



**Salvați Copiii**  
Save the Children România

# ALĂPTAREA

Colecția ABC – Să învățăm despre copii  
Școala Părinților



**Salvați Copiii**  
Save the Children România

Această broșură a fost editată în cadrul proiectului educațional destinat viitorilor și proaspeților părinți „ABC - Să învățăm despre copii Școala Părinților”, realizat în parteneriat între Salvați Copiii România, Asociația Baby Care Sibiu, Asociația Măini Unite, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, Asociația Unii pentru Alții și Teatrul pentru copii și tineret Gong.

Autori:

Conf. Dr. Maria Livia Ognean

Prof. Dr. Mihai Gafencu

Gabriela Stănescu, consilier pentru alăptare

## Cuprins:

1. Definiții	5
2. Importanța alăptării precoce	7
3. Tipuri de lapte matern	7
4. Noțiuni elementare de anatomie a sânului	9
5. Pregătirea sânilor pentru alăptare	10
6. Igiena sânilor	12
7. Poziționarea corectă la sân	12
8. Frecvența și durata suptului	16
9. Ocitocina și prolactina	17
10. Compoziția laptelui matern	18
11. Alimentația mamei care alăptează	21
12. Medicamentele pe durata alăptării	24
13. Principalele probleme legate de alăptare	25
14. Lapte insuficient	29
15. Masajul sânilor și exprimarea laptelui prin muls	30
16. Durata alăptării	31
17. Contraindicațiile alăptării	32
18. Beneficiile alăptării pentru copil și mamă	32
19. Alegerea unei formule	33
20. Laptele de vacă	34
21. Evaluarea creșterii	35
22. Referințe	36

”

Copiii au dreptul, recunoscut prin lege internațională, la o nutriție bună. Lumea are obligația de a proteja acest drept, bazându-se pe marea experiență acumulată și pe cunoștințele științifice dobândite.

Acest lucru este nu doar posibil ci și obligatoriu.

---

The State of the World's Children, 1998

### 1. Definiții

- Alimentația naturală este alimentația exclusivă cu lapte matern (inclusiv laptele de mamă muls), fără substituenți de lapte matern, alte lichide sau alimente solide.
- Alimentația naturală „la cerere” este alimentația care nu restrânge dorința de supt a nou-născutului și sugarului.
- Alimentația exclusivă la sân este alimentarea numai la sân, fără ceai sau apă.
- Alăptarea preponderentă este alimentarea la sân sau cu lapte matern colectat și apă sau/și ceai sau/și suc de fructe (rar la noi).
- Alăptarea parțială (clasic, alimentația mixtă) este alimentarea la sân dar, concomitent, și cu alt tip de lapte.
- Înțărarea este definită prin introducerea alimentației complementare și înlocuirea treptată a laptelui matern cu alte alimente.
- Ablactarea reprezintă încetarea totală a alăptării.
- Alăptarea eficientă presupune creșterea și dezvoltarea armonioasă, corespunzătoare curbelor de creștere și dezvoltare (ale copilului alimentat la sân) pentru vârstă.
- Alăptarea ineficientă definește situația în care creșterea și dezvoltarea copilului alăptat sunt necorespunzătoare vârstei.



## 2. Importanța alăptării precoce

În primele 2 ore după naștere nou-născuții au reflexe foarte puternice de orientare și de căutare a sânului și aceste abilități continuă să se dezvolte rapid. În mod ideal, **alăptarea trebuie să înceapă în primele 30 minute după nașterea naturală**, pe cale vaginală, atunci când și mama și nou-născutul se simt bine și nașterea a decurs normal. În funcție de tipul de anestezie și de starea mamei și a nou-născutului, alăptarea poate începe la o oră după operația cezariană. E bine ca prima alăptare să aibă loc în prima jumătate de oră, în maximum două ore după naștere, pentru că în acest timp nou-născutul fără probleme la naștere este treaz și are reflexe active de căutare a sânului. După acest interval, nou-născutul adoarme, uneori câteva ore bune – e vorba de perioada de recuperare după stresul nașterii.

Între beneficiile alăptării precoce se numără: calmarea nou-născutului și a mamei, stimularea lactației și prelungirea duratei acesteia și inițierea legăturii afective dintre mamă și copil. Alăptarea precoce și contactul cu pielea mamei declanșează secreția de ocitocină care contribuie la contracția rapidă a uterului după naștere. În plus, contactul precoce piele-la-piele dintre mamă și copil crește rata colonizării nou-născutului cu germeni nepatogeni materni, importanți atât pentru sănătatea ulterioară a copilului cât și pentru prevenirea infecțiilor cu germeni de spital.

## 3. Tipuri de lapte matern

Una din calitățile laptelui de mamă este aceea că se adaptează permanent perioadelor de dezvoltare ale copilului. Colostrul este cel mai bun exemplu în acest sens dar nu singurul.

*Colostrul* este laptele secretat de glanda mamară încă începând din luna a 7-a de sarcină și până în primele 24-30 de ore de la naștere. Este un lapte gros, lipicios, incolor ori gălbui sau galben, foarte bogat în anticorpi, celule și proteine bioactive implicate în apărarea împotriva infecțiilor, factori de creștere și vitamina A, care are rol important în prevenirea infecțiilor (este „primul vaccin” din viața copilului), alergiilor, în creșterea și maturizarea structurii și funcției tubului digestiv, precum și maturizarea retinei. Cantitatea de colostru

este mică dar și capacitatea gastrică a nou-născutului este mică în primele 24-48 de ore de viață. Iar un nou-născut sugă, în mod normal, de 10-12 ori pe zi în primele zile de viață. Fiind ușor laxativ, colostrul ajută și la eliminarea meconiului, primul scaun al copilului.

*Laptele de tranziție* este secretat între zilele 4-14 de la naștere, în timp ce *laptele matur* se secretă începând din ziua a 15-a.

Compoziția laptelui matern se schimbă continuu, de la naștere și pe toată durata alăptării, ani de zile, adaptându-se în permanență nevoilor nutriționale, de creștere și dezvoltare ale copilului.

Compoziția laptelui matern se schimbă și în decursul unei alăptări. Se vorbește astfel de *lapte de început* - care conține mai multă apă, lactoză și proteine, are aspect albăstrui și este subțire, apos - și *laptele de sfârșit* - care conține mai multe grăsimi și este mai gros, albicios sau gălbui. Laptele de început asigură întreaga cantitate de apă de care are nevoie nou-născutul și sugarul în primele 6 luni de viață.

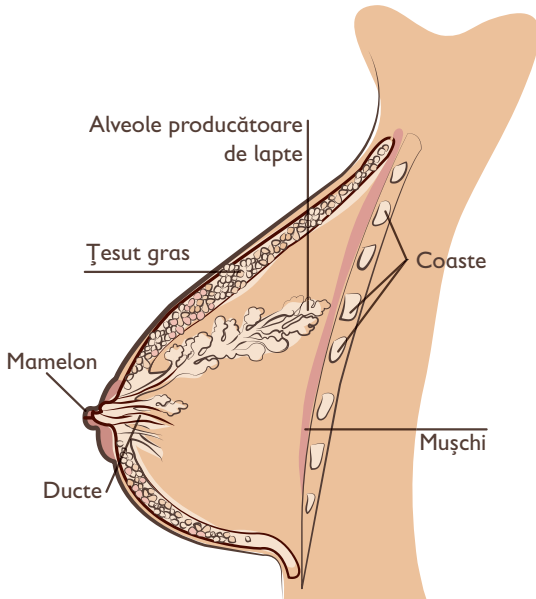
Conținutul său crescut de lactoză poate determina acumularea de gaze și crampe abdominale manifestate prin neliniște și crize de plâns. Aceasta se întâmplă mai des atunci când, după instalarea lactației, copilul sugă din ambii săni la fiecare masă. Pentru a evita aceste situații și pentru a asigura o creștere mai bună în greutate se recomandă ca după instalarea lactației sugarul să sugă de la un singur sân la o masă. Laptele de sfârșit este mai bogat în calorii și nutrienți și asigură și senzația de sațietate prin conținutul mai mare de grăsimi. Laptele de început, mai apos, astâmpără setea iar laptele gras, de sfârșit, astâmpără foamea copilului. Zaharurile sunt prima sursă de energie pe care o folosește organismul, proteinele sunt necesare pentru creștere iar grăsimile reprezintă sursa de energie de rezervă a organismului uman. În plus, în laptele de sfârșit copilul primește și vitaminele care se dizolvă în grăsimi: A - necesară pentru dezvoltarea vederii și apărarea antiinfecțioasă, D - care previne rahitismul, E - antioxidantă și K - cu rol în prevenirea hemoragiilor, reieșind clar importanța duratei suptului.

În prima lună după naștere laptele mamei care a născut prematur este chiar mai bogat în principii nutritive și minerale decât laptele mamelor care au născut la termen și aceasta pentru că prematurii au nevoie de mai multe principii nutritive pentru a face față provocărilor adaptării la viața extrauterină.



## 4. Noțiuni elementare importante de anatomie a sânelui

*Areola* este pielea pigmentată care înconjoară mamelonul și conține glandele Montgommery, glande care elimină o secreție uleioasă emolientă și antibacteriană cu rol în protecția acestei zone tegumentare foarte sensibilă împotriva ragadelor și infecțiilor. *Mamelonul* se află în centrul areolei și conține orificiile prin care se deschid la exterior sinusurile lactifere și participă la formarea unei “tetine” în timpul suptului. *Orificiile mamelonare* sunt locurile pe unde iese laptele din sinusurile lactifere. *Areola și mamelonul* conțin terminații nervoase nemielinizate prin care se transmit stimuli spre creier în timpul suptului ceea ce explică eventualele dureri apărute mai ales la primele supturi și la începutul suptului.



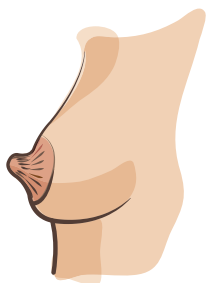
*Glanda mamară* se află în interiorul sânelui și este constituită din țesut secretor glandular (alveole, ducte și sinusuri lactifere) și țesut gras cu rol de susținere. *Alveolele* sunt formațiuni (asemănătoare unor săculeți)

care conțin celule secretoare de lapte. În glanda mamară există câteva mii de astfel de alveole, iar secreția de lapte de către celulele secretoare este stimulată de prolactină. La exteriorul alveolelor se găsesc celule musculare, contractile, care au rolul de a evacua laptele în ductele lactifere. Contractia acestor celule se află sub controlul ocitocinei. Ocitocina și prolactina sunt hormonii care coordonează lactația. *Ductele lactifere (galactofore)* converg spre zona areolară și transportă laptele spre sinusurile lactifere. *Sinusurile lactifere (galactofore)* sunt niște canale mai largi, situate în spatele areolei mamare, unde staționează laptele între supturi. Grăsimea și țesutul de susținere din jurul alveolelor determină forma și mărimea sânilui. Forma sânilor este moștenită iar alăptarea nu mărește sânii în timp, creșterea sânilor pe termen lung fiind determinată de vârstă și apare chiar și la femeile care nu alăptează.

Este important de știut că secreția de lapte nu depinde de forma sau mărimea sânilor, indiferent de mărime sânii conținând cam aceeași cantitate de țesut secretor de lapte. Nici un sân nu este prea mare sau prea mic pentru a alăpta.

## 5. Pregătirea sânilor pentru alăptare

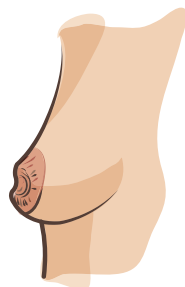
Pregătirea sânilor pentru alăptare trebuie să aibă loc înainte de naștere, atunci când medicul obstetrician sau medicul de familie verifică forma mameloanelor materne. Sunt descrise patru tipuri principale de mameloane: obișnuit (mamelonul proemină ușor din planul areolei mamare), plat (mamelonul este situat în același plan cu areola mamară), ombilicat (mamelonul este înfundat în areola mamară) și lung (mamelonul este neobișnuit de lung).



Mameloane  
obișnuite

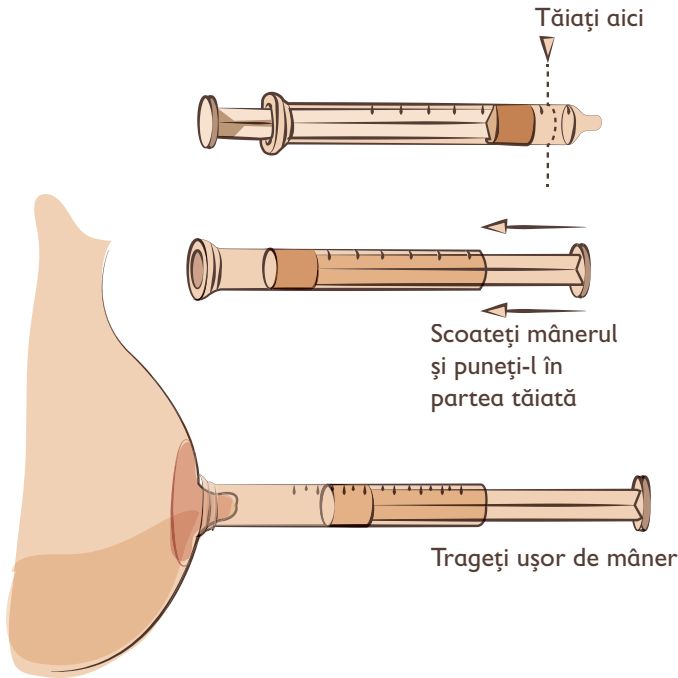


Mameloane  
plate



Mameloane  
ombilicate

În cazul mameloanelor plate și ombilicate - dificil de prins de gura copilului și cu risc pentru o atașare incorectă - se recomandă încercarea unui masaj blând al sânilor, de 3-4 ori pe zi, cu ulei (măslina, floarea soarelui) în ultimele două luni de sarcină. Sunt recomandate mișcări de rulare a mamelonului și, eventual corectarea cu o pompă de muls sau cu o seringă timp de 2-4 minute. Dacă se folosesc pompe de muls trebuie respectate cu strictețe instrucțiunile producătorului, nu numai în ceea ce privește utilizarea ci și pentru sterilizarea lor.



Principalul pericol legat de folosirea pompelor este infecția. Seringa este mai ieftină și foarte simplu de folosit. Se recomandă folosirea de seringi de unică folosință, una nouă de fiecare dată. Se scoate pistonul seringii prin partea posterioară. Se decupează partea anterioară la care s-ar fi adaptat acul. Se reintroduce pistonul prin partea anterioară. Partea posterioară a seringii se aplică etanș, rotund, în jurul mamelonului și se retrage pistonul producând astfel presiunea negativă care va “trage” spre exterior mamelonul plat sau ombilicat.

Frecarea mameloanelor cu prosopul înlătură substanțele protectoare existente ale pielii și favorizează apariția de leziuni areolare și mamelonare. Nu este necesară folosirea de creme sau loțiuni speciale dar prezența unor erupții sau leziuni la nivel areolar sau mamelonar necesită consult dermatologic și tratament de specialitate. De asemenea, este de dorit ca mamele să se informeze privind poziționarea și atașarea corecte la sân dinainte de naștere pentru a preveni apariția durerilor, fisurilor și ragadelor.

## 6. Igiena sânilor

Igiena sânilor face parte din igiena noastră de fiecare zi. Nu este indicat ca sânii să fie spălați înainte de fiecare alăptare ci doar dacă mama a transpirat sau, în cazul unei secreții de lapte abundente, laptele s-a scurs singur din sân. Spălarea sânilor se face cu apă simplă și săpun sau gel de duș, în nici un caz nu se aplică pe sân substanțe dezinfectante (mai ales alcool). Spălarea prea frecventă a sânilor predispune pielea la leziuni și chiar infecții. Deodorantele, săpunurile cu miros prea puternic, cremele (cosmetice sau medicale), dezinfectantele schimbă mirosul și gustul pielii sânilor și nu sunt recomandate. Copilul cunoaște mirosul mamei și dacă acesta se schimbă, s-ar putea să nu-i placă și să refuze sânul. Pielea este colonizată cu unii microbi pe care-i purtăm în permanență și care nu ne îmbolnăvesc pentru că organismul are anticorpi împotriva lor. Riscul ca un sugar să se infecteze cu germeni de pe sânul mamei este minor deoarece laptele de mamă pe care îl primește de la sân îi aduce și arma împotriva acestor microbi: anticorpii produși de mamă. Laptele de sfârșit conține și vitamina A. Această vitamină este foarte utilă pentru protecția pielii față de răni, ragade, fisuri și chiar pentru vindecarea acestora. De aceea, ungerea mamelonului cu câteva picături de lapte mulse după ce copilul a golit sânul poate proteja de fisuri și ragade mamelonare.

## 7. Poziționarea corectă la sân

Prinderea corectă a sânilor este cheia succesului în inițierea alăptării. Pentru o atașare bună a nou-născutului la sân este importantă poziționarea corectă a copilului pentru supt. În acest sens trebuie respectate 4 puncte cheie:

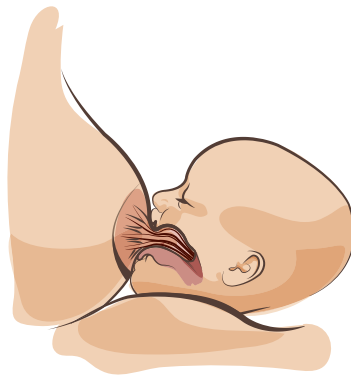
1. capul și corpul copilului să fie ținute în linie dreaptă,
2. fața copilului să privească sânul, nasul copilului să se afle în dreptul mamelonului,
3. corpul copilului să fie apropiat de cel al mamei (se va evita îmbrăcarea excesivă a copilului),
4. fesele copilului trebuie susținute dacă este vorba de un nou-născut.

Dacă capul copilului este flectat sau, din contră, mult împins spre spate, departe de sân, răsucit, sau copilul e ținut departe de corpul mamei suptul va fi dificil, la fel și înghițirea laptelui.

Suptul este pentru nou-născut și sugar un efort. În timpul eforturilor cu toții consumăm energie. Alimentele sunt sursa noastră de energie. Pentru nou-născut și sugarul mic laptele de mamă reprezintă sursa de energie. Și pentru creștere este nevoie de energie. Dacă nou-născutul consumă toată energia pentru a suga nu îi mai rămâne suficient pentru creștere și dezvoltare. Pentru ca suptul să fie cât mai ușor pentru copil, el trebuie să cuprindă în gură toată zona areolară sau cât mai mult din aceasta pentru că aici se află sinusurile lactifere, acele canale mari în care se scurge laptele în pauzele de supt. În cazul unei atașări corecte gura copilului se aplică ca o „ventuză” pe zona areolară, presând cu palatul și limba sinusurile lactifere în cursul suptului. Aplicarea



Atașare incorectă



Atașare corectă

etașă a gurii pe sân face ca sinusurile lactifere să se afle între limba și palatul (cerul gurii) copilului și aceasta determină scurgerea mai ușoară a laptelui și dinspre ductele mai mici spre mamelon. În cazul unei atașări corecte la sân zona areolară și mamelonul formează practic o “tetină” al cărui vârf, mamelonul, ajunge până în partea posterioară a limbii. Sânul este întins, mamelonul reprezintă doar o treime din „tetina” alungită iar copilul sugă din sân și nu din mamelon. Dacă atașarea este corectă limba copilului este împinsă înainte peste gingia și buza de jos, se vede deseori la exterior și este aplicată ca o ventuză în jurul „tetinei” formate de sân. În timpul suptului, unda de compresie se deplasează de la vârful limbii spre baza acesteia, areola și mamelonul aflate în gura copilului sunt presate între limbă și palat iar contracția limbii practic „stoarce” laptele în gura copilului.

Pentru a ușura prinderea corectă a sânului se recomandă ca la începutul suptului mama să atingă buzele copilului cu mamelonul sau chiar să picure câteva picături de lapte până când copilul deschide larg gura apoi copilul este apropiat repede de sân pentru a prinde cât mai mult din areolă. Nu se recomandă introducerea forțată a mamelonului în gura copilului, aceasta împiedicând atașarea corectă la sân. După ce copilul a prins sânul, mama poate trage ușor de bărbia copilului pentru a îndrepta buza inferioară dacă aceasta a rămas prinsă sub sân, în gura copilului. În timpul unei atașări corecte gura copilului e larg deschisă și cuprinde toată sau aproape toată areola, obrații copilului sunt plini (nu supti sau tensionați), copilul sugă și înghite (și acestea se poate observa) și limba e vizibilă deseori peste buza inferioară, sub sân, ca o cupă.

Există câteva semne care ajută la evaluarea poziționării și atașării corecte a copilului la sân: copilul are „un reflex activ de orientare” și căutare a sânului, caută sânul când îi este foame, e treaz și calm în timpul suptului (nu agitat sau neliniștit), nu lasă sânul să îi scape cu ușurință. De asemenea, în prima săptămână după naștere, dacă poziționarea și atașarea la sân sunt corecte, mama poate avea dureri sau mici contracții uterine iar ulterior laptele curge din sânul contralateral (semne ale unei secreții eficiente de ocitocină). În plus, sânul este moale, fără semne de angorjare sau noduli, mameloanele sunt protractile (proeminente), fără iritații sau leziuni și nu dor în timpul suptului.



În ceea ce privește poziția mamei pentru alăptare - culcat, șezând - se recomandă ca mama să încerce diferite poziții de alăptare pentru a identifica poziția cea mai confortabilă pentru ea și copilul său. Se poate alăpta culcat în pat, șezând pe marginea patului, așezat pe un scaun sau pe un fotoliu, șezând turcește în pat, în picioare. E bine însă ca spatele mamei să fie drept, mâna cu care sprijină copilul să fie așezată în așa fel încât să nu amorțească, capul mamei să fie bine sprijinit. Oricât de ciudată ar părea o anumită poziție de alăptare aceasta este perfectă dacă copilul sugă bine iar mama și copilul se simt confortabil.

Nu trebuie insistat pe apăsarea/pensarea sânelui pentru a elibera nările copilului, riscul de sufocare este minim în timpul suptului. Nou-născuții și sugarii respiră doar pe nas. Din acest motiv, dacă ambele nări le sunt acoperite și nu mai pot respira, se desprind singuri de la sân pentru a respira. În plus, imediat sub zona areolară se află acele sinusuri lactifere mari unde se adună laptele între supturi și de unde copilul își ia laptele cu cea mai mare ușurință. Pensarea acestei zone face ca laptele din sinusuri să fie supt cu dificultate de către copil.

## 8. Frecvența și durata suptului

Se recomandă alimentație naturală la cerere, adică alimentarea la sân a copilului oricât de des vrea acesta, ziua și noaptea, fără orar, atât cât dorește copilul. Avantajele alimentației la cerere încă din prima zi de viață includ: instalarea treptată a lactației (evitând angorjarea sânilor și „furia laptelui”), scădere fiziologică în greutate mai mică și recuperarea mai rapidă a greutății de la naștere. De asemenea, dacă copilul sugă și noaptea, este stimulată secreția de prolactină, hormon implicat în menținerea secreției lactate. **Cu cât copilul sugă mai des și mai eficient cu atât mai mult lapte se produce.**

Inițial, când cantitatea de lapte este mai mică, e bine ca nou-născutul să sugă din ambii sâni la fiecare masă dacă dorește. De obicei, dacă a supt destul, nou-născutul adoarme și nu mai poate fi trezit pentru a sugă la al doilea sân. Deși nu se recomandă limitarea duratei suptului, mamele trebuie să nu uite că nou-născutul se simte bine la sân și poate sta acolo, cu plăcere, timp nelimitat, sugând doar din timp în timp. În această situație se recomandă ca mama să stimuleze din când în când copilul și să nu permită acestuia să doarmă la sân.

Dacă nou-născutul sugă în mod normal de 10-12 ori pe zi, cu supturi cu durate variabile, între 20-30 minute, atunci îi rămân între mese cam 2 ore de somn. Icterul din perioada neonatală este cel mai adesea cauza pentru care nou-născutul doarme mai mult. De aceea, în primele patru săptămâni de viață se recomandă trezirea copilului pentru supt după aproximativ 4 ore de somn continuu. Altfel, mesele rare nu vor stimula suficient producția de lapte și nici nu vor fi suficiente pentru creștere. Scăderea fiziologică accentuată în greutate și ulterior creșterea insuficientă în greutate pot accentua icterul neonatal.

Alăptarea la cerere este modalitatea cea mai eficientă de a asigura nevoile nutriționale ale copilului și o secreție lactată suficientă. În timp, mamele vor recunoaște semnalele de foame ale copilului: se trezește, caută cu gura, sugă degetele. Plânsul este un semn tardiv de foame. Un nou-născut flămând prinde mai greu sânul, de aceea e bine ca mama să nu aștepte să plângă de foame.





## 9. Ocitocina și prolactina

*Ocitocina* este un hormon secretat în hipotalamus ca răspuns la stimularea prin supt a mamelonului și a areolei mamare. Ocitocina ajunge la sân pe calea sângelui și acționează în timp ce copilul sugă determinând contracția celulelor musculare din jurul alveolelor și evacuarea laptelui din alveole în ductele și sinusurile lactifere unde se acumulează în așteptarea suptului. Ocitocina este secretată mai repede decât prolactina și poate acționa și înainte de supt atunci când mama știe că urmează o nouă alăptare. Ca rezultat sânii încep să picure lapte atunci când se apropie ora de masă a copilului. În plus, după naștere, ocitocina contractă uterul, ajutând la reducerea pierderilor de sânge

și scăzând incidența anemiei în postpartum și determină revenirea uterului la dimensiuni normale după naștere. Este foarte important de reținut că secreția de ocitocină este direct și puternic influențată de cât de mult sugă copilul, de gândurile, sentimentele, senzațiile mamei, de dureri (de exemplu în prezența ragadelor) dar și de stres. Anxietatea, nesiguranța, teama, șocul psihic pot reduce semnificativ sau chiar inhiba și opri secreția lactată. Prezența unui reflex ocitocinic activ, eficient, este semnalată de existența unei senzații de presiune sau a unor furnicături în sâni înainte sau în timpul suptului, picurarea laptelui din sâni atunci când mama se gândește la copil sau îl aude plângând, picurarea laptelui din celălalt sân atunci când copilul sugă, prezența unor jeturi fine de lapte la tentativa de a desprinde copilul de sân în timpul suptului, lapte vizibil la colțurile gurii copilului, supt regulat al copilului dar și senzație de sete a mamei în timpul alăptării sau după alăptare.

*Prolactina* este un hormon secretat la nivelul glandei hipofize ca răspuns la suptul copilului, transportat prin sânge la glanda mamară unde stimulează secreția celulelor secretoare de lapte din interiorul alveolelor mamare. Prolactina este hormonul care asigură cantitativ secreția de lapte. Nivelul prolactinei din sânge crește în timpul suptului și se menține ridicat aproximativ 30 de minute după alăptare asigurând astfel secreția de lapte pentru alăptarea următoare. La mamă, prolactina suprimă ovulația (amânând o nouă sarcină) și conferă mamei o stare de relaxare și somn odihnitor. Secreția de prolactină este influențată de cât de des, de eficient și de puternic sugă copilul (de atașarea și poziționarea corectă la sân și golirea sânelui) și de prezența suptului de noapte (în timpul nopții se secretă o cantitate mai mare de prolactină). Dacă în cursul alăptării sânul nu este golit în proporție de cel puțin 70% se secretă un factor inhibitor al secreției lactate care va duce în timp la oprirea secreției lactate.

## 10. Compoziția laptelui matern

Conform Organizației Mondiale a Sănătății și organizațiilor profesionale, aportul adecvat de nutrienți prin furnizarea de alimente sigure, cu compoziție echilibrată (precum lapte de mamă) este mai important în primele luni după naștere decât în oricare altă perioadă a vieții datorită ratei rapide de creștere a copilului în această perioadă, depozitelor reduse de nutrienți, imaturității funcționale și capacității metabolice

limitate la această vârstă. Studiile noi arată că atât cantitatea cât și calitatea nutrienților oferți nou-născutului, sugarului și copilului mic au consecințe importante pe termen lung asupra dezvoltării și funcționării organelor, abilităților cognitive, riscului de boală și sănătății în general.

Laptele matern este cel mai complet aliment natural, conținând nu numai macronutrienții (proteine, grăsimi, zaharuri) și micronutrienți (vitamine, minerale) ci și enzime, hormoni, factori de creștere, anticorpi și chiar bacterii, toate într-o interrelație care asigură creșterea și dezvoltarea optimă a nou-născutului și sugarului.

Proteinele au rol mai ales în creșterea organismului și sunt conținute în cele două fracțiuni proteice - cazeină și zer. În laptele matern există semnificativ mai puțin proteine față de laptele de vacă, capră etc., dar cantitatea este adaptată permanent în funcție de nevoile de creștere ale copilului și capacitățile renale de eliminare a produșilor de degradare. Astfel, conținutul de proteine al laptelui matern scade cu creșterea copilului. Cazeina, fracțiunea proteică care se digeră cu mai multă dificultate, se află în cantitate mai mică în laptele matern față de laptele de vacă, în timp ce proteinele din zer, mai ușor de digerat și de mai bună calitate, predomină cantitativ. O mare parte din proteinele din zer și unele din cazeină (anticorpi, lactoferină, lizozim, lactalbumină, peptide bioactive, citokine, etc.) au rol în apărarea împotriva infecțiilor. În organism proteinele sunt descompuse în peptide și aminoacizi necesari pentru reconstruirea proteinelor specifice care sunt folosite ulterior pentru creșterea organismului. Laptele uman conține însă și aminoacizi esențiali care nu pot fi sintetizați în organismul nou-născutului, precum taurina și cistina. O parte din proteinele laptelui uman au rol în prevenirea inflamațiilor și alergiilor.

Lipidele (grăsimile) reprezintă cea mai importantă sursă de calorii și energie din lapte. Conținutul în grăsimi al laptelui matern variază în timp, fiind mai mare în laptele de sfârșit, spre amiază și la începutul după amiezii. Cantitatea și calitatea grăsimilor din laptele matern variază și în funcție de alimentația mamei și sunt practic singurele afectate în cazul malnutriției materne. Grăsimile din laptele matern sunt mai bine digerate și absorbite din tubul digestiv față de cele din laptele de vacă. În plus, în primele săptămâni de viață digestia grăsimilor este ajutată și de prezența în lapte a enzimei necesare digestiei - lipaza stimulată de sărurile biliare. Laptele uman conține de patru ori mai multe acizi

grași esențiali față de laptele de vacă, acizi grași cu rol important în dezvoltarea creierului, retinei, vaselor de sânge și a celulelor intestinale.

Glucidele (zaharurile) sunt macronutrienții care asigură necesarul de calorii rapid utilizabile (spre deosebire de grăsimi care asigură rezerva de calorii). Principalul zahăr din laptele uman este lactoza, zahăr care ajută la absorbția calciului și fierului și reprezintă o „hrană” importantă pentru flora intestinală sănătoasă a nou-născutului și sugarului mic (mai ales bifidobacterii și lactobacili). O altă fracțiune de zaharuri - oligozaharidele - au rol important în protecția împotriva infecțiilor și alergiilor, reprezentând hrana bacteriilor din flora sănătoasă a intestinului, favorizând astfel creșterea acestora în dauna florei patogene care provoacă îmbolnăviri.

Laptele matern asigură în totalitate nevoile de minerale ale nou-născutului și sugarului mic (până la vârsta de 6 luni). Fierul este extrem de important pentru sugari și copiii mici, fiind un element esențial al tuturor organismelor vii: participă la producerea hemoglobinei, cea care transportă oxigenul în organism, este necesar pentru unele enzime esențiale pentru funcționarea creierului, are rol în funcționarea normală a sistemului imun. Laptele matern conține o cantitate mică de fier dar prezintă multiple facilități pentru absorbția optimă a acestuia. Anemia prin deficit de fier este rară la nou-născuții maturi alimentați exclusiv la sân 5-6 luni dar după vârsta de 6 luni sunt recomandate alimente bogate în fier (carne, cereale, gălbenuș de ou) și suplimentare cu preparate de fier. Laptele matern este o sursă excelentă de calciu și fosfor necesare pentru modularea transmiterii semnalelor hormonale, reglarea funcțiilor enzimelor implicate în coagularea sangvină, conducerea nervoasă, contractia musculară, dezvoltarea oaselor și dinților și prevenirea rahitismului. Conținutul de iod al laptelui matern variază în funcție de aportul de iod al mamei. Concentrația de sodiu din laptele matern este mică, adaptată funcționalității renale reduse din primele luni de viață.

Laptele matern conține aproximativ 90% apă, nevoia de apă a nou-născutului și sugarului fiind complet acoperite de laptele matern până la inițierea diversificării alimentației la vârsta de 6 luni.

Laptele matern are un conținut bogat și complex de vitamine dar concentrația acestora depinde de alimentația mamei, fiind necesare suplimente de vitamine în cazul mamelor cu nutriție deficitară sau cu diete dezechilibrate (vegetariene, vegane, raw-vegane etc.).

În primele 6 luni de viață, cu excepția vitaminei D, necesarul de vitamine al copilului este asigurat în totalitate de laptele matern dar mama care alăptează trebuie să aibă o nutriție echilibrată și variată. Vitamina A este necesară pentru dezvoltarea retinei și prevenirea infecțiilor, laptele matern (mai ales colostrul) fiind bogat în vitamina A. Și vitamina C există în laptele matern în cantitate suficientă pentru nevoile copilului de aceea nu este necesară introducerea timpurie a sucurilor de fructe în alimentația sugarului.

Laptele matern conține o sumedenie de factori cu rol în protejarea sugarului și copilului mic de infecții, inflamații și alergii: celule (macrofage, limfocite), anticorpi împotriva bolilor la care mama a fost expusă sau pentru care mama a fost imunizată (imunoglobuline, mai ales de tip A secretor), lizozim, lactoferină, lactalbumină, peptide bioactive, citokine.

De asemenea, laptele matern conține o multitudine de factori de creștere necesari pentru dezvoltarea și maturarea epitelilor, mucoaselor, creierului, nervilor, vaselor de sânge, intestinului, practic a tuturor organelor și țesuturilor.

## 11. Alimentația mamei care alăptează

Cantitatea de lapte este influențată mai ales de legătura dintre mamă și copil și de eficiența alăptării la cerere (care duce la secreție adecvată de ocitocină și prolactină) și nu de alimentația mamei. Chiar și mamele cu nutriție deficitară produc lapte suficient dacă alăptează frecvent. Valoarea calorică și compoziția laptelui (conținutul de grăsimi și vitamine) sunt afectate doar în cazul malnutriției materne severe.

Mama are nevoie de hrană pentru menținerea sănătății și energiei necesare îngrijirii copilului și pentru a putea începe o nouă sarcină cu un status nutrițional bun. Pe durata alăptării organismul mamei utilizează complet substanțele nutritive din alimente. Este folosit însă și surplusul de grăsime acumulat în sarcină pentru a sprijini lactația astfel că la vârsta de 6 luni surplusul de greutate din sarcină dispare complet dacă mama alăptează exclusiv. Pe durata alăptării mama are nevoie de un plus zilnic de 700 calorii: 200 calorii sunt preluate din rezerve, restul de 500 trebuie să fie asigurate din alimente. Pentru un aport corespunzător de macro și micronutrienți mama trebuie să aibă o alimentație variată (din care să nu lipsească nimic: proteinele

animale și vegetale, lactatele, oul, legumele, fructele, inclusiv cele proaspete), să mănânce când îi este foame, să bea lichide când îi este sete iar pentru a stimula secreția lactată să consume alimentele sau lichidele despre care crede că sunt eficiente. În cazul în care mama are o dietă dezechilibrată se recomandă suplimente nutriționale mamei și nu copilului, după consultarea medicului. Mamele care vor să piardă mai repede în greutate trebuie să evite alimentele rafinate, dulciurile, gustările frecvente, conservele și sucurile dulci.

În ceea ce privește restricțiile dietetice - mai ales de teama colicilor - în afara băuturilor energizante care nu sunt recomandate, doar





copilul poate spune mamei ce să nu consume. Dacă mama asociază în mod repetat consumul unui aliment cu agitația, plânsul, crampele abdominale ale copilului, se recomandă să evite cel puțin o perioadă de timp consumarea aceluși aliment. Nu se recomandă fumatul pe durata alăptării. Mamele care fumează au mai puțin lapte, copiii mamelor mari fumătoare sunt agitați și dorm greu. Sunt de evitat, de asemenea, condimentele, prăjelile, plantele foarte aromate. Alcoolul, deci și berea, trece în laptele de mamă și poate determina efecte nedorite la copil (somnolență, intoxicație cu alcool).



## 12. Medicamentele pe durata alăptării

Pe durata alăptării se recomandă ca mama să consulte medicii privind siguranța medicamentelor necesare. Se recomandă alegerea cu prudență a medicamentelor, folosirea cu predilecție a celor care au mai puține reacții adverse, cu reacții adverse cât mai puțin nocive și care se pot administra în cât mai puține doze zilnice. De asemenea, pentru limitarea absorbției medicamentului în lapte și a transferului acestuia la copil se recomandă ca medicația să fie luată de mamă imediat după o alăptare sau cu puțin timp înaintea unei perioade de somn mai îndelungate a copilului. De cele mai multe ori producătorii se protejează prin afirmații de genul „prudență în alăptare” ori „nu se recomandă în alăptare” și acest lucru se datorează mai ales lipsei studiilor clinice de siguranță. Dar foarte puține medicamente sunt contraindicate în alăptare datorită unor efecte secundare nedorite certe. Medicii dar și părinții pot verifica listele cu aceste medicamente contraindicate pe site-uri specializate (sunt oferite câteva exemple la bibliografie). În cazul în care este absolut necesară administrarea unui medicament ale cărui reacții secundare și adverse nu sunt cunoscute și dorite se recomandă oprirea alăptării pe o durată scurtă de timp, perioadă în care mama trebuie să golească frecvent laptele din sân pentru a preveni oprirea lactației.

Medicația uzuală (antialgice, antiinflamatorii nesteroidice, antibioticele administrate de rutină în endometrită sau mastită, fierul, vitaminele, etc.) nu sunt contraindicate în alăptare dar se recomandă ca acestea să fie prescrise de medic cântărind obligatoriu riscurile și beneficiile atât pentru mamă cât și pentru copil iar mama să nu abuzeze de ele.



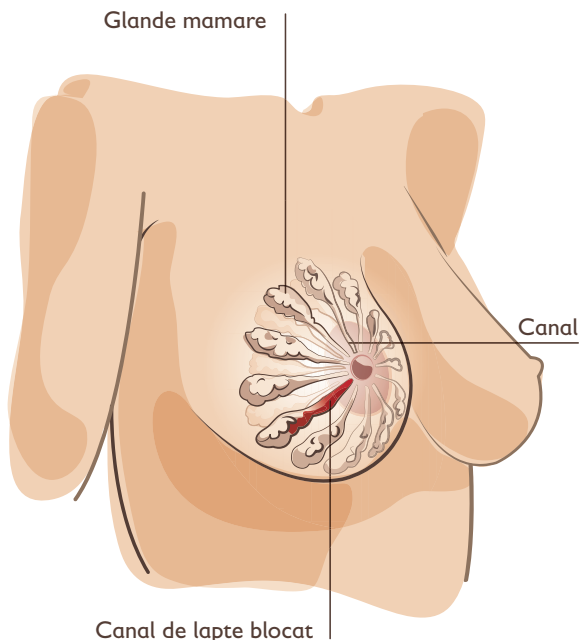


## 13. Principalele probleme legate de alăptare

*Durerile și fisurile mamelonare* sunt determinate mai ales de atașarea incorectă (copilul sugă din mamelon și nu din sân), suptul dintr-un sigur sân, scoaterea forțată a sânelui din gura copilului, spălarea prea frecventă a sânelui, folosirea de alcool la curățarea sânelor, mușcarea mamelonului de către copilul mai mare sau apariția unei infecții la acest nivel (cel mai adesea candidoză). Se recomandă în aceste situații: schimbarea sau corectarea atașării și poziționării la sân a copilului și suptul mai frecvent (pentru a evita umplerea excesivă a sânelor). Pentru a trece peste durerile inițiale se recomandă ca mama să respire adânc. Tot pentru a diminua durerile se recomandă folosirea sânelui care e nedureros la început, masajul părții superioare a spatelui mamei și chiar antialgice (durerea inhibă secreția de ocitocină). Laptele de sfârșit - folosit ca unguent - și expunerea sânelor la aer grăbesc vindecarea fisurilor mamelonare. Candidoza necesită tratament conform indicațiilor medicului. Pentru scurtă durată pot fi folosite mameloanele de silicon dar folosirea îndelungată a acestora crește riscul de infecție și de „confuzie a mamelonului” (situație în care este modificat reflexul de supt al copilului). Nu se recomandă răirirea suptului și nici limitarea duratei suptului pentru că acestea duc la angorjarea sânelor, scăderea producției de lapte și chiar agravarea durerilor și fisurilor prin îngreunarea atașării copilului la sân.

*Angorjarea sânelor* înseamnă umplerea excesivă a sânelor cu lapte și este determinată de întârzierea alimentației la sân în primele zile de viață (frecvent în cazul nașterii prin operație cezariană), furia laptelui și golirea incompletă a sânelor. Pentru a preveni și diminua angorjarea sânelor se recomandă inițierea precoce a alimentației la sân, alăptarea frecventă, la cerere, inclusiv noaptea, poziționarea corectă la sân, exprimarea manuală sau cu pompa de muls a excesului de lapte atunci când sânii rămân plini și după alăptare. De asemenea, se recomandă un aport controlat de lichide în primele zile de viață atunci când apare „furia laptelui”. Rezolvarea promptă a angorjării sânelor este importantă pentru că sânul prea plin modifică forma mamelonului, aplatizându-l, și crește riscul de atașare incorectă la sân, dureri și fisuri mamelonare.

*Canalul blocat* este sugerat de prezența unei umflături într-o zonă a sânelui, de obicei la nivelul mamelonului sau posterior și lateral, spre axilă, și este determinat de drenarea insuficientă a laptelui din



zona respectivă. Poziționarea corectă a copilului la sân, schimbarea frecventă a poziției de alăptare și evitarea presiunii pe sâni (de exemplu, sutien, haine strânse) previn apariția canalului de lapte blocat. Ca tratament se recomandă dușuri calde, aplicarea de căldură locală și masajul circular al zonei afectate. Persistența canalului blocat trebuie să ducă mama spre medicul specialist.

*Mastita* este un termen generic utilizat pentru a descrie atât inflamația cât și infecția. Mastita poate fi, deci, inflamatorie sau infecțioasă. În acest caz, la nivelul sânelor, uni- sau bilateral, există o zonă tumefiată, dureroasă, cu tegumentele roșii și lucioase. Mastita se poate însoți de febră și senzație de slăbiciune și netratată duce la apariția abcesului mamar. Ca tratament se recomandă repaus la pat, alăptări frecvente, inclusiv din sânul afectat (laptele de aici nu este periculos în cazul mastitei inflamatorii); dacă mama nu dorește să alăpteze din acel sân se recomandă golirea frecventă a sânelor prin muls), căldură locală (mai ales înainte de alăptare), administrarea de

antialgice, antiinflamatorii și, în cazul apariției infecției, antibiotice. Abcesul mamar necesită foarte adesea incizie și evacuare a colecției. Alăptarea nu este permisă din sânul afectat în cazul abcesului mamar!

Perioada de lăuzie este o perioadă mai dificilă în care mama poate prezenta *semne de stres* precum: lipsa somnului, oboseală, neliniște, atitudini ca: verificarea permanentă a copilului, griji legate de copil, iritabilitate și plâns excesiv, ținerea la sân și manevrarea copilului cu temere și stângăcie, legănarea dar mai ales zgâlțâirea copilului, legănatul picioarelor în timpul alăptării. În aceste situații, atunci când mama nu este ajutată, pot apărea semne de stres excesiv: epuizare totală, ignorarea copilului, care nici măcar nu mai este privit, refuzul alimentației, refuzul somnului, îngrijirea copilului fără interes, fără sentimente sau încredințarea copilului pentru îngrijire altei persoane, manevrarea copilului cu brutalitate sau mânie.

*Suptul este inefficient* dacă copilul nu reușește să golească sânul. Acest lucru se poate întâmpla din mai multe motive: nou-născutului i se impune un orar de supt și este pus la sân când încă nu îi este foame, ori nou-născutul este bolnav sau prematur și nu are putere să sugă eficient, sau sânul este angorjat, prea plin, mamelonul fiind dificil de prins. Principalul motiv pentru care suptul este inefficient este însă cel mai adesea atașarea sau poziționarea incorectă la sân. În cazul în care atașarea la sân este corectă copilul, după câteva înghițituri rapide de lapte, va începe să sugă într-un ritm regulat: trage, înghite, trage, înghite. Curgerea laptelui spre mamelon se simte în tot sânul și nu doar la nivelul mamelonului. Uneori se și aude cum înghite copilul. În primele zile după naștere suptul eficient al copilului se poate însoți de dureri sau crampe abdominale – așa numitele răsuri. Aceste dureri sunt de fapt contracții uterine datorate secreției de ocitocină care nu determină doar eliberarea laptelui din alveole spre canale ci și contracția uterului. Aceste contracții dureroase sunt suportabile, ajută uterul să revină mai rapid la dimensiunile normale și dispar în maxim câteva zile. După instalarea deplină a lactației și apariția laptelui matur, suptul eficient al copilului dintr-un sân dă mamei senzație de sete, furnicăături și chiar curgerea laptelui și din celălalt sân.

*Greva suptului* reprezintă refuzul brusc al suptului, de obicei pe o durată scurtă de timp, 2-4 zile. „Greva suptului” apare de obicei ca o reacție la un factor extern: schimbarea mirosului (deodorant, săpun, parfum, loțiuni, detergenți), un stres recent al mamei (musafiri nedorți,

călătorii neprevăzute, probleme familiale), boli sau leziuni care creează copilului un disconfort (răceli, nas înfundat, otită, candidoză, leziuni ale gurii etc.), dureri legate de erupția dentară, schimbări ale modului de alăptare (revenirea mamei la serviciu, de exemplu), implicarea unei alte persoane în îngrijirea copilului, reacții materne negative la mușcătura sânelui (care sperie copilul). Cu răbdare și perseverență se poate trece peste ceea ce numim greva suptului. Dacă este vorba de boli sau leziuni ale copilului acestea trebuie tratate. Se recomandă ca mama să petreacă mai mult timp cu copilul, să îl liniștească, să îl legene, să îl țină piele-la-piele și să nu îl forțeze să sugă, să încerce alăptarea atunci când copilul este mai somnoros, în condiții de liniște și cu limitarea stimulilor externi (lumină, zgomot). Sânul poate fi golit prin mulgere manuală sau cu pompa și laptele poate fi oferit copilului cu cănița, cu seringă sau cu biberonul în această perioadă.

*Alăptarea gemenilor este posibilă, chiar exclusiv, pentru că secreția lactată este comandată diferit de la nivel central pentru fiecare din sâni. Contează extrem de mult în această situație inițierea precoce a alăptării, poziționarea corectă la sân și sprijinul celor din jur.*



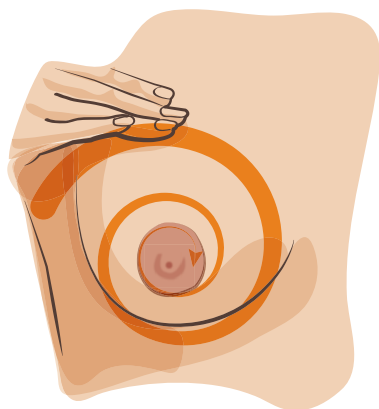
## 14. Lapte insuficient

Principalele cauze ale unei secreții lactate insuficiente sunt: alăptarea rară (orar impus de alăptare, copil somnoros, întârzierea alăptărilor, nerecunoașterea semnelor de foame ale copilului), alăptări scurte, grăbite, incomplete, introducerea altor alimente prea devreme în alimentația copilului (înainte de 4-6 luni sau în cantitate mai mare decât este necesar), confuzia mamelonului (datorită suzetei și/sau alimentației concomitente cu biberonul), poziție incorectă la sân (supt ineficient), reflex ocitocinic slab (griji, dureri, stres, legătură slabă mamă-copil, izolare socială a mamei etc.), oprirea suptului de noapte, presiune excesivă a laptelui în sân (angorjare, mastită, omiterea unei mese, golire insuficientă a sânelui), tratament matern cu contraceptive sau estrogeni, prejudecăți și presiuni din partea anturajului (mai ales în cazul alăptării după vârsta de 1 an), inclusiv lipsa suportului din partea familiei, soțului ori părinților și chiar a personalului medical (când mama nu este sprijinită și nici încurajată să alăpteze).

Producția deficitară de lapte se poate datora unei alimentații și hidratării maternelor insuficiente, consumului excesiv de cafeină, fumatului, sau oboselii. Bolile severe, unele boli mintale, medicația inadecvată perioadei de alăptare, resturi placentare, o nouă sarcină, respingerea copilului (sex nedorit, sarcină nedorită etc.) dar și imaginea de sine negativă a mamei pot duce, de asemenea, la o secreție insuficientă de lapte.

Și copilul poate fi responsabil de secreția insuficientă de lapte: când este hipoton, ori sugă slab (mai ales copiii bolnavi și prematurii), prezintă malformații congenitale, sau are probleme neurologice care afectează reflexul de supt.

Apa, soluțiile glucozate, formulele sau alte suplimente hidrice nu sunt necesare nou-născutului sănătos alimentat la sân, oferirea acestora afectează producția de lapte matern și cresc riscul de infecție (prin contaminare) și alergii. Oferirea de biberoane, tetine, suzete nou-născuților alimentați la sân interferează cu actul suptului și împiedică însușirea unei tehnici corecte de supt, stimularea și întreținerea lactației. Copilul își folosește altfel musculatura gurii atunci când sugă din suzetă, altfel pentru tetină, altfel când e aplicat un mamelon fals și altfel pentru sân. În acest fel poate să apară confuzia mamelonului și suptul devine dificil, copilul poate chiar refuza sânul. Tetina, suzeta chiar și mamelonul fals sunt surse posibile de infecții.



## 15. Masajul sânilor și evacuarea laptelui prin muls

Masajul sânilor este recomandat pentru deblocarea canalelor înfundate sau blocate, pentru detensionarea sânilor angorjați și pentru creșterea producției de lapte. Masajul combină mai multe tipuri de mișcări. Se începe cu un masaj ușor al sânului. Cu degetele unite, se fac mișcări circulare deasupra, lateral și dedesubtul zonei areolare. Apoi, cu degetele adunate în pumn, apăsând cu blândețe, se masează sânul spre mamelon din toate direcțiile. Se mobilizează astfel laptele din ductele și sinusurile lactifere spre orificiile mamelonare. Masajul se

repetă, pe parcursul mulsului, ori de câte ori laptele curge mai încet, mai greu. Pentru golirea sânului se aplică degetele pe zona areolară, se apasă ușor spre torace și se strânge apoi zona cuprinsă între degete. Golirea sânului se face rotind mereu degetele radiar în jurul areolei și mamelonului. Toate aceste mișcări trebuie să fie blânde: pielea sânului este foarte sensibilă și poate fi rănită repede și mișcările brutale, apăsarea puternică, tragerea sânului cu degetele declanșează durere. Golirea sânului poate fi necesară în anumite situații: furia laptelui, angorjarea sânilor, copil prea mic, prematur sau bolnav care nu poate fi pus la sân, stimularea apariției secreției lactate, copilul nu a golit bine sânul sau nu sugă decât de la un singur sân. Este important ca înainte de masajul pentru muls mama să își spele bine mâinile.

## 16. Durata alăptării

Laptele matern este alimentul ideal pentru nou-născut și sugarul de până la 6 luni, asigurând în totalitate aportul nutritiv necesar unei creșteri și dezvoltări armonioase în această perioadă. După vârsta de 4-6 luni se începe diversificarea, adică introducerea altor alimente, lichide, semisolide și solide, în alimentația copilului. Se recomandă continuarea alăptării, în paralel cu diversificarea alimentației până la vârsta de 2 ani și peste 2 ani, atât timp cât mama și copilul doresc. Laptele de mamă își păstrează în continuare toate calitățile nutritive chiar dacă nu mai acoperă total nevoile copilului după vârsta de 6 luni. În plus, fiecare masă la sân este, pe tot parcursul alăptării, indiferent de vârsta copilului, un vaccin. Mama furnizează copilului său, în permanență, prin laptele matern, anticorpi față de toți microbii din mediul în care trăiește. De aceea copilul alăptat la sân se îmbolnăvește mult mai rar iar când e bolnav face forme ușoare de boală, vindecarea este rapidă și deseori alăptarea ajută copilul să treacă cu bine peste bolile acute ale perioadei de sugar și copil mic și previne deshidratarea atunci când, din cauza bolii, copilul refuză alte alimente.

## 17. Contraindicații alăptării

Contraindicațiile materne ale alăptării sunt: chimioterapia, consumul de droguri recreaționale intravenos, examinări radiologice și imagistice cu utilizare de radioizotopi radioactivi în scop diagnostic (contraindicație temporară) sau terapeutic (contraindicație temporară sau definitivă), ingestia maternă de alcool (peste 0,5 g alcool/kgc/zi), infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV), tuberculoză activă, infecție cu herpes virus simplex cu leziuni active la nivelul sânilor și hepatita B cu viremie prezentă.

Contraindicațiile alăptării din partea copilului cuprind unele boli extrem de rare: galactozemia, deficitul congenital de lactază, boala urinelor cu miros de sirop de arțar și fenilcetonuria.

## 18. Beneficiile alăptării pentru copil și mamă

Alăptarea prezintă o sumă de beneficii pe termen scurt și lung atât pentru copil cât și pentru mamă. Între beneficiile alăptării pentru copil se numără: scăderea incidenței infecțiilor gastro-intestinale, ale căilor respiratorii superioare și urechii, scăderea riscului de moarte subită a sugarului, reducerea riscului de alergii, diabet zaharat de tip 1 și 2, malnutriție, obezitate, hipercolesterolemie, boală inflamatorie intestinală, leucemie. În plus, alăptarea ajută la dezvoltarea corectă a dentiției, maxilarelor și vorbirii, stimulează dezvoltarea cognitivă și motorie și are efect analgezic.

În ceea ce privește beneficiile alăptării pentru mamă au fost citate: favorizarea involuției mai rapide a uterului după naștere, prevenirea hemoragiilor de după naștere, revenirea mai rapidă la greutatea de dinainte de sarcină, reducerea riscului de anemie, întârzierea apariției unui nou ciclu menstrual, protecție împotriva cancerului de sân, de ovar, reducerea riscului de osteoporoză, diabet zaharat de tip 2, scăderea necesarului de insulină la mamele diabetice. În plus, alăptarea ajută la consolidarea relației psiho-afective dintre mamă și copil, este mai comodă, mai puțin obositoare și economică pentru timpul mamei (este gata preparat) și pentru bugetul familiei.



## 19. Alegerea unei formule

În situația în care alăptarea este contraindicată sau secreția lactată este insuficientă, dovedită prin creșterea deficitară a copilului, se recomandă administrarea unei formule. Formula este un produs alimentar derivat din laptele de vacă sau de la alte animale și/sau alte ingrediente de origine animală sau vegetală care s-au dovedit a fi adecvate nutrițional și sigure pentru creșterea și dezvoltarea normală a nou-născutului și sugarului. Formulele de început sunt produse alimentare destinate alimentării sugarilor în primele 5-6 luni de viață și care acoperă singure nevoile nutriționale ale acestor sugari până la introducerea unei alimentații complementare corespunzătoare. Formulele de continuare sunt produse alimentare destinate alimentării sugarilor după introducerea alimentelor complementare, fiind principalul component lichid al alimentației după vârsta de 5-6 luni. Formulele speciale sunt formule destinate alimentației nou-născuților cu nevoi nutriționale particulare (boli, prematuritate, situații particulare).

Alimentația artificială este alimentarea copilului exclusiv cu formulă. Alăptarea parțială (alimentația mixtă) este alimentarea copilului la sân dar și cu alt tip de lapte. Orice aliment care înlocuiește parțial sau total laptele matern, indiferent dacă este sau nu corespunzător acestui scop, este considerat substituent al laptelui matern. Sunt exceptate din această definiție formulele utilizate în scop terapeutic.

Nou-născutul la termen, sănătos, care nu poate fi alimentat cu lapte matern sau care necesită suplimentare trebuie alimentat cu formule de început bazate pe proteine din lapte de vacă. Compoziția formulelor de început destinate nou-născutului la termen sănătos trebuie să se bazeze pe legislația în vigoare (națională și europeană) și pe recomandările comitetelor de experți (ESPGHAN).

Formulele hipoalergenice (hipoantigenice) conțin sub 1% proteine imunoreactive din totalul surselor de azot din formulă, obținute prin hidroliza proteinelor. Formulele parțial hidrolizate sunt formule hipoalergenice în care proteinele din laptele de vacă sunt hidrolizate în proporție de 12-15%. Formulele extensiv hidrolizate (semielementale) sunt formule hipoalergenice în care proteinele din laptele de vacă sunt hidrolizate în proporție de 50-55% iar formulele pe bază de aminoacizi (elementale) sunt formule în care sursa de

proteine este reprezentată doar de aminoacizi. Formulele parțial hidrolizate sunt recomandate ca formulă de început în alimentația nou-născutului la termen sănătos cu risc de alergii iar cele extensiv hidrolizate și cele pe bază de aminoacizi nu se administrează la nou-născuții la termen sănătoși, acestea fiind destinate copiilor cu alergii sau intoleranță la proteinele laptelui de vacă.

Prebioticele sunt ingrediente alimentare nedigerabile cu acțiune benefică asupra sănătății gazdei, stimulând selectiv creșterea unui număr limitat de bacterii intestinale care fac parte din flora sănătoasă. Probioticele sunt suplimente alimentare microbiene (preparate celulare microbiene sau componente ale celulelor microbiene) care ameliorează balanța microbiologică intestinală cu efect benefic asupra sănătății și stării de bine a gazdei. În cazul nou-născutului la termen sănătos formulele de început îmbogățite cu probiotice sunt recomandate pentru profilaxia bolilor diareice acute și pot fi utilizate pentru prevenirea alergiilor ori în scopul modulării răspunsurilor imune ale sugarului.

Formulele pe bază de proteine din soia nu sunt recomandate pentru alimentația nou-născutului la termen sănătos dar pot fi utilizate dacă părinții, corect informați și consiliați, aleg o alimentație de tip vegetarian. Carențele formulelor pe bază din proteine din soia includ: calitatea inferioară a proteinei din soia, inhibare absorbției fierului de către acidul fitic din soia, biodisponibilitatea redusă a fosforului și conținut crescut de aluminiu și izoflavone.

Atunci când este necesară, prescrierea unei formule trebuie efectuată individualizat, în funcție de vârsta de gestație, vârsta cronologică, antecedentele heredo-familiale și particularitățile morfo-funcționale și fiziologice ale fiecărui copil în parte.

## 20. Laptele de vacă

Laptele de vacă are o compoziție net diferită de cea a laptelui matern (conținut mult mai mare de proteine și grăsimi și conținut redus de glucide, mari diferențe în conținutul de minerale, vitamine și alte componente esențiale pentru dezvoltarea nou-născutului și sugarului), digestibilitate redusă. Alimentația sugarului cu lapte de vacă crește riscul de alergii, rahitism, obezitate, anemie feriprivă și alte carențe nutriționale. Se recomandă amânarea

introducerii laptelui de vacă până după vârsta de 1 an, chiar 2 ani. Sunt acceptate cantități mici de lapte de vacă pentru prepararea altor alimente complementare după vârsta de 9 luni.

## 21. Evaluarea creșterii

În primele luni de viață pot fi folosite următoarele criterii de apreciere a stării de bine a copilului alimentat la sân: copilul atinge greutatea de la naștere la maxim 2 săptămâni de la naștere, crește în greutate 115 – 220 g/săptămână până la 3 luni, prezintă până la 5-8 scaune/zi, cu aspect galben auriu, semiconsistente, scaunele fiind adesea eliminate în timpul sau imediat după alăptare (sau chiar cu ocazia fiecărei alimentații, scaune moi, în cantitate redusă – așa numita diaree la sân) și 6-10 micțiuni/zi.

Pentru evaluarea creșterii în greutate a copilului se recomandă folosirea curbelor de creștere în greutate specifice în funcție de tipul de alimentație (indicate la referințe bibliografice). Ritmul de creștere în greutate al copiilor alimentați la sân diferă de al celor alimentați cu formule: cei alimentați la sân cresc mai rapid în primele 2-3 luni, apoi ritmul de creștere încetinește. Creșterea este considerată normală dacă curba de creștere a copilului urmează în paralel percentilele apropiate și există motive de îngrijorare dacă curba de creștere a copilului intersectează în sus sau în jos percentilele adiacente și are tendința de a menține acest curs.

Principalii factori care influențează creșterea sunt: moștenirea genetică, sexul copilului, tipul de alimentație, regiunea geografică, bolile acute și cronice, tratamente care influențează creșterea, prematuritatea, greutatea mică la naștere, dar și factori socio-economici precum venitul și educația familiei.

## Referințe

1. WHO. Indicators for assessing breast feeding practices: Report of an informal meeting. Geneva, 1991
2. WHO. Promoting proper feeding for infants and young children. Geneva, 2004
3. WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Geneva, 2001
4. Horta BL, Bahl RB, Martines JC, Victora CG. Evidence of the Long-Term Effects of Breastsfeeding: Systematic Reviews and Metaanalysis. Geneva, 2007
5. International Lactation Consultant Association (ILCA). Recommendations and competencies for lactation consultant practice. Raleigh NC, ILCA, 2003
6. Garza C, de Onis M. Rationale for developing a new international growth reference. Food Nutr Bull 2004
7. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. Pediatr Clin North Am 2001
8. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs: Transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics 2001;
9. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, UNICEF. Breastfeeding and maternal medication. Recommendations for Drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs, Geneva, 2003
10. Koletzko B et al. Pediatric Nutrition in Practice. Basel, Karger, 2008
11. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During the First Six Months of Life. Geneva, WHO 2002
12. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2012
13. Forster DA, McLachlan HL. Breastfeeding Initiation and Birth Setting Practices: A Review of the Literature. J Midwifery Womens Health 2007

14. WHO. HIV and Infant Feeding Technical Consultation. WHO Press, World Health Organization, Geneva, 2006
15. WHO, UNICEF. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes, WHO Press, Geneva, 2009
16. Turk D. Formula feeding, in Koletzko B: Nutrition in Practice. Basel, 2008
17. Koletzko B et al. Global Standard for the Composition of Infant Formula: Recommendations of an ESPGHAN Coordinated International Expert Group. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005
18. Zaharie Gc, Matyas M, Popa M, Blaga L. Alimentația nou-născutului la termen sănătos. În Ognean MI (ed): Colecția Ghiduri Clinice pentru Neonatologie Ghidul 02/Revizia 0, Editura Alma Mater Sibiu, 2011;
19. Filip V, Olariu G, Țunescu M, Știube D, Icma D, Olariu S, Chirea B, Szabo J. Alimentația enterală a nou-născutului la termen bolnav. În Ognean MI (ed): Colecția Ghiduri Clinice pentru Neonatologie Ghidul 09/Revizia 0, Editura Alma Mater Sibiu, 2011;
20. Monitorul Oficial al României. Ordin pentru modificarea și completarea Normelor privind alimentele cu destinație nutrițională specială, aprobate prin Ordinul ministrului familiei și al ministrului agriculturii, alimentației și pădurilor nr. 387/251/2002, 783/19.11.2007
21. The Commission of the European Communities. Commission Directive 2006/141/EC of 22 December 2006 on infant formulae and follow-up formulae and amending Directive 199/21/EC Official Journal of the EU, 2006
22. WHO, Nutrition Unit. International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, WHO, Geneva, 1981
23. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008
24. Koletzko S. Allergy prevention through early nutrition in Koletzko B: Pediatric Nutrition in Practice, Basel, Karger 2008
25. Lifschitz C. Is There a Consensus in Food Allergy Management? J of Pediatr Gastroenterol and Nutrition 2008
26. Host A, Koletzko B, Dreborg S, Muraro A, Wahn U, Aggett P et al. Dietary products used in infants for treatment and

- prevention of food allergy. Joint Statement of the European Society for Paediatric Allergology and Clinical Immunology (ESPACI) Committee on Hypoallergenic Formulas and the ESPGHAN Committee on Nutrition. Arch Dis Child 1999
27. Thompkinson DK, Kharb S. Aspects of Infant Food Formulation. Comprehensive Reviews In Food Science And Food Safety 2007
  28. Szajewska H, Setty M, Mrukowicz J, Guandalini S. Probiotics in Gastrointestinal Diseases in Children: Hard and Not-So-Hard Evidence of Efficacy. J of Pediatr Gastroenterol and Nutrition 2006;
  29. McFarland LV, Elmer GW, McFarland M. Meta-analysis of probiotics for the prevention and treatment of acute pediatric diarrhea. International J of Probiotics and Prebiotics 2006
  30. Johnston BC, Supina AL, Vohra S. Probiotics for pediatric antibiotic-associated diarrhea: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. CMAJ 2006
  31. Johnston BC, Supina AL, Ospina M, Vohra S. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007
  32. Bhatia J, Greer F, American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition: Use of Soy Protein-Based Formulas in Infant Feeding, Pediatrics, 2008
  33. ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C et al. Soy protein infant formulae and follow –on formulae: a commentary by ESPGHAN Committee on Nutrition, Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2006
  34. Institutul pentru ocrotirea mamei și copilului, Ministerul Sănătății, UNICEF. Promovarea alăptării. Curs pentru medici și asistente. Caietul participantului, 2003
  35. Ognean ML. Alăptarea. De ce? Cum? Cât? Sfaturi pentru mame. 2005
  36. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2017

Recomandări pentru identificarea medicamentelor compatibile cu alăptarea:

1. <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>  
- LactMed (plus aplicație pentru telefon)
2. E-Lactancia (spaniolă și engleză)

Recomandări pentru curbe de creștere:

1. curbe de creștere ale copilului alimentat la sân:  
<http://www.who.int/childgrowth/standards/en>
2. curbe de creștere ale copilului alimentat mixt sau cu formule: [www.euro-growth.org](http://www.euro-growth.org) sau [http://www.ms.ro/documente/02%20alimentatia%20nou%20nascutului%20la%20termen%20sanatos\\_9180\\_7481.pdf](http://www.ms.ro/documente/02%20alimentatia%20nou%20nascutului%20la%20termen%20sanatos_9180_7481.pdf)

“Toate femeile ar trebui să aibă dreptul și posibilitatea să alăpteze exclusiv și toți sugarii ar trebui să fie alăptați exclusiv până la 4-6 luni. Copiii ar trebui să fie alăptați în continuare, până la 2 ani și peste 2 ani [...]”

DECLARAȚIA INNOCENȚI, 1990

Articolul 24

1. Statele părți recunosc dreptul copilului de a se bucura de cea mai bună stare de sănătate posibilă [...]
2. Statele părți vor depune eforturi pentru a asigura aplicarea efectivă a acestui drept și, în mod deosebit, vor lua măsurile corespunzătoare pentru:
  - a. [...]
  - e. asigurarea că toate segmentele societății, în mod deosebit părinții și copiii, sunt informate, au acces la educație și sunt sprijinite în folosirea cunoștințelor de bază despre sănătatea și alimentația copilului, despre avantajele alăptării, ale igienei și salubrității mediului înconjurător și ale prevenirii accidentelor.

Convenția ONU cu privire la drepturile copilului

Salvați Copiii România este o organizație de utilitate publică, a cărei misiune este aceea de a garanta egalitatea de șanse pentru toți copiii, indiferent de mediul din care aceștia provin, prin utilizarea propriei expertize, precum și prin activități de lobby și advocacy asupra factorilor de decizie și mobilizarea liderilor din societatea civilă.

Salvați Copiii promovează de 27 ani drepturile copilului, în acord cu prevederile Convenției Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului. Peste 1.500.000 de copii au fost incluși în programe educative, de protecție și asistență medico-socială, de stimulare a participării lor în acțiuni de promovare și recunoaștere a drepturilor lor.

Salvați Copiii este membru al Save the Children International, cea mai mare organizație independentă din lume de promovare a drepturilor copiilor, care cuprinde 30 de membri și desfășoară programe în peste 120 de țări.



**Salvați Copiii**  
Save the Children România

#### **Secretariatul General**

Intr. Ștefan Furtună nr. 3, sector 1,  
010899, București, România

**telefon:** +40 21 316 61 76

**fax:** +40 21 312 44 86

**e-mail:** [roscc@salvaticopiii.ro](mailto:roscc@salvaticopiii.ro)

**web:** [www.salvaticopiii.ro](http://www.salvaticopiii.ro)