

ОПТИМИЗАЦИЯ ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ПОСТКОНЦЕПТУАЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Юлдашева¹ Г.Г., Тошпулатова² Г.О.

Бухарский государственный медицинский институт PhD, доцент кафедры педиатрии¹, студентка 5 курса Бухарского государственного медицинского института² Бухара, Узбекистан

Юлдашева Гулноз Гиозовна, yuldashevagulnoz@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9095-200X>

Тошпулатова Гавхаршодбегим Отабековна tashpulatova.gagi@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0009-0007-8193-7469>

Оптимизация вскармливания недоношенных детей в настоящее время является одним из приоритетных направлений неонатологии и педиатрии. Основная проблема вскармливания глубоко недоношенных детей заключается в том, что возможности незрелой пищеварительной, эндокринной и иммунной систем этих детей не соответствуют их высоким потребностям в нутриентах. Незрелость желудочно-кишечного тракта проявляется в сниженной и дискоординированной моторной функции кишки, низкой активности мотилина, сниженной активности пищеварительных ферментов (лактазы, липазы, пепсина и др.), повышенной проницаемости слизистой оболочки кишки, несовершенстве иммунной защиты.

К основным причинам нарушения питания у недоношенных детей относятся:

- необходимость быстрого клеточного роста и высокая потребность в белке и энергии; v низкие запасы гликогена, жира;
- ограниченная моторика: низкоамплитудная, некоординированная и нерегулярная перистальтика ЖКТ [7];
- пониженная кислотность желудочного сока; v снижение активности протеолитических ферментов, прежде всего лактазы и панкреатической липазы;
- особенность строения слизистой оболочки кишки, плотных контактов, повышенная проницаемость кишечной стенки [8];
- особенности эндокринной системы ЖКТ [8, 9].

В связи с этим у недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ чаще отмечаются нарушения толерантности к энтеральному питанию, высок риск развития таких тяжелых состояний, как некротизирующий энтероколит (НЭК), спонтанная интестинальная перфорация. В настоящее время не подлежит сомнению тот факт, что раннее энтеральное питание, прежде всего молозивом и грудным

молоком, имеет ключевое значение для развития пищеварительного тракта, профилактики инфекции и НЭК [10, 11]. Задержка энтерального питания ведет к атрофии слизистой оболочки незрелой кишки, отставанию в развитии мотильности кишки, нарушению абсорбции, секреции гормонов, а также к сдвигу воспалительного ответа в сторону увеличения провоспалительных цитокинов и хемокинов [12]. Результатом атрофии слизистой оболочки кишки являются бактериальная транслокация, изменение микробиоты кишки, нарушение барьерной функции [13]. Задержка и медленное наращивание энтерального питания пролонгируют длительность парентерального питания и тем самым увеличивают риск таких осложнений, как сепсис, холестаз, тромбозы.

Организация адекватного вскармливания является одним из основных аспектов в процессе выхаживания недоношенных детей. Рациональное и успешное энтеральное питание недоношенных новорожденных (особенно детей с экстремальной и очень низкой массой тела при рождении) – проблема очень сложная и многогранная. Критерием адекватности вскармливания считаются в первую очередь прибавки массы тела (МТ). Рост недоношенного новорожденного происходит медленнее, чем ожидаемый рост плода в том же постконцептуальном возрасте (рис. 1). Замедление роста после рождения – рост после рождения недоношенного новорожденного медленнее, чем ожидаемый рост плода в том же постконцептуальном возрасте. Доказано, что достаточные прибавки МТ в периоде новорожденности и в дальнейшем играют важную роль в психическом развитии ребенка, развитии речи, способности к обучению, влияют на поведенческие реакции, индекс интеллектуальности (IQ) в школьном возрасте.

Современные рекомендации по вскармливанию новорожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении основаны на принципе раннего форсированного введения питательных веществ с целью коррекции дефицита питания сразу после рождения ребенка [1, 2]. Успешное внедрение этого принципа (по сравнению с практиковавшимся ранее более постепенным увеличением количества парентерально вводимого питания и отсрочкой начала энтерального питания на 1-2 недели) стало возможным благодаря развитию высоких технологий интенсивной терапии новорожденных и совершенствованию состава питательных субстратов. Лучшая клиническая практика вскармливания недоношенных детей сегодня следующая:

-Минимальное энтеральное питание с первых часов жизни (первые 6 ч) – «трофическое»

-Быстрое расширение объема энтеральной нагрузки и достижение полного объема энтерального питания к 7–14-м суткам жизни

-Исключительный приоритет – грудное молоко, обогащение «зрелого» грудного молока при достижении объема питания 80–100 мл/кг в сутки

-При отсутствии грудного молока специализированные смеси для недоношенных.

Для недоношенного ребенка оптимальным питанием, бесспорно, является материнское молоко, как наиболее адекватный источник сбалансированных и легко усваиваемых пищевых и защитных биологически активных веществ.

Преимущества нативного молока:

- ✓ сохраняет все защитные факторы;
- ✓ способствует более быстрой эвакуации из желудка;
- ✓ обеспечивает лучшее всасывание жиров;
- ✓ стимулирует моторику ЖКТ;
- ✓ снижает риск возникновения некротизирующего энтероколита;
- ✓ снижает вероятность тяжелого течения бронхолегочной дисплазии и ретинопатии недоношенных;
- ✓ обеспечивает лучшее психомоторное и интеллектуальное развитие.

Известно, что у недоношенных детей, находящихся на грудном вскармливании (ГВ), реже встречаются язвенно-некротический энтероколит и другие заболевания. Женское молоко после преждевременных родов имеет особый состав, в большей степени соответствующий потребностям недоношенных детей в пищевых веществах и соотносящийся с их возможностями к перевариванию и усвоению. По сравнению с молоком женщин, родивших в срок, в нем содержится больше белка (1,2–1,6 г/100 мл), особенно на 1-м месяце лактации, несколько больше жира и натрия и меньше лактозы при одинаковом общем уровне углеводов. Для молока женщин после преждевременных родов характерно и более высокое содержание ряда защитных факторов, в частности лизоцима. Несмотря на особый состав молоко преждевременно родивших женщин может удовлетворить потребности в пищевых веществах лишь у недоношенных детей с относительно большой массой тела — более 1800–2000 г. Недоношенные дети с меньшей массой тела после окончания раннего неонатального периода постепенно начинают испытывать дефицит белка, ряда минеральных веществ (кальция, фосфора, магния, натрия, меди, цинка и др.) и витаминов (В 2, В 6, С, D, Е, К, фолиевой кислоты и др.). Обогащение женского молока специальными «усилителями» или добавление смесей на основе гидролизатов сывороточных белков восполняет дефицит пищевых веществ, позволяет оптимизировать их метаболизм у незрелых детей на ранних этапах выхаживания и, таким образом, повысить массо-ростовые показатели. При отсутствии возможности использования

указанных специализированных добавок и лечебных смесей в питании преждевременно родившихся детей необходимо проведение смешанного вскармливания. С этой целью должны назначаться специализированные молочные продукты, предназначенные для питания недоношенных детей.

В настоящее время противопоказания к раннему назначению энтерального питания у новорожденных, в том числе у детей с ЭНМТ и ОНМТ, при рождении значительно сужены. Противопоказания: обструкция ЖКТ, необходимость хирургического вмешательства на ЖКТ, НЭК, кровотечение из ЖКТ. Показания к временной задержке старта или временной отмене энтерального питания: реанимационные мероприятия, декомпенсация кислотно-основного состояния, шок, анурия. Факторы риска снижения толерантности к энтеральному питанию: асфиксия, нулевой или ретроградный диастолический кровоток в пупочной артерии плода, сепсис, наличие пупочного венозного или артериального катетера, ЗВУР тяжелой степени, гипотермия, гемодинамически значимый открытый артериальный проток, терапия нестероидными противовоспалительными препаратами [31].

Продукты прикорма назначаются недоношенным детям начиная с 4–5-месячного возраста. Введение прикорма до 4 месяцев недопустимо в связи с незрелостью как пищеварительной системы, так и обменных процессов. Позднее назначение продуктов прикорма также непозволительно, поскольку запас нутриентов (минеральных веществ и отдельных витаминов) у детей, родившихся раньше срока, резко ограничен. Использование специализированных смесей для недоношенных детей «после выписки», возможно, приведет к более позднему назначению продуктов прикорма. Введение прикорма осуществляется медленно и постепенно. До достижения детьми 7–8-месячного возраста каждое кормление должно заканчиваться прикладыванием ребенка к груди или применением молочных смесей. Для маловесных детей, получивших массивную, в том числе антибактериальную, терапию, характерны дисбиотические изменения и нарушения моторики ЖКТ, поэтому у таких детей очередность введения продуктов имеет свои особенности. Расширение рациона питания начинается за счет введения фруктового пюре, овощного пюре или каши. Введение прикорма начинают с монокомпонентных продуктов. Каши могут вводиться до овощного или фруктового пюре (особенно при наличии у ребенка гипотрофии или железодефицитной анемии), но не ранее 4-месячного возраста. Первыми назначаются безглютеновые (гречневая, рисовая, кукурузная) и безмолочные каши. Они разводятся теми молочными смесями, которые в данное время получает ребенок. Каши не должны содержать каких-либо добавок (фруктов, сахара и др.). При тенденции к развитию железодефицитной анемии мясо, учитывая хорошее усвоение из него гемового железа, может вводиться с 5,5

месяца. Творог назначается не ранее 6 месяцев: дефицит белка в первом полугодии должен восполняться за счет использования высокобелковых смесей, предназначенных для вскармливания недоношенных детей. Соки, особенно свежеприготовленные, целесообразно вводить позднее, после 6 месяцев, поскольку при раннем назначении они могут провоцировать срыгивания, колики, диарею, аллергические реакции. К тому же их пищевая ценность невелика. Своевременное и адекватное введение прикорма является залогом успешного развития недоношенного ребенка, обеспечивает его гармоничное психофизическое развитие.

Таким образом, рациональное вскармливание недоношенных детей базируется на знании их анатомо-физиологических особенностей, с учетом обменных процессов и наличия перинатальной патологии, и строится на основе современных диетологических технологий.

Литература

1. Адамкин Д.Х. Стратегии питания младенцев с очень низкой массой тела при рождении: Пер. с англ. / Под ред. Е.Н. Байбариной.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 176 с.
2. Ведение детей, рожденных с экстремально низкой массой тела. Клинический обзор международных данных // Информационно-образовательный вестник. Здоровье семьи.– 2011 – № 2. – 24 с.
4. Вскармливание недоношенных детей. Методические рекомендации / Сост.: Нароган М.В., Ворона Л.Д., Коровина И.В. – М., 2012. – 32с.
5. Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении. Методическое письмо / Под ред. Е.Н. Байбариной, Д.Н. Дегтярева, В.И. Широковой. – М., 2012. 70 с.
6. Нароган М.В., Яцык Г.В., Сюткина Е.В. Исследование энергетического обмена методом непрямой калориметрии у новорожденных детей // Вопр. соврем. педиатрии. – 2006. – №4. – С. 39–43.
7. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. – М., 2011. – 68 с.
8. Рациональное вскармливание недоношенных детей: Методические указания / Боровик Т.Э., Яцык Г.В, Ладодо К.С. и др. – М., 2012. – 68 с.
10. Рооз Р., Генцель-Боровичеши О., Прокитте Г. Неонатология. Практические рекомендации.– М.: Медицинская литература, 2011. – 568 с.
11. Современные принципы выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении: Учеб. пособие / Сост.: Тамазян Г.В., Захарова Н.И., Нароган М.В. и др. – М., 2011. – 27с.
12. Значение оптимального переваривания белка для повышения его пищевой ценности, формирования полезной кишечной микрофлоры и уменьшения сенсibilизации иммунной системы /Шаафсма А., Грибакин С.Г., Гаранкина Т.И., Давыдовская А.А.// Педиатрия. – 2013. – Т.92, № 1. – С.93–96.