

## О лактации

Исключительно грудное вскармливание — грудное вскармливание без докармливания другой едой или допаивания, в том числе и водой (за исключением лекарств или витаминов и минеральных добавок; допускается также сцеженное или донорское грудное молоко, в том числе обогащенное). Преимущественно грудное вскармливание — грудное вскармливание с допаиванием водой.

**Грудное вскармливание** — исключительно грудное вскармливание, либо преимущественно грудное вскармливание.

**Смешанное вскармливание** — кормление ребенка грудным молоком (в том числе материнским сцеженным или донорским) в любом сочетании с адаптированной молочной смесью.

**Искусственное вскармливание** — кормление ребенка только детскими молочными смесями.

Термин «грудное вскармливание» является общепринятым и, в отличие от термина «естественное вскармливание», более широким понятием. Он подразумевает кормление ребенка не только непосредственно из груди матери («естественное вскармливание»), но и сцеженным материнским или донорским молоком.

### Организация грудного вскармливания

В ноябре 2017 г. ВОЗ выпустила новое руководство, в котором обновила рекомендации по поддержке грудного вскармливания. В документе была подтверждена важность раннего начала грудного вскармливания и внесено уточнение о его начале в течение первого часа после рождения ребенка, а также контакта кожа-к-коже (в первые 10 мин после родов), продолжительностью не менее 2 ч, которые должны осуществляться под наблюдением медперсонала. Десять шагов успешного грудного вскармливания (ВОЗ, обновление 2018)

1.
  1. В полной мере соблюдать Международный кодекс маркетинга заменителей грудного молока и соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения.
  2. Иметь зафиксированную в письменном виде политику в отношении практики грудного вскармливания и доводить ее до сведения всего медико-санитарного персонала.
  3. Создать постоянный мониторинг и систему управления данными.
2. Обеспечить наличие у персонала достаточных знаний, компетентности и навыков в вопросах поддержки грудного вскармливания.
3. Информировать всех беременных женщин и их семьи о важности и методах грудного вскармливания.
4. Содействовать немедленному и непрерывному контакту «кожа-к-коже» и поддерживать матерей начинать грудное вскармливание как можно быстрее после рождения ребенка.
5. Помогать матерям начать и сохранять грудное вскармливание и преодолевать возникающие трудности.
6. Не давать новорожденным, находящимся на грудном вскармливании, никакой иной пищи или жидкости, кроме грудного молока, за исключением случаев медицинских показаний.
7. Практиковать совместное пребывание матери и новорожденного 24 ч в сутки.

8. Поддерживать матерей своевременно распознавать сигналы ребенка о его готовности к кормлению.
9. Информировать матерей по вопросам использования и рисков применения бутылочек для кормления, сосок и пустышек.
10. После выписки из родильного дома родители должны иметь возможность получать своевременную поддержку в вопросах грудного вскармливания.

В документе также отмечено, что в случае временного разлучения матери со своим ребенком ее необходимо обучить технике сцеживания грудного молока как способу поддержания лактации, а для докорма по медицинским показаниям у доношенных младенцев может быть использована чашка, ложка, либо бутылка с соской. В Российской Федерации поддерживаются основные принципы ВОЗ по поддержке грудного вскармливания. В родильном доме с целью успешного становления достаточной по объему и продолжительности лактации необходимо:

- выкладывать здорового обнаженного новорожденного ребенка на живот или грудь матери после неосложненных родов на срок от 40 мин до 2 ч (ребенок должен быть обсушен, укрыт теплой сухой пеленкой и/или одеялом, на голову должна быть надета шапочка);
- первичную обработку новорожденного, антропометрию и пеленание проводить не менее чем через 1 ч от момента рождения, после контакта с матерью;
- обучать матерей технике кормления ребенка грудью и сохранению лактации даже в случае временного (по медицинским показаниям) разделения матери и ребенка (Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 13.07.2011).

Необходимо обеспечивать преемственность в работе женской консультации, акушерского стационара, детской поликлиники и детского стационара. Важно исключить рекламу заменителей грудного молока, бутылочек, пустышек и сосок в медицинской организации (памятки, буклеты, лекции и беседы, бесплатное распространение образцов и др.).

С целью осуществления свободного вскармливания «по требованию» здоровый ребенок после рождения должен переводиться вместе с матерью в палату совместного пребывания. Показано, что при свободном вскармливании объем лактации превышает таковой при вскармливании по часам. Раннее прикладывание к груди и кормление «по требованию» являются ключевыми факторами обеспечения полноценной лактации и способствуют становлению тесного психоэмоционального контакта между матерью и ребенком. В этот период крайне важно не докармливать ребенка молочной смесью, введение которой сравнимо с «метаболической катастрофой». В первые недели жизни новорожденного целесообразно придерживаться свободного вскармливания, прикладывая ребенка к груди не реже чем через 1,5–2 ч днем и через 3–4 ч ночью. В ночное время в крови у женщины повышается концентрация пролактина, который способствует синтезу грудного молока. Это особенно важно в период становления лактации. В дальнейшем, на фоне полноценной лактации, мать и ребенок выбирают комфортное для них «расписание», при котором дневные кормления осуществляются, как правило, через 2,5–3,5 ч, а ночной интервал увеличивается. Ночью в грудном молоке значительно повышается концентрация мелатонина — основного гормона, регулирующего сон. Важно помнить, что плач ребенка не всегда обусловлен чувством голода и может быть вызван другими причинами: например, потребностью в контакте с матерью, младенческими коликами, дискомфортом, переменной обстановки, перегревом или охлаждением ребенка, болью и др. Принято считать, что в процессе каждого кормления первые порции молока («переднее» молоко) содержат больше углеводов, а последние («заднее» молоко) богаты жиром. Однако исследования показали, что в течение одного кормления синтезируется молоко

одного состава, но при длительных перерывах между кормлениями часть жировых глобул оседает на стенках молочных протоков, поэтому в полости остается обедненное по жировому компоненту «переднее молоко», которое ребенок и высасывает в начале кормления. По мере продолжения сосания жировые глобулы начинают отрываться от стенок и смешиваются с молоком, «делая» его более жирным. Именно поэтому в «задних» порциях молока концентрация жира выше. Различия в составе молока касаются и гормонов, в частности грелина и лептина, принимающих участие в регуляции аппетита. В первых порциях молока содержится больше грелина, стимулирующего аппетит, а в последующих — лептина — гормона насыщения. При частом прикладывании ребенка к груди, а также частой смене груди во время одного кормления, деление на «переднее» и «заднее» молоко практически нивелируется.

В роддоме медицинский персонал (консультанты по грудному вскармливанию) должен обучить женщину правильному прикладыванию ребенка к груди. В начале становления лактации важно избежать раздражения и трещин сосков, затрудняющих процесс кормления. Единственным доказанным фактором риска появления трещин сосков является неправильная техника кормления. При необходимости остановить кормление матери следует аккуратно ввести свой палец в угол рта ребенка и осторожно освободить грудь, чтобы предупредить травматизацию соска. Дополнительным фактором, способствующим возникновению трещин, является мытье груди до и после кормления. При этом смывается защитная смазка, выделяемая железами Монтгомери. В связи с этим вполне достаточным считается прием гигиенического душа 1–2 раз в день. Препятствовать эффективному сосанию может короткая уздечка языка у новорожденного. В таких ситуациях ее необходимо подрезать в условиях стационара или стоматологического кабинета.

### **Гипогалактия и показания к введению докорма**

Первоначальная потеря (8–10%) массы тела новорожденного ребенка не является абсолютным показанием к введению ему докорма адаптированной смесью. Для более точной оценки динамики массы тела можно использовать данные, полученные при обследовании более 160 000 здоровых детей, которые свидетельствуют, что при оптимальной поддержке грудного вскармливания первоначальная убыль массы тела составляет в среднем 5,5% (при этом после вагинальных родов — меньше, чем после оперативных). На основании полученных результатов были разработаны почасовые номограммы потери массы тела для здоровых новорожденных, согласно которым первоначальная потеря массы тела не должна превышать 75-й центиль, или 5–6% через одни сутки после рождения, 7–8% — через двое суток, 9–10% — через трое суток и более (рис. 3.1). При более высоких значениях убыли первоначальной массы тела ставится вопрос о назначении докорма.

### **Возможные показания к введению докорма в раннем неонатальном периоде со стороны ребенка:**

1. гипогликемия, в том числе бессимптомная (клинический протокол «Диагностика и лечение гипогликемии новорожденных», 2015);
2. симптомы, указывающие на недостаточное потребление молока (протокол Международной академии медицины грудного вскармливания, 2017):
  - клинические или лабораторные признаки обезвоживания (вялость, сухость слизистых оболочек, урежение мочеиспусканий, повышение уровня натрия в сыворотке крови);
  - потеря массы тела ниже 75-го перцентиля (начиная с рождения), а также после 5 сут более чем на 8–10%;

- гипербилирубинемия, связанная с недостаточным потреблением грудного молока (начинается на 2–5-й день жизни, сопровождается потерей массы, задержкой стула и недостаточным мочеиспусканием);
- стул менее 4 раз за первые 4 сут жизни или продолжение отхождения мекония на 5-е сут.

### **Со стороны матери:**

- отсроченная лактация;
- первичная железистая недостаточность (первичная гипогалактия встречается менее чем у 5% женщин);
- патология грудных желез; операции, ведущие к недостаточной выработке молока;
- нестерпимая боль во время кормления, не связанная ни с какими вмешательствами;
- тяжелые хронические заболевания матери, оказывающие влияние на лактацию (эндокринные и др.).

### **Выбор докорма**

Предметом первого выбора для докорма следует считать сцеженное материнское молоко (молозиво), которое необходимо использовать в случаях неэффективного сосания: при вялости ребенка, втянутом или крупном соске и других проблемах, возникающих при кормлении. Лишь при отсутствии молозива (молока) в груди матери после кормления для докорма ребенка используется адаптированная молочная смесь или гипоаллергенная смесь, если ребенок находится в группе риска по развитию аллергических заболеваний. Ряд отечественных и зарубежных педиатрических школ считают, что гипоаллергенным смесям следует отдавать предпочтение, учитывая высокую проницаемость кишечного барьера в первые 7–10 дней жизни ребенка. Обоснованным является индивидуальный подход: в каждом конкретном случае медицинский работник должен определить, превышают ли клинические преимущества использования смеси потенциальные негативные последствия ее применения. В соответствии с протоколом Международной академии медицины грудного вскармливания (ABM Clinical Protocol #3, 2017), для выбора докорма рекомендован следующий подход:

1. предметом первого выбора должно быть сцеженное материнское молоко;
2. при недостаточном объеме материнского молозива (молока) следует отдавать предпочтение донорскому молоку (при его наличии);
3. при отсутствии донорского молока адаптированные смеси на основе гидролизата белка являются наиболее предпочтительными по сравнению со стандартными молочными смесями, так как они исключают ранний контакт с цельным коровьим молоком и способствуют более быстрому снижению уровня билирубина.

### **Кормление ребенка сцеженным грудным молоком**

В случае раздельного пребывания матери и ребенка или невозможности прикладывания ребенка к груди мать следует обучить технике ручного или аппаратного сцеживания и начать его в первый час после рождения ребенка. Медицинские показания для кормления ребенка сцеженным грудным молоком (или противопоказания к кормлению непосредственно из груди матери)

- тяжелое состояние новорожденного;
- отдельные врожденные пороки развития челюстнолицевого аппарата;
- гестационный возраст менее 32 нед;

- затянувшаяся гипербилирубинемия (более 3 нед), связанная с составом грудного молока (отдельные компоненты грудного молока снижают активность ферментов, участвующих в конъюгации непрямого 25 билирубина), когда уровень билирубина превышает 250 мкмоль/л; при этом с лечебно-диагностической целью возможно кормление ребенка сцеженным пастеризованным грудным молоком в течение 1–3 сут;
- болезни ребенка, связанные с нарушением аминокислотного обмена (фенилкетонурия, тирозинемия, болезнь кленового сиропа, другие аминокислотопатии и органические ацидурии), когда сцеженное молоко используется в сочетании со специализированным лечебным продуктом и строго дозируется.

Выделяют ряд состояний, требующих частичного или полного кормления ребенка сцеженным грудным молоком: выход женщины на работу/учебу, кормление близнецов (при невозможности одновременного кормления из груди), наличие трещин сосков и др. При вскармливании сцеженным грудным молоком для сохранения лактации необходимо регулярное, максимально полное сцеживание молока из двух молочных желез, не реже каждые 3–3,5 ч. Установлена микробиологическая безопасность сцеженного грудного молока для грудного ребенка при условии соблюдения всех правил его сбора и сроков хранения. Замороженное грудное молоко по питательной ценности лишь незначительно уступает нативному молоку. Его биологическая ценность также находится на достаточно высоком уровне.

Индивидуальный банк грудного молока является удобным и современным способом сохранения грудного вскармливания у ребенка в различных жизненных ситуациях, не позволяющих осуществлять полноценное кормление из груди матери. Индивидуальный банк грудного молока представляет собой запасы замороженного материнского грудного молока, размещенные порционно в стерильные емкости, хранящиеся при низких температурах в бытовой морозильной камере холодильника (-18...-20°C) и готовые к использованию для кормления ребенка.

1. Обработка рук и груди перед сцеживанием. Перед сцеживанием необходимо вымыть руки с мылом, мытье молочной железы не является обязательным.
2. Техника сцеживания. Разница в степени микробного загрязнения молока, полученного путем ручного или аппаратного сцеживания, отсутствует. Нет необходимости удалять первые капли молока в начале сцеживания: они не являются более контаминированными, чем последующие порции.
3. Хранение. Сцеживание и сбор грудного молока осуществляется в специальные стерильные индивидуальные емкости (контейнеры) из стекла, полипропилена (в том числе мягкого), не содержащего бисфенола А, или другого разрешенного пищевого пластика. Емкости со сцеженным молоком должны быть промаркированы (дата сцеживания). Допускается хранение закрытых емкостей с молоком:
  - при комнатной температуре в течение 4 ч;
  - в холодильнике при температуре  $4 \pm 2^\circ\text{C}$  не более 24 ч; • в морозильной камере при температуре  $-18^\circ\text{C}$  в течение 3–12 мес (оптимально не более 3 мес). Хранящиеся в холодильной камере емкости со сцеженным молоком можно дополнять до объема 150 мл новыми порциями грудного молока в течение не более чем 24 ч от момента сцеживания первой порции. Свежесцеженное молоко может быть добавлено только после его предварительного охлаждения в холодильной камере. Не следует заполнять контейнер до самого верха, так как во время замораживания объем молока несколько увеличивается. Особый запах хранящегося молока (связанный с



незначительным гидролизом жира и окислением жирных кислот) и возможное его расслоение не является признаком его недоброкачества.

4. Размораживание. Размораживать емкости с грудным молоком следует в холодильнике при температуре  $4 \pm 2^\circ\text{C}$  до полного его оттаивания с последующим подогревом до температуры кормления под струей теплой воды или в емкости с теплой водой (при температуре не более  $37\text{--}40^\circ\text{C}$ ), а также в подогревателе для детского питания. Медленное размораживание молока приводит к меньшей потере жира. Размораживание в микроволновой печи не запрещено, но может приводить к неравномерному разогреву и частичному снижению активности иммунных факторов в молоке. Размороженное и подогретое молоко следует использовать сразу, повторное замораживание молока и его хранение в холодильнике до следующего кормления недопустимо. Недопитое ребенком молоко через 1–2 ч после кормления следует вылить. Не подвергавшееся подогреву размороженное грудное молоко допускается хранить в холодильнике при температуре  $4 \pm 2^\circ\text{C}$  не более 24 ч.

### **Противопоказания к грудному вскармливанию**

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, женщины с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) могут кормить ребенка грудью, если они получают антиретровирусную терапию. В Российской Федерации ВИЧ-инфицирование матери является абсолютным противопоказанием для кормления ребенка грудным молоком. Также ребенок не прикладывается к груди матери из группы высокого риска, не прошедшей 3-кратного родового тестирования на ВИЧ, до момента получения отрицательного результата в родильном доме (Рекомендации по проведению профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, 2015).

Абсолютными противопоказаниями являются острые психические расстройства у женщин, особо опасные инфекции (тиф, холера и др.), открытая форма туберкулеза, а также носительство Т-лимфотропного вируса.

Возможными противопоказаниями к грудному вскармливанию со стороны матери являются следующие состояния или заболевания: эклампсия, обильное кровотечение во время родов и послеродовом периоде, выраженная декомпенсация при хронических заболеваниях сердца, легких, почек, печени, тяжелое состояние женщины при инфекционных заболеваниях. Такие заболевания кормящей матери, как краснуха, ветряная оспа, корь, эпидемический паротит, простой герпес, острые кишечные и респираторно-вирусные инфекции, если они протекают без выраженной интоксикации, не являются противопоказанием к кормлению грудью при соблюдении правил общей гигиены. Однако при наличии герпетических высыпаний на коже в области груди кормление из нее временно прекращается. При цитомегаловирусной инфекции вирус активно выделяется с грудным молоком, но заболевание у ребенка протекает, как правило, кратковременно и бессимптомно, поэтому, согласно международным рекомендациям, серопозитивные матери могут кормить грудью доношенных детей (польза превышает риск негативных последствий). При гепатите В у женщин грудное вскармливание возможно при проведении вакцинации в сочетании с введением специфического иммуноглобулина после рождения ребенка. Вероятность инфицирования вирусом гепатита С через грудное молоко минимальна. Но при остром течении гепатита В и С, а также в случае развития мастита или при кровоточивости сосков грудное вскармливание следует временно прекратить. Мать может кормить грудью при закрытой форме туберкулеза, если ребенок привит, а женщина получает соответствующее лечение препаратами, не имеющими противопоказаний для грудного вскармливания.

Не рекомендуется прекращать кормление ребенка грудью и при маститах в сочетании с проводимым лечением матери, которое совместимо с грудным вскармливанием.

Противопоказаниями к кормлению грудью является прием матерью ряда лекарственных средств, не совместимых с грудным вскармливанием. Если лекарственное средство/биологическая активная добавка входит, согласно инструкции и Государственному реестру лекарственных средств, в категорию «противопоказаны к кормлению грудью» — грудное вскармливание следует прекратить на период приема данного средства. В случаях когда в инструкции указано «назначать с осторожностью» при кормлении грудью — вопрос о продолжении грудного вскармливания должен быть решен в индивидуальном порядке. Во время приема медикаментозных препаратов матерью необходимо внимательное наблюдение за ребенком с целью своевременного обнаружения их побочных эффектов.

Учитывая негативное воздействие табачного дыма, смолы и никотина на организм ребенка и лактацию, курящим женщинам в период лактации важно отказаться от курения. Никотин и его активный метаболит — котинин — выделяются с грудным молоком и не исчезают из него в течение суток. Никотин может снижать объем вырабатываемого молока и тормозить его выделение, а также вызывать у ребенка беспокойство, кишечные колики и приводить к низким темпам нарастания массы тела. У курящих женщин понижен уровень пролактина, что может сокращать период лактации, также снижена концентрация микронутриентов в грудном молоке по сравнению с некурящими. Содержание вредных веществ в грудном молоке будет меньше, если женщина выкуривает сигарету сразу после кормления грудью, а не до него. Не должны кормить ребенка грудью матери, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью.

Возможна организация грудного вскармливания и при оперативных родах. Если операция проводилась под спинальной или эпидуральной анестезией, прикладывание ребенка к груди осуществляется непосредственно в родовом зале, при наркозе матери — через 4–6 ч после окончания его действия. Если ребенок не может быть приложен к груди в эти сроки, важно организовать сцеживание молозива в первые 6 часов после родов.

Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка:

- классическая галактоземия и подозрение на ее наличие (до момента получения результата неонатального скрининга);
- врожденная алактазия;
- глюкозо-галактозная мальабсорбция;
- болезнь включений микроворсинок, врожденная пучковая энтеропатия;
- нарушение окисления жирных кислот с различной длиной цепи.

**Продолжительность грудного вскармливания.** ВОЗ и ЮНИСЕФ уделяют большое внимание продолжению грудного вскармливания у детей старше одного года жизни, рекомендуя поддерживать этот процесс до двух лет и более. В документах Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, ESPGHAN) указано, что оптимальную продолжительность грудного вскармливания каждая пара мать-ребенок определяет для себя самостоятельно. По мнению некоторых отечественных педиатров, продолжительность грудного вскармливания может составлять 1,5–2 года при условии кратности прикладывания к груди на втором году жизни не более 2–3 раз/сут. Прекращать грудное вскармливание не рекомендуется во время болезни ребенка и других стрессорных ситуаций.

