

**Питание беременных и кормящих.
Основы вскармливания детей 1 года
жизни.**

Выполнила: ст.гр.5-079 ОМ Маерманова
И.Ж

Проверила: Чурекова В.И

Рациональное питание будущей матери определяется сбалансированностью поступающих в организм питательных веществ, витаминов, микроэлементов и зависит от многих факторов. Основными из них являются срок и особенности течения беременности, соматический и аллергологический анамнез, характер конституции, физические нагрузки, географические условия и время года.



Энергетическая потребность женщины в первой половине беременности составляет примерно 2500–3000 ккал в день, повышаясь во второй половине до 2700–3200 ккал. Обусловлено это тем, что во II и III триместрах беременности увеличиваются темпы роста плода, возрастает нагрузка на органы и системы матери, вследствие чего увеличивается энергетическая потребность беременной женщины, повышается потребность в кальции, витамине D, железе, магнии, цинке и других микроэлементах. Для кормящих матерей энергетическая ценность пищи составляет 3000–3500 ккал.



Количество белка в питании кормящей матери должно быть увеличено до 110–120 г в сутки по сравнению с нормой до беременности — 80 г (1,5 г/кг массы тела в сутки в 1-ю половину беременности и 2 г/кг — во 2-ю), из них 60 % животного происхождения. Потребность в жирах составляет 100 г в сутки (из них 40 % растительного масла, содержащего ненасыщенные жирные кислоты). Количество углеводов в рационе беременной в 1-й половине — 500–520 г в сутки, с уменьшением до 300–350 г во 2-й половине беременности. Для уменьшения задержки жидкости, профилактики отеков и артериальной гипертонии следует ограничить прием соленой пищи. Во 2-й половине беременности количество соли не должно превышать 5 г в сутки.



Во время беременности необходимо учитывать аллергенный потенциал пищевых продуктов. Сенсибилизация женщины во время беременности во многом определяет развитие аллергических заболеваний у ребенка. Поэтому в питании женщины должны быть ограничены аллергизирующие продукты — цитрусовые, копчености, шоколад и т.д.



Особая роль в питании беременной женщины принадлежит витаминам. Организм матери во время беременности является единственным источником витаминов для плода. Причиной гиповитаминоза нередко является высокое потребление рафинированных высококалорийных, но бедных витаминами пищевых продуктов, таких как белый хлеб, макаронные, кондитерские изделия, сахар, а также нерациональное питание: некоторые национальные особенности, религиозные запреты, вегетарианство, редуцированные диеты, однообразие в выборе продуктов питания и др.



Незаменимыми микроэлементами и минералами, которые должны рассматриваться как неотъемлемая часть рациона беременных женщин (как и кормящих), являются железо, фолиевая кислота, йод, кальций, магний, медь, марганец. Особая роль придается железу, тем более что почти у половины беременных женщин в Казахстане отмечается железодефицитная анемия. Это сказывается на формировании депо железа у плода и дальнейшем развитии детей. Поэтому в рационе беременной женщины должны быть продукты питания, богатые железом

В первую очередь это гемовое железо, содержащееся в достаточном количестве в гемоглобине и миоглобине мясных продуктов. Ингибиторами всасывания железа в кишечнике являются злаковые зернопродукты (фитаты), чай (полифенолы), молоко, сыр (фосфаты, кальций). Одним из наиболее сильных активаторов всасывания железа является витамин С, находящийся в свежих овощах и фруктах. В синтезе гема участвуют также фолиевая кислота и витамин В12, в созревании эритроцитов — витамин В6. Недостаточность витамина В6 нередко является одной из причин раннего токсикоза, а его достаточное поступление нормализует обмен триптофана и тем самым оказывает нейропротекторное действие. Кроме того, недостаток витамина В6 способствует задержке жидкости в организме.

Большее значение на сегодняшний день придается цинку, необходимому для физиологического течения беременности и формирования здоровья плода. Дефицит фолата ведет к нарушению синтеза нуклеиновых кислот и белка, следствием чего является торможение роста и деления клеток, особенно в быстро пролиферирующих тканях: костном мозге, эпителии кишечника и др. Дефицит фолиевой кислоты при беременности существенно повышает риск развития гестоза, тромбоэмболических осложнений у женщины, возникновения врожденных пороков сердца и нервной системы у плода, а также его гипотрофии и недоношенности. Дефицит йода приводит к нарушению образования гормонов щитовидной железы и вызывает нарушение формирования щитовидной железы у плода, развитие врожденного гипотиреоза.

В дневной рацион матери должны входить разнообразные продукты: мясо и мясопродукты — 120 г, рыба — 100 г, твердый неострый сыр — 50 г, яйцо — 1 шт., сыр — 150 г (основные источники белка, железа, ретинола, токоферолов, витаминов группы В); молоко и молочные продукты, богатые белками, кальцием, фосфором, 18 которые легко усваиваются, сметана — 50 г, сливочное масло — 30 г, растительное масло — 35 г (источники жирорастворимых витаминов, полиненасыщенных жирных кислот); хлеб пшеничный, ржаной, печенье как источники растительного белка, углеводов, пищевых волокон, витаминов группы В. Составной частью пищевого рациона обязательно должны быть разнообразные овощи — до 700–800 г, свежие фрукты и ягоды — 200–300 г, соки как важнейшие источники бета-каротина, аскорбиновой, никотиновой, фолиевой кислот, пектинов, органических кислот, макро- и микроэлементов.

Режим питания беременной женщины — 5–6 раз в день небольшими порциями, особенно во 2-й половине беременности, количество жидкости — не больше 1,5 л в день, во время кормления — до 2 литров. Достаточный диурез свидетельствует об адекватном содержании жидкости в диете. Вес женщины за период беременности может увеличиваться на 10 кг — для женщины среднего роста и нормального питания (250 в неделю) и 12,5 кг — для женщин пониженного питания (300 г в неделю).

Что касается кормящих матерей, то очень важно, чтобы их рацион содержал достаточно растительных волокон, стимулирующих двигательную активность кишечника. В связи с этим крайне важно, чтобы в рацион включалось значительное количество (300–500 г) свежих или подвергнутых тепловой обработке овощей (морковь, свекла, цветная капуста, кабачки, тыква и др.), до 300 г фруктов и ягод (яблоки, груши, сливы, абрикосы, персики, вишня, черешня), соки (200–300 мл), как свежеприготовленные, так и консервированные.



Растительными волокнами богаты также пшенная, гречневая и овсяная крупы, хлеб грубого помола, сухофрукты (чернослив, курага). Свежие овощи и фрукты служат важнейшим источником витаминов С, К, каротиноидов и фолиевой кислоты, тогда как их роль в удовлетворении потребности человека в тиамине, рибофлавине невелика. Это же касается натуральных соков. В то же время нужно также учитывать, что переизбыток и злоупотребление некоторыми продуктами, такими как 19 молоко, яйца, рыба, шоколад, апельсины и др., вредны для кормящей матери и ее ребенка, поскольку могут способствовать развитию аллергии.

Кормящая мать ни в коем случае не должна злоупотреблять солеными и копчеными блюдами и употреблять алкогольные напитки. При составлении материнского рациона следует ограничить потребление следующих продуктов: шоколад, натуральный кофе, какао, орехи, мед, грибы, цитрусовые, икра рыб и др. Достаточно высокое содержание этих продуктов в рационе матери может вызвать аллергические реакции у ребенка. Не следует также увлекаться острыми и резко пахнущими продуктами (лук, чеснок и др.). Они придают грудному молоку специфический привкус, и малыш может отказаться сосать грудь.



Потребление молока беременными и кормящими женщинами довольно затруднительно, так как в последние годы наблюдается рост лактазной недостаточности и, соответственно, непереносимости лактозы не только детьми, но и взрослым населением. В связи с этим в питании этой категории женщин все большее значение приобретают кисломолочные продукты, особенно творог.



Применение лекарств, если в этом возникнет необходимость, должно быть строго определено лечащим врачом. Некоторые препараты, например мышьяк, барбитураты, бромиды, йодиды, медь, ртуть, салицилаты, опиум, атропин, ряд antimicrobных средств (сульфаниламиды, левомецетин, метронидазол), антитиреоидные препараты, противоопухолевые средства, гидразиды изоникотиновой кислоты, могут передаваться с молоком, воздействуя на ребенка. Поэтому кормящая мать по возможности не должна принимать лекарств. Если кормящей женщине назначают антибактериальную терапию, то следует, во-первых, подобрать антибиотик из специального разрешенного списка, во-вторых, для уменьшения риска развития у ребенка дисбактериоза кишечника назначить матери и ребенку профилактический курс пробиотиков.

Основы вскармливания детей 1 года жизни

Три основных вида вскармливания используется на первом году жизни ребенка: естественное, искусственное, смешанное.



Естественное вскармливание — вид вскармливания, когда ребенок первые 4-4,5 месяца получает женское молоко в полном суточном объеме или его доля составляет не менее 80%.

Искусственное вскармливание представляет собой вид вскармливания, при котором ребенок получает только молочные смеси или доля женского молока в суточном объеме питания составляет менее 20%.

Смешанное вскармливание предусматривает сочетание женского молока в объеме менее 80%, но более 20% от суточной нормы питания ребенка с докормом молочными смесями.

Педиатры всего мира все более убеждаются в необходимости естественного вскармливания для правильного роста и развития ребенка первого года жизни. Это связано с биологическими характеристиками женского молока. Оно обладает оптимальным и сбалансированным составом, высокой усвояемостью, широким спектром биологически активных веществ — ферментов, гормонов, антител и др. Наличие бифидогенных факторов обеспечивает формирование нормального биоценоза кишечника.

При естественном вскармливании снижается риск развития аллергических состояний.

Кроме того, психоэмоциональный контакт между матерью и ребенком во время кормления оказывает благоприятное воздействие на формирование в дальнейшем у ребенка поведенческих реакций и влияет на его интеллектуальное развитие. В связи с этим женское молоко можно рассматривать как «золотой стандарт», единственно незаменимый продукт, созданный самой природой для вскармливания детей первого года жизни.



В случае невозможности кормления ребенка грудью (госпитализация, выход на работу, причины, связанные со строением груди, и пороки развития ребенка) кормления следует продолжить сцеженным молоком. Для этого необходимо научить мать правильно сцеживать и хранить свое молоко. Сцеживание производят в соответствии с графиком кормлений в пластмассовые или стеклянные бутылочки, предварительно простелиризованные или в стерильные пакеты для сбора грудного молока. Грудное молоко хранится в холодильнике в течение 12 часов. По истечении этого времени молоко необходимо пастеризовать, при этом срок хранения молока увеличивается до 24 часов. Для хранения грудного молока можно использовать также морозильную камеру, при этом срок хранения может достигать 6 месяцев, а при температуре -20°C — до 1 года. Перед кормлением бутылочку с молоком подогревают на водяной бане или под струей теплой воды до температуры $36,5-37^{\circ}\text{C}$. После чего ее интенсивно встряхивают и перемешивают до получения однородности.

В последнее время появилось много сторонников свободного вскармливания детей. Свободное вскармливание, в том числе, рекомендовано ВОЗ. Однако наблюдения показывают, что этот метод имеет ряд недостатков: невозможность контролировать объем кормления, сцеживать молоко после кормления, что может привести к снижению лактации, беспокойство ребенка, неконтролируемая прибавка массы тела ребенка, особенно в первые месяцы. Этот метод оправдан лишь первые 10-14 дней жизни ребенка. В последующем младенец сам устанавливает индивидуальный режим кормлений, который, в зависимости от степени адаптации ребенка, может составлять от 6 до 8 раз в сутки. Однако практически все дети предпочитают при этом не соблюдать длительный ночной перерыв.

Для расчета объема пищи используется несколько методов:

1. Расчет питания первые 10 дней жизни ребенка производится по формуле Филькенштейна: объем кормления составляет $10xp$, где p — число дней.
2. Объемный. Используется для расчета питания детей старше 10 дней. При этом учитывается фактическая масса тела. Ребенок от 10 дней до 2-х месяцев должен получать $1/5$ часть от своего веса, от 2 до 4-х месяцев — $1/6$, 4-5 месяцев — $1/7$ часть массы тела, но не более 1 литра. Объем питания, равный 1 литру — суточный объем для ребенка старше 5 месяцев.
3. По формуле Шкарина. Ребенок в возрасте 2 месяцев (8 недель) должен получать в сутки 800 мл молока. На каждую неделю, недостающую до 8 недель вычитают 50 мл, а на каждый месяц после 2-х прибавляют 50 мл.

Грудное молоко является наиболее оптимальным для питания детей первых 4-5 месяцев жизни, но оно не может обеспечить растущий организм необходимыми витаминами и микроэлементами. Поэтому по мере взросления ребенка необходимо проводить коррекцию питания, вводя в рацион питания ребенка соки, овощные, фруктовые пюре. Это является основой правильного его развития, профилактики рахита, железодефицитных состояний, дисфункции пищеварительного тракта

При естественном вскармливании с 3,5-4 месяцев следует вводить соки. Более раннее введение соков с 1,5-2 месяцев, как это было принято раньше, нецелесообразно, так как может приводить к нарушению процессов переваривания, аллергизации организма. Соки назначают между кормлениями, начиная с 2-5 капель, постепенно увеличивая дневную дозу. Суточное количество соков можно определить по формуле $10xp$, где p — количество месяцев. Соки не входят в общий объем питания и не учитываются.



Лучшим первым соком является сок из зеленых яблок. Через 2 недели — 1 месяц после его введения можно давать морковный, капустный, черносмородиновый, гранатовый, вишневый и др. соки. При склонности к запорам можно использовать сливовый, морковный, свекольный соки, а при неустойчивом стуле — лимонный, вишневый, гранатовый, черносмородиновый, черничный. Малиновый, клубничный, апельсиновый, мандариновый, томатный соки дают детям не раньше 6 месяцев, но с большой осторожностью в силу их выраженных алергизирующих свойств. После 4-х месяцев можно давать мякотные соки — грушевый, сливовый, абрикосовый, персиковый соки.

При появлении метеоризма у ребенка, находящегося на грудном вскармливании, из рациона питания матери следует исключить продукты, способствующие газообразованию — капуста, бобовые, орехи, молоко, черный хлеб др. Ребенку можно давать чай с ромашкой и фенхелем, которые сейчас можно в большом разнообразии найти на нашем рынке.

Через 2 недели после введения в рацион питания ребенка соков в возрасте 4-4,5 месяцев вводятся пюре из яблок, абрикосов и др. фруктов.

Со временем грудное молоко перестает удовлетворять потребности растущего организма и, кроме того, необходима тренировка развивающейся пищеварительной системы, жевательного аппарата и стимуляция моторной активности кишечника. В этой целью в возрасте 4-5- месяцев вводится прикорм.

Более раннее введение прикорма показано при рахите, железодефицитной анемии, упорных срыгиваниях, запорах, отставании в физическом развитии, недоношенным детям.

Прикорм — это блюда, постепенно вытесняющие женское молоко (смеси), приучающие ребенка к взрослой пище. Он вводится с помощью ложечки, начиная с небольших объемов (1/2 чайной ложки), дополняя недостающий объем молоком или смесью. Постепенно в течение нескольких дней доводят объем до полного кормления.

Первый прикорм — овощное пюре. Введение овощного прикорма следует начинать с одного вида овощей (картофель, вымоченный в течение 10-12 часов, капуста, кабачок и др.). Это позволит в случае появления пищевой аллергии наиболее рано выявить аллерген и исключить его из рациона питания. На каждый новый вкус отводится не менее 2-х недель. Постепенно ассортимент овощей увеличивается, возможно приготовление овощных смесей, содержащих различные виды овощей. Позднее всего вводятся томаты, зеленый горошек, тыква.



Второй прикорм вводится только после замены одного кормления овощным прикормом. В качестве 2-го прикорма используются безглютеновые злаки (рисовая, гречневая, кукурузная мука), которые предотвращают развитие глютеновой энтеропатии. Первые 1-2 недели прикорм вводится в виде 5% каши, спустя 1-2 недели — 10% каша. Если ребенок плохо набирает массу тела или имеется тенденция к неустойчивому стулу, целесообразно в рацион питания вначале ввести кашу, а затем овощное пюре.

С 6-7 месяцев можно вводить в рацион желток куриного яйца, сваренного вкрутую, растертого с грудным молоком, 2-3 раза в неделю. С 7-8 месяцев рекомендуется вводить творог с дозы 5-10 г перед основным кормлением. К году доза творога составляет 50 г. Более раннее введение творога, как это было принято раньше, нецелесообразно, так как необходимое количество белка ребенок получает с грудным молоком.

Мясо в виде мясного пюре вводится с 7 месяцев. В дальнейшем оно заменяется фрикадельками (8-9 месяцев) и паровыми котлетками (10-12 месяцев).

С 7,5-8 месяцев начинает вводиться 3-й прикорм в виде кисломолочных продуктов. Могут назначаться также молочные продукты на основе коровьего молока с низким содержанием белка и оптимальным набором жирных кислот, минеральных веществ и витаминов.

С 8-9 месяцев вместо мясного блюда дается рыбное 1-2 раза в неделю. Можно давать хлеб, белые сухарики, печенье, они предварительно размачиваются в одном из видов прикорма. С 10-12 месяцев вводится тертый сыр.

Растительное масло вводится уже в первый прикорм, начиная с 1/2-1/3 чайной ложки до 1 чайной ложки к 12 месяцам. Сливочное масло вводится лишь, начиная с 6 месяцев.

На смешанное и искусственное вскармливание следует переходить только в случаях, когда не удалось сохранить в достаточном объеме лактацию или по медицинским показаниям, как со стороны матери, так и со стороны ребенка. В настоящее время создано много адаптированных молочных смесей, как пресных, так и кисломолочных, сухих и жидких. Наибольшее распространение получили смеси от 0 до 12 месяцев жизни.

Наиболее оптимальными для питания первого полугодия жизни являются смеси, в названии которых присутствует цифра «1». Эти смеси максимально приближены к женскому молоку, что, безусловно, способствует оптимальному росту и развитию ребенка.

По достижении ребенком возраста 5-6 месяцев следует переходить на смеси, в названии которых стоит цифра «2» или имеется запись о том, что данная смесь рекомендуется для кормления детей, начиная с 5-6 месяцев.



При выборе смеси следует учитывать:

1. возраст ребенка. В первые 2 — 3 недели следует использовать для питания ребенка пресные смеси. В последующем в рационе питания могут присутствовать и кисломолочные смеси в соотношении 50:50;
2. степень адаптированности смеси. Чем меньше возраст ребенка, тем в большей степени он нуждается в максимально адаптированных смесях;
3. индивидуальную переносимость смеси.

http://www.mif-ua.com/frmtext/blanki/Pitanie/pitanie_3.pdf

http://www.takzdorovo.ru/files/61/e2d/c1787d51610333548b6f315088d/Pitanie_beremennyh_i_kormyashih_zhenshin.pdf

http://www.detskaya.com.ua/pitanie_detej_pervogo_goda_zhizni_sovremennye_podhody/

<https://www.7ya.ru/article/Pitanie-detej-pervogo-goda-zhizni/>

THE END