

- P. Martin, R. Salonen [et al.] // Lancet. — 2002. — Vol. 359. — P.1575—1577.
40. Recurrence of nephrotic syndrome in kidney grafts of patients with congenital nephrotic syndrome of the Finnish type: role of nephrin / J. Patrakka, V. Ruotsalainen, P. Reponen [et al.] // Transplantation. — 2002. — Vol.73. — P.394—403.
  41. Germline mutations in the Wilms' tumor suppressor gene are associated with abnormal urogenital development in Denys-Drash syndrome / J. Pelletier, W. Bruening, C.E. Kashtan [et al.] // Cell. — 1991. — Vol. 67. — P.437—447.
  42. An unusual congenital and familial congenital malformative combination involving the eye and kidney / M. Pierson, J. Cordier, F. Hervouet, G. Rauber // J. Genet. Hum. — 1963. — Vol. 12. — P. 184—213.
  43. The candidate Wilms' tumour gene is involved in genitourinary development / P.K. Jones, S. Fleming, D. Davidson [et al.] // Nature. — 1990. — Vol. 346. — P.194—197.
  44. Reddy, J.C. The WT1 Wilms' tumor suppressor gene: how much do we really know? / J.C. Reddy, J.D. Licht // Biochim Biophys Acta. — 1996. — Vol. 1287. — P.1—28.
  45. Congenital microcephaly, infantile spasms, psychomotor retardation, and nephrotic syndrome in two sibs / R. Roos, P. Maaswinkel-Mooy, H. Kanhai [et al.] // Europ. J. Pediatr. — 1987. — Vol. 146. — P.532—536.
  46. Patients with mutations in NPHS2 (podocin) do not respond to standard steroid treatment of nephrotic syndrome / R.G. Ruf, A. Lichtenberger, S.M. Karle [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. — 2004. — Vol. 15. — P.722—732.
  47. No evidence for genotype/phenotype correlation in NPHS1 and NPHS2 mutations / M. Schultheiss, R.G. Ruf, B.E. Mucha [et al.] // Pediatr. Nephrol. — 2004. — Vol. 19. — P.1340—1348.
  48. Congenital microcephaly, hiatus hernia and nephrotic syndrome: an autosomal recessive syndrome. Birth Defects Orig / L.R. Shapiro, P.A. Duncan, P.B. Farnsworth, M. Lefkowitz // Art. Ser. — 1976. — Vol. XII, № 5. — P.275—278.
  49. Involvement of lipid rafts in nephrin phosphorylation and organization of the glomerular slit diaphragm / M. Simons, K. Schwarz, W. Kriz [et al.] // Am. J. Pathol. — 2001. — Vol. 159. — P.1069—1077.
  50. Pierson syndrome: a novel cause of congenital nephrotic syndrome / R. Van de Voorde, D. Witte, J. Kogan, J. Goebel // Pediatrics. — 2006. — Vol. 118. — P.501—505.
  51. Congenital and infantile nephrotic syndrome in Thai infants / P. Vachvanichsanong, W. Mitamun, K. Tungsinmunkong, P. Dissaneewate // Clin. Pediatr. (Phila). — 2005. — Vol. 44, № 2. — P.169—174.
  52. NPHS2 mutation analysis shows genetic heterogeneity of steroid-resistant nephritic syndrome and low post-transplant recurrence / S. Weber, O. Gribouval, E.L. Esquivel [et al.] // Kidney Int. — 2004. — Vol. 66. — P.571—579.
  53. Wing, M.R. PLC-epsilon: a shared effector protein in Ras-, Rho-, and G alpha beta gammamediated signaling / M.R. Wing, D.M. Bourdon, T.K. Harden // Mol. Interv. — 2003. — Vol. 3. — P.273—280.
  54. Neurodevelopmental deficits in Pierson (microcoria-congenital nephrosis) syndrome / E. Wühl, J. Kogan, A. Zurowska [et al.] // Am. J. Med. Genet A. — 2007. — Vol. 143, № 4. — P.311—319.
  55. Variable expression of desmin in rat glomerular epithelial cells / E. Yaoita, K. Kawasaki, T. Yamamoto, I. Kihara // Am. J. Pathol. — 1990. — Vol. 136. — P.899—908.
  56. WT1 and PAX-2 podocyte expression in Denys-Drash syndrome and isolated diffuse mesangial sclerosis / Y. Yang, C. Jeanpierre, G.R. Dressler [et al.] // Am. J. Pathol. — 1999. — Vol. 154. — P.181—192.
  57. In vivo expression of podocyte slit diaphragm-associated proteins in nephritic patients with NPHS2 mutation / S.Y. Zhang, A. Marlier, O. Gribouval [et al.] // Kidney Int. — 2004. — Vol. 66. — P.945—950.
  58. Human laminin beta2 deficiency causes congenital nephrosis with mesangial sclerosis and distinct eye abnormalities / M. Zenker, T. Aigner, O. Wendler [et al.] // Hum. Mol. Genet. — 2004. — Vol. 13. — P.2625—2632.

© Н.Л. Рыбкина, А.И. Сафина, 2013

УДК 613.953.11

## ПРОБЛЕМЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**НАДЕЖДА ЛЕОНИДОВНА РЫБКИНА**, канд. мед. наук, доцент кафедры педиатрии и неонатологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. (843) 562-52-66  
**АСИЯ ИЛЬДУСОВНА САФИНА**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии и неонатологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, тел. 8-909-308-20-25, e-mail: safina\_asia@mail.ru

**Реферат.** Статья посвящена одной из актуальных проблем современной неонатологии — теме грудного вскармливания в раннем неонатальном периоде. Рассматриваются проблемы, связанные с организацией грудного вскармливания недоношенных новорожденных, родившихся на сроке  $\geq 34$  нед гестации, приводятся пути решения этих проблем и рекомендации по консультированию родителей.

**Ключевые слова:** грудное вскармливание, недоношенный, раннее прикладывание к груди.

## PROBLEMS OF BREASTFEEDING OF THE PREMATURE INFANTS

**NADEZHDA L. RYBKINA, ASIA I. SAFINA**

**Abstract.** The article is devoted to one of the urgent problems of modern neonatology — the issue of breastfeeding in the early neonatal period. We consider the problems associated with the organization of breastfeeding preterm infants born at  $\geq 34$  weeks' gestation. The article provides solutions to these problems and recommendations for counseling parents.

**Key words:** breastfeeding premature infant, initiation of breastfeeding.

В соответствии с докладом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) грудное вскармливание является наилучшим источником питания для грудных детей и детей младшего возраста и одним из

наиболее эффективных путей обеспечения здоровья и выживания детей. Лица, получавшие в раннем возрасте грудное вскармливание, имеют меньший шанс страдать избыточным весом или ожирением на последующих

этапах жизни. У них меньший риск развития диабета и более высокие результаты в тестах интеллектуальных способностей; однако, по оценкам ученых, во всем мире только 38% детей грудного возраста получают исключительно грудное вскармливание в течение шести месяцев. «Почти все матери в физическом отношении способны осуществлять грудное вскармливание и будут это делать, располагая точной информацией и поддержкой», — сказала д-р Carmen Casanovas, эксперт по грудному вскармливанию Департамента ВОЗ по питанию для здоровья и развития. — «Однако во многих случаях женщин побуждают не делать этого и создают у них ошибочное представление о том, что они дают своим детям лучший старт в жизни, приобретая коммерческие заменители» [2, 9].

Вопрос грудного вскармливания является одним из наиболее актуальных вопросов, несмотря на кажущуюся простоту. При проведении опроса среди беременных, впервые готовящихся стать матерями, вопросы по технике будущего грудного вскармливания бывают крайне редки. Этот процесс кажется очень простым и понятным. Ребенка приложили к груди, ребенок взял сосок в рот и начал сосать. При проведении опроса среди беременных первородящих женщин на вопрос о том, как они планируют кормить своего ребенка, 87% из них ответили, что они планируют вскармливание только грудным молоком. Среди повторнородящих на этот вопрос положительно ответили только 63%. Почему это происходит? Из 27% женщин, которые считают, что их дети будут искусственниками, 25% связывают это с агалактией или гипогалактией при предыдущих родах. У 2% женщин были медицинские противопоказания к грудному вскармливанию, связанные с состоянием здоровья самих женщин. Среди 25% женщин были как родившие в срок здоровых новорожденных, так и недоношенных на разных сроках гестации [1, 2, 10].

Противопоказаний к раннему прикладыванию к груди со стороны ребенка не так много, это [10, 12]:

- асфиксия новорожденного;
- нарушение мозгового кровообращения II—III степени;
- глубокая недоношенность;
- тяжелые пороки развития (челюстно-лицевого аппарата, сердца, ЖКТ и др.).

При проведении анкетирования среди родильниц (Рыбкина Н.Л., 2012) мы попытались выяснить, почему происходит отказ матерей от грудного вскармливания, и как врачи неонатологи могут помочь в становлении и развитии лактации. Матери, желающие кормить своих младенцев грудью, часто полагаются на советы медицинских работников о грудном вскармливании. Поэтому знания медицинских работников и их отношение к этому вопросу могут повлиять на успех или неудачу грудного вскармливания. Однако знаний, полученных медицинскими работниками, часто оказывается недостаточно. Кроме знаний, должны быть выработаны практические навыки по помощи при организации адекватного грудного вскармливания. По статистике, первичная агалактия встречается только у 2—5% женщин, остальные могут и должны кормить ребенка грудным молоком. Раньше, несмотря на рекомендации ВОЗ, практика отношения к новорожденному ребенку как к пациенту приводила к разобщению матери и ребенка сразу после родов, позднему прикладыванию к груди и к тому, что значимая часть доношенных здоровых новорожденных в качестве первого кормления получают смесь вместо

грудного молока. Сейчас эта ситуация меняется, большинство доношенных новорожденных получают в родильном зале хотя бы первые капли молозива, с недоношенными новорожденными ситуация пока иная. Большое количество недоношенных детей в качестве первого кормления получают не грудное молоко, а смесь. Рождение недоношенного ребенка всегда вызывает особое отношение как со стороны неонатологов-реаниматологов, так и родителей. Особая категория новорожденных — это недоношенные, рожденные на сроке гестации от 34-й до 36-й нед гестации. Это уже и не глубоконедоношенные дети, требующие интенсивной терапии, как правило, в 100%, но и недоношенные, зрелые новорожденные. Для детей, родившихся на сроке 34—36 нед, характерны проблемы нарушения адаптации, гипогликемия, нарушения терморегуляции, гипокальциемия, гипербилирубинемия, склонность к быстрому развитию дегидратации. Клинические проявления этих состояний, проявляющихся в раннем неонатальном периоде, бывают очень серьезными, иногда требующими проведения интенсивной терапии. Именно поэтому эти дети должны находиться под пристальным наблюдением и мониторингом. Вместе с тем, согласно литературным данным, такие дети обычно имеют активный сосательный рефлекс и могут успешно быть приложены к груди, что требуется с позиции доказательной медицины [2, 10, 14].

Как известно, сосательный рефлекс формируется у ребенка с 32-й нед гестации, а с 34-й нед гестации ребенок может быть приложен к груди. Согласно протоколу Академии грудного вскармливания ребенок, родившийся на сроке 34—36 нед с активным сосательным рефлексом, должен быть приложен к груди. Согласно существующим рекомендациям здорового доношенного ребенка необходимо приложить к груди матери в течение первых 30 мин жизни. Что касается недоношенных условно здоровых новорожденных, рожденных на сроке гестации 34—36 нед, после оценки их состояния, при отсутствии отклонений такие дети должны прикладываться к груди матери непосредственно в родильном зале. Несмотря на это, очень часто неонатологии придерживаются выжидательной тактики — сначала подождем, обследуем и только потом попробуем начать грудное вскармливание. Среднее время начала грудного вскармливания недоношенных 34—36-й нед гестации — 2—3-и сут, а иногда и конец первой недели жизни, при том, что ребенок не находится в палате интенсивной терапии, имеет активный сосательный рефлекс и хорошо сосет соску. Согласно рекомендациям ВОЗ крайне важно приложить недоношенного ребенка к груди как можно раньше, если позволяет его состояние — в первый час жизни, но после оценки состояния его здоровья [2, 9, 10]. Однако очень важно помнить о том, что у недоношенного ребенка, родившегося на сроке гестации 34—36 нед, увеличивается риск заболеваемости и даже смертности, если ребенка неграмотно приложили к груди. Для того чтобы риск осложнений был сведен к минимуму, предполагается обучение матери техники грудного вскармливания специально обученным специалистом по грудному вскармливанию [14]. Вопрос грудного вскармливания недоношенных новорожденных является очень сложным процессом, учитывая физиологические особенности этих детей, которые выражаются в незрелости желудочно-кишечного тракта, иногда быстрой утомляемостью ребенка и/или слабостью сосательного рефлекса и нарушениями

глотания. Это далеко не полный перечень возможных проблем условно здоровых недоношенных детей, рожденных на сроке гестации 34—36 нед, но эти проблемы не должны быть препятствием для начала грудного вскармливания.

Почему важно обеспечить кормление новорожденного ребенка вне зависимости от срока гестации грудным молоком? У ребенка более благополучно протекает ранний неонатальный период: у него реже проявляются так называемые транзиторные состояния, в том числе и токсическая эритема. Имеется взаимосвязь между ранним прикладыванием ребенка к груди и уменьшением выраженности неонатальной желтухи. Матери, имевшие возможность приложить ребенка к груди сразу после его появления на свет, оказывались в дальнейшем более чуткими и менее тревожными, лучше ориентировались в потребностях малыша, чем те, кто начал грудное вскармливание лишь через сутки или более после родов [9, 10].

Некоторые неонатологи придерживаются мнения, что недоношенные дети, признанные условно здоровыми после рождения, в течение нескольких суток после рождения должны находиться под пристальным мониторингом жизненных функций и лабораторных показателей. У них необходимо контролировать уровень глюкозы, кальция, билирубина, гематокрита для своевременной диагностики нарушений и коррекции. Это действительно так, контроль за состоянием ребенка необходим. Но с позиции доказательной медицины пока все показатели в норме, ребенок может и должен находиться вместе с матерью. Это способствует улучшению состояния матери и ребенка, ускорению становления лактации [14].

Многие женщины испытывают беспокойство, подходит ли их молоко для ребенка. Медицинский персонал должен объяснить матери, что молоко, продуцирующееся после рождения ребенка индивидуально по составу. Имеются четкие различия в составе молока у матерей, родивших в срок, и преждевременно. Именно эти особенности позволяют организовать грудное вскармливание недоношенных новорожденных. Молоко женщин, родивших раньше срока, имеет более высокую энергетическую ценность и содержит больше белка (1,2—1,6 г в 100 мл), а в аминокислотном составе отмечается более высокая концентрация незаменимых аминокислот. Содержание жиров также более высокое, к тому же выше уровень эссенциальных жирных кислот. После преждевременных родов при одинаковом общем уровне углеводов в молоке содержится меньше лактозы. Характерно также более высокое содержание ряда защитных факторов, в частности лизоцима. Женское молоко легко усваивается и хорошо переносится недоношенными детьми, что позволяет достичь полного объема энтерального питания в более ранние сроки по сравнению с искусственным вскармливанием. Недоношенные дети склонны к гипонатриемии. В течение первых двух недель после родов в молоке преждевременно родивших женщин содержание уровня натрия практически в два раза выше. В молоке у преждевременно родивших женщин больше содержится Mn, Fe, лизоцима, лактоферрина, более богатый аминокислотный состав (аргинин, таурин, карнитин). Для женщины, родившей недоношенного ребенка, важно кормить своего ребенка ценным грудным молоком. Большинство женщин, кормящих грудью, ощущают себя уверенными и благополучными и передают эти ощущения

своим детям. Наша задача помочь сохранить грудное вскармливание, по крайней мере, в течение первого года жизни. Несмотря на проводимую работу на этапе женской консультации, большинство вопросов по грудному вскармливанию по количеству и качеству молока возникают именно после родов [4, 5].

Как осуществляется первое прикладывание к груди? Мало просто приложить ребенка к груди, надо помочь матери найти то положение, при котором ребенку будет легче захватить сосок и сделать первые сосательные движения. Рекомендуется, чтобы первое прикладывание к груди осуществлялось при участии медицинского персонала. Необходимо объяснить как, как долго и как часто ребенок должен прикладываться к груди исходя из особенностей конкретного ребенка. Согласно проводимому опросу на состояние лактации влияет время первого прикладывания ребенка к груди матери [11, 13].

Важно показать матери, как ребенок должен захватывать сосок. Это является профилактикой формирования трещин сосков. Многие новорожденные во время первого прикладывания к груди делают буквально одно-два глотательных движения. Этого вполне достаточно, чтобы первые капли молозива попали к ребенку. Болезненность сосков при кормлении грудью всегда свидетельствует о неправильном положении ребенка. Если мать жалуется на боль во время кормления, обязанность медицинского персонала изменить положение ребенка и показать, как ребенок должен захватывать сосок. Трещины соска — это недостаток работы по грудному вскармливанию.

Многих матерей беспокоит цвет грудного молока. Задача неонатолога объяснить матери, что цвет молока он также индивидуален и не отражает качественный и количественный состав молока. Почему важно ответить на этот вопрос? Женщины в послеродовом периоде находятся в состоянии эмоционального стресса. Психологическое состояние и сомнения женщины влияют на количество выделяемого молока, и со временем развивается вторичная гипогалактия, а кроме того, женщина, уверенная в том, что ее молоко некачественное, непитательное, сама переводит ребенка на качественную, с ее точки зрения, смесь, забывая или не зная о том, что установлено, что именно грудное молоко обеспечивает максимальную иммунологическую активность, а также является фактором, управляющим ростом, развитием и тканевой дифференцировкой ребенка. Именно поэтому крайне важным представляется объяснить каждой женщине важность вскармливания грудным молоком. В периоде новорожденности посредством грудного вскармливания продолжает поддерживаться тесная психологическая и биологическая связь между матерью и ребенком. Многие исследователи указывают на важность особого психологического контакта между матерью и ребенком во время кормления грудью [2, 3, 9, 11].

Еще одна немаловажная проблема, с которой сталкиваются женщины, родившие как доношенных, так и недоношенных новорожденных на сроке гестации 34—36 нед, это неумение ребенка, по мнению женщины, сосать грудь. Эта проблема решается при участии неонатолога, или, что было бы целесообразнее, при участии специалиста по грудному вскармливанию [15]. Но если мать ребенка не решается поговорить об этом или по какой-либо другой причине остается без помощи, это зачастую приводит к тому, что мать, от-

чаявшаяся накормить ребенка грудью, предлагает ему бутылочку. Кормление смесью, стресс связанный с тем, что ребенок не берет грудь, вызывает усиление послеродового стресса, приводит к формированию чувства вины — я даже не могу накормить ребенка грудью и, как следствие, к вторичной гипогалактии. В результате ребенок выписывается из роддома как минимум на смешанном вскармливании. Женщина должна понять, что процесс обучения ребенка грудному вскармливанию, сосанию груди матери у доношенных детей, по мнению экспертов, составляет от нескольких минут до нескольких суток. У недоношенных детей, рожденных на сроке гестации 34—36 нед, этот процесс может занимать до 3—4 сут. Необходимо не только объяснить женщине, но и показать, как лучше прикладывать ребенка к груди. Существуют специальные обучающие фильмы, которые наглядно демонстрируют различные варианты положения матери и ребенка. Мать ребенка должна знать, что существует понятие непитательное кормление, более характерное для недоношенных и незрелых доношенных новорожденных, во время которого ребенок не сосет грудь, а просто облизывает ее, при этом капли ценного молозива/молока попадают в рот ребенку, и он знакомится со вкусом грудного молока. Это является нормальным поведением ребенка, и через небольшой промежуток времени ребенок будет сосать грудь.

Медицинский персонал должен информировать мать, что обычный перерыв между кормлениями составляет 2,5—3 ч. Многие новорожденные, особенно недоношенные, родившиеся на сроке 34—36 нед и незрелые доношенные в раннем неонатальном периоде могут в связи со своими особенностями делать более длительные интервалы между кормлениями. Целесообразным считается объяснить матери необходимость кормления таких детей каждые 2,5—3 ч. Если малыш кушает чаще, чем через 2 ч, то предлагать одну грудь в течение 2—3 ч, затем менять, чтобы высасывалось заднее молоко.

Многие кормящие женщины не знают, сколько в среднем должно длиться одно кормление. Достаточно часто они делают ошибочные выводы о продолжительности кормления, и если у них складывается представление, что ребенок сосет грудь непродолжительное время, сразу после кормления грудью предлагают ему бутылочку со смесью. Для того чтобы этого не происходило, неонатолог во время первого прикладывания к груди должен объяснить матери, что среднее время активного сосания составляет от 5 до 20 мин. Доношенные, а особенно недоношенные дети, рожденные на сроке гестации 34—36 нед, а также незрелые новорожденные в раннем неонатальном периоде делают паузы в сосании, что является нормой. Нельзя заставлять ребенка более 30 мин сосать грудь. И самое важное, объяснить, что критерием количества молока, которое получил ребенок, служит не субъективное мнение матери или медицинского работника, а контрольное взвешивание, которое может определить реальное количество молока, полученного ребенком, и достоверно определить необходимость докорма. Причем при проведении контрольного взвешивания необходимо подчеркнуть, что оценивать результаты надо в течение, по крайней мере, суток, что результаты одного контрольного взвешивания не объективны. Вместе с тем в литературе приводится мнение экспертов ВОЗ о том, что частое проведение контрольного

взвешивания (чаще, чем 1 раз в нед), может приводить к эффекту угнетения лактации. Частое проведение контрольного взвешивания усугубляет неуверенность матери, утверждают ее во мнении о недостаточном количестве молока. Тем самым усугубляются стресс и нервозность, которые ведут к формированию вторичной гипогалактии. Как показывают данные литературы, объяснение матери, как правильно кормить грудью до возникновения каких-то проблем, является более эффективным и способствует более раннему и качественному становлению лактации. Поэтому наиболее целесообразным представляется создание плана грудного вскармливания, который с учетом знаний эмоционального и психологического статуса родильницы, создается неонатологом при непосредственном участии матери/семьи.

Определить последующую лактацию у женщин после преждевременных родов можно на основании объема секреции грудного молока на 5-е сут после начала лактации. Суточный объем грудного молока более 100 мл позволяет надеяться на продукцию у женщины грудного молока в количестве, достаточном для кормления ребенка. Суточный объем грудного молока менее 100 мл позволяет отнести женщину к группе риска по развитию гипогалактии [7].

Чаще всего кормящая мать по тем или иным причинам решает проблему мнимой или истинной гипогалактии самостоятельно, под влиянием средств массовой информации или данных Интернета, зачастую пытается увеличить лактацию за счет более частых сцеживаний. Неонатолог должен объяснить матери, что, как правило, более частые сцеживания, особенно безрезультативные, напротив, приводят к усилению стресса и дальнейшему прогрессивному снижению уровня лактации [9].

Задача неонатолога внимательно выслушать представление женщины о будущем грудном вскармливании, потому что именно так она планирует кормить своего малыша, и затем обсудить, как с точки зрения современной медицины рациональнее кормить ребенка, всегда приводя в качестве аргументов достижения доказательной медицины. Необходимо приводить аргументы, понятные женщине, не использовать медицинских терминов [6, 8]. Говоря о грудном вскармливании, необходимо подробно остановиться на диете кормящей женщины. Какие продукты следует исключить из рациона, какие добавить. Необходимо обсудить это с женщиной, аргументируя свое мнение. Когда малыш находится на грудном вскармливании, с молоком матери к нему поступают все питательные вещества, необходимые для его правильного роста и развития. И поэтому кормящая мать должна тщательно и ответственно подойти к составлению своего рациона, ведь он оказывает влияние не только на самочувствие самой женщины, но и на здоровье младенца.

**Основные факторы, обеспечивающие рациональное грудное вскармливание детей, рожденных на сроке гестации свыше 34 нед**

**Минимальное разлучение матери и ребенка.**

Оно необходимо только в случае выявления у ребенка нарушений раннего неонатального периода, требующих инвазивных вмешательств. С позиции доказательной медицины проведение фототерапии не является основанием для разобщения матери и ребенка. В случае выявления отклонений в состоянии здоровья, которые требуют в том числе и интенсивной терапии, мать

должна иметь неограниченный доступ и возможность контакта со своим ребенком. Имеются доказательства того, что эмоциональная связь и контакт кожа к коже имеют огромное значение для будущей психологической и эмоциональной связи между матерью и ребенком в дальнейшем. Согласно литературным данным, постоянный контакт с ребенком способствует, в том числе, и становлению лактации, которая позволяет осуществлять грудное вскармливание на протяжении первого года жизни.

**Соблюдение температурного режим.** До рождения ребенок находится в матке в окружении околоплодных вод, где температура составляет 38,0°C, собственные механизмы терморегуляции у плода не активизированы. Тепло ребенку передается через плаценту матери, а при этом сам плод имеет температуру на 1°C выше. Высокая температура матери передается плоду. Сразу после рождения ребенок оказывается в холодной для него окружающей среде, где температура его кожи и всего тела снижается в основном за счет теплоотдачи через влажную кожу. Поэтому крайне важно сразу после рождения согреть ребенка, и тщательно контролировать температуру его тела при нахождении у груди матери. Необходимо помнить о том, что гипотермия, даже очень кратковременная, может привести к отдаленным последствиям. Чаще всего это гипогликемия, развитие у ребенка некротического энтероколита, внутрижелудочковых кровоизлияний и последующая задержка роста. Особенно тщательно нужно соблюдать тепловой режим в отношении недоношенных новорожденных, рожденных на сроке гестации 34—36 нед, при первом и последующем прикладывании к груди матери. Недоношенные дети относятся к пациентам высокого риска по развитию нарушений теплового гомеостаза. Крайне важно избегать как переохлаждения, так и перегревания недоношенного ребенка, так как эти нарушения предрасполагают, в том числе, и к развитию гипогликемии. Согласно данным доказательной медицины, очень важным представляется контакт кожа к коже по методу «кенгуру» во время грудного вскармливания. Пеленание, которое ограничивает свободные движения ребенка при контакте с матерью может удлинять период становления адекватного грудного вскармливания. Но неонатолог должен обсудить с матерью важность тщательного контроля температуры тела ребенка при грудном вскармливании, при контакте кожа к коже с применением метода «кенгуру».

Метод «кенгуру» включает в себя три обязательных элемента:

- контакт кожа к коже мамы и малыша;
- раннее и исключительное грудное вскармливание;
- совместное пребывание матери и малыша при поддержке необходимых технологий.

Применение метода «кенгуру» как метода выхаживания недоношенных новорожденных хорошо зарекомендовало себя на протяжении нескольких десятилетий. Доказано, что в случае контакта кожа к коже ребенок способен удерживать температуру тела, стабилизируются дыхание, частота сердечных сокращений, артериальное давление. Причем такой контакт необходим и новорожденному и матери/отцу ребенка. Поэтому необходимо поощрять более частое применение данного метода. Этим методом формируется связь между членами семьи, которая, по мнению психологов, формирует все дальнейшие взаимоотношения в семье [3, 6, 8].

**Обеспечение быстрого становления лактации** у матери и грудное вскармливание у новорожденных, родившихся не сроке гестации 34 нед и более — это совместная задача медицинского персонала и матери ребенка в ранний неонатальный период. Доказано, что грудное вскармливание недоношенных новорожденных способствует снижению заболеваемости этих детей [9, 10, 12].

Говоря о совместном пребывании матери и ребенка, о становлении функции лактации и о грудном вскармливании новорожденных, необходимо напомнить, что процессу становления лактации мешают многочисленные внешние раздражители. Казалось бы, совместное пребывание матери и ребенка минимизирует количество внешних раздражителей, однако современная техника вносит свои коррективы. Громкий звонок мобильного телефона способен разрушить формирующийся контакт матери и ребенка. Об этом необходимо предупредить кормящую женщину. Когда происходит процесс кормления грудью, посторонние шумы не должны отвлекать ни мать, ни ребенка.

Как оценить, достаточно ли ребенку грудного молока. Ориентируемся на убыль массы тела, диурез, клиническую оценку состояния ребенка, в дальнейшем на прибавку массы тела. Недоношенные новорожденные, родившиеся на сроке гестации 34—36 нед, восстанавливают первоначальную массу тела позднее, чем доношенные, в среднем это происходит на 12—15-й день жизни. Для недоношенных новорожденных свойственна более значимая убыль первоначальной массы тела, которая может составлять до 12—14%. Для новорожденных, родившихся на сроке гестации более 34 нед, необходимо оценить гестационный возраст по соответствующим таблицам, чаще всего это шкала Балларда. Нельзя только по весоростовым показателям судить о сроке гестации. Необходимо помнить, что ребенок, рожденный на сроке 38—39 нед гестации, в 36 нед имел бы вес 3 кг, оставаясь по морфофункциональным показателям недоношенным ребенком. Если у недоношенного ребенка при естественном вскармливании убыль массы тела составляет 3% и более в течение 1 сут, или 7% и более в течение 3 сут, это является показанием для мониторинга и оценки состояния ребенка по данным клинического протокола грудного вскармливания [14]. Недоношенный новорожденный может прикладываться к груди от 8 до 12 раз в течение суток. Если новорожденный не может усваивать физиологическую норму молока, используют различные приспособления для кормления ребенка — от зонда до специальных ложек для недоношенного ребенка. Если у матери диагностируется гипогалактия, ребенок докармливается смесями, адаптированными для своего гестационного возраста. У недоношенного новорожденного, находящегося на грудном вскармливании, к четвертому дню жизни должно быть не менее шести мочеиспусканий за сутки, стул не менее четырех раз в сутки и убыль массы тела не должна составлять более 7% от первоначальной [3, 13, 14].

В настоящее время родители и их родственники обладают большим запасом сведений о заболеваниях детского возраста, почерпнутых из специальной просветительной литературы и средств массовой информации. В связи с этим увлечение различными нововведениями могут создавать затруднения при контакте неонатологов и семьи ребенка [2, 3]. К сожалению, это касается и проблем грудного вскармливания.

Свободное вскармливание, вскармливание по требованию, воспринимается матерью и семьей ребенка, как необходимость прикладывания к груди при каждом плаче малыша. Задача неонатолога заключается в том, чтобы донести до родителей правила свободного вскармливания, которое подразумевает прикладывание ребенка к груди не чаще 7—8 раз в сутки, недоношенного ребенка не чаще 10—12 раз в сутки, а также обучения понимания своего ребенка. Проведенные исследования убедительно демонстрируют, что причина плача ребенка — это не только чувство голода, но и различные по окраске эмоциональные состояния, которые ребенок пытается передать матери. Нужно совместно с матерью разработать план питания ребенка перед выпиской из родильного дома на несколько дней вперед. В дальнейшем подробный план вскармливания составляется врачом-педиатром.

Одним из важных критериев выписки из родильного дома является адекватное грудное вскармливание. Это относится как к доношенным детям, так и к недоношенным. После выписки состояние недоношенного ребенка должно оцениваться чаще. Обязательный контроль необходим за состоянием грудного вскармливания. Мать должна быть предупреждена о сроках развития лактационных кризов [2, 14].

Если грудное вскармливание по состоянию матери и ребенка невозможно по состоянию здоровья ребенка, задача врача-неонатолога помочь женщине сохранить лактацию, которая зависит от двух причин: от желания женщины кормить грудью и от скорости опорожнения груди. Необходимо обсудить с матерью режим сцеживания. Если позволяет состояние ребенка, кормит ребенка нативным грудным молоком, если нет — то информировать мать о возможности длительного хранения замороженного молока. Это позволит сохранить лактацию и улучшить эмоциональное и психологическое состояние женщины.

Грудное вскармливание и ношение на руках крайне необходимы в общении с малышом. Даже если по любым причинам грудное вскармливание невозможно, необходимо имитировать позу ребенка как при кормлении грудью. Когда ребенок кормится грудью, мать прижимает его к себе, а он чувствует тепло и заботу. Семья дает ему первые уроки доброты, любви к окружающим. Если ребенок чувствует себя любимым, окруженным вниманием, заботой и нежностью, то у него вырабатывается доверие к миру, к людям. Имеются данные о том, что у ребенка, который длительное время находился на грудном вскармливании, более высокая самооценка. У такого ребенка положительное отношение к самому себе и окружающим, уверенность, умение правильно оценивать свои силы, инициативность [3, 6, 9].

В заключение хочется подчеркнуть, что вопрос грудного вскармливания такой простой на первый взгляд имеет множество сложных и противоречивых вопросов. Врач-неонатолог должен быть готов к ответу на любые вопросы, должен суметь помочь матери и ребенку наладить контакт и взаимопонимание, которые они должны пронести через всю жизнь. От качества грудного вскармливания, которое начинается сразу после рождения, во многом зависит состояние здоровья матери и ребенка, поэтому считается целесообразным наличие специалиста по грудному вскармливанию, который должен помочь кормящей маме в пролонгировании и становлении грудного вскармливания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алферов, В.П. Питание детей раннего возраста: пособие для врачей / В.П. Алферов, Ф.П. Романюк, Л.Н. Пройда. — СПб., 2009. — 48 с.
2. Базовая помощь новорожденному: международный опыт / под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 208 с.
3. Борьесон, Б. Ранние отношения и развитие ребенка / Б. Борьесон, С. Бриттен, С.В. Довбня. — СПб.: Питер, 2009. — 160 с.
4. Гончарова, О.В. Как сохранить грудное вскармливание, перевести ребенка на смешанное / искусственное вскармливание или отлучить от груди / О.В. Гончарова // Consilium Medicum. Педиатрия. — 2012. — № 2. — С.15—19.
5. Грибакин, С.Г. Вскармливание недоношенных детей: история и современность / С.Г. Грибакин // Педиатрия. — 2009. — Т. 1, № 87. — С.109—114.
6. Дубович, Е.Г. Проблемы консультирования родителей с ретинопатией недоношенных / Е.Г. Дубович, Н.В. Полунина // Практика педиатра. — 2011. — URL: <http://medi.ru/doc/j01110312/html/>
7. Особенности становления лактации у матерей после преждевременных родов / А.Б. Дуленков, Ю.Г. Мухина, О.В. Потапова, С.Г. Грибакин // Вопросы практической педиатрии. — 2011. — Т. 6, № 3. — С.64—69.
8. Ильенко, Л.И. Актуальные вопросы медицинской деонтологии при оказании помощи матерям и детям: учеб. пособие для системы постдипломного образования / Л.И. Ильенко [и др.]. — М., 2011. — 51 с.
9. Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание. — Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002. — 173 с.
10. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 848 с.
11. Современные тенденции проблемы вскармливания недоношенных детей / В.А. Скворцова, Т.Э. Боровик, О.Л. Лукоянова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2005. — Т. 4, № 2. — С.80—86.
12. Тарасова, И.В. Естественное вскармливание новорожденных / И.В. Тарасова // Медицинская сестра. — 2003. — № 3. — С.7.
13. The baby Friendly Hospital Initiative in neonatal units for sick and preterm newborns in Russia / E.N. Murzina, S.A. Polyanskaya, A.I. Petrov [et al.]. — Neo-BFHI, Uppsala, Sweden, 2011. — P.16—17.
14. ABM Clinical Protocol # 10: Breastfeeding the Late Preterm Infant / Breastfeeding medicine. — 2011. — Vol. 6, № 3. — P.151—156.

## REFERENCES

1. Alferov, V.P. Pitaniye detei rannego vozrasta: posobie dlya vrachei / V.P. Alferov, F.P. Romanyuk, L.N. Proida. — SPb., 2009. — 48 s.
2. Bazovaya pomoshch' novorozhdennomu: mezhdunarodnyi opyt / pod red. N.N. Volodina, G.T. Suhikh. — M.: GEOTAR-Media, 2008. — 208 s.
3. Bor'eson, B. Rannie otnosheniya i razvitie rebenka / B. Bor'eson, S. Britten, S.V. Dovbnya. — SPb.: Piter, 2009. — 160 s.
4. Goncharova, O.V. Kak sohranit' grudnoye vskarmlyvanie, perevesti rebenka na smeshannoe / iskustvennoye vskarmlyvanie ili otluchit' ot grudi / O.V. Goncharova // Consilium Medicum. Pediatriya. — 2012. — № 2. — S.15—19.
5. Gribakin, S.G. Vskarmlyvanie nedonoshennykh detei: istoriya i sovremennost' / S.G. Gribakin // Pediatriya. — 2009. — T. 1, № 87. — S.109—114.
6. Dubovich, E.G. Problemy konsul'tirovaniya roditelei s retinopatiei nedonoshennykh / E.G. Dubovich, N.V. Polunina // Praktika pediatri. — 2011. — URL: <http://medi.ru/doc/j01110312/html/>
7. Osobennosti stanovleniya laktatsii u materei posle prezhdevremennykh rodov / A.B. Dulenkov, YU.G. Muhina,

- O.V. Potapova, S.G. Gribakin // *Voprosy prakticheskoi pediatrii*. — 2011. — Т. 6, № 3. — С.64—69.
8. *Il'enko, L.I.* Aktual'nye voprosy medicinskoj deontologii pri okazanii pomoschi materyam i detyam: ucheb. posobie dlya sistemy postdiplomnogo obrazovaniya / L.I. Il'enko [i dr.]. — М., 2011. — 51 s.
  9. Osnovy uroda za novorozhdennymi i grudnoe vskarmlivanie. — Evropeiskoe regional'noe byuro VOZ, 2002. — 173 s.
  10. Neonatologiya: nacional'noe rukovodstvo / pod red. N.N. Volodina. — М.: GEOTAR-Media, 2007. — 848 s.
  11. Sovremennye tendencii problemy vskarmlivaniya nedonoshennyh detei / V.A. Skvorcova, T.E. Borovik, O.L. Lukoyanova [i dr.] // *Voprosy sovremennoi pediatrii*. — 2005. — Т. 4, № 2. — С.80—86.
  12. *Tarasova, I.V.* Estestvennoe vskarmlivanie novorozhdennyh / I.V. Tarasova // *Medicinskaya sestra*. — 2003. — № 3. — С.7.
  13. The baby Friendly Hospital Initiative in neonatal units for sick and preterm newborns in Russia / E.N. Murzina, S.A. Polyanskaya, A.I. Petrov [et al.]. — Neo-BFHI, Uppsala, Sweden, 2011. — P.16—17.
  14. ABM Clinical Protocol # 10: Breastfeeding the Late Preterm Infant / Breastfeeding medicine. — 2011. — Vol. 6, № 3. — P.151—156.

© Е.С. Сахарова, Е.С. Кешишян, Г.А. Алямовская, 2013

УДК 612.825.2-053.32

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**ЕЛЕНА СТАНИСЛАВОВНА САХАРОВА**, канд. мед. наук, врач-педиатр «Центра коррекции развития детей раннего возраста» ФГБУ МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России, Москва, тел. (499) 487-52-05

**ЕЛЕНА СОЛОМОНОВНА КЕШИШЯН**, докт. мед. наук, профессор, руководитель «Центра коррекции развития детей раннего возраста» ФГБУ МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России, Москва, тел. (495) 483-21-74

**ГАЛИНА АЛЕКСАНДРОВНА АЛЯМОВСКАЯ**, врач-педиатр отделения раннего возраста «Центра коррекции развития детей раннего возраста» ФГБУ МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России, Москва, тел. (495) 483-21-74, e-mail: galina45@mail.ru

**Реферат.** Статья посвящена анализу и оценке психомоторного развития глубоконедоношенных детей первых 3 лет жизни. Обследовано 1920 детей, рожденных с массой тела 1500—1000 г, и 780 детей, рожденных с массой менее 1000 г, из них 180 детей, рожденных с массой 460—600 г. Исход развития не определялся тяжестью неонатального периода, при равных перинатальных проблемах была возможна различная степень социальной и медицинской абилитации. Проблемы у детей сохранялись длительно, что определяло необходимость их целенаправленного наблюдения с учетом вариантов индивидуального развития, плановой коррекции, а также специальных знаний в условиях центра «последующего наблюдения» как обязательного этапа выхаживания.

**Ключевые слова:** недоношенные дети, психомоторное развитие, последующее наблюдение.

## NEURODEVELOPMENTAL OUTCOMES IN VERY-LOW-BIRTH-WEIGHT INFANTS

**ELENA S. SAKHAROVA, ELENA S. KESHISHIAN, GALINA A. ALYAMOVSKAYA**

**Abstract.** This article analyzes developmental outcomes of very-low-birth-weight (VLBW) infants in first 3 years of life. More than 2 thousands infants were studied; 1920 with birth weight 1000—1500 g, 780 — with birth weight less than 1000 g (180 with 460—600 g). There were no correlations between complications in neonatal period and developmental outcomes. Many children had health and developmental problems in first years of life and needed in medical supervision in specialized follow-up centre.

**Key words:** premature infants, psychomotor development, follow-up system.

Благодаря современным достижениям в неонатологии в настоящее время выживает все больше недоношенных детей с низким и экстремально низким весом при рождении. Организация отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных, освоение множества новых методик, связанных с выхаживанием глубоконедоношенных детей (широкое внедрение ИВЛ, СРАР, сурфактанта и т.д.), позволило не только снизить неонатальную смертность, но и перейти на новые, мировые критерии живорождения [4]. Однако в настоящее время в существующей системе здравоохранения отмечается значительный разрыв между высокими достижениями технологий выхаживания глубоконедоношенных детей и результатами неотработанной тактики последующего наблюдения в общей амбулаторно-поликлинической сети.

После выписки из неонатологического стационара у глубоконедоношенных детей сохраняются изменения

со стороны центральной нервной системы; нейро-сенсорного аппарата (ретинопатия, нарушения со стороны слухового аппарата); дыхательные нарушения, связанные с незрелостью легочной ткани, незрелостью центральной регуляции и бронхолегочной дисплазией; кардиопатией; постгипоксической нефропатией; дисфункцией желудочно-кишечного тракта; незрелостью эндокринной регуляции; нарушением фосфорно-кальциевого обмена; слабостью мышечного каркаса, особенностями нервно-мышечной регуляции [5, 6, 8].

Учитывая вышеизложенные проблемы, ведение глубоконедоношенных детей в постнатальном периоде требует специализированных подходов и знаний.

Анализ амбулаторных карт, проведенный нами в детских поликлиниках различных регионов страны, показал, что эти дети вызывают большую тревогу участковых врачей. Прежде всего, отсутствие научно обоснованной методологии наблюдения приводит к