

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общей врачебной практики

О.В. Попова

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ
ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО

2019

УДК 613.393.1-053.36 (075.9)

ББК 57.32 я 73

П 58

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС государственного учреждения образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования»
протокол № 8 от 19.11.2019

Автор:

Попова О.В., доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО, к.м.н.

Рецензенты:

Лазарчик И.В., заместитель главного врача по медицинской части учреждения здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница», кандидат медицинских наук

2-ая кафедра детских болезней учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»

Попова, О.В.

П 58 Организация рационального вскармливания детей первого года жизни врачом общей практики: учеб.-метод. пособие /О.В. Попова. – Минск.: БелМАПО, 2019. – 43 с.

ISBN 978-985-584-396-3

В методическом пособии изложены основы организации рационального вскармливания здорового ребенка на первом году жизни, охарактеризованы различные его варианты. Особое внимание уделено организации грудного вскармливания на амбулаторном этапе. Приведена также необходимая для врачей общей практики информация по формированию доминанты лактации у беременной и кормящей женщины и их сбалансированному питанию.

Методическое пособие предназначено для слушателей, осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки по специальности "Общая врачебная практика" (дисциплина "Внутренние болезни"), повышения квалификации врачей общей практики, врачей-педиатров.

УДК 613.393.1-053.36 (075.9)

ББК 57.32 я 73

ISBN 978-985-584-396-3

© Попова О.В., 2019

© Оформление БелМАПО, 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ	6
ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ:	11
Терминология. Нутритивная потребность грудных детей	11
Грудное вскармливание	12
Способы расчета объема питания, необходимого ребенку	22
Смешанное вскармливание	26
Искусственное вскармливание	26
Классификация заменителей грудного молока, алгоритм выбора	26
Прикорм. Сроки, схема, правила введения	29
ПРИЛОЖЕНИЯ	35
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	42

ВВЕДЕНИЕ

Из всех факторов внешней среды, оказывающих влияние на состояние здоровья человека, питанию принадлежит ведущая роль. Адекватное развитие плода и ребенка на фоне рационального питания беременной и кормящей женщины, ребенка раннего возраста – это *окно возможностей* для улучшения здоровья нации.

Первые 1000 дней жизни человека (270 дней внутриутробной жизни + 730 дней – первые два года жизни) определяют его здоровье на всю оставшуюся жизнь и продолжительность самой жизни. Это период наибольшей пластичности метаболических процессов, позволяющий даже «перепрограммировать» метаболическую направленность.

Программирование здоровья



Рисунок 1

Ведущая роль в метаболическом программировании здоровья принадлежит грудному вскармливанию. В Республике Беларусь приблизительно 80% женщин кормят своих детей грудью до 3 месяцев, а до 6 месяцев – лишь 40%-50%. При этом известно, что практически у всех женщин (90%-93%) есть способность к лактации. Неблагоприятное метаболическое программирование при нерациональном вскармливании ребенка, заключается не только в более высоких темпах его физического развития, но и в серьезных биохимических нарушениях. Они проявляются в первую очередь повышенной продукцией гормона инсулина, инсулиноподобного фактора роста и формированием нечувствительности тканей к инсулину, что предрасполагает к избытку массы тела и ожирению, сахарному диабету второго типа, артериальной гипертензии, болезням сердца и сосудов. Вскармливание грудным молоком, а при его отсутствии – искусственными смесями с максимально приближенным к грудному молоку

составом и рациональное введение прикорма на первом году жизни рассматривается как эффективная мера первичной профилактики перечисленных выше заболеваний.

Важны первые 1000 дней – «Программа первых 1000 дней»



Рисунок 2

На формирование здоровья ребенка оказывают влияние:

- питание матери и отца до зачатия ребенка;
- питание женщины во время беременности;
- питание матери ребенка во время кормления грудью.

Многочисленными исследованиями последних лет доказано, что наибольшее влияние на здоровье ребенка оказывает рациональное питание матери и отца ребенка еще до его зачатия. В связи с этим появилось новое направление в организации питания будущей матери – «предконцептуальная профилактика», предусматривающая правильное питание женщины до зачатия, что позволит предотвратить дефицит отдельных нутриентов при наступлении беременности, обеспечит правильное течение, благоприятный исход беременности и будет способствовать нормальному формированию, росту и развитию плода. В пред концептуальной профилактике большая роль принадлежит врачу общей практики как семейному доктору.

ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН И КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

В период *беременности* нарушения питания могут привести к тяжелым последствиям – выкидышу, преждевременным родам, рождению ребенка с различными внутриутробными дефектами, отставанию в физическом и нервно-психическом развитии. Однако опасен не только дефицит, но и избыточное потребление некоторых микронутриентов, например, витамина А, отличающегося токсичностью в больших дозах. Дефицит отдельных макро- и микронутриентов влияет не только на формирование плода, но и отрицательно сказывается в дальнейшем на состоянии здоровья ребенка, являясь фактором риска развития целого ряда заболеваний в зрелом возрасте (Таблица 1).

Таблица 1. Некоторые виды нутритивных нарушений у беременных и их возможные последствия для плода и отдаленные последствия для ребенка

Нарушение пищевого статуса	Нарушение развития плода	Отдаленные последствия
Дефицит белка и энергии	Внутриутробная гипотрофия, задержка развития головного мозга	Риск развития сахарного диабета, ожирение, гипертония, ИБС
Дефицит полиненасыщенных жирных кислот	Нарушения развития нейросетчатки и головного мозга	Проблемы со зрением, задержка интеллектуального развития
Дефицит фолиевой кислоты (в особенности в сочетании с дефицитом витаминов С, В)	Дефекты развития нервной трубки (анэнцефалия, мозговая грыжа, spina bifida)	Нарушения нервно - психического развития, риск развития сердечно - сосудистых заболеваний
Дефицит йода	Самопроизвольные аборт, мертворождения, нарушения нервно - психического развития, гипотиреоз	Нарушения нервно-психического развития, гипотиреоз, низкорослость, задержка полового развития
Дефицит железа	Преждевременные роды	Раннее развитие анемии
Дефицит или избыток витамина А	Врожденные уродства, тератогенное действие	
Дефицит селена	Слабость родовой деятельности, гипоксия плода, нарушения обмена йода	
Дефицит цинка	Задержка развития плода, гипотрофия, недоношенность	Нарушение роста, снижение иммунитета, нарушение активности ферментных систем

В первой половине беременности, когда плод еще невелик, а женщина продолжает вести обычный образ жизни, потребности в основных пищевых веществах и энергии практически не меняются и соответствуют физиологическим нормам. Важно, чтобы пища была максимально разнообразна и включала все группы продуктов, обратив особое внимание на достаточное содержание в рационе свежих овощей, фруктов, ягод и зелени, являющихся полноценными источниками витаминов и минеральных веществ.

Во второй половине беременности для обеспечения дальнейшего роста плаценты и матки, высоких темпов роста плода потребности в пищевых веществах возрастают.

Питание кормящей матери должно обеспечить: ее организм необходимыми пищевыми веществами и энергией с целью поддержания ее здоровья; достаточную продолжительность лактации; обеспечить оптимальный состав молока.

Сам процесс лактации – энергоемкий процесс (с каждым литром грудного молока женщина теряет от 500 до 900 ккал), сопровождающийся секрецией значительных количеств молока, содержащего белки, жиры, углеводы, минеральные вещества и витамины, что требует восполнения в рационе матери этих важнейших пищевых ингредиентов. Источники нутриентов должны поставляться через питание лактирующей женщины. При неадекватном питании истощаются материнские депо нутриентов, уменьшается количество нутриентов в молоке.

Полноценное питание кормящей женщины оказывает положительное влияние не на количество, а на качество молока. «Есть и пить за двоих» маме не нужно, но если мама питается не рационально, качество молока не будет оптимальным.

Сбалансированное питание матери особенно важно в течение первых 6 месяцев жизни ребенка, когда он питается исключительно грудным молоком. В этот период объем молока, который вырабатывается в сутки, может

составлять 1 л и более. Во втором полугодии жизни по мере введения в рацион ребенка прикормов выработка женского молока постепенно снижается и, соответственно, уменьшается потребность организма матери в дополнительном количестве пищевых веществ.

Таблица 2. Рекомендуемые нормы физиологической потребности женщин во второй половине беременности и во время лактации

Пищевые вещества и энергетическая ценность рациона	Базовая потребность женщины 18-29 лет	Дополнительная потребность при беременности	Дополнительная потребность во время лактации
Энергия, ккал	2200	350	500-450
Белок, г	66	30	40-30
Жиры, г	73	32	15
Углеводы, г	318	30	40-30
Кальций, мг	1000	300	400
Фосфор, мг	800	200	200
Магний, мг	400	50	50
Железо, мг	18	15	0
Цинк, мг	12	3	3
Йод, мкг	0,15	0,07	140
Витамин С, мг	90	10	30
Витамин А, мкг ретинол, экв	900	100	400
Витамин Е, мг	15	2	4
Витамин Д, мкг	10	2,5	2,5
Витамин В ₁ , мг	1,5	0,2	0,3
Витамин В ₂ , мг	1,8	0,2	0,3
Витамин В ₆ , мг	2,0	0,3	0,5
Фолат, мкг	400	200	100
Витамин В ₁₂ , мкг	3	0,5	0,5

Постановление МЗ РБ от 20.11.2012г. № 180

Кормящей матери рекомендуется принимать пищу 5-6 раз в сутки, желательно за 30-40 минут до очередного кормления ребенка. Наряду с тремя основными приемами пищи (завтрак, обед и ужин) необходимы промежуточные приемы в виде второго завтрака и полдника. Прием кисломолочного продукта (кефир, биоюгурт и др.) целесообразен ранним утром перед первым кормлением младенца или поздно вечером (на ночь).

Питание кормящей матери должно включать все основные группы продуктов – хлеб, крупы, макаронные изделия; мясо и мясопродукты; рыбу и рыбопродукты; молоко и молочные продукты; овощи и фрукты, соки.

Ассортимент мяса и мясных продуктов: мясо птицы (индейка, курица), мясо кролика, говядина (предпочтительно телятина), нежирная свинина, субпродукты (сердце, язык). Вареную колбасу, сосиски и сардельки, ветчину следует употреблять не чаще 1-2 раз в неделю. Жирные сорта мяса (утка, гусь, баранина, жирная свинина), сырокопченые и варено-копченые колбасы, закусочные консервы не рекомендуются для питания женщин, кормящих грудью.

Ассортимент рыбы: треска, хек, судак, минтай, горбуша, форель. Следует ограничить или исключить употребление в период кормления грудью соленой и копченой рыбы, не рекомендуются также рыбные и мясные бульоны, содержащие значительные количества экстрактивных веществ.

Ассортимент овощей: капуста брокколи, капуста цветная, белокочанная, брюссельская, картофель, кабачки, тыква, патиссоны, морковь, свекла, томаты и др. Приблизительно 400 г овощей (из суточной нормы) должны подвергаться тепловой обработке. Они являются ценным источником пищевых волокон, необходимых для нормального функционирования желудочно-кишечного тракта женщины.

Ежедневный рацион кормящей матери должен включать как животное, так и растительное масло. Необходимо чередование растительных масел (подсолнечное, рапсовое, льняное, соевое, оливковое).

Продукты, содержащие искусственные красители и консерванты (газированные напитки и др.), не рекомендуется использовать в питании кормящих женщин. Категорически противопоказано в период кормления грудью употребление алкогольных напитков, в том числе пива, а также курение табака и курительных смесей, употребление других психоактивных веществ. Курение тормозит выработку грудного молока, уменьшает его

объем и может быть причиной замедления ежемесячной прибавки массы тела младенца, выраженного беспокойства и даже отказа ребенка от груди. Следует временно отказаться также от натурального кофе, заменив его кофейными напитками из злаков и цикория.

Изучение фактического питания беременных и кормящих женщин Беларуси показало, что оно, как и у большинства населения республики, разбалансировано и дефицитно по ряду пищевых ингредиентов, в том числе эссенциальных, а по некоторым избыточно. Избыточным является потребление углеводов и животных жиров. Дефицитным по потреблению полиненасыщенных жирных кислот, большинства витаминов, микроэлементов (йод, селен, цинк), минеральных веществ (кальций, железо), (Рисунок 3).

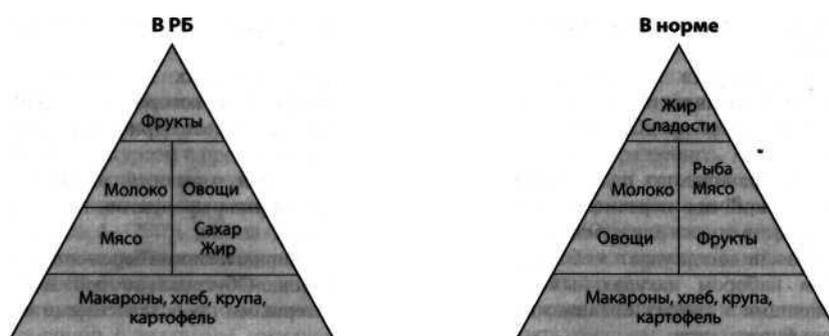


Рисунок 3

В период кормления грудью, требуется достаточный питьевой режим матери. Суточный объем жидкости для взрослого человека составляет в среднем 30-40 мл на 1 кг массы тела с учетом объема питания (в среднем не менее 2,5 л жидкости в сутки). Кормящая мать должна выпивать дополнительно 1 л жидкости в сутки (питьевая вода, чай, соки, морсы, нектары, специализированные напитки для кормящих матерей и др.).

Рекомендуемый набор продуктов питания для беременных и кормящих матерей представлен в Приложении (Таблица 1, 2).

Существуют три группы продуктов для коррекции питания женщины в период кормления грудью. *Специализированные продукты для беременных женщин и кормящих матерей* обогащены белком, полиненасыщенными

жирными кислотами, витаминами, минеральными элементами. Они повышают биологическую ценность грудного молока и продлевают период грудного вскармливания. *Витаминно-минеральные комплексы* содержат основные витамины и жизненно необходимые минеральные вещества. Они также повышают биологическую ценность грудного молока, обеспечивают нормальное развитие костной системы младенца, предупреждают дефицит железа, кальция, йода и других элементов в организме ребенка. Прием витаминно-минеральных препаратов должен быть обязательно согласован с врачом. *Специализированные продукты для кормящих матерей, содержащие компоненты с лактогонным действием*, изготовлены на основе коровьего молока или белков сои с добавлением витаминов, минеральных элементов и трав, стимулирующих выработку грудного молока. Для усиления продукции грудного молока могут применяться также специальные *фиточаи* для беременных и кормящих женщин с экстрактами душицы, мяты, настои семян укропа, тмина, напиток из травы фенхеля.

ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Терминология. Нутритивная потребность грудных детей

Рациональное вскармливание является одним из важнейших условий гармоничного роста грудного ребенка, оптимального морфологического и функционального созревания его органов и тканей, соответствующего возрасту психомоторного и интеллектуального развития, а также высокой резистентности к неблагоприятным воздействиям внешней среды. Основное требование, предъявляемое к рациональному питанию грудных детей, – соответствие количества и качества пищи потребностям растущего организма.

Рацион питания ребенка первого года жизни можно условно разделить на *молочную часть*, которая представлена грудным молоком или его заменителями и *немолочную часть*, которая представлена прикормом. Соотношение этих частей определяет вид вскармливания.

Грудное вскармливание – это кормление ребенка посредством прикладывания к груди его матери. Отдельно должны быть обозначены: вскармливание кормилицей, вскармливание сцеженным материнским молоком, вскармливание донорским молоком. При *исключительно грудном вскармливании* ребенок вскармливается только грудным молоком через сосок матери. При *преимущественно грудном вскармливании* ребенок получает грудное молоко, а также прикорм с ложки. Оба вышеназванных вида вскармливания (исключительно грудное и преимущественно грудное) объединяются общим термином *полное грудное вскармливание*.

Смешанное вскармливание – до введения прикорма ребенок кормится грудным молоком (не менее 150-200 мл в сутки) в сочетании с его искусственными заменителями, а после введения прикорма кормление грудным молоком (не менее 150-200 мл в сутки) и его искусственными заменителями сочетается с блюдами прикорма.

Искусственное вскармливание – до введения прикорма ребенок кормится только заменителями женского молока (или заменителями женского молока в сочетании с грудным молоком в объеме менее 150 мл в сутки), а после введения прикорма кормление заменителями женского молока (или заменителями женского молока в сочетании с грудным молоком, менее 150 мл в сутки) сочетается с блюдами прикорма.

В настоящее время в Республике Беларусь действуют нормы, регламентирующие потребность детей первого года жизни в основных пищевых ингредиентах, которые были утверждены в 1991 г. (Таблица3).

Грудное вскармливание

Преимущества грудного вскармливания

Доказано, что грудное молоко - лучшее питание для ребенка первого года жизни:

- сбалансированный состав компонентов и их соотношение, соответствует возможностям пищеварительной системы и обмена веществ грудного ребенка;

• ферменты грудного молока (амилаза, липаза, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа, фосфатазы, протеазы и др.) и транспортные белки обеспечивают легкость его усвоения;

Таблица 3. Физиологическая потребность детей первого года жизни в основных пищевых веществах и энергии

Нутриент	Возраст ребенка		
	0-3 месяца	4-6	7-12 месяцев
Энергия, ккал	115	115	110
всего	2,2	2,6	2,9
в т. ч. животные	2,2	2,5	2,3
Жиры, г	6,5	6,0	5,5
Углеводы, г	13	13	13
<i>Минеральные вещества, мг</i>			
Кальций	30	35	40
Фосфор	300	400	500
Магний	55	60	70
Железо	4	7	10
Цинк	3	3	4
Йод	0,04	0,04	0,06
<i>Витамины</i>			
С, мг	30	35	40
А, мкг	400	400	400
Е, мг	3	3	4
Д, мкг	10	10	10
В ₁ , мг	0,3	0,4	0,5
В ₂ , мг	0,4	0,5	0,6
В ₆ , мг	0,4	0,5	0,6
РР, мг	5	6	7
Фолат, мкг	40	40	60
В ₁₂ , мг	0,3	0,4	0,5

• гормоны и факторы роста (лептин, грелин, эпидермальный и инсулиноподобный факторы роста и др.), выполняют роль регуляторов роста и дифференцировки тканей и органов, метаболизма и аппетита грудного ребенка;

• содержит многочисленные компоненты формирования постинфекционной защиты и поствакцинального иммунитета ребенка: гуморальное звено (slgA, другие Ig); клеточное звено (макрофаги,

нейтрофилы, лимфоциты); иммуномодулирующие компоненты (цитокины, нуклеиновые кислоты, антиоксиданты); прочие компоненты (олигосахариды, свободные жирные кислоты, лактоферрин, α-лактальбумин);

- олигосахариды грудного молока наряду с низкими уровнями белка и фосфора способствуют росту нормальной кишечной микрофлоры;

- штаммы бифидобактерий грудного молока являются ключевым фактором становления и созревания местного иммунитета пищеварительного тракта, а также развития структурно-функциональных единиц кишечника младенца;

- длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты для формирования клеток головного мозга и сетчатки глаза у грудных детей, у детей на грудном вскармливании более высокий коэффициент интеллектуального развития;

- обеспечивает адекватное развитие детского организма при рациональном питании кормящей матери;

- снижение риска развития атеросклероза, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, лейкозов в последующие годы жизни;

- взаимное позитивное эмоциональное воздействие, которое испытывают мать и ребенок при кормлении грудью;

- снижение числа случаев внезапной смерти младенцев, находящихся на грудном вскармливании.

Биологически активные соединения женского молока, которые на данном этапе развития технологий невозможно полностью смоделировать в его искусственных заменителях (Таблица 4).

Состав женского молока изменяется в процессе лактации, особенно на протяжении первых дней и месяцев кормления грудью. В первые 5 дней после родов у женщины вырабатывается *молозиво*, в течение последующих 6-10 дней молоко имеет признаки переходного между молозивом и зрелым молоком – *переходное молоко*. С 15-го дня лактации вырабатывается *зрелое женское молоко*. Этот эволюционный процесс обеспечивает изменяющиеся

потребности грудного ребенка в самый ответственный первый месяц жизни. Небольшой объем молозива в первые дни лактации компенсируется относительно высоким содержанием белка и защитных факторов. В последующие недели концентрация белка в женском молоке снижается и остается в дальнейшем практически неизменной.

Таблица 4. Биологически активные и защитные факторы женского молока

Факторы роста и дифференцировки		Эпидермальный фактор роста, инсулиноподобный фактор роста, лактоферрин, таурин, полиамины, простагландины, нуклеотиды
Защитные факторы		Макрофаги, лимфоциты, нейтрофилы, иммуноглобулины, интерферон, лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза, олигосахариды и другие бифидогенные факторы, комплемент
Регуляторы метаболизма		Витамины и витаминоподобные соединения, в том числе карнитин; микроэлементы; свободные аминокислоты, в том числе таурин; нуклеотиды, ферменты, гормоны и гормоноподобные вещества
Гормоны и гормоноподобные вещества	Гормоны гипоталамуса и гипофиза	Рилизинг-факторы тиреотропина, гонадотропина, гормона роста; пролактин, окситоцин, тиреоидстимулирующий гормон
	Тиреоидные гормоны	Тироксин и трийодтиронин
	Кортикостероиды	
	Половые гормоны	Эстрогены и их метаболиты, прогестерон и его метаболиты
	Гормоны поджелудочной железы	Инсулин
	Простагландины	Простагландины E ₂ , F ₂
	Гормональноактивные пептиды	Бомбезин, грейлины, лептины, нейротензин

Белок грудного молока идеален для ребенка:

- содержится в оптимальном количестве – 0,9-1,2г/100мл
- имеет высокое качество - оптимальный аминокислотный профиль
- отличается преобладанием сывороточной фракции – 70%, 30% казеина.

Химический состав зрелого женского и коровьего молока принципиально различается в количественном отношении (Таблица 5).

Наиболее лабильный компонент женского молока – жир. Его концентрация меняется не только в зависимости от рациона питания кормящей матери, но и в течение дня, а также в процессе кормления, нарастая к концу. Содержание углеводов более стабильно на протяжении всего периода лактации, однако оно также меняется в процессе кормления. Максимальная концентрация углеводов отмечается в первых порциях молока, затем она постепенно понижается. Последние порции грудного молока («заднее» или «позднее молоко») относительно бедны углеводами, но богаты жиром.

Таблица 5. Сравнительный химический состав зрелого женского и коровьего молока [Тутельян В. А. и соавт., 2007]

Нутриент		Содержание в 100 мл молока	
		Женское	Коровье молоко
Белки	всево,г	0,9-1,3	2,8-3,2
	в том числе казеин, мг	250	2600
	в том числе	700	670
Жир (средняя порция), г		3,9-4,5	3,0-3,5
Углеводы, г		6,8-7,2	4,8
Минеральные СОЛИ, мг	кальций	25,5	120
	фосфор	13,0	95
	натрий	18,0	77
	калий	45,5	143
Витамины	А, мг	0,055	0,03
	Е, мг	0,43	0,06
	С, мг	6,2	М
	В ₁ , мкг	20	43
	В ₂ , мкг	60	156

Грудное молоко не только самое физиологичное, но и самое экономичное питание. Даже при обогащении рациона кормящей матери специализированными продуктами и витаминно-минеральными комплексами оно обходится семье значительно дешевле, чем регулярное приобретение высококачественных заменителей грудного молока.

Основные периоды грудного вскармливания: 1) подготовительный период – формирование психологической установки на кормление грудью, начиная со школьного возраста будущей матери и до конца беременности,

активная подготовка к лактации во время беременности (формирование доминанты лактации); 2) период взаимоиндукции – от первого прикладывания к груди сразу после родов с кожным контактом ребенка с матерью и до появления значимой секреции молока на 3-4-й день после родов; 3) адаптационный период – от нерегулярного режима кормления до формирования устойчивого ритма голода и насыщения в течение от 15 дней до 1 мес. после родов; 4) основной период – успешное кормление с постепенно возрастающими или постоянными интервалами между кормлениями, хорошим эмоциональным контактом при кормлении и хорошим состоянием питания ребенка, стабильными прибавками массы тела и адекватным психомоторным развитием; 5) лактационный криз – может быть первый, второй и третий. Это кратковременное снижение лактации, сопровождающееся беспокойством ребенка, урежением стула. При адекватных мерах (увеличении числа прикладываний к груди, упорядочении режима матери и др.) лактация восстанавливается в течение 5-7 дней, т. е. восстанавливается основной период; 6) период прикормов – до сохранения 2 прикладываний к груди; 7) период отлучения – менее 2 прикладываний к груди.

Основные принципы организации грудного вскармливания:
формирование доминанты лактации у беременной женщины;
рациональное питание беременной и кормящей женщины;
максимально раннее прикладывание ребенка к груди;
реализация режима свободного вскармливания (кормление ребенка грудью по требованию).

Формирование доминанты лактации основано на преимуществах грудного вскармливания (см. выше).

Раннее прикладывание ребенка к груди – в течение первых 30 минут после родов непосредственно в родильном зале – способствует выделению молозива, обеспечивает защиту младенца от инфекций и заселение его кишечника полезной микрофлорой. Более мощного стимула выработки

грудного молока, чем сосание ребенка, не существует.

Противопоказания к раннему прикладыванию ребенка к груди со стороны матери: оперативное вмешательство в родах; тяжелые формы гестозов; сильные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде; открытая форма туберкулеза; состояние декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, почек, печени; острые психические заболевания; злокачественные новообразования; гипертиреоз; особо опасные инфекции; ВИЧ-инфицирование, СПИД. Противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны ребенка: оценка состояния новорожденного по шкале Апгар ниже 7 баллов; тяжелая церебральная патология и асфиксия новорожденного; глубокая недоношенность; тяжелые пороки развития (челюстно-лицевого аппарата, сердца, желудочно-кишечного тракта). Абсолютными противопоказаниями к вскармливанию грудью и грудным молоком со стороны ребенка являются: врожденные нарушения метаболизма, такие как галактоземия, фенилкетонурия.

Физиологическая желтуха новорожденных не является противопоказанием для грудного вскармливания. Раннее прикладывание ребенка к груди и частые кормления могут предотвратить развитие физиологической желтухи, так как молозиво, обладая слабительным эффектом, способствует более быстрому опорожнению кишечника от мекония. Кроме того, адекватное возрасту количество грудного молока предупреждает синдром сгущения желчи. Желтуха Ариаса встречается редко и развивается у 1-4% детей после первой недели жизни. Для нее характерно повышение уровня несвязанного билирубина в крови. Общее состояние ребенка не страдает. Предполагается связь желтухи с различными компонентами грудного молока. Для подтверждения диагноза рекомендуется временный перевод ребенка на кормление пастеризованным материнским молоком или его заменителями (смесями) с сохранением лактации в течение 1-2 суток, благодаря чему клинические проявления желтухи угасают. Гипербилирубинемия при несовместимости по АВО-системе не является

противопоказанием для кормления ребенка грудью с рождения. Антитела, содержащиеся в материнском молоке, разрушаются соляной кислотой и ферментами пищеварительной системы ребенка. При резус-несовместимости ребенка можно прикладывать к груди через 3-5 часов после операции замененного переливания крови. Если замененное переливание крови не проводилось, в течение первых 10-14 дней новорожденного кормят пастеризованным материнским молоком или донорским молоком. Во время пастеризации антирезус-антитела разрушаются.

Прием лекарственных средств кормящей матерью может быть фактором, ограничивающим или препятствующим грудному вскармливанию (Приложение, Таблица3).

Факторы, влияющие на становление полноценной лактации:

- исключение допаивания между кормлениями;
- профилактика лактостаза;
- правильное положение матери и ребенка при кормлении;
- отказ от предметов, имитирующих сосок матери;
- охранительный режим и рациональное питание, и питьевой режим кормящей женщины.

Ситуации, когда ребенок, находящийся на исключительно грудном вскармливании, нуждается в *допаивании*: низкая относительная влажность воздуха в жилом помещении; высокая температура окружающей среды; прием матерью накануне кормления грудью обильной жирной пищи. В таких случаях при отказе ребенка от груди и беспокойстве рекомендуется предложить ему питьевую детскую воду из ложки. Если ребенок охотно пьет, значит он нуждается в жидкости. Допаивание грудных детей обязательно при заболеваниях, сопровождающихся высокой лихорадкой, диареей, рвотой, а также при выраженной гипербилирубинемии (желтуха).

Реализация режима свободного вскармливания – прикладывание ребенка к груди должно осуществляться при появлении первых признаков голода со стороны ребенка, таких, как активные сосательные движения,

звуковые знаки, доходящие до крика, вращательные движения головки. Частота прикладываний к груди в первый месяц грудного вскармливания может достигать до 12-20, уменьшаясь в последующем до 7-5 раз. Особенно важны во 2-ом и 3-ем периодах грудного вскармливания ночные кормления грудью, которые улучшают и поддерживают лактацию на необходимом уровне. Длительность кормления грудью не должна ограничиваться. Если ребенок после опорожнения одной грудной железы проявляет пищевое беспокойство, то его следует приложить к другой.

Длительность пребывания ребенка у груди матери не следует ограничивать даже тогда, когда ребенок практически уже ничего не высасывает, а просто дремлет у груди. Потребность в контакте и сосании нередко носит самостоятельный характер. Активность сосания значительно варьирует у разных детей и ребенок может недополучить более жирное «позднее» молоко, если рано прекратить кормление. Считается, что высокое содержание жиров к концу кормления действует как регулятор насыщения, поэтому время кормления не должно произвольно ограничиваться матерью. Каждый ребенок сам определяет длительность пребывания у груди: для новорожденных это время колеблется от 20 до 30 минут, а дети старше 1 месяца насыщаются быстрее – за 10-20 минут.

Если у ребенка имеется склонность к срыгиваниям, то после окончания кормления ему следует придать вертикальное положение, чтобы отошел заглоченный во время сосания воздух, что определяется по громкому звуку отрыжки.

При свободном вскармливании и частом прикладывании ребенка к груди матери, как правило, не возникает необходимости в сцеживании молока после кормления. Сцеживание показано: в случае вынужденной разлуки матери и ребенка, сцеживание необходимо для поддержки лактации, а молоко для кормления ребенка; при недостатке молока у матери для стимуляции лактации; как лечебная процедура при избытке молока и возникновении лактостаза. В первые дни после родов, когда происходит

«прилив молока», а иногда и позже женщина может испытывать болезненность, чувство «распираания» за счет нагрубания молочных желез. Такое явление называется лактостазом. На этом этапе сцеживание молока обязательно и важны частые прикладывания ребенка к груди. Возможно сцеживание молока самой женщиной и использование молокоотсоса. Через 2-4 недели после родов, когда лактация устанавливается, необходимость в сцеживании отпадает.

У некоторых женщин может иметь место затруднение в отдаче молока, хотя их молочные железы полны. Это явление объясняют не психологическими, а физическими причинами: из-за недостаточного отсасывания молока железы бывают переполнены, и, как следствие, чрезвычайно высокое обратное давление не дает окситоцину сокращать миоэпителиальные клетки. Тепло, умелое сцеживание некоторого количества молока может снизить это давление и дать возможность заработать рефлексу отдачи. Временное подавление или задержка выбрасывания молока встречаются сравнительно часто. Это можно также устранить, заставив ребенка немного подождать, пока сосательный рефлекс не вызовет отдачу молока. В случаях, когда женщина поглощена негативными мыслями о своей неспособности к лактации, это временное подавление отдачи молока нередко истолковывается как показатель недостаточной лактации («нехватка молока»).

Правильный захват ребенком груди матери чрезвычайно важен (Рисунок 4) и предусматривает захват соска, ареолы и даже части железы, примыкающей к ареоле. При этом язык опускается вниз, нижняя губа ребенка должна быть под соском вывернута наружу, а подбородок должен прилегать к груди. Сосок должен находиться во рту почти на уровне мягкого неба. Ареола практически не должна быть видна, только надо ртом ребенка. Движениями языка ребенок осуществляет ритмичный массаж соска и ареолы – происходит «выдавливание» молока. При этом хорошо видны движения мышц в области прикрепления их к челюстным костям около

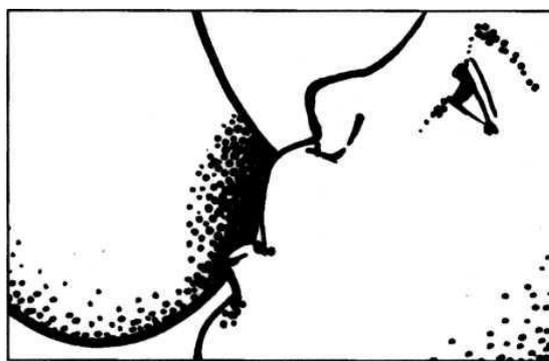
ушей, а не в области щек. Захват соска без ареолы и его сосание приводит к формированию трещин. *Эффективность сосания оценивают* не столько по активности сосательных, сколько *по выраженности глотательных движений* и звуку, сопровождающему глотание.

Полный, глубокий захват груди обеспечивает: легкость сосания; полное опорожнение груди; хорошую координацию между сосанием, глотанием и дыханием; профилактику трещин соска.

Кормления грудью необходимо чередовать, чтобы обе молочные железы полностью опорожнялись. Лучше, если в каждое кормление ребенок будет сосать одну грудь, так он получит и «раннее» и «позднее» молоко.



Правильное прикладывание ребенка к груди



Неправильное прикладывание ребенка к груди

Рисунок 4

Как правило, этого достаточно для насыщения, но если ребенок не насытился, то можно дать вторую грудь. В этом случае следующее кормление надо начинать с той груди, которой закончилось предыдущее. Не следует забирать у ребенка одну грудь раньше времени и предлагать вторую. Необходимо дождаться, когда ребенок полностью опустошит первую, в противном случае он не дополучит наиболее жирное «позднее» молоко. Кроме того, первые порции молока высасываются легче, чем последующие, и ребенок быстро приучается не досасывать, а это вызывает застой молока и уменьшение лактации.

Способы расчета объема питания, необходимого ребенку

В первые 7-10 дней жизни ребенка его потребность в женском молоке или смеси быстро нарастает. Для приблизительного расчета суточного

объема питания можно пользоваться формулой Зайцевой: объем молока за сутки (мл) = 2% от массы тела при рождении (г) x n, где n – число дней жизни ребенка. Для определения объема одного кормления следует суточный объем разделить на число кормлений. Разовый объем молока также можно подсчитать, умножив число дней жизни ребенка на 10.

После 7-10 дня жизни ребенка при подсчете объема питания используют: «калорийный»; «объемный» способы; формулу Шкарина.

При расчете питания «калорийным» способом учитываются энергетические потребности детей, которые в первом полугодии составляют 115 ккал/кг, а во втором полугодии – 110 ккал/кг. Зная массу тела ребенка и приблизительную калорийность женского молока (680 ккал в 1 л) или смеси (указана на упаковке), можно рассчитать необходимый суточный объем питания. Так ребенку в возрасте 2-х месяцев с массой тела 4600 г требуется $115 \times 4,6 = 529$ ккал в сутки. Объем женского молока = $(529 \times 1000) : 680 = 780$ мл.

Использование формулы Шкарина: предполагается ребенок в возрасте 8 недель (2 мес.) должен получать 800 мл молока в сутки. На каждую неделю, недостающую до 8 недель – на 50 мл меньше смеси: $800 - 50 \times (8-n)$, где n – число недель жизни ребенка. На каждый месяц после 2-х месяцев – на 50 мл смеси больше: $800 + 50 \times (n-2)$, где n – число месяцев жизни ребенка.

«Объемный» метод заключается в определении суточного объема питания в зависимости от массы тела и возраста ребенка. Это основной способ подсчета питания, необходимого здоровому ребенку.

Таблица 6. Определении суточного объема питания ребенка первого года жизни

Возраст	Суточный объем молока
10 дней - 2месяца	1/5 массы тела
2- 4 месяца	1/6 массы тела
4 - 6 месяцев	1/7 массы тела
6 - 9 месяцев	1/8 массы тела

При расчете питания любым способом необходимо помнить, что его суточный объем у детей первого полугодия жизни не должен превышать 1000 мл, во втором полугодии – 1000-1100 мл.

В оценке достаточности суточного объема питания ребенка на первом году жизни следует ориентироваться на показатели прибавки массы тела. Средние прибавки массы тела ребенка на первом году жизни следующие: 1-ый месяц жизни – 600–650 г, 2-ой месяц жизни – 800 г, 3-ий месяц – 800 г, 4-ый месяц – 750 г, 5-ый месяц – 700 г и далее каждый последующий месяц жизни прибавка на 50 г меньше, чем в предыдущий месяц (6-ой мес. – 650 г, 7-ой мес. – 600 г и т.д.).

Вероятные признаки недостаточной лактации: беспокойство и крик ребенка во время или сразу после кормления; необходимость частого прикладывания к груди; продолжительное сосание груди ребенком с большим количеством сосательных движений при отсутствии глотательных; ощущение матерью полного опорожнения грудных желез при активном сосании ребенка, при сцеживании после кормлений молока нет; беспокойный сон, частый плач, «голодный» крик; скудный редкий стул и редкие мочеиспускания (симптом «сухих пеленок» или «экономии памперсов»).

Достоверные признаки недостаточной лактации: малая прибавка массы тела; концентрированная моча при редких (менее 6 раз в сутки) мочеиспусканиях.

Окончательный вывод о недостаточной выработке грудного молока может быть сделан только после *контрольного взвешивания* ребенка до и после каждого кормления в течение суток и определения фактического суточного объема питания в сравнении с долженствующим расчетным объемом питания в сутки.

Важным аспектом рационального вскармливания является **правильный режим питания.**

Таблица 7. Суточный и разовый объемы питания

	Суточный объем питания (мл)	Разовый объем питания (мл)
10 дн -1 мес	500-650	70-110
1 -2мес	700-800	110-140
2-3мес	800-900	130-160
3-4-5 мес	900-1000	150-180
Старше 4-5 мес до 1 года	1000	180-210

Свободное вскармливание – это вскармливание по требованию (см.выше). *Регламентированное вскармливание* – это режим питания ребенка, когда кормления проводятся в более или менее фиксированные часы, кратность и объем кормлений рекомендует врач, учитывая возраст, массу тела, аппетит и индивидуальные особенности ребенка. Чаще проводится после 1-2 месяцев жизни, особенно при варианте смешанного вскармливания.

Важно наблюдать за реакцией ребенка и его поведением при кормлении не отвлекаясь на разговоры, чтение, просмотр телепередач и т. д. Мать должна хорошо видеть лицо ребенка, а ребенок – лицо матери (контакт «глаза в глаза»). Желательно, чтобы при кормлении регулярно повторялся контакт «кожа к коже», особенно в период становления лактации или при ее временном уменьшении. Контакты «глаза в глаза» и «кожа к коже» являются дополнительными стимулами лактации.

Таблица 8. Примерные часы и число кормлений ребенка первого года жизни

Режим	Возраст	Кормления			Ночной перерыв
		Число кормлений	Интервал в часах	Часы	
Свободное вскармливание	До 1-2 мес.	Кормление по требованию ребенка			отсутствует
Регламентированное вскармливание	До 1-2 мес.	7	3	6 ⁰⁰ -9-12-15-18-24 ⁰⁰	6 час
		8	3	6 ⁰⁰ -9-12-15-18-24-03 ⁰⁰	отсутствует
	С 2 до 5-6	6	3,5	6 ⁰⁰ -9-13-16-	6,5 час

	мес.			-20-23 ⁰⁰	
		7	3,5	6 ⁰⁰ -9-13-16- -20-23-03 ⁰⁰	отсутствует
	2-е полугодие	5	4	6 ⁰⁰ -10-14- 18-22 ⁰⁰	8 час

Кормление грудью целесообразно продолжать до достижения ребенком возраста 1-1,5 года, но частоту прикладывания к груди после одного года жизни рекомендуется сократить до 3-2-1 раз в сутки.

Смешанное вскармливание. Расчет суточного объема питания проводится по указанным выше формулам. При смешанном вскармливании важно сохранить режим свободного вскармливания. Фактический суточный объем грудного материнского молока определяется путем контрольного взвешивания и недостающий объем питания компенсируется молочной смесью – *докорм*. Основное правило докорма – введение его после кормления грудью. Необходимо также предлагать ребенку грудь при каждом кормлении; прикладывать ребенка к обеим грудным железам при небольшом объеме молока; давать докорм с ложечки, если его объем небольшой; использовать бутылочки с упругой соской и мелкими отверстиями, если объем докорма относительно большой; готовить молочную смесь непосредственно перед кормлением и не использовать остаток смеси для следующего кормления.

Искусственное вскармливание – ребенок получает исключительно заменители женского молока (смеси или «формулы»). Суточный объем питания здоровым детям определяется также «объемным» методом. До введения прикорма рекомендуется 6-7 – разовое кормление с интервалом 3 или 3,5 ч (соответственно 6- или 6,5- часовой ночной перерыв). После введения первого прикорма ребенок может быть переведен на 5-разовое кормление с интервалом 5 ч и ночным перерывом 8 ч. Указанная частота

кормлений для здоровых детей является ориентировочной, возможны индивидуальные колебания.

Классификация детских молочных смесей (заменителей женского молока):

- с учетом возраста ребенка (имеют соответствующую цифровую маркировку): «начальные» или «стартовые» смеси «последующие», смеси для детей от «0 до 12 месяцев»;

- по консистенции: сухие или жидкие;
- по характеру белкового компонента: с преобладанием сывороточных белков и с преобладанием казеина;
- по характеру обработки: пресные и кисломолочные;
- по наличию функциональных компонентов: с добавлением и без.

С учетом возраста ребенка «начальные» или «стартовые» смеси, маркированные цифрой 1, предназначены для вскармливания детей первых 5-6 месяцев жизни. «Последующие» смеси, маркированные цифрой 2, предназначены для вскармливания детей второго полугодия жизни. «Последующие» смеси, маркированные цифрой 3, предназначены для вскармливания детей раннего возраста (от 10 месяцев до 3 лет). Смеси от «0 до 12 месяцев» могут применяться на протяжении все первого года жизни ребенка.

Основные современные требования к детским молочным смесям – это адаптация компонентов молочных смесей (это максимальное приближение качественного и количественного состава смеси к женскому молоку) и обогащение (нуклеотидами, пре- и пробиотиками).

Кисломолочные смеси предназначены для смешанного или искусственного вскармливания здоровых детей, для детей с функциональными нарушениями пищеварения (запоры), для профилактики и лечения дисбактериоза кишечника и снижения риска развития кишечных инфекций. Основные преимущества кисломолочных смесей: в ходе кисломолочного брожения антигенные свойства белка уменьшаются,

усвояемость белка из кисломолочных смесей более высокая (створаживается более мелкими хлопьями).

Существуют также смеси для детей с особыми диетическими потребностями. *Смеси с частичной степенью гидролиза белка* являются гипоаллергенными, в названии есть обозначение ГА. Если грудного молока недостаточно или его нет совсем, вводить в питание детей с риском развития аллергии, а также имеющих проявления аллергии легкой степени, обычные базовые смеси недопустимо. *Смеси для недоношенных и обогатитель или усилитель (фортификактор) женского молока*. Фортификатор представляет собой белковый порошок в пакетиках – саше, который по специальным расчетам добавляется в порции свежесцеженного молока для недоношенных детей. *Смеси на основе соевого белка* применяются при непереносимости белков коровьего молока, если использование гидролизатов до годовалого возраста по каким-то причинам (большая стоимость, отказ ребенка) длительно невозможно; непереносимости лактозы, в том числе транзиторной лактазной недостаточности после кишечных инфекций бактериального и вирусного происхождения; лактоземии, целиакии. При назначении соевых смесей во избежание формирования аллергии к сое необходимо отсутствие в анамнезе данных об аллергии к сое и бобовым у ближайших родственников, а также, во избежание формирования аллергии к сое: возраст ребенка не менее 5-6 месяцев, особенно при кожно- и гастроинтестинальных формах пищевой аллергии, постепенное (в течение 5-7 дней) введение смеси в рацион, полное исключение из рациона всех молочных продуктов (в том числе кисломолочных, творога, сливочного масла). *Низко- и безлактозные смеси* используются при вторичной лактазной недостаточности, для детей, перенесших диарею, для детей, имеющих функциональные нарушения пищеварения (в т.ч. колики), при других состояниях, сопровождающихся повреждением энтероцитов, при синдроме «короткой кишки». Безлактозную смесь назначают детям с первичной лактазной недостаточностью, обусловленной врожденной ферментативной недостаточностью. В

зависимости от толерантности к лактозе и характера сопутствующей патологии безлактозной смеси используют и в питании детей с вторичной лактазной недостаточностью. *Антирефлюксные смеси* используются для детей со срыгиваниями и гастроэзофагеальным рефлюксом.

Алгоритм выбора смеси для смешанного и искусственного вскармливания предполагает обязательный учет следующих показателей:

- возраст ребенка;
- функциональные возможности желудочно-кишечного тракта;
- наличие риска аллергических заболеваний;
- сопутствующая патология;
- особые диетические потребности;
- характер и возможные побочные эффекты медикаментозной терапии;
- финансовая обеспеченность семьи;
- индивидуальная переносимость смеси;
- вкусовые предпочтения ребенка.

Прикорм

Грудное молоко и современные адаптированные смеси полностью удовлетворяют потребности ребенка первых 4-6 месяцев жизни в основных микро- и макронутриентах как при смешанном, так и при искусственном вскармливании. При любом варианте вскармливания и достижении ребенком возраста 4-6 месяцев жизни он нуждается в введении прикорма.

Прикорм – это немолочная часть рациона, животного или растительного происхождения, которая постепенно вытесняет грудное молоко и способствует переводу ребенка на питание «взрослого типа».

Сроки и схема введения

Возраст, в котором в рацион питания ребенка нужно ввести прикорм строго индивидуален. Первый прикорм вводится в рацион ребенка не раньше 4 и не позже 6 месяцев жизни.

Признаками готовности ребенка к введению прикорма являются: угасание рефлекса «выталкивания» языком при хорошо скоординированном рефлексе проглатывания пищи; готовность ребенка к жеванию; состоявшееся или текущее прорезывание зубов; самостоятельное сидение или с небольшой поддержкой и умение показать головой или рукой эмоциональное отношение к пище: голодный ребенок тянется в сторону подаваемой ложки с едой или отворачивает голову, когда насытится или рукой отстраняет кормящего; зрелость функций желудочно-кишечного тракта, достаточная для усвоения небольшого количества прикорма без расстройств пищеварения и аллергических реакций на этот продукт.

Из новых, вполне обоснованных тенденций прикорма следует указать следующие: тенденция к более поздним срокам введения продуктов прикорма, переход к индивидуальным срокам введения продуктов и блюд прикорма, тенденция к замене традиционных прикормов домашнего приготовления кашами, овощами, мясными пюре фабричного производства, тенденция к замене цельного коровьего молока или кефира новой группой молочных продуктов – «последующие» смеси.

Правила введения прикорма:

- новые прикормы следует вводить только здоровому ребенку. Нельзя вводить их при острых заболеваниях, при изменении условий жизни: поездки, переезды, смена ухаживающих лиц, при проведении профилактических прививок;
- прикорм следует давать перед кормлением грудью, начиная с 1-2 чайных ложек, увеличивая объем до 150 г в течение 2 недель. Максимальный объем блюд прикорма не должен превышать 180-200 г;
- новый вид прикорма можно вводить после полной адаптации к предыдущему. Два новых вида прикорма вводить одновременно нельзя;
- прикорм должен быть гомогенными по консистенции до 6-7 месяцев, пюреобразными – до 9-10 месяцев, крупноизмельченными – старше 9 месяцев;

- новый прикорм лучше вводить в утренние часы, чтобы проследить за реакцией ребенка. При этом следует наблюдать за поведением, стулом, состоянием кожных покровов;
- вначале всегда следует вводить прикорм из одного вида продуктов (монокомпонентные), только после привыкания к ним постепенно вводят смеси из нескольких видов продуктов (поликомпонентные);
- прикорм дается в теплом виде с ложечки, желательно, чтобы ребенок сидел за специальным детским столом.

Схема введения прикорма.

Первый прикорм – каша промышленного производства, монокомпонентная, может быть безмолочной и молочной. Рекомендуемое итоговое количество в 5 мес – 50-100 г, 6 мес – 150 г, 8 мес – 150 г, 9-12 мес – 180-200 г. *Второй прикорм* – овощное пюре. Вводится через 2 недели после каши (5 мес – 10-100 г, 6 мес – 150 г, 7 мес – 150 г, 8 мес – 170 г). *Третий прикорм* – мясо. Вводится через 2 недели после овощного пюре (до 8 мес – 30 г/сут, с 8 мес – 50 г/сут, с 9 мес – в среднем 60-70 г/сут.).

Последовательность введение трех основных первых прикормов может меняться. При дефиците массы, при учащенном стуле первый прикорм – каша; при избыточной массе и запорах – овощное пюре. Если первый прикорм – овощное пюре, то второй – мясо. Детям с уровнем гемоглобина ниже 110/г/л мясо вводится вторым прикормом через 10-14 дней после каши, а овощное пюре – третий прикорм.

Желток сваренного вкрутую куриного яйца вводится с 7-8 мес. (в 7 мес. – $\frac{1}{4}$, в 8-12 мес. – $\frac{1}{2}$ желтка). С 7 мес. дают *печенье* или *сухарик* из белого хлеба. С 8 мес. кусочек несдобного белого пшеничного хлеба. Детский йогурт, *кефир* не ранее 8 мес., не более 200 мл. С 10 мес. можно вводить *рыбу* 1-2 раза в неделю в качестве альтернативы мясу животных и птицы или дополнительно к нему. *Творог* показан только при наличии дефицита белка в рационе, не ранее 6,5 мес. – 10-30 г, 7-9 мес. – 40 г,

9-12 мес. – 50 г. *Фруктовые пюре и соки* рекомендуются только после введения основных энергоемких прикормов (каша, овощи, мясо).

Рекомендуемая *последовательность введения различных каш*, в качестве первых каш рекомендуются каши монокомпонентные, безмолочные, безглютеновые: старше 4 мес. – рис, гречка; старше 5 мес. – кукуруза и ее смесь с рисом или гречкой; глютеносодержащие каши: овсяная, толокняная, манная и др.; старше 6 мес. – каши из трех и более зерновых компонентов, включая пшено; старше 9 мес. – каша типа мюсли с добавками фруктов и овощей.

Промышленность выпускает инстантные (растворимые) каши молочные и безмолочные; безглютеновые и глютеносодержащие; моно- и поликомпонентные, с овощными и фруктовыми добавками; обогащенные пре- и пробиотиками, минералами, витаминами.

Каша ступени 1 предназначены для начального этапа прикорма. Они могут быть молочными и безмолочными, монокомпонентные, имеют тончайшую консистенцию, облегчающую глотание. *Каша ступени 2* (молочные и безмолочные) – для расширения рациона, их консистенция позволяет ребенку учиться есть с ложки; имеют фруктовые (чернослив, яблоко, груша, банан, абрикос) или овощные (тыква) добавки. *Каша ступени 3* (молочные и безмолочные), поликомпонентные, наполнители в виде небольших твердых кусочков (ребенок учиться жевать).

Преимущества прикорма промышленного производства: стабильный состав, качественный белок, адекватный уровень микронутриентов, контроль за уровнем пестицидов и токсических веществ в используемом сырье, микробиологический контроль, гарантированное содержание железа, цинка, кальция, йода и 12 витаминов; уже готовы к употреблению. Состав прикорма домашнего производства меняется, белок не сбалансирован, микронутриентов практически нет, возможны попадание вредных веществ в сырье и контаминация бактериями. Однако, это не отменяет возможность использования прикорма домашнего приготовления. Преимуществами

последнего является приготовление непосредственно перед кормлением, «с частичкой маминой души».

С введением прикорма начинается *«пищевое воспитание» ребенка*, которое включает формирование: навыков потребления густой и плотной пищи, ребенок должен научиться брать пищу с ложки, жевать, проглатывать ее; навыков «кусочкового» питания (с 9-10 месяцев); вкусовых ощущений; навыков опрятности и поведения за столом; навыков пользования столовой посудой, ложкой, чашкой; навыка доедать положенную в тарелку порцию, разумно подбирая блюда и объем порции. Конечным этапом является формирование навыков самостоятельной еды, но это происходит на 2-м году жизни ребенка.

При введении новых блюд прикорма могут возникнуть ***симптомы пищевой непереносимости***. Основные клинические проявления выражаются в нарушении функционального состояния пищеварительного тракта (срыгивания, рвота, метеоризм, кишечная колика, неустойчивый стул) и в появлении кожных аллергических изменений. В этих случаях целесообразно ведение родителями пищевого дневника, в котором отмечается время кормления и набор продуктов, используемых при приготовлении блюд прикорма, а также время, сроки и характер клинических проявлений.

Возможны:

1. Транзиторная дезадаптация. Кроме диспепсических симптомов характеризуется учащением и увеличением объема стула, в котором видны непереваренные комочки и кусочки съеденной пищи. Срок появления симптомов от 1 до 7 суток. Состояние связано с недостаточной зрелостью органов пищеварения ребенка, замедленным становлением активности ферментных систем ЖКТ или несоблюдением правил введения прикорма. В таких случаях блюда прикорма следует вводить более медленно и постепенно или отложить их введение на какой-то срок, продлив грудное вскармливание.

2. Транзиторная пищевая аллергия. Транзиторные проявления связаны

с недостаточной зрелостью механизмов кишечного антигенного блокирования. Срок появления аллергических реакций от 1 суток до 1 месяца. В таких случаях введение соответствующего блюда прикорма (или отдельного компонента) следует отложить на длительный срок. Рекомендуется максимально долго сохранять грудное вскармливание при гипоаллергенной диете кормящей матери. В части случаев требуется назначение лечебного питания.

3. Пищевая непереносимость может быть проявлением врожденных или приобретенных заболеваний органов пищеварения (глютенная энтеропатия, дисахаридазная ферментопатия, синдром мальабсорбции и др.) или генетически детерминированной склонности к гиперпродукции IgE (пищевая аллергия). В таких случаях назначается лечебное питание после обследования и консультации педиатра, генетика, аллерголога.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1. Рекомендуемый суточный набор продуктов питания
для беременных женщин (г. брутто)

Набор продуктов	Количество
Хлеб пшеничный	120
Хлеб ржаной	100
Мука пшеничная, мучные изделия	15
Крупа, макаронные изделия	60
Картофель	200
Овощи, зелень	500
Фрукты свежие / соки	300/150
Фрукты сухие	20
Сахар	60
Кондитерские изделия	20
Мясо, птица	170
Рыба	70
Молоко, кефир и др. кисломолочные	500
Сметана 10% жирности	15
Масло сливочное	25
Яйцо, шт.	56
Сыр	15
Чай	1
Соль	5
Кофе	3
Химический состав рациона	
Белки,г	96
в том числе животные, г	60
Жиры, г	90
в том числе растительные, г	23
Углеводы, г	340
Энергетическая ценность, ккал	2556

Разработаны ГУ НИИ питания РАМН, 2006 г

Таблица 2. Примерный суточный набор продуктов для женщин, кормящих грудью

Набор продуктов	Количество (граммы брутто)
хлеб пшеничный	150
хлеб ржаной	100
крупы, макаронные изделия	70
картофель	200
овощи (кроме картофеля)	500
фрукты свежие	не менее 300
фрукты сухие	20
соки	150 (мл)
мясо животных и птицы	170
рыба	70
молоко, биойогурты, кефир и другие кисломолочные продукты 2,5 %-й жирности	600
творог 9 %-й жирности	50
яйцо куриное	7 штук
сыр	15
масло сливочное	25
масло растительное (различное)	15 (мл)
соль поваренная пищевая	не более 8 (согласно последним научным данным - не более 6 г).

Таблица 3. Допустимость кормления ребенка грудью при приеме матерью лекарственных средств

Препараты	Риск для здоровья ребенка/возможность кормления грудью
Противораковые средства	Кормление противопоказано
Радиоактивные средства	Кормление противопоказано
Эстрогеносодержащие контрацептивы	Рекомендуется замена препарата
Диуретики, содержащие тиазид	Рекомендуется запрет препарата
Сульфаниламиды	Лечение можно продолжать, иметь в виду развитие желтухи
Хлорамфеникол, тетрациклин, антибиотики хиполонового ряда	Рекомендуется замена препарата
Анальгетики и антипиретики (парацетомол, ибупрофен)	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Эритромицин, ампициллин и другие пенициллины	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Противотуберкулезные средства	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Противоглистные средства	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Противогрибковые средства	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Бронходилататоры	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Глюкокортикостероиды	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Антигистаминные средства	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать
Антацидные средства	Безопасны в обычных дозах
Противодиабетические средства	Безопасны в обычных дозах
Антигипертензивные средства	Безопасны в обычных дозах
Дигоксин	Безопасны в обычных дозах
Пищевые добавки (йод, витамины, микроэлементы)	Безопасны в обычных дозах, кормление можно продолжать

Факторы поддержки и сохранения лактации

- Уверенность матери в необходимости грудного вскармливания для здоровья ребенка.
- Спокойная, доброжелательная обстановка в семье, психологическая поддержка кормящей матери.
- По возможности освобождение кормящей матери от работ по дому, кроме ухода за ребенком; помощь близких.
- Рациональный режим кормящей матери, достаточный сон и отдых, прогулки на воздухе.
- Полноценное сбалансированное питание матери с достаточным приемом жидкости.
- При необходимости увеличить лактацию – чаще прикладывать ребенка к груди, возобновить ночные кормления.

Техника кормления ребенка грудью

- Перед началом кормления вымойте руки.
 - Выберите удобную позу для кормления, расслабьтесь. Вы можете кормить ребенка лежа или сидя, используя подлокотники, подставку для ног и другие приспособления.
 - При любой позе ребенок должен хорошо видеть Ваше лицо и выражение Ваших глаз. Это способствует установлению тесного эмоционального контакта с младенцем во время кормления.
 - Расположите ребенка таким образом, чтобы его голова и туловище лежали при кормлении в одной плоскости, подбородок касался груди. Тело ребенка должно быть прижато к Вашему телу.
 - Вначале прикоснитесь соском к губам младенца. Подождите, пока он широко откроет рот. Теперь приложите ребенка к груди, прижав его к себе и поддерживая за спину.
 - Ребенок должен захватить сосок вместе с кружком темной кожи вокруг него, который называется ареолой. Это облегчает сосание, предупреждает появление трещин соска и заглатывание воздуха.
 - При правильном захвате соска рот ребенка широко открыт, нижняя губа вывернута наружу и находится под соском. Сосательные движения медленные, глубокие, отчетливо слышно, как ребенок глотает молоко.
 - Продолжительность кормления здоровых детей обычно не превышает 10- 20 минут. Насытившись, ребенок прекращает сосательные и глотательные движения и отпускает сосок.
 - Завершите кормление смазыванием соска и ареолы поздним молоком, богатым жиром. Оставьте грудь открытой на несколько минут для контакта с воздухом. Образующаяся естественная жировая пленка предохраняет сосок от появления трещин.
 - Не смазывайте здоровые соски мазями, кремами, растворами антисептиков. Это может привести к отказу ребенка от груди.
 - Мойте грудь струей теплой воды без мыла ежедневно во время гигиенического душа.
 - Откажитесь от резко пахнущих дезодорантов и других парфюмерно-косметических средств с насыщенным запахом до тех пор, пока продолжается вскармливание ребенка грудным молоком.
- При соблюдении рекомендаций 80-90% женщин кормят своих детей грудью до 1,5-2 лет.

Причины уменьшения секреции грудного молока

- Физическое утомление, систематическое недосыпание,
- чрезмерное нервное напряжение, стрессы,
- несбалансированное питание или недостаточный питьевой режим,
- отсутствие у женщины психологической установки на кормление грудью,
- необоснованный докорм ребенка смесями или введение жидкости в промежутках между кормлениями,

• лактационный криз; кризы нередко совпадают по времени с предполагаемой менструацией. Они длятся в среднем 3-4 дня и требуют более частого прикладывания ребенка к груди (в том числе в ночное время) до восстановления секреции молока.

Характерными признаками недостаточного питания являются беспокойство, «голодный» крик ребенка во время кормления или сразу после него. Попытка сцеживания после кормления безуспешная, так как молоко в молочных железах отсутствует.

Недостаток питания младенца подтверждают малая прибавка массы тела (менее 500 граммов в месяц в первом полугодии жизни) и редкие мочеиспускания (менее 6 раз в сутки). Моча выделяется при мочеиспускании в небольшом количестве, концентрированная и имеет более темный цвет.

При подозрении на недостаточную секрецию грудного молока, необходимо контрольное взвешивание перед каждым кормлением и после него в течение 1-2 суток. Количество молока, высосанного за одно кормление, равно разности массы тела ребенка после кормления и его массы тела до кормления грудью. Подгузник и одежду при контрольном взвешивании не меняют. В течение дня ребенок может высасывать неодинаковое количество молока за одно кормление. Результаты каждого взвешивания суммируют и рассчитывают суточный объем грудного молока, высосанного ребенком. Для анализа полученных данных необходимо обратиться к педиатру.

Рекомендации по восстановлению секреции грудного молока

- Прикладывайте ребенка к груди в течение нескольких дней чаще, чем обычно. Сократите интервалы между кормлениями до 2-2,5 часов.
- Организуйте ночные кормления. Выброс гормона пролактина стимулирует выработку грудного молока для последующего кормления.
- Предлагайте ребенку в каждое кормление обе груди. Не сцеживайте вторую грудь после кормления. Последующее кормление начинайте с той груди, которой Вы закончили предыдущее.
- Временно увеличьте продолжительность каждого кормления

грудью до 30 минут.

- Нормализуйте собственный режим дня. Обеспечьте себе достаточный сон (не менее 8 часов в сутки, включая дневной сон), отдых и прогулки на свежем воздухе.
- Приобщите родных и близких к уходу за ребенком и воспользуйтесь их помощью и поддержкой.

ПАМЯТКА ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ

Грудное вскармливание определяет здоровье Вашего малыша. Ваше желание кормить ребенка грудью определяет полноценную выработку грудного молока и успешность длительного вскармливания.

Раннее прикладывание ребенка к груди – в течение первых 30 минут после родов непосредственно в родильном зале – способствует выделению молозива, обеспечивает защиту младенца от инфекций и заселение его кишечника полезной микрофлорой. Более мощного стимула выработки грудного молока, чем сосание ребенка, не существует.

Кормите ребенка в течение первых 2-3 месяцев после рождения по его «требованию», а не строго «по часам», через установленные Вами промежутки времени. (режим свободного вскармливания). Режим свободного вскармливания признан естественным и наиболее благоприятным для адаптации ребенка первых месяцев жизни. Ребенок выражает чувство голода активным криком или упорным громким плачем.

Внимательно наблюдайте за поведением и мимикой ребенка перед кормлением. Это поможет Вам в дальнейшем отличить признаки голода от других причин беспокойства и плача (кишечная колика, температурный дискомфорт, мокрые пеленки и др.). Чувство голода проявляется требовательным продолжительным криком, при этом ребенок «ищет» губами грудь матери, сосет охотно, быстро успокаивается и, насытившись, засыпает.

При чрезмерном скоплении газов в кишечнике, сопровождающемся кишечной коликой, крик младенца резкий, лицо болезненно морщится, ребенок «сучит» ножками, отталкивает грудь или начинает сосать и тут же бросает из-за мучительных болей в животе.

Свободное вскармливание не означает беспорядочное кормление ребенка в любое время суток. К концу первого месяца жизни у подавляющего большинства детей устанавливается индивидуальная частота кормления. Но промежутки между кормлениями могут варьировать в течение суток от 2 часов до 3,5 часов и более. Этот интервал организм младенца устанавливает самостоятельно в зависимости от потребности в поступлении пищи.

Откажитесь от сосок, пустышек, накладок для сосков и других устройств, имитирующих материнскую грудь. Они дезориентируют ребенка, способствуют неправильной технике сосания и в конечном итоге приводят к отказу ребенка от груди и прекращению выработки грудного молока. Кроме того, их длительное применение может быть причиной формирования неправильного прикуса.

В течение первых дней и недель после рождения не ограничивайте число кормлений и продолжительность нахождения ребенка у груди. Новорожденный может «требовать» 10-12 и более прикладываний к груди в сутки. Терпеливо удовлетворяйте эти «требования» младенца. В этот период происходит адаптация ребенка к внеутробным условиям существования и ему необходимы Ваша помощь и понимание.

К концу первого месяца жизни частота кормлений обычно уменьшается до 7-8 раз, а продолжительность каждого кормления сокращается до 15-20 минут. Начиная с 6 месяцев жизни дети находятся, как правило, на 5-разовом кормлении.

При необходимости кормите ребенка ночью по его «требованию». Это особенно важно при временном уменьшении количества грудного молока. В ночные часы отмечается наибольшая секреция гормона пролактина, регулирующего выработку грудного молока для очередного кормления.

Для успешного грудного вскармливания не поите ребенка водой, чаем и другими жидкостями в промежутках между кормлениями или после кормления. Это может вызвать ложное чувство насыщения и отказ ребенка от груди. Доказано, что грудное молоко содержит до 80-90 % воды и полностью удовлетворяет потребность здорового ребенка первых 6 месяцев жизни в жидкости. Однако дополнительное питье является обязательным при заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой, рвотой или жидким стулом, вследствие потерь жидкости.

При гармоничном развитии ребенка и достаточной секреции грудного молока кормите его исключительно грудью до 4-6 месяцев жизни. Благодаря Вашему сбалансированному питанию и обогащению рациона специализированными продуктами и витаминно-минеральными комплексами грудное молоко полностью удовлетворяет потребности ребенка первых 4-6 месяцев жизни в основных пищевых веществах.

Сохраняйте не менее двух кормлений грудью до достижения ребенком возраста 12 месяцев. Если секреция грудного молока не угасла, продолжайте кормить ребенка грудью 1-2 раза в сутки до достижения им возраста 1,5 года. По мнению ведущих специалистов в области детского питания, это оптимальная продолжительность грудного вскармливания.

Помните о том, что грудное молоко – наилучшее питание для ребенка первого года жизни и надежная защита от многих вирусных и бактериальных заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бельмер, С.В. Прикорм: значение для процессов адаптации и принципы введения / С.В. Бельмер // Вопросы детской диетологии, 2014. – Том 12. – № 2. – С. 50–54.

2. Грибакин, С.Г. Грудное молоко – как модель для подражания: поиски и успехи использования иммунонутриентов в детском питании / С.Г. Грибакин, А.А. Давыдовская // Педиатрия, 2014. – Том 93. – № 1. – С. 68–73.

3. Жерносек, В.Ф. Вскармливание здоровых детей первого года жизни: учеб. – метод. пособие / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова. – Минск: Зорны верасень, 2008. – 48 с.

4. Жерносек, В.Ф. Руководство для родителей по питанию детей первых двух лет жизни : в 3 ч. / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбкова. – Минск, 2017. – Часть 1 : Первые 6 месяцев. – 24 с.

5. Ладодо, К.С. Рациональное питание детей раннего возраста / К.С. Ладодо. – Москва, 2009. – 319 с.

6. Мачулина, Л.Н. Питание беременных женщин, кормящих матерей и детей первых лет жизни с использованием продукции ОАО «Беллакт» : пособие для медицинских работников / Л.Н. Мачулина. – Гродно : Радиус-С, 2014. – 36 с.

7. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. – Москва, 2010. – 92 с.

8. Физиология системы вкуса. Роль продуктов прикорма в формировании вкусовых предпочтений у ребенка: учеб. пособие / И.Н. Захарова, Т.Э. Боровик, Ю.А. Дмитриева [и др.] / – М. : ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», 2013. – 45 с.

Учебное издание

Попова Ольга Васильевна

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ
ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ
ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 19.11.2019. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 2,63. Уч.- изд. л. 2,92. Тираж 100 экз. Заказ 186.

Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская
академия последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

