

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

(мифы и реальность):

У новорожденного всего **три потребности**:
тепло материнских рук, молоко матери и чувство безопасности от ее присутствия. Грудное вскармливание удовлетворяет все три.

Грантли Дик-Рик, врач.

«... Беру в руки банку детской молочной смеси. На этикетке читаю: "Грудное молоко - идеальная пища для Вашего ребенка, оптимально отвечающая потребностям малышей первого года жизни. Оно очень хорошо усваивается, обеспечивает нужное количество питательных веществ и витаминов, дает ребенку иммунную защиту. Но если по каким-либо причинам молока у вас не хватает..." И тут я вынуждена призадуматься. Не хватает? А ведь и правда, у меня есть сомнения в достаточности молока... Меня сама мама не кормила, грудь у меня маленькая, и малыши что-то слишком часто плачет - наверное, не наедается! Начинаю советоваться с подругами, знакомыми, врачами. Мнений - масса. Каждая приводит примеры из своего опыта, рассказывает то, что ей известно по слухам от старшего поколения: "слишком часто кормить нельзя - желудок должен отдыхать", "обязательно поить водичкой, молоко ведь жирное", "давай ребенку пустышку, нечего ему использовать грудь вместо соски". Некоторые советы откровенно напоминают суеверия. Как разобраться, что из этих утверждений правда, а что нет? Почему даже на банке с молочной смесью написано, что лучше грудного молока ничего нет, а столько детишек вырастает искусственниками?»

- **Некоторые будущие мамы думают так: "Будет молоко - буду кормить, не будет - ничего страшного, сейчас очень хорошие смеси".**

По разным данным, лишь около 3% женщин не способны к полноценной лактации. И даже среди этих трех процентов большая часть может вскормить своего ребенка смешанно, со значительной долей грудного молока. Зачатие, беременность, роды и лактация - неразрывно связанные звенья одной гормональной цепи. Каждая мама, выносившая и родившая ребенка, способна и кормить его грудью. Более того, лактировать способны и женщины преклонных лет, и даже нерожавшие женщины. Человек принадлежит к

отряду млекопитающих, и кормление грудью своих детей в нас заложено природой - нужно только не мешать этой природе проявлять себя в сигналах новорожденного ребенка и нашем собственном отклике на эти сигналы. Ведь при неправильно, "неприродно" организованном вскармливании зачастую оказывается, что молока на самом деле начинает не хватать.

- **Бытует мнение, что молозиво - не настоящая еда, к тому же его слишком мало, так что ребенка необходимо докармливать или допаивать, пока не придет молоко.**

Молозиво - продукт уникального состава, подобного которому ребенок больше никогда и нигде в своей жизни не получит. Каждая капля молозива драгоценна для здоровья и последующего развития ребенка. Молозива мало и оно более густое, чем молоко, но это именно та пища, которая позволяет новорожденному мягко перейти от внутриутробного способа питания через пуповину к грудному молоку. С молозивом ребенок получает и высочайшую концентрацию иммуноглобулинов и антител, что надолго защищает его от инфекций. Качество и количество молозива идеально приспособлены для первых дней жизни младенца, и, кроме него, ребенок ни в чем не нуждается. Переходное молоко обычно появляется у мамы на третьи-четвертые сутки, на 7-8 день оно сменяется зрелым молоком.

- **Ребенок высасывает основную порцию молока в первые 5-10 минут кормления, а потом только балуется (сосет грудь как пустышку).**

Каждый малыш от рождения обладает индивидуальным стилем сосания. Небольшая часть новорожденных сосет активно, практически не прерываясь, большинство же сосут с перерывами на отдых, а то и на короткий сон. Средняя длительность кормления новорожденного обычно не меньше 40 минут. Если же забирать грудь у ребенка раньше, чем он отпустит ее сам, вероятнее всего, он останется голодным и не удовлетворит свою потребность в сосании. Кроме того, есть риск, что ребенок недополучит "заднего" молока, богатого жирами и наиболее калорийного. Со временем стиль сосания у малыша может меняться - он учится сосать эффективнее и быстрее. Так, поведение трехмесячного ребенка у груди уже мало напоминает новорожденного, а малыши второго полугодия жизни - уже настоящие "эксперты" по грудному вскармливанию.

- **Часто можно услышать от "советчиков", что никогда нельзя будить на кормление спящего ребенка.**

Большинство детей дают понять, когда они голодны. У младенцев это проявляется поисковым рефлексом (малыш крутит головой, открывает рот, высовывает язычок, что-то ищет), криком, и крайним выражением голода и дискомфорта - плачем. Однако дети, прошедшие через тяжелые роды,

ослабленные или недоношенные, часто могут спать много часов подряд, не реагируя на попытки их растормошить. В этих случаях обязательно будить ребенка не реже раза в 2-3 часа, чтобы получалось не менее 8 кормлений в сутки. Также нужно будить ребенка на кормление, если есть подозрение на недостаток молока у мамы, для более частой стимуляции лактации.

- **Многие беременные представляют себе своего будущего новорожденного так: с аппетитом кушает раз в три часа, а остальное время спит. Так ли это?**

Физиологически новорожденный устроен так, что нуждается в частых сосаниях - примерно 15-20 прикладываний к груди в сутки. Его желудочно-кишечный тракт настроен на переваривание пищи небольшими порциями, но часто. Потребность в сосании для него почти так же важна, как пища, тепло и воздух. Важная потребность новорожденного - ношение на руках и укачивание. Именно поэтому так редко можно встретить младенца "из книжки", который сосет по режиму и остальное время сладко спит в кроватке. Некоторые новорожденные много плачут, что, как правило, связано с тяжелыми родами или осложненной беременностью. Для будущей мамы важно, поэтому, морально подготовиться ко всем вариациям поведения младенцев.

- **Раньше в роддомах рекомендовали тщательно мыть грудь с мылом, после чего мазать сосок зеленкой. Это считалось профилактикой и лечением трещин сосков.**

На деле же именно такая жесткая обработка груди и ведет к образованию трещин. Дело в том, что на коже соска образуется особая смазка, увлажняющая и защищающая его. Смывая этот защитный слой, мы делаем сосок более чувствительным и уязвимым. Наилучшая профилактика трещин - несколько капель молозива или молока, которыми вы смажете сосок и затем дадите ему высохнуть на воздухе, а также правильный захват груди ребенком. Что же касается гигиены - достаточно общего душа один раз в день.

- **Яркие привлекательные пустышки давно стали привычным атрибутом практически всех деток-грудничков. В каждом детском магазине - стенд с рожками и пустышками, пустышки у кукол во рту, пустышка в каждой коляске. Так ли безобидна соска при грудном вскармливании?**

Малыш рождается с огромной потребностью в сосании. Еще находясь в матке, он сосет петли пуповины и собственный палец, глотает околоплодные воды. Рождаясь на свет, он получает мамину грудь и учится сосать ее.

Удовлетворять сосательный рефлекс для ребенка так же важно, как есть и дышать. Во время кормления малыш ощущает спокойствие и комфорт, как если бы он по-прежнему находился в животе у мамы. Именно поэтому, прикладывая новорожденного к груди по первому поисковому движению, мы помогаем ему при любом дискомфорте, независимо от причины: хочет ли он есть, спать, замерз или просто хочет убедиться в том, что мама рядом. Когда мы даем ребенку пустышку, мы даем суррогат, неполноценный заменитель, который, к тому же, негативно влияет на навык сосания груди, нарушая правильный ее захват.

- **Врачи старой закалки и бабушки безапелляционно утверждают: "Ребенку необходим режим. Желудок должен отдыхать".**

На деле же оказывается, что грудничков очень трудно бывает "дотянуть" до положенных кормлений раз в 3,5 часа. Желудок новорожденного рассчитан на получение молока частыми небольшими порциями, он просто физически не в состоянии удержать одновременно 150-200 мл молока. Именно поэтому дети первых месяцев жизни просят грудь до 15-20 раз в сутки, в том числе и ночью несколько раз. Желудок в переваривании грудного молока практически не участвует: молоко в желудке быстро створаживается и эвакуируется в тонкий кишечник, где переваривается и всасывается. Что же касается "режима", то обычно дети выходят на свой собственный, строго индивидуальный, ритм кормлений к возрасту двух-трех месяцев. Попытки же искусственно наладить кормление по графику могут привести к постоянному голодному плачу малыша, недостаточной стимуляции груди у мамы и, как следствие, к снижению лактации.

- **От старшего поколения часто можно услышать, что младенцу нужно обязательно давать водичку, особенно в жаркую погоду. Нуждается ли на самом деле грудничок в допаивании?**

Нет никакой необходимости давать малышу воду или другие жидкости помимо грудного молока. В маминой груди есть все необходимое для ребенка: передняя порция молока, в основном, состоит из воды и богата протеином, лактозой, витаминами, а задняя порция насыщена жирами и аминокислотами. Если малыша не отрывают от груди раньше времени, он получает молоко, сбалансированное по составу - так сказать, и "еду", и "питье". В жару ребенок может просить грудь чаще, но сосать понемногу, высасывая только переднее молоко. Природа позаботилась о безопасности грудного младенца: подумайте, например, где могла бы крестьянка, работающая летом в поле, взять чистую воду для своего ребенка?

- **"В наследство" от наших мам нам досталась идея о необходимости сцеживания "до последней капли" после каждого кормления.**

Когда мы кормим ребенка по требованию, а не по режиму, молока приходит ровно столько, сколько он высасывает. Здесь действует закон спроса и предложения. Когда же мама постоянно сцеживается, она запускает у себя механизм "гиперлактации", превращая себя в фабрику по производству лишнего молока. Молока приходит на двойню, а то и больше. Нет никакой необходимости в регулярных сцеживаниях, если вы не разлучаетесь с ребенком - он сам отрегулирует нужное ему количество молока. Сцеживание может использоваться как своеобразная "скорая помощь" для груди (например, в случае застоя, или когда грудь переполнена, и малышу трудно правильно захватить сосок).

Правила сцеживания грудного молока руками:

1. Выберите для себя удобную позу.
2. Одной рукой обхватите грудь снизу.
3. Большой палец второй руки поставьте сверху на ореоле, а остальные расположите снизу.



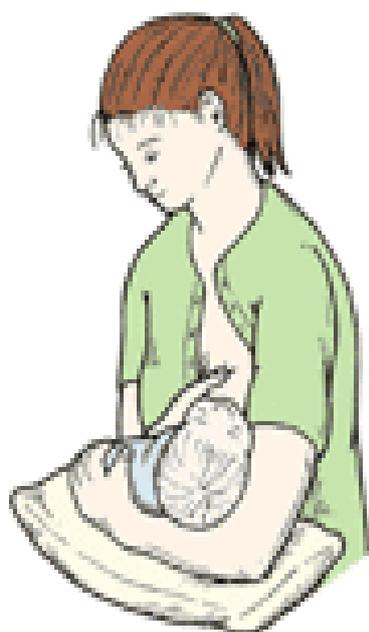
4. Сцеживайте надавливающими движениями вперед.



Делая это впервые, многие женщины замечают, что идут только капли. Не стоит переживать по этому поводу и тем более бросать начатое дело. Продолжая движения вперед, через несколько минут пойдут струи. Собственно это и будет показателем того, что все идет правильно. Если не получается, сделайте легкий массаж и повторите попытку. Любая резкая боль свидетельствует о неправильности действий.

Дорогие мамы! Расставшись с мифами и предрассудками, наслаждайтесь естественно организованным, свободным грудным вскармливанием вместе со своими детками. Пусть кормление приносит Вам удовольствие!

Позы при кормлении грудью



Кольбелька



Кольбелька наоборот

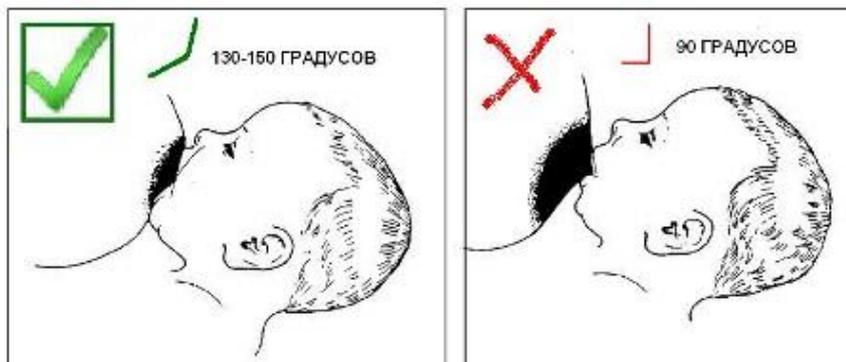


Футбольный захват



Лежа на боку

Поддерживаем ребенка так, чтоб основание его головки и плечики опирались на мамину ладонь. Рука мамы не должна давить на затылок. Важно дать хорошую опору телу ребенка, чтобы ему было удобно сосать, плотно прижимать его к себе, животик к своему животу. Если нужно дать грудь «прицельно», удобно делать это в **положениях** «из подмышки» или перекрестной колыбельки. В этом положении рука мамы как бы формирует «вторую шею» для ребенка, ладонь поддерживает область шеи и между лопатками, большой палец расположен под верхним ушком, указательный и остальные — под нижним.



Чтобы прикладывание получилось, надо, чтобы рот **ребенка был очень широко раскрыт** — как при зевании. Как добиться того, чтобы он раскрыл его пошире? Давайте проверим сами, в каком положении ребенку удобнее открывать рот:

Чуть наклоните голову вперед. Попробуйте широко открыть рот. Неудобно, правда? Заметьте положение языка — он приподнялся и находится далеко за деснами. А для сосания груди необходимо, чтоб **язычок был над нижней десной**, прикрывая ее сверху и охватывая грудь.

А теперь представим, что нам надо укусить яблоко, висящее на уровне нашего носа: чуть приподнимаем голову и... Заметьте, как широко получилось открыть рот. Да и с высыванием языка — никаких проблем. Обеспечьте и малышу такое положение, чтобы он **мог выпрямить шею и широко раскрыть рот**. Не давите ему на затылок, дайте опору спинке и шее.

Очень важно **удобное, комфортное положение ребенка и мамы во время кормления**. Будет удобно — правильное прикладывание получится само собой.

Еще одно очень важное замечание: **лучше всего прикладывать спокойного ребенка**, не ждать, чтобы он плачем потребовал кормления.

Любому человеку, даже самому маленькому, удобнее сосредоточиться и сделать свою работу качественно, когда он пребывает в хорошем расположении духа.

Исходное положение: ребенок расположен очень близко к груди, сосок направлен к его **носику**. Если направить сосок прямо в рот, есть риск, что челюсти ребенка сомкнутся слишком близко к соску, маме может быть больно. Грудь мы уже сформировали для удобного захвата, если в этом есть необходимость.

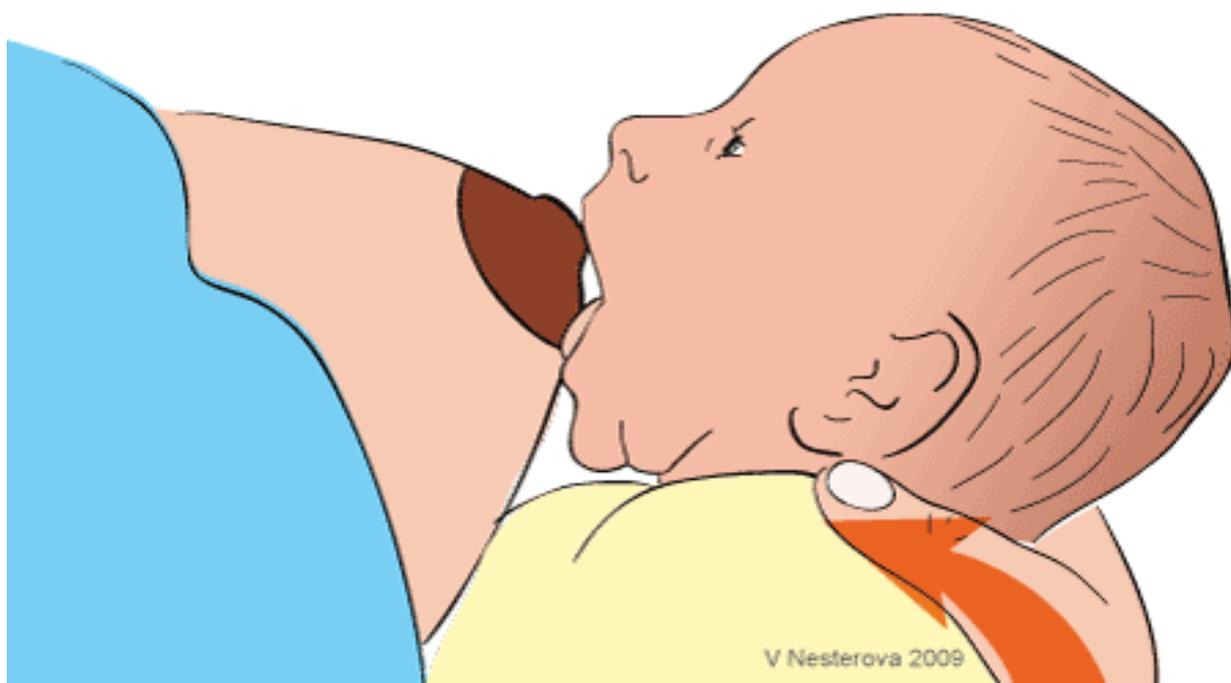
Готовый поесть ребенок сам вертит головкой из стороны в сторону, раскрывает рот и опускает язычок на нижнюю десну. Если рот раскрывать не торопится, можно провести по его губкам нижней частью ареолы. Почему не соском? Если ребенок без проблем берет грудь, в общем-то, все равно, чем и как проводить, но если он склонен втягивать в полузакрытый ротик все, что касается губок, можно не успеть — шустрый малыш мгновенно засосет кончик соска, что может быть весьма неприятно. В стартовом положении нижняя губка малыша уже расположена там, где она будет во время кормления — обратите внимание на оранжевую точку.



V Nesterova 2009

Малыш широко раскрывает ротик (язычок опущен на нижнюю десну), его голова слегка откидывается назад. Мама приближает его к груди и вкатывает сосок и ареолу в ротик. Можно чуть помочь этому движению большим пальцем: движением вперед как бы разгладить сосок, чтоб он встал на свое место в ротике. Особенно актуальным это может быть для плоских или наоборот для больших сосков.

Напоминаю, что нижняя губка **уже** стоит на месте. Мы не двигаем всего ребенка вверх, к соску. Последней на место становится верхняя губа.



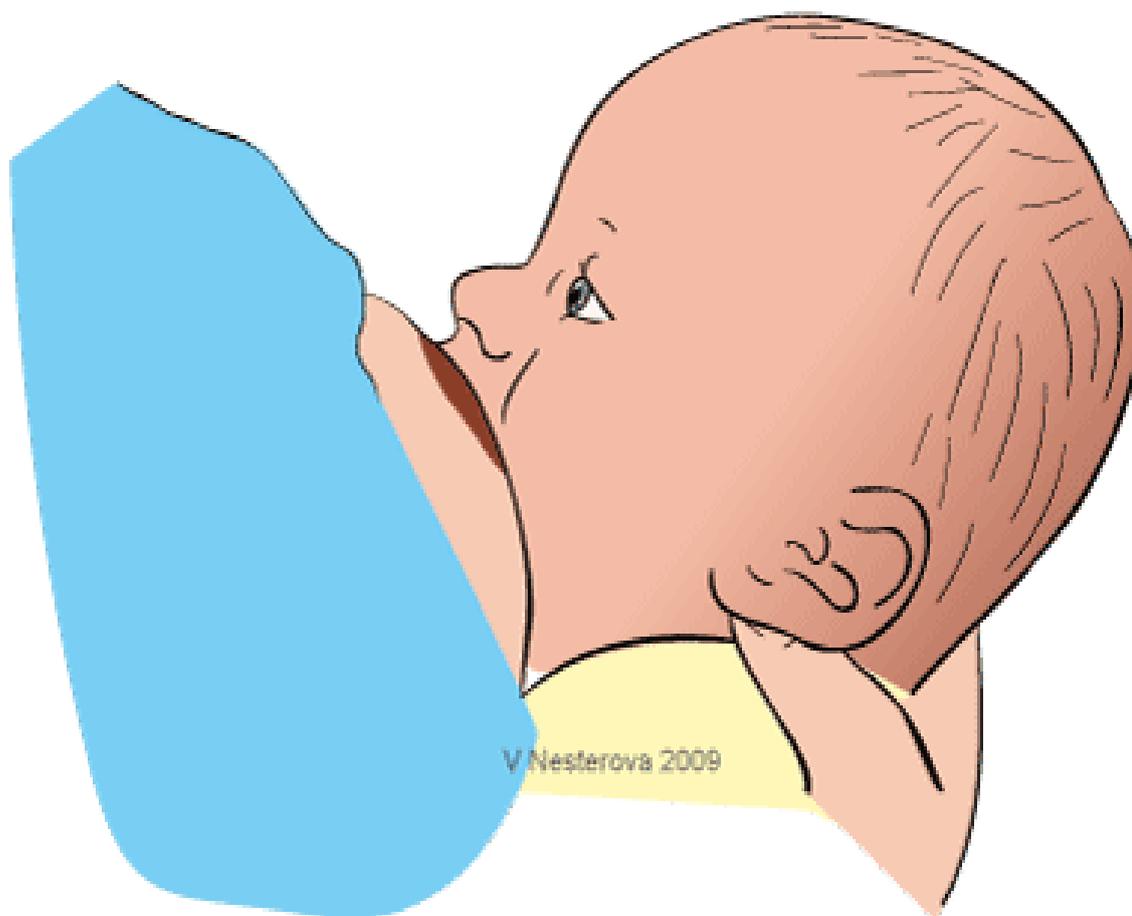
Не грудь к ребенку, а ребенка к груди: направление встречного движения ребенка (рука мамы, которая дает опору шейке, плечам и лопаткам). Это наше основное движение, мы не заталкиваем грудь в ротик, не преследуем его ребенка, а просто прижимаем малыша, готового взять грудь, к себе поплотнее, подаем и помогаем взять ее.

Нижняя губка во время захвата груди отогнута, язычок лежит поверх десны

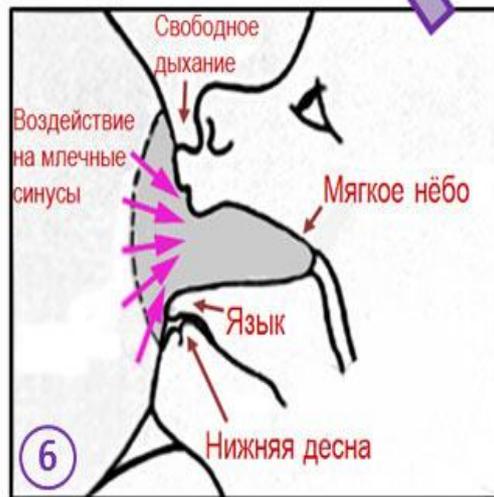
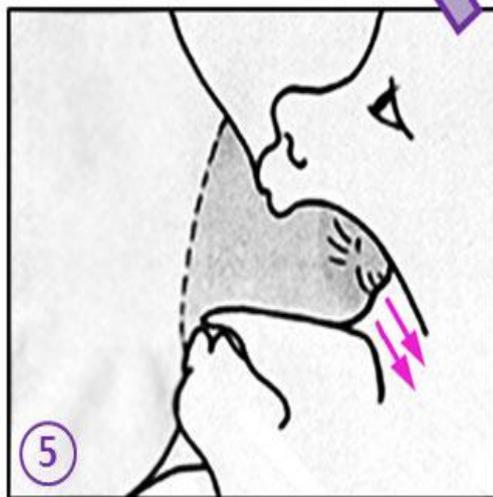
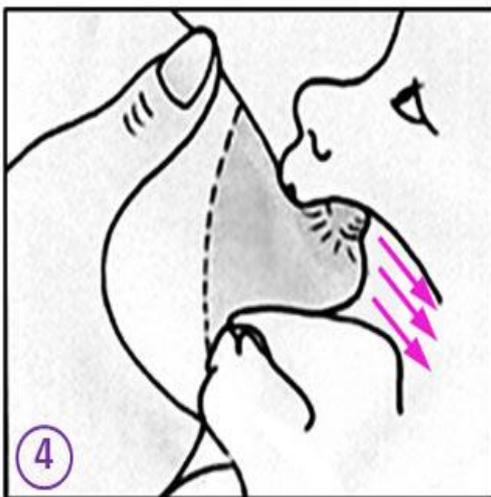
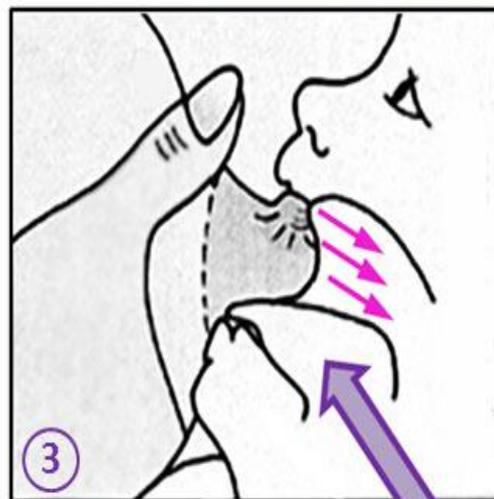
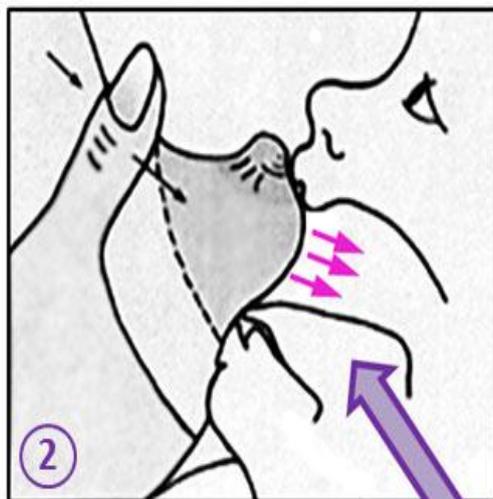
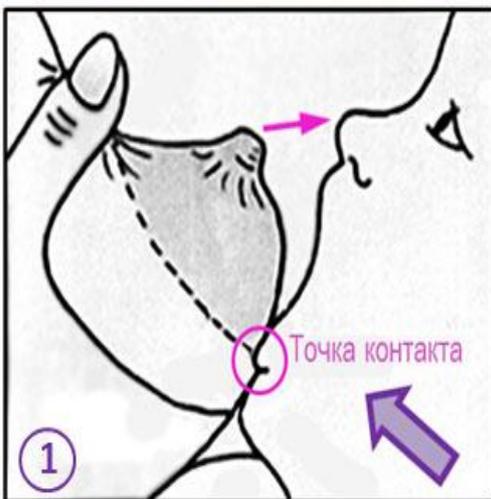
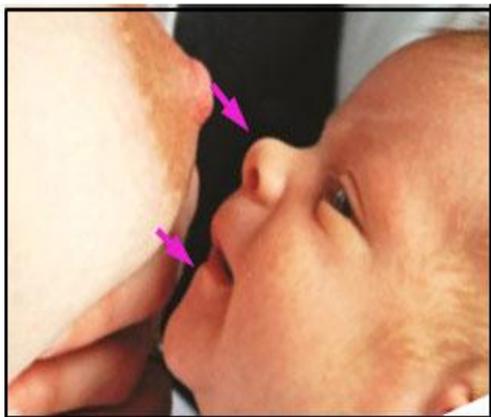
Теперь у ребенка грудь глубоко в ротике, сосок там, внутри, касается границы твердого и мягкого неба. Обратите внимание, что снизу ареола глубже в ротике, чем сверху. Ребенок так плотно прижат к маме, что ей сверху видно только щечку, плотно прижатую к груди. Если на секунду слегка отодвинуть малыша от груди, станет заметно, что его губки развернуты, нижняя губа полностью отогнута. угол между верхней и нижней губой — не меньше 140°.

А если уж совсем любопытствовать, и аккуратно отодвинуть уголок рта, будет виден язычок, охватывающий грудь.

Когда ребенок сосет грудь правильно, его щечки надуты, а не втянуты. Подбородок глубоко упирается в мамину грудь. Носик может либо быть в стороне, либо слегка касаться груди. В таком случае малыш все равно успешно дышит, через маленькие треугольные щелочки между грудью и крыльями носа. Если кроха сильно упирается носом и ему все-таки неудобно дышать — скорее всего, его подбородок расположен недостаточно близко к маминной груди, а голова наклонена вперед. В таком случае не надо делать ямку в груди пальцем, надо сместить всего малыша назад, в направлении его ножек и плотнее прижать к себе. Его шейка выпрямится, подбородок глубже упрется в грудь, а носик освободится. Если чувствуете, что ребенок при этом захватил грудь неглубоко, лучше аккуратно забрать у него грудь (вставив палец между деснами или кратковременно закрыв носик, чтобы не повредить сосок), и приложить его еще раз.



Еще раз о механизме правильного захвата соска и сосания!



ДАВАТЬ ЛИ РЕБЕНКУ СОСКУ (ПУСТЫШКУ)?

1. Согласно международным и отечественным исследованиям врачей, малыши, сосавшие пустышку, к 3-4 месяцам отказывались от груди в 3 раза чаще, чем дети, чьи мамы пустышку не давали.
2. У младенца происходит «путаница сосков», и он может отказаться от груди (перестает широко открывать рот, берет только сосок без ареолы и не получает молока, плачет, отказывается от груди и требует соску). Особенно это опасно, если мама использует еще и бутылочку с соской.
3. При сосании соски, ребёнок меньше обращается к груди, что приводит к снижению выработки молока, лактостазам и маститам.
4. Любая соска есть источник инфекции.
5. У ребёнка сосущего пустышку, изменяется прикус, что может отразиться на его внешности в будущем. Создаются предпосылки для формирования вредных привычек из-за желания постоянно что-то держать во рту и сосать, в том числе, сигарету.
6. Сосание соски на 40% повышает риск ушных инфекций у младенцев.
7. Ребенок, нуждающийся в удовлетворении «сосательного рефлекса», получает комфорт не от пустышек, а от сосания именно материнской груди, теплого контакта с ней, защищенности, любви.
8. Дети, сосущие пустышку замыкаются на самих себе, у них снижается исследовательский интерес к миру. Доказана связь между сосанием пустышек и случаями детского аутизма.
9. Соски изготавливаются из чужеродного для ребенка материала - не тот вкус, не тот запах, и не «забудет» ли он маму? Соски из любого искусственного материала, даже силикона, могут нанести вред здоровью малыша.
10. У детей, сосущих пустышку, нарушается правильное формирование голосовых органов, а это приводит впоследствии к дефектам речи (плохая дикция, хромает произношение и т.п.).
Давать или не давать соски - выбор конечно за Вами, но **с целью соблюдения санитарно-противоэпидемического режима в нашем ПЦ, мы не пользуемся пустышками (особенно принесенными из дома)!**
Если же вы планируете давать дома заменители соска, то сделайте это не раньше того, когда ребенку исполнится месяц и он уже четко научится правильно сосать грудь.

Транзиторные (переходные состояния у новорожденных).

Транзиторными (временными) или **переходными** состояниями называются состояния и/или реакции, которые отражают процесс адаптации ребенка к новым условиям жизни (вне утробы матери). Еще их называют **пограничными**, так как это может быть гранью между нормой и патологией.

Врач-неонатолог оценивает степень выраженности пограничных состояний и, при необходимости, принимает меры для предотвращения перехода этих состояний в заболевание!

- Потеря первоначальной массы тела
- Изменения кожных покровов
- Половой (гормональный) криз
- Мочекислый инфаркт
- Физиологическая желтуха новорожденного

1. Транзиторная потеря первоначальной массы тела.

Снижение массы тела происходит у всех новорожденных и возникает, чаще всего, вследствие недостаточного поступления молока и воды в первые дни жизни («голодания»). Еще причиной является потеря жидкости новорожденными при дыхании, испарении с поверхности тела, отхождении стула и мочеиспускании. Максимальные значения потери массы тела достигаются к 3-4 суткам жизни.

В оптимальных условиях вскармливания и ухода за здоровым доношенным ребенком, потеря массы не превышает 6-7% от массы тела при рождении. Допустимые колебания потери массы тела от 3% до 10% (в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и становления лактации).

Потеря массы тела более 10% свидетельствует о нерациональном вскармливании и/или нарушении ухода за новорожденным ребенком или о заболевании. Для контроля потери массы тела и своевременного реагирования на превышение допустимых величин потери массы, в отделении физиологии новорожденных ежедневно, начиная со 2-х суток жизни, проводится взвешивание детей приблизительно в одно и то же время (перед утренним обходом врача-неонатолога). В случае потери

массы тела более 10%, врач и медицинская сестра помогут отрегулировать грудное вскармливание, и через 6-8ч будет проведено повторное взвешивание ребенка, после чего будут даны дальнейшие рекомендации.

Восстановление массы тела при рождении после транзиторной ее убыли обычно наступает к 7-10 суткам жизни, а у недоношенных детей в течение 2-3 недель после рождения.

Основные факторы, способствующие восстановлению потери первоначальной массы тела:

- Кормление грудью по потребности ребенка (свободное вскармливание) и рациональный уход
- Оптимальный тепловой режим (22 °-24°C)
- Своевременное выявление и рациональная тактика при временной гипогалактии (снижении лактации) или лактостазе (застое молока).

Необходимо строго соблюдать все рекомендации детских врачей и медицинских сестер. При оставшихся непонятных вопросах повторно обращаться к медицинскому персоналу отделения.

2. Изменения кожных покровов.

- Реактивное покраснение кожи
- Физиологическое шелушение кожных покровов
- Токсическая эритема
- Милиа
- Телеангиоэктазии на веках, лбу
- Родовая «опухоль»

Простая эритема (реактивное покраснение кожи):

Эритема (покраснение) появляется на коже новорожденного после удаления первородной смазки (бело-серое слизистое вещество, покрывающее кожу плода (во время его нахождения в утробе), может сохраняться на коже ребенка в течение некоторого времени после рождения) или после первого купания ребенка. Является следствием привыкания ребенка к условиям жизни вне утробы матери, контакта кожи с воздухом. В лечении не нуждается.

Последствий и осложнений не возникает. Эритема (пятна) самостоятельно (без лечения) исчезает. Простая эритема (покраснение кожи) не является

заболеванием и вреда организму не наносит, поэтому в профилактике не нуждается.

Физиологическое шелушение кожных покровов:

В период адаптации коже малыша необходим определенный отрезок времени для того, чтобы начать работать так, как это необходимо. Поэтому после рождения мамы часто замечают различные шелушащиеся пятнышки на теле (шелушение бывает крупнопластинчатое и мелкопластинчатое). Если они не сопровождаются покраснением и отечностью, а сам ребенок активен, хорошо кушает и спит, то повода для ненужного беспокойства нет. Сильно шелушится кожа у детей переносивших или детей с задержкой внутриутробного развития на фоне плацентарной недостаточности, особенно это отмечается в первые дни после родов. Лечения не требует, проходит самостоятельно. Можно пользоваться мазями с провитамином В5 (наносить тонким слоем и дать впитаться).

Токсическая эритема:

Токсическая эритема новорожденных – саморазрешающиеся полиморфные кожные высыпания, которые возникают у новорожденного на первой неделе жизни и не сопровождаются изменением его общего состояния. Токсическая эритема представляет собой пограничное состояние новорожденного, которое отражает процесс его адаптации к жизни вне материнской утробы.

Встречается у каждого третьего новорожденного.

Проявляется токсическая эритема новорожденных плотноватыми пятнами на ярко-розовом фоне, часто с сероватыми папулами («узелками») в центре, которые содержат или нет серозную прозрачную жидкость. Высыпания локализуются чаще вокруг суставов, на голове, груди, ягодицах. Лечения токсическая эритема не требует. Симптомы токсической эритемы возникают у новорожденных на 2-3 день жизни. Чаще это связано с процессом заселения кишечника микроорганизмами и продуктами их жизнедеятельности.

Высыпания могут носить множественный характер и быть очень обширными либо, наоборот, единичными. Серозная жидкость, заполняющая пузырьки, является стерильной и содержит эозинофилы. На протяжении 1-3 недель могут возникать новые элементы. Но, несмотря на это, по прошествии 3 недель сыпь постепенно самопроизвольно исчезает, не оставляя следов.

Обычно, при токсической эритеме общее состояние ребенка не нарушается, температура тела остается нормальной. Если высыпания обильные, то у ребенка может появляться незначительное увеличение лимфатических узлов, селезенки, при анализе крови обнаруживается эозинофилия. Это состояние **не имеет** отношения к аллергическим реакциям в дальнейшем, не зависит от питания матери, гормонального статуса и температуры тела ребенка.

Милиа:

«Милиум» - латинское слово, которое означает просяное зерно.

Милии чаще всего размещаются исключительно на лице. Их можно в большом количестве увидеть на крыльях носа, щечках, лбу и вокруг глаз, подбородке. Только в редких случаях сыпь может размещаться на шее или груди. Для мамы такая картина может стать ужасающей, однако в панику впадать не следует. Беловато-желтоватые узелки диаметром 1-2 мм возвышаются над поверхностью кожи и развиваются из-за закупорки выводных протоков сальных железок. Причина появления милии — гормоны мамы, из-за которых сальные железы на коже ребенка становятся очень активными, но так как сальные железки ещё полностью не сформировались — их протоки могут забиваться, и тогда кожное сало скапливается внутри. Милии - это безопасная и не требующая лечения разновидность детской сыпи. В течение 4-6 недель активность сальных желез нормализуется, и они проходят самостоятельно. Исключением являются случаи, когда присоединяется воспаление.

Родовая «опухоль»:

Родовая опухоль – мягкая припухлость тестоватой консистенции, образующаяся на предлежащей части в результате отека кожи и рыхлой клетчатки (венозный застой в прилежащей части). Возникает ниже пояса прилегания в родовом канале предлежащей части вследствие разницы давления. При затылочном предлежании родовая опухоль образуется в области малого родничка, преимущественно на одной из теменных костей.

Исчезает через 1-2 суток после рождения и не требует специального лечения.

3. Половой (гормональный) криз:

Сам термин «криз» обозначает какое-либо резкое изменение в организме, причина которого не столь важна, а вот проявления могут быть самыми разнообразными. Так и в организме новорожденного ребенка, в связи с его появлением на свет, происходит много изменений для адаптации к внешней среде. Важную роль в этом играют гормональные изменения, которые напрямую зависят от материнского организма. Главной причиной любых проявлений полового криза у ребенка можно считать именно влияние половых гормонов мамы во время беременности. Они синтезируются и надпочечниками, и яичниками, и плацентой и влияют на многие органы ребенка. Поэтому после рождения у малыша могут быть некоторые проявления со стороны половых органов, кожи, молочных желез. Это считается вполне нормальным явлением и не требует никаких лечебных мероприятий. Половой криз наблюдается у 70 малышей из 100 новорожденных. В основном встречается он у девочек, хотя отмечается и у мальчиков.

Симптомы полового криза могут проявляться сразу после рождения или спустя некоторое время после рождения. Если количество гормонов велико, то проявления могут быть еще внутриутробно и проявляются они сразу после рождения. Первые признаки могут быть уже на первой неделе жизни ребенка, и должны уменьшаться к концу первого месяца.

Одним из проявлений полового криза является увеличение или **нагрубание молочных желез**. Увеличение молочных желез у новорожденных и их нагрубание происходит постепенно, как правило, с двух сторон. При этом увеличивается грудь равномерно до трех сантиметров. Такое набухание молочной железы не сопровождается покраснением кожи и это не беспокоит ребенка. Может появляться отделяемое бело-молочного цвета. Такой процесс не длится больше двух недель, а уже к концу первого месяца жизни все эти симптомы постепенно проходят. Увеличение молочных желез встречается почти что у всех новорожденных девочек и у 50% мальчиков, сильно выраженное увеличение молочных желез наблюдается у 30 девочек из 100 новорожденных. Лечения не требует. **Категорически запрещено выдавливать содержимое (сцеживать)!**

Выделения из влагалища или **десквамативный вульвовагинит** наблюдается у новорожденных девочек из-за слущивания большого количества поверхностных эпителиальных клеток влагалища. Особенно сильные слизистые выделения серовато-белого цвета из половой щели бывают в 1-4

дни жизни после появления на свет и затем к началу второй недели исчезают. Лечения и обследования не требуют.

Кровотечение из влагалища или **метроррагия** встречается довольно редко, обычно не чаще чем у каждой десятой девочки. Чаще всего возникнув на 4-7 сутки жизни, кровотечение продолжается не дольше двух дней. Объем выделяемых кровянистых выделений небольшой и очень редко достигает 2 мл, иногда можно видеть просто прожилки крови во влагалище. При любых выделениях из половых путей девочек их следует подмывать несколько раз в день под проточной водой. При этом держать новорожденную животиком вверх, чтобы струйка воды омывала сначала половые органы, а затем ягодицы. Девочек необходимо подмывать "спереди - назад", при этом не надо стараться полностью удалить сероватую слизь из половой щели. Просто надо регулярно подмывать излишнюю скопленную слизь.

У мальчиков, как проявление полового криза, может наблюдаться **гиперпигментация белой (средней) линии живота и (или) мошонки, и водянка оболочек яичек**. Лечения не требует. Самостоятельно разрешается к 6-ти месячному возрасту. Требуется наблюдения участкового врача. Если водянка оболочек яичек сохраняется после 6 месяцев – консультации уролога.

4. Транзиторное нарушение теплового баланса:

Транзиторная гипотермия — в первые 30 минут после рождения температура тела ребенка снижается на $0,3^{\circ}\text{C}$ в минуту и достигает около $35,5-35,8^{\circ}\text{C}$, которая восстанавливается к 5-6 часам жизни. Это обусловлено особенностями компенсаторно-приспособительных реакций ребенка.

Профилактика: не охлаждать, осушать влажную кожу, выкладывать на живот матери, укрывая сухой пеленкой сверху, оберегать от сквозняков.

Транзиторная гипертермия — возникает на 3-5 день жизни, температура тела может повышаться до $38,5-39,5^{\circ}\text{C}$ и выше. Основная причина — обезвоживание, перегревание, недостаточное получение жидкости с молоком (молозиво и переходное молоко), направленность всех процессов в организме на распад веществ (получение быстрой энергии).

Профилактика: не перегревать, не кутать деток, проветривать помещения, слышать и выполнять рекомендации медицинского персонала!

Нужно помнить, что повышение или понижение температуры тела ребенка иногда может быть признаком какой-либо патологии, поэтому сказать о ваших жалобах врачу, медицинской сестре. При необходимости будут проведены дополнительные обследования.

5. Физиологическая желтуха новорожденных:

НЕ ПУТАТЬ С ИНФЕКЦИОННЫМ ГЕПАТИТОМ!!!

Физиологическая желтуха является самой частой причиной окрашивания в желтый цвет слизистых оболочек, склер и кожи. Развивается практически у всех новорожденных в первые дни жизни. На 2-4 сутки жизни появляется желтушное окрашивание кожных покровов, вначале на лице, в дальнейшем может спускаться ниже. Желтуха связана с особенностями строения и созревания красных кровяных телец (эритроцитов) новорожденного и пониженной функциональной способностью печени в этом возрасте.

Нормальными цифрами билирубина, не требующими лечения у доношенных новорожденных детей, считается 256 мкмоль/л, а у недоношенных – 170 мкмоль/л.

Степень выраженности желтухи определяет врач-неонатолог и, при необходимости, назначает дополнительные обследования и лечение. Самым эффективным современным методом лечения желтухи у новорожденных является **фототерапия**. Суть метода состоит в том, что под воздействием дневного света (инфракрасный голубой спектр с определенной длиной волны), токсичный непрямой билирубин в коже переходит в его фотоизомер, который выводится почками с мочой, разгружая печень.

6. Транзиторные изменения кишечника:

Переходные изменения стула на первой неделе жизни возникают практически у всех новорожденных. К данной группе пограничных состояний новорожденных относятся транзиторный дисбактериоз кишечника и физиологическая диспепсия.

В первые 1 — 2 дня у всех новорожденных детей отходит первородный стул (меконий) - густая вязкая масса темно-зеленого цвета. На 3 — 4 день жизни, появляется переходный стул — неоднородный по консистенции и окраске (с комочками, слизью, зелено-желтого цвета). К концу первой недели жизни стул обычно устанавливается в виде желтой кашицы.

Транзиторный дисбактериоз связан с неизбежным заселением после рождения слизистой кишечника бактериями. Кишечник малыша заселяют не только полезные бактерии (бифидум- и лакта-бактерии), но и условно патогенная флора.

Транзиторный дисбактериоз — явление физиологическое, оно совершенно нормально. Однако при некоторых обстоятельствах (неблагополучном течении беременности, снижении защитных сил организма, искусственном вскармливании, дефектах ухода) транзиторный дисбактериоз может стать

причиной для наложения вторичной инфекции и заболевания ребенка. В этом случае необходима консультация врача и лечение.

Молоко матери - является главным поставщиком бифидофлоры, поэтому раннее прикладывание к груди матери защищает кишечник ребенка от заселения патогенной флорой.

7. Пограничные состояния, связанные с функцией почек:

К пограничным состояниям новорожденных, характеризующим адаптацию органов мочевыделительной системы к новым условиям, относят:

- транзиторную олигурию (малое количество мочи)
- альбуминурию (потерю с мочой белка альбумина)
- мочекислый инфаркт новорожденного

При транзиторной олигурии, свойственной всем здоровым новорожденным в первые 3 суток жизни, отмечается уменьшение выделения мочи. Причинами данного явления служат снижение поступления в организм жидкости и особенности кровообращения новорожденного.

Мочекислый диатез (мочекислый инфаркт) развивается у трети детей 1-й недели жизни в результате отложения кристаллов мочевой кислоты в просвете собирательных трубочек почек, что может начинаться еще внутриутробно. Связано это с распадом белка и переработкой продуктов этого распада, в результате которого и образуются кристаллики мочевой кислоты, окрашивающие мочу в красноватый цвет. На пеленках и подгузниках появляются коричнево-красные полосы и разводы. Такие проявления могут продолжаться в течении 1-3 дней и больше не повторяются. Обследования и лечения не требуют.

В процессе адаптации новорожденного ребенка к внеутробной жизни происходят изменения и в других органах и системах, но они не так наглядны и поэтому редко вызывают беспокойство родителей. Для того, чтобы не пропустить особенности течения адаптации у Вашего ребенка – ежедневно проводится обход врача-неонатолога и наблюдение медицинских сестер. Если Вас что-то беспокоит или вы заметили непонятные проявления у ребенка, обязательно задайте вопрос врачу на утреннем или вечернем обходе и Вы получите необходимые разъяснения. Помните: «под лежащий камень вода не течет»!

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ («пяточный тест»):

Неонатальный и расширенный неонатальный скрининг — это обследование новорожденных для раннего выявления (до развития симптомов) наследственных и врожденных заболеваний.

На какие заболевания проводится неонатальный скрининг?

С 1 января 2023 года количество заболеваний расширено до 36.

Взятие образцов крови из пяточки новорожденного осуществляется на 2 специальных тест-бланка из фильтровальной бумаги на 2-е сутки жизни (у доношенных новорожденных). У недоношенных детей кровь берется на 7-е сутки жизни. Эта рутинная процедура взятия небольшого количества крови из пятки новорожденного практически безболезненна и никак не травмирует ребенка.

Если у ребенка выявлены изменения при неонатальном и расширенном неонатальном скрининге (положительный результат) и есть подозрение на одно из исследуемых заболеваний, медицинский работник проинформирует Вас об этом по указанным в информированном согласии номеру телефона и/или адресу электронной почты. Медицинский работник объяснит, что делать дальше и даст направление на дальнейшие этапы обследования.

Наследственные болезни обмена веществ (НБО) — группа генетических заболеваний, при которых происходят нарушения в биохимических процессах и поражаются различные системы и органы. При большинстве НБО для лечения применяют диетотерапию, которую необходимо начать как можно раньше, чтобы сохранить здоровье ребенка.

Врожденный гипотиреоз — наследственная патология щитовидной железы, которая может привести к отставанию в физическом развитии и тяжелой умственной неполноценности. На сегодняшний день, своевременно диагностированный гипотиреоз хорошо поддается гормональной терапии.

Адреногенитальный синдром — группа нарушений, связанных с избыточной секрецией гормонов коры надпочечников. Заболевание имеет различные формы, в особо тяжелых случаях проявляется нарушением водно-солевого обмена и полиорганной недостаточностью. Полному излечению этот синдром не поддается, но его можно держать под контролем при помощи гормональной терапии.

Муковисцидоз — одно из наиболее распространенных наследственных заболеваний. Проявляется поражением легких, печени, желудочно-кишечного

тракта и других систем организма. Необходимо начинать лечение как можно раньше, чтобы максимально улучшить качество и продолжительность жизни.

Спинальная мышечная атрофия — это тяжёлое наследственное нервно-мышечное заболевание. Болезнь может начаться с первых месяцев жизни, проявляться постепенно нарастающей слабостью мышц и приводить к тяжёлым двигательным нарушениям. В настоящее время существует терапия, которая вместе со специализированной реабилитацией может в значительной степени уменьшить проявления этого заболевания.

Первичные иммунодефициты (ПИД) — это наследственные или приобретенные заболевания иммунной системы. Дети с ПИД подвержены высокому риску развития тяжёлых инфекций с первых дней жизни. Если заболевание выявлено вовремя, повышается успешность лечения, позволяющего восстановить нормальную функцию иммунной системы.

АУДИОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ:

Основная цель данного массового обследования — это выявить врожденные или приобретенные в родах или сразу после них, в первые дни жизни, проблемы со слухом. Это необходимо, чтобы оказать немедленную помощь детям, в том числе с использованием современных высоких технологий.

Дети развиваются и формируют способность к пониманию речи, а затем и начинают говорить первые слова и фразы в силу того, что имеют возможность слышать речь родителей и окружающих их людей. Кроме того, их развитие побуждается разнообразными звуковыми стимулами живой и неживой природы. Если дети имеют даже незначительное снижение слуха, это может грозить серьезными сложностями в восприятии речевой информации, а также нарушает развитие особых центров в мозге — речевого и слухового. Скрининг показан всем детям для своевременного выявления слуховых отклонений, что связано с тем, что наиболее эффективными будут коррекционные мероприятия в первые 3-6 месяцев жизни.

Для проведения скрининга используется прибор, который автоматически регистрирует ОАЭ (ото-акустическую эмиссию). Используют особый электроакустический зонд. На нем расположено миниатюрное подобие телефона и особый, обладающий высокой чувствительностью микрофон. Они соединены в виде герметичного вкладыша-пробочки в ушко. Прибор вводят в наружный слуховой проход детей, когда они находятся в спокойном состоянии (не голодны и не плачут). Этот зонд присоединяется к прибору, регистрирующему ОАЭ. Врач старается, чтобы малыши были неподвижны и спокойны, в идеале, новорожденные должны спать. Слух исследуют в полной тишине.

Результаты скрининга: в современных приборах, которые проводят обследование, результаты скрининга отражаются на табло в виде надписей.

Если же со слухом имеются проблемы и результаты сомнительны — это совершенно не диагноз, все результаты скрининга имеют предположительные результаты. При помощи прибора отбираются дети, у которых вероятны (но не обязательны) слуховые отклонения, им необходимо более прицельное обследование. Если малыш проходит скрининг, на этом его обследование завершится, если не прошел — повторно проводится первый этап — такое же обследование врачом уже в поликлинике. Если повторные результаты скрининга (регистрация ОАЭ) снова «не прошел», то педиатр направит родителей с малышом в сурдологический кабинет или центры слуха, где проведут второй этап, более прицельные и глубокие исследования.

Ребенок из группы риска (если в семье есть глухонемые близкие родственники, другие дети имеют проблемы со слухом, есть отклонения у родителей, глубоко недоношенные дети, имевшие при рождении вес менее 1,5 кг или перенесшие асфиксию в родах, дети при перенесенной беременности, наличии резус-конфликта с гемолитической болезнью плода, а также те, чьи матери при беременности принимали препараты, обладающие ототоксичностью -поражают орган слуха плода), даже если результаты скрининга были хорошие, он все равно будет направлен на консультацию и второй этап обследования. Таких детей обследовать будут не педиатры, а особые специалисты — *отоларингологи-сурдологи*.

Профилактика витамин-К-дефицитных кровотечений (геморрагической болезни новорожденных, особенно поздней ее формы):

Витамин К в организме отвечает за активацию в печени факторов свертывания крови (при возникновении повреждения тканей и кровеносных сосудов в следствие различных причин), которые участвуют в остановке кровотечения и предотвращают кровопотерю и осложнения, связанных с ней.

Учитывая очень низкое проникновение витамина К через плаценту от матери к плоду, малое содержание его в грудном молоке, и начало выработки его сапрофитными бактериями в тонком кишечнике новорожденного ребенка только к 5-7 суткам, показано введение раствора витамина К (1% раствор Викасола) внутримышечно в 1-е сутки жизни ребенка в возрастной дозировке, зависящей от массы тела ребенка. Введение *с целью профилактики*, как правило, однократное. Повторные введения витамина К могут потребоваться с лечебной целью.

ВАКЦИНАЦИЯ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ:

Вакцинация новорожденных детей проводится согласно Национальному календарю прививок, утвержденному приказом МЗ РФ № 1122н от 20.12.2021г.

Календарь прививок - это схема обязательных прививок, осуществляемых в определенном возрасте детям и взрослым, позволяющая наиболее полноценно защитить человека от инфекций. В каждой стране - свой календарь прививок, который зависит от эпидемической ситуации в данном регионе, т.е. от распространенности и частоты той или иной инфекции. Возраст, когда начинают проводить ту или иную прививку, также может различаться, но все страны стараются первично привить детей в возрасте до 1 года, так как именно в этом возрасте многие заболевания протекают наиболее тяжело.

Прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, в государственных и муниципальных организациях здравоохранения выполняются бесплатно и с согласия родителей (если речь идет о детях).

Решение о проведении прививок каждый родитель принимает самостоятельно. Можно отказаться от иммунизации своего ребенка. В этом случае в нашей стране, согласно закону «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний», свой отказ от профилактических прививок граждане подтверждают в письменной форме. Однако, не спешите отказываться от вакцинации - побеседуйте с врачом, получите от него информацию о последствиях отказа от нее.

При попадании в организм, вакцина вызывает выработку специфического иммунитета - невосприимчивости. Специфическим его называют потому, что невосприимчивость возникает только к той инфекции, против которой введена вакцина.

Гепатит В

Эта вирусная инфекция, вызывающая поражение печени, широко распространена во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от гепатита В и его осложнений в мире ежегодно погибают более миллиона человек. Болезнь начинается и развивается медленно, бывают бессимптомные и безжелтушные формы, что особенно опасно для окружающих.

Гепатит В нередко принимает хроническое течение, которое с годами может привести к грозным осложнениям - циррозу или раку печени. У заразившихся

от больной матери новорожденных гепатит В принимает хроническое течение особенно часто. Путей заражения этим заболеванием очень много. Заболевание передается от больной матери ребенку в родах, в семье при тесном контакте с больным в быту, через раны, порезы, царапины, предметы личной гигиены. У подростков и взрослых распространен половой путь заражения. Возможны и другие варианты - вирус попадает в организм при инъекциях наркотиков, при проведении татуировок, маникюра и педикюра. Возможен редкий путь инфицирования при переливании крови от инфицированного донора, или в результате недостаточной стерилизации инструментов. Для защиты от инфекции все инъекции проводят одноразовыми шприцами, а кровь из пальца берут при помощи укола одноразовыми перьями, в стоматологических клиниках и косметических салонах тщательно стерилизуют многоразовые инструменты, которые могут иметь контакт с кровью. Защитой от этого тяжелого заболевания является прививка.

Все вакцины, разрешенные для использования в Российской Федерации, являются рекомбинантными (получены путем генной инженерии) и содержат не сам убитый вирус, а только небольшую его частицу - искусственно воссозданный поверхностный белок вируса гепатита В.

Начинают вакцинацию против гепатита В в первые 24 часа жизни ребенка в роддоме. Местом введения является переднебоковая поверхность бедра. Вторую прививку ребенку делают в 1 месяц, а в 6 месяцев - третью. На этом вакцинация заканчивается. Детям, родившимся от матерей - носителей вируса или больных гепатитом В, вводят вакцину не 3, а 4 раза: сразу после рождения, в 1, 2 и 12 месяцев. Вакцинальный процесс протекает легко, однако на месте введения вакцины может появиться уплотнение и краснота, которые проходят через несколько дней. Небольшое повышение температуры (при повторных введениях вакцины) бывает редко и быстро проходит. После проведения полной вакцинации иммунитет против этого грозного заболевания остается пожизненно.

В ряде случаев ввести первую дозу вакцины в первые 24 часа жизни ребенка не удастся по состоянию его здоровья. Противопоказаниями являются низкая масса тела при рождении (менее 1500 г), выраженные проявления внутриутробной инфекции, асфиксия (удушье), тяжелые нарушения работы различных органов и систем (почек, органов дыхания, кровообращения, центральной нервной системы). В этих случаях вакцинация проводится после стабилизации состояния ребенка.

Туберкулез

Эта инфекция остается одной из 10 наиболее частых причин смерти в мире, а в нашей стране заболеваемость туберкулезом за последнее время значительно

выросла. Туберкулез - бактериальная инфекция, вызываемая палочкой (*Mycobacterium tuberculosis*), которой дети чаще всего заражаются от взрослых, получая ее от больных в капельках мокроты, выделяемых при чихании, кашле, разговоре. Туберкулезом могут поражаться не только легкие, но все внутренние органы, кожа, кости. Очень опасная форма заболевания - туберкулезный менингит (воспаление мозговых оболочек). Особенно чувствительны к туберкулезу маленькие дети.

Прививку против туберкулеза вакциной БЦЖ-м (BCG-m) проводят обычно на 3-5-й день жизни. Перед употреблением вакцину разводят стерильным физиологическим раствором, который прилагается к препарату. Для прививки используется специальный туберкулиновый шприц (объемом 1 мл).

Вакцину вводят внутривенно в наружную верхнюю треть плеча левой руки. Кожу после введения вакцины не обрабатывают, повязку не накладывают. Вакцинальный процесс развивается в месте введения вакцины. Общих проявлений (подъема температуры, ухудшения общего состояния) после введения вакцины не бывает.

Вакцина БЦЖ не предотвращает инфицирования микобактерией туберкулеза, **но защищает** от наиболее тяжелых форм туберкулеза, имеющих путь распространения с кровью: например таких, как туберкулезный менингит и диссеминированная форма, чреватых развитием тяжелых инвалидизирующих осложнений и угрожающих жизни ребенка.

Если по каким-либо причинам ребенок не был привит на 4-6-е сутки жизни, то его вакцинируют после снятия противопоказаний в поликлинике или в стационаре (в случае перевода малыша в больницу). С рождения до 2-х месяцев жизни прививки против туберкулеза проводят без предварительной постановки пробы Манту. Если противотуберкулезная иммунизация осуществляется детям старше 2-х месяцев, то она возможна только после проведения пробы Манту и учета ответной реакции (это связано с возможностью инфицирования туберкулезом к моменту проведения прививки).

Многие родители не понимают, почему прививку против туберкулеза ставят неокрепшему младенцу. Смысл вакцинации в первые дни жизни — привить организму ребенка ослабленные микроорганизмы, до того, как произойдет знакомство с активным возбудителем. Вакцина БЦЖ – это ослабленный вакцинный штамм, который не может вызывать заболевания туберкулезом, но позволяет вырабатываться иммунитету против этого заболевания. Поскольку иммунитет, направленный против туберкулеза, вырабатывается только тогда, когда в организме присутствует возбудитель или его вакцинная замена, то

сделать убитую вакцину невозможно, поэтому во всех странах применяется одна и та же вакцина БЦЖ.

В норме через 6-8 недель после вакцинации (то есть в полтора- два месяца) начинается поствакцинальная реакция: ранее незаметный беловатый узелок приподнимается на коже, вначале напоминая комариный укус, а потом на месте прививки появляется пузырек, заполненный светло-желтой жидкостью, затем (обычно к 3-4 месяцам) пузырек лопається, место прививки покрывается корочкой, которая сходит несколько раз и появляется вновь, заканчивается поствакцинальный процесс образованием рубчика разной величины.

Все это – совершенно нормальный процесс, а не «жуткий гнойник», как описывают некоторые родители. Никакого особого ухода за местом прививки не нужно, **нельзя** смазывать гнойничок никаким дезинфицирующими средствами, йодом, зеленкой или мазями – это может убить достаточно нестойкий вакцинный штамм, и нарушить ход поствакцинальной реакции.

Что же должно насторожить родителей? Дело в том, что редко, но бывает, что вакцина попадает подкожно, а не внутрикожно – и образуется нагноение, но уже под кожей, при этом внешне гнойничка нет, есть горошина под синюшной кожей. Также может отмечаться увеличение лимфоузлов подмышкой слева (может быть и в норме). Все это – *признаки возможного* осложнения вакцинации БЦЖ, и на это следует обязательно обратить внимание участкового доктора.

Иммунитет после вакцинации БЦЖ держится 6-7 лет, поэтому всем детям с отрицательной реакцией Манту в 7 лет предлагают повторную вакцинацию БЦЖ.

ПИТАНИЕ, РЕКОМЕНДУЕМОЕ ПРИ КОРМЛЕНИИ ГРУДЬЮ:

Сначала выясним, что такое грудное молоко, как и из чего оно получается?

- Молоко производят из плазмы крови специальные клетки, лактоциты, которые как бы выстилают поверхность альвеол – маленьких «мешочков»-хранилищ молока внутри груди. И это ключевой момент, потому что становится ясно, что мамино питание сказывается на составе молока примерно в той же степени, что и на составе крови. Съеденная пища в процессе пищеварения расщепляются в желудочно-кишечном тракте и в виде молекул и элементов (а не кусочков капусты или котлеты) всасывается в кровь. Вместе с кровью молекулы могут попадать в капилляры молочной железы, и оттуда - в молоко через лактоциты (а могут и не попадать, это зависит от многих факторов).

Питание кормящей мамы должно быть полноценным и соответствовать ее пищевым привычкам и предпочтениям.

Во-первых, внутриутробно малыш знакомится со всеми продуктами, которые ест мама. Они уже не являются для него такой уж новинкой после употребления их вместе с грудным молоком.

Во-вторых, малыш растет и ему все равно придется вводить прикормы и переводить его на общий стол. Гораздо лучше, чтобы кроха познакомился с разными продуктами заранее, через грудное молоко прежде, чем он будет есть их сам. Не стоит удивляться тому, что ребёнка обсыпало на тыкву в 6 месяцев, если мама сама тыкву никогда не пробовала. Питание матери должно быть привычным, чтобы в будущем у малыша было как можно меньше проблем с усвоением пищи.

В-третьих, аллергия у малышкой бывает не только на питание, но и на другие факторы (шерсть животных, бытовая пыль, стиральный порошок, детская косметика и др.). Прежде чем голодать, стоит попытаться разобраться вместе с педиатром и аллергологом в каждом конкретном случае, что происходит с ребёнком. Пищевая у него аллергия или, скорее, нет? Если все-таки пищевая, что могло ее спровоцировать именно в этом возрасте?

Вопросы гипоаллергенной диеты касаются не всех матерей. Гипоаллергенная диета нужна в том случае, если сама мама не переносит определенные продукты питания, если есть пищевая аллергия у близких родственников, у старших детей. И то, такую диету стоит начинать только после консультации с врачом. Он скажет, что именно исключить или ограничить, и когда эти продукты можно будет снова вводить в рацион матери и нужно ли это вообще.

Нередки ситуации, когда матери самовольно сидят на пресловутом хлебе и воде и никак не могут справиться с аллергией у крохи. А потом выясняется, что аллергия у малыша именно на хлеб (точнее, на глютен).

ВОЗ рекомендует придерживаться привычного рациона, согласно которому вы питались до и во время беременности. Употребляйте те продукты, которые вам нравятся, при условии, что они не вызывают негативных реакций у вас или у ребенка.

Если в первой линии родства (вы, ваш муж, бабушки или дедушки малыша) есть аллергия или непереносимость какого-либо продукта питания – можно на первое время исключить его из своего рациона.

Если вы заметили у ребенка аллергическую реакцию на какой-то продукт – исключите его из рациона на несколько недель, потом попробуйте ввести снова. Начинайте с небольших порций и следите за реакцией ребенка.

Главное правило питания кормящей матери в *первый месяц* – не впадать в крайности

- нельзя есть все подряд, надеясь насытить организм ребенка всеми нужными ему веществами
- нельзя во всем себя ограничивать

Нужна золотая середина.

Питание должно быть достаточно частым : 4-5 раз в сутки (т.е. полноценные завтраки, обеды, полдники и ужины и еще возможны полезные «перекусы» перед кормлением ребенка).

- Пить нужно столько, сколько хочется, т.к. при лактации жажда имеет место. Жидкости нужно выпивать не менее 2-2,5 л в сутки. Это должна быть вода, может быть чай без ароматизаторов, лактогенные чаи (лучше не растворимые, а заварные), кисломолочные продукты, компоты из сухофруктов, молоко (в чистом виде его должно быть немного, т.к. белок коровьего молока – самый сильный аллерген для новорожденного ребенка и младенца. *Корова же не пьет молоко других млекопитающих для того, чтобы у нее было больше молока!*).

Кормящим матерям **запрещается** устраивать разгрузочные дни, предпринимать моно - диету или низкокалорийную диету. Это опасно для ребенка и не нужно матери. В это время на выработку молока и так уходит около 500 ккал, а если правильно питаться и со временем подключить еще и физическую нагрузку, то лишние килограммы уйдут.

Ограничения в рационе кормящей матери

Только кажется, что кормящей женщине нужны жесткие ограничения в еде. Большинство продуктов не просто разрешены, а необходимы для сбалансированного питания. В мамину «продуктовую корзину» не попадает то, что вредно для здоровья:

- фастфуд;
- копчености (мясо, сало, рыба);
- ароматизированные снеки;
- продукты, содержащие много консервантов;
- консервы;
- блюда, приготовленные во фритюре;
- жирное мясо;
- кетчуп, майонез, соусы на майонезной основе;
- газированные и алкогольные напитки.

Все это нужно исключить до завершения лактации. Дополнительные ограничения распространяются на потенциально аллергенные продукты.

Чтобы не навредить детскому пищеварению, некоторые продукты *есть можно, но осторожно*:

- белокочанная капуста, бобовые культуры — вызывают повышенное газообразование;
 - курага, чернослив, свекла — иногда действуют не хуже слабительных средств;
 - грецкие орехи, груши, перловая каша, рис — могут спровоцировать запор.
- В категорию продуктов, изменяющих вкус молока, входят:

- чеснок, все сорта лука;
- редька, редис;
- селедка;
- острые специи;
- ароматная зелень (петрушка, кинза, укроп).

Чай, кофе, шоколад, какао – содержат вещества, легко проникающие в молоко и влияющие на поведение и настроение малыша, употреблять эти продукты *можно* — главное, не переусердствовать (следим за реакцией ребенка).

Добавим, что кормящей маме не следует увлекаться сладостями и выпечкой. У младенца это может вызвать метеоризм, а женщине будет сложнее вернуться в форму после завершения лактационного периода.

Важные выводы для каждой кормящей мамы:

- Кормящая мать не должна сидеть на диете, она должна правильно питаться.
- Правильное питание — это качественные продукты, натуральные ингредиенты, разнообразный рацион, минимум искусственных красителей и добавок, а также регулярность приемов пищи.
- Питание, которому стоит придерживаться кормящей матери, подходит практически для любого человека. Это всего лишь здоровое питание, к которому всем стоит стремиться.
- Чтобы молока было достаточно, важно часто прикладывать ребёнка к груди или сцеживать грудь при отсутствии прикладываний. Продуктами питания и обильным питьем лактацию значимо не увеличить.
- У каждого человека, в том числе у грудного ребёнка, может быть индивидуальная непереносимость какого-либо продукта питания. Задача мамы: внимательно следить за реакцией ребёнка на те или иные продукты, чтобы вовремя подкорректировать свой рацион.
- Все вопросы гипоаллергенной диеты должны обсуждаться с врачом, а не с подругой, у которой «было все точно также». *Каждая ситуация с кормлением ребёнка и его здоровьем уникальна!*

Ни одно млекопитающее не меняет существенно свой обычный рацион в период вскармливания детенышей молоком. Да, конечно, кошка и обезьянка не питаются фастфудом и суррогатами, но это уже вопрос здорового питания в целом, а не ограничений в связи с кормлением грудью.

Питайтесь вкусно и кормите с радостью!