Лекция №1
Тема: «Грудное вскармливание»

План лекции

1. «Программирование» питанием
2. Особенности грудного молока
3. Состав грудного молока
4. Организация естественного вскармливания в родильном доме
5. Принципы успешного грудного вскармливания (Международная программа ВОЗ/ ЮНИСЕФ)
6. Противопоказания к грудному вскармливанию
7. Признаки недостаточности лактации
8. Гипогалактия
9. Питание кормящих матерей
10. Рекомендуемый среднесуточный набор продуктов питания для кормящих женщин.
11. Специализированные смеси с лактогонными добавками для дополнительного питания кормящих женщин.
12. Список использованной литературы.

«ПРОГРАММИРОВАНИЕ» ПИТАНИЕМ

Питание на первом году жизни «программирует» метаболизм таким образом, что те или иные нарушения питания могут увеличить риск развития целого ряда заболеваний: таких как аллергические болезни, ожирение, метаболический синдром, остеопороз и некоторые другие. Следует отметить, что все эти заболевания называют в настоящее время «эпидемией» цивилизации, и служат преморбидным фоном для возникновения и хронического течения заболеваний желудочно-кишечного тракта, болезней органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и др.

ОСОБЕННОСТИ ГРУДНОГО МОЛОКА

Оптимальным продуктом питания для ребенка первых месяцев жизни является материнское молоко, соответствующее особенностям его пищеварительной системы и обмена веществ, обеспечивающее адекватное развитие детского организма при рациональном питании кормящей женщины.

Особенности грудного молока:

- Защитная функция (содержит иммунные факторы) грудное молоко повышает защитные функции детского организма.
- Способствуют росту здоровой кишечной микрофлоры
- Источник гормонов и различных факторов роста
- Грудное вскармливание снижает риск развития в последующие годы таких заболеваний, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, лейкозы и др.
- У детей на грудном вскармливании реже регистрируются случаи внезапной смерти.
- Естественное вскармливание оказывает благоприятное влияние на развитие центральной нервной системы ребенка и его психический статус.

СОСТАВ ГРУДНОГО МОЛОКА

- **Белок** женского молока состоит в основном из *сывороточных* протеинов (70–80%), содержащих незаменимые аминокислоты в оптимальном для ребенка соотношении, и *казеина* (20–30%).
- Белковые фракции женского молока подразделяются на *метаболизируемые (пищевые) и неметаболизируемые белки (иммуноглобулины, лактоферрин*, лизоцим и др.), которые составляют 70–75% и 25–30% соответственно.
- В женском молоке в отличие от коровьего молока присутствует большое количество *альфа-лактальбумина* (25–35%), который способствует росту бифидобактерий, усвоению кальция и цинка из желудочно-кишечного тракта ребенка.
- В составе женского молока присутствуют *нуклеотиды*, им принадлежит важная роль в поддержании иммунного ответа, стимуляции роста и дифференцировки энтероцитов.
- Основными компонентами **жира женского молока** являются триглицериды, фосфолипиды, жирные кислоты, стеролы.
- Жиры являющихся важным компонентом клеточных мембран, из них образуются различные классы простагландинов, лейкотриенов и тромбоксанов, они необходимы также для миелинизации нервных волокон и формирования сетчатки глаз.
- У детей на естественном вскармливании отмечается более высокий уровень холестерина, чем при использовании детских молочных смесей. Холестерин необходим для формирования клеточных мембран, тканей нервной системы и ряда биологически активных веществ, включая витамин D.
- Жиры материнского молока перевариваются легче, чем коровьего, так как они в большей степени эмульгированы, кроме того в грудном молоке содержится фермент липаза, участвующая в переваривании жирового компонента молока, начиная с ротовой полости.
- **Углеводы женского молока представлены в основном** дисахаридом *b-лактозой* (80–90%), *олигосахаридами* (15%). В отличие от a-лактозы коровьего молока, b-лактоза женского молока медленно расщепляется в тонкой кишке ребенка, частично доходит до толстой кишки, где метаболизируется до молочной кислоты, способствуя росту бифидо- и лактобактерий. *Лактоза* способствует лучшему усвоению минеральных веществ (кальция, цинка, магния и др.)
- *Олигосахариды* — углеводы, которые не подвергаются расщеплению ферментами пищеварительного тракта, не всасываются в тонкой кишке и в неизмененном виде достигают просвета толстой кишки, где ферментируются, являясь субстратом для роста бифидобактерий. При этом происходит конкурентное торможение развития условно патогенной флоры.
- **Минеральный состав** женского молока значительно отличается от коровьего.
- Относительно низкое содержание минеральных веществ в женском молоке обеспечивает его низкую осмолярность и уменьшает нагрузку на незрелую выделительную систему.
- Предполагается, что железо, кальций, магний, цинк усваиваются существенно лучше из женского молока, чем из коровьего. Это объясняется прежде всего их оптимальным соотношением с другими минеральными веществами (в частности кальция с фосфором, железа с медью и др.). Высокую биодоступность микроэлементов обеспечивают также транспортные белки женского молока, в частности, лактоферрин — переносчик железа, церулоплазмин — меди. Невысокий уровень железа в женском молоке компенсируется его высокой биодоступностью (до 50%).
- В женском молоке присутствуют все водо- и жирорастворимые **витамины. Концентрация витаминов** в молоке во многом определяется питанием кормящей матери и приемом поливитаминных препаратов. Следует подчеркнуть, однако, что уровень витамина D

в женском молоке крайне низок, что требует его дополнительного назначения детям, находящимся на естественном вскармливании.

- **Состав** женского молока изменяется в процессе лактации, особенно на протяжении первых дней и месяцев кормления грудью, что позволяет наиболее полно обеспечить потребности грудного ребенка.

Небольшой объем молока (молозива) в первые дни лактации компенсируется относительно высоким содержанием *белка* и *защитных факторов*, в последующие недели концентрация белка в женском молоке снижается и в дальнейшем остается практически неизменной.

- Наиболее лабильный компонент женского молока — *жир*, уровень которого зависит от его содержания в рационе кормящей матери и изменяется как во время каждого кормления, нарастая к его окончанию, так и в течение дня.
- *Углеводы* — более стабильная составляющая женского молока, но их уровень тоже изменяется во время кормления, будучи максимальным в первых порциях молока.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

В родильном доме с целью становления достаточной по объему и продолжительности лактации здоровый новорожденный ребенок должен выкладываться на грудь матери в первые 30 минут после не осложненных родов на срок не менее, чем на 30 минут.

АРГУМЕНТАЦИЯ ЭТОГО МЕТОДА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

1. Раннее прикладывание ребенка к груди матери обеспечивает быстрое включение механизмов секреции молока и более устойчивую последующую лактацию;
2. Сосание ребенка способствует энергичному выбросу окситоцина и тем самым уменьшает опасность кровопотери у матери, способствует более раннему сокращению матки;
3. Контакт матери и ребенка:

- оказывает успокаивающее действие на мать, исчезает стрессорный гормональный фон;
- способствует через механизмы импринтинга усилению чувства материнства, увеличения продолжительности грудного вскармливания;
- обеспечивает получение новорожденным материнской микрофлоры.

Раннее прикладывание к груди и «свободное вскармливание» являются ключевыми факторами обеспечения полноценной лактации и способствуют установлению тесного психоэмоционального контакта между матерью и ребёнком.

ПРИНЦИПЫ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ
(МЕЖДУНАРОДНАЯ ПРОГРАММА ВОЗ/
ЮНИСЕФ «ОХРАНА, ПООЩРЕНИЕ И ПОДДЕРЖКА ПРАКТИКИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ»)

Согласно этим документам, в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства рекомендуется проводить следующую работу по поддержке естественного вскармливания:

- иметь доступную печатную информацию, касающуюся практики грудного вскармливания, которую следует регулярно доводить до сведения всего медицинского персонала;
- информировать всех беременных женщин о преимуществах грудного вскармливания и необходимости раннего прикладывания новорожденного ребенка к груди матери (в течение первых 30 минут после родов);
- обеспечивать круглосуточное совместное пребывание матери и ребёнка в палате «мать и дитя» родильного дома и поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка;
- обучать матерей технике кормления ребенка грудью и сохранения лактации;

- стремиться к проведению в течение первых 4–6 месяцев жизни исключительно грудного вскармливания, то есть, не давать здоровым новорожденным детям никакой пищи, кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями;
- обеспечивать преемственность в работе женской консультации, акушерского стационара, детской поликлиники и детского стационара.

Эти мероприятия необходимо проводить с учетом состояния здоровья, как матери, так и ребенка.

ВОЗМОЖНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Эклампсия,
- Сильные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде,
- Открытая форма туберкулеза,
- Состояние выраженной декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени, а также гипертиреоз,
- Острые психические заболевания,
- Особо опасные инфекции (тиф, холера и др.),
- Герпетические высыпания на соске молочной железы (до их долечивания),
- ВИЧ-инфицирование.
- При остром гепатите А у матери кормление грудью запрещается.
- Прекращают кормление грудью в тех случаях, когда мать принимает цитостатики в терапевтических дозах, иммунносупрессивные препараты, антикоагулянты типа фениндиона, радиоизотопные контрастные вещества для лечения или обследования, препараты лития, большинство противовирусных препаратов (кроме ацикловира, зидовудина, занамивира, лимовудина, озельтамивира — с осторожностью), противогельминтные препараты, а также некоторые антибиотики: макролиды (кларитромицин, мидекамицин, рокситромицин, спирамицин), тетрациклины, хинолоны и фторхинолоны, гликопептиды, нитроимидазолы, хлорамфеникол, котримоксазол.
- Временно прекращается при обнаружении массивного роста в грудном молоке золотистого стафилококка в количестве 250 КОЕ и более в 1 мл и единичных колоний представителей семейства Enterobacteriacae или вида Pseudomonas aeruginosa
- Не должны кормить ребенка грудью матери, страдающие алкогольной и наркотической (героин, морфин, метадон или их производные) зависимостью.
- При резус конфликте, если ребенку не проводилось заменное переливание крови, то его в течение первых 10–14 дней кормят пастеризованным (во время пастеризации антитела разрушаются) материнским или донорским молоком. В случаях проведения заменного переливания крови, через 3–5 часов после операции ребенка можно приложить к груди.

РАЗРЕШЕНО КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

- При таких заболеваниях кормящей матери как краснуха, ветряная оспа, корь, эпидемический паротит, цитомегаловирусная инфекция, простой герпес, острые кишечные и острые респираторно-вирусные инфекции, если они протекают без выраженной интоксикации, кормление грудью при соблюдении правил общей гигиены не противопоказано.
- Наличие гепатита В и С у женщин в настоящее время не является противопоказанием к грудному вскармливанию, однако при трещинах сосков кормление осуществляют через специальные силиконовые накладки.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К РАННЕМУ ПРИКЛАДЫВАНИЮ К ГРУДИ МАТЕРИ СО СТОРОНЫ РЕБЁНКА

- Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар ниже 7 баллов
- при тяжелой асфиксии новорожденного,
- родовой травме,
- судорогах,
- синдроме дыхательных расстройств,
- а также глубокая недоношенность,
- тяжелые пороки развития желудочно-кишечного тракта, челюстно-лицевого аппарата, сердца, и др.

В тех случаях, когда прикладывание к груди невозможно, ребенок должен получать сцеженное материнское молоко.

Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка на последующих этапах лактации

наследственные энзимопатии (галактоземия и др.) кормление лечебными продуктами.

При фенилкетонурии объем грудного молока в сочетании с лечебными продуктами устанавливается индивидуально.

ПРИЗНАКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЛАКТАЦИИ

- Оценка адекватности лактации требует тщательного анализа поведения ребенка, характера стула, частоты мочеиспусканий.
- **Вероятными признаками недостаточной лактации являются**:
- беспокойство и крик ребенка во время или сразу после кормления;
- необходимость в частых прикладываниях к груди;
- длительное кормление, при котором ребенок совершает много сосательных движений, при отсутствии глотательных;
- ощущение матерью быстрого полного опорожнения грудных желез при активном сосании ребенка, при сцеживании после кормлений молока нет;
- беспокойный сон, частый плач, «голодный» крик; скудный редкий стул

Однако наиболее достоверными признаками недостаточного питания являются низкая прибавка массы тела и редкие мочеиспускания (менее 6 раз за сутки) с выделением небольшого количества концентрированной мочи.

Окончательный вывод о недостаточной лактации может быть сделан на основании результатов взвешивания ребенка в домашних условиях после каждого кормления в течение суток ***(«контрольное» взвешивание).***

ГИПОГАЛАКТИЯ

Гипогалактия истинная (или первичная) встречается редко, не более чем у 5% женщин.

В остальных случаях снижение выработки молока вызвано различными причинами, основными из которых являются:

- отсутствие у женщины доминанты лактации (психологического настроя) в связи с плохой подготовкой в период беременности,
- эмоциональный стресс,
- раннее и необоснованное введение докорма детскими смесями,
- необходимость выхода на работу,
- болезнь ребенка,
- болезнь матери и т.д.

В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер, проявляясь в виде так называемых ***лактационных кризов***, под которыми понимают временное уменьшение количества молока, возникающее без видимой причины.

Отсутствие информации о них и не знание методов коррекции — наиболее частые факторы прекращения грудного вскармливания.

В основе лактационных кризов лежат особенности гормональной регуляции лактации. Они обычно возникают на 3–6 неделях, 3, 4, 7, 8 месяцах лактации.

Продолжительность лактационных кризов в среднем составляет 3–4 дня, *и они не представляют опасности для здоровья ребёнка*.

- *В таких случаях оказывается достато*чным более частое прикладывание ребенка к груди в сочетании с кормлением из обеих грудей.
- Необходим покой и отдых матери;
- Разнообразное, полноценное, с высокими вкусовыми качествами питание; тёплое питьё напитков особенно с использованием лактогонных трав или препаратов за 15–20 мин до кормления, а также специальных продуктов лактогонного действия.

ПИТАНИЕ КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ

В период кормления грудью питание женщины необходимо организовывать с учетом поддержания ее здоровья, обеспечения достаточной и продолжительной лактации при оптимальном составе грудного молока. Питание кормящей матери должно удовлетворять ее физиологические потребности в пищевых веществах и энергии, а также возрастные потребности ребенка первых месяцев жизни.

Рекомендуемый среднесуточный набор продуктов питания для кормящих женщин (г, брутто)

Разработаны ГУ НИИ питания РАМН, утверждены Департаментом медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 16.05.2006 г. № 15-3/691-04.

Продукты	Количество
Хлеб пшеничный	150
Хлеб ржаной	100
Мука пшеничная	20
Крупы, макаронные изделия	70
Картофель	200
Овощи	500
Фрукты	300
Соки	150
Фрукты сухие	20
Сахар	60
Кондитерские изделия	20
Мясо, птица	170
Рыба	70
Молоко, кефир и другие кисломолочные продукты 2,5 % жирности	600
Творог 9% жирности	50
Сметана 10% жирности	15
Масло сливочное	25
Масло растительное	15
Яйцо, шт	1/2
Сыр	15
Чай	1

Кофе	3
Соль	8
Химический состав рационов	
Белки, в том числе животные, г	104 60
Жиры, В том числе растительные, г	93 25
Углеводы, г	370
Энергетическая ценность, ккал	2735

ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЛАКТАЦИИ

Для улучшения состава рационов кормящих женщин, достаточной выработки грудного молока и оптимизации его состава могут использоваться продукты для беременных и кормящих женщин, а также витаминизированные соки и напитки, дополнительно обогащенные основными витаминами.

Наиболее целесообразно назначение специальных продуктов для кормящих матерей, в состав которых введены травы, обладающие лактогонным действием.

Применяются также специальные травяные чаи с экстрактами лактогонных трав.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ СМЕСИ С ЛАКТОГОННЫМИ ДОБАВКАМИ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН

Млечный путь – сухая смесь на основе изолята соевого белка, содержит пищевые волокна. Лактогонная добавка – экстракт травы галега. В 1 порции – 98 ккал; 7,6г – белка. Содержит сахар и растворимый цикорий.

Лактамил (Нутрима) – сухая смесь на основе белка коровьего молока с обогащённым аминокислотным составом, содержит пищевые волокна. Без пальмового масла и сахарозы. Лактогонный сбор из трав: фенхель, анис, крапива, тмин. В 1 порции – 156 ккал; 7г – белка.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИЁМУ:

В период лактационных кризов, рекомендован ежедневный приём по 1-2 порции (по 250мл)

Не рекомендуется принимать в период старта лактации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. И.И. Рюмина, Д.Н. Дегтярев, Е.Н. Байбарина БАЗОВАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННОМУ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ОТДЕЛЕНИИ
2. Базовая медицинская помощь новорождённому в родильном зале и в послеродовом отделении (Клинические рекомендации., Москва 2015 год)
3. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации (Методические рекомендации МР 2.3.1.2432—08)
4. НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (Утверждена на XVI Съезде педиатров России (февраль 2009 г.)