



ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ
ПРОФИЛАКТИКИ
КОГБУЗ «МИАЦ»
Кировской области

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

(учебно-методическое пособие)

Киров, 2020 г.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

учебно-методическое пособие для медицинских работников

Авторы-составители: Л.Б. Садырина, заместитель начальника Центра медицинской профилактики КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», к.м.н.; Т.И. Созонтова, преподаватель Центра медицинской профилактики КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

Рецензент О.П. Арнаутова, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница», главный внештатный педиатр министерства здравоохранения Кировской области.

Технический редактор Ю.Г. Целищева, редактор Центра медицинской профилактики КОГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр».

Учебно-методическое пособие предназначено для медицинских работников, осуществляющих консультирование по вопросам грудного вскармливания беременных женщин и кормящих матерей.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Терминология.....	5
Анатомия молочной железы и механизм лактации.....	6
Ценность, состав и роль грудного молока	11
Первое прикладывание к груди	18
Техника грудного вскармливания	19
«Недостаточно молока»	23
Лактационный криз	27
10 фактов о грудном молоке и вскармливании	28
Литература	34

ВВЕДЕНИЕ

Методическое пособие посвящено одной из самых актуальных проблем педиатрии – организации грудного вскармливания детей первого года жизни. Грудное вскармливание является «золотым стандартом» оптимального питания и в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни.

Рациональное вскармливание является одним из важнейших условий, обеспечивающих гармоничное развитие ребенка – адекватное созревание различных органов и тканей, оптимальные параметры физического, психомоторного, интеллектуального развития, устойчивость младенца к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов. Метаболические нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития ожирения, артериальной гипертензии, сахарного диабета и других заболеваний. Правильная организация питания предусматривает не только поступление достаточного количества пищи, но и её качественный состав, соответствующий физиологическим возможностям желудочно-кишечного тракта ребенка и уровню его обменных процессов.

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

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Естественным, или грудным, называют такой вид вскармливания, при котором ребенок первого полугодия жизни получает весь суточный объем питания в виде женского молока. Естественное вскармливание – кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери.

Отдельно выделяют вскармливание кормилицей, вскармливание сцеженным нативным материнским молоком, вскармливание термически обработанным материнским или донорским молоком.

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

- *исключительно грудное вскармливание* – кормление ребенка только грудным молоком (грудь матери и возможные корректоры питания в виде порошковых лекарственных форм, солей или витаминов, даваемых с ложки в смеси со сцеженным грудным молоком);
- *преимущественно грудное вскармливание* – вскармливание материнским молоком в сочетании с допаиванием (грудь матери и дополнительно либо соки, либо продукты густого прикорма в количестве до 30 г в сутки с ложки, либо нерегулярное использование молочных смесей (докорма) общим объемом до 100 мл в сутки с ложки или из чашки);
- *дополненное или частично грудное вскармливание* – вскармливание ребенка грудным молоком в сочетании с его искусственными заменителями (грудь матери и регулярные докормы смесями (более 100 мл в сутки) или введение прикорма объемом более 30 г в сутки).

В России используется следующая терминология:

- *естественное, или грудное, вскармливание* – кормление ребенка материнским молоком;
- *смешанное вскармливание* – сочетание кормления грудным молоком (не менее 150–200 мл) и его искусственными заменителями;
- *искусственное вскармливание* – вскармливание ребенка заменителями женского молока – частично адаптированными или адаптированными смесями на основе животного молока, приближенными по составу к грудному молоку.

АНАТОМИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И МЕХАНИЗМ ЛАКТАЦИИ

Лактация представляет собой естественный физиологический процесс продуцирования материнского (грудного) молока.

Зрелая молочная железа состоит из 15-25 долей железистой ткани, разделенных прослойками соединительной и жировой тканей. Каждая доля содержит от 10 до 100 долек-альвеол, заключенных в коллагеновые оболочки. Через эти оболочки проходят каналцы (молочные ходы), впадающие в выводные молочные протоки, которые соединены с синусами – резервуарами для накопления молока. Молочные синусы открываются отверстиями в области соска.

Сосок окружен пигментированной ореолой. В ореоле располагается круговая мышца, сокращения которой обеспечивают выпрямление и вытягивание соска при сосании, а так же железы Монтгомери, выделяющие антибактериальную смазку со специфическим запахом. Этот запах и вид ореолы являются для ребенка обонятельным и зрительным ориентиром при прикладывании его к материнской груди. Область ореолы и соска снабжена большим количеством нервных рецепторов, чувствительность которых достигает максимума в первые дни после родов, и раздражение которых запускает рефлекторные механизмы, обеспечивающие выработку гипофизом пролактина и окситоцина – гормонов, регулирующих лактацию.

Полного развития молочные железы достигают только во время беременности и последующей лактации.



Рис.1. Анатомия молочной железы

Размеры молочной железы и форма сосков очень вариабельны и не влияют на эффективность лактации и функцию молочных желез.

Под лактацией понимают не только **процесс образования молока** в груди, но и **выделение молока** из груди.

Выделяют 5 основных фаз секреторного цикла в молочной железе:

- поглощение секреторной клеткой компонентов-предшественников молока из крови и тканевой жидкости;
- внутриклеточный синтез сложных молекул;
- формирование гранул или капель секрета;
- их переход в апикальную часть клетки;
- выход секрета в просвет альвеолы.

Лактация происходит в результате действия различных гормонов и рефлексов. Основными регуляторами эффективной лактации являются гормоны: **пролактин** (гормон передней доли гипофиза) и **окситоцин** (гормон гипоталамуса).

Пролактин выделяется ПОСЛЕ кормления для подготовки СЛЕДУЮЩЕГО кормления



Рис.2. Пролактин

Пролактин стимулирует секрецию молока. Раздражение соска при сосании рефлекторно активизирует выработку пролактина, который продолжает выделяться и после кормления, обеспечивая непрерывную секрецию молока и подготавливая наполнение груди к следующему кормлению. Особенно интенсивно пролактин выделяется гипофизом в ночные часы.

Очень важно понять влияние сосания груди на выработку молока. Чем больше ребенок сосет грудь, тем больше молока она производит, и наоборот, чем меньше ребенок сосет, тем меньше молока вырабатывает грудь. Если у женщины – близнецы, и она кормит их обоих, в ее груди будет вырабатываться молоко в количестве, которое необходимо обоим детям. Это явление называется *поступление и требование*: в груди вырабатывается столько молока, сколько требует ребенок. Если мать хочет увеличить количество молока, вырабатываемое молочными железами, то лучший способ – это кормить ребенка грудью дольше и чаще: более долгое и частое кормление приводит к увеличению количества молока. Обратный процесс: давление остаточного молока на клетки молочной железы снижает секрецию.

Кроме влияния на процесс грудного вскармливания, пролактин формирует так называемый *материнский инстинкт* — когда мама всеми силами старается заботиться о ребенке, оберегать его и любить.

Еще одна функция пролактина – подавление овуляции, и у многих женщин во время лактации отмечается *лактационная аменорея*, предохраняющая их от следующей беременности (в первые полгода лактации риск наступления беременности ниже, чем после 6 месяцев от начала грудного вскармливания).

Второй рефлекс, регулирующий лактацию, - **рефлекс окситоцина или рефлекс выброса молока.**

В вырабатывающих молоко долях молочной железы и вдоль стенок протоков находятся клетки-миоэпителиоциты. Когда ребенок начинает

**Окситоцин вырабатывается ДО и ПОСЛЕ кормления,
«заставляет» молоко ВЫДЕЛЯТЬСЯ**

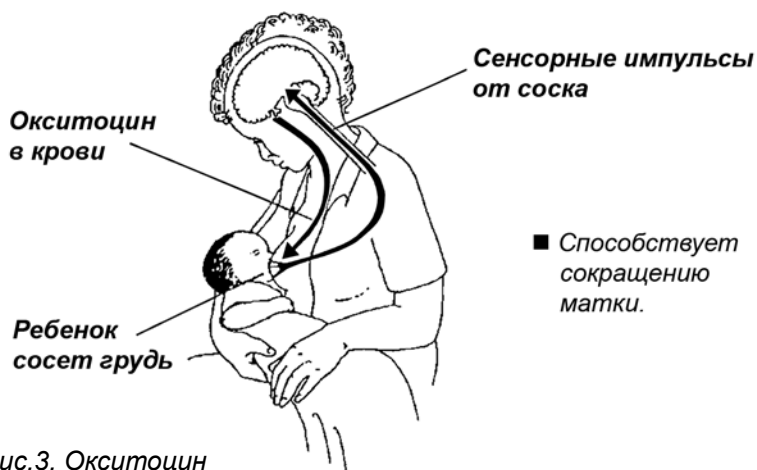


Рис.3. Окситоцин

сосать молоко, тактильные ощущения, испытываемые матерью, запускают механизм выработки гормона окситоцина. Окситоцин поступает в кровеносные сосуды молочной железы и стимулирует сокращение миоэпителиоцитов. Молоко из альвеол поступает по протокам в млечный синус, иногда – вытекает наружу. Окситоцин вырабатывается значительно быстрее, чем пролактин: он стимулирует поступление молока в молочные железы для данного кормления.

Рефлекс окситоцина более сложен, чем рефлекс пролактина. На него могут оказывать влияние мысли, эмоции и чувства матери. Если мать с любовью думает о своем ребенке или слышит его плач, ее гипоталамус вырабатывает окситоцин. В этом случае она чувствует «распирание» в груди, и при этом молоко может самопроизвольно вытекать из груди. Тормозить рефлекс выделения молока могут беспокойство, страх, боль, особенно если эту боль ей доставляет кормление грудью.



Рис.4. Влияние эмоций на окситоциновый рефлекс

Таким образом, если женщина испытывает положительные эмоции, и она уверена, что может кормить грудью, то молоко у нее прибывает хорошо. Если же она сомневается в своей способности, ее волнения могут остановить процесс прибывания молока.

Еще одним важным эффектом окситоцина является то, что он вызывает сокращение матки после родов и способствует уменьшению длительности послеродовых выделений.

Для запуска нейро-эндокринных механизмов регуляции лактации необходимо первое прикладывание ребенка к груди матери провести как можно раньше после родов, когда рефлексы ребенка и чувствительность области соска и ареолы наиболее высоки.

В первые дни после родов продуцируется молозиво, оно густое, желтого цвета. Молозиво сменяется через 2-5 дней на грудное молоко.

Молозиво

Характеристика	Значение
Богато иммуноглобулинами	▪ обеспечивает защиту от инфекции и аллергии
Много лейкоцитов	▪ защита от инфекций
Обладает слабительным эффектом	▪ способствует удалению мекония и помогает предотвратить желтуху
Содержит факторы роста	▪ способствует созреванию кишечника, предотвращает проявление аллергии, непереносимости
Богато витамином А	▪ уменьшает восприимчивость к инфекции, предотвращает заболевания глаз

В первой фазе (сосание) раздражение нервных окончаний соска и ареолы приводит к расслаблению сфинктеров, сокращению гладкой мускулатуры протоков, поэтому ребенок легко высасывает молоко, накопившееся в синусах и протоках в промежутках между кормлениями (*раннее* молоко).

Через несколько минут от начала сосания начинается **вторая фаза** (выделение молока): под действием нервных импульсов усиливается секреция окситоцина, который способствует сокращению миоэпителиальных клеток ацинусов и молочных ходов. Это молоко называется *поздним*.

По мере установления лактации наступает **фаза автоматизма** функционирования молочной железы: формируется нейрогормональный рефлекс. При опорожнении молочной железы включается рефлекторный механизм секреции молока. Чем чаще ребенок прикладывается к груди матери, включая ночные часы, тем больше секреция молока. Чем полнее опорожняется грудная железа, тем лучше она вновь наполнится. Если ребенок по каким-то причинам не может быть приложен к груди или сосет очень слабо, необходимо сцеживать молоко для профилактики лактостаза и гипогалактии.

При застое молока в молочных железах растет давление, происходит выключение нейрогормонального рефлекса. Кроме того, в молоке накапливается вещество, подавляющее выработку молока, так называемый *ингибитор лактации*. Все это приводит к снижению продукции молока.

На автоматизм функционирования молочных желез большое влияние оказывает психологическое состояние матери и другие факторы.

Факторы, влияющие на лактацию

Усиливают лактацию	Тормозят лактацию
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Убежденность матери в необходимости грудного вскармливания, ▪ мысли о любимом ребенке, ▪ контакты «кожа к коже», «глаза в глаза» при кормлении, ▪ голодный крик ребенка (слуховая стимуляция), ▪ вид голодного ребенка (зрительная стимуляция), ▪ запах ребенка (обонятельная стимуляция), ▪ частые прикладывания к груди матери, ▪ ночные кормления грудью, ▪ полное опорожнение молочных желез. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Физическая усталость, ▪ стресс, ▪ боль, ▪ волнение, тревога, ▪ отрицательные эмоции, депрессия, ▪ болезни, ▪ редкие прикладывания к груди, ▪ неполное опорожнение молочных желез.

ЦЕННОСТЬ, СОСТАВ И РОЛЬ ГРУДНОГО МОЛОКА

Грудное молоко является лучшей пищей для новорожденного, снабжающей его энергией, высококачественными пищевыми нутриентами, а также большим разнообразием биологически активных компонентов, необходимых для адекватного физического и психомоторного развития. Действуя либо в составе сложных биологических структур, либо отдельно, компоненты грудного молока на молекулярном и клеточном уровне регулируют морфогенез, определяют характер метаболизма, направляют развитие мукозального иммунитета в организме ребенка.

Грудное молоко – это уникальная биологически активная жидкость, которая не только обеспечивает питание ребенка, но и влияет на большинство биологических процессов в его организме, несмотря на то, что состав молока абсолютно индивидуален у каждой кормящей женщины. Многочисленные исследования доказали преимущества грудного вскармливания как для здоровья младенца, так и матери. Кроме того, грудное вскармливание обеспечивает ощутимые социальные и экономические преимущества. Международные научные общества единодушно рекомендуют раннее начало грудного вскармливания, исключительно грудное вскармливание в течение 6 месяцев и продолжение грудного вскармливания после введения прикорма в течение первого-второго годов жизни.

Важнейшие свойства женского грудного молока, определяющие его незаменимость для вскармливания младенца:

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

Женское молоко полностью соответствует обмену веществ и особенностям пищеварительной системы грудного ребенка (возраст получил свое название от грудного молока), в связи с чем нутриенты грудного молока легко усваиваются. С молоком матери ребенок получает ферменты, гормоны и различные факторы роста (эпидермального, инсулиноподобного и др.), которые играют важнейшую роль в регуляции аппетита, метаболизма, роста и дифференцировки тканей и органов ребенка.

Состав грудного молока меняется в различные периоды лактации. Количество белка в молозиве, по данным проф. Е.М.Фотеевой с соавт., колеблется от 41,8 до 162 г/л (в среднем – 73,8 г/л). Высокое содержание белка обеспечивает новорожденным его необходимое количество при высасывании небольшого объема молозива, а низкое содержание жира уменьшает напряженность процессов пищеварения. Концентрация иммуноглобулина А в молозиве составляет 1,5 – 4 г/л, но через несколько дней снижается до 0,1 г/л.

Постоянный состав молоко приобретает со 2-3 недели. В этот период женское молоко в среднем содержит 1,2% белка, 3,5% жиров и 6,5% углеводов (лактозы).

Белки

Белок женского молока состоит приблизительно на 80% из сывороточных белков (главным образом лактоальбуминов и лактоглобулинов) и на 20% из казеина.

Важной особенностью аминокислотного состава грудного молока является наличие высокой концентрации в свободном виде таурина, который стимулирует рост и дифференцировку сетчатки глаза, нервной ткани, надпочечников, эпифиза и гипофиза.

Жиры

Наиболее лабильный компонент грудного молока – жир, уровень которого зависит от содержания жиров в рационе кормящей матери и изменяется как во время каждого кормления, так и в течение дня. Большее содержание жира в последней порции способствует насыщению ребенка.

Отличительные особенности жира грудного молока:

- наличие липазы;
- высокая степень дисперсности;
- высокое содержание ненасыщенных жирных кислот;
- низкое содержание насыщенных жирных кислот.

Углеводы

Углеводы грудного молока представлены *лактозой* (90% в виде β -лактозы) и *олигосахаридами*.

Лактоза служит одним из основных источников энергии: у ребенка, находящегося на исключительно грудном вскармливании, на долю лактозы приходится до 40% всей поступающей энергии. Концентрация лактозы в грудном молоке зависит от степени его зрелости: ~ 4% – в молозиве и ~ 7% – в зрелом молоке. В молоке животных концентрация лактозы существенно варьируется: следовые количества – у кенгуру, 1,8% – у китов, 4,6% – у коз, 4,7-5,1% – у коров (в зависимости от породы), 6,9% – у норок и ослиц.

Биологическое значение галактозы выходит ее за рамки важности в качестве пищевого нутриента или продукта метаболизма. В ходе реакции галактозилирования галактоза служит структурной единицей для образования гликолипидов и гликопротеинов, выполняющих в организме ряд важных функций. В частности, галактоза служит субстратом для синтеза цереброзидов, ганглиозидов и мукопротеинов, необходимых для формирования и нормального функционирования нервной и иммунной систем ребенка. В толстой кишке лактоза ферментируется в молочную кислоту, что обеспечивает низкий уровень pH стула детей, находящихся на естественном вскармливании. В литературе имеются сообщения, подтверждающие бифидогенный эффект лактозы. Показано, что радиоактивно меченная лактоза ферментируется исключительно бактериями, принадлежащими классу Actinobacteria, в который входит род бифидобактерий. Метаболиты лактозы могут подавлять развитие патогенных и условно-патогенных микроорганизмов. Таким образом, лактозу можно

рассматривать в качестве компонента, обладающего функциями пребиотиков.

Лактоза имеет ряд других полезных для детей эффектов, в том числе увеличивает абсорбцию кальция, магния, марганца, фосфора, витамина С и др.

Олигосахариды грудного молока можно рассматривать как образец «эталонных» пребиотиков грудного молока, как функциональные компоненты пищи, которые не перевариваются и не усваиваются в верхних отделах желудочно-кишечного тракта, но ферментируются микрофлорой толстой кишки человека, стимулируя ее рост и жизнедеятельность. Можно выделить следующие их эффекты: стимуляция роста и активности полезной микрофлоры, снижение pH, регуляция моторики, ингибирование патогенов, модуляция иммунной функции. Помимо этого, пребиотики повышают биодоступность некоторых минералов и витаминов. Важны также их роль в снижении уровня липопротеидов в крови, их влияние на инсулинорезистентность, а также на функцию головного мозга и когнитивное развитие посредством активных метаболитов.

В грудном молоке кроме олигосахаридов и лактозы есть и другие компоненты, которые, не являясь пребиотиками, способны выполнять одну или несколько их функций. Так, иммуноглобулины, лактоферрин, лизоцим, полифенолы, конъюгированные жирные кислоты, полученные из полиненасыщенных жирных кислот, различные гликаны мембран жировой глобулы молока и др. моделируют развитие микробиоты кишечника.

Минеральные вещества

Кальция и фосфора в грудном молоке мало, но они находятся в легкоусвояемой форме. Соотношение кальция и фосфора – 2:1 – является идеальным, обеспечивая нормальный рост и развитие костной ткани ребенка.

Несмотря на то, что содержание *железа* в грудном молоке ниже 0,1 г/л, биодоступность этого минерального вещества весьма высока, поэтому ребенок получает адекватное количество его, пока находится на естественном вскармливании.

Витамины

Содержание витаминов в грудном молоке существенно зависит от характера питания матери. В большинстве случаев кормящая мать и ребенок нуждаются в дополнительном введении витаминов.

Иммунологические факторы грудного молока

Одно из преимуществ грудного вскармливания заключается в уникальных иммунобиологических свойствах грудного молока, обеспечивающих защиту ребенка первого года жизни от кишечных инфекций и некоторых других заболеваний. За счет присутствия факторов как гуморального, так и клеточ-

ного иммунитета (антител, иммунных комплексов, активных лейкоцитов, лизоцима, макрофагов, секреторного иммуноглобулина А, лактоферрина) и других биологически активных веществ грудное молоко способствует повышению защитных функций у новорожденного, поэтому дети, находящиеся на грудном вскармливании, реже болеют инфекционными заболеваниями.

Иммуноглобулины

В грудном молоке обнаруживаются *иммуноглобулины* различных классов: IgA, SIgA, IgJ, IgM, IgE, IgD.

Секреторный иммуноглобулин А (SigA) действует на поверхностях слизистой оболочки и защищает их от повреждения поглощенными микробными антигенами. SigA препятствует связыванию патогенных микробов с рецепторами эпителиальных клеток слизистой кишечника, блокирует колониеобразование бактерий, усиливает их выведение и способствует формированию нормальной кишечной флоры, содержит антитела к возбудителям различных инфекций, а также антитела к пищевым антигенам.

Неспецифические факторы противoinфекционной защиты

Лактоферрин является связывающим железо белком, который конкурирует с бактериями за железо, снижая жизнеспособность бактерий и тем самым риск желудочных инфекций, в частности, вызываемых *Esherichia coli* и *Staphylococcus spp.* Связывая ионы железа, лактоферрин лишает микроорганизмы защиты от перекисных воздействий, что препятствует их росту. Кроме того, он подавляет перекисное окисление липидов и защищает ткани от повреждения токсичными радикалами кислорода.

Большое значение как фактор защиты имеет фермент *лизоцим или мурамидаза*. Его бактериостатическое действие основано на ферментативном расщеплении мураминовой кислоты мембранных полисахаридов микробной клетки. При этом из оболочек бактерий отщепляется ацетилглюкозамин, который способствует росту бифидофлоры в кишечнике.

Гистаминаза и арилсульфатаза грудного молока разрушают гистамин и лейкотриены — основные медиаторы гиперчувствительности немедленного типа.

Канадскими учеными в молозиве обнаружен *пептидный фактор*, способный подавлять синтез Ig E.

В грудном молоке также обнаружен *эпителиальный фактор* роста (ЭФР), который стимулирует дифференцировку и пролиферацию эпителиальных клеток слизистой желудка, двенадцатиперстной и всей тонкой кишки, усиливает барьерную функцию слизистой.

В молозиве и грудном молоке найдены *иммунореактивные простатогландины*, которые способствуют секреции ферментов в щеточной кайме энтероцитов, всасыванию цинка в кишечнике, дают «цитопротекторный» эффект, обеспечивая целостность эпителия желудочно-кишечного тракта при воздействии на него токсических веществ.

Наличие в женском молоке уникальных *пребиотиков и пробиотиков (бифидо- и лактобактерий)* способствует оптимальному становлению кишечной микрофлоры и её многофакторному влиянию на биологические процессы.

Согласно многочисленным клиническим наблюдениям, у детей на грудном вскармливании ниже частота и продолжительность диспептических заболеваний, острых респираторных инфекций, частота отита и рецидивов отита.

Большинство защитных эффектов грудного вскармливания против инфекционных заболеваний являются пассивными, защищая поверхности слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей и тем самым снижая риск инфекции. Но есть также и данные о том, что грудное молоко оказывает активное влияние на иммунную систему ребенка.

Клеточные факторы защиты женского молока

Клеточный состав грудного молока включает как недифференцированные, плюрипотентные клетки, так и дифференцированные клетки – лейкоциты (нейтрофилы, лимфоциты Т, В, О), макрофаги, эпителиальные клетки (люминальные и миоэпителиальные), мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки.

Среди клеточных факторов защиты грудного молока главенствуют макрофаги. Они осуществляют фагоцитоз, обладают бактерицидной активностью в отношении многих бактерий и грибов, способны модулировать реактивность лимфоцитов, синтезируют многие факторы неспецифической защиты - интерлейкины, C_3 - и C_4 - компоненты комплемента, лактоферрин, лизоцим, простагландины, фактор, стимулирующий рост кишечника.

Нейтрофилы близки по функции к макрофагам. Они синтезируют лактоферрин, интерферон, пероксидазу, обладают функцией фагоцитоза, на их поверхности есть Fc-рецепторы.

В-лимфоциты продуцируют IgA. Лимфоциты молозива секретируют интерферон и эпителиальный фактор роста, способствующие созреванию кишечного эпителия. Защитные свойства лимфоцитов возрастают при взаимодействии с другими клеточными элементами, в частности с макрофагами.

Среди Т-клеток в молозиве и грудном молоке присутствуют различные субпопуляции: Т-хелперы, Т-супрессоры и Т-киллеры. Эти клетки обеспечивают противомикробную и противовирусную защиту желудочно-кишечного тракта и повышают общую резистентность организма ребенка с первых суток его жизни. Т-клетки поступают не только в кишечник новорожденного, но и мигрируют в его кровь. Таким образом, через женское молоко осуществляется передача Т-клеточного иммунитета ребенку.

В экспериментальных исследованиях на млекопитающих доказано выживание не только иммунных, но и стволовых клеток грудного молока в желудочно-кишечном тракте потомства, переносе их в кровоток и интеграции *in vivo* в разные ткани. Это подтверждает мнение о том, что с грудным молоком материнские стволовые клетки поступают к ребёнку, где они потенциально могут стимулировать его развитие в раннем возрасте.

Важно отметить, что клетки грудного молока являются тем компонентом грудного молока, который невозможно воспроизвести в искусственных смесях и сохранить в донорском молоке.

Выявить какой-либо компонент грудного молока в качестве основного, определяющего его функциональную активность и обеспечивающего преимущества естественного вскармливания, невозможно.

В настоящее время научно-медицинское сообщество едино в понимании безусловных преимуществ грудного вскармливания:

- снижение риска смерти у детей;
- снижение частоты респираторных и желудочно-кишечных инфекций в первые недели и месяцы жизни;
- улучшение когнитивного развития ребенка, включая эмоционально-коммуникативную и познавательную сферы.

Многочисленные исследования показывают краткосрочные и долгосрочные влияния грудного вскармливания на здоровье как в детстве, так и в последующие периоды жизни. С грудным вскармливанием связывают снижение частоты инфекций желудочно-кишечного тракта, инфекций дыхательных путей и среднего отита. Защитные эффекты его проявляются также при аутоиммунных заболеваниях (целиакии, диабете 1 типа, инфекционных заболеваниях кишечника). Кроме того, имеются доказательства того, что дети, которые вскармвливались грудью или получили грудное молоко, имеют более низкий риск развития метаболического синдрома, ожирения, более низкий уровень артериального давления, снижение общего уровня холестерина и уровня холестерина ЛНПН в зрелом возрасте, а также меньшим риском развития диабета II типа.

Помимо преимуществ грудного вскармливания для ребенка, не стоит забывать о его положительном влиянии на организм матери.

Грудное вскармливание ускоряет процесс восстановления организма женщины после родов, так как рефлексорная и гуморальная связь между молочными железами и маткой способствует сокращению матки и восстановлению ее прежних размеров. Кроме того, грудное вскармливание способствует более быстрой нормализации массы тела женщины после рождения ребёнка, возможности отказа от гормональной контрацепции (ановуляция как результат действия пролактина первые 3-6 месяцев после родов). В долгосрочной перспективе у женщин, длительно кормивших

грудью своих младенцев, отмечено снижение риска развития рака молочной железы и яичников, риска развития сахарного диабета 2-го типа.

Процесс грудного вскармливания имеет большое значение как поведенческий фактор: оказывает благоприятное эмоциональное воздействие на мать и ребенка, способствует более быстрому пробуждению чувств материнства, а также установлению между матерью и малышом прочного психологического контакта.

ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ К ГРУДИ

Раннее прикладывание ребенка не выполняет функции питания — среднее количество молозива, поступающего к ребенку, составляет 2 мл. Вместе с тем молозиво играет важную роль в становлении иммунологической защиты, является важным моментом стимуляции лактогенеза и обеспечивает длительность лактации. Кроме того, первое прикладывание к груди очень важно для первичной адаптации новорожденного и индуцирования психологической связи — привязанности матери и ребенка.

Противопоказания к раннему прикладыванию к груди (решает только врач)

Со стороны матери:

- оперативное вмешательство в родах;
- тяжелые формы гестозов;
- значительные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде;
- открытая форма туберкулеза;
- состояние декомпенсации хронических заболеваний сердца, легких, почек, печени;
- острые психические заболевания;
- злокачественные новообразования;
- при положительной серологической реакции на ВИЧ.

Со стороны ребенка:

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

Первое прикладывание новорожденного к груди осуществляется одновременно с процедурой кожного контакта. Сразу после рождения ребенка выкладывают на живот матери и накрывают стерильной пеленкой еще до пересечения пуповины. Этот контакт «кожа к коже» позволяет ма-

лышу почувствовать материнское тепло, биение ее сердца. Постепенно начинает выявляться поисковое поведение ребенка — оно выражается в сосательных движениях, поворотах головки и ползательных движениях конечностей. Если ребенку не удалось самому найти и захватить ареолу, ему следует помочь найти грудь и взять сосок. Если сосание при первом кожном контакте не состоялось, то держать ребенка у груди более 1 часа нецелесообразно — далее он будет только спать.

Если прикладывание малыша к груди непосредственно после рождения затруднено (кесарево сечение, состояния матери или ребенка), сделать это надо сразу, как только станет возможным. В ряде случаев, когда этого требует ситуация, прикладывание ребенка к груди в родильном зале проводят после осмотра родовых путей у матери и первичного туалета новорожденного. В этой ситуации малыша можно спеленать, а прикладывание к груди осуществляется уже без контакта «кожа к коже».

ТЕХНИКА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

При организации грудного вскармливания очень важно строго соблюдать правила личной гигиены. Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки. Безупречно чистым должен быть и бюстгальтер (желательно чтобы он был из хлопчатобумажной ткани).

Перед началом кормления следует сцедить несколько капель молока, находящегося в выводных протоках молочной железы, так как это молоко может быть инфицировано. Не следует мыть молочные железы и соски перед каждым кормлением и обрабатывать соски дезинфицирующим раствором. На коже у матери постоянно имеются сапрофитные микроорганизмы. Во время мытья, особенно антибактериальным мылом, эти микроорганизмы удаляются, а патогенные микроорганизмы часто бывают устойчивы к воздействию детергентов и, таким образом, именно они попадают к ребенку. Мыло, дезинфицирующие средства и спирт удаляют естественную жировую смазку кожи, что повышает риск появления трещин. Ароматизаторы, имеющиеся в моющих средствах, могут стать причиной отказа ребенка от груди.

Длительность пребывания к груди должна учитывать не только период насыщения пищей, но и удовлетворять потребность ребенка в контакте с матерью.

После кормления одной грудью и при полном ее опорожнении ребенку обязательно следует предложить вторую, а следующее кормление начинать с той груди, которой закончилось предыдущее.

По окончании кормления рекомендуется поддержать ребенка в вертикальном положении, пока из желудка не отойдет воздух, который он заглатывает при кормлении. После окончания кормления несколькими каплями молока «обработать» сосок и ареолу и дать соскам высохнуть.

Прикладывание ребенка к груди с первого дня должно осуществляться по первому *знаку голода* - активным сосательным движениям губ, головки с различными звуковыми знаками еще до крика. Частота кормлений для ребенка, родившегося доношенным, устанавливается по его требованию: при режиме свободного вскармливания новорожденный ребенок может получать грудь до 10-15 раз в сутки. По мере увеличения продукции молозива и молока, а также лучшего приспособления ребенка к кормлению частота прикладываний ребенка к груди уменьшается до 6-8 раз в сутки. Крайне важно ничем не докармливать и не допаивать ребенка. Эта рекомендация касается любого времени года и любой погоды. Продолжительность кормления составляет от 15 до 30 минут. Доказано, что ребенок способен активно сосать только первые 30 минут, далее он просто дремлет у груди.

У здорового новорожденного механизм сосания координируется тремя основными рефлексам: *поисковый, сосательный и глотательный*. При прикосновении к детским губам или щеке чем-либо ребенок открывает рот и поворачивает голову в поисках груди. Он опускает язык и выдвигает его вперед. Это движение называется поисковым рефлексом.

При прикосновении к небу чем-либо ребенок начинает сосать, а если его рот полон молока, он проглатывает его. Все эти рефлексы происходят автоматически, без предварительного обучения ребенка.

Однако нет рефлекса, который помогает соску попасть от губ ребенка к его небу. Мать и ребенок должны учиться, как это нужно делать. Правильное прикладывание и положение ребенка у груди очень важно для эффективного получения ребенком молока и успешного грудного вскармливания.



Позиция колыбели.

Это положение удобно, если женщина хочет освободить руку во время кормления



***Позиция колыбели
(противоположная рука).***

Это хорошая позиция для начала кормления, если у женщины возникли проблемы с грудным вскармливанием



Положение подмышкой.

Это положение удобно, если у женщины большая грудь, если ей делали кесарево сечение или для маловесных младенцев.



Положение лежа.

Это положение особенно полезно при ночном кормлении или если женщина неважно себя чувствует.

Рис.5. Положения при кормлении.

Положение при кормлении выбирает сама женщина, важно чтобы поза была удобной и позволяла удерживать ребенка близко к груди в течение сравнительно долгого времени.

Ребенка необходимо держать в таком положении, чтобы ему не приходилось вытягивать головку и тянуться к груди во время кормления. Ребенка лучше не придерживать во время кормления, при необходимости можно придерживать только за плечи и спинку. Любое касание лица ребенка при кормлении «сбивает» его, он бросает сосок и «включает» поисковый рефлекс - начинает искать сосок там, где что-то коснулось его щеки. Носик ребенка вовремя кормления должен быть на одном уровне с соском.

Если ребенок сонный или беспокойный, можно привлечь его внимание к кормлению – выдавить капельку молока на поверхность соска, это будет стимулировать дальнейший аппетит ребенка. При этом ребенок широко открывает рот, язычок находится глубоко внизу рта. Мама приближая ребенка к себе, дает ему возможность «захватить» сосок.

Когда ребенок сердит, сильно голоден или плачет в момент прикладывания к груди, он поднимает язык, делая кормление невозможным. В таком случае надо сначала успокоить ребенка.

Грудь следует взять в ладонь четырьмя пальцами снизу и одним сверху, расположив пальцы дальше от соска, чтобы не мешать ребенку дышать. Ребенок обычно сам открывает рот и ищет грудь. Если он этого

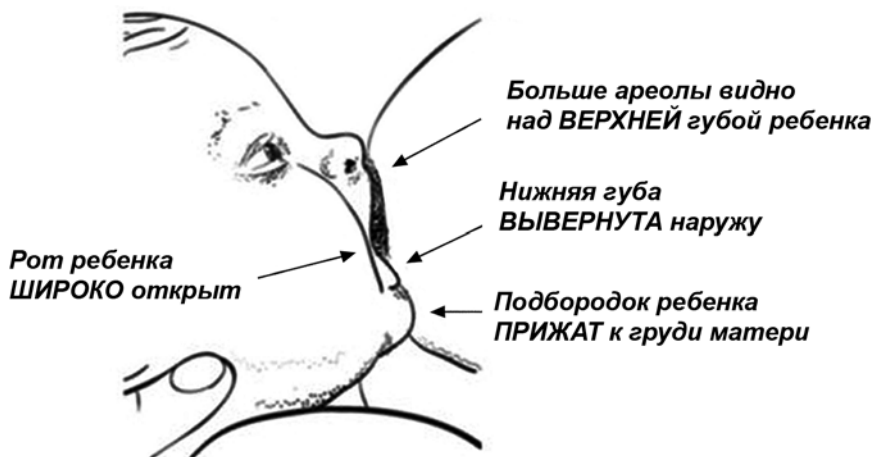


Рис.6. Четыре признака правильного прикладывания к груди.

не сделал, соском необходимо прикоснуться к губам ребенка, чтобы он открыл рот. Ребенок должен захватить не только сосок, но и обязательно околососковый кружок (ареолу), а также часть груди ниже ареолы. Это предупредит аэрофагию у ребенка и образование трещин и воспаление сосков у матери. Нижняя губа ребенка должна быть вывернута наружу, подбородок, щеки и нос плотно прилегать к груди. Ребенок втягивает сосок и ареолу груди и, надавливая на них языком, выжимает молоко.

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

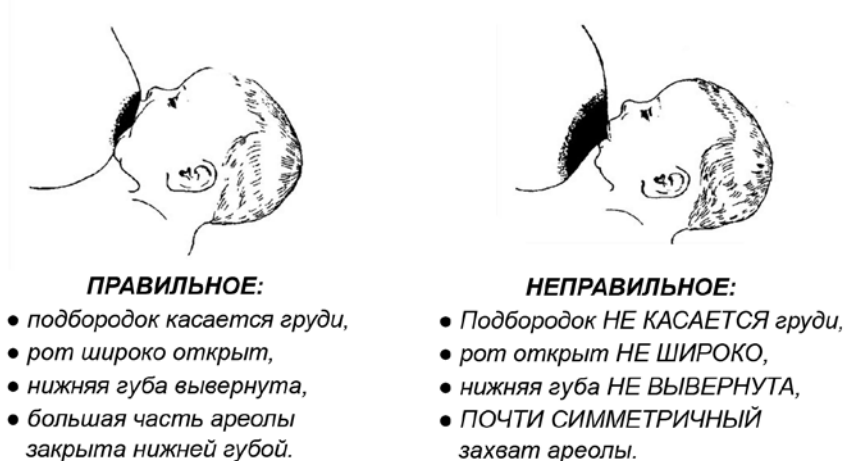


Рис.7. Внешние признаки правильного и неправильного прикладывания

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

«НЕДОСТАТОЧНО МОЛОКА»

Одной из самых распространенных причин, из-за которых женщины начинают переходить на кормление из бутылочки и/или прекращают кормить грудью, является то, что **они считают**, что у них «недостаточно молока». Практически каждая женщина может продуцировать молоко в достаточном количестве для одного или даже двух детей. Обычно, даже когда мать думает, что у нее мало молока, ребенок получает все необходимое.

Иногда ребенку мало молока, но обычно это происходит, когда он мало сосет или сосет неэффективно. Очень редко у матери действительно не хватает молока. Поэтому важно думать не о том, сколько молока у матери, а о том, сколько молока получает ребенок.

Проблема «недостаточно молока» может возникнуть:

- до налаживания кормления грудью, в первые несколько дней после рождения – в этом случае надо помочь матери наладить кормление грудью;
- в возрасте ребенка около месяца – в этом случае матери надо помочь поддержать дальнейшую выработку молока;
- некоторые матери думают, что у них бывает мало молока в определенное время дня, обычно по вечерам.

Для контроля ситуаций применяются одни и те же принципы, поэтому будем рассматривать эти ситуации вместе.

Есть только два признака, которые в действительности показывают, что ребенок получает недостаточно молока:

- плохая прибавка в весе;
- выделение небольшого количества концентрированной мочи.

Как определить, получает ребенок достаточно молока или нет:

► необходимо проверить, **как ребенок прибавляет в весе** - это наиболее надежный признак.

В первые 6 месяцев жизни ребенок должен прибавлять в весе не менее, чем 500 г в месяц или 125 г в неделю. Прибавлять по килограмму в

месяц совсем необязательно, и это не распространенное явление. Если ребенок прибавляет меньше 500 г в месяц, то он плохо прибавляет в весе, вероятно, он получает недостаточное количество молока.

► Необходимо **оценить количество выделяемой ребенком мочи.**

Вскармливаемый исключительно грудью и получающий достаточное количество молока ребенок мочится 6-8 раз в сутки, и моча у него неконцентрированная. Ребенок, который не получает достаточного количества молока, мочится менее 6 раз в сутки, моча у него концентрированная и может иметь резкий запах и цвет от темно-желтого до оранжевого, особенно у детей старше 4 недель. Если ребенок выделяет много неконцентрированной мочи, то он получает достаточное количество молока. Если ребенок выделяет концентрированную мочу меньше, чем 6 раз в день, то он получает недостаточное количество молока.

Причины, по которым ребенок может получать недостаточно молока

ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ	
Факторы, связанные с кормлением грудью	Мать: психологические факторы
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Задержка начала кормления грудью, ▪ редкие кормления грудью, ▪ короткие кормления грудью или кормление «по часам», ▪ отсутствие кормления ночью, ▪ плохое прикладывание к груди, ▪ бутылочки, пустышки, ▪ дача других продуктов питания и жидкостей. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Недостаток уверенности, ▪ беспокойство, стресс, ▪ неприятие ребенка, ▪ неприязнь к кормлению грудью, ▪ усталость.

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ	
Мать: состояние	Ребенок: состояние
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Контрацептивные таблетки, диуретики, ▪ беременность, ▪ резкое истощение, ▪ алкоголь, ▪ курение, ▪ задержка кусочка плаценты в матке (редко), ▪ плохо развития грудь (очень редко). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Болезнь, ▪ аномалии развития.

Психологические факторы часто вытекают из факторов, связанных с кормлением грудью. Например, недостаток уверенности побуждает мать начать кормление из бутылочки.

Алгоритм помощи матери,

ребенок которой получает недостаточно молока:

- поиск причины;
- формирование уверенности и оказание поддержки;
- помощь с менее общими причинами;
- наблюдать в дальнейшем.

Поиск паричины: необходимо оценить психологическое состояние и самочувствие матери, уточнить получаемую матерью медикаментозную терапию (диуретики, контрацептивные таблетки), оценить кормление грудью (позиция ребенка у груди, привязанность к ребенку), осмотреть ребенка (рост, вес и их динамика, наличие заболеваний).

Формирование уверенности и оказание поддержки: необходимо помочь матери в том, чтобы ребенок получал больше грудного молока и поверить в то, что она может вырабатывать молоко в достаточном количестве. Необходимо принять мнение матери о количестве грудного молока, похвалить за имеющиеся успехи в грудном вскармливании, объяснить, как сосание ребенка регулирует количество молока и что можно сделать, чтобы ребенок получал больше молока (дать уместную информацию, если необходимо, улучшить прикладывание ребенка к груди).

Помочь с менее общими причинами.

Наблюдать в дальнейшем.

Признаки того, что ребенок может получать недостаточно грудного молока

ДОСТОВЕРНЫЕ	
▪ Плохая прибавка в весе	меньше 500 г в месяц (через 2 недели вес стал меньше, чем был при рождении).
▪ Выделение небольшого количества концентрированной мочи	ребенок мочится меньше, чем 6 раз в день, моча с резким запахом.

ВЕРОЯТНЫЕ	
<ul style="list-style-type: none">▪ Ребенок не удовлетворен после кормления грудью,▪ ребенок часто плачет,▪ очень частые кормления грудью,▪ очень продолжительные кормления грудью,▪ ребенок отказывается от груди,▪ у ребенка плотный, сухой или зеленый стул,▪ у ребенка редкий стул и в небольшом объеме,▪ при сцеживании нет молока,▪ молочные железы не увеличились (вовремя беременности),▪ молоко «не прибыло» (после родов).	

✓ **Задержка начала кормления грудью:** если ребенка не начали кормить грудью в первый день, то потребуется больше времени для выработки материнского молока, и ребенок может поздно начать набирать вес.

✓ **Редкие кормления грудью** – меньше 8 раз в день первые 4 недели или меньше 5-6 раз в более старшем возрасте – являются распространенной причиной, по которой ребенок получает недостаточное количество молока: иногда мать не реагирует на плачущего ребенка или пропускает кормления из-за занятости или из-за работы. Некоторые дети довольствуются тем, что им дают. В этом случае мать не должна ждать, пока ребенок «потребует», а будить его и кормить каждые 3 - 4 часа.

✓ **Отсутствие кормлений ночью:** если мать прекратит кормление ночью до того, как это сделает сам ребенок, то количество молока у нее уменьшится.

✓ **Короткие кормления грудью или кормление по часам:** кормление грудью может быть слишком коротким, второпях или «по часам», поэтому ребенок недополучит богатого жирами «заднего» молока. Иногда ребенок делает паузу в кормлении, а мама решает, что он насытился, и прерывает кормление.

✓ **Плохое прикладывание к груди:** если ребенок сосет неэффективно, то он может получать недостаточное количество молока.

✓ **Бутылки и пустышки:** ребенок, которого кормят из бутылочки, может меньше сосать грудь, поэтому количество молока у матери уменьшится.

✓ **Дача других продуктов питания и жидкостей:** ребенок, который стал получать прикорм (искусственные молочные смеси или питье) до 4 - 6 мес. возраста меньше сосет грудь, поэтому количество молока у матери может уменьшиться.

✓ **Недостаток уверенности:** очень молодые матери или матери, у которых нет поддержки со стороны семьи или друзей, часто теряют уверенность. Матери могут потерять уверенность из-за того, что поведение ребенка их беспокоит. Недостаток уверенности может привести к тому, что мать начинает давать ребенку прикорм, в котором нет необходимости.

✓ **Беспокойство, стресс:** если мать что-то беспокоит, то рефлекс окситоцина может временно плохо срабатывать.

✓ **Неприязнь к кормлению грудью, неприятие ребенка и усталость:** трудность с реакцией на ребенка. Она может кормить грудью нерегулярно или недолго держать у груди, или вместо того, чтобы накормить ребенка, когда он плачет, дать ему пустышку.

✓ **Беременность:** если мать снова забеременела, то она может заметить, что количество молока у нее уменьшилось.

✓ Резкое истощение: очень истощенные матери могут вырабатывать мало молока. При истощении легкой и средней степени женщина продолжает производить молоко за счет своих собственных тканей при условии, что ее ребенок сосет достаточно часто.

✓ Алкоголь и курение: алкоголь и сигареты могут снизить количество получаемого ребенком молока.

✓ Болезнь: ребенок, если он болен и не может хорошо сосать, получает недостаточное количество молока. Если это будет продолжаться и дальше, у матери уменьшится количество молока.

✓ Аномалии развития: дети с врожденными аномалиями развития (аномалии сердца, расщелина твердого неба) могут иметь трудности с эффективным сосанием и не набирать вес.

Периодически возникают ситуации с временным уменьшением выделения грудного молока и повышением аппетита ребенка, связанные с неравномерными темпами нарастания его энергетических потребностей, так называемые лактационные кризы.

ЛАКТАЦИОННЫЙ КРИЗ

Лактационный криз – временное уменьшение выделения грудного молока, возникающее без видимых причин и сопровождающееся беспокойством ребенка, урежением стула. Лактационные кризы обычно наблюдаются в первые 3 месяца лактации, но может быть и в период до 5-7 месяцев. Они могут повторяться 2-3 раза на протяжении лактации, развиваясь при этом с периодичностью около 1,5 месяцев. Продолжительность уменьшения выделения молока, связанная с лактационным кризом, обычно колеблется от 3-4 до 6-8 дней. В этот период необходимо рекомендовать частые прикладывания ребенка к груди, при этом объем лактации быстро восстанавливается. Задача врача состоит в том, чтобы заранее предупредить мать о возникновении лактационных кризов и обеспечить правильную тактику в период их развития. Если же лактационный криз становится ошибочной причиной диагностики гипогалактии, то необдуманное введение искусственных молочных смесей может способствовать быстрому подавлению лактации, а ребенок переводится на смешанное, а затем на искусственное вскармливание.

ЭТО НЕ ВЛИЯЕТ НА КОЛИЧЕСТВО ГРУДНОГО МОЛОКА

- | | |
|---|---------------------------|
| ▪ Возраст матери, | ▪ возраст ребенка, |
| ▪ половая жизнь, | ▪ кесарево сечение, |
| ▪ менструация, | ▪ преждевременные роды, |
| ▪ неодобрение родственников и соседей | ▪ многодетность, |
| ▪ возвращение на работу (если ребенок продолжает часто сосать), | ▪ простая, обычная диета. |

10 ФАКТОВ О ГРУДНОМ МОЛОКЕ И ВСКАРМЛИВАНИИ

- 1** В течение первых 6 месяцев важно исключительно грудное вскармливание: грудное молоко идеально соответствует потребностям малыша по содержанию белков, минералов, витаминов и жиров, оно содержит множество защитных веществ и факторов роста, которые борются с инфекциями и способствуют развитию ребенка.
- 2** На каждом этапе развития с рождения до года потребности ребенка меняются – вместе с ними меняется и состав молока.
- 3** Грудное молоко содержит многочисленные типы живых клеток, в том числе и стволовые.
- 4** Если мама или малыш заболевают – вырабатывается молоко, которое содержит гораздо больше антител и лейкоцитов, чтобы бороться с инфекцией.
- 5** Грудное вскармливание обеспечивает преимущества и для матерей: в первое время после родов исключительно грудное вскармливание обеспечивает защиту от нежелательной беременности, снижает риск развития рака молочной железы и яичников, диабета 2 типа, послеродовой депрессии.
- 6** Грудное вскармливание обеспечивает и долговременные преимущества: люди, находившиеся на грудном вскармливании, имеют меньшие риски различных заболеваний во взрослой жизни и демонстрируют более высокие результаты тестов на интеллектуальное развитие.
- 7** Если ребенок родился недоношенным, особенную ценность приобретает молозиво – оно будет содержать особенно много белка, защитных веществ и факторов роста, и совершенно иное соотношение жиров, гормонов и минеральных веществ.
- 8** В зрелом молоке содержится совсем немного иммунных клеток – до 2%, но если в организм с дыханием, пищей или питьем, попадают бактерии и вирусы, то количество иммунных клеток может достигать 94%.
- 9** Количество грудного молока подстраивается под запросы малыша.
- 10** Зрелое молоко содержит: более 1000 белков, свыше 200 типов олигосахаридов, стволовые клетки, 1400 микроРНК, длинноцепочечные жирные кислоты

Десять принципов успешного грудного вскармливания (из совместной Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания»)

Польза грудного молока для ребенка не сопоставима ни с чем, однако довольно долго общество мало заботилось об этом. Грудное вскармливание обесценивалось и подменялось искусственным. Компании по производству смесей агрессивно внедряли идею о том, что грудное молоко – это всего лишь набор белков, жиров и углеводов. А поэтому его легко заменить аналогами. Хотя в действительности, ни одна даже самая прогрессивная смесь не сможет дать малышу то, что дает ему мамина грудь.

ЮНИСЕФ и ВОЗ разработали 10 принципов успешного грудного вскармливания, которые помогут мамам наладить процесс кормления. Эти принципы и рекомендации активно внедряются медицинскими работниками.

1. Совместное пребывание после родов.

Совместное круглосуточное нахождение мамы и ребенка в послеродовой палате способствует спокойствию как мамы, так и малыша, облегчает адаптационный период.

2. Раннее прикладывание к груди.

Первое кормление младенца обязательно должно произойти в первые 40-60 минут после родов. В это время вырабатывается только несколько капель молозива, но они содержат мощную дозу веществ, необходимых для иммунной защиты малыша, и полезных бактерий, заселяющих его стерильный кишечник. Кроме того, молозиво способствует скорейшему выведению мекония, тем самым снижая билирубин. Таким образом, ценные капли молозива избавят детский организм от ненужных веществ, а у женщины активизируется процесс лактации.

3. Правильное прикладывание к груди.

Необходимо с первых часов научить женщину правильно прикладывать ребенка к груди, чтобы избежать проблем с молочными железами в дальнейшем. Неправильное прикладывание не только может спровоцировать появление трещин на сосках, но и стать причиной колик и недостаточного насыщения малыша, так как вместе с молоком он будет захватывать и воздух.

4. Отказ от использования заменителей груди.

Полный отказ от бутылочек и пустышек. Не стоит предлагать малышу пить из бутылочки. Молоко из бутылочки достается ребенку гораздо легче, чем грудное — там приходится постараться. Познакомившись с бутылочкой, дети могут отказываться от груди, чтобы получить более «легкое» молоко. Пустышка, как замена грудного кормления, обманывает грудничка, и сбивает настройку лактации. Ребенок сосет соску, но при этом не получает молока. Мама реже прикладывает его к груди, уменьшается число кормлений, что может привести к снижению лактации в целом.

5. Кормление по требованию.

Очень важно отказаться от привычного «режимного кормления». Это снижает выработку молока и вызывает нервозность как у мамы, так и у ребенка. Оптимальный режим кормления, согласно рекомендациям ВОЗ, – исключительно по требованию малыша. Это помогает наладить лактацию, и в результате грудничок получает молоко в том количестве, которое ему необходимо. Кроме этого, частые прикладывания принесут во взаимоотношения мамы и ребенка больше любви, теплоты и близости, которые влияют на эмоциональный фон женщины и повышают лактацию. Молоко от частых кормлений становится только лучше, а кормящая мама может снизить риск возникновения лактостаза.

6. До окончания кормления не убирать от ребенка грудь.

Не нужно отнимать у крохи грудь. Кормление должно продолжаться до тех пор, пока малыш не насытится и сам не отпустит грудь матери. Прерыв в кормлении негативно сказывается как на физическом состоянии малыша, так и на эмоциональном. При прерывании кормления грудничку не достается полезное и калорийное «заднее» молоко.

7. Не допаивать.

В первые 6 месяцев жизни младенца кормление грудью предполагает исключительно питание материнским молоком. Допаивания не требуется, так как грудное молоко на 88 % состоит из воды. Избыток жидкости нарушает микрофлору желудка и кишечника, создает иллюзию сытости, поэтому малыш не будет чувствовать голода и будет меньше есть. Допаивать грудничка рекомендовано только при наличии медицинских показаний: температура, рвота или обезвоживание.

8. Ввод прикорма не раньше 6 месяцев.

До полугода малыш все (100 %) нужные вещества получает из грудного молока, от 6 месяцев до года – 75 %, а с года до двух – 25 %. Поэтому раннее введение прикорма совершенно лишено смысла – все необходимое ребенок уже получил. Раннее введение прикорма может негативно сказаться на работе желудочно-кишечного тракта, так как пищеварительная система грудничка еще не готова переваривать другие продукты.

9. Моральная поддержка мамы.

Поддержка мамы, ее психологическое состояние крайне важны для успешной лактации. Женщина должна быть уверена в себе, своих силах, должна ощущать поддержку родных и поощрение грудного вскармливания. Многие женщины не уверены в том, что смогут кормить грудью, что у них получится и хватит молока. Некорректные советы родственников, знакомых, а иногда даже медицинских работников, которые не оказывают должной поддержки, а иногда даже предлагают докармливать ребенка молочной смесью, вместо того чтобы помочь наладить грудное вскармливание, может стать причиной отказа от кормления грудью.

10. Отказ от применения специализированных мазей для груди.

Рекомендуется отказаться от мазей и кремов для сосков. Они могут придать молоку неприятный вкус или запах, из-за чего ребенок может отказаться от груди. Их безопасность нельзя назвать абсолютной. Также лучше отказаться от частого мытья груди, особенно с мылом. Это смывает защитный жировой слой и может привести к трещинам и повреждениям соска. Для гигиены (чтобы обеспечить чистоту груди) достаточно ежедневного душа или ванны.

Еще важные рекомендации:

► **Кормим ночью:** сохранение ночных кормлений необходимо для поддержания лактации. Именно в ночное время вырабатывается гормон пролактин, отвечающий за лактацию. Так можно сохранить и продлить лактацию намного дольше.

► **Отсутствие сцеживания груди:** сцеживая молоко, женщина вводит свой организм в заблуждение – он считает, что все это молоко съедает ребенок. Постоянные сцеживания увеличивают выработку молока, ребенок не высасывает весь объем, и в груди получается застой. Женщине вновь приходится сцеживать молоко, таким образом, она ходит по замкнутому кругу, а это ни к чему хорошему не приведет.

► **Длительное грудное вскармливание:** рекомендуется кормить ребенка грудью не только до года, а даже до двух. Это позволяет ребенку выстроить полноценный иммунитет, так как в материнском молоке содержатся иммунные тела. Кроме того, в нем по-прежнему содержатся витамины и микроэлементы, необходимые для развития ребенка.

► **Отказ от частого взвешивания грудничка:** лучше воздержаться от частых взвешиваний ребенка. Это не дает критически важной информации о его развитии, зато часто нервирует маму, которая начинает переживать о том, что ее малыш недоедает или поправляется слишком быстро.

► **Важны специализированные группы поддержки матерей,** в которых проводят обучение правильному прикладыванию к груди и помогают наладить лактацию. После родов важна поддержка единомышленников, особенно если родственники и друзья активно предлагают перевести ребенка на кормление смесями.

► Принципы грудного вскармливания предусматривают **полное опорожнение груди** перед тем, как ребенка прикладывают к другой. Если малышу требуется более обильное кормление и его докармливают из второй груди, важно внимательно следить за его поведением ребенка и не отрываться от груди слишком рано, чтобы он получил из первой груди «заднее» молоко - более жирное и питательное. Если ребенок перестал сосать, но не выпускает грудь, значит, молоко продолжает поступать, и он просто отдыхает. Перекладывать к другой груди следует после того, как первая будет полностью опустошена.

Когда можно отклониться от рекомендаций:

- при тяжелых родах или кесаревом сечении не получается сразу приложить ребенка к груди — мама может несколько часов находиться под наркозом или медицинские показания не позволяют оставить ребенка с ней;
- не все родильные дома оборудованы всем необходимым, чтобы пребывание мамы и ребенка было неразлучным (эту информацию лучше уточнять при выборе роддома еще при беременности);
- ранний выход на работу может остановить процесс грудного вскармливания: выходить на работу стоит лишь в крайних случаях, ведь малыш еще слишком мал и постоянно нуждается в опеке и заботе с маминой стороны;
- самостоятельный отказ ребенка от кормлений в возрасте полутора лет: заставлять ребенка не нужно, ему одному известно, сколько молока ему необходимо.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения.

ООН - Организация Объединенных Наций.

ЮНИСЕФ - Международный чрезвычайный детский фонд ООН.

Ig A - Иммуноглобулин А.

Ig E - Иммуноглобулин Е.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лукушкина Е.Ф. Руководство по питанию здорового и больного ребенка. Нижний Новгород: Издательство НГМА, 1997. - С. 258.
2. Иванова Л.А., Шмидт А.А., Гайворонских Д.И. Грудное вскармливание: практическое руководство для врачей. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2018. - С. 63.
3. Фатеева Е.М., Цареградская Ж.В. Грудное вскармливание и психологическое единство «мать — дитя» - учебное пособие для медицинского персонала учреждений родовспоможения и детства. Москва: «АГАР», 2000. - С. 183.
4. Доценко В.А., Батырев М.И. Грудное вскармливание (питание ребенка первого года жизни). 2-е изд. - Спб.: Издательский Дом «Нева», 2004. - С. 128.
5. Кешишян Е.С. . Вскармливание детей первых двух лет жизни: проблемы грудного вскармливания, прикорм, вскармливание на втором году жизни, консультирование родителей. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. Приложение 4. 2008, - С. 35.
6. Скидан И.Н., Гуляев А.Е., Бельмер С.В. Пребиотические компоненты грудного молока и возможность повторения их эффектов в формулах детского питания. //Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. 64: (3). С. 37 — 49.
7. Рюмина И.Н., Одинцова В.В., Нароган М.В., Зубков В.В. Грудное вскармливание и будущее здоровье. // Медицинский оппонент. 2019; 3(7). С. 84 — 88.
8. Конь И.Я., Гмошинская М.В., Абрамова Т.В. Питание беременных, кормящих матерей и детей раннего возраста. М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. - С. 216.

