила введения прикорма:

- введение прикорма начинать с небольшого количества, постепенно увеличивая дозу с 2-3 чайных ложек до полного объема в течение 10-12 дней;
- давать прикорм перед кормлением грудью с ложечки;
- первый прикорм целесообразно вводить между 10 и 14 часами;
- нельзя вводить 2 прикорма одновременно;
- по консистенции блюда прикорма должны быть однородными и не вызывать затруднения при глотании;
- с возрастом следует переходить к более густой, а позднее — плотной пище, приучая ребенка к жеванию;
- после введения прикорма, как правило, устанавливается 5-тиразовый режим кормления;
- полный объем прикорма составляет 200 г, в т.ч. 150 г — основное блюдо и 50 г — сок или фруктовое пюре или прикладывание ребенка к груди;
- не назначать прикорм, а если назначен — не расширять его при перемене условий жизни ребенка или в ближайшую неделю перед или после профилактических прививок.

Овощное пюре в настоящее время считается предпочтительным для первого прикорма у здоровых детей. Введение прикорма необходимо начинать с одного вида овощей, выбирая кабачки, тыкву, морковь, брюкву, репу. Позднее можно добавить свеклу, капусту, цветную капусту, зеленый горошек, томаты, картофель (последний не должен составлять более 1/3-1/2 объема блюда), укроп и петрушку. В приготовлении используется растительное масло 3-5 г.

После 6 месяцев возможно введение соков. Назначают осветленные соки (яблочный, клюквенный), начиная с 1/2 чайной ложки, постепенно увеличивая объем до 40-50 мл в день. В последующем количество сока в день рассчитывается по формуле:

Количество сока = 10 × N, где N — возраст ребенка в месяцах.

Через 2 недели можно вводить соки с мякотью (яблочный, сливовый, морковный, персиковый) или фруктовые пюре. В настоящее время наиболее целесообразно использовать специализированные консервированные соки и фруктовые пюре для детского питания промышленного выпуска. Их преимуществом является приготовление из экологически чистого сырья, соблюдения необходимой технологии переработки, обогащение витаминами.

Второй прикорм вводится через 1 месяц после введения первого в виде безглюдиновых (крупяных) каш (гречневая, кукурузная, рисовая) со сливочным маслом. С 8 месяцев использовать глиадинсодержащие (зерновые) каши — овсяная, пшеничная (манная). Для приготовления каш крупу предварительно разваривают в воде, а затем добавляют последующие смеси или материнское молоко, менее желательно использование коровьего молока. В ряде случаев (при аллергии на белки коровьего молока) в питании детей используют безмолочные каши.

С 7 месяцев ребенок может получать яичный желток (в протертом виде с небольшим количеством молока или добавленный в прикорм) от 2 до 5 раз в неделю, печеночный фарш (у детей, имеющих риск развития анемии) до 30 г с овощным пюре. Мясной фарш вводится в рацион с 8 месяцев, мясные фрикадельки с 9 месяцев, паровая котлета — после 10 месяцев. Мясо дается на обед в количестве 30-50 г как второе блюдо с овощным гарниром. Для мясного блюда используются говядина (телятина), нежирная свинина, мясо

кролика, индейки, ближе к 1 году — курицу. С 10 месяцев детям без отягощенного аллергологического анамнеза вместо мяса можно давать 1-2 раза в неделю белую морскую рыбу. Мясной бульон ребенку первого года жизни вводить не рекомендуется.

Третий прикорм назначается в возрасте 8 месяцев. В качестве третьего прикорма рекомендуются каши или пюре из овощей и фруктов. В России третий прикорм традиционно — жидкий. Однако используемые в прежние годы цельное коровье молоко, цельные кисломолочные продукты (кефир, биолакт, нарин и др.) и творог в настоящее время детям до 1 года не рекомендуются, в связи с созданием этими блюдами белковой перегрузки.

При приготовлении блюд прикорма соль и сахар не добавляются.

Ближе к 12 месяцам ребенок может есть пищу с семейного стола.

Приведенные сроки введения пищевых добавок и прикормов ориентировочные, при достаточном количестве грудного молока и хорошем развитии ребенка они могут отодвигаться. Последствиями необоснованного затягивания сроков введения прикормов у детей после 6 месяцев, его неадекватного качества могут быть нарушение процессов роста, развитие гипотрофии, анемии и других дефицитных состояний. Независимо от сроков введения прикормов назначать их следует в указанной последовательности, интервалы между вновь вводимыми продуктами питания должны составлять не менее 2-3 недель.

В детском питании оптимальным является использование блюд прикорма промышленного производства (каши, овощное пюре, мясные блюда), учитывая их приготовление из экологически чистых продуктов, гомогенность, дополнительное обогащение витаминами и микроэлементами, позволяющее преодолеть дефицитные состояния, складывающиеся во втором полугодии жизни ребенка.

ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Естественное вскармливание является самым рациональным и адекватным для грудного ребенка. Необходимо максимально сохранять и поддерживать вскармливание грудным молоком. Если же по каким-либо причинам не удалось поддержать лактацию у матери, возникла крайняя необходимость на время прервать грудное вскармливание, то к искусственному вскармливанию следует подходить очень ответственно.

При введении в питание ребенка искусственных заменителей грудного молока следует в первую очередь ориентироваться на качественный состав продуктов и его адекватность потребностям грудного ребенка.

Искусственные смеси подразделяются на:

- базовые смеси для вскармливания здоровых детей;
- лечебные смеси для детей с особыми диетическими потребностями.

Искусственные смеси изготавливаются преимущественно на основе коровьего молока. Также имеются смеси на основе козьего молока и соевого белка. Предпочтение следует отдавать максимально адаптированным молочным смесям.

Адаптированные молочные смеси дифференцируются в соответствии с возрастными и физиолого-биохимическими особенностями организма ребенка. В настоящее время существуют смеси, предназначенные для вскармливания детей начиная с первых дней жизни — это так называемые базовые, начальные, стартовые смеси или первая формула. Детям с 6-месячного возраста рекомендуются последующие смеси. Как начальные, так и последующие смеси могут быть сухими и жидкими (готовыми к употреблению).

Принципами создания искусственных адаптированных смесей являются снижение общего содержания белка, повышение уровня углеводов, коррекция белкового и аминокислотного состава (обогащение сывороточными белками, цистеином и др.), оптимизация жирнокислотного (обогащение эссенциальными полиненасыщенными жирными кислотами) и углеводного состава, снижение уровня кальция, калия, натрия, коррекция содержания витаминов, минеральных солей и микроэлементов (железо, цинк и др.), обогащение бифидогенными и защитными факторами, таурином, карнитином, инозитом, полинуклеотидами и другими биологически активными соединениями. Молочные смеси различаются по степени коррекции различных компонентов.

Адаптированные молочные смеси приближены к женскому молоку, прежде всего, по белковому составу. Оптимизация белкового состава осуществляется за счет снижения уровня белка, включения в состав белков молочной сыворотки или некоторого расщепления (частичного гидролиза) белка. Уровень белка в искусственных смесях составляет 12-17 г/л при уровне белка в женском молоке 10-15 г/л. Снижение количества белка в заменителях женского молока уменьшает метаболическую нагрузку на ферментные системы и функции почек у детей при искусственном вскармливании, предупреждает повышенную задержку белка в организме (одного из факторов раннего биохимического созревания – акселерации), а также предотвращает развитие метаболических нарушений, сахарного диабета и ожирения.

Введение в смесь белков молочной сыворотки, которые в отличие от казеина образуют в желудке более нежный легкоусвояемый сгусток, позволяет повысить биологическую ценность смеси. Более легкому усвоению смеси способствует и частичный гидролиз белка. Соотношение белка молочной сыворотки и казеина в сывороткопреобладающих формулах составляет 70:30 – 50:50. К сывороткопреобладающим смесям относятся «НАН-1», «Малютка Истринская», «Нутрилон», «Галлия-1», «Хумана-1», «Бона», «Пилтти» и др.

Существуют смеси с более высоким уровнем казеина. Это так называемые казеинпреобладающие заменители женского молока. Соотношение белка молочной сыворотки и казеина в казеинпреобладающих формулах 40:60 – 20:80. К группе казеиновых формул относятся «Нестожен», «Симилак» и др. В питании здоровых детей первого полугодия жизни могут использоваться как сывороткопреобладающие, так и казеинпреобладающие смеси.

Для вскармливания детей в возрасте от 6 до 12 месяцев в настоящее время рекомендуются так называемые последующие смеси. Цифра «2», стоящая на этикетке рядом с названием большинства из этих смесей, или надпись «от 6 до 12» свидетельствуют о том, что их следует использовать во втором полугодии жизни ребенка. По своему составу они в большей степени отличаются от грудного молока – в них выше уровень белка, минеральных веществ и витаминов, что соответствует возросшим потребностям детей второго полугодия в энергии и пищевых веществах. К числу последующих смесей относятся «НАН-2», «Малютка от 6 до 12», «Нутрилон-2», «Бebelак-2», «Галлия-2», «Энфамил 2» и другие. В качестве последующей смеси может использоваться смесь «Малыш».

Неадаптированные цельные молочные продукты – молоко (коровье, козье и других животных), кефир, наринэ, биолакт и другие, не следует применять в качестве заменителей грудного молока при искусственном и смешанном вскармливании на первом году жизни в связи с опасной для ребенка перегрузкой белком и несоответствием потребностям ребенка по другим характеристикам (состав жиров, углеводов, микроэлементов и др.).

Специальные лечебные смеси (с определенным заданным составом) предназначены для вскармливания детей с различной патологией или предрасположенностью к ней (см Приложение).

При организации смешанного и особенно искусственного вскармливания возникает необходимость подсчета суточного объема пищи.

В первые 7-10 дней жизни расчет суточного количества пищи проводится по формулам:

- а) **А.Ф. Тура – 70 или 80 × n**, где n – день жизни новорожденного. Коэффициент 70 используется у детей, родившихся с массой тела менее 3200 г, 80 – 3200 г и более;
- б) **Г.И. Зайцевой – 2 % от массы тела при рождении × n**, где n – день жизни новорожденного.

После 10 дня жизни суточное количество пищи рассчитывается объемным методом по Гебнеру и Черни. Согласно этому методу суточный объем питания ребенок должен составлять от должествующей массы тела (при этом суточный объем питания не должен превышать 1 литра):

- в возрасте от 2 до 6 недель – 1/5 часть;
- в возрасте от 6 недель до 4 месяцев – 1/6 часть;
- в возрасте от 4 месяцев до 6 месяцев – 1/7 часть;
- во втором полугодии жизни – 1/8 часть.

- Также у детей старше 2 недель может быть использован расчет по формуле Шкарина:
- для детей в возрасте до 2 месяцев – **Суточный объем питания (мл) = 800 – 50 (8 – n)**, где n – возраст ребенка в неделях;
 - для детей в возрасте старше 2 месяцев – **Суточный объем питания (мл) = 800 + 50 (n – 2)**, где n – возраст ребенка в месяцах.

При отсутствии возможности в последующем осуществлять грудное вскармливание, кормление ребенка целесообразно осуществлять через соску. При временном прерывании грудного вскармливания ребенок должен кормиться смесью при помощи ложки или чашечки, чтобы в последующем он не отказался от груди в связи с «путаницей сосков».

Кратность кормления ребенка, находящегося на искусственном вскармливании, составляет в возрасте до 1 месяца – 7-8 раз, от 1 месяца до 6 месяцев – 6-7 раз, после введения прикорма – 5 раз в сутки. Кормить ребенка в этих случаях следует соответственно через 3, 3,5 и 4 часа. Если в одно из кормлений ребенок съел очень мало, в следующее кормление ему следует предложить больший объем или начать кормить раньше, особенно, если ребенок голоден. В первые месяцы жизни целесообразно сохранение ночного кормления (по потребности ребенка). Введение прикормов у детей на искусственном вскармливании не должно существенно отличаться от сроков введения прикормов у детей на естественном вскармливании.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Показателями полноценного вскармливания ребенка первого года жизни являются хороший аппетит, положительный эмоциональный тонус, проявление чувства голода перед кормлением и насыщение после кормления, физическое развитие ребенка в пределах 3-5 коридоров (25-75 центилей), розовая окраска кожи, хороший тургор мягких тканей, нервно-психическое развитие в соответствии с возрастом, регулярный стул, нормальная частота мочеиспускания, возрастная норма гемоглобина, удовлетворительная степень резистентности к инфекции. Суточные прибавки массы тела в первом полугодии жизни должны составлять не менее 25-30 г в сутки, во втором полугодии – не менее 15-20 г.

Лучшим показателем эффективности вскармливания являются не математический расчет, а полноценный рост и развитие ребенка.

ПРИМЕРНОЕ МЕНЮ НА ОДИН ДЕНЬ ДЛЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

- Завтрак:** Яйцо или омлет.
Каша молочная (или тушеные овощи).
Хлеб с сыром.
Чай с молоком (или кефир).
Свежие фрукты.
- Обед:** Салат из свежих овощей.
Борщ (щи, суп, уха).
Тушеное мясо или отварная рыба с овощами.
Фруктовый сок (компот).
- Полдник:** Кефир (или другие кисломолочные продукты).
Фрукты.
- Ужин:** Творожная запеканка (сырники со сметаной).
Винегрет.
Отвар шиповника.

ПРИМЕРНОЕ МЕНЮ НА ОДИН ДЕНЬ ДЛЯ КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ

- 1-й завтрак:** Омлет (или творог, каша гречневая молочная).
Хлеб с маслом.
Чай с молоком (или молоко).
- 2-й завтрак:** Отварная рыба с овощным гарниром (или сосиски, творожная запеканка).
Фрукты (или сок фруктовый или овощной, отвар шиповника).
- Обед:** Салат из свежих овощей (или винегрет, квашенная капуста).
Борщ (или суп, уха).
Котлеты (или жареная рыба, мясо, курица, печень) с овощным или крупяным гарниром.
Компот (или молочный кисель, фруктовый сок, клюквенный морс).
- Полдник:** Творог, кисломолочные продукты.
Булочка. Фрукты.
- Ужин:** Овощное рагу (или запеканка, сырники со сметаной).
Молоко (или кисломолочные продукты). Фрукты.
- Перед сном:** Кисломолочные продукты.

СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ОСНОВНЫХ ПИЩЕВЫХ ИНГРЕДИЕНТАХ (в г/кг массы тела) И ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПИЩИ (ккал/кг массы тела) У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ

	Белки	Жиры	Углеводы	Энергетическая ценность
0-1 мес.	1,98-1,99	6,5	12-14	115
1-2 мес.	1,71-1,59	6,5	12-14	115
2-3 мес.	1,46-1,19	6,5	12-14	115
3-4 мес.	1,27-1,06	6,0	12-14	110
4-6 мес.	1,18-0,92	6,0	12-14	110
6-9 мес.	1,17-0,85	5,5	12-14	105
9-12 мес.	1,19-0,78	5,0	12-14	100

ПРИМЕРНОЕ МЕНЮ НА ОДИН ДЕНЬ ДЛЯ РЕБЕНКА 9 МЕСЯЦЕВ

Ребенку 9 месяцев. Имеет массу 9400 г.
Суточный объем питания 1000 мл.
Объем разового кормления 200 г.

Время	Блюда	Количество
6.00	Грудное молоко	
10.00	Каша гречневая	150 г
	Яичный желток	1/2 шт.
	Сок	40 мл
14.00	Мясной фарш	40 г
	Овощное пюре	120 г
	Сок	40 мл
18.00	Каша кукурузная	150 г
	Фруктовое пюре	50 г
22.00	Грудное молоко	

Кроме того, ребенок получает грудное молоко между кормлениями по требованию.

**СКОРОСТЬ ПРИРОСТА МАССЫ ТЕЛА У МАЛЬЧИКОВ
ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ (г/кг/сутки)
[И.М. Воронцов, Е.М. Фатеева, 1998]**

Возраст, мес.	Центили распределения				
	10	25	50	75	90
0-1	4,2	6,0	8,5	10,7	13,0
1-2	3,8	4,4	8,0	11,0	13,2
2-3	3,5	4,5	5,8	8,4	12,0
3-4	1,8	2,8	3,5	4,8	6,9
4-5	1,4	2,2	3,0	4,2	5,4
5-6	0,8	1,6	2,5	3,5	4,8
6-7	0,7	1,3	2,0	3,0	4,2
7-8	0,6	1,1	1,6	2,4	3,3
8-9	0,5	0,9	1,5	1,9	2,6
9-10	0,4	0,8	1,4	1,7	2,1
10-11	0,4	0,7	1,3	1,6	1,9
11-12	0,4	0,7	1,1	1,4	1,8

**СКОРОСТЬ ПРИРОСТА МАССЫ ТЕЛА У ДЕВОЧЕК
ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ (г/кг/сутки)
[И.М. Воронцов, Е.М. Фатеева, 1998]**

Возраст, мес.	Центили распределения				
	10	25	50	75	90
0-1	3,8	5,0	7,2	9,0	12,5
1-2	4,2	5,6	7,5	9,5	13,2
2-3	3,4	4,5	6,2	7,2	9,5
3-4	2,2	3,2	4,2	5,3	7,4
4-5	1,5	2,3	3,3	4,4	6,2
5-6	1,2	1,7	2,7	3,8	5,3
6-7	0,8	1,5	2,3	3,3	4,6
7-8	0,7	1,3	1,9	2,8	4,1
8-9	0,5	1,1	1,7	2,4	3,3
9-10	0,4	0,9	1,5	1,9	2,5
10-11	0,4	0,7	1,3	1,6	2,1
11-12	0,3	0,6	1,1	1,4	1,7

СПЕЦИАЛЬНЫЕ (ЛЕЧЕБНЫЕ) СМЕСИ

1. Гипоаллергенные адаптированные смеси.

- 1.1. Смеси на основе гидролизата белка. К таким смесям относятся «НАН ГА 1», «НАН ГА 2», «Хумана ГА 1», «Хумана ГА 2» и др. Смеси с умеренно гидролизированным белком показаны с профилактической целью детям, имеющим риск развития аллергической патологии.
- 1.2. Смеси на основе изолята соевого белка, показания для применения – аллергия к белку коровьего молока, сниженная активность лактазы, диарея, непереносимость глутена. К смесям на основе соевого белка относятся «Бебелак-соя», «Энфамил-соя», «Фрисой», «Хумана СЛ» и др.
- 1.2. Смеси с высокой степенью гидролиза белка – «полуэлементные» или неантигенные. Источником белка в этих смесях являются казеин и сывороточные белки молока, соевый изолят, белок мяса, бычий коллаген и др. Путем обработки на сорбентах происходит очистка от ненужных продуктов гидролиза, в смеси вводятся необходимые аминокислоты (α -карнитин, α -тирозин, α -триптофан), ПНЖК, среднецепочечные триглицериды, крахмал, декстринмальтоза, полимеры глюкозы, таурин, витамины и микроэлементы. К таким смесям относятся «Алфаре», «Нутрилон Пепти ТСЦ», «Прегестемил» и Нутрамиген». Эти смеси предназначены для детей со значительными нарушениями расщепления и всасывания в кишечнике, а также с тяжелой поливалентной аллергией.

2. Смеси низколактозные и безлактозные.

Предназначены для детей с врожденной или приобретенной лактазной недостаточностью. К ним относятся смеси, приготовленные на основе изолята соевого белка, а также «НАН Безлактозный», «Нутрилон Низколактозный», «Мамекс безлактозный», «Фрисолак Н» и др.

3. Смеси с измененным жировым компонентом.

В этих смесях содержатся только среднецепочечные триглицериды, для переваривания которых не требуются ферменты. Это «Алфаре», «Нутрилон Пепти ТСЦ», «Портаген», «Хумана ЛП+СЦТ». Показаниями к применению являются муковисцидоз, приобретенная панкреатическая недостаточность, синдром энтеральной недостаточности.

4. Смеси для маловесных и недоношенных детей.

Характеризуются более высоким содержанием белка, преобладанием сывороточного компонента, обязательное введение таурина. Жировой компонент представлен молочным жиром и растительными маслами, введены среднецепочечные триглицериды, углеводы в виде лактозы и декстринмальтозы, сбалансированный витаминный и минеральный состав. К таким смесям относятся «Пре НАН», «Пре-Нутрилон», «Фрисопре», «Хумана 0» и др.

5. Смеси для детей с наследственной патологией.

- 5.1. Смеси, лишенные фенилаланина на основе гидролизата казеина: Аконти ФКУ-40, Аконти ФКУ-80, Мипафен.
- 5.2. Смеси, лишенные фенилаланина на основе аминокислот: Аналог-ХР, Максамид-ХР, Фенил-Фри (Mead Johnson Nutritionals, США), Фенилдон-Формула.
- 5.3. Смеси, лишенные фенилаланина на основе гидролизата казеина: Афенилак, Лофеналак (Mead Johnson Nutritionals, США), Симилак-Лофенолак (Эббот Лабораториз, США, Бельгия, Голландия, Дания).

6. Смеси для детей с функциональными расстройствами пищеварения (срыгивания, запоры, колики).

- 6.1. Кисломолочные адаптированные смеси – «НАН кисломолочный».
- 6.2. Антирефлюксные смеси – «Нутрилон Антирефлюкс» (содержит в качестве загустителя умеренное количество камеди, имеет казеиновую доминанту белкового компонента и умеренно пониженное содержание жира), «Фрисовом» (содержит загуститель – 0,8 % камеди на 100 г смеси, при этом отсутствует казеиновая доминанта, содержание жира физиологическое), «Семпер Лемолак от 0 до 6 мес» (содержит в качестве загустителя рисовый крахмал, сывороткопреобладающая, с обычным содержанием жира).
- 6.3. Молочные смеси, содержащие бифидум-бактерии и/или бифидогенные факторы (нуклеотиды, олигосахариды и др.) – «НАН 1», «НАН 2», «НАН ГА 1», «НАН ГА 2», «НАН кисломолочный», «Нутрилон Омнео 1», «Нутрилон Омнео 2», «Семпер Бифидус», «Лактофидус», «Мамекс плюс».

Приложение 7

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУДНОГО МОЛОКА И НЕКОТОРЫХ СМЕСЕЙ

Компонент	Грудное молоко	НАН-1	Малютка – новая формула
Возраст	от 0 мес.	0-6 мес.	0-12 мес.
Белки, г	0,9-1,3	1,2	1,6
Жиры, г	3,9-4,5	3,6	3,5
Углеводы, г	6,8-7,2	7,5	7,4
Энергия, ккал	68	67	68
Сыв. белки/Казеин	80/20-50/50	70/30	60/40
Таурин, мг	8	5,4	5,0
Линолевая к-та	0,3	0,53	+
α-линоленовая кислота	0,042	0,067	+
ω6/ω3	10/1 - 5/1	8/1	7/1
Мальтодекстрин			+
Лактоза	?-лактоза	+	+
Осмолярность, мОсм/л	280	275	300
Иод, мкг	6,0	10	10
Кальция, мг	34	41	56
Фосфор, мг	14,2-16,2	21	35
Кальций/фосфор	2,1-2,4	1,9	1.6
Железо, мг	0,05	0,8	0,7
Бифидогенный эффект	+	+	

«БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ»

В 1991 г. ВОЗ совместно с Международным детским фондом ООН ЮНИСЕФ начали проводить в жизнь инициативу «Больница, доброжелательная к ребенку». В основу инициативы положено практическое осуществление десяти шагов или принципов успешного грудного вскармливания. Любое медицинское учреждение, которое проводит политику поддержки и распространения грудного вскармливания, использует щадящие методы родовспоможения, стремясь приблизить роды к их естественному ходу, может получить почетное звание «Больница, доброжелательная к ребенку».

В Кемеровской области в 2004 г. два лечебных учреждения получили это высокое международное звание: родильный дом Городской больницы № 1 г. Прокопьевска и родильный дом Детской городской клинической больницы № 5 г. Кемерово.


ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПОВ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К РОДОВСПОМОГАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ И НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОМУ СТАЦИОНАРУ

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

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.
2. Обучать весь медицинско-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.
3. 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 они должны быть отделены от своих детей.
6. Не давать новорожденным никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.
7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и новорожденного — решать им находиться вместе в одной палате.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.
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 больницы.

ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПОВ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ



Каждому детскому амбулаторно-поликлиническому учреждению, осуществляющему медико-профилактическую работу среди детей раннего возраста, следует:

-
- 
1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.
 2. Обучать весь медицинско-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.
 3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.
 4. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого пол часа после родов.
 5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.
 6. Не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока, в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний. Пропагандировать и поощрять продолжение грудного вскармливания до 2 лет и более с соответствующим возрасту введением продуктов прикорма.
 7. Практиковать круглосуточное совместное размещение матери и ребенка.
 8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.
 9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих.
 10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью. Создавать в детской поликлинике обстановку поддержки семей, в которых есть дети, вскармливаемые грудью. Осуществлять преемственность в работе детской поликлиники, женской консультации и акушерского стационара.


ДЕСЯТЬ ПРИНЦИПОВ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Каждой женской консультации, оказывающей услуги по наблюдению за беременными женщинами, следует:

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.
2. Обучать весь медицинско-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.
4. Информировать беременных женщин о важности раннего начала грудного вскармливания в течение первого пол часа после родов.
5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.
6. Информировать беременных женщин о пользе исключительно грудного вскармливания в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний. Пропагандировать продолжение грудного вскармливания до 2 лет и более с соответствующим возрасту введением продуктов прикорма.
7. Информировать беременных женщин о важности круглосуточного совместного размещения матери и ребенка.
8. Информировать беременных женщин о важности грудного вскармливания по требованию.

-
- 
9. Информировать беременных женщин о важности отказа от использования искусственных средств, имитирующих грудь или успокаивающих.
 10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью. Осуществлять преемственность в работе женской консультации, акушерского стационара и детской поликлиники.
- 

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абольян, Л.В. Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях /Абольян Л.В. – М., 2003.
 2. Воронцов, И.М. Естественное вскармливание детей. Его значение и поддержка /Воронцов И.М., Фатеева Е.М. – СПб., 1998.
 3. Оценка влияния кефира и «последующей» молочной смеси на развитие диapedезных кровотечений у детей второго полугодия жизни /Конь И.Я., Сафронова А.И., Воробьева Л.Ш. и др. //Педиатрия. – 2002. – № 3. – С. 55-59.
 4. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста //Методические рекомендации для Европейского региона ВОЗ. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия. – № 87.
 5. Ладодо, К.С. Еще раз о детском питании /Ладодо К.С. //Педиатрия. – 2003. – № 1. – С. 12-15.
 6. Нетребенко, О.К. Белок в питании грудных детей: нормы потребления и современные рекомендации /Нетребенко О.К. //Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т. 1, № 1. – С. 44-47.
 7. Питание детей грудного возраста. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста. Доклад Секретариата ВОЗ, 55 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения. – 2002.
 8. Руководство по детскому питанию /под ред. Тутельяна В.А., Коня И.Я. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004.
 9. Янг, Д. Рекомендации по питанию детей раннего возраста в Северной Америке /Янг Д. //Питание грудных детей – новые данные и современные подходы: Матер. 6-го междунар. симп. – 1998. – С. 6-17.
- 

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ТЕРМИНОЛОГИЯ	3
ГРУДНОЕ МОЛОКО – «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» В ПИТАНИИ	4
ПОДГОТОВКА К ЛАКТАЦИИ, ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ И КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ	6
ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ РОДОВ	8
ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА	10
ВСКАРМЛИВАНИЕ ВО ВТОРОМ ПОЛУГОДИИ	11
ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ	13
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВСКАРМЛИВАНИЯ	15
Приложение 1	
Примерное меню на один день для беременной женщины	16
Приложение 2	
Примерное меню на один день для кормящей женщины	16
Приложение 3	
Суточная потребность в основных пищевых ингредиентах и энергетическая ценность пищи у детей 1 года жизни	17
Приложение 4	
Примерное меню на один день для ребенка 9 месяцев	17
Приложение 5	
Скорость прироста массы тела у мальчиков и девочек при естественном вскармливании ..	18
Приложение 6	
Специальные (лечебные) смеси	19
Приложение 7	
Сравнительная характеристика грудного молока и некоторых смесей	20
Приложение 8	
«Больница, доброжелательная к ребенку». Десять принципов успешного грудного вскармливания применительно к родовспомогательному учреждению и неонатологическому стационару, детской поликлинике, женской консультации	21
ЛИТЕРАТУРА	23

