

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Толочкова О.В.

61 балл

Научно-исследовательская работа на тему:

**«Причины перехода ребенка на смешанное и
искусственное вскармливание»**

Выполнила:

Студентка 5 курса 11 группы
педиатрического факультета
Яшихина Дарья Анатольевна

Волгоград 2016г.

СОДЕРЖАНИЕ	Стр.
Введение	3
Причины перехода к искусственному или смешанному вскармливанию.	4
Какие бывают смеси?	5
Как вводить новую смесь в рацион ребенка?	6
Примерная схема введения новой смеси.	7
Режим питания при смешанном и искусственном вскармливании.	8
Примерная схема введения продуктов и блюд прикорма при искусственном вскармливании детей первого года жизни	8
ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ НИР	9
Технологическая карта фрагмента занятия с будущими мамами	11
Вывод	15
Список литературы	16

Вскармливание ребенка заменителями грудного молока в полном объеме или в количестве $\frac{2}{3}$ от всего объема питания называют искусственным. Если смесь занимает не более половины всего объема питания ребенка, тогда такое вскармливание называется смешанным и, конечно, оно предпочтительнее искусственного, так как при этом частично сохраняются преимущества грудного молока (об этом мы писали ранее).

Считается, что искусственное вскармливание ребенка — своего рода «метаболический стресс» (метаболизм — обмен веществ), поэтому при наличии у мамы хотя бы небольшого количества молока малыша все равно необходимо прикладывать к груди и стремиться максимально продлить вскармливание грудным молоком.

Можно перечислить и еще несколько недостатков искусственного питания:

- повышается опасность инфицирования (в детской смеси бактерии развиваются очень быстро, и бутылочки необходимо каждый раз тщательно пастеризовать);
- детские смеси, в отличие от грудного молока, не содержат защитных антиинфекционных факторов;
- усвоение некоторых витаминов и микроэлементов из смесей гораздо ниже, чем из грудного молока;
- ребенок-«искусственник» подвергается большему риску развития железодефицитной анемии, развития аллергических состояний, чем младенец, находящийся на грудном вскармливании.

По ряду причин (болезнь матери, тяжелое состояние ребенка) младенец может оказаться на искусственном вскармливании с самого рождения. Но, к сожалению, очень часто решение о переводе ребенка на такое питание с легкостью принимается самой мамой, когда у нее просто нет желания кормить грудью.

Некоторых мам может привлекать кажущаяся легкость и отсутствие всяких проблем при вскармливании искусственными смесями. Бывает, что переводу на искусственное вскармливание способствует подозрение на нехватку молока в тех случаях, когда ребенок кричит и проявляет беспокойство во время или сразу после кормления, когда женщина ощущает полное опорожнение грудных желез еще при активном сосании ребенка, когда уменьшается число мокрых пеленок в течение дня. Решить вопрос о том, действительно ли количество молока уменьшается безвозвратно (а такое бывает, но крайне редко) или это проявления обратимого состояния — так называемого «лактационного криза» — лучше совместно с вашим врачом. Существует множество способов

увеличения объема молока, иногда бывает достаточно просто чаще прикладывать младенца к груди. Было бы желание. Но если все предпринимаемые мероприятия оказываются малоэффективными и введение в рацион малыша искусственной смеси неизбежно, необходимо посоветоваться с педиатром для грамотного выбора той или иной смеси, исходя из особенностей развития вашего ребенка.

Причины перехода к искусственному или смешанному вскармливанию.

Противопоказаниями к первому прикладыванию новорожденных к груди являются перинатальные поражения ЦНС с подозрением на внутричерепное кровоизлияние; выраженные формы дыхательной недостаточности при респираторном дистресс-синдроме врожденные пороки сердца с сердечно-сосудистой недостаточностью; выраженная недоношенность (отсутствие сосательного и глотательного рефлексов); гемолитическая болезнь (особенно по резус-фактору).

Противопоказаниями к лактации матери служат почечная, сердечная и дыхательная недостаточность, злокачественные опухоли, психозы, тяжелые эндокринные нарушения.

Затруднения при кормлении грудью возникают в связи со следующими причинами: инфекционными заболеваниями матери, малые, плоские, втянутые соски, трещины сосков, лактостаз или галакторея, мастит, а также в связи с наличием у ребенка пороков развития (например, расщелина губы, нёба), стоматита (например, молочница), неправильного прикуса (прогнатизм передний и задний) и др. Однако все эти затруднения, как правило, можно преодолеть, сцеживая и стерилизуя женское молоко, применяя для кормления накладку, давая детям грудное молоко с ложечки и т.п. При тяжелой врожденной форме лактазной недостаточности приходится прибегать к искусственному кормлению молочными смесями, не содержащими лактазу.

Если при соблюдении режима вскармливания у здорового ребенка масса тела нарастает все же недостаточно, необходимо проверить количество высасываемого им молока путем повторных взвешиваний до и после кормления. Если молоко остается в груди после кормления, то его надо сцедить и докормить ребенка с ложечки.

Определив взвешиванием фактический недостаток молока, назначают докорм. В первые недели жизни ослабленным детям, детям с неустойчивым стулом и в жаркое время года желательно давать в качестве докорма сцеженное донорское молоко (не более $\frac{1}{3}$ суточного количества). При недостатке материнского молока (свыше $\frac{1}{3}$ суточного количества) переходят на смешанное вскармливание, при котором

ребенок получает грудное молоко и докармливается молочными смесями. Переход на такое смешанное вскармливание осуществляют постепенно — в течение не менее 7—10 дней.

Когда у матери нет молока, приходится прибегать к искусственному вскармливанию различными молочными смесями, которые можно условно разделить на адаптированные и неадаптированные.

Какие бывают смеси?

Следует сказать, что современные молочные смеси максимально приближены по своему составу к женскому молоку, хотя и приготовлены на основе коровьего молока, подвергнутого специальной обработке. Смеси обычно классифицируются по степени адаптации к грудному молоку.

Максимальной степенью адаптации характеризуются так называемые адаптированные смеси - сухие и жидкие, пресные и кисломолочные. В современные адаптированные смеси вводятся компоненты, аналогичные компонентам грудного молока, — сывороточные белки, растительные жиры, углеводы в виде лактозы и декстрин-мальтозы, минеральные вещества, витамины в адекватных и сбалансированных количествах. К адаптированным молочным смесям — заменителям грудного молока относят ряд продуктов отечественного производства, таких как жидкий продукт «Агуша» (кисломолочная и пресная), кисломолочная смесь «Бифилин», сухая смесь «Нутрилак-1», а также аналогичные продукты, выпускаемые зарубежными фирмами: «Нан», «Нан кисломолочный» («Нестле», Швейцария), «Энфамил-1» («Мид Джонсон», США), «Нутрилон-1» («Нутриция», Голландия), «СМА» («Вайт Н्यूтришинелс Инк.», США), «Туттели» («Валио», Финляндия), «Фрисолак» («Фризленд», Голландия), «Хайнц» («Хайнц», Чехия/США), «Хумана-1» («Хумана», Германия), «Галлия-1» («Данон», Франция), «Бэби-1» («Сэмпер», Швеция), «ХиПП 1» («ХиПП», Австрия), «Мамекс» («Интернешнл Нутришнл К°», Дания).

Вторая степень адаптации — адаптированные смеси на казеиновой основе без добавления сывороточных белков. К ним относятся: «Нестожен» («Нестле», Швейцария), «Симилак» («Эбботт Лабораториз» США), «Лактофидус» («Данон», Франция), «Импресс» («Крюгер», Германия). Казеин — это белок, образующийся при створаживании молока. Младенцам, склонным к срыгиванию, обычно рекомендуют смеси на казеиновой основе с пониженным содержанием сывороточного белка.

Для питания детей постарше, начиная со второго полугодия жизни, используются так называемые переходные смеси (или «последующие формулы»): «Нутрилак-2» (Россия), «Нутрилон-2» («Нутриция», Голландия), «Хайнц для детей с 6 месяцев» («Хайнц», Чехия/США), «Галлия-2» («Данон», Франция), «ХиПП 2» («ХиПП», Австрия), «Фрисомел» («Фризленд», Голландия), «Бэби-2» («Сэмпер», Швеция), «Хумана-2», «Хумана Фольгемильх» («Хумана», Германия), «Энфамил-2» («Мид Джонсон», Голландия/США), «Нан 6-12», («Нестле», Швейцария).

Следует отметить, что в первые 2-3 недели жизни ребенку лучше назначать пресные смеси, поскольку кисломолочные в этом возрасте могут вызывать (или усиливать) срыгивания. Затем целесообразно их сочетание, причем оптимальным является назначение ребенку 50% кислых и 50% пресных смесей (от необходимого ребенку суточного объема питания).

Такие продукты, как стерилизованное молоко, детский кефир, биокефир, не являются адаптированными и могут использоваться только в качестве прикорма детей второго полугодия жизни.

Среди искусственных смесей большую группу составляют смеси лечебного назначения. Есть ряд заболеваний, при которых уже в младенческом возрасте качественное питание малыша невозможно обеспечить без применения смесей с лечебными свойствами: для недоношенных и маловесных детей, для малышей-аллергиков, для младенцев, страдающих болями в животе, срыгиваниями, запорами, неустойчивым стулом. Существуют строгие показания к назначению этих смесей, определенные схемы их введения в рацион. Начав давать ребенку лечебные смеси самостоятельно, без консультации со специалистом, вы можете не достичь желаемого эффекта и даже навредить вашему малышу.

Как вводить новую смесь в рацион ребенка?

Если по каким-то причинам оказалось необходимым ввести в рацион ребенка новую смесь, то делать это нужно обязательно постепенно. Нередко мама сама принимает решение поменять смесь на «какую-нибудь получше» и вводит ее за один день сразу в полном объеме. Через несколько дней она узнает о существовании «более современной» смеси и опять же из самых лучших побуждений быстренько меняет старую смесь на новую. Хорошо если малыш никак на это не отреагирует, но иногда у ребенка может появиться аллергическая реакция или какое-либо

расстройство пищеварения. И не только потому, что питание, возможно, было подобрано не правильно, а в большей степени — из-за его неграмотного введения в рацион ребенка. Однажды у меня на приеме молодая мамочка сокрушалась: «Доктор, моему ребенку не подходит ни одна из существующих смесей!». Оказалось, что за два месяца мама поменяла своему малышу 7(!) разных смесей, так и не выбрав идеальной.

Любую новую смесь (обычную или лечебную) необходимо начинать давать в очень небольшом количестве, увеличивая ее объем за счет объема постепенно заменяемого питания.

Конечно, разводить смесь следует только кипяченой водой и лучше непосредственно перед кормлением ребенка в полном соответствии с инструкцией на упаковке смеси. Если питание приготовлено сразу на несколько кормлений, то бутылочки со смесью должны храниться в холодильнике не более суток.

При искусственном или раннем смешанном вскармливании в связи с избыточным введением концентрированной белковой пищи и относительно малым содержанием в ней воды (менее 50 мл на 1 кг массы тела в сутки) может развиваться алиментарная лихорадка, которая проявляется повышением температуры тела, сухостью слизистых оболочек, понижением тургора мягких тканей. Обычно эти симптомы исчезают после достаточного введения жидкости с пищей.

При искусственном вскармливании необходимо тщательно наблюдать за нарастанием массы тела, характером стула и поведением ребенка. Нарастание массы тела детей, находящихся на искусственном вскармливании, часто превосходит таковое при грудном вскармливании. В то же время двигательные функции у них развиваются на 1—2 нед. позже, ниже резистентность к инфекционным заболеваниям.

Примерная схема введения новой смеси.

Срок введения	Количество смеси на 1 прием, мл	Кратность приема	Количество в сутки, мл
1 день	10,0	1	10,0
2 день	10,0	3	30,0
3 день	20,0	3	60,0
4 день	50,0	5	250,0

5 день	100,0	4	400,0
6 день	150,0	4-5	600,0 и более

Режим питания при смешанном и искусственном вскармливании.

При смешанном вскармливании режим питания остается свободным. Необходимо только контролировать количество грудного молока с помощью контрольного взвешивания, а недостающий объем компенсировать смесью. При этом докорм следует давать только после прикладывания ребенка к обеим грудям. Если объем докорма невелик, то его целесообразнее давать с ложечки, чтобы ребенок совсем не отказался от груди. При большом объеме докорма можно пользоваться бутылочкой, надев на нее упругую соску с мелкими отверстиями на конце (при большом отверстии или неправильно подобранном размере соски ребенок может одновременно с сосанием заглатывать большие порции воздуха, что бывает главной причиной частого срыгивания).

При искусственном вскармливании детей первых месяцев жизни, как правило, рекомендуется 6-7-разовое кормление через 3 или 3,5 часа с 6,5 или 6-часовым перерывом. При этом важно определить необходимый объем питания. Самым точным является «калорийный» метод расчета, основанный на физиологической потребности ребенка в энергии, которая в первом полугодии составляет 115 ккал/кг, во втором — 110 ккал/кг массы тела. Для ориентировочного расчета может применяться объемный метод. При этом суточный объем пищи, необходимый ребенку со средним уровнем физического развития, составляет в возрасте от 10 дней до 2 месяцев — $\frac{1}{5}$ массы тела, от 2 до 4 месяцев — $\frac{1}{6}$ массы тела, от 4 до 6 месяцев — $\frac{1}{7}$, от 6 мес. до 1 года — $\frac{1}{8}$ - $\frac{1}{9}$ массы тела. Этот объем не включает воду, не входящую в состав молочной смеси, и соки.

Сроки введения продуктов прикорма при искусственном вскармливании несколько отличаются от схемы введения прикорма при естественном вскармливании. Отличие заключается в возможности более раннего введения каши, овощного и мясного пюре.

Примерная схема введения продуктов и блюд прикорма при искусственном вскармливании детей первого года жизни

Наименование продуктов и блюд	0-3	3	4	5	6	7	8	9-12
Молочная	700-	800-	700	400	300-	350	200-	200-

смесь	900	900			400		400	400
Фруктовый сок, мл	-	5-30	40-50	50-60	60	70	80	80-100
Фруктовое пюре, г	-	5-30	40-50	50-60	60	70	80	80-100
Овощное пюре, г	-	-	-	150	150	170	180	180-200
Молочная каша, г	-	-	-	50-100	150	150	180	180-200
Творог, г	-	-	-	40	40	40	40	40-50
Желток, шт.	-	-	-	-	0,25	0,5	0,5	0,5

Мясное пюре, г	-	-	-	-	5-30	50	50	60-70
Рыбное пюре, г	-	-	-	-	-	-	5-30	30-60
Кефир и другие кисломолочные продукты, мл	-	-	-	-	200	200	200-400	200-400
Цельное молоко, мл	-	-	100	200	200	200	200	200
Хлеб пшеничный	-	-	-			5	5	10
Сухари, печенье, г	-	-	-	3-5	5	5	10	10-15
Растительное масло, г	-	-	1-3	3	5	5	5	6
Сливочное масло, г	-	-	-	1-4	4	5	5	6

Практическая часть

Контрольное кормление

Цель: определить количество молока, получаемого ребенком при кормлении грудью.

Оснащение: - набор для пеленания с памперсом

- Набор для подготовки матери к кормлению
- Чашечные весы
- Дез. раствор, ветошь
- Бумага, ручка

Обязательное условие: в течение суток необходимо провести минимум 3 кормления (утром, днем, вечером), так как в различные часы суток у матери различное количество молока.

Этапы:

1. Вымыть руки двухкратным намыливанием и осушить их.
2. Надеть на ребенка памперс и запеленать его.
3. Подготовить мать к кормлению грудью.
4. Обработать весы дез. раствором и подготовить их к работе.
5. Взвесить ребенка и зафиксировать полученный вес.
6. Передать ребенка матери для кормления грудью в течение 20 минут.
7. Повторно взвесить ребенка (не меняя пеленок в случае мочеиспускания и дефекации) и зафиксировать результат.
8. Определить разницу полученных данных (при взвешивании ребенка до и после кормления).
9. Ребенка передать маме или положить в кроватку.
10. Протереть весы дез. раствором.
11. Вымыть руки и осушить их.
12. Рассчитать необходимое ребенку количество молока на 1 кормление (объемным или калорийным методом)
13. Оценить соответствие фактически высосанного молока ребенком должествующему количеству.

2. 2 Игровые ситуации и обучение беременных в «Школе молодых матерей»

Роли:

1. Организатор игры и ведущий старшая медсестра детской поликлиники, она же - координатор работы медсестер детской поликлиники, эксперт по вопросам грудного вскармливания (студент)
3. Участковая медсестра-патронажная – выполняет дородовой патронаж и патронаж к новорожденному
4. Медсестра кабинета здорового ребенка – проводит «Школу молодых матерей», прием здоровых детей и консультации для матерей по вопросам грудного вскармливания
5. Будущая мама – отвечает на вопросы патронажной сестры и приходит в «Школу молодых матерей» на занятия по грудному вскармливанию (беременная)
6. Мама с новорожденным – жалуется на беспокойство ребенка и низкую лактацию (беременная)
7. Мама с ребенком 2-х месяцев жизни – жалуется на низкую месячную прибавку в массе у ребенка (беременная)
8. Мама с ребенком 6-ти месяцев – хорошо разбирается в вопросах грудного вскармливания и задает вопросы о необходимости введения новых продуктов питания (беременная)

9. Рекламный агент (из медперсонала) – рекламирует молочные смеси.

Технологическая карта фрагмента занятия с будущими мамами

№	Структура и содержание занятия	Время	Деятельность медсестры	Деятельность беременных	Методическое обоснование	Оснащение
1	Вводная часть (подготовка к игре)	5 минут	Объявляет тему, цели, план занятия, обосновывает форму проведения занятия, правила и распределяет роли	Слушают, задают вопросы, выбирают роли и студентов-экспертов из числа наиболее подготовленных (для дополнения, исправления, оценки деятельности студентов)	Актуализация темы, мотивация деятельности беременных, создание благоприятного психологического климата	Бейджи с названием участника игры, карточки с проблемными ситуациями, карточки с ролями, экспертные карты
1.2	-----«-----	10 минут	Врач-консультант комментирует при необходимости видеосюжеты -----«----- --	Ситуация 2 Медсестра кабинета здорового ребенка проводит занятие по грудному вскармливанию в «Школе молодых матерей». На занятии присутствуют первородящие беременные женщины. Медсестра	Формирование навыков общения, культуры речи, составление бесед о преимуществах грудного вскармливания, использование видеосюжетов для закрепления знаний по технике прикладывания ребенка к груди	Алгоритмы техники кормления грудью, памятка о преимуществах грудного вскармливания, видеокассета, видеоманифон, телевизор

				демонстрирует видеосюжеты		
1.3	-----«-----	5 минут	-----«-----	Ситуация 3 Участковая медсестра на патронаже у новорожденного ребенка. Мама жалуется на низкую лактацию, беспокойство ребенка. Медсестра дает советы	Формирование профессиональной выдержки, клинического мышления, выявление проблем пациента, составление плана сестринских вмешательств в данной ситуации, повторение целей и задач патронажа к новорожденному ребенку	Куклы, наборы белья, схема патронажа к новорожденному ребенку, памятка по режиму и питанию кормящей женщины (профилактики гипогалактии)
1.4	-----«-----	5 минут	-----«-----	Ситуация 4 Медсестра кабинета здорового ребенка принимает маму с ребенком двухмесячного возраста, находящегося на грудном вскармливании, направленных для проведения контрольного	Формирование клинического мышления, самостоятельности, ответственности за принятые решения, повторение манипуляции контрольное кормление, оценки физического развития	Куклы, весы, ростомер, сантиметровая лента, наборы белья, таблицы, алгоритм выполнения контрольного кормления

				кормления в связи с низкой прибавкой массы за месяц		
1.5	-----«-----	5 минут	-----«-----	Ситуация 5 Медсестра кабинета здорового ребенка проводит прием ребенка в возрасте 6-ти месяцев, который находится на грудном вскармливании. У мамы возникают вопросы о необходимости введения новых продуктов питания. М/с дает советы.	Развитие самостоятельности в принятии профессиональных решений, закрепление практических умений (проведение антропометрии, оценка физического развития по центильным таблицам)	Весы, ростомер, сантиметровая лента, куклы, центильные таблицы, схемы и правила введения прикормов, рецепты приготовления прикормов.
1.6	-----«-----	5 минут	-----«-----	Ситуация 6 Кабинет здорового ребенка, идет занятие в «Школе молодых матерей». Присутствуют медицинские сестры детской поликлиники,	Активизация мыслительной деятельности, формирование навыков общения и уважения друг к другу, умение выслушивать мнение других и отстаивать свое.	Куклы, различные смеси, сравнительные таблицы смесей.

				<p>мамы с детьми, обсуждают вопросы грудного вскармливания.</p> <p>Внезапное появление агента по рекламе молочных смесей.</p> <p>Рекламирует одну из новейших смесей.</p> <p>Завязывается дискуссия.</p> <p>Вмешивается старшая медсестра в роли эксперта.</p>		
2	Заключительная часть	10 минут	Подводит итоги занятия, выслушивает мнение экспертов, выставляет оценки по экспертным картам	<p>Высказывают свои впечатления о ролевой игре.</p> <p>Эксперты проводят анализ экспертных карт.</p>	<p>Определение эффективности занятия с использованием моделирования профессиональной деятельности, игровой технологии, элементов киноурока.</p> <p>Создание внутренней мотивации на профессио-</p>	Экспертные карты

					нальную деятельность, совершенствов ание знаний. Самооценка объективности результатов	
--	--	--	--	--	---	--

Вывод :

Из статистических данных видно, что 10 % детей находящихся на естественном вскармливании остается относительно стабильным. Смертность детей 1-го года снизилась по сравнению с 2003 годом, но повысилась по сравнению с 2005. Индекс здоровья детей в пределах 10%. Идет рост детей второй группы здоровья за счет уменьшения первой группы здоровья.

Повышение индекса здоровья среди детей 1-го года жизни возможно при реализации следующих задач: необходимо активнее пропагандировать здоровый образ жизни среди будущих мам; грудное вскармливание; улучшить профилактику и лечение гипогалактии у матерей.

Список литературы:

- Гаппаров М.М. Питание детей первого года жизни: взгляд нутрициолога. 2001.
- Детское питание и средства ухода за детьми в России: Каталогсправочник. 2003.
- Джумагазиев А.А. Значение грудного вскармливания и психологического единства матери и ребенка для его нервно-психического развития. 2004.
- Дополнение к методическим указаниям МЗ РФ «Рекомендуемые сроки введения основных продуктов и блюд прикорма промышленного выпуска в питании детей первого года жизни». М., 2000.
- Зелинская Д.И. Организационная поддержка грудного вскармливания в России / Д.И.Зелинская, К.С Ладодо// Российский педиатрический журнал. 2000.
- Иодцефицитные заболевания у детей и подростков: диагностика, лечение, профилактика: Научно-практическая программа. М.: Междунар. фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2005.
- Капанова Е.И. Основы вскармливания детей первого года жизни: Учебно-методическое пособие. / Е.И. Капанова, Н.А. Геппе, М.В. Нароган и др.- М., 2005

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 11 группы

Ямшихина Дарья Анатольевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа выявлены непринципиальные недостатки.

Все разделы отражают вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует низкое знание современного состояния изучаемой проблемы.

Обзор литературы основан на анализе нескольких литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на низкий уровень знаний автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы. Сформулированные выводы вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым языком, материалы изложены несвязно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал недостаточно обширен.

Выводы соответствуют полученным результатам, анализ недостаточно глубокий.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова