

# ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ

ТОМ №84

ПРИЛОЖЕНИЕ

3/2015

## НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Материалы  
Научно-практической  
конференции  
с международным участием  
**«Спортивное питание  
и спортивная медицина»**  
(1–2 июня 2015 г., Москва)

Материалы  
Всероссийской  
научно-практической  
конференции  
**«Питание и здоровье»**  
(4–5 июня 2015 г.,  
Екатеринбург)

Материалы Всероссийской  
научно-практической конференции  
с международным участием  
**«Питание и здоровье населения  
на территориях  
с экстремальными условиями»**  
(25–26 июня 2015 г., Якутск)



<http://vp.geotar.ru>



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
«ГЭОТАР-Медиа»

В.Б. Егорова<sup>1</sup>, Я.А. Мунхалова<sup>1</sup>, А.И. Яковлева<sup>2</sup>, С.Н. Алексеева<sup>1</sup>

## Принципы вскармливания недоношенных новорожденных

<sup>1</sup> Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова», Якутск

<sup>2</sup> Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины, Якутск

В настоящее время с учетом возрастающей частоты рождения недоношенных детей, проблема их выхаживания остается актуальной во многих странах мира. Частота преждевременных родов в развитых странах составляет 5–12% от всех родов: США – 8,9%, Австралии – 5,9%, Швеции – 5,9%, Франции – 5,6%. Из них 80% происходили на сроке 32–37 нед гестации, 11% на 28–31-й неделе и 9% ранее 28 нед. В России ежегодно в акушерских стационарах рождается 17 тыс. детей с экстремально низкой массой тела.

Процесс выхаживания таких новорожденных чрезвычайно сложен и затрагивает многие аспекты лечебно-охранительного режима, среди которых ведущее место занимает правильное вскармливание.

Недоношенные дети испытывают более высокую нутритивную и энергетическую потребность. В то же время возможность усвоения пищевых веществ у них снижена, поэтому питание недоношенных детей должно проводиться грудным молоком или специализированными смесями, содержащими все необходимые нутриенты в объеме, обеспечивающем потребности интенсивного роста.

Многочисленные исследования свидетельствуют, что неправильное питание недоношенных – это более медленное выздоровление, угроза развития различных осложнений, более длительное пребывание в стационаре, более высокие расходы на их лечение и более длительные сроки их последующей социальной реабилитации, а также более высокая летальность больных.

Нами проведен анализ 140 историй болезни новорожденных с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) при рождении, которые выхаживались в Перинатальном центре РБ № 1 – НЦМ г. Якутска в течение 2007–2011 гг. Факторами риска рождения недоношенных детей явились курение матери и ближайшего окружения до и во время беременности 24,5%, юный возраст матери и возраст старше 35 лет – 8 и 10% соответственно, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – 36%, сопутствующая патология матери – гестоз, воспалительные заболевания мочеполовой системы, соматическая патология матери (ожирение, ВПС, анемия и др.).

Родоразрешение большинству женщин проводилось оперативным путем, в 2007 г. 78,3%, в 2011 г. 68,7%. Средний балл по шкале Апгар у новорожденных с ОНМТ составил 5/6 баллов, у детей с ЭНМТ 4/5 баллов.

Искусственная вентиляция легких проводилась у большинства детей (2007 г. – 66,6% детей, 2011 г. – 67,5%). Без ИВЛ обошлись в 2007 г. – 33,3%, в 2011 г. – 32,5% новорожденных, включая детей, интубированных только для введения Куросуфа.

В структуре заболеваемости недоношенных на первом месте стоит ПП ЦНС тяжелой степени, на втором месте СДР, на третьем месте ретинопатия недоношенных. Традиционно сохраняется высокий удельный вес ВПС, реализации ВУИ и анемии недоношенных.

Вскармливание детей преимущественно было искусственным 65–55%, но в 2011 г. процентное соотношение детей с грудным и смешанным вскармливанием по сравнению с искусственным возросло на 9%. Наряду с женским молоком для вскармливания используют смеси для недоношенных: Пренан «Нестле», Пренутрилон «Нутриция», «Неошур» Симилак, «Фрисопре» Фрисо, при отсутствии эффекта – высокогидролизные смеси.

Рост частоты парентерального вскармливания объясняется тем, что возросло число детей с ЭНМТ 3,3% в 2007 г. и 7,5% в 2011 г. Показаниями для парентерального питания являются – крайне тяжелое

состояние ребенка, объем аспирированного содержимого через 3 ч превышает объем введенного молока, появление при энтеральной нагрузке симптомов кишечной непроходимости, появление при кормлении апноэ в течении 12–24 ч после экстубации, выраженный геморрагический синдром, повторные судороги, развитие НЭК, острая фаза болезни.

Способы вскармливания недоношенных детей зависят от массы тела ребенка при рождении. При массе тела более 2000 г, оценке по Апгар 7 баллов можно прикладывать к груди 7–8 раз в сутки, если он хорошо, активно сосет и прибавляет в массу тела. При массе 1500–2000 г рекомендуется кормление из бутылочки, а если сосет не удовлетворительно, то через зонд. При массе тела менее 1500 г показано зондовое питание, с контролем остаточного объема в желудке перед очередным кормлением, который не должен превышать 10% введенного объема. Зондовое питание проводят порционным методом или длительной инфузией, который является более предпочтительным.

Все новорожденные с гестационным возрастом до 32 нед должны получать зондовое питание лучше в виде длительной инфузии высокогидролизированных смесей, с последующим переходом на грудное молоко или смеси. Первоначальная скорость введения молока 1,5–3 мл/кг в час. Постепенно скорость увеличивают, достигая к 6–7-м суткам 7–9 мл/кг в час. Это обеспечивает глубоко недоношенным и детям более зрелым в тяжелом состоянии больший объем питания, чем при порционном вскармливании.

К моменту выписки из отделения выхаживания недоношенных на грудное вскармливание были переведены 43,9% детей в 2007 г. и 24,7% в 2011 г.

Необходимо отметить, что в грудном молоке содержится 12 г/л белка, и чтобы обеспечить оптимальное потребление белка (3,5 г/л) ребенку необходимо получать 250–300,0 мл/кг. Для недоношенного ребенка с массой тела 1500 г оптимальный объем составляет 180–200,0 мл/кг/сут и достижение такой нагрузки занимает длительное время, если вообще возможно. Поэтому, недоношенные, вскармливаемые женским молоком для оптимального развития должны получать либо усилители грудного молока (Breast milk fortifier), либо высокогидролизированные молочные смеси, такие как «Алфаре», «Нутрилон ПептиТСЦ» в объеме до 30%. При искусственном вскармливании используют специализированные смеси: ПреНАН, ПреНутрилон, Фрисопре, Хумана-0 и др.

Усилители, или фортификаторы, женского молока, которые представляют собой белково-минеральные или белково-витаминно-минеральные комплексы. К ним относятся добавки Пре-семп («Семпер», Швеция), Вайет Ле-дерли (США), S-26/SMA («Байт», США), FM-85 («Нестле»), Фрисо (Friesland) и др. Внесение их в свежесцеженное или пастеризованное молоко позволяет восполнить дефицит ряда нутриентов.