

## ОЦЕНКА ПИТАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Плаксина А.Н.<sup>1</sup>, Коток Е.А.<sup>2</sup>, Пономарева О.Ю.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум»

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Грудное вскармливание является золотым стандартом для младенцев независимо от срока гестации. У большинства недоношенных отмечается дефицит массы тела. Основную часть прибавки массы тела у недоношенного составляют белки. Для вскармливания таких детей применяется обогащенное грудное молоко. При недостаточности грудного молока рекомендуется специализированная смесь, богатая белками, ПНЖК, витаминами, микронутриентами. При анкетировании выявлено, что среди недоношенных детей распространено грудное вскармливание. Наиболее частой причиной перехода на искусственное вскармливание является нехватка или отсутствие грудного молока. Также следует отметить, что при выборе смеси мамы чаще обращают внимание на наличие полезных веществ, а не на содержания белка.

**Ключевые слова:** недоношенные дети, анкетирование матерей, вскармливание.

## Nutritional assessment of premature infants according to the survey of parents

Plaxina A.N., Kotok E.A., Ponomareva O.Yu.

<sup>1</sup>State financed Health Institution Sverdlovsk region Children's Clinical Hospital of remedial treatment Scientific-Practical Centre "Bonum", Ekaterinburg, Russia

<sup>2</sup>Urals State Medical University, Ekaterinburg, Russia

The gold standard for the feeding of infant is breastfeeding and it's nondependent of gestation. Most premature infants are underweight. The main part weight gain in preterm babies make up proteins. The substrate for the feeding of such children is enriched breast milk. There is recommended to use infant formula if a breast milk is not available. The survey showed that the majority of premature infants are breastfed. The most common cause of the transition to artificial feeding is the lack or absence of breast milk. Mothers choosing infant formula due to the presence of nutrients rather than protein.

**Keywords:** premature infants, a survey of mothers, breastfeeding.

### Введение

Переход на новые критерии живорождения, улучшение реанимационной помощи позволяют выживать большему количеству недоношенных детей. Раннее пищевое

вмешательство является залогом их успешного нейрокогнитивного и физического развития [1, 2, 3]. Именно первые 1000 дней жизни ребенка, по – мнению ЮНИСЕФ, оказывают влияние на всю его дальнейшую жизнь, что нашло свое отражение в движении «Scale –Up Nutrition» программы улучшения положения дел в области питания детей в целях построения справедливого мира [4].

Достижение идеальной модели физического развития недоношенного ребенка происходит посредством соответствия его внутриутробной скорости роста. При этом основной акцент принадлежит композиции тела, которая принципиально отличается у плода на разных сроках гестации. Так, композиционный состав вновь создаваемых тканей у недоношенного ребенка, как и у плода, происходит за счет белковой составляющей (80% при сроке гестации 24-28 недель), в то время как прирост массы тела у доношенного примерно на 40 % обусловлен нарастанием жировой ткани [5]. Таким образом, чем меньше гестационный возраст ребенка, тем большую долю во вновь синтезируемых тканях занимает белок.

Кроме того, важным фактом является коэффициент обновления белка - отношение синтезируемого белка к приращению белка при достаточном количестве энергии. Увеличение синтеза белка возможно только путем увеличения его потребления при одновременном обеспечении достаточной энергетической ценности питания. Увеличение же самой ЭЦ выше определенного предела не повышает ретенцию азотистых веществ. Рекомендации Европейского общества детской гастроэнтерологии, гепатологии и нутрициологии (ESPGHAN) ратифицируют количество белка г/кг/сут, а также долю белка в 100 ккал в зависимости от массы тела ребенка при рождении (табл.1) [6, 7].

Табл. 1.

Количество белка в зависимости от массы тела ребенка при рождении

Рекомендации	Масса тела менее 1200 г		Масса тела более 1200 г	
	г/кг/сут	г/100 ккал	г/кг/сут	г/100 ккал
	ESPGHAN	4,0-4,5	3,6-4,1	3,5-4,0

Преимущества грудного вскармливания очевидны. Кроме того, использование грудного молока для энтерального питания недоношенных детей любого гестационного возраста приводит к снижению риска развития инфекций, язвенно – некротического энтероколита и улучшает нервно – психическое развитие детей, по сравнению с новорожденными, вскармливаемыми адаптированными молочными смесями (уровень доказательности – А)

[8]. В тоже время по данным многочисленных исследований [8-13] детям, рожденным с очень и экстремально низкой массой тела исключительное грудное вскармливание не может обеспечить потребность в основных микро- и макронутриентах, что отразится, прежде всего, на физическом и нервно-психическом развитии. Согласно руководству Всемирной организации здравоохранения по оптимальному вскармливанию детей, рожденных с низкой массой тела, при отсутствии прибавок при употреблении грудного молока необходимо введение обогатителей грудного молока. При отсутствии грудного или донорского молока – перевод на специальные смеси для недоношенных детей [14]. При выборе специализированных смесей необходимо ориентироваться на нормы для недоношенных детей по количеству макро-, микронутриентов и энергетической ценности.

Как правило, проблемы дефицита массы тела возникают при выписке недоношенных детей из стационара, на амбулаторном участке. В решении этого вопроса чрезвычайно важным звеном служат кабинеты катамнеза, прикрепленные к различным структурным подразделениям медицинских организаций (перинатальный центр, поликлиника, центр мониторинга и др.) [15-17]. Преемственность между первым (отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных), вторым (отделении патологии, выхаживания недоношенных) и третьим этапами (амбулаторный участок) выхаживания детей, рожденных преждевременно, позволяет создать замкнутый цикл нутритивных мер раннего вмешательства. Сквозной алгоритм питания, построенный на современных рекомендациях, позволит успешно реабилитировать младенцев, рожденных преждевременно, что снизит заболеваемость данной категории детей.

Немаловажным моментом в реабилитации детей является участие родителей в процессе выхаживания, их мотивированность, грамотность, комплаентность, настроенность на достижение результата, в данном случае на соответствие темпов физического и нейрокогнитивного развития. Так, привлечение матерей к уходу и кормлению недоношенных детей влияет на продолжительность пребывания детей в стационаре, ускоряя сроки выписки (уровень доказательности А), снижая материальные затраты на оказание медицинской помощи [18]. Выписка из стационара, нахождение вне условий круглосуточного наблюдения медицинскими работниками, необходимость в самостоятельном кормлении, уходе за недоношенным ребенком повышает тревожность родителей. Анкетирование является одним из методов сбора информации, что и послужило инструментом проведения данного исследования на базе отделения ретинопатии ГБУЗ СО

ДКБВЛ НПЦ «Бонум», пациентами которого являются все недоношенные дети г.Екатеринбурга и Свердловской области со сроком гестации 32 нед. и менее.

**Цель** - оценить питание недоношенных детей по данным анкетирования родителей.

### Материалы и методы

Объектом исследования явилось питание недоношенных детей, которое было оценено посредством специально разработанных анкет. Субъектом исследования - матери недоношенных детей (n = 81).

### Результаты и их обсуждение

Средний возраст детей составил 2,5 мес. Гестационный срок от 24 до 35 нед. Первый вопрос анкеты касался типа вскармливания детей. По данным рис.1. лишь чуть более трети недоношенных детей (35,4%), рожденных с экстремально низкой и очень низкой массой тела находятся на искусственном вскармливании. Каждого третьего ребенка (33%) матери кормят исключительно грудным молоком, к докорму прибегают в 31,6% случаев по причине низкой прибавки массы тела.

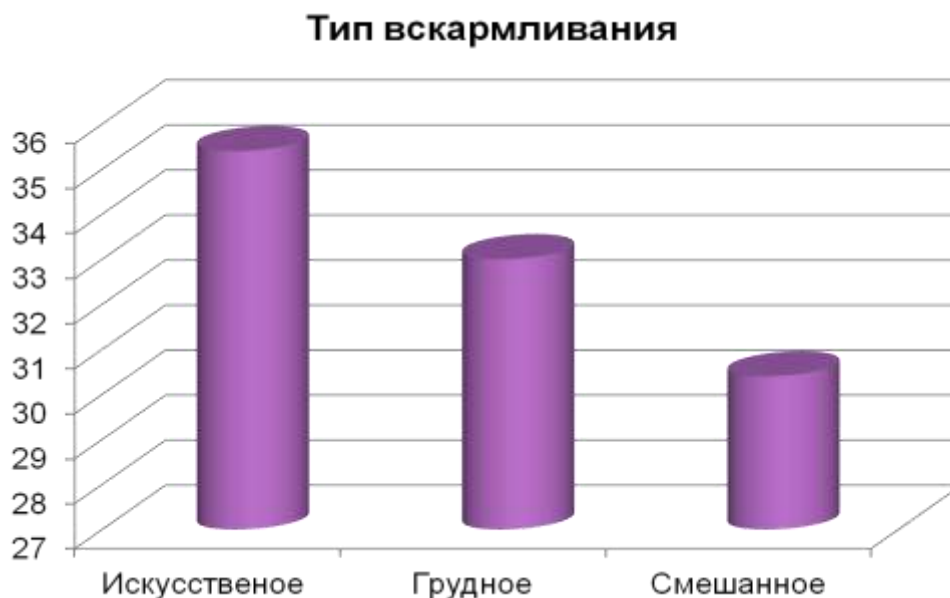


Рис. 1. Тип вскармливания

Так как именно назначение докорма в первые 48 часов, вне зависимости от объёма смеси, резко снижают вероятность грудного вскармливания (ГВ) [19], респондентам были заданы вопросы об информированности о ГВ и тактике назначения докорма. Большинство женщин (54,7%) самостоятельно обладали информацией о пользе ГВ, 45,2% матерей

недоношенных детей узнали от врачей родильного дома, равнозначное количество 6,8% - были проинформированы женской консультацией и родственниками.

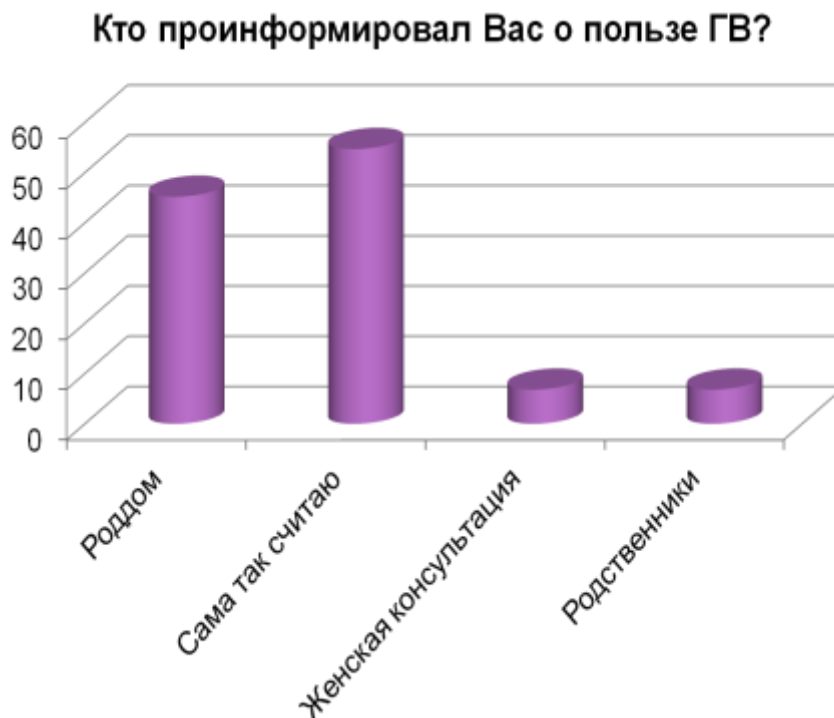


Рис. 2. Информирование о пользе грудного вскармливания

Большинство женщин нацелены на продолжительное грудное вскармливание (рис.3). Почти каждая вторая женщина (38,7%) ориентирована на грудное вскармливание, пока будет молоко. Каждая вторая мать недоношенного ребенка 17,1% собирается оставаться на грудном вскармливании до года, такое же количество расставляет приоритет ГВ более одного года, до 6 месяцев - лишь 14,5% матерей.

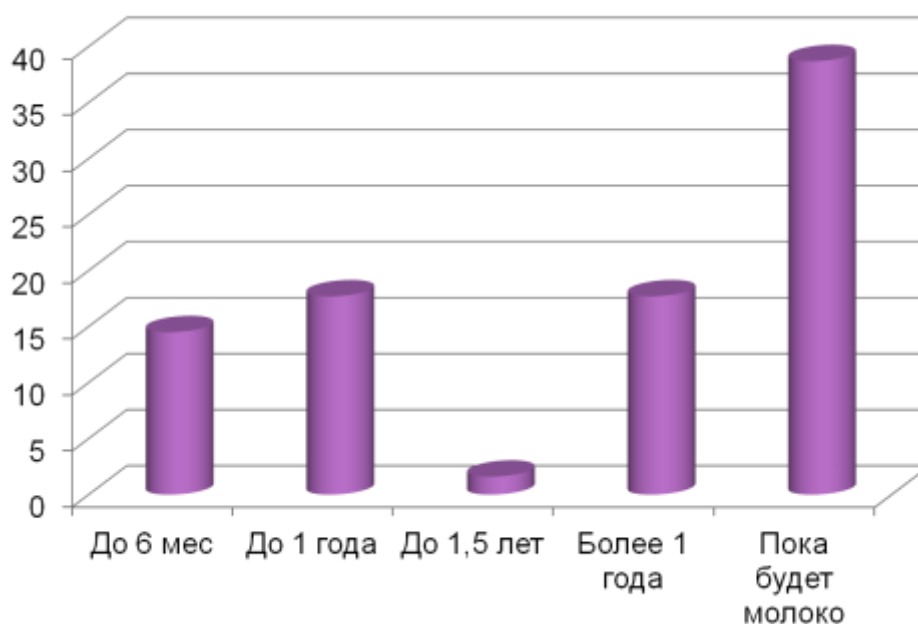


Рис.3. Продолжительность грудного вскармливания

При анализе оснований для прекращения грудного вскармливания самой актуальной причиной среди матерей недоношенных детей явились отсутствие или нехватка грудного молока - 83,3%, что следует из рис.4. Так же к отказу от грудного вскармливания 8,3% респондентов привели объективные причины- разлука с ребенком и 6,3%- болезнь матери или ребенка.

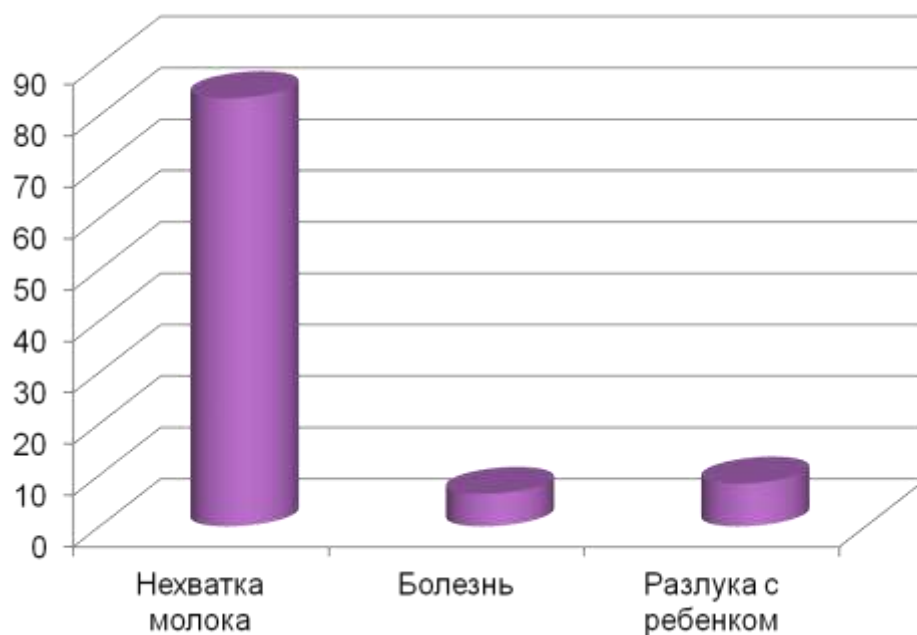


Рис.4. Причина прекращения грудного вскармливания

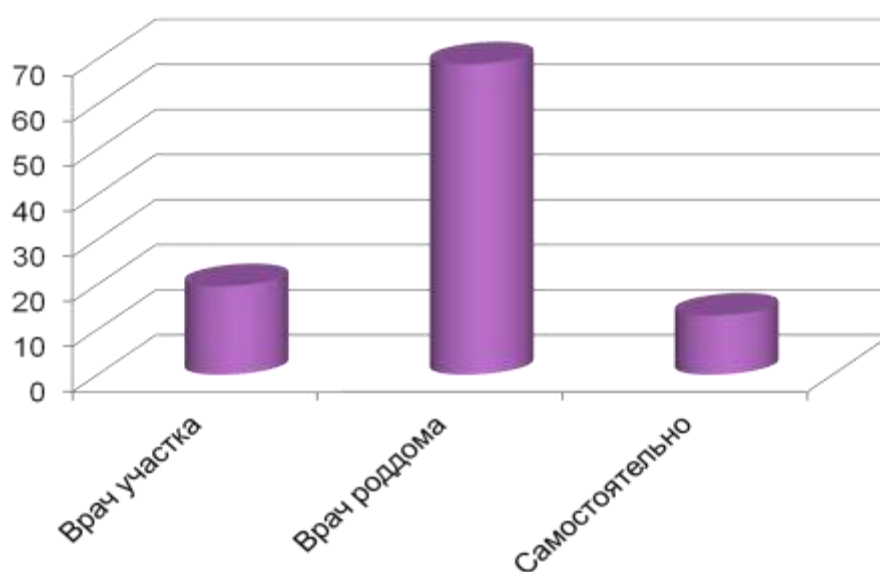


Рис.5. Лицо, назначавшее докорм ребенку

По данным нашего анкетирования, исходя из рис.5 следует, что большинство недоношенных детей получают смесь с момента выписки из медицинской организации (родильного дома, отделения второго этапа выхаживания). Так 68,8% недоношенным детям смесь назначили врачи родильного дома и/или отделения выхаживания недоношенных детей, практически каждому пятому (19,6%) - участковые педиатры. Однако, несмотря на развитие перинатальных технологий, кабинетов катамнеза все же остается процент детей (13,6%), матери которых самостоятельно перевели их на искусственное вскармливание. При этом о выборе смеси основная часть матерей (90%) все же консультируются с врачом, в то же время как 10% подбирают смесь самостоятельно (рис.6).



Рис.6. Выбор смеси

Выбирая смесь, матери недоношенных детей, ориентируются на наличие в ней полезных веществ (80%), на количество белка обращает внимание лишь 12,7% женщин, в то время как 7,3% акцентируют на наличие пальмового масла.

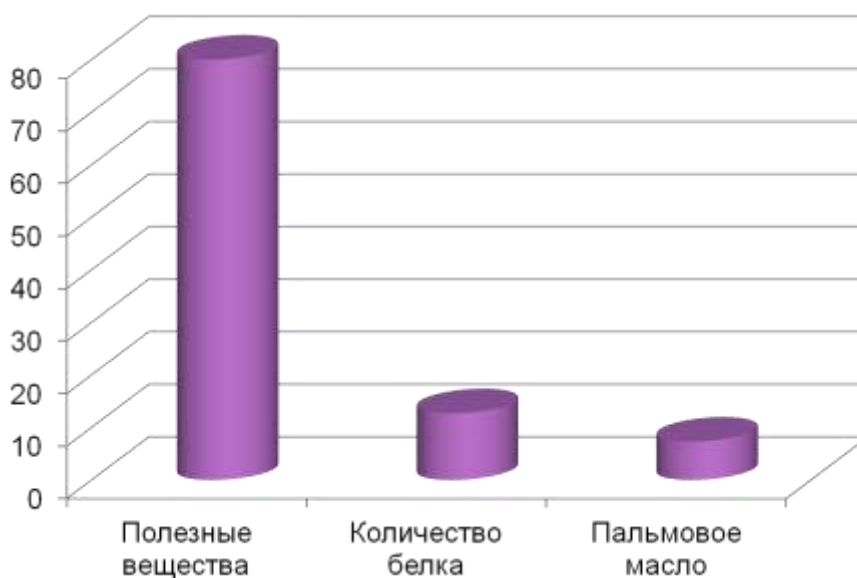


Рис.7. Составляющие при выборе смеси

На вопрос «Может ли смесь заменить грудное молоко?» 83,7% матерей ответили «нет»; 13,7% считают, что смесь может заменить грудное молоко; 2,6% предполагают, что смеси смогут заменить грудное молоко в будущем.

Таким образом, по данным анкетирования матери недоношенных детей достаточно информированы о пользе грудного молока. Каждый третий ребенок, рожденный с экстремальной и очень низкой массой тела, находится на грудном вскармливании. При этом большинство матерей мотивированы на продолжительное грудное вскармливание. На искусственном вскармливании находится лишь треть недоношенных детей. Матери-респонденты выбирают смесь при наличии в ней витаминов и микроэлементов, не обращая внимания на содержание белка, что является критически важным для недоношенного ребенка.

Необходимо усилить поддержку грудного вскармливания, практику сопровождения родителей недоношенного ребенка на амбулаторном участке, в т.ч. используя телемедицинские технологии, Школы для родителей недоношенных детей, разрабатывать интеллектуальные подсказки для оптимизации рабочего времени врача-педиатра при расчете питания, что реализуется в работе Областного центра превентивной педиатрии ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум».



Список литературы

1. Bhatia J. Human milk and the premature infants // J. of Perinatology. -2007.-V.27.-P.S71-74,
2. Growth in the neonatal intensive care unit influences neurodevelopmental and growth outcomes of extremely low birth weight infants / R.A. Ehrenkranz, A.M. Dusick, B.R Vohr. et al. // Pediatrics, 2006.-V. 117.-P. 1253-1261.
3. Bhatia J., Mena P. J. Evaluation of adequacy of protein and energy. Pediatrics.- 2013. - Vol. 162, N 3.- P. 86-88.
4. <http://www.unicef.org> (дата обращения 21.02.2016)
5. Неонатология. Национальное руководство / под редакцией Н.Н.Володина. - 2008 .- Часть 1. – стр. 749.
6. Feeding preterm infants after hospital discharge: a commentary by the ESPGHAN Committee of Nutrition./ Aggett P.J., Agostoni C., Axelsson I. et al. // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2006 - 42(5): P. 596–603.
7. Enteral nutrient supply for preterm infants: commentary from the Europe Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition / Agostoni C., Buonocore G., Carnielli V.P. et al. // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. - 2010. - Vol. 50. - P. 85-91
8. Impact of enteral protein supplementation in premature infants / Barrus D.M. Romano-Keeler J., Carr C. et al.// Research and Reports in Neonatology - 2012. -V.2. -P. 25-31 Cochrane.
9. Serial composition of human milk in preterm and term mothers”/ A.P.S. Narang et al. //Indian Journal of Clinical Biochemistry.- 2006. - 21 (1)- P. 89-94.
10. Senterre T. Optimizing Early Nutritional Support Based on Recent Recommendations in VLBW Infants and Postnatal Growth Restriction. / T. Senterre, J. Rigo // J Pediatr. Gastroenterol. Nutr. - 2011 -; 53(5): P.536-42
11. Bhatia J. Human milk and the premature infants // J. of Perinatology. -2007. -V.27. -P. 71-74
12. Оптимизация энтерального питания глубоко недоношенных новорожденных в условиях стационара / Грошева Е.В., Байбарина Е.Н., Дегтярев Д.Н. и др. // Акуш. и гин. - 2012. - № 2. - С. 57-61.
13. Enteral feeding practices in very preterm infants: an international survey Claus Klingenberg, Nicholas D, Sue E Jacobs et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012;97:F56–F61.
14. WHO/Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middleincome, countries, Geneva,WHO, 2011.
15. Клинические рекомендации. Энтеральное вскармливание недоношенных детей/ Межрегиональная ассоциация неонатологов. /Москва, 2015 – с.

16. Основные закономерности роста и принципы вскармливания глубоконедоношенных детей после выписки из стационара // А.В. Дегтярева, А.А. Пучкова, И.И.Рюмина // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2015. № 2. С. 42-50.
17. Lapillonne A. Nutrition recommendations for the late-preterm infant and the preterm infant after hospital discharge. / A. Lapillonne, L. J. Deborah // *Pediatr.* 2013. Vol. 162, N 3. Suppl. 1. P. 90-100.
18. [http://www.cochrane.org/CD003517/PREG\\_optimal-duration-of-exclusive-breastfeeding](http://www.cochrane.org/CD003517/PREG_optimal-duration-of-exclusive-breastfeeding) (дата обращения 25.02.2016)
19. Relationship between intention to supplement with infant formula and breastfeeding duration. Kim E, Hoetmer S.E., Li Y., Vandenberg J.E. // *Can. J. Public. Health.* - 2013;104(5):e388-93.

---

Плаксина Анна Николаевна – к.м.н., руководитель Областного центра превентивной педиатрии, врач-неонатолог, педиатр, ГБУЗ СО ДКБВЛ НПЦ «Бонум», 620149, Екатеринбург, ул. Бардина, 9а, тел: (343)240-42-68  
[bonum@bonum.info](mailto:bonum@bonum.info)