

И.А. Беляева, Т.В. Турти, О.Л. Лукоянова, М.И. Ивардава, Э.О. Тарзян

Научный центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Обеспечение грудного вскармливания у недоношенных детей: проблемы и пути решения

Контактная информация:

Беляева Ирина Анатольевна, доктор медицинских наук, заведующая отделением для недоношенных детей Научного центра здоровья детей

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (499) 134-15-19, e-mail: irinane@mail.ru

Статья поступила: 07.06.2014 г., принята к печати: 21.07.2014 г.

Обеспечение продолжительного грудного вскармливания является актуальной проблемой неонатологии. Как известно, уникальный состав материнского молока за счет содержания всех необходимых пищевых веществ в достаточном количестве и оптимального их соотношения обеспечивает правильное физическое и нервно-психическое развитие грудного ребенка. Авторы уделили особое внимание обеспечению грудным молоком детей, родившихся недоношенными, в том числе с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Однако, именно у этой категории пациентов наиболее трудно своевременно начать и сохранить грудное вскармливание. Существует много причин, препятствующих адекватному обеспечению грудным молоком недоношенного ребенка. Со стороны матери основной проблемой является гипогалактия, причинами которой могут быть стресс после преждевременных родов, отсутствие уверенности в успешной лактации, временные медицинские противопоказания и, как следствие, отклонения в формировании доминанты лактации, мотивации на длительное грудное вскармливание и др. Со стороны ребенка: тяжелое состояние, отсутствие или слабость сосательного рефлекса, нередко длительное парентеральное и зондовое кормление, необходимость докорма смесью. В статье приводятся данные литературы о различных методах поддержки грудного вскармливания на этапе выхаживания недоношенного ребенка в стационаре, а также представлен опыт поддержки грудного вскармливания, накопленный в Научном центре здоровья детей, который доказывает, что для рационального и продолжительного вскармливания недоношенных детей грудным молоком и обеспечения их нормального роста и развития необходимы одновременная поддержка и сопровождение матери, ребенка и семьи в целом несколькими специалистами (неонатологом/педиатром, психологом, маммологом, диетологом, реабилитологом) не только на этапах родов и выхаживания, но и при выписке из стационара.

Ключевые слова: естественное вскармливание, грудное молоко, новорожденные, недоношенные дети, доминанта лактации, гипогалактия, поддержка грудного вскармливания, образовательные программы, специальные медицинские изделия (бутылочки, соски).

(Педиатрическая фармакология. 2014; 11 (4): 51–58)

ВВЕДЕНИЕ

Успешное выхаживание недоношенных детей — одна из важнейших задач неонатологии на современном этапе [1]. В последние годы в Российской Федерации

отмечается увеличение количества преждевременно родившихся детей, в том числе с очень низкой и экстремально низкой массой тела (ОНМТ, ЭНМТ). К числу обусловивших причин относятся ухудшение состояния

I.A. Belyayeva, T.V. Turti, O.L. Lukoyanova, M.I. Ivardava, E.O. Tarzyan

Scientific Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

Breast Feeding Support in Premature Infants: Problems and Solutions

Support of long-term breast feeding is a pressing issue of neonatology. It is known that the unique composition of breast milk ensures proper physical and neuropsychic development of infants, as it contains all the necessary nutrients in the sufficient amount and optimal proportion. The authors gave specific attention to provision of premature infants, especially with very low and extremely low birth weight, with breast milk. However, it is very difficult to launch and maintain breast feeding in this very category of patients. There are many reasons impeding adequate provision of premature infants with breast milk. The main problem on the part of the mother is hypogalactia, which may be caused by preterm labor stress, lack of confidence in successful lactation, temporary medical contraindications and, therefore, deviant formation of the lactation dominant, motivation towards prolonged breast feeding etc. On the part of the child: severe condition, no or weak sucking reflex, often — prolonged parenteral and tube feeding, need in supplementary feeding. The article presents published data on various methods of maintaining breast feeding at the stage of hospital developmental care of premature infants and experience of breast feeding support accumulated at the Scientific Center of Children's Health, which proves that simultaneous support and follow-up of the child's mother and her family in whole by several specialists (neonatologist/pediatrician, psychologist, breast physician, dietician and recreation therapist) not only at the stages of labor and development care, but also after discharge from hospital are required to ensure rational and prolonged breast feeding of premature infants and normal growth and development thereof.

Key words: natural feeding, breast milk, neonates, premature infants, lactation dominant, hypogalactia, breast feeding support, educational programs, special medical devices (bottles, pacifiers).

(Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology. 2014; 11 (4): 51–58)

здоровья населения в целом, применение вспомогательных репродуктивных технологий, а также успехи перинатальной медицины [2].

В системе выхаживания недоношенных новорожденных наряду с проведением лечебных мероприятий и созданием оптимальных условий среды важная роль принадлежит адекватному питанию [3]. Обеспечение полноценным питанием является принципиальным для дальнейшего адекватного роста и развития недоношенных детей. Согласно заключению Американской академии педиатрии (2008), «питание играет главную роль в формировании отдаленного хорошего самочувствия возрастающего числа выживающих недоношенных младенцев, в связи с чем становится ясно, что коррекция питания на ранних этапах может иметь долгосрочные последствия» [4].

ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Оптимальный продукт для энтерального питания детей, родившихся преждевременно, — грудное молоко. Состав материнского молока уникален. Оно содержит все необходимые пищевые вещества в достаточном количестве и правильном соотношении для обеспечения гармоничного физического и нервно-психического развития грудного ребенка. Надежно защищает его от различных заболеваний, способствует хорошему эмоциональному состоянию и спокойному поведению младенца. Кормление грудью создает условия для более тесного контакта матери и ребенка, формирует более близкие их связи, сохраняющиеся на долгие годы [5–7].

В последние годы накоплено достаточно данных о преимуществах грудного молока для здоровья недоношенных детей. Многочисленными исследованиями доказано, что при вскармливании грудным молоком у недоношенного ребенка:

- значительно снижается заболеваемость [8–10];
- уменьшается риск развития некротического энтероколита [8, 11];
- улучшается пищевая толерантность [12, 13];
- уменьшается поздняя септицемия [8, 10];
- сокращается продолжительность пребывания в стационаре [14];
- улучшаются неврологические исходы [15–21].

Отмечен и более высокий уровень интеллектуального развития по сравнению с детьми, получающими молочные смеси. Продемонстрирован дозозависимый эффект грудного молока: так, каждые 10 мл грудного молока, потребляемые на 1 кг массы тела в сутки, увеличивали показатель индекса психомоторного развития по шкале Бейли на 0,53 пункта при достижении детьми 18–22 мес постконцептуального возраста [21, 22].

Женское молоко после преждевременных родов имеет особый состав [23–28], который в большей степени соответствует потребностям недоношенных детей в пищевых веществах. По сравнению с молоком женщин, родивших в срок, в нем содержится больше белка (2,2–1,5 г в 100 мл), особенно в переходном молоке и молоке на первом месяце лактации (табл. 1). Особенностью является факт, что женское молоко после преждевременных родов содержит больше среднепочечных триглицеридов, чем после срочных родов.

Таблица 1. Макро- и микронутриентный состав переходного и зрелого молока преждевременно родивших женщин в сравнении со зрелым молоком женщин, родивших в срок [27]

Макро- и микронутриентный состав	Переходное молоко преждевременно родивших женщин (6–10-й дни после родов)	Зрелое молоко преждевременно родивших женщин (22–30-й дни после родов)	Зрелое молоко женщин, родивших в срок (> 30 дней после родов)
Макронутриенты			
Энергия, ккал/л	660 ± 60	690 ± 50	640 ± 80
Белок, г/л	19 ± 0,5	15 ± 1	12 ± 1,5
Жир, г/л	34 ± 6	36 ± 7	34 ± 4
Углеводы, г/л	63 ± 5	67 ± 4	67 ± 5
Микронутриенты			
Кальций, ммоль/л	8,0 ± 1,8	7,2 ± 1,3	6,5 ± 1,5
Фосфор, ммоль/л	4,9 ± 1,4	3,0 ± 0,8	4,8 ± 0,8
Магний, ммоль/л	1,1 ± 0,2	1,0 ± 0,3	1,3 ± 0,3
Натрий, ммоль/л	11,6 ± 6,0	8,8 ± 2,0	9,0 ± 4,1
Хлор, ммоль/л	21,3 ± 3,5	14,8 ± 2,1	12,8 ± 1,5
Калий, ммоль/л	13,5 ± 2,2	12,5 ± 3,2	13,9 ± 2,0
Железо, ммоль/л	23	22	22
Железо, мг/л	0,4	0,4	0,4
Цинк, мкмоль/л	58 ± 13	33 ± 14	15–46
Медь, мкмоль/л	9,2 ± 2,1	8,0 ± 3,1	3,2–6,3
Магний, нмоль/кг	6 ± 8,9	7,3 ± 6,6	3–6
Йод, мкмоль/л	-	1,25	-

Известно также, что жирнокислотный состав грудного молока характеризуется высоким содержанием незаменимых длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот — арахидоновой, докозагексаеновой и эйкозапентаеновой, которые являются структурными элементами всех клеточных мембран и необходимы для миелинизации нервных волокон, формирования сетчатки глаза и становления иммунитета.

В недавнем исследовании приводятся данные о более высокой концентрации олигосахаридов в грудном молоке после преждевременных родов по сравнению с молоком женщин, родивших в срок. Исследования последнего времени показали, что олигосахариды способны непосредственно предотвращать адгезию патогенов к слизистой оболочке кишечника, они снижают риск развития инфекции и модулируют эпителиальный и иммунный ответ клеток [29]. Это подчеркивает важную роль грудного вскармливания для недоношенных детей, которые имеют более высокий риск инфекционных заболеваний в силу незрелости их иммунной системы. Однако, молоко преждевременно родивших женщин способно удовлетворить потребности в пищевых веществах 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 в ряде нутриентов (особенно белке), а также некоторых минералах (кальции, фосфоре, магнии, натрии, меди, цинке) и витаминах (В₂, В₆, С, D, Е, К, фолиевой кислоте) [30].

Сохранить основные преимущества грудного вскармливания и в то же время обеспечить высокие потребности недоношенного ребенка в пищевых веществах становится возможным при использовании обогатителей грудного молока, которые представляют собой специализированные белково-витаминно-минеральные добавки. Внесение обогатителей в свежесцеженное или пастеризованное женское молоко позволяет компенсировать дефицит пищевых веществ в рационах преждевременно родившихся детей [30].

Однако, более половины женщин после преждевременных родов страдают гипогалактией. Существенную роль в возникновении недостаточности лактации играют сочетанные осложнения беременности и родов, частые для незрелого ребенка слабость или отсутствие сосательного рефлекса, невозможность или позднее прикладывание к груди, раздельное пребывание матери и недоношенного ребенка в условиях стационара.

ВОЗМОЖНОСТИ СТАЦИОНАРА «МАТЬ И ДИТЯ» В ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

В настоящее время в Российской Федерации в подавляющем большинстве отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных мать редко допускается к своему ребенку, особенно крайне незрелому; в стационарах II этапа выхаживания редко госпитализируется вместе с ребенком, а лишь допускается на отдельные кормления младенца в дневное время, что не позволяет полноценно обеспечить ребенка материнским молоком и препятствует становлению и поддержанию лактации у кормящей женщины. В то же время известно, что

совместное пребывание матери и ребенка в одной палате способствует формированию доминанты лактации, обеспечивает лучшую выработку пролактина (через стимуляцию зрительных, тактильных, обонятельных, слуховых рецепторов). Таким образом, совместное пребывание обеспечивает физиологическое становление лактации [31–33].

Следуя рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), а также инициативам ВОЗ/ЮНИСЕФ по поддержке грудного вскармливания, отделение для недоношенных детей Научного центра здоровья детей с 2003 г. работает по принципу «мать и дитя», то есть подавляющее большинство пациентов госпитализируются вместе с матерями, что позволяет повышать эффективность терапии сочетанной перинатальной патологии как у доношенных, так и недоношенных пациентов, в том числе за счет активного включения матери в процесс выхаживания больного ребенка, а также за счет соблюдения принципов медицинской этики и деонтологии, гуманизации процесса лечения и выхаживания, этапности и преемственности в оказании помощи новорожденным детям, прежде всего недоношенным.

Матери, госпитализированные совместно с ребенком, овладевают навыками ухода за кожей новорожденного, смены подгузников, контроля температуры тела, взвешивания. Кормление ребенка осуществляется непосредственно матерью (при отсутствии медицинских противопоказаний ребенок прикладывается к груди). Круглосуточное совместное пребывание матери и ребенка позволяет осуществлять рекомендуемый ВОЗ принцип грудного вскармливания «по требованию», что благоприятствует становлению лактации у кормящей женщины и положительно сказывается на продолжительности грудного вскармливания. При невозможности прикладывания к груди больному ребенку может быть предоставлено свежесцеженное (нативное) материнское молоко, что особенно важно для тяжелобольных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями (пневмонией, сепсисом, некротизирующим энтероколитом), а также для наиболее уязвимой категории пациентов — недоношенных детей, в том числе крайне маловесных [30, 34]. Новорожденным пациентам с гемолитической болезнью используют для кормления пастеризованное при температуре 62,5°C в течение 30 мин грудное молоко собственной матери. Таким образом, совместное пребывание матери с ребенком позволяет проводить оптимальное грудное вскармливание даже при невозможности прикладывания ребенка к груди.

Поддержка грудного вскармливания в стационаре «Мать и дитя» обеспечивает:

- возможность кормления ребенка по требованию, что является одним из принципиальных физиологических условий становления нормальной лактации;
- значительное уменьшение риска осложнений у матерей (патологическое огрубение молочных желез, лактостаз, мастит);
- установление тесного контакта матери и ребенка, формирование и закрепление психоэмоциональной связи, социализация ребенка;

- усвоение матерью навыков по уходу за ребенком и кормлению грудью, что помогает ей после выписки из стационара преодолевать трудности, связанные с грудным вскармливанием и материнскими обязанностями в целом.

Вскармливание недоношенных детей грудным молоком в стационаре «Мать и дитя» предполагает возможность:

- совместного размещения с матерью (нативное сцеженное материнское молоко);
- лечения и выхаживания в палате интенсивной терапии (пастеризованное грудное молоко собственной матери);
- использования донорского грудного молока для вскармливания недоношенных детей (при отсутствии грудного молока у матери).

Обеспечение достаточного грудного вскармливания в стационаре во многом зависит от состояния здоровья кормящей женщины и ее психологического статуса после родов. Именно поэтому в работу по поддержке грудного вскармливания в отделении включены маммолог и психолог, что способствует формированию доминанты лактации у кормящих матерей и преодолению временных трудностей при прикладывании к груди. Только при отсутствии грудного молока для вскармливания новорожденных используют адаптированные молочные смеси, при необходимости лечебного характера. Постоянное присутствие, деятельное участие и эмоционально-психологическое воздействие матери особенно важно в процессе начальной реабилитации детей с перинатальной патологией.

В отделении в полной мере осуществляются принципы NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program), или терапии среды, включающие:

- профилактику нозокомиальных инфекций (совместное пребывание матери и ребенка);
- уход с использованием метода «кенгуру»;
- профилактику боли (использование глюкозы, непитательного сосания или грудного молока с целью обезболивания);
- психолого-педагогическое сопровождение семьи (психоэмоциональная поддержка матери, обучение мягкой сенсорной стимуляции и уходу за недоношенным ребенком);
- современную фармако- и диетотерапию (рациональная антибиотикотерапия на основе микробиологического мониторинга, ингаляционные стероиды, пассивная иммунизация паливизумабом, оптимизация вскармливания).

Особое внимание в стационаре «Мать и дитя» уделяется психологической поддержке семьи и работе коррекционного педагога. Это обусловлено тем, что рождение больного ребенка создает ситуацию острого психологического стресса у матери, искажает формирование материнской привязанности, затрудняет активное участие семьи

в процессе реабилитации ребенка с перинатальной патологией. Для оптимизации лечебно-диагностического процесса в отделении проводится постоянная консультативная работа психолога (психотерапевта), способствующая созданию в стационаре «Мать и дитя» психологического климата взаимного доверия между медицинским персоналом и родителями. Это позволяет обучать матерей приемам ухода за больным ребенком, активно включать их в начальную реабилитацию и создавать особый благоприятный контакт в диаде мать–ребенок.

Одним из основных итогов работы отделения по принципу «мать и дитя» является увеличение доли новорожденных, находящихся на грудном вскармливании, при выписке из стационара (табл. 2).

ПОДДЕРЖКА ЛАКТАЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Важной причиной нарушений становления лактации, отказа от грудного вскармливания служит отсутствие у женщины после преждевременных родов *доминанты лактации*, которая должна вырабатываться в ходе беременности и после родов [35, 36].

Рождение недоношенного или больного ребенка может быть отнесено к жизненной ситуации, оказывающей негативное влияние на психологическое состояние матери. Такие женщины переживают острый стресс, находятся в состоянии шока от случившегося, испытывают страх, чувство вины. Чаще всего у матерей недоношенных новорожденных состояние эмоционального напряжения сохраняется достаточно долго, может длиться несколько недель, а иногда и месяцев, в зависимости от их личностных особенностей, что негативно влияет на формирование доминанты лактации.

В проведенном в ФГБНУ НЦЗД исследовании показано, что психологическая поддержка матери является важной неотъемлемой составляющей формирования доминанты лактации у женщины и поддержки грудного вскармливания для детей, родившихся недоношенными [37].

Как известно, важным фактором становления лактации является *раннее прикладывание к груди* матери в родильном зале — в первые 20–30 мин, что способствует функциональной активации гипоталамо-гипофизарной системы организма [38–40]. Известно, что лакто- и галактопоз сильно зависят от тактильно-механического раздражения периферических рецепторов, расположенных в соске матери. Длительность лактации, ее выраженность существенным образом зависят от частоты, интенсивности и длительности сосания [41, 42]. *Недоношенные дети* нередко прикладываются к груди значительно позже. Причиной этому служат тяжелое состояние при рождении, необходимость проведения первичной реанимации, длительная депривация сосания. Позднее прикладывание к груди может стать причиной гипогалактии. Так,

Таблица 2. Результаты комплексного подхода к поддержке грудного вскармливания (2013 г.), % на момент выписки

Дети	Исключительно грудное вскармливание	Преимущественно грудное вскармливание
Доношенные новорожденные, %	75,3	81,5
Недоношенные новорожденные, %	54,3	74,9

по данным Т.К. Тихоновой, у 39% женщин при позднем прикладывании ребенка к груди имелись признаки гипогалактии, а продолжительность лактации, как правило, не превышала 3–4 мес [43].

Недоношенные дети часто вяло сосут [30]: это приводит к недостаточному рефлекторному раздражению области соска и ареолы, что может стать причиной недостаточной продукции пролактина и, как следствие, *гипогалактии*. Высокая распространенность гипогалактии, особенно среди женщин, родивших преждевременно, заставляет искать все новые подходы к ее лечению. При этом основными задачами лечения гипогалактии, принятыми в здравоохранении, являются восстановление микроциркуляции, стимуляция процессов кровообращения и лимфообмена в молочной железе, функциональная активация гипоталамо-гипофизарной системы организма [44, 45]. Несмотря на наличие большого количества медикаментозных методов лечения, до настоящего времени эта проблема остается нерешенной; кроме того, большинство фармакологических препаратов оказывают нежелательные побочные действия на организм женщины, способны накапливаться в грудном молоке, тем самым негативно воздействуя на ребенка [46]. Все это заставляет ученых искать выход в использовании немедикаментозных методов стимуляции лактации [44, 45, 47, 48], а также целебных свойств природы.

Поэтому наиболее распространенным методом стимуляции лактации является сегодня применение различных лекарственных фитосборов, обладающих молокогонным и спазмолитическим действием, повышающих лактацию и успокаивающих центральную нервную систему, к тому же содержащих витамины и микроэлементы [49].

Одним из серьезных факторов прекращения грудного вскармливания с первых дней жизни является *решение медицинского персонала в учреждениях родовспоможения, второго этапа выхаживания о докорме больного ребенка молочной смесью или полном переводе на искусственное вскармливание*. Сложной и серьезной проблемой выглядит вроде бы обоснованный перевод на искусственное вскармливание недоношенных детей, родившихся с отклонениями в состоянии здоровья вследствие перенесенной хронической (внутриутробной) гипоксии и/или острой (интранатальной) асфиксии, инфекционно-воспалительной патологии. Эти дети больше всего нуждаются в материнском грудном молоке, но нередко не могут получить его по ряду причин, связанных с собственным тяжелым состоянием после рождения [30].

Одним из важных способов решения проблемы необоснованного перевода новорожденного ребенка на вскармливание молочной смесью является *внедрение организационных мероприятий*, изложенных в инструктивно-методическом письме «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: развитие совместной Декларации ВОЗ/Детского фонда ООН» (1996). К ним относятся обучение медицинского персонала навыкам естественного вскармливания, работа с матерями с целью формирования у них четких представлений о безусловном преимуществе грудного вскармливания и выработки твердого психологического настроя на грудное вскармливание будущего ребенка, проведение индивидуальной работы с каждой беременной.

Важной задачей является обеспечение грудным молоком детей, родившихся с ОНМТ и ЭНМТ. Практически все недоношенные новорожденные с ОНМТ и ЭНМТ, особенно в первые дни жизни, нуждаются в полном парентеральном питании. Однако, при отсутствии энтерального питания более 5–7 дней у недоношенных детей, родившихся в тяжелом состоянии, происходят значительные нарушения моторики кишечника, развивается атрофия слизистой оболочки (снижение объема слизистой, уменьшение продукции клеток, снижение высоты ворсинок), повышается проницаемость кишечной стенки, нарушается всасывание аминокислот и снижается уровень гормонов и ферментов кишечника [7, 30].

При отсутствии противопоказаний энтеральное питание начинают в первые 24–48 ч жизни, желательнее через 2–6 ч после рождения ребенка. *Трофическое питание* в объеме 5–10 мл/кг в сут не несет существенной питательной ценности, но способствует более быстрому становлению функциональной активности кишечника, повышая уровень гастроинтестинальных гормонов (энтероглюкагон, гастрин, гастроингибиторный пептид, мотилин, инсулин, панкреатический полипептид, нейротензин) [30]. Предпочтительно использование *грудного молока*, поскольку оно оказывает пребиотический, противомикробный и противовоспалительный эффект, снижает риск развития инфекционно-воспалительных осложнений, в том числе некротизирующего энтероколита [30, 11].

Применение трофического питания существенно уменьшает время, необходимое для перевода недоношенного ребенка на полное энтеральное питание, и сокращает продолжительность госпитализации [50, 51]. По данным R. Donovan с соавт. (2006), энтеральное питание детей с массой менее 1250 г можно начинать с конца первых–начала вторых суток жизни с достижением полного объема энтерального питания уже к концу второй недели жизни. Кроме того, необходимость использования для энтерального трофического питания грудного молока служит хорошей мотивацией для матери по сохранению лактации.

Серьезной проблемой остается вскармливание материнским молоком недоношенных детей, вынужденных длительно находиться на зондовом питании. Выходом в этом случае может служить кормление сцеженным пастеризованным молоком, пробные прикладывания к груди. Важным в данный период является возможность общения с матерью методом «кенгуру», что имеет важный психологический аспект: усиливает привязанность матери к ребенку, способствует формированию взаимосвязи между ними, убеждает мать в том, что она вовлечена в заботу о ребенке [30, 34, 52, 53].

Перевод ребенка от зондового к кормлению из груди не всегда бывает гладким, нередко требует переходного периода с кормлением из бутылочки. Связано это со слабостью сосательного рефлекса, невозможностью в силу тяжелого состояния получить необходимый объем молока из груди матери. В настоящее время существующие рекомендации не предполагают использования средств, имитирующих материнскую грудь. Но данные рекомендации направлены на детей, родившихся здоровыми и не имеющих противопоказаний для прикладывания к груди. Новорожденные, особенно недоношенные

дети, с перинатальной патологией по тем или иным причинам часто бывают вынужденно отлучены от грудного вскармливания. Однако, по мере стабилизации состояния ребенка, при появлении первых признаков восстановления/созревания сосательного рефлекса усилия медицинского персонала должны быть направлены на подготовку ребенка к сосанию из груди. В этом случае возможно использование современных сосок и бутылочек, разработанных на основе тщательного и длительного изучения механизмов сосания, воспроизводящих естественный механизм сосания из груди. Опыт отделения для недоношенных детей ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» показал, что при использовании данного подхода 88% больных новорожденных, в том числе глубоконедоношенные дети, были благополучно приложены к груди матери и выписаны домой на исключительно или преимущественно грудном вскармливании [37]. Кроме того, обучение недоношенного ребенка с использованием современных высокотехнологичных сосок полноценному сосанию позволило сократить продолжительность пребывания пациента в стационаре.

Важнейшим элементом социального благополучия семьи является санитарно-гигиеническая грамотность родителей в организации рационального вскармливания и ухода за новорожденным и грудным ребенком [19, 46]. Так, исследования, посвященные изучению уровня санитарной культуры путем анкетирования родителей с последующим собеседованием с ними с целью определения уровня медицинских знаний по профилактике заболеваний у детей, показали завышенную самооценку анкетированных при недостаточном объеме знаний у них. Для большинства семей (84,3%) ведущим источником знаний являются средства массовой информации (телевидение, газеты, журналы, радио), только для 15,7% — это лекции и беседы медицинских работников, а 8,7% родителей предпочитают прислушиваться к мнению родителей, знакомых, родственников [54–57].

Недостаточная информированность матерей и семьи в целом по вопросам грудного вскармливания была подтверждена и на саммите Глобальной инициативы по грудному вскармливанию (The Global Breastfeeding Initiative),

прошедшем в Мадриде в 2012 г., где по результатам опроса 2266 медицинских работников были представлены наиболее частые причины отказа матерей от грудного вскармливания: возвращение матери на работу и недостаточные знания по вопросам сохранения продолжительного грудного вскармливания.

В исследовании, проведенном в ФГБНУ НЦЗД, при первичном тестировании матерей в отношении знаний о преимуществах грудного вскармливания как для ребенка, так и для матери, лактационных кризах, а также становлении лактации правильно ответили лишь 40,4% матерей. После проведения курса лекций, раздачи учебного материала для подкрепления новой информации уровень знаний, в сравнении с начальным, достоверно увеличился — до 72,6% (в группе сравнения (матерей, не посещавших образовательные занятия) — без изменений). Причем знания по теме грудного вскармливания хорошо сохранялись и через 6 мес [58]. Полученные данные убедительно говорят о необходимости проведения образовательных программ по вопросам начала и сохранения грудного вскармливания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, биологическая ценность грудного молока и лечебно-профилактические преимущества грудного вскармливания определяют необходимость его широкого использования для наиболее уязвимой категории пациентов — недоношенных новорожденных, в том числе родившихся крайне маловесными. Обеспечение рационального и продолжительного вскармливания недоношенных детей грудным молоком становится возможным при одновременной поддержке и сопровождении диады мать–дитя и семьи в целом рядом специалистов (неонатологом/педиатром, психологом, маммологом, диетологом, реабилитологом) не только на этапе госпитализации, но и при выписке из стационара.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, который необходимо обнародовать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Байбарина Е.Н., Дегтярёв Д.Н. Достижения и перспективы выхаживания детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Материалы научно-практической конференции «Современные подходы к выхаживанию недоношенных детей». М. 2010. С. 5.
2. Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Исходы беременности в сроки 22–27 недель в медицинских учреждениях Российской Федерации. *Вопросы современной педиатрии*. 2011; 10 (1): 17–20.
3. Беляева И.А., Яцык Г.В., Боровик Т.Э. и др. Рациональное вскармливание недоношенных детей. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2010; 89 (3): 92–98.
4. AAP-CON 2008: American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. *Pediatric Nutrition Handbook*. 6th ed. 2008.
5. Абольян Л.В., Новикова С.В. Современные аспекты грудного вскармливания. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2011; 90 (1): 80–83.
6. Котлуков В.К., Кузьменко Л.Г., Антипова Н.В. Биологически активные компоненты нативного материнского молока: некоторые иммунологические аспекты. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2011; 90 (6): 55–58.
7. Фатеева Е.М., Конь И.Я. Отдаленное влияние грудного вскармливания на здоровье и качество жизни человека. *Вопросы детской диетологии*. 2005; 3 (4): 34–37.
8. Groh-Wargo S., Sapsford A. Enteral nutrition support of the preterm infant in the neonatal intensive care unit. *Nutrition in Clinical Practice*. 2009; 24 (3): 363–376.
9. Morales Y., Schanler R.J. Human milk and clinical outcomes in VLBW infants: how compelling is the evidence of benefit? *Seminars in Perinatology*. 2007; 31 (2): 83–88.
10. Schanler R.J. Outcomes of human milk-fed premature infants. *Seminars in Perinatology*. 2011; 35 (1): 29–33.
11. Schurr P., Perkins E.M. The relationship between feeding and necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants. *Neonatal Network*. 2008; 27 (6): 397–407.
12. Agostoni C., Braegger C., Decsi T. et al. ESPGHAN Committee on Nutrition. Breast-feeding: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2009; 49 (1): 112–125.
13. Sisk P.M., Lovelady C.A., Grube K.J. et al. Human milk consumption and full enteral feeding among infants who weigh < 1250 grams. *Pediatrics*. 2008; 121 (6): 1528–1533.

14. Schanler R.J. Suitability of human milk for the low-birthweight infant. *Clinics in perinatology*. 1995; 22 (1): 207–222.
15. Легонькова Т.И., Матвеева Е.В. Влияние различных видов вскармливания на физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни: результаты 12-месячного наблюдения. *Вопросы современной педиатрии*. 2011; 10 (1): 22–27.
16. Нетребенко О.К. Влияние питания на развитие мозга. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2007; 87 (3): 96–103.
17. Horwood L.J., Darlow B.A., Mogridge N. Breast milk feeding and cognitive ability at 7–8 years. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*. 2001; 84 (1): 23–27.
18. Lucas A., Morley R., Cole T.J. et al. A randomized multicentre study on human milk versus formula and later development in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*. 1994; 70: 141–146.
19. Lucas A., Morley R., Cole T.J. et al. Early diet in preterm babies and developmental status in 18 months. *Lancet*. 1990; 335 (8704): 1477–1481.
20. Mortensen E.L., Michaelsen K.F., Sanders S.A. et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *Journal of the American Medical Association*. 2002; 287 (18): 2365–2371.
21. Vohr B.R., Poindexter B.V., Dusick A.M. et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics*. 2006; 118 (1): 115–123.
22. Вайнштейн Н.П., Шумилов П.В. Нутритивные аспекты выхаживания глубоконедоношенных новорожденных детей. *Вопросы практической педиатрии*. 2012; 7 (2): 52–57.
23. Детское питание. Руководство для врачей. Под ред. В.А. Тутельяна, И.Я. Коня. М.: Медицинское информационное агентство. 2009. 968 с.
24. Ладодо К.С. Рациональное питание детей раннего возраста. М.: Миклош. 2009. 320 с.
25. Руденко Н.В., Бениова С.Н., Горелик Н.В. и др. Питательная ценность грудного молока у женщин, родивших преждевременно. Материалы VII Ежегодного конгресса специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии, качество». М. 2012. С. 37.
26. Станкевич С.С., Кондратьева Е.И., Барабаш Н.А. Элементный состав грудного молока кормящих женщин. *Вопросы детской диетологии*. 2011; 9 (2): 5–9.
27. Anderson G.H., Atkinson S.A., Bryan M.H. Energy and macronutrient content of human milk during early lactation from mothers giving birth prematurely and at term. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1981; 34 (2): 258–265.
28. Namosh M. Bioactive substances in human milk. *Pediatric Clinics of North America*. 2001; 48: 69–86.
29. Гмошинская М.В. Поддержка грудного вскармливания: системный подход. *Вопросы детской диетологии*. 2012; 10 (5): 57–63.
30. Рациональное вскармливание недоношенных детей. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Российская акад. мед. наук, ФГБУ «Научный центр здоровья детей», ФГУ «НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздравсоцразвития России, Союз педиатров России. М.: Союз педиатров России. 2012. 72 с.
31. Гмошинская М.В. Актуальные вопросы поддержки грудного вскармливания в Российской Федерации. *Вопросы детской диетологии*. 2008; 6 (1): 16–26.
32. Абольян Л.В. Российская национальная школа и «десять принципов успешного грудного вскармливания». Инициатива ВОЗ/ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку». *Вопросы детской диетологии*. 2009; 6: 14–22.
33. Гмошинская М.В. Оценка эффективности разработанной системы поддержки грудного вскармливания детей первого года в Российской Федерации. *Вопросы детской диетологии*. 2009; 1: 26–36.
34. Грибакин С.Г., Давыдовская А.А. Грудное молоко для недоношенных детей: клубок противоречий. *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. 2012; 91 (1): 89–95.
35. Гмошинская М.В., Фандеева Т.А., Конь И.Я. Условия формирования и роль доминанты лактации в повышении длительности грудного вскармливания. *Вопросы детской диетологии*. 2003; 1 (2): 35–37.
36. Шеенко И.А., Кошечева Н.А., Королёва И.П. Доминанта лактации у современных женщин. *Медицинская сестра*. 2010; 8: 14–16.
37. Намазова-Баранова Л.С., Турти Т.В., Беляева И.А., Зиминова Е.П., Лазуренко С.Б., Митиш М.Д., Бакович Е.А., Ртищева М.С., Савватеева Н.Ю. Современные возможности сохранения естественного вскармливания у детей первых месяцев жизни, имеющих нарушения в состоянии здоровья. *Педиатрическая фармакология*. 2014; 11 (1): 6–14.
38. Конь И.Я., Абольян Л.В., Фатеева Е.М., Гмошинская М.В. Организация работы по охране и поддержке грудного вскармливания в лечебно-профилактических учреждениях родовспоможения и детства. Пособие для врачей. *Вопросы детской диетологии*. 2007; 5 (4): 44–57.
39. Гутикова Л.В. Гормональная регуляция лактации у родильниц, перенесших гестоз. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2010; 1 (29): 68–69.
40. Тутельян В.А., Конь И.Я. Научные основы разработки принципов питания здорового и больного ребенка. *Вопросы детской диетологии*. 2005; 3 (3): 5–8.
41. Захарова О.В. Физиология и патология лактации. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2005; 4 (2): 47–51.
42. Фатеева Е.М. Первые капли молозива сразу после родов — залог здоровья ребенка и успешной лактации. *Вопросы детской диетологии*. 2007; 5 (2): 47–51.
43. Тихонова Т.К. Профилактика и лечение гипогалактии у родильниц с поздним прикладыванием ребенка к груди. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург. 1996.
44. Тезиков Ю.В., Липатов И.С., Есартя М.А., Салов В.В. Становление лактации у женщин с плацентарной недостаточностью и новые подходы к лечению гипогалактии. *Уральский медицинский журнал*. 2010; 3: 42–48.
45. Гутикова Л.В. Эффективность лечения гипогалактии у родильниц, перенесших гестоз. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2007; 7 (1): 39–43.
46. Бабанов С.А., Агаркова И.А. Фармакотерапия при беременности и лактации. *Трудный пациент*. 2009; 7 (12): 27–30.
47. Давыдкин Н.Ф., Тыщенко Е.Г. Методы физиотерапевтического лечения гипогалактии. *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. 2005; 2: 37–39.
48. Макаров Ю.П. Точечный массаж при гипогалактии. ЛФК и массаж. *Спортивная медицина*. 2006; 7: 22–25.
49. Гмошинская М.В., Алёшина И.В., Макарова Е.В., Коновалова Л.С., Конь И.Я. Оценка использования травяного БИО чая «Даниа» для кормящих матерей. *Вопросы детской диетологии*. 2008; 6 (2): 52–54.
50. Вайнштейн Н.П., Шумилов П.В. Нутритивные аспекты выхаживания глубоконедоношенных новорожденных детей. *Вопросы практической педиатрии*. 2012; 7 (2): 52–57.
51. Tyson J.E., Kennedy K.A. Trophic feedings for parenteral fed infants. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2005; 20 (3), CD000504.
52. Лукьянова О.Л., Боровик Т.Э., Яцык Г.В., Беляева И.А., Фурцев В.И. Возможности организации грудного вскармливания детям с перинатальной патологией центральной нервной системы. *Вопросы современной педиатрии*. 2012; 11 (1): 83–90.
53. Лукьянова О.Л. Сцеженное материнское молоко: за и против. *Вопросы современной педиатрии*. 2010; 9 (2): 70–73.
54. Значение медицинской активности семьи ребенка с хронической патологией органов пищеварения. Пособие для врачей. Н. Новгород. 1998. С. 59.
55. Молчанова Л.Ф. Влияние образа жизни семьи на здоровье детей. *Педиатрия*. 1990; 3: 72–77.
56. Сердюковская Г.Н., Серенко А.Ф. Биологические и социальные факторы в развитии ребенка. *Вестник АМН СССР*. 1981; 1: 26.
57. Альбицкий В.Ю. и др. Часто болеющие дети. Нижний: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии. 2003. 180 с.
58. Ивардава М.И. Влияние образовательных программ для родителей детей первого года жизни на качество жизни ребенка. *Педиатрическая фармакология*. 2010; 7 (2): 52–58.