**Национальная стратегия вскармливания детей первого года жизни в Российской федерации. Естественное вскармливание**


ЖУРНАЛ "[ПРАКТИКА ПЕДИАТРА](https://medi.ru/pp/)"

Опубликовано в журнале:
РАКТИКА ПЕДИАТРА, Детское питание. Март, 2008

*Продолжение, начало в*[*#1 2008*](https://medi.ru/info/4828/)

*Т.Э. Боровик, К.С. Ладодо, Г.В. Яцык, В.А. Скворцова, ГУ Научный центр здоровья детей РАМН
И.Я. Конь, ГУ Научно-исследовательский институт питания РАМН*

*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.*

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 в нем 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.

**Условия становления нормальной лактации.**В родильном доме с целью становления достаточной по объему и продолжительности лактации здоровый новорожденный ребенок в первые 30 минут после неосложненных родов должен выкладываться на грудь матери не менее чем на 30 минут, при этом:

 раннее прикладывание младенца к груди матери обеспечивает быстрое включение механизмов секреции молока и более устойчивую последующую лактацию;

 сосание ребенка способствует энергичному выбросу окситоцина и тем самым уменьшает опасность кровопотери у матери, способствует более раннему сокращению матки;

 контакт матери и ребенка оказывает успокаивающее действие на мать, исчезает стрессорный гормональный фон;

 через механизмы импринтирования способствует усилению чувства материнства, увеличения продолжительности грудного вскармливания;

 новорожденный легче адаптируется к внеутробной жизни;

 тесный контакт матери и ребенка обеспечивает получение новорожденным материнской микрофлоры. Для получения ребенком молозива в максимально возможном объеме частота прикладываний к груди не должна регламентироваться. С целью осуществления свободного вскармливания по требованию здоровый ребенок должен находиться в одной палате с матерью. Показано, что при свободном вскармливании объем лактации выше, чем при вскармливании по часам. Режим "свободного вскармливания" является ключевым фактором обеспечения полноценной лактации и способствует установлению тесного психоэмоционального контакта между матерью и ребенком. Для поддержания лактации особенно значимы ночные кормления, так как ночью уровень пролактина более высокий. Длительность прикладывания к груди здорового ребенка в первые дни не должна ограничиваться, даже когда он практически ничего не высасывает, а дремлет у груди. Потребность в контакте и сосании может носить самостоятельный характер, относительно независимый от пищевого поведения. В дальнейшем чрезмерно частое прикладывание ребенка к груди матери при его малейшем беспокойстве может привести к перекорму. В связи с этим одной из важных задач педиатров является обучение матери распознаванию "голодного" крика ребенка и крика, обусловленного другими причинами: младенческими коликами, дискомфортом, переменой обстановки, перегреванием или охлаждением, неврологической патологией. **Оценка адекватности лактации**и достаточного для младенца количества секретируемого женского молока 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;

 ребенок долго сосет грудь, совершает много сосательных движений, при отсутствии глотательных;

 ощущение матерью полного опорожнения грудных желез при активном сосании ребенка, при сцеживании после кормлений молока нет;

 беспокойный сон, частый плач, "голодный" крик;

 скудный редкий стул. 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 после каждого кормления в течение суток. В отдельных случаях даже при достаточном количестве молока младенец может отказаться от груди, при этом:

 ребенок берет грудь, но не сосет, не глотает или сосет очень мало;

 при попытке матери дать грудь ребенок кричит и сопротивляется;

 после непродолжительного сосания отрывается от груди, давясь от плача;

 ребенок берет одну грудь, но отказывается от другой. Причины могут быть разными, но наиболее распространенными являются:

 нарушения организации и техники вскармливания (неправильное положение ребенка у груди);

 избыток молока у матери, при котором оно течет слишком быстро;

 прорезывание зубов;

 заболевания ребенка (перинатальное поражение нервной системы, частичная лактазная недостаточность, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, ОРВИ, отит, молочница, стоматит). Выяснение причины и проведение при необходимости своевременного лечения помогают сохранить полноценное грудное вскармливание. **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), эмоциональный стресс, раннее и необоснованное введение докорма детскими смесями, необходимость выхода на работу, болезнь ребенка, болезнь матери. В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер, проявляясь в виде лактационных кризов - наблюдается временное уменьшение количества молока, возникающее без видимой причины. В основе лактационных кризов лежат особенности гормональной регуляции лактации. Лактационные кризы обычно возникают на 3-6-й неделях, 3-м, 4-м, 7-м, 8-м месяцах лактации. Их продолжительность составляет 3-4 дня, и они не представляют опасности для здоровья ребенка. В таких случаях оказывается достаточным более частое прикладывание малыша к груди в сочетании с кормлением из обеих грудей. Необходимы также полный покой и отдых матери; разнообразное, полноценное, с высокими вкусовыми качествами питание; теплое питье с использованием лактогонных трав или препаратов за 15-20 минут до кормления, а также специальных продуктов лактогонного действия. Если мать не подготовлена заранее к возможности возникновения лактационных кризов, то при первых признаках снижения лактации она пытается докормить ребенка смесью. Поэтому одной из важных задач участкового врача и медсестры детской поликлиники является разъяснение безопасности кратковременных лактационных кризов. **Мероприятия, применяемые при вторичной гипогалактии (лактационных кризах):**

 более частые прикладывания к груди;

 урегулирование режима и питания матери (включая оптимальный питьевой режим за счет дополнительного использования не менее литра жидкости в виде чая, компотов, соков);

 воздействие на психологический настрой матери;

 ориентация всех членов семьи (отца, бабушек, дедушек) на поддержку грудного вскармливания;

 контрастный душ на область молочных желез, мягкое растирание груди махровым полотенцем;

 использование специальных напитков, обладающих лактогонным действием;

 не следует вводить в питание ребенка детские молочные смеси без рекомендаций врача. **Поддержка грудного вскармливания.**В соответствии с Международной программой ВОЗ/ЮНИСЕФ "Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания", Министерством здравоохранения Российской Федерации была разработана программа поддержки грудного вскармливания и утвержден ряд нормативно-методических документов (1994, 1996, 1998, 1999, 2000 годы). 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;

 обеспечивать круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка в палате "мать и дитя" родильного дома и поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка;

 обучать матерей технике кормления ребенка грудью и сохранению 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. Грудное вскармливание целесообразно продолжать до 1-1,5 лет, частота прикладываний к груди ребенка старше года уменьшается до 1-3 раз в сутки. Кормление грудью во время наступления новой беременности может продолжаться. **Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери:**эклампсия, сильные кровотечения во время родов и в послеродовом периоде, открытая форма туберкулеза, состояние выраженной декомпенсации при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени, гипертиреоз, острые психические заболевания, особо опасные инфекции (тиф, холера), герпетические высыпания на соске молочной железы (до их долечивания), ВИЧ-инфицирование. В настоящее время установлено, что ВИЧ-инфицированная женщина с вероятностью в 15% заражает ребенка через грудное молоко. В связи с этим в Российской Федерации детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, рекомендуется кормить адаптированными смесями. При таких заболеваниях кормящей матери, как краснуха, ветряная оспа, корь, эпидемический паротит, цитомегаловирусная инфекция, простой герпес, острые кишечные и ОРВИ (если они протекают без выраженной интоксикации), кормление грудью при соблюдении правил общей гигиены не противопоказано. В настоящее время наличие гепатита В и С у женщин не является противопоказанием к грудному вскармливанию, однако кормление осуществляют через специальные силиконовые накладки. При остром гепатите А у матери кормление грудью запрещается. При маститах грудное вскармливание должно продолжаться. Однако оно временно прекращается при обнаружении в грудном молоке золотистого стафилококка или грамотрицательной флоры в количестве более 10 000 коЕ бактерий в 1 мл. Абсцесс молочной железы является возможным осложнением мастита и наиболее вероятен при резком прерывании кормления грудью. Кормление из здоровой железы должно продолжаться, а молоко из инфицированной груди следует осторожно сцеживать и выливать. **Грудное вскармливание и лекарства.**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 антибиотики: макролиды (кларитромицин, мидекамицин, рокситромицин, спирамицин), тетрациклины, хинолоны и фторхинолоны, гликопептиды, нитроимидазолы, хлорамфекол, ко-тримоксазол. Существуют альтернативные препараты вышеперечисленным лекарствам, которые не противопоказаны при кормлении грудью. Обычно безопасны используемые в средних дозах короткие курсы парацетамола, ацетилсалициловой кислоты, ибупрофена; не запрещено большинство противокашлевых лекарств; антибиотики - ампициллин и другие пенициллины, эритромицин; противотуберкулезные препараты (кроме рифабутина и ПАСК); противогрибковые средства (кроме флуконазола, гризеофульвина, кетоконазола, интраконазола); антипротозойные препараты (кроме метронидазола, тинидазола, дигидроэметина, примахина); бронходилятаторы (сальбутамол); кортикостероиды; антигистаминные препараты; антациды; противодиабетические средства; большинство гипертензивных препаратов, дигоксин, а также разовые дозы морфина и других наркотических средств. Вместе с тем, во время приема кормящей матерью медикаментозных препаратов необходимо внимательное наблюдение за ребенком с целью своевременного обнаружения их побочных эффектов. Возможно угнетение лактации при приеме женщиной эстрогенов, включая эстрогенсодержащие контрацептивы, диуретиков тиазодового ряда, эргометрина. Перевод ребенка грудного возраста, особенно новорожденного, на искусственное вскармливание из-за медикаментозного лечения матери лекарственными препаратами в терапевтической дозировке в обычных случаях несет в себе определенную угрозу для состояния его здоровья и качества жизни. **Грудное вскармливание и курение.**Учитывая негативное воздействие табачного дыма, смолы и никотина на организм ребенка и на лактацию, курящей женщине в период лактации рекомендуется отказаться от курения. Никотин может снижать объем вырабатываемого молока и тормозить его выделение, а также вызывать у ребенка раздражительность, кишечные колики и низкие темпы нарастания массы тела. У курящих женщин ниже уровень пролактина, что может сократить период лактации, а также снижена концентрация витамина С в грудном молоке по сравнению с некурящими. Следует формировать у курящих женщин мотивацию на отказ от курения или, по крайней мере, значительное снижение числа выкуренных сигарет. Однако, даже если женщина курит, лучшим вариантом для ее ребенка остается грудное вскармливание. Содержание вредных веществ в грудном молоке будет меньше, если женщина выкуривает сигарету после кормления грудью, а не до него. Не должны кормить ребенка грудью матери, страдающие алкогольной и наркотической (героин, морфин, метадон или их производные) зависимостью. **Противопоказания к раннему прикладыванию к груди матери со стороны ребенка:**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 (ЖКТ, челюстно-лицевого аппарата, сердца). **Кесарево сечение.**К числу противопоказаний к раннему прикладыванию ребенка к груди матери до самого последнего времени относилось также родоразрешение путем операции кесарева сечения. Однако, если данная операция проводится под перидуральной анестезией, прикладывание ребенка к груди в родовом зале возможно. Если родоразрешение проводилось под наркозом, то после окончания операции родильница переводится в палату интенсивной терапии роддома, а младенец - в детскую палату послеродового отделения. Через несколько часов (не более 4) после окончания действия наркоза детская сестра приносит новорожденного к матери и помогает ей приложить его к груди. В течение первых суток это проделывают несколько раз. На вторые сутки, при удовлетворительном состоянии матери и младенца, они переводятся в послеродовое отделение совместного пребывания. При ряде тяжелых врожденных пороков развития (пороки сердца с декомпенсацией, "волчья пасть", "заячья губа"), когда прикладывание к груди невозможно, ребенок должен получать сцеженное материнское молоко. **Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка**на последующих этапах лактации очень ограничены - наследственные энзимопатии (галактоземия, болезнь кленового сиропа). При фенилкетонурии объем грудного молока в сочетании с лечебными продуктами устанавливается индивидуально. **Грудное вскармливание и допаивание.**Следует остановиться на вопросах допаивания детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании. Практика отечественных педиатров показывает, что новорожденные и дети более старшего возраста, находящиеся исключительно на грудном вскармливании, иногда нуждаются в жидкости. Такое состояние может быть связано с пониженной влажностью в квартире, повышенной температурой окружающей среды, обильной жирной пищей, съеденной матерью накануне. При беспокойстве и отказе ребенка от груди можно попробовать дать ему воду (не сладкую) из ложки: если ребенок охотно начал пить, значит, он нуждался в воде. Кроме того, допаивание необходимо больным детям, особенно при заболеваниях, сопровождающихся высокой лихорадкой, диарей, рвотой, выраженной гипербилирубинемией. **Грудное вскармливание и желтухи.**В настоящее время существует более 50 заболеваний, которые у детей в периоде новорожденности могут проявляться желтушным окрашиванием кожи. Поэтому длительное сохранение желтухи у новорожденного требует обязательного обследования. Даже при выраженной физиологической желтухе у детей в первые дни жизни нельзя отказываться от грудного вскармливания. Раннее прикладывание ребенка к груди и частые кормления являются важным фактором профилактики желтухи, поскольку молозиво, обладая слабительным эффектом, приводит к более быстрому отхождению мекония. При недостаточном питании новорожденного ребенка желтуха может быть более интенсивной и длительной в связи со сгущением желчи. Допаивание водой или глюкозой не способствует профилактике желтухи, но снижает степень ее выраженности. Важно, чтобы ребенок получал адекватное количество молока, поскольку при недостаточном питании развивается синдром сгущения желчи. Желтуха, связанная с грудным вскармливанием (желтуха от материнского молока или желтуха Ариаса) развивается у 1-4% детей после первой недели жизни, характеризуется повышением уровня несвязанного билирубина и не влияет на состояние ребенка. Патогенез изучен недостаточно, предполагается связь с различными компонентами грудного молока факторами грудного молока. Получить подтверждение диагноза можно, прекратив прикладывание ребенка к груди и используя для кормления пастеризованное материнское молоко в течение 1-2 суток. За это время интенсивность желтухи значительно уменьшается и можно продолжить грудное вскармливание. Ребенка с гипербилирубинемией, обусловленной несовместимостью по АВ0, целесообразно кормить грудью с рождения, поскольку антитела, содержащиеся в молоке разрушаются соляной кислотой и ферментами пищеварительной системы. При резус-конфликте, если ребенку не проводилось заменное переливание крови, его в течение первых 10-14 дней кормят материнским пастеризованным (во время пастеризации антитела разрушаются) или донорским молоком. В случаях проведения заменного переливание крови через 3-5 часов после операции ребенка можно приложить к груди.