

МОЛОЗИВО

Уникальность

Молозиво

Сравнение

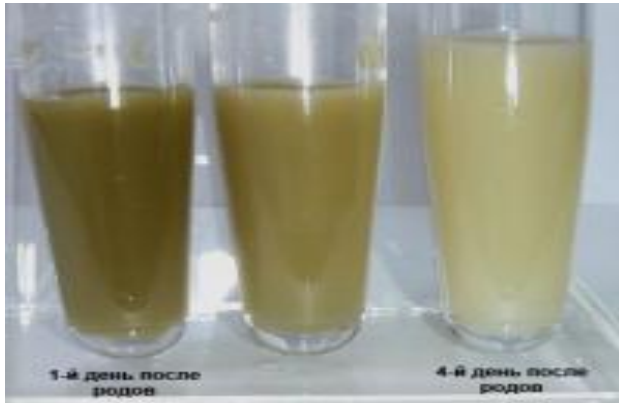
Ценность

Хватает ли ребенку?

Первое прикладывание

Чем опасен докорм смесью

Уникальность грудного молока



- **Состав** грудного молока **не** всегда **одинаков**. Он **меняется** в **зависимости** от **возраста** ребенка , **времени** суток и **даже** от **начала** к **концу** **каждого** **кормления**. Кроме того, молоко у **каждой** **женщины** **приспосабливается** к **потребностям** ее **младенца**.



- Одно из самых восхитительных открытий за последние годы было то, что ГМ женщины, родившей раньше срока, отличается от молока матери доношенноо ребенка. Такое молоко содержит больше белков, жиров, солей натрия, хлоридов и азота.

МОЛОЗИВО



В первые дни после родов молочные железы выделяют крупными каплями **МОЛОЗИВО** — клейкую густую жидкость желтого, серо-желтого или оранжевого цвета, который обусловлен наличием красящего вещества-каротина. Его желтый цвет зависит от большого количества каротиноидов, содержащихся в жире молозиво, а небольшим количеством жира.

МОЛОЗИВО

Молозиво (colostrum) — секрет молочных желез, выделяемый в небольшом количестве уже во второй половине беременности и в первые 2—3 дня лактации после рождения ребенка; со 2—3-го дня лактации надо говорить о «молозивном молоке», с 4—5-го дня — о «переходном молоке», уже приближающемся по своему цвету, морфологическим особенностям и химическому составу к «зрелому молоку». Динамика этого процесса различна в зависимости от индивидуальных особенностей женщины и особенностей у нее лактации; у первородящих он продолжается дольше, у повторнородящих — короче

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

- Молозиво выполняет роль плавного перехода с внутриутробного энтерального питания плода к внеутробному питанию новорожденного ребенка.
- Энтеральное питание для новорожденного не новость – в третьем триместре плод поглощает 750 мл амниотической жидкости в день.
- Согласно последним данным, молозиво и амниотическая жидкость имеют сходный профиль по факторам роста и антиинфекционным компонентам.
- Более того, обнаружены специальные физиологические механизмы – «открытые пути» – в первые дни после рождения как в грудных протоках у матери, так и в функционировании ЖКТ у ребенка, способствующие прямому проникновению высокомолекулярных факторов роста и антиинфекционных компонентов первоначально в молозиво, а затем - из молозива к новорожденному.
- Плотные соединения клеток эпителия протоков грудной железы открыты, также как и парацеллюлярные пути в слизистой ЖКТ ребенка.
- ПЕРВООЧЕРЕДНОСТЬ В ТАКТИКЕ ПИТАНИЯ
- НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: МОЛОЗИВО – «ИММУННЫЙ СОК»
- Софронова Л.Н.
- ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России

Сравнительный состав молозива и зрелого молока



Вид молока	Белок	Сахар	Жир	Зола
Молозиво	2,2-5,8	4,1-7,6	2,8-4,1	0,31-0,48
Переходное молоко (с 4-5-го дня)	1,6-2,1	5,7-7,8	2,9-4,4	0,24-0,34
Зрелое молоко (со 2—3-й недели)	0,9-1,8	7,3-7,6	3,3-3,4	0,18-0,21

И.М.Лысенкова «Питание здорового ребенка» стр.14

- Состав и отличительные особенности материнского молока
- о
- ка
- Организм матери удивительно тонко приспособлен к потребностям ребенка, и состав молока меняется в значительной степени на протяжении лактации.
- В первые три дня после родов молочные железы выделяют молозиво -
- клейкую густую жидкость желтого или серо-желтого цвета, который обусловлен наличием красящего вещества - каротина, а не большим количеством жира.
- Содержание жира в молозиве, переходном и зрелом молоке одинаково. Жир молозива включает насыщенные жирные кислоты (мерестиновую, пальмитиновую стеариновую), необходимые для построения клеточных мембран.
- В молозиве много белка. По качеству это белок особый - казеина в нем нет, поэтому белки молозива (альбумины и глобулины) могут всасываться в желудке и кишечнике в неизмененном виде, так как они идентичны белкам сыворотки крови ребенка.
- Много в молозиве иммуноглобулина
- А

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием

- Более высокая концентрация в молозиве, чем в зрелом молоке таких важных компонентов, как секреторный Ig A, лактоферрин, факторы роста, цитокины и хемокины, олигосахариды, антиоксиданты и др. позволили именовать молозиво как «иммунный сок».
- Недавние исследования обнаружили не только количественное отличие олигосахаридов молозива по сравнению со зрелым молоком, но и качественное отличие. Олигосахариды молозива являются иммуномодуляторами в незрелом кишечнике.
- Преждевременные роды особым образом влияют на состав иммунологических компонентов молозива.

<http://www.gvinfo.ru/q=подель/55#511> abalov "Педиатрия" под ред. Шабалова - выдержки

- **Молозиво** представляет собой густую, клейкую, желтого цвета жидкость. Состав и количество молозива (оно невелико) соответствуют еще слабым пищеварительным возможностям новорожденного. По сравнению со зрелым молоком в молозиве содержится больше белка, причем альбуминовая и глобулиновая фракции белков преобладают над казеином (казеин появляется лишь с 4—5-го дня лактации, и его количество постепенно нарастает); в 2—10 раз больше витамина А и каротина, в 2-3 раза - аскорбиновой кислоты; больше содержится витаминов В₂ и Е; в 1,5 раза больше солей, цинка, меди, железа, лейкоцитов, среди которых доминируют лимфоциты. Особенно много в молозиве иммуноглобулинов класса А (секреторный), что наряду с другими факторами способствует уже сразу после рождения высокой эффективности кишечного иммунологического барьера. Поэтому молозиво иногда относят к фактору, обеспечивающему первую вакцинацию, или, как говорят, «теплую» иммунизацию ребенка в отличие от «холодной» (ампульной). Содержание жира и молочного сахара (лактозы), наоборот, в молозиве ниже, чем в зрелом молоке. Многие белки молозива (альбумины, глобулины и др.) могут всасываться в желудке и кишечнике в неизменном виде, так как они идентичны белкам сыворотки крови ребенка. Молозиво является весьма важной промежуточной формой питания между периодами гемотрофного и амниотрофного питания и периодом энтерального (лактотрофного) питания ребенка.
Переходное молоко — это молоко на промежуточных стадиях биологической зрелости, выделяется в течение индивидуально различных сроков после родов. При нарастании его количества грудные железы наполняются, набухают и становятся тяжелыми. Этот момент называют «приходом» или «приливом» молока. Переходное молоко по сравнению с молозивом содержит меньшее количество белка и минеральных веществ, а количество жира в нем повышается. Одновременно растет и количество вырабатываемого молока, что отвечает возможности ребенка усваивать большие объемы пищи.
Зрелое молоко — это молоко, вырабатывающееся к началу 3-й недели после родов (так происходит у подавляющего большинства женщин; у 5—10% женщин зрелое молоко может появиться на неделю раньше). Состав женского молока (табл. 1.50) во многом зависит от индивидуальных особенностей кормящей матери, качества ее питания и некоторых других факторов.

Национальная программа оптимизации вскармливания детей - выдержки

- **Белок** женского молока состоит в основном из сывороточных протеинов (70—80%), содержащих незаменимые аминокислоты в оптимальном для ребенка соотношении, и казеина (20—30%). Белковые фракции женского молока подразделяются на метаболизруемые (пищевые) и неметаболизруемые белки (иммуноглобулины, лактоферрин, лизоцим и др.), которые составляют 70—75% и 25—30% соответственно.
- В женском молоке в отличие от коровьего молока присутствует большое количество альфа-лактальбумина (25—35%), который богат эссенциальными и условно эссенциальными аминокислотами (триптофан, цистеин). Альфа-лактальбумин способствует росту бифидобактерий, усвоению кальция и цинка из желудочно-кишечного тракта ребенка.
- В составе женского молока присутствуют нуклеотиды, на долю которых приходится около 20% всего небелкового азота. Нуклеотиды являются исходными компонентами для построения рибонуклеиновой и дезоксирибонуклеиновой кислот, им принадлежит важная роль в поддержании иммунного ответа, стимуляции роста и дифференцировки энтероцитов.
- Основными компонентами **жира** женского молока являются триглицериды, фосфолипиды, жирные кислоты, стеролы. Его жирнокислотный состав характеризуется относительно высоким содержанием незаменимых полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), концентрация которых в женском молоке в 12—15 раз больше, чем в коровьем. ПНЖК — предшественники арахидоновой, эйкозапентаеновой и докозагексаеновой жирных кислот, являющихся важным компонентом клеточных мембран, из них образуются различные классы простагландинов, лейкотриенов и тромбоксанов, они необходимы также для миелинизации нервных волокон и формирования сетчатки глаза.
- Длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты — арахидоновая и докозагексаеновая содержатся в женском молоке в небольшом количестве (0,1—0,8% и 0,2—0,9% от общего содержания жирных кислот, соответственно), но существенно более высоко, чем в коровьем молоке.
- Жиры материнского молока перевариваются легче, чем коровьего, так как они в большей степени эмульгированы, кроме того в грудном молоке содержится фермент липаза, участвующая в переваривании жирового компонента молока, начиная с ротовой полости.
- Содержание холестерина в женском молоке относительно высоко колеблется от 9 до 41 мг%, стабилизируясь к 15 суткам лактации на уровне 16—20 мг%. У детей на естественном вскармливании отмечается более высокий уровень холестерина, чем при использовании детских молочных смесей. Холестерин необходим для формирования клеточных мембран, тканей нервной системы и ряда биологически активных веществ, включая витамин D.
- **Углеводы** женского молока представлены в основном дисахаридом β -лактозой (80—90%), олигосахаридами (15%) и небольшим количеством глюкозы и галактозы. В отличие от α -лактозы коровьего молока, β -лактоза женского молока медленно расщепляется в тонкой кишке ребенка, частично доходит до толстой кишки, где метаболизируются до молочной кислоты, способствуя росту бифидо- и лактобактерий. Лактоза способствует лучшему усвоению минеральных веществ (кальция, цинка, магния и др.).
- Олигосахариды — углеводы, включающие от 3 до 10 остатков моносахаридов, которые не подвергаются расщеплению ферментами пищеварительного тракта, не всасываются в тонкой кишке и в неизмененном виде достигают просвета толстой кишки, где ферментируются, являясь субстратом для роста бифидобактерий. При этом происходит конкурентное торможение развития условно патогенной флоры. Кроме того, олигосахариды женского молока имеют рецепторы для бактерий, вирусов (ротавирусов), токсинов и антител, блокируя тем самым их связывание с мембраной энтероцита. Рассмотренные функции олигосахаридов, а также лактозы, лежат в основе пребиотических эффектов женского молока, в значительной мере определяя его протективное действие в отношении кишечных инфекций у детей грудного возраста.
- **Минеральный** состав женского молока значительно отличается от коровьего, в котором содержится в 3 раза больше солей, в основном, за счет макроэлементов. Относительно низкое содержание минеральных веществ в женском молоке обеспечивает его низкую осмолярность и уменьшает нагрузку на незрелую выделительную систему. К макроэлементам относятся кальций, фосфор, калий, натрий, хлор и магний. Остальные минеральные вещества являются микроэлементами и присутствуют в тканях организма человека в малых количествах. Десять из них в настоящее время отнесены к классу эссенциальных: железо, цинк, йод, фтор, медь, селен, хром, молибден, кобальт и марганец.
- Минеральные вещества поступают в организм с пищей и водой, а выделяются — с мочой, калом, потом, слущенным эпителием и волосами.
- Предполагается, что железо, кальций, магний, цинк усваиваются существенно лучше из женского молока, чем из коровьего. Это объясняется прежде всего их оптимальным соотношением с другими минеральными веществами (в частности кальция с фосфором, железа с медью и др.). Высокую биодоступность микроэлементов обеспечивают также транспортные белки женского молока, в частности, лактоферрин — переносчик железа, церулоплазмин — меди. Невысокий уровень железа в женском молоке компенсируется его высокой биодоступностью (до 50%).
- Недостаточность микроэлементов, являющихся регуляторами обменных процессов, сопровождается снижением адаптационных возможностей и иммунологической защиты ребенка, а выраженный их дефицит приводит к развитию патологических состояний: нарушению процессов построения костного скелета и кроветворения, изменению осмотических свойств клеток и плазмы крови, снижению активности целого ряда ферментов.
- В женском молоке присутствуют все водо- и жирорастворимые витамины. Концентрация витаминов в молоке во многом определяется питанием кормящей матери и приемом поливитаминных препаратов. Следует подчеркнуть, однако, что уровень витамина D в женском молоке крайне низок, что требует его дополнительного назначения детям, находящимся на естественном вскармливании.
- Дефицит витаминов приводит к нарушениям ферментативной активности, гормональным дисфункциям, снижению антиоксидантных возможностей организма ребенка. У детей чаще наблюдается полигиповитаминоз, реже встречается изолированный дефицит одного микроэлемента.

Ценность МОЛОЗИВО

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

Всероссийская научно-практическая конференция

с международным участием

- Преждевременные роды особым образом влияют на состав иммунологических компонентов молозива. Так, содержание IL-8, TNF-RI, TGF в молозиве при преждевременных родах выше. Уровень секреции Ig As в молозиво матерей недоношенных детей также выше по сравнению с секрецией в молозиво матерей, родивших доношенных детей. Известно, что у недоношенных детей в первые 1-2 месяца жизни снижена продукция Ig As по сравнению с доношенными детьми.
- Экспериментальные работы на животных при сравнении групп, вскармливаемых молозивом или искусственными смесями, показали значительное уменьшение случаев НЭК в группе, получавших молозиво.
- Учитывая вышеприведенные преимущества молозива и конкретные данные по молозиву при преждевременных родах, особую роль оно приобретает для недоношенных детей с первых минут их жизни. Необходимо отметить особую важность такого подхода также и при извлечении недоношенных детей путем операции Кесарево сечение. В настоящее время разработаны методики оро-фарингеального орошения молозивом, начиная сразу после рождения ребенка в родильном зале и далее в отделениях интенсивной терапии. Происходит взаимодействие компонентов молозива с системами лимфоидной ткани в оро-фарингеальной области и ЖКТ, что обеспечивает защиту против инфекции. Так, олигосахариды обеспечивают местную барьерную функцию, основанную на их способности ингибировать адгезию патогенов поверхностными рецепторами эпителиальных клеток – потенциальный защитный эффект против, к примеру, вентилятор-ассоциированной пневмонии. Цитокины абсорбируются системой лимфоидной ткани и, взаимодействуя с лимфоидными клетками, осуществляют местный и системный иммуномодулирующий эффект. Подобный механизм описан для лактоферрина, Ig As.
- Помимо оро-фарингеального орошения, что является первоочередной задачей, следующий этап – трофическое энтеральное питание. Существуют убедительные доказательства, что трофическое энтеральное питание целесообразно начинать в первые дни только молозивом собственной матери, что будет способствовать надежной профилактике тяжелых заболеваний недоношенных детей. Чрезвычайно важен такой подход для крайне незрелых детей с ЭНМТ, подверженных сложной патологии, зачастую не имеющей этиологического лечения, когда профилактика этих заболеваний – единственная действенная помощь для их здоровья.

<http://gvinfo.ru/molozivo>

- Молозиво богато иммуноглобулином А- IgA и другими белками, которые служат первичной защитой новорожденного от многих инфекций.
- Составляющие молозива помогают дальнейшему росту и адаптации организма малыша **Фактор роста** в молозиве способствует развитию незрелого кишечника ребенка после его рождения. Молозиво предохраняет ребенка от развития аллергии и непереносимости другой пищи.
- По содержанию некоторых **витаминов** молозиво значительно богаче, чем зрелое молоко: в частности, витамином А, который снижает тяжесть любых инфекций у ребенка, и витамином Е, который способствует развитию нервной системы, мышечной ткани и сетчатки глаз.
-
- Молозиво обладает мягким слабительным эффектом, который очищает кишечник ребенка от мекония (первичного стула темного цвета). При этом кишечник ребенка очищается от избытка билирубина и снижает вероятность заболевания послеродовой желтухой.
- **Олигосахариды** (известные также как пребиотики), которых в молозиве насчитывается более 130 видов, защищают ребенка от кишечных инфекций. Пребиотики питают здоровую кишечную флору. Два олигосахариды из этих 130 добавлено сегодня в смеси для новорожденных, чтобы хоть немного приблизить их по составу к материнскому молоку. А такой молозивный компонент, как лактоферрин, помогает младенцу усваивать железо без того, чтобы быть питательной

Реферат студентки мед. колледжа

- Питательные
- вещества
- молозива
- Молозиво
- имеет
- большую
- энергетическую
- ценность
- ,
- чеммолоко
- и
- содержит
- мало
- жидкости
- ,
- что
- защищает
- от
- перегрузки
- незрелые
- почки
- новорожденного

- .
- Плотность
- питательных
- веществ
- в
- молозиве
- в
- несколько
- раз
- выше
- ,
- чем
- в
- зрелом
- молоке
- .
- Молозиво
- имеет
- слабительные
- свойства
- и
- помогает
- работе

<http://docplayer.ru/27451684-Gosudarstvennoe-byudzhetnoe-obrazovatelnoe-uchrezhdenie-srednego-professionalnogo-obrazovaniya-ministerstva-zdravooohraneniya-krasnodarskogo-kraja.html> стр.10-12

грудного вскармливания на организм ребенка (по И. М. Воронцову, Е. М. Фатеевой, 1998)

- Собственно пищевое обеспечение. При этом особенно важно, что при естественном вскармливании отмечается оптимальное качество и количество как основных нутриентов, так и микронутриентов, имеющих значение для полноценного роста и развития. При «пограничных» уровнях обеспечения женское молоко обладает комплексом составных частей, которые способствуют повышению их усвояемости. Состав нутриентов молока динамично приспосабливается к изменяющимся в процессе роста потребностям ребенка. Адекватность обеспечения может нарушаться при достаточно грубых изменениях в пищевом рационе кормящей матери или снижении объема лактации.
- Управление ростом, развитием и тканевой дифференцировкой через широкий комплекс гормонов и биологически активных веществ.
- Обеспечение защиты от повреждающего действия избыточного поступления нутриентов. Даже при явной избыточности питания, связанной с очень активным сосанием и высокой концентрацией нутриентов в молоке матери, дети реагируют только повышенным накоплением жировой ткани. Это не сопровождается дистрофическими изменениями в тканях и гетерохронизацией развития, как это наблюдается при искусственном вскармливании с избыточным введением нутриентов.
- Иммунологическая (специфическая и неспецифическая) защита от патогенной для ребенка бактериальной и вирусной инфекции, а также паразитарной инвазии.
- Ограничение поступления и снижение провоспалительных эффектов неинфекционных антигенов и аллергенов. Защита от атопических реакций и заболеваний.
- Формирование иммунологической толерантности к антигенам продуктов пищевого рациона, используемых матерью.
- Формирование путей оптимальной метаболизации нутриентов, обеспечивающих адаптацию к рационам последующих за молочным периодом питания.
- Формирование адекватной регуляции пищевого поведения.
- Развитие психоэмоциональной связи с кормящей матерью в процессе длительного и самого тесного физического и эмоционального контакта при кормлении. В последующем происходит постепенная трансформация этого узкоспециального типа связи в постоянную устойчивую и независимую от кормления реакцию на мать как источник и символ защищенности.
- Работа мышечного аппарата сосания при кормлении определяет возникновение усилий и напряжений, наиболее адекватно регулирующих анатомическое формирование зубочелюстной системы, мозгового черепа, а также аппарата звуковоспроизведения.

Нац.программа

- Оно обладает рядом уникальных свойств:
- содержит больше иммуноглобулинов, лейкоцитов и других факторов защиты, чем зрелое молоко, что в значительной степени предохраняет ребенка от интенсивного бактериального обсеменения, уменьшает риск гнойно-септических заболеваний;
- оказывает мягкий слабительный эффект, благодаря этому кишечник ребенка очищается от мекония, а вместе с ним и от билирубина, что препятствует развитию желтухи;
- способствует становлению оптимальной микрофлоры кишечника, уменьшает длительность фазы физиологического дисбактериоза;
- содержит факторы роста, которые оказывают влияние на созревание функций кишечника ребенка.

Объем желудка НОВОРОЖДЕННОГО

Az újszülött csecsemő gyomrának mérete és befogadóképessége



Egy naposan:
cseresznye nagyságú
5-7 ml

Három naposan:
dió nagyságú
22-27 ml

Egy hetesen:
sárgabarack nagyságú
45-60 ml

Egy hónaposan:
nagyobb tojás nagyságú
80-150 ml

<http://gvinfo.ru/molozivo>

- При этом молозиво по сравнению со зрелым молоком очень концентрированно и гораздо более питательно. В первый день жизни ребенка содержание белка в молозиве достигает 14% - это примерно в три раза больше, чем в зрелом молоке. Количество молозива может быть разным, но в любом случае благодаря повышенной питательности его хватает только что родившемуся человечку. Воды в молозиве совсем немного, и это хорошо, ведь малыш пока не в силах перерабатывать большие объемы жидкости: его почки не в состоянии пройти мгновенную адаптацию от внутриутробного периода. Вместе с тем ребенок уже рождается с запасом воды, предохраняющим его организм от обезвоживания, пока не прибыло богатое жидкостью зрелое молоко.
- Поэтому сравнивают молозиво с лекарством – в первое прикладывание крохи к груди сразу после родов малыш высасывает примерно чайную ложку молозива, но этого достаточно, чтобы снизить опасность развития бактериальных инфекций.

Первое прикладывание



"Педиатрия" под ред. Шабалова - выдержки

- **Первое прикладывание к груди** здоровых доношенных детей производят максимально быстро, оптимально — в течение первых 30 мин после появления младенца на свет. После первого крика, появления дыхания и первичной обработки пуповины, а также обтирания он выкладывается на живот матери, в его верхнюю часть. Для кожного контакта новорожденного лучше не обмывать водой, также целесообразно отложить до конца первого прикладывания и закапывание глазных капель. Ребенка, лежащего на животе, мать придерживает рукой, а сверху его прикрывают либо только стерильной простыней, либо простыней и одеялом (вместе с матерью). Поисковое поведение ребенка выражается в сосательных движениях, поворотах головы и ползательных движениях конечностей. Большинство новорожденных способны самостоятельно найти и захватить ареолу материнской груди. Отмечено, что ранний контакт с матерью способствует быстрому становлению лактации, выработке грудного молока в большем объеме и более длительно, лучшей и более быстрой адаптации новорожденных к условиям внеутробной жизни, в частности, к более раннему заселению кишечника и кожи бифидум-флорой и уменьшению длительности фазы транзиторного дисбактериоза кишечника. Контакт «кожа к коже» позволяет не только малышу почувствовать материнское тепло, биение ее сердца, стимулирует развитие психики ребенка и установление психического контакта с матерью. Он также способствует усилению чувства материнства у женщины, успокоению женщины и исчезновению у нее стрессорного гормонального фона, лучшей инволюции матки и т. д. В идеале мать и дитя должны быть оставлены в близком кожном контакте после неосложненных родов на 1-2 часа. Если сосание при первом кожном контакте не состоялось, то держать ребенка на груди более двух часов нецелесообразно.
- В том случае, если прикладывание малыша к груди непосредственно после родов затруднено (кесарево сечение, болезнь матери или ребенка), сделать это надо сразу, как только станет возможным, а до этого молоко необходимо регулярно сцеживать и давать его ребенку.
- 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. Раннее прикладывание к груди и «свободное вскармливание» являются ключевыми факторами обеспечения полноценной лактации и способствуют 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.

прикладыванию к груди: Шабалин «Педиатрия»

- со стороны ребенка: дети, родившиеся в состоянии асфиксии, с подозрением на внутричерепную травму, с кефалогематомой, а также новорожденные, общее состояние которых неудовлетворительное, глубоко недоношенные, дети с пороками развития, от матерей с резус-отрицательной принадлежностью крови;
- со стороны матери: оперативные вмешательства в родах, роды в презк-ламписии, обильные кровотечения во время родов, наличие любых инфекционных процессов.
- В настоящее время рекомендуют сразу же после родов размещать мать и ребенка в одной палате. При совместном пребывании в послеродовой палате мать имеет неограниченный доступ к малышу в любое время суток, она может кормить его по первому же требованию, то есть придерживаться свободного режима кормления. Знаками голода могут быть вращательные движения головы в поисках материнской груди, активные сосательные движения губ, чмокания губами, громкий, настойчивый плач. Однако в отдельных случаях, при непонимании матерью причин беспокойства ребенка и попытках устранить его путем частого прикладывания к груди, можно наблюдать перекорм, который является фактором риска развития дисфункции желудочно-кишечного тракта, избыточных прибавок в массе тела, ускоренного роста. Ребенок может плакать не только потому, что он голоден, но и по другим причинам. Очевидно, что в этих случаях кормление ребенка не может устранить причину крика и, более того, может его усилить (например, при кишечных коликах). Частота прикладываний к груди может составлять 12-20 и более раз в сутки и определяется исключительно потребностью ребенка. Во время кормления на первых порах можно прикладывать ребенка к обоим молочным железам. Такое частое кормление способствует лучшему становлению лактации. Важно не снимать беспокойство ребенка, обусловленное голодом, допаиваниями между кормлениями, особенно глюкозой или чаем с сахаром, тем более молочной смесью. Грудное молоко при достаточном уровне лактации полностью обеспечивает потребность в жидкости даже в условиях жаркого климата. Перерыв между дневными кормлениями может не достигать и двух часов, а между ночными быть не более 3-4 часов. Причем для обеспечения длительной устойчивой лактации в первые дни после рождения ночные кормления имеют особо важное значение.
- В последующем, по мере роста ребенка, а также по мере увеличения объема лактации кратность кормлений уменьшают и стабилизируют в интервале от 10—15 в первые дни и недели до 5-7 в последующие периоды. Переход от неопределенного режима вскармливания к относительно регулярному занимает от 10—15 суток до 1 месяца. При формировании режима питания важно проявить известную гибкость. Число кормлений может широко варьировать в зависимости от состояния лактации в данный конкретный день, степени двигательной активности и энергозатрат ребенка, его самочувствия и т. д. Это касается и ночных кормлений. С одной стороны, ночные кормления относят к числу факторов, способствующих лактации. С другой стороны, нельзя считать, что кормление ребенка ночью после периода новорожденности, в случае установившейся удовлетворительной лактации, является строго обязательным для всех детей. Ночной сон и достаточный отдых важны для кормящей матери, они также способствуют поддержанию хорошей лактации. В том случае, если у ребенка не будет необходимости в ночных кормлениях, он сам от них откажется и препятствовать ему в этом не следует. «Свободное» вскармливание или вскармливание «по требованию» способствует установлению не только оптимальной лактации, но и тесному психоэмоциональному контакту между матерью и ребенком, правильному нервно-психическому и физическому развитию ребенка.
- Важным преимуществом совместного размещения новорожденного с матерью является сведение до минимума риска развития инфекции у малыша. В случае, когда за ребенком с самого рождения ухаживает мать, его организм заселяется теми микробами, которые находятся в организме матери. Причем в материнском молоке имеются специфические антитела к ним. В том случае, когда ребенка помещают в детскую комнату, где за ним ухаживает персонал родильного дома, малыш окружен микроорганизмами, присущими «чужим людям». Безопасные для них, такие бактерии могут оказаться патогенными для ребенка, да и в молоке матери против них нет специфических антител. Это нередко способствует внезапному развитию среди новорожденных эпидемий кожных заболеваний, респираторных и желудочно-кишечных инфекций.
- Снижают продолжительность и эффективность сосания груди ребенком такие факторы, как ограничение времени кормления, кормление по расписанию, неудобное или неправильное положение матери при кормлении, использование сосок, получение ребенком других жидкостей, например воды, сахарных растворов, овощных или животнов-молочных продуктов.
- Длительность пребывания у груди каждый ребенок определяет сам. Одни дети сосут грудь очень активно, быстро выпускают сосок и отворачиваются от груди. Но есть и так называемые «ленивые сосуны», которые сосут медленно и вяло, часто засыпают у груди, однако при попытке вынуть сосок просыпаются и снова сосут. Такое длительное кормление может привести к повреждению кожи соска и образованию на нем трещин. Поэтому желательнее, чтобы длительность одного кормления не превышала 20-30 минут. С этой целью «ленивого сосуна» следует стимулировать — потреть пальцем, сделать попытку вынуть сосок и т. п.
- В первый день после родов мать кормит ребенка в постели, в последующие дни выбирает для себя и ребенка наиболее удобную позу — лежа, сидя с упором ног на скамеечку высотой 20—30 см или стоя (если были разрывы промежности, перинеотомия, эпизиотомия).
- Перед кормлением мать должна тщательно вымыть руки с мылом, обмыть грудь кипяченой водой и просушить мягким полотенцем, не растирая область соска и ареолы. После кормления вымыть грудь теплой водой. Если кормящая мать имеет трещины соска, то перед кормлением ее сосок можно смазать жирным кремом. После кормления сосок можно смазать жирным кремом.

Национальная программа оптимизации вскармливания детей

Организация естественного вскармливания

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

АРГУМЕНТАЦИЯ ЭТОГО МЕТОДА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

- Раннее прикладывание ребенка 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;
 - способствует через механизмы импринтинга усилению **чувства материнства, увеличения продолжительности грудного вскармливания**;
 - обеспечивает получение новорожденным **материнской микрофлоры**.

Объем молозива в первые сутки очень мал, но даже капли молозива крайне важны для новорожденного ребенка

Акев статья «Ценность МОЛОЗИВО»

- Как все начинается?
-
- Если у мамы есть возможность, то лучше всего приложить кроху к груди через 15-30 минут после рождения, и дать сосать подольше (около 20 минут на каждую грудь). Как раз в этот период малыш немного приходит в себя после родов и начинает проявлять поисковое поведение - искать мамину грудь. Он пытается поднять голову, открывает ротик, высовывает язычок. Иногда кроха, лежащий на мамином животе, начинает буквально ползти к груди!
-
- Однако не стоит ждать чудес от природы – здоровый новорожденный действительно может добраться до материнской груди, но это стоит ему очень большого напряжения всех оставшихся после родов сил, поэтому, конечно, лучше помочь ему получить желаемое. Если этот момент упустить, то малыш заснет и тогда его уже не удастся никакими уговорами приложить к маминной груди – он будет отдыхать.
- Сосательный рефлекс малыша особенно силен в первый час после рождения, и это помогает выработать правильное прикладывание к груди. Именно правильному прикладыванию надо уделять основное внимание в первые дни жизни.
-
- Правильное прикладывание коротко можно описать так: мама плотно прижимает малыша животиком к себе, чтобы сосок указывал бы ему в носик. Грудь надо поддерживать рукой, чтобы большой палец был сверху, там, где нос ребенка, а указательный и остальные - снизу, параллельно нижней губке малыша. Указательный палец должен быть далеко от соска, не ближе 5 сантиметров, чтобы не ограничивать открывающийся ротик ребенка. Дождитесь, пока ребенок широко откроет рот - как при зевании. В этот момент еще плотнее прижмите малыша к себе, направляя сосок в верхнюю часть рта: сосок и ареола окажутся глубоко у него во рту, снизу больше, чем сверху. Нижняя и верхняя губки при сосании оказываются вывернуты наружу.
- Чаще всего в первый день после родов грудь мягкая на ощупь и кажется пустой. Молозива выделяется совсем немного, хотя у некоторых женщин оно может потихоньку вытекать из груди само, а кто-то, наоборот, с трудом выдавливает единственную капельку.
-
- О действительно количестве молозива и тем более молока в будущем это еще ничего не говорит – все зависит только от индивидуальных особенностей строения груди.
-
- По-разному ведут себя и сами малыши: большинство отсыпаются, приходя в себя после родов, и прикладываются к маминной груди всего 5-7 раз в сутки, зато надолго, иногда до часа. Но некоторые, наоборот, уже с первых суток жизни просят мамину грудь очень часто.
-
- Есть и еще одна интересная закономерность: на вторые-третьи сутки жизни, при условии совместного пребывания с мамой, даже спокойные и редко сосущие малыши внезапно начинают требовать приложиться буквально каждые полчаса. Это означает, что кроха уже созрел до получения пищи более обильной, чем молозиво – и благодаря более частым прикладываниям к груди и изменившимся движениям ротика у мамы начинается выработка молока.
-
- И именно в этот момент молодые мамы часто пугаются, что кроха «голодает», и бегут за смесью, стараясь накормить хоть чем-нибудь, лишь бы ребенок – которого сама же мама в таких случаях и отрывает от груди – не плакал. Но стоит ли это делать, если у мамы есть возможность прикладывать ребенка к груд
-

Исключение допаивание и докармливания без медицинских показаний

- Как только начинается докорм смесью, бактериальная флора кормившихся грудью младенцев становится похожей флору детей – искусственников. **бифидобактерии больше не доминируют** (Mackie, Sghir, Gasrins 1999)

Достаточно одного кормления смесью за сутки, чтобы пошел процесс негативного изменения микрофлоры в кишечнике у ребенка! Если ребенок был полностью переведен на смесь – уже через 24 часа в экосистеме кишечника будет доминировать вредная кишечная флора: энтеробактерии, энтерококки, клостридии, анаэробные стрептококки (Gerstley, Howell, Nagel, 1982). Так и появляются предпосылки для дисбактериоза, коликов, болей в животике, газиков и прочих младенческих проблем... При этом, если после временного докорма смесью малыш начнет опять получать только материнское молоко – уйдет от 2 до 4 недель только на возвращение состояния, при котором в кишечнике поддерживается грамположительная флора (Brown & Bosworth, 1992; Gerstley, Howell, Nagel, 1982)

- Потеря веса на исключительно грудном вскармливании составляла в среднем 215 +- 73 г, или в среднем 6,3+-2,0% веса при рождении, а на искусственном вскармливании - в среднем 255+-93 г, или в среднем 7,5+-2,4% веса при рождении (Davanzo R, 2007).
- При этом у новорожденных, которых кормили смесями, **в 3,9 раза чаще развивались тяжелые гипернатриемия с обезвоживанием!** (Davanzo R, 2007). Можно также посмотреть более объемное и свежее исследование, подтверждающее эти же данные: [Смесь способствует потере веса у новорожденных](#).
- В результате получается следующее: детки, которые кормятся грудью, имеют в кишечнике среду 5.1-5.4 pH, представленную в основном бифидобактериями с небольшим количеством патогенной флоры. Дети, которых кормят смесью, имеют в кишечнике pH около 5.9-7.3 с разнообразной **гнилостной бактериальной флорой**. У детей на частично грудном вскармливании (с докормом смесью) в период новорожденности pH колеблется между 5.7-6.0, и только на втором месяце жизни докорм смесью ведет к тому, что кислотность поднимается «всего лишь» до 5.45. При этом, **если в первую неделю жизни ребенок кормился только смесью – выработка здоровой кишечной флоры происходит с отсрочкой во времени, и очень вероятно, что у малыша никогда уже не будет такого баланса флоры, как у ребенка-грудника.** (Bullen CL, Tearle PV, Stewart MG, 1977)
- При соответствующей наследственности ранний докорм смесью увеличивает риск развития **инсулинзависимого диабета у младенцев и детей.** (Mayer, 1988; Karjalainen, 1992) Серьезно возрастает риск развития некротических энтероколитов - в несколько раз выше даже в случае смешанного вскармливания (40% грудного молока плюс смесь) по сравнению с исключительно грудным вскармливанием, а в случае полного искусственного вскармливания смертность возрастает в разы и устойчиво ассоциируется именно с искусственным вскармливанием (Sullivan et al, 2010). Сейчас уже исследователи пришли к твердому мнению, что [докорм смесью в первые дни жизни является метаболическим стрессом для ребенка](#).

Рюхова: Чем опасен докорм смесью?

- Действительно, наевшийся смеси малыш обычно засыпает на несколько часов, но это происходит не просто потому, что он сыт, а потому, что смесь переваривается намного тяжелее грудного молока. У детского организма попросту не хватает сил ни на что другое, кроме сна. И, конечно, приход молока у мамы при этом неизбежно отодвигается.
- При этом докорм смесью совсем небезобиден, особенно если смесь заменяет собой молозиво и оказывается первым, что получил новорожденный кроха. В материалах по теме Всемирной Недели грудного вскармливания-2008 – «Кормление грудью в первый час после родов спасло бы миллион жизней» - есть следующие данные. Одно из проведенных исследований четко показало, что 41% всех детей, кто умер в период со 2 по 28 день жизни, могли быть спасены простым вмешательством: началом кормления грудью в течение первого часа после рождения.
- То, какую именно пищу получает новорожденный младенец, оказывает прямое влияние развитие кишечной микрофлоры. Кормящиеся грудью имеют более низкую кислотную среду в кишечнике - приблизительно 5.1-5.4 pH в течение первых шести недель, представленную в основном бифидобактериями с небольшим количеством патогенной флоры. А крохи, которых кормят исключительно смесью, имеют кислотность приблизительно 5.9-7.3 pH с разнообразной гнилостной бактериальной флорой.
- Именно поэтому дети, которых кормят смесью, гораздо чаще болеют кишечными инфекциями и различными формами аллергии. К сожалению, в семьях, где по наследственности имеется высокий риск развития аллергии, даже после одного кормления смесью вместо молозива может развиться чувствительность к белку коровьего молока.
- У детей, кормящихся грудью, при докорме смесью кислотность оказывается средней - 5.7-6.0 pH в течение первых четырех недель, к полутора месяцам она уменьшается до 5.45 pH. К сожалению, кишечная флора при таких условиях развивается очень похоже на ту, что возникает при кормлении смесью – очень неустойчивая, с преобладанием патогенной. Даже одно кормление смесью в сутки, но регулярное, быстро приводит к тому, что развивается дисбаланс кишечной флоры - быстро повышается число энтеробактерий и энтерококков, растет количество клостридий и анаэробных стрептококков. Это то самое явление, которое обычно называют дисбактериозом.
- Если в дальнейшем мама будет придерживаться исключительно грудного вскармливания, то для возвращения состояния, поддерживающего положительную флору в кишечнике, потребуется от двух до четырех недель.
-
- Помимо нарушения формирования нормальной кишечной флоры, докорм смесью в период, когда малыш должен еще получать молозиво, повышает вероятность трудностей с грудью (возникновение трещин и застоев молока на фоне не совсем правильного прикладывания).
-
- А статистические исследования как зарубежных, так и российских врачей показали, что мамы, дети которых докармливались смесью в первые дни жизни, обычно прекращали кормление грудью раньше, чем если бы ребенка с самого рождения кормили исключительно грудью.
- Вместе с тем бывают, конечно, случаи, когда докорм смесью объективно необходим – его назначает врач, и, как правило, связано это с тяжелым состоянием либо самой мамы, либо малыша. Но если строгих показаний к введению докорма смесью нет – свежейиспеченной маме нужно понимать, чем именно она рискует, когда идет в детскую, чтобы попросить там «всего одну бутылочку смеси».
-

<http://new-degree.ru/articles/mother/damage/> Чем опасна смесь

- **Чем опасна смесь в первые дни жизни?**
- Для многих детей, появившихся на свет в родильном доме, докорм смесью становится почти неизбежен. В родильных домах, имеющих статус доброжелательных к ребенку (БДР), риск докорма смесью меньше - но часто оказывается, что для того, чтобы едва родившийся младенец тут же не получил бутылку со смесью, матери нужно проявить определенную настойчивость. Если она этого не сделает – смесь малыш так или иначе получит, просто потому, что большинство врачей считает – нет никакого такого особенного вреда в маленькой бутылке со смесью... Но так ли это?
- **Вред для кормления грудью**
- **Вред для здоровья ребенка**
- **Вред для здоровья матери**
- **Вред смесей как таковых**
- **Что же делать?**

- <https://www.sciencedaily.com/releases/2013/02/130211134842.htm>

ИСТОЧНИК