

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Испокон веков кормление новорожденного ребенка грудью было общим у всех народов во все времена, это обеспечивало их выживание и здоровье. Однако в XX столетии, при высоком развитии технологий производства искусственных смесей, повсеместной их рекламе, и в противовес, минимальной информации о пользе естественного вскармливания для ребенка и матери, появилась необходимость в подготовке организма беременной женщины к лактации и дальнейшем ее сохранении. Но, как говорится "лучшее враг хорошему", и в последнее время исследования проводимые врачами-педиатрами показали, что заменить женское молоко без ущерба для новорожденного, а в дальнейшем грудного ребенка невозможно.

Грудное молоко, самой природой предназначенное для удовлетворения детей в питании, является единственным надежным источником пищи. Материнское молоко имеет неповторимый индивидуальный состав - все ингредиенты максимально (наиболее) близки составу тканей ребенка, недаром мать вынашивала его в течении 9 месяцев. С молоком матери ребенок получает сбалансированный состав белков, жиров и углеводов; ферменты, которые способствуют наиболее полному и легкому их усвоению; витамины и минеральные в-ва, в которых он нуждается, а также иммуноглобулины, лизоцим, лактоферрин, живые лейкоциты и лимфоциты, бифидусфактор и др. в-ва высокой биологической сложности, выполняющие защитную и иммуномодулирующую функции. Оно не только обеспечивает уникальную защиту от инфекций, но также стимулирует развитие собственной иммунной системы у ребенка.

Немаловажную роль играет эмоциональный аспект грудного вскармливания. Особая близость, которая устанавливается между матерью и ребенком во время кормления, сохраняется на всю жизнь, т.е. закладывается фундамент дальнейшего нормального психического развития и оказывает огромное положительное воздействие на организм женщины. Прикладывание ребенка к груди матери в первые часы после рождения стимулирует выделение гормона окситоцина, который в свою очередь стимулирует сокращение матки, и тем самым предупреждает послеродовые кровотечения.

Отмечено, что у женщин, кормящих грудью, значительно реже развиваются злокачественные новообразования молочных желез и рак яичников.

Часто встает вопрос: "Кормление грудью - естественный процесс! Зачем же нужно помогать женщине в этом?" Конечно, некоторые матери без каких-либо трудностей кормят своих малышей. Но многим женщинам, в самом начале, нужна помощь, многим она требуется для поддержания лактации на весь период необходимый малышу. Особенно, если это первенец, и они очень молоды.

В этом пособии мы хотим показать, что проблема естественного вскармливания в нашей стране очень актуальна, дать практические советы и информацию наработанную нами и организацией ЮНИСЕФ по становлению лактации, ее пролонгированию, технике грудного вскармливания и другим важным аспектам. Пособие адресовано практикующим врачам, акушерам, педиатрам, а также широкому кругу женщин.

Политика ВОЗ/ЮНИСЕФ направленная на поддержание грудного вскармливания.

В 1989 году Всемирная Организация Здравоохранения и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) выступили с совместным заявлением о роли служб помощи матерям в защите, содействии и поддержке грудного вскармливания. Это заявление приводит наиболее современные научные знания и практический опыт по вопросам лактации в форме точных, универсально приемлемых рекомендаций по уходу за матерями до, в течении беременности и после родов. Информация адресуется работникам Здравоохранения, педиатрам, акушерам, сестринскому персоналу.

Работа ВОЗ/ЮНИСЕФ проводится в нескольких направлениях:

1. Формирование правильного отношения общества к естественному вскармливанию.
2. Повышение роли медицинских учреждений в поддержке грудного вскармливания, подготовка медицинского персонала.
3. Обеспечение максимального количества информации о пользе грудного вскармливания для матерей и женщин готовящихся к материнству.

ВОЗ/ЮНИСЕФ считает, что из многих факторов, которые влияют на нормальное начало и продолжение грудного вскармливания, практические мероприятия медико-санитарной помощи, особенно связанные с уходом за матерями и новорожденными, являются наиболее перспективными средствами увеличения распространенности и длительности практики грудного вскармливания.

Организацией ВОЗ/ЮНИСЕФ было выработано десять принципов успешного грудного вскармливания для родильных домов и больниц по уходу за новорожденными:

Десять принципов для успешного грудного вскармливания:

1. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и регулярно доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.
2. Обучать весь медико-санитарный персонал необходимым навыкам для осуществления этой политики.
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах и методах грудного вскармливания.
4. Помогать матерям осуществлять грудное вскармливание в первые полчаса после родов.
5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

6. Не давать новорожденным иной пищи или питья, кроме грудного молока, за исключением строгих медицинских показаний для этого.
7. Практиковать круглосуточное совместное нахождение матери и новорожденного.
8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.
9. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств (имитирующих грудь или успокаивающих).
10. Поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания и направлять матерей в эти группы после выписки из больницы или клиники.

В 1981 году ВОЗ составила "Международный Кодекс маркетинга заменителей грудного молока". В этом своде правил содержится призыв ко всем производителям детских смесей и других видов детского питания прекратить рекламу своей продукции. Основные положения Кодекса сводятся к следующему:

- Реклама заменителей грудного молока должна быть запрещена.
- Недопустима деятельность по распространению заменителей грудного молока, к примеру, бесплатное предоставление образцов детского питания матерям и медперсоналу, а также издание плакатов, афиш, календарей.
- На этикетках банок с детскими смесями должно быть четкое предупреждение о том, что лучшим питанием для ребенка является грудное молоко. На этикетках не должно быть изображения здорового ребенка.
- Инструкция к применению детских смесей должна быть ясной и простой.

Пользуйтесь любой возможностью разъяснить матерям преимущества грудного вскармливания. Каждый раз, рекламируя грудное вскармливание, Вы имеете возможность постепенно убедить мать в том, что кормление грудью является единственным ценным способом кормления детей, и идея грудного вскармливания найдет широкое распространение.

ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

- Грудное молоко содержит все питательные вещества необходимые ребенку, которые быстро и легко усваиваются. В его состав входят:
- Наиболее сбалансированное и подходящее ребенку количество протеинов, лактозы и жиров, аминокислот.
- Достаточное количество витаминов и минеральных веществ, в которых он нуждается (в том числе витамин К, предотвращающий риск возникновения кровотечений у новорожденных).
- Небольшое количество железа, которое очень хорошо абсорбируется в кишечнике ребенка и полностью предотвращает развитие железодефицитной анемии.
- Специальный фермент липазу, расщепляющий жиры.

- Энзимы, гормоны, факторы роста, которые способны контролировать обмен веществ и активировать созревание собственных клеток новорожденного.
- Достаточное количество воды, даже в жарком, сухом климате.

Грудное молоко не только само по себе стерильно, но и обеспечивает ребенку уникальную защиту от инфекций, аллергии, а также стимулирует развитие собственной иммунной системы. В нем содержатся:

- живые лейкоциты, лимфоциты и макрофаги, а также лизоцим обладающие бактерицидным эффектом
- иммуноглобулины, предохраняющие ребенка от инфекций и корректирующие неполноценность его иммунитета
- Бифидус-фактор, стимулирующий рост в кишечнике ребенка *Lactobacillus bifidus*, а также противодействующий заселению кишечника патогенной флорой
- Лактоферрин, связывающий железо, а также способный предотвратить рост ряда бактерий утилизирующих железо
- факторы, циркулирующие между бронхами и молочной железой, выполняющие иммунологические функции и стимулирующие выработку АТ на инфекцию попадающую в организм ребенка из вне.

НЕДОСТАТКИ ИСКУССТВЕННЫХ МОЛОЧНЫХ СМЕСЕЙ И ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

Современные технологии производства заменителей грудного молока, т.е. искусственных смесей постоянно совершенствуются, имея основную цель

- максимальное приближение (сродство) с грудным молоком женщины. Полностью достигнуть этого невозможно, т.к. женское молоко - по своим свойствам уникально, в каком-то смысле это такая же "живая плоть". Однако реклама - "двигатель торговли" и фирмы, выпускающие детское питание всячески этим пользуются. На их плакатах, банках с питанием красуется розовощекий улыбающийся малыш. А все проблемы возникающие у детей находящихся на искусственном вскармливании остаются "за кадром". Что же это за проблемы?
- искусственные смеси не содержат защитных факторов, которые в большом количестве и многообразии присутствуют в женском молоке. Дети находящиеся на искусственном вскармливании болеют значительно чаще!
- практически все дети получающие молочные смеси страдают дисбактериозом, длительный период их беспокоят диспепсические расстройства: упорные запоры и диарея, которые с трудом поддаются лечению.
- в детских смесях содержится достаточное количество витаминов, но лишь небольшая их часть усваивается организмом новорожденного ребенка, желудочно-кишечный тракт, которого только заселяется флорой. Дети получающие молочные смеси подвержены гиповитаминозам!
- железо содержащееся в молочных смесях, усваивается детьми в минимальном количестве. Риск возникновения железодефицитных состояний у детей находящихся на искусственном вскармливании значительно выше.

- в некоторых марках детского питания содержание солей бывает подобрано неправильно, что может приводить к возникновению судорог, особенно если сочетается диарейный синдром
- дети с раннего возраста получающие искусственные смеси, чаще страдают экссудативным (аллергическим) диатезом в раннем возрасте, а в дальнейшем более подвержены тяжелым аллергическим заболеваниям (бронхиальной астмой и т.д.)
- дети получающие искусственное вскармливание из бутылочки, плохо берут грудь, а в дальнейшем часто полностью от нее отказываются
- при разведении молочных смесей несоблюдение санитарных правил может привести к попаданию в бутылочку инфекционного агента (а молочные смеси прекрасная питательная среда), что может привести к инфицированию ребенка патогенными микроорганизмами
- расходы - детские смеси наносят ощутимый удар по семейному бюджету. Поэтому могут возникать проблемы с недокармливанием ребенка (когда мать не может обеспечить ребенку необходимое количество еды, излишне разбавляет смесь). Очень опасно, когда для экономии родители пользуются дешевым и некачественным питанием. При этом проблемы которые могут возникнуть, еще более серьезны, как и вред для здоровья малыша.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

При прикладывании ребенка к груди в родильном зале, в первые минуты жизни перебрасывается крепкий мостик между матерью и малышом. Женщина познает инстинкт материнства. Для ребенка - это знакомство с мамой, осознание того, что он будет защищен и накормлен. В дальнейшем это гарант его нормального психического развития. Дети находящиеся на грудном вскармливании эмоционально более спокойные. Мамы кормящие грудью реже оставляют своих детей без присмотра, проявляют больше заботы о них.

ИЗМЕНЕНИЯ, ПРОИСХОДЯЩИЕ В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ

Структура молочной железы может быть уподоблена дереву со стволом, ветвями и листьями: млечные потоки образуют ствол и ветви, соединенные с мельчайшими, мешочкообразными альвеолами "листьями". Молоко выделяется в альвеолах, которые в каждом сегменте образуют гроздь по 10-100 пузырьков, заключенных в коллагеновые оболочки. Оболочки, в свою очередь, имеют маленькие каналцы, ведущие к выводному млечному протоку. Под этой коллагеновой оболочкой располагается выстилка из сокращающихся миоэпителиальных клеток, окружающих железистую ткань. Эти клетки сокращаются под воздействием гормона окситоцина, помогая молоку перетекать из альвеол в выводные протоки. Не доходя до соска, протоки расширяются и образуют млечный синус, в котором собирается молоко. Сосок располагается в середине круглого пигментированного околососкового кружка (ареолы), который, вероятно, служит визуальным ориентиром для ребенка. Сосок обычно выступает на несколько миллиметров над поверхностью кожи, но его форма и размер могут значительно различаться у разных женщин, не оказывая никакого влияния на функционирование.

И ареола и сосок снабжены большим количеством нервных рецепторов. Чувствительность комплекса ареола-сосок возрастает во время беременности и

достигает максимума в первые дни после родов. Околососковый кружок содержит также железы, называемые апокринными железами Монтгомери.

Изменение грудного соска во время беременности.

Увеличение чувствительности соска служит одним из признаков наступившей беременности для женщин. Ареола, окружающая сосок, может во время беременности увеличиваться в диаметре, железы Монтгомери становятся более выпуклыми и начинают вырабатывать сальное вещество, обладающее антибактериальными свойствами. Изменение соска во время беременности влияет на последующую способность новорожденного эффективно отсасывать молоко.

Изменение молочных желез во время беременности и после родов.

В период беременности происходит интенсивное развитие долек под воздействием плацентарного лактогена наряду с воздействием половых стероидных гормонов плаценты и желтого тела. Выделяются все большие количества пролактина, что влияет на развитие молочных желез. Быстро развиваются концевые альвеолы и выводные протоки, так, что уже к концу 5-8 недели молочные железы у многих женщин заметно увеличиваются в размере и становятся тяжелее, пигментация ареолы становится более интенсивной, расширяются поверхностные вены. Момент, когда молочные железы приобретают способность синтезировать некоторые составляющие молока, называется лактогенез.

ЛАКТАЦИЯ

Синтез молока в альвеолах является сложным процессом, включающим четыре секреторных механизма: экзоцитоз, синтез и перенос жиров, секрецию ионов и воды и перенос иммуноглобулинов из внеклеточного пространства.

Сразу после родов устраняется сдерживающее воздействие плаценты на выработку молока, снижается уровень прогестерона в крови, Молочные железы наполняются молоком, представляющим собой молозиво в течении примерно 30 часов после родов. Далее происходит быстрое изменение состава молока вследствие увеличения количества вырабатываемой лактозы, в результате объем молока увеличивается, возникает переполнение или другие признаки дискомфорта, ощущаемые женщиной. Поскольку лактация является энергетически-интенсивным процессом, то эволюционно оправдана необходимость наличия стражей, следящих за бесполезным перепроизводством, наряду с механизмами, позволяющими удовлетворить возрастающие потребности ребенка. Объем молока вырабатываемый каждой железой строго регулируется эффективностью отсасывания молока ребенком и/или сцеживанием.

ПОДДЕРЖАНИЕ ЛАКТАЦИИ

Материнские рефлексy.

В лактации участвуют два материнских рефлексa - производства молока и удаления молока. В обоих участвуют гормоны (пролактин и окситоцин) и оба соответствуют движущей силе лактации - отсасыванию. Стимуляция ребенком комплекса сосок-

ареола посылает нервно-рефлекторные импульсы в гипоталамус, вызывая секрецию пролактина в передней доле гипофиза и окситоцина - в задней. Пролактин является ключевым лактогенным гормоном, стимулирующим первичную выработку молока в альвеолах, он также определяет функцию консервации почками соли и воды, продление послеродовой аменореи (вследствие его взаимодействия с яичниками) - обе эти функции снижают метаболический стресс от лактации. Окситоцин вызывает сокращение клеток миоэпителия, проталкивая молоко в выводные протоки, а также индуцируется сокращение матки, что содействует скорой и полной ее инволюции.

И окситоцин, и пролактин влияют на настроение и физическое состояние матери, а пролактин также считается решающим при формировании поведения матери в различных ситуациях.

Если мать искренне верит, что сможет обеспечить молоком собственное дитя, то она, даже в стрессовых условиях будет успешно кормить грудью, что доказано опытом большинства кормящих женщин мира. Женщинам необходимо знать основную информацию о технике кормления грудью и надежности лактации; поскольку она является механизмом выживания и не зависит от веяний моды.

Рефлексы ребенка.

Нормальный доношенный ребенок к моменту рождения имеет все для того, чтобы успешно сосать грудь. При кормлении ребенка включается ряд рефлексов, которыми одарила его природа в ходе эволюции. Поисковый рефлекс, заставляющий ребенка искать сосок, широко раскрывая рот, захватывающий рефлекс - найдя сосок, он самостоятельно захватывает его ртом, и сосательный - состоящего из ритмичных движений челюстей, что создает отрицательное давление, и перистальтических движений языка, снимающего молоко с молочных желез и перемещающего его в горло, где оно включает глотательный рефлекс.

ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН К ЛАКТАЦИИ. РОЛЬ МЕДПЕРСОНАЛА. ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ ЛАКТАЦИИ.

Будущая мать должна быть абсолютно уверена в том, что она будет кормить своего ребенка грудью. В этом, важная роль отводится ее близкому окружению, а также социальным условиям, в которых она росла и развивалась. Если ее вскармливали грудью и она наблюдала за кормлением младших братьев и сестер в детстве - для этой женщины не возникнет вопрос, как кормить своего ребенка.

Не последнее место в подготовке лактации занимает медперсонал информирующий будущих матерей о несомненном положительном влиянии грудного вскармливания, как на ребенка, так и на организм женщины.

ПРЕИМУЩЕСТВО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ БОЛЬНИЦЫ

- более теплая и спокойная эмоциональная среда
- снижение гнойно-септических инфекций у женщин и новорожденных
- сокращение занятости персонала по уходу за детьми
- меньше брошенных детей

- улучшается имидж и престиж больницы

Врачи и медперсонал должны обучать женщину практическим навыкам кормления грудным молоком. От этого будет зависеть становление лактации и успешное ее продолжение.

УСПЕШНОЕ ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛАКТАЦИИ

Для успешного и продолжительного вскармливания ребенка грудью необходимо учитывать физиологические механизмы, способствующие отделению молока у женщины.

Сразу после родов, как уже говорилось выше, снижается тормозящее влияние гормонов плаценты на выделение молока.

- этому способствует наиболее раннее прикладывание новорожденного к груди (в первые 30 минут после рождения), что способствует выбросу пролактина, стимулирующего выработку молока, в кровь, кроме того, тактильный контакт "кожа к коже" сразу после рождения, способствует установлению более тесной эмоциональной связи между матерью и ребенком.
- успешному становлению лактации способствует более частое прикладывание ребенка к груди (приблизительно каждые два часа), когда, наряду с рефлексорным механизмом происходит постоянное опорожнение молочной железы стимулирует выделение пролактина и как следствие выработку молока.
- кроме того, одновременно происходит выработка окситоцина, который стимулирует рефлекс "отдачи", способствуя поступлению молока ребенку и обеспечивая послеродовое сокращение матки и ее инволюцию.
- свободный режим вскармливания оказывает положительное влияние не только на мать, но и на ребенка, помогая ему получить достаточное количество молозива - "незрелого молока". Именно это молоко, образующееся у женщины в первые 30-40 часов после родов, наиболее энергетически богато, способствует созреванию слизистой кишечника, содержит факторы иммунологической защиты и факторы роста.

Не надо жалеть своего времени, мы должны научить женщину всем практическим навыкам необходимым ей в первые дни лактации и последующего ее продолжения. Они, также включают:

Массаж сосков заключается в перекатывании их между большим и указательным пальцами. В конце массажа "встряхнуть" грудь для того, чтобы спустилось молоко.

Массаж молочных желез.

1. Начиная сверху, сильно надавливая на стенку грудной клетки, передвигая пальцы в виде легких круговых движений на одном месте в течение нескольких секунд; потом передвигать пальцы к следующей области груди. Делайте массаж по спирали вокруг груди в направлении к околососковому кружку.

2. Поглаживайте легкими движениями сверху груди к соску, Поглаживайте вокруг всей груди.

3. Манипулируйте соском, придерживая его между указательным и большим пальцами.

4. Осторожно потрясите груди, при этом наклонитесь вперед так, чтобы сила тяжести помогла молоку спуститься.

После массажа примите теплый душ, направляя струю (рассеянную) воды поочередно на каждую грудь.

Гимнастика.

Первые упражнения можно делать уже на следующий день после родов, постепенно увеличивая нагрузку, но они не должны утомлять. Сначала ими можно заниматься 5-10 мин., позже - дважды в день по 20 мин.

Лежа в постели поднять руки и глубоко вздохнуть. Пошевелить пальцами ног в разные стороны, сделать круговые движения стопой, вытянуть носки и привести их к голени. Сгибать и разгибать ноги в коленных и бедренных суставах, ставя стопы на постель.

Разводить ноги в стороны и сводить их вместе.

Поднимать и опускать голову.

Напрягать и расслаблять брюшной пресс.

Технология правильного кормления.

- рот широко открыт и губы оттянуты назад
- сосок находится глубоко во рту новорожденного, при этом кончик его в самой глубине рта
- губы и десны ребенка прижаты к ареоле
- нижняя губа прикладывается несколько дальше от основания соска, чем верхняя
- ребенок должен взять не только сосок, но и околососковый кружок, больше снизу, чем сверху.

Такая техника способствует лучшему опорожнению молочной железы, исключает травмирование сосков, а также препятствует заглатыванию воздуха ребенком.

Важно, объяснить матери, какие ошибки могут возникать при кормлении.

Ошибки в технологии кормления.

- ребенок сосет ("жует") только сосок
- язык новорожденного взаимодействует только с кончиком соска
- губы (десны) надавливают только на сосок вместо всей ареолы
- губы всасываются внутрь

Критерии правильного сосания.

- ребенок сосет медленно ритмически глубоко
- нет втягивания воздуха (со звуком) и раздувания щек

Немаловажное значение имеет сцеживание молока после кормления, т.к. это стимулирует дальнейшую лактацию. Ручное сцеживание наиболее полезный метод.

Сцеживание.

- тщательно вымыть руки
- удобно сесть или встать, при этом держа чашку возле груди
- положить большой палец на ареолу над соском, а указательный палец на ареолу под соском, напротив большого
- нажимать большим и указательным пальцами внутрь в направлении грудной клетки

Чтобы в дальнейшем не возникла проблема, когда ребенок отказывается от груди, в связи с тем, что пососав из бутылочки, трудиться над грудью ему уже не хочется, объясните маме, что есть альтернатива:

- чашка
- ложка
- капли
- шприц

Режим дня и питание кормящей матери.

Необходимо уделить внимание правильному режиму и питанию кормящей мамы. Провести с ней беседу и при возможности переговорить об этом с ближайшими родственниками, объяснив всю важность этого вопроса.

Кормящая мать должна правильно питаться, а также полноценно отдыхать. Ориентировочно суточный набор продуктов должен содержать:

- калорийность: следует увеличить на 700-1000 ккал
- общая калорийность рациона должна составлять 3200-3500 ккал
- в рацион необходимо включить 1 л молока (в любом виде)

- 150 г мяса, птицы или рыбы 20-30 г сыра, 100-150 г творога, 1 яйцо (потребность в белках должна на 60-70% удовлетворяться за счет белков животного происхождения)
- 50 г масла (1/5 за счет растительных масел)
- 200-300 г фруктов
- 500-600 г овощей (из них картофеля не более 1/3)
- объем жидкости должен составлять около 2 л

Рекомендуется включать в меню гречневую и овсяную каши, ягоды, соки, компоты. Следует избегать острых приправ и пряностей, чеснок, хрен и других продуктов такого рода, т.к. они могут создавать неприятный вкус молока и ребенок может отказаться от груди.

Принимать пищу целесообразно 5-6 раз в день, обычно за 30 минут до кормления ребенка. Это способствует образованию молока.

Кормящей матери необходимы хороший отдых, прогулка на свежем воздухе по 2-3 часа в день. Родственники должны позаботиться, чтобы женщина спала не менее 8 часов ночью, а также имела возможность спать днем в течении 1-2 часов.

ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Когда женщина кормит ребенка грудью мы сталкиваемся с некоторыми проблемами, такими как трещины соска, мастит и т.д. Для успешного продолжения грудного кормления мы должны быстро и эффективно помочь ей справиться с этими проблемами.

Трещины соска.

При захватывании только соска ртом ребенка может происходить трение соска о небо, раздражение его кожи и растрескивание. Это приводит к болезненным ощущениям при кормлении ребенка.

Для предотвращения этого необходимо:

- держать ребенка у груди не более 7 минут
- правильно соблюдать технику кормления.

Если все таки проблема возникла:

- местное лечение - обрабатывать соски маслом шиповника и облепиховым маслом; если выражен отек - мазь "Арника" или "Траумель"; спрей "Олазол", содержащий облепиховое масло.
- общее лечение - Графит 3, Арника 3 - по 5 крупинок под язык до полного рассасывания, попеременно, за 20 минут до кормления; если трещины

болезненны "как от занозы", чувствительны к прикосновению - Ацидум нитрикум 6; трещины сопровождающиеся сильным зудом - Ратания 6.

Лактостаз.

В первые 24-48 часов после родов женщина может ощущать распирающие в груди, которое связано с выработкой молока и повышением внутреннего давления, что наряду с повышенным кровотоком в молочной железе, создает лимфатический отек. В случае неэффективного отвода молока возникает лактостаз, сопровождающийся болезненностью железы и повышением температуры 38-38,5 С. Эти явления возникают обычно со 2-х по 6-е сутки после родов.

В этой ситуации:

- более часто прикладывать к груди
- до кормления надо сцеживать немного молока, чтобы грудь стала легче
- во время кормления массировать грудь (поглаживая в сторону соска)
- сцеживать молоко после кормления, пока грудь не станет мягкой
- теплый компресс на грудь
- надеть бюстгальтер, который хорошо держит грудь, но при этом не очень тугой
- еще раз обратить внимание на технику сосания

Мастит.

При нарушении техники кормления и возникновении трещин сосков, если мать не сцеживает молоко или сцеживает не до конца может развиваться мастит. Женщина ощущает недомогание, температура тела повышается до фебрильных цифр, пальпируется болезненное уплотнение участка молочной железы и гиперемия кожи над ней. Противопоказанием к кормлению грудью при этом заболевании является наличие гноя в молоке. Во всех остальных случаях женщина должна кормить ребенка для предупреждения застоя молока в воспаленной зоне. В серьезных случаях может потребоваться лечение антибиотиками.

ГИПОГАЛАКТИЯ – УПРАВЛЯЕМАЯ ПАТОЛОГИЯ

По заключению экспертов ВОЗ гипогалактия является одной из наиболее сложных проблем, которая охватывает не только медико-биологические, но и социальные вопросы. (Отчет ВОЗ 1981 г.)

Гипогалактия очень распространенная патология среди кормящих матерей. Частота ее колеблется от 6,4 до 30 % случаев среди всех родивших, при отдельных видах патологии, например поздних токсикозах достигает 83%.

В Москве получают естественное вскармливание на 1-ом месяце жизни лишь 60-70%, а в более старшем возрасте всего 40-60%.

Агалактия - неспособность к лактации вследствие врожденного отсутствия железистых элементов молочной железы.

Гипоалактия - пониженная секреторная способность молочной железы.

Ранняя гипоалактия - до 10 дней с момента родов.

Поздняя гипоалактия - с 11 дня после родов.

Критерии постановки диагноза гипоалактии:

- недостаточное для данных суток выделение молока
- отсутствие тенденции к его увеличению, после устранения всех видимых причин, которые могут снижать лактацию.

У женщин после кесарева сечения, вследствие отсутствия родовой доминанты часто возникает первичная гипоалактия. Весьма высока частота гипоалактии у женщин после преждевременных родов. В данном случае, важное значение в возникновении недостаточности лактации имеют сопутствующие осложнения беременности и родов, частая для незрелого ребенка слабость сосательного рефлекса и позднее прикладывание к груди.

Вторичная гипоалактия может быть следствием нерационального образа жизни кормящей матери, неправильного кормления новорожденного грудью, физических перегрузок и эмоциональных переживаний.

В случае данной патологии очень важна индивидуальная и коллективная психотерапия - метод, нацеленный на формирование стойкой доминанты на лактацию, обучение и подготовку женщины к процессу лактации, т.е. создание психологического настроя на длительное и полноценное грудное вскармливание.

Существенное значение в развитии гипоалактии придают аэрофагии у новорожденных. Заглатывание воздуха наблюдается у всех детей. Однако в тех случаях, когда объем заглатываемого воздуха не превышает 10% объема желудка, наполненного молоком, аэрофагия является физиологической. Заглатывание большого количества воздуха является патологическим. При резко выраженной аэрофагии ребенок не высасывает положенного количества молока, так как желудок у него растягивается за счет воздуха и создает ложное ощущение сытости. Недостаточное раздражение молочной железы быстро приводит к угнетению лактации.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ ЛАКТАЦИИ

Характеристика состояния соматического и репродуктивного здоровья женщин имеет большое практическое значение для прогнозирования лактации. 68,2% женщин с гипоалактией имеет в анамнезе соматические заболевания (хронический тонзиллит, патологию сердечно-сосудистой системы, почек, анемию, ювенильные маточные кровотечения, аллергические заболевания, эндокринную патологию).

Большое практическое значение имеет выявление очагов хронической инфекции, т.к. количество и качество острых и хронических заболеваний у девочки - будущей матери, значительно нарастает и достигает максимума именно в активном репродуктивном возрасте.

Высокий процент женщин угрожаемых по развитию гипогалактии составляют женщины после кесарева сечения. По нашим данным, процент грудного вскармливания у женщин после кесарева сечения составляет от 25 до 30%. Это можно объяснить следующими факторами:

- характером и тяжестью акушерской и экстрагенитальной патологии, явившейся показанием к оперативному родоразрешению
- невозможностью осуществления раннего прикладывания к груди
- депрессивными влияниями на плод и новорожденного фармакологических средств, применяемых в родах и при проведении оперативного вмешательства
- наличием у новорожденного пограничных и/или патологических состояний, затрудняющих осуществление акта сосания
- нарушением сократительной деятельности послеродовой матки в связи с наличием рубца
- выключением нормального биомеханизма родов при кесаревом сечении, приводящим к большому напряжению приспособительных реакций для поддержания гомеостаза.

Выделение групп высокого риска по развитию гипогалактии.

- женщины с поздними менархе и поздно установившимся менструальным циклом
- женщины с ранними менархе
- женщины с дисфункцией яичников
- женщины с эндокринной патологией: ожирением, патологией щитовидной железы
- женщины с хроническим тонзиллитом в анамнезе
- женщины с анемией в анамнезе
- женщины с пиелонефритом в анамнезе
- женщины после кесарева сечения
- женщины со слабостью родовой деятельности и получавшие стимуляцию в родах (витаминно-гормональную терапию, окситоцин, эстрогены, простагландины)
- женщины после преждевременных и запоздалых родов
- женщины после метилэргометриновой профилактики кровотечений

Принципы постановки диагноза гипогалактия в родильном доме.

- отсутствие достаточного количества молока на 4-е сутки после родов
- имеются признаки, что ребенку не хватает молока:

- а) ребенок кричит после кормления
- б) плохо прибавляет или имеет плоскую весовую кривую
- в) снижен объем разового кормления.

Выделяют 4 стадии гипогалактии (по дефициту молока к потребностям ребенка):

1 стадия - дефицит не превышает 25%

2 стадия - дефицит равен 50%

3 стадия - дефицит 75%

4 стадия - дефицит превышает 75%

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГИПОГАЛАКТИЕЙ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

1. Совместное пребывание матери и ребенка - способствует установлению более тесного психо-эмоционального контакта между матерью и ребенком;
2. Раннее прикладывание к груди - прикладывание к груди в родильном блоке, контакт "Кожа к коже";
3. Психотерапия - направленная на формирование стойкой доминанты на лактацию, разъяснение преимуществ грудного вскармливания;
4. Метод Снегирева - никотиновая кислота за 15 минут до кормления;
5. Свечи "Апилак", либо в таблетированной форме сублингвально;
6. "Кверцитин" - по 1 таблетке 3 раза в день за полчаса до кормления.
7. "Эглонил", "Церукал" - изменяют вкус молока, ребенок может отказываться от груди;
8. Аурикулоэлектростимуляция - метод, позволяющий посредством раздражения активных точек ушной раковины регулировать приход молока;
9. Правильный уход за грудью.
10. Точечный самомассаж - массаж биологически активных точек, имеет высокую эффективность в лечении гипогалактии, как самостоятельный или дополняющий метод;
11. Гомеопатические препараты - высокая эффективность и безопасность;

12. Гомотоксикологическая терапия - комплексными препаратами, по схеме.

13. Фитотерапия.

Психотерапия.

Важным методом в профилактике гипогалактии является индивидуальная и коллективная психотерапия - метод, нацеленный на формирование стойкой доминанты на лактацию, обучение и подготовка женщины к процессу лактации и разъяснение процессов грудного вскармливания, то есть на создание психологического настроя на длительное и полноценное грудное вскармливание.

Психотерапия, направленная на формирование стойкой доминанты на лактацию, обучение и подготовку женщин к процессу лактации и разъяснение преимуществ грудного вскармливания.

Одним из первостепенных факторов является как можно более раннее, о чем говорилось выше, в первые же минуты жизни малыша, прикладывание к груди, с последующим кормлением его не реже чем через 3 часа.

Уход за грудью

Правильный уход за грудью в период лактации, является важной частью профилактических мероприятий гипогалактии.

Уход за грудью включает в себя:

- соблюдение гигиенических правил
- хлопчатобумажное белье (синтетическое белье может раздражать соски, приводить к образованию трещин)
- для более полного отхождения молока можно рекомендовать циркуляторный душ на молочную железу за 20 минут до каждого кормления
- сцеживание (в первые сутки после родов сцеживание даже небольшого количества молока является обязательным, так как это стимулирует процесс прихода молока)

Фитотерапия:

- Смесь хмеля (шишки) 20 г, укропа (семена) 25 г, тмина (семена) 25 г, крапивы сухой (листья) 25 г, бобов 50 г. На 1 л кипятка заваривают 30-40 г смеси, настоять 5-7 минут и принимать до или вовремя еды по 50 мл.;
- смесь фенхеля (плоды), аниса и укропа (семена): 1 чайн. ложку смеси заварить на 1 стакан кипятка, настоять в течение 10-15 минут. Принимать по 3-4 чашки настоя в течение суток;
- тмин 1 чайн. ложка заваривается 1 стаканом кипящего молока, настаивается в течение 10-15 минут, выпивается глотками в течение дня;

- 3 чайн. ложки сухой крапивы завариваются 2 стаканами кипятка, настаиваются в течение 10-15 минут (свежую траву настаивают 2 минуты), принимают полученный объем в течение дня.
- Очень эффективным средством, стимулирующим приход молока, является настой грецких орехов, который готовится следующим образом:
- 0,5 стакана очищенных грецких орехов заваривают 0,5 литрами кипящего молока в термосе и настаивают в течение 3-4 часов, Настой принимают по 1/3 стакана за 20 минут до каждого кормления. Принимают через день.

Профилактика гипогалактии в раннем послеродовом периоде:

а) после самостоятельных самопроизвольных родов:

В первые 2 часа после родов

- приложить новорожденного к груди

- при невозможности приложить к груди - Арника 3 через рот до согревания кожных покровов у женщины.

Аурикулоэлектростимуляция.

Аурикулоэлектростимуляция - метод, позволяющий посредством раздражения активных точек ушной раковины регулировать приход молока. Данные биологически активные точки располагаются в определенной закономерности и у здорового человека ничем не проявляются. Аурикулярная точка по современным представлениям имеет площадь около 2 мм. Установлено, что акупунктурные точки ушной раковины имеют более низкое сопротивление постоянному току и более высокое - электрическому потенциалу, причем эти показатели зависят от характера и выраженности патологического процесса. Аурикулоэлектростимуляция проводится при помощи портативного одноканального импульсного электростимулятора "Домашний доктор QZT-I" для профилактики и лечения гипогалактии в раннем послеродовом периоде. Аппарат обладает большим спектром многообразного действия по типу биологической обратной связи - серией автоматически модулированных импульсов, что позволяет точно подобрать параметры и время воздействия на разные системы гомеостаза, усилить лечебный и профилактический эффект, осуществлять индивидуальную коррекцию работы органов и систем. Нормализующее влияние акупунктуры на деятельность физиологических систем организма определяется законом "исходных величин". Этот закон гласит, что чем больше отклонение в деятельности функциональной системы от генетически-детерминированных параметров "адаптивной" нормы, тем легче акупунктура восстанавливает деятельность этих систем. Таким образом, акупунктура воздействует, как правило, только на ту систему, деятельность которой в момент воздействия имеет отклонения от нормы, или которая находится в состоянии возбуждения. В отличие от других приборов данный аппарат проводит сочетанное воздействие на вегетативную нервную систему, на правое и левое полушария головного мозга через черепно-мозговые нервы, иннервирующие ушную раковину, методом восстановительной рефлексотерапии. Электрод представляет собой токопроводящую резину, воздействие дозируется индивидуально, амплитуда тока регулируется от "0" до "30" Вольт. Необходимо отметить, что

аурикулоэлектростимуляция целесообразна, если ее начинать с 1-2 суток после родов. Проводится по 2 сеанса в день в течение 10 минут с интервалом в 3 часа.

Локализация активных точек ушной раковины

Зона межкозелковой вырезки:

- AP22 железы внутренней секреции (эндокринные) - ней-доэн-ми. Располагается на основании и во внутренней части межкозелковой вырезки, соответствует надпочечнику, щитовидной железе и паращитовидной железе.
- AP23 яичник - луань-чао. Располагается в области межкозелковой вырезки, между точками AP22 и AP34.

Зона противозавитка:

- AP42 грудь (сюн) Располагается на склоне противозавитка к плоскости раковины
- AP44 молочная железа - жу-сянь Одна из точек располагается медиальнее, другая латеральнее

Зона трехсторонней выемки:

- AP56 шейка матки - пэнь-цзянь. Располагается в углу, образованном соединением ножек противозавитка.
- AP58 матка - сексуальная точка узы-гун. Располагается в трехсторонней выемке около завитка на середине расстояния между ножками противозавитка.
- Зона восходящей зоны завитка AP79 наружные половые органы вайгиэнь-чжици. Располагается на восходящей части завитка в месте пересечения завитка и нижней ножки противозавитка.
- AP80 мочеиспускательный канал - няо-дяо. Располагается ниже точки AP79, в месте пересечения завитка с нижним краем нижней ножки противозавитка.
- AP81 прямая кишка - чжи-чан-ся-дуань. Располагается несколько выше точки находящейся между верхним уровнем козелка и восходящей части завитка.

Зона дна ушной раковины, прилежащая к ножке завитка:

- AP91 толстая кишка - да-чан. Располагается выше ножки завитка и восходящей точки завитка

Зона верхней части полости ушной раковины:

- AP92 мочевого пузыря - пан-гуан. Располагается под нижней ножкой противозавитка, над областью точки AP91.
- AP94 мочеточник - шу-няо-гуань. Располагается под нижней ножкой противозавитка, латеральнее точки AP92.

Эффективность применения аурикулоэлектростимуляции можно оценить по возникновению во время сеанса или сразу же после него следующих ощущений:

1. Снотворный и седативный эффект, который благотворно влияет на состояние женщины в послеродовом периоде
2. Общее тепло, распространяющееся сверху в низ
3. Тяжесть и жар в конечностях
4. Покалывание, тяжесть и умеренная болезненность в области матки
5. Тепло в ушах.

Точечный самомассаж

Как самостоятельный и как дополняющий другие виды терапии хотим рекомендовать Вам и метод точечного массажа (самомассажа) по В.С.Ибрагимовой, который по нашим данным обнаружил высокую эффективность при коррекции гипогалактии. При проведении массажа используют следующие биологически активные точки:

- Точка 1 (лэ-цюэ), симметричная, находится на предплечье на 1,5 цуня выше средней складки запястья, в углублении у шиловидного отростка лучевой кости. Массировать поочередно справа и слева в положении сидя, полусогнутая рука лежит на столе.
- Цунь - это расстояние между концами складок среднего пальца кисти, образующимися при сгибании средней и концевой фаланг под прямым углом на правой руке.
- Точка 2 - (шан-ян), симметричная, находится на 3 мм в сторону большого пальца от угла ногтевого ложа указательного пальца.
- Точка 3 (р-цзянь), симметричная, находится на тыле кисти у основания первой фаланги указательного пальца.
- Точка 4 (тань-чжун), несимметричная, находится на передней срединной линии на уровне 4-го межреберья. Массировать в положении сидя.
- Точка 5 (ин-чуян), симметричная, находится на 4 цуня в сторону от передней срединной линии в 3-м межреберье. Массировать одновременно справа и слева в положении сидя.
- Точка 6 (джу-гэнь), симметричная, находится на 4 цуня в сторону от передней срединной линии в 5-м межреберье. Массировать аналогично точке 5.
- Точка 7 (шао-цзе), симметричная, находится на 3 мм снаружи от угла ногтевого ложа мизинца. Массировать поочередно и слева и справа в положении сидя.
- Точка 8 (гдэ-шу), симметричная, находится на 1,5 цуня в сторону от задней срединной линии на уровне промежутка между остистыми отростками 7 и 8 грудных позвонков.
- Точка 9 (гань-шу), симметричная, находится на 1,5 цуня в сторону от задней срединной линии на уровне промежутка между остистыми отростками 9 и 10 грудных позвонков.

- Точка 10 (хэ-гу), симметричная, находится на тыле кисти между первой и второй пястными костями, ближе ко 2 пястной кости.
- Точка 11 (ней-гуань), симметричная, находится на передней поверхности предплечья на 2 цуня выше средней складки запястья, между сухожилиями.
- Точка 12 (ци-мэнь), симметричная, находится на 4 цуня в сторону от передней срединной линии в 4 межреберье.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ КОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧАСТКАХ

Основная работа по профилактике и борьбе с гипогалактией ложится на плечи участкового врача педиатра. После выписки из родильного дома молодая мама оказывается в новой, незнакомой для нее ситуации. У нее возникает много вопросов и сомнений, разрешить которые ей часто очень сложно. Очень важна в подобной ситуации правильная тактика участкового педиатра.

Во-первых, врач должен оказывать матерям всестороннюю психологическую поддержку, чтобы помочь им быстрее адаптироваться в новых для них условиях. Приходя на патронаж врач, должен провести беседу, цель которой:

- настроить маму на длительное кормление грудью;
- вселить в нее уверенность, что она может кормить своего ребенка столько, сколько это необходимо ему; что грудное молоко - самое лучшее и необходимое для ребенка.

В задачу врача входит объяснить женщине, как надо правильно питаться, какой режим ей надо соблюдать для поддержания длительной лактации.

Если у женщины есть какие-либо сомнения, то врач должен присутствовать на кормлении, посмотреть правильно ли соблюдается техника кормления, как мама сцеживает грудь. Помочь устранить ошибку, если она есть.

Часто молодым мамам кажется, что ребенок не наедается. Чтобы успокоить маму доктор может пригласить ее в поликлинику и провести контрольное кормление (если имеются весы это возможно сделать дома). Если малыш недоедает, это не является показанием для моментального введения докорма. Необходимо разобраться в причинах, из-за которых ребенок недоедает. Встречаются "ленивые дети", которые очень быстро устают и отказываются от груди, хотя у мамы достаточно молока. Таких детей надо докармливать сцеженным грудным молоком из ложечки. Одна из причин, приводящих к снижению количества молока - это гипогалактические кризы. Они могут повторяться с интервалом 28-30 дней, и проявляются в снижении секреции молока в течение нескольких дней. Врач должен объяснить маме, что эти кризы носят физиологический характер и обусловлены циклической гормональной активностью женского организма. В эти дни надо чаще прикладывать ребенка к груди, по прошествию 3-4 дней количество молока вернется к прежнему объему.

Врачу надо установить доверительные отношения с семьей, где появился новорожденный ребенок. Необходимо беседовать не только с мамой, но и с другими членами семьи, объясняя им все преимущества грудного вскармливания, чтобы они стали союзниками мамы и оказывали ей необходимую поддержку.

ДОКОРМ

Когда вводится докорм, надо продолжать поддерживать выработку молока у матери.

Приемлемые медицинские показания для докорма (по рекомендации ВОЗ, 1992 г.)

- очень низкая масса тела при рождении (меньше 1500 г) или дети родившиеся ранее 32 недель гестационного возраста;
- дети - small for date с потенциально тяжелой гипогликемией;
- тяжело больная мать (например, психоз, эклампсия, шок);
- врожденные нарушения метаболизма (галактоземия, фенилкетонурия, и т.д.)
- острая потеря воды
- мать принимает лекарства противопоказанные при кормлении грудью.

ПРОБЛЕМЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ПРИ КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ

Иногда при кормлении грудью дети начинают отказываться от нее. Причины по которым это происходит:

- неприятные ощущения, которые испытывает ребенок при кормлении, связанные с нарушением техники вскармливания, изменениями вкусовых качеств молока, уменьшением его количества
- заболевания полости носа и рта
- соматическое заболевание или неврологические нарушения.

Если нарушена техника кормления, ребенок неправильно приложен к груди или неправильно ее захватывает, сосание получается неэффективным, доставляет неприятные ощущения маме, а ребенок устает и не наедается.

Кормящие женщины должны знать, что некоторые продукты изменяют вкус молока и ребенок может от него отказываться. Поэтому, они должны исключить из своего рациона лук, чеснок, огурцы, петрушку, пряности. При менструации также возможно изменение вкусовых качеств молока. Часто отказ ребенка от груди может являться признаком развивающейся гипогалактии, т.к. ребенок в процессе сосания не получает достаточное количество молока и тогда он отказывается сосать "пустую" грудь.

Если у ребенка имеется ринит, то это значительно усложняет процесс грудного вскармливания. Чтобы помочь ребенку справиться с кормлением мать должна перед каждым прикладыванием к груди освобождать его носовые ходы. У детей возможно развитие молочницы, вызываемой грибами рода *Candida*, которая проявляется в виде белых точечных налетов на слизистой полости рта и вызывает болезненные ощущения при сосании. При обнаружении молочницы необходимо провести курс лечения противогрибковыми препаратами.

Отказ от груди маленького ребенка никогда не бывает необоснованным, поэтому всегда надо выяснить причину и постараться ее устранить.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ

Грудной способ кормления представляет собой предпочтительный выбор для всех нормальных детей вследствие многих преимуществ для здоровья, как детей, так и их матерей. У детей первого года жизни потребность в пище в пересчете на единицу собственной массы тела в несколько раз выше, чем у взрослого человека, дети более чувствительны к отклонениям в питании, у них ниже способность адаптации к различным типам, формам и свойствам пищи. Грудное молоко является идеальной пищей, обеспечивающей здоровое развитие ребенка и отвечающее всем его потребностям.

Существует, однако, ряд ситуаций к счастью достаточно редких, когда дети не могут или не должны вскармливаться грудью. Эти обстоятельства могут быть связаны со здоровьем детей или матерей. Важно делать различия между детьми, которые совсем не должны получать грудное молоко и детьми, которые не могут сосать грудь, но для которых грудное молоко является предпочтительным.

К ситуациям, когда ребенок не может получать грудное молоко или может получать лишь ограниченное его количество относятся врожденные наследственно обусловленные нарушения обмена веществ, когда имеется какой-либо ферментативный дефект, который не позволяет правильно расщепляться компонентам грудного молока и ведет к заболеваниям ребенка. Сюда относятся галактоземия, фенилкетонурия, болезнь "кленового сиропа".

Галактоземия.

Существуют две основные формы заболевания. Первая характеризуется дефицитом галактокиназы, которая расщепляет галактозу (входит в состав лактозы) и при потреблении лактозы (которая является основным углеводом женского молока) повышается уровень галактозы в крови, возникает глюкозурия, формируется катаракта. Вторая форма обусловлена дефицитом галактоза-1-фосфат-уридилтрансферазы, которая также участвует в метаболизме галактозы. При этой форме нарушения более выражены, клинически проявляются в виде диареи, гепатоспленомегалии, отставании в физическом развитии, в дальнейшем - формирование цирроза печени, развитие катаракты, задержка умственного развития. Детям страдающим таким заболеванием из рациона необходимо исключить продукты содержащие лактозу. В качестве адекватного питания им подойдут искусственные смеси на основе сои. Грудное молоко и молочные смеси на основе коровьего молока им также противопоказаны.

Фенилкетонурия.

Заболевание характеризуется нарушением метаболизма аминокислоты фенилаланина и обусловлено отсутствием фермента гидроксилазы фенилаланина, что приводит к задержке умственного развития различной степени выраженности. Повреждающее действие оказывается на детей до 7-8 летнего возраста, пока у них не сформированы структуры головного мозга. После достижения этого возраста действие фенилаланина не представляет опасности. Таким образом, для предотвращения развития фенилаланинового слабоумия необходимо исключить из питания новорожденного ребенка фенилаланин. Эта аминокислота содержится в грудном молоке в незначительном количестве, что позволяет применять грудное молоко для кормления ребенка имеющего положительный тест на ФКУ, но, под

строгим контролем уровня фенилаланина в крови. При его повышении необходимо ввести в питание ребенка специальные адаптированные молочные смеси не содержащие фенилаланина, заменив ими некоторые грудные кормления и таким образом уменьшив объем потребляемого ребенком грудного молока. Полного отказа от грудного вскармливания обычно не требуется.

Болезнь "кленового сиропа".

Заболевание вызвано нарушением метаболизма аминокислот валина, лейцина, изолейцина. Специфическая энзимная недостаточность еще не вполне определена. Клинически проявляется типичным запахом мочи типа кленового сиропа, метаболическим ацидозом и прогрессирующими неврологическими нарушениями. Если не проводится адекватное лечение, то заболевание в первые месяцы жизни приводит к летальному исходу. Основным способом терапии заключается в элиминации из рациона непереносимых аминокислот. В грудном молоке эти аминокислоты присутствуют в незначительных количествах, а поэтому возможна комбинация его с искусственными молочными смесями не содержащими валин, лейцин, изолейцин.

ПАТОЛОГИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА, КОТОРАЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

К ним относятся ситуации, когда ребенок может и должен получать грудное молоко, но существуют некоторые трудности связанные со сложностью акта сосания и глотания. Чаще всего - это врожденные пороки развития лицевого скелета (расщелина твердого и мягкого неба, синдром Пьера Робена), трахеопищеводные свищи.

Наиболее часто встречаемыми пороками развития лицевого скелета является расщелина губы и твердого неба. Сложности возникают из-за невозможности создания отрицательного давления в полости рта, необходимого для сосания груди. Если имеется изолированная расщелина губы, то возможно сосание груди и мать может помочь ребенку закрывая отверстие между носом и ртом своей грудью. В такой ситуации кормление грудью легче бутылочного кормления, так как грудь сама активно впрыскивает молоко и мать может сама сжимать ее, тем самым помогая поступлению молока.

В случае комбинированного порока, сосание представляет собой более сложную задачу и невозможно обойтись без использования специальных obturators и приспособлений для кормления. Но и в этой ситуации ребенок должен получать не заменители грудного молока, а свежее материнское молоко.

Мать должна регулярно сцеживать молоко, чтобы не прекратилась лактация и кормить им ребенка. Проблема выбора между грудным молоком и его заменителями стоять не должна.

Синдром Пьера Робена, также относится к порокам развития лица. Характеризуется маленькой нижней челюстью, глоссоптозом, расщелиной мягкого неба. Имеется тенденция к западению нижней челюсти. В такой ситуации сосание груди представляет трудности. Целесообразно проводить кормление с ложечки сцеженным грудным молоком. После проведения хирургической коррекции ребенок в состоянии нормально сосать грудь и задача мамы заключается в поддержании лактации.

Трахеопищеводные свищи - достаточно редкий порок развития, характеризуется наличием сообщений между трахеей и пищеводом. Клиническая картина зависит от ширины этого сообщения и характеризуется нарушениями дыхания, возникающими при кормлении ребенка. Детям с такой патологией показано зондовое кормление. И поскольку ребенку предстоит перенести сложное хирургическое вмешательство, то вопрос о необходимости кормления именно сцеженным материнским молоком не вызывает сомнений.

ВЛИЯНИЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ МАТЕРИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА ВОЗМОЖНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Несмотря на то, что кормление грудью полезно не только ребенку, но и матери и лактация надежно сохраняется независимо от проблем связанных со здоровьем женщины, существуют некоторые случаи, когда кормление грудью противопоказано. К таким ситуациям относятся тяжелые соматические заболевания матери в стадии декомпенсации (недостаточность кровообращения, почечная и печеночная недостаточность, болезни крови). Организм матери неспособен обеспечить полноценное питание для ребенка в связи с тяжелыми метаболическими нарушениями.

Отдельного внимания заслуживают психические заболевания матери. Это могут быть послеродовые психозы и депрессии, а также заболевания которыми страдала женщина до беременности и родов. С точки зрения физиологии противопоказаний для кормления грудью у таких женщин нет. Они могут и должны кормить ребенка. Но если их психическое состояние представляет угрозу для жизни ребенка, возникает необходимость изоляции ребенка, что делает затруднительным процесс грудного вскармливания. В подобных ситуациях действия медперсонала должны быть направлены на сохранение и поддержание лактации. Мать должна регулярно сцеживать молоко, а ребенка необходимо кормить им с ложечки или из чашечки. Использование бутылочного кормления нежелательно, так как оно препятствует возобновлению нормального грудного вскармливания. После нормализации психического состояния женщины необходимо продолжить кормление грудью. Оно также может способствовать улучшению психического здоровья матери.

Очень часто инфекционные заболевания матери рассматриваются как противопоказания для кормления ребенка, в связи с опасностью инфицирования ребенка. Однако грудное молоко содержащее большое количество антител является лучшей защитой для маленького ребенка; Возможность инфицирования ребенка от заболевшей матери гораздо выше за счет существующего близкого контакта между ними, а с помощью грудного молока происходит пассивная иммунизация ребенка.

- Хламидиоз - грудное кормление без ограничений
- Цитомегаловирус - без ограничений
- Гепатит А - без ограничений, ребенку необходимо ввести стандартный иммуноглобулин
- Гепатит В - без ограничений, ребенку необходимо ввести иммуноглобулин к гепатиту В в высоких титрах, в количестве 200 МЕ, сразу же провести иммунизацию против гепатита В и затем ревакцинировать в возрасте 1 и 6 мес.
- Простой герпес - без ограничений, половых органов соблюдение со стороны матери санитарно-гигиенических норм, ребенок должен быть иммунизирован

- герпес zoster - без ограничений
- ВИЧ если диагноз инфицированности матери подтвержден - кормление грудью противопоказано
- Гонорея если проводится лечение - мать может кормить
- Сифилис - грудью
- Открытая форма туберкулеза - ребенок должен быть изолирован, грудное кормление противопоказано.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ И ЛАКТАЦИЯ

В настоящее время растет число женщин, которые в репродуктивном возрасте имеют серьезные хронические заболевания. Это определяет необходимость лечения их как во время беременности, так и после родов, то есть в период лактации. Почти все лекарственные вещества проникают в грудное молоко, их концентрация и возможное влияние на ребенка находящегося на естественном вскармливании весьма значительно. Концентрация лекарств в грудном молоке зависит от характеристик и фармакокинетики самого лекарственного вещества и свойств грудного молока. Поскольку женское молоко является жировой эмульсией, то в него легче проникают жирорастворимые вещества. В общем концентрация лекарств в грудном молоке очень близка к концентрации их в плазме и количество лекарств поглощенное ребенком зависит от количества потребляемого молока. Общая доза поглощенного вещества, однако, сама по себе недостаточна, чтобы делать выводы о возможности негативного влияния. Некоторые лекарственные вещества хотя и присутствуют в грудном молоке, но не абсорбируются ребенком, с другой стороны ребенок может идиосинкразически отреагировать на малейшие дозы других лекарств. Лекарства могут также накапливаться у новорожденных вследствие снижения у них очистительной способности крови и выделительной системы; часто может возникать специфическая чувствительность к лекарственным препаратам, которые обычно не токсичны для более старших детей и взрослых. Исходя из всего выше изложенного кормящим матерям желательно, если это возможно, избегать медикаментозной терапии. Если же состояние их здоровья требует приема лекарственных веществ, то следует выбирать те из них, которые окажут наименьшее отрицательное действие на ребенка. Прием лекарственных препаратов должен происходить во время или сразу после кормления, чтобы избежать периода максимальной концентрации их в крови. Если существует необходимость в лекарстве вредном для вскармливаемого грудью ребенка, кормление должно быть временно прервано, в то время как лактация должна поддерживаться.

Исходя из степени негативного влияния на ребенка все лекарственные вещества разделены на три группы.

При необходимости выбора лекарственного препарата кормящей матери надо руководствоваться не степенью эффективности препарата для матери, а степенью безопасности его для ребенка. Отдельную проблему представляют собой использование гормональных контрацептивов во время лактации. Препараты содержащие эстрогены ведут к значительному снижению количества грудного молока, прогестероновые производные уменьшают содержание жира в нем. А поскольку стероиды проникают в грудное молоко они также могут оказывать влияние на организм ребенка. Поэтому, по возможности, во время кормления грудью желательно использовать негормональные методы контрацепции. Если же

существует необходимость приема гормональных контрацептивов, то предпочтение следует отдать препаратам содержащим преимущественно прогестерон.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ЛАКТАЦИЮ И НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

- Алкоголь противопоказан при грудном вскармливании. Возможны сонливость, слабость, потливость, отсутствие прибавки в весе. Прием более 1 г/кг/сут вызывает угнетение рефлекса изгнания молока у матери.
- Аминогликозиды . Обычно не противопоказаны при кормлении грудью. Все антибиотики попадают в молоко в небольшом количестве, безопасны для новорожденного, так как не всасываются в кишечнике, возможна диарея.
- Анаприлин. Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Аспаркам . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Применяют с осторожностью при фенилкетонурии.
- Аспирин. Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможны слюнотечение и кровотечение. Влияние на ребенка проявляется при применении доз, используемых при лечении ревматоидного артрита (3-5 г/сут).
- Атенолол. Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Бактрим (бисептол). Не следует применять в период кормления грудью. Эти препараты с высоким содержанием сульфаниламидов могут вытеснять билирубин из его связей с белком, повышая тем самым риск ядерной желтухи, не влияя на уровень билирубина в сыворотке крови.
- Бромкриптин . Противопоказан при кормлении грудью. Подавляет лактацию.
- Бромфенирамин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможны возбуждение, плохой сон, трудности со вскармливанием.
- Бутамид . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможно развитие желтухи.
- Вальпроевая кислота. Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможно развитие гепатита и геморрагического панкреатита.
- Варфарин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Вегетарианская диета . Обычно не противопоказана при кормлении грудью. Возможны симптомы дефицита витамина В12.
- Витамин В12 . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Витамин Д . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Повышает уровень кальция в сыворотке крови.
- Витамин К . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Галлий-69 . При его использовании кормление грудью следует прекратить. Радиоактивность молока обычно сохраняется в течение 2 нед.
- Гексамедин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Могут возникать гиперестезии и возбуждение ЦНС.
- Гепарин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Глутамат натрия . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Диазоксид . Противопоказан при кормлении грудью. Может вызвать развитие гипергликемии.

- Дигоксин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Контролируйте ЧСС. Возможны диарея и слюнотечение.
- Дизопирамид . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Димедрол . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможны возбуждение, плохой сон, трудности вскармливания.
- Дифенин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможно развитие у ребенка метгемоглобинемии (бывает редко).
- Ибупрофен. Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Влияние на лактацию и состояние ребенка не известно.
- Изодрин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможны возбуждение ЦНС и слюнотечение. Желательно применять в виде аэрозоля для уменьшения всасывания в организме матери.
- Изониазид . Противопоказан. Оказывает отрицательное действие на ДНК. Возможны анемия, сыпь, гепатит.
- Инсулин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Йод-125 . При его использовании кормление грудью следует временно прекратить, существует риск рака щитовидной железы. Радиоактивность молока обычно сохраняется в течение 12 дней.
- Йод-131 . При его использовании кормление грудью следует временно прекратить. Радиоактивность молока обычно сохраняется в течение 2-14 дней
- Каптоприл . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Карбамазепин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. При длительном применении возникает риск угнетения ф-ции костного мозга.
- Клиндамицин . В период грудного вскармливания введение препарата следует прекратить. Существует риск желудочно-кишечного кровотечения. Возобновлять кормление грудью можно только через 24 часа после отмены препарата.
- Кодеин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Следите за возможным появлением угнетения ЦНС у ребенка. Может нарушать транспорт молока из альвеол грудной железы в ее протоки
- Кофеин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможны возбуждение и плохой сон.
- Леводопа . Противопоказан. Ингибирует высвобождение пролактина.
- Левомецитин . В период кормления лечение препаратом следует прекратить, Существует риск токсического поражения |костного мозга. Возобновить кормление можно только через 24 часа после отмены препарата.
- Магния сульфат . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Меперидин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможны угнетение ЦНС и нарушение транспорта молока из альвеол грудной железы в ее протоки.
- Мерказолил . Противопоказан. Может нарушать ф-цию щитовидной железы.
- Метилдопа . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможны гемолиз, увеличение содержания печеночных ферментов в сыворотке крови.
- Метиприлон . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Может вызывать сонливость.

- Метопролол . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Метотрексат . Противопоказан. Может подавлять иммунитет. Неизвестно влияние препарата на рост ребенка и возможность его канцерогенного действия.
- Метронидазол. Кормление грудью следует прекратить на 12-24 часа, с тем, чтобы препарат мог экскретироваться из организма.
- Мидантан . Противопоказан. Вызывает высвобождение леводопы в центральной нервной системе.
- Морфин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможно угнетение ЦНС и нарушение транспорта молока из альвеол грудных желез в протоки.
- Надолол . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Напроксен . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Влияние на лактацию и ребенка не известно.
- Никотин. Противопоказан. Злоупотребление может вызывать у ребенка рвоту, диарею, увеличение ЧСС, возбуждение ЦНС и снижение продукции молока у матери.
- Оксикодон (перкадан, перкоцет). Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Следите за возможным появлением сонливости у ребенка.
- Оксипреналин сульфат . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможны возбуждение ЦНС и слюнотечение. Желательно применять в виде аэрозоли для уменьшения всасывания в организме матери.
- Октадин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Парацетамол . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Пенициллины . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Все антибиотики этой группы попадают в молоко в небольшом количестве. Следите за возможным появлением у ребенка диареи, сыпи, слюнотечения.
- Пероральные контрацептивы . Противопоказаны. Могут вызывать увеличение грудных желез и пролиферацию эпителия влагалища у ребенка.
- Пиридоксин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Преднизолон . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Безопасность при длительном лечении не доказана. Если мать получает дозу в 2 раза больше физиологической, грудного вскармливания следует избегать.
- Пропилтиоурацил . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Псевдоэфедрин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможно возбуждение ЦНС.
- Радиофармацевтические средства (в целом). Прекратите их введение в период грудного вскармливания. Молоко становится радиоактивным.
- Резерпин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможна галакторея у ребенка.
- Рибофлавин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Сальбутамол . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Следите за возможным появлением у ребенка возбуждения и слюнотечения. Для уменьшения всасывания в организме применяйте в виде аэрозоля.
- Сахарин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.

- Свинец . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Может оказывать нейротоксическое действие.
- Соли золота . Противопоказаны. Возможна сыпь, воспалительные изменения в почках и печени.
- Теофиллин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Следите за возможным появлением возбуждения ЦНС.
- Тербуталин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Следите за возможным появлением возбуждения и слюнотечением. Желательно применять в виде аэрозолей для уменьшения всасывания в организме матери.
- Тетрациклины . Применять не следует. Возможно появление темно-желтой окраски зубов и задержка роста.
- Технеций 99м . Вводить не следует. Радиоактивность молока сохраняется от 15 часов до 3 дней.
- Тиамин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Тиоуранацил . Противопоказан. Угнетает ф-цию щитовидной железы.
- Фенилалкиламины . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможна повышенная возбудимость и плохой сон.
- Фенилин . Противопоказан. Возможно кровотечение.
- Фенилпропаноламин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Следите за возможным появлением у ребенка возбуждения ЦНС.
- Фенобарбитал . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможно нарушение сосания, угнетение ЦНС и появление сыпи.
- Фолиевая кислота . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Фторотан . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Хинидин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможна сыпь, анемия, аритмия. Длительное применение связано с риском возникновения неврита зрительного нерва.
- Хлоралгидрат . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможна вялость и появление сыпи.
- Хлороформ . Обычно не противопоказан при кормлении грудью.
- Хрофениламин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможно возбуждение, плохой сон, проблемы со вскармливанием.
- Цефалоспорины . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Все антибиотики этой группы попадают в молоко в небольшом количестве. Возможно появление сыпи и развитие сенсibilизации.
- Циклофосфан . Противопоказан. Может угнетать иммунитет. Неизвестно влияние на рост и связь с канцерогенезом.
- Циметидин . Противопоказан, Может снижать кислотность желудочного сока у новорожденного, нарушать метаболизм лекарств и вызывать возбуждение ЦНС.
- Ципрогептадин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможны возбуждение, плохой сон, проблемы со вскармливанием.
- Этосуксимид . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Редко возникает нарушение функций ЖКТ и угнетение функций костного мозга.

- Эрготамин . Противопоказан. Возможна рвота, диарея, судороги.
- Эфедрин . Обычно не противопоказан при кормлении грудью. Возможно возбуждение ЦНС.

КАК И КОГДА ОТЛУЧАТЬ РЕБЕНКА ОТ ГРУДИ

С точки зрения потребности в питании, физиологического созревания, иммунологической безопасности, введение в рацион питания других продуктов, кроме грудного молока до 4-х месячного возраста не является необходимым и может принести вред. Решение о моменте начала прикармливания зависит не только от возраста, но также от степени развития конкретного ребенка, типа имеющейся пищи, семейной склонности к аллергическим заболеваниям.

У ребенка первых 4-6 месяцев жизни резко снижено количество панкреатической амилазы, что затрудняет расщепление крахмала. При этом достаточно высокий уровень активности дисахаридаз, что позволяет без труда переваривать лактозу. Также достаточно низки уровни панкреатической липазы, солей желчи, а расщепление жиров происходит за счет языковой липазы (вырабатываемой сосочками задней части языка) и липазы грудного молока. Анатомо-физиологические особенности ротовой полости способствуют поглощению жидкой пищи. Если в рот маленького ребенка попадает твердая пища, то она выталкивается языком, за счет естественных рефлексов, присущих этому возрасту. И только к 4-6 месяцам, когда рефлекс выталкивания обычно исчезает, ребенок способен принимать полугустую пищу, поскольку она может быть перемещена в глубину рта и проглочена. К 7-9 месяцам жизни начинают появляться ритмичные кусательные движения, совпадая по времени с прорезыванием первых зубов; становится возможным жевание.

Таким образом, ребенок в течении первых 4-6 месяцев находится на стадии функционального развития, которое позволяет принимать и усваивать в основном грудное молоко. Примерно к 4-6 месяцам возникает необходимость в введении прикорма. Но этот вопрос не может быть решен только на основании возраста. Важно определить достаточно ли потребляемого молока ребенку, о чем можно судить по нарастанию массы тела и развитию ребенка. Также можно ориентироваться на нейромышечные возможности ребенка. Если малыш твердо держит голову, подносит ручки ко рту, полугустая пища не выталкивается изо рта, то это указывает на возможность введения прикорма. Несмотря на введение прикорма грудное молоко будет оставаться основной и наиболее подходящей пищей для ребенка в течении еще нескольких месяцев. С момента введения прикорма роль женщины в поддержании лактации особенно возрастает. Поскольку сокращается число кормлений грудью, рефлекторно уменьшается выработка молока, мамы часто считают, что ребенок "вырос" и может питаться обычной пищей. Такой психологический настрой женщины ведет к раннему прекращению выработки молока все еще так необходимого ее ребенку. Оптимальным сроком отлучения от груди является второй год жизни ребенка. Столь длительная лактация является надежной профилактикой аллергических заболеваний, болезней желудочно-кишечного тракта, ожирения. Она так же обеспечивает состояние психологического комфорта маленькому ребенку. Процесс отлучения от груди должен происходить постепенно. Мама, по мере введения прикорма, сокращает количество кормлений грудью, оставляя одно ночное или вечернее кормление. Нежелательно чтобы полное отлучение от груди совпало с жарким временем года. Если ребенок будет настаивать на продолжении кормления, то нельзя ему в этом препятствовать. Нежелание расстаться с маминой грудью может свидетельствовать о каком-либо

психологическом дискомфорте ребенка. Маме следует проявлять больше внимания и заботы о малыше и тогда процесс отнятия ребенка от груди будет происходить безболезненно.

КОРМЛЕНИЕ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

Во всем мире ежегодно рождается около 16% детей с низкой массой тела при рождении. Эти дети имеют особые питательные потребности, обусловленные высоким темпом роста плода и незрелостью развития. Они, с одной стороны, особенно чувствительны к дефициту энергии, а с другой стороны - у них существенно снижена толерантность к пищевым нагрузкам (в первую очередь к жирам) и легко возникают ацидоз, азотемия, гипер- и гипогликемия. Все вышесказанное, особенно актуально для глубоко недоношенных детей.

Недоношенные дети нуждаются в сравнительно высоком потреблении энергии из-за более высокой скорости основного обмена, неэффективного кишечного всасывания, менее эффективной терморегуляции. На сегодняшний день не выработано достаточно точных нормативов по пищевым потребностям недоношенных детей. Считается, что средняя калорийность пищи для ребенка с массой тела свыше 1 кг примерно равна 120-130 ккал/кг/сут, если масса тела менее 1 кг, то потребности возрастают до 150 ккал/кг/сут (за счет адаптации к холодовому стрессу). Белок должен составлять около 10% от нормы потребления энергии, т.е. 2,9-4 г/кг/сут. При превышении этих цифр существует опасность развития метаболического ацидоза, гипераммонемии. Для детей с низкой массой тела при рождении незаменимыми являются глициновая, цистеиновая, тауриновая аминокислоты из-за сниженного эндогенного синтеза. Нормы потребления жиров составляют 4,7 г/кг/сут при средней калорийности 130 ккал/кг/сут, углеводов - 8016 г/кг/сут.

Оптимальной пищей для детей не имеющих противопоказаний для энтерального кормления является грудное материнское молоко. В проведенных исследованиях было доказано, что дети с низкой массой тела при рождении, которые изначально получали материнское молоко имели более высокий сахар крови, более низкий билирубин, меньшую дегидратацию, а также более быстрое восстановление массы тела. Природа позаботилась о том, чтобы материнское молоко покрывало все пищевые потребности недоношенного ребенка. Грудное молоко преждевременно родивших женщин отличается по своему составу от молока женщин родивших в срок. В нем содержится большое количества белка, NaCl, Mg, Fe.

35-недельные и более старшие дети, составляющие большинство недоношенных детей могут и должны получать грудное молоко. Дети, рожденные при сроке гестации 32-35 недель также способны получать грудное молоко, но поскольку у них возможны трудности из-за отсутствия эффективного сосательного и глотательного рефлексов, то им возможно потребуются зондовое кормление. При проведении энтерального кормления необходимо помнить, что объем желудка ограничен и его растяжение может влиять на работу легких; моторика желудочно-кишечного тракта недостаточно развита и скоординирована, поэтому существует опасность срыгивания, как следствие возникновения апноэ и развития аспирационной пневмонии. При проведении зондового кормления необходимо перед каждым кормлением проверять содержимое желудка и при нарушении усвоения пищи изменять схему кормления.

Для некоторых детей оптимально питание может быть достигнуто комбинацией энтерального и парантерального способов кормления. Для детей с экстремально

низкой массой тела, находящимся на аппаратах искусственной вентиляции легких или перенесших оперативное вмешательство на органах желудочно-кишечного тракта единственно возможным способом кормления является парентеральное питание.