

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПИТАНИЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ РАНЬШЕ СРОКА



Гармоничное физическое и интеллектуальное развитие детей зависит от различных факторов, одним из которых является правильное и полноценное питание. Особенно это касается недоношенных детей, рожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. Сегодня усилия организаторов здравоохранения, перинатологов, неонатологов, педиатров позволили достичь значительных успехов в выхаживании таких детей, в снижении младенческой смертности и инвалидности. Немаловажное значение в комплексе проведенных мероприятий имеет обоснование и организация вскармливания недоношенных детей. Одной из ведущих площадок, посвященных теме питания новорожденных, стала Всероссийская конференция Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) под названием «Актуальные вопросы современной перинатологии: особенности парентерального и энтерального питания детей раннего возраста». Руководитель Центра коррекции развития детей раннего возраста НИКИ педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова доктор медицинских наук, профессор Елена Соломоновна Кешишян поделилась с нами личным опытом ведения недоношенных детей.

– Уважаемая Елена Соломоновна, в чем выражаются особенности физического и психического развития недоношенных детей?

– Дело в том, что ребенок, родившийся недоношенным, – это не просто ребенок с малым весом. Это ребенок, который вынужден приспособляться к внеутробной жизни, когда еще физиологически делать этого не должен. Его органы и системы не подготовлены к функционированию в новых условиях. Это одна проблема. Другая проблема заключается в том, что без включения метаболизма дальнейшая жизнь ребенка невозможна, т. к. питательные вещества должны усваиваться энтерально. Только в этом случае они способны обеспечить необходимый качественный обмен веществ для слаженного функционирования органов и систем. Необходимо сказать, что именно сложность включения метаболизма у глубоко недоношенного ребенка определяют низкие темпы физического развития – рост, прибавку массы, усвояемость. И второй важный момент заключается в том, что

основная масса клеток коры мозга начинает развиваться после 32-й нед., и если ребенок родился раньше этого срока или даже на 32-й нед., то весь путь развития клетки серого вещества проходят постнатально. Мы не можем это регулировать. Но мы можем наблюдать, как ребенок, рожденный, например, на 26-й нед., растет, как меняются его движения, поведение, ответ на внешние раздражители. Путь, который клетки преодолевают в постнатальных условиях, определяет темпы прироста психических функций, поведенческие особенности и т. д. Самое удивительное заключается в том, что большинство таких детей (у которых не было в анамнезе тяжелого органического поражения нервной системы) к 3 годам, в принципе, с небольшими особенностями, не влияющими на их социальную жизнь, сравниваются со своими доношенными сверстниками.

У нас сейчас ведется научная работа, которая, надеюсь, скоро будет закончена, где мы оцениваем в возрасте 6–7 лет развитие и уровень готовности к школе детей,

родившихся с массой менее 1,5 кг. Уже сейчас, по предварительным результатам этого обследования, могу сказать, что данные абсолютно сравнимы с доношенными детьми. А в отдельных случаях недоношенный ребенок обладает даже большей степенью обучаемости. Так что при бережном родоразрешении и выхаживании недоношенный ребенок может не стать приговором для семьи, а доставлять большую радость, как и любой здоровый малыш.

– *Какие патологии чаще всего возникают у детей, рожденных раньше положенного срока?*

– Есть некоторые патологии, которые связаны с самой недоношенностью. Это ретинопатии недоношенных, т. е. повреждение глаз. Сегодня мы уже много знаем про эту патологию, имеем необходимое оборудование и хорошо умеем ее диагностировать, можем своевременно оперировать, чтобы не допустить катастрофы – слепоты у ребенка. За последние 10 лет частота развития слепоты сократилась более чем в 10 раз, и сейчас наши показатели сравнимы с мировыми цифрами частоты возможных осложнений ретинопатии.

Второй проблемой, с которой мы тоже уже вполне научились справляться, – это бронхолегочная дисплазия. Заболевание тоже свойственно преимущественно недоношенным детям и связано с незрелостью легочной ткани и влиянием на нее высоких концентраций кислорода, которые необходимы для осуществления адекватного газообмена. При этом заболевании нарушается функция дыхания и ребенок задыхается, потому что бронхи периодически смыкаются. Однако наши технические возможности и знания о физиологии и патологии недоношенности позволили нам значительно уменьшить необходимость подачи токсических концентраций кислорода и, соответственно, сократить риск тяжелых форм бронхолегочной дисплазии, а также ее переход в бронхиальную астму.

– *Что служит ведущими факторами благоприятного и неблагоприятного развития недоношенного ребенка?*

– Три основных момента. Первое – это причина, почему возникло невынашивание. Вы понимаете, что рождение ребенка на сроке менее 32-й нед. – это абсолютно патологическая ситуация. Если возникают преждевременные роды, то этому есть какая-то причина или со стороны матери, или со стороны плода. В настоящий момент мы ждем результатов научной работы, в которой тоже участвуем, где оценивается частота генетических поломок у детей, рожденных с экстремально низкой массой тела. Не исключено, что среди детей, рожденных на 25–26-й нед. не по причине материнского нездоровья, имеется высокая частота различных генетических поломок, которые определяют снижение психического развития и массу психосоматических состояний, не связанных с перинатальным повреждением. Второй момент – само родоразрешение. Понятно, что при таком маленьком, незрелом и не готовом к родам плоде родоразрешение должно быть особенно щадящим. Но кроме этого,

должен быть отработанный стандарт оказания помощи этим детям в первые минуты после рождения неонатологами и реаниматологами. Это т. н. «золотой час», который, по сути, определяет, будет или нет повреждение клеток мозга. А значит, будет или нет полноценная жизнь у данного ребенка.

А в дальнейшем, если постнатальное развитие происходит благоприятно, то подключается третий фактор, который, возможно, вызовет удивление – это психологическая и другая профессиональная поддержка родителей в их пути воспитания такого ребенка. Потому что в первое время, когда дети находятся в отделении роддома, они все одинаковые, чудные, красивые, завернутые кулечки. Когда же этот ребенок начинает резко отставать от соседского ребенка, то семье очень нужна поддержка, объяснение, что это индивидуальный этап формирования и развития. Такой семье нужен надежный тыл, роль которого должен выполнять специалист, занимающийся постнеонатальным ведением недоношенного ребенка. Если такой ребенок наблюдается в общей поликлинической сети, то медицинские работники не всегда бывают опорой и поддержкой для родителей, потому что плохо разбираются в этой узкой молодой области знаний. Врачи поликлиники не могут объективно судить, как растет и развивается недоношенный ребенок, рожденный с низкой или даже экстремально низкой массой тела. Неуверенность врача, обилие диагнозов и назначений, иногда взаимоисключающих, укрепляют мысли мамы о неблагоприятном развитии ее ребенка.

Ретинопатии недоношенных, т. е. повреждение глаз. Сегодня мы уже много знаем про эту патологию, имеем необходимое оборудование и хорошо умеем ее диагностировать, можем своевременно оперировать, чтобы не допустить катастрофы – слепоты у ребенка

– *Еще один фактор полноценного развития ребенка – это правильное и сбалансированное питание. Каких ключевых принципов необходимо придерживаться при кормлении недоношенного ребенка?*

– Несомненно, полноценное питание – это главное, что мы должны предоставить недоношенному ребенку. Однако наши желания в этом случае далеко не всегда совпадают с нашими возможностями. Главная проблема, что недоношенный ребенок не хочет кушать. В него трудно «впихнуть» еду. Поэтому для этих детей требуется индивидуальный рацион питания, куда входят все необходимые ингредиенты, но в небольшом объеме, который сможет усвоить ребенок. У меня есть дети, которые питаются 3 раза в день, но при этом съедают весь набор продуктов, которые им надо получить. Это, конечно, плохо, но все же лучше, чем ничего. Задача педиатра – создать вместе с мамой систему кормления этого ребенка, чтобы он получил и нужную калорийность, и

нужный объем белков, жиров и углеводов в правильном соотношении. Это требует большого опыта и знаний педиатра и уверенности в том, что он делает все правильно. Потому что обычные, стандартные рекомендации будут эффективны лишь у 20–25 % этих детей, а все остальные требуют индивидуализации.

Я придерживаюсь мнения, что у нас не так много таких детей, и их прием педиатром не может ограничиваться временем приема обычного доношенного ребенка. Поэтому, чтобы мы могли установить благоприятную психологическую и коммуникативную ситуацию, осмотреть ребенка, правильно проконсультировать по вопросам вскармливания и развития, оценить состояние всех органов и систем, требуется значительно больше времени.

Должен быть отработанный стандарт оказания помощи недоношенным детям в первые минуты после рождения неонатологами и реаниматологами. Это т. н. «золотой час», который, по сути, определяет, будет или нет повреждение клеток мозга. А значит, будет или нет полноценная жизнь у данного ребенка

– При каких обстоятельствах может нарушиться естественное вскармливание ребенка молоком матери?

– На сегодняшний день таких ситуаций достаточно много. Первая из них – отсутствие поддержки грудного вскармливания недоношенного ребенка уже на первом этапе, в родильном доме, когда и акушеры, и врачи-реаниматологи в один голос говорят, что нет в этом смысла, и для них спокойнее накормить ребенка смесью. После таких патологических родов женщина, естественно, нервничает, ищет информацию о возможных рисках и исходах развития глубоко недоношенного ребенка, и в итоге у нее нарушается выработка молока. А ведь грудное молоко со всеми его преимуществами перед смесью особенно нужно недоношенному ребенку.

Понимание этого должно изменить в будущем весь регламент работы неонатальной службы с организацией свободного допуска матерей к их новорожденным в отделения реанимации и тем более в отделения выхаживания. Мы должны стремиться к тому, чтобы мамы имели возможность круглосуточно быть с ребенком настолько рано, насколько это возможно. Это увеличит число недоношенных детей, длительно получающих грудное молоко на первом году жизни, и уменьшит частоту материнской послеродовой депрессии.

В то же время пережитый стресс может, конечно, приводить к полному исчезновению молока. И в этом нет вины матери. Именно в неонатологии очень важно правильно расставлять акценты и определять цели. Наша задача – полноценное питание ребенка, спокойствие и уверенность матери, что окажет огромную помощь медицинским работникам в выхаживании и развитии ребенка. Если есть молоко – мы должны поддержать

желание матери сохранять грудное вскармливание. Если нет – мы опять-таки должны поддержать мать и убедиться, что у нее нет дополнительной психологической вины за это.

– А если инфекция у мамы, возможно ли грудное вскармливание?

– Никакая инфекция мамы, кроме мастита, не является поводом для отказа кормления грудью. Во всем мире даже ВИЧ не является поводом, хотя мы еще не достигли этого уровня и ограничиваем грудное вскармливание у ВИЧ-инфицированных матерей. Если мама должна получать антибиотики, выбор должен склоняться в сторону препаратов, разрешенных у детей первого года жизни, и тогда кормление прекращать не нужно. Кстати, дисбиоза при этом не будет, т. к. в грудном молоке много пре- и пробиотиков для правильного формирования микробиоценоза ребенка.

– В случае недостаточного обеспечения ребенка материнским молоком или при полном его исключении какие дотационные источники питания целесообразно использовать, каким молочным смесям отдается предпочтение?

– Почти все молочные смеси для недоношенных детей имеют схожий состав в плане концентраций основных ингредиентов, минералов и витаминов. Важно, чтобы эту смесь хорошо переносил ребенок. И если он ее хорошо переносит и достаточно прибавляет в массе, то мама должна продолжать кормить этой смесью. Я придерживаюсь идеи, что очень значимой является двухэтапная система перевода ребенка на искусственное кормление. Смысл двухэтапной системы в том, что нельзя в один день перейти с одного уровня белка на меньший уровень белка, отличающийся в 2 раза, как это бывает при переходе от смеси для недоношенных детей к обычной стандартной смеси. Требуется медленный, длительный переход, с контролем прибавки веса, развития, основных показателей метаболизма. Такая система явно способствует уменьшению числа детей с нарушениями физического развития, особенно среди тех детей, которых чрезвычайно трудно накормить.

– Насколько распространена проблема сочетанных дисфункций пищеварения: срыгивание, метеоризм, болевой синдром – у недоношенных детей?

– Хочу сказать, что у недоношенных детей очень редко бывает болевой синдром и кишечные колики. Они плачут, но это, скорее всего, связано не с дисфункцией пищеварения, потому что у недоношенных детей очень слабая мышечная стенка, и, как бы не расширилась кишка, боли этот процесс не вызывает. Метеоризм также встречается у них гораздо реже, чем у доношенных. А появление метеоризма свидетельствует о «дозревании» организма. Если у доношенных детей кишечные колики появляются где-то на 4-й нед., т. е. в месяц, то у недоношенных тоже на 4-й, а они к этому моменту могут быть уже 4- или 5-месячными.

А вот что касается срыгивания, то это совершенно естественная вещь, потому что у них нет полного смыкания пищеводного отверстия за счет незрелости иннервации, поэтому, как только сокращается желудок, все сразу идет и «вверх и вниз». Точно также для недоношенных детей свойственна тенденция к замедлению эвакуации стула. Им просто «не хватает силы» выдавить стул за счет сниженной перистальтики. Все это не патологии, а особенности роста и созревания недоношенного ребенка.

– *Что-то необходимо предпринимать при таком особенном физиологическом развитии?*

– Ничего. Ждать. Объяснять маме, что все пройдет само, т. к. никакой этап развития нельзя «перескочить». Маме все это нужно проговаривать. Объяснять, что такому ребенку нужен высокий конец кровати, его нужно кормить на руках, нужно класть на бочок, бережно менять ему положение. Если ребенок кормится дробно и небольшими объемами, вероятность срыгивания уменьшается. Постепенно он дозревает. Кто-то может дозреть к 3 мес., а кто-то к 4. Мама говорит, что ему уже 4 мес., а он вдруг начал срыгивать. А у него происходит срыгивание потому, что он как раз дозрел, и чем больше у него закрывается жом, тем больше происходит выхлоп.

– *Если при обследовании подтверждается лактазная недостаточность, то каким способом возможно сохранение нутритивного питания у ребенка?*

– Грудное вскармливание – лучшее лечение при вторичной лактазной недостаточности при условии исключения коровьего молока из рациона мамы. Определенный эффект имеет и дотация фермента. Но переход на смеси, пусть и безлактозные, абсолютно не целесообразен. Кстати, ребенок кричит далеко не потому, что у него болит живот. И успокаивается на смеси тоже не потому, что там нет лактозы. Но это отдельный долгий разговор.

Задача педиатра – создать вместе с мамой налаженную систему кормления ребенка, чтобы он получил и нужную калорийность, и нужный объем белков, жиров и углеводов в правильном соотношении. Это требует большого опыта и знаний педиатра и уверенности в том, что он делает все правильно

– *Когда возможно произвести оценку развития недоношенного ребенка и по каким критериям, чтобы убедиться, что он преодолел особенности своего развития и практически ничем не отличается от детей, рожденных в срок?*

– Вот это мой любимый вопрос. Я считаю, что развитие ребенка, любого – доношенного или недоношенного – является кумулятивным показателем его здоровья. Потому что именно на первом году жизни развитие

показывает как формируется взаимосвязь между различными нервными центрами, что позволяет поэтапно приобретать необходимые навыки. Ребенок как бы проходит ступеньку за ступенькой. И он не может пропустить какую-то из них. Он не может пойти, не сесть, не перевернувшись. Сначала он должен взять предмет в одну руку, потом он начнет перекладывать его из одной руки в другую, потом возьмет в рот, потом начнет рассматривать – все это будут критерии включения различных участков его мозга. И по тому, как они включаются, мы можем оценить, правильно это происходит или нет. Эти процессы происходят и у доношенных, и у недоношенных, только темпы и сроки будут различными. Поэтому в нашем центре все врачи, прежде всего на каждом плановом приеме недоношенного ребенка, оценивают прирост навыков с учетом различных линий развития – познавательной, доречевой, социальной, моторной и с учетом полученных данных строят план ведения ребенка на ближайший месяц.

– *Елена Соломоновна, какие рекомендации Вы могли бы дать педиатрам, имеющих на своем участке детей, рожденных раньше срока, какие ключевые моменты необходимо отслеживать?*

– Когда я только начинала заниматься организацией этого центра, я оценила, сколько недоношенных детей может быть на участке. Их может не быть годами. Поэтому обучить всех педиатров, которые никогда не видели такого ребенка (как он выглядит, как кормится, как растет), особенностям их ведения на первом-втором году жизни невозможно, и тогда такой ребенок всегда будет казаться больным. Учитывая, что мы выхаживаем детей все меньшей и меньшей массы, их ведение на первом году лучше доверять специализированным медицинским учреждениям. Не нужно учить каждого педиатра, как протекает, например, бронхолегочная дисплазия у недоношенного и почему у него в 8 мес. частота дыхания выше 60 и учащается, когда он двигается, и в таких случаях я предлагаю ничего не предпринимать. Когда я пишу в заключении, что замедление развития данного ребенка, скорее всего, связано не с поражением нервной системы, а со снижением уровня зрения, врачам поликлиник кажется, что надо ставить диагноз «органическое поражение нервной системы». У меня очень много было детей, рожденных на сроке гестации менее 30 нед., которые приходили от педиатров с «угрозой ДЦП», потому что он в 4 мес. не фиксирует взгляд или не потягивается. И если педиатр еще начинает все это рассказывать маме, то эта несчастная женщина вообще сойдет с ума, и малыш сразу же останется без грудного молока. В Москве, да и по всей стране, сейчас открывается все больше специализированных центров, которые занимаются недоношенными детьми, и все большее число педиатров-неонатологов начинают прицельно интересоваться и заниматься проблемами постнеонатального ведения, лечения и коррекции развития недоношенных детей.

Беседовала Юлия Чердниченко