

Современные подходы к введению докорма — осознанная необходимость

А. А. Степанов, В. А. Скворцова, Е. А. Рославцева, Л. В. Малютина, Н. Г. Звонкова, О. Л. Лукоянова, Т. В. Бушуева, Т. Э. Боровик

В последние десятилетия во всех странах под эгидой ВОЗ проводится большая работа по поддержке и сохранению грудного вскармливания как медицинскими сотрудниками, так и общественными организациями [1]. Это привело к определенному увеличению числа детей, получающих материнское молоко, как в экономически развитых, так и в развивающихся странах. Изменилось представление о причинах, приводящих к переводу детей на смешанное и искусственное вскармливание. Стала очевидной важность формирования доминанты лактации и оказания своевременной профессиональной помощи кормящей женщине, что позволяет устранить временные сложности и сохранить грудное вскармливание.

К снижению выработки молока могут приводить проблемы, часто возникающие при кормлении грудью (раздражение и трещины сосков, беспокойство ребенка во время кормления, вялое сосание и др.), эмоциональный стресс, отсутствие у женщины психологического настроя на кормление, необходимость выхода на работу и т. д.

Как правило, подозрение на гипогалактию обусловлено неправильной оценкой медицинским работником или самой женщиной достаточности выработки у нее молока. Признаком гипогалактии необоснованно считают исчезновение у матери ощущения наполнения молочной железы, что является физиологичным, поскольку со временем она становится менее чувствительной к растяжению. Скачкообразная прибавка массы тела ребенка может привести к временному несоответствию «спроса и предложения». При соблюдении принципов свободного вскармливания эта ситуация обычно разрешается за несколько дней. Не исключена и неравномерная выработка грудного молока как в течение суток, так и на протяжении нескольких дней, не требующая дополнительного вмешательства. В то же время данные ситуации нередко приводят к необоснованному введению докорма.

Еще одной частой ошибкой является назначение докорма без ознакомления кормящей матери с методами стимуляции лактации. Но даже в тех случаях, когда докорм необходим, важно информировать родителей о важности сохранения грудного молока в рационе ребенка в максимально возможном объеме и использовать все возможные способы стимуляции и поддержки лактации.

Основой успешного грудного вскармливания является желание матери, ее настрой на кормление ребенка своим молоком. В случае недостаточной выработки грудного молока или подозрении на гипогалактию целесообразно следовать рекомендациям, включающим:

- более частые кормления ребенка из груди (без ограничения времени), в том числе в ночное время, с обязательным соблюдением правильной техники прикладывания;
- поочередное прикладывание к одной и другой груди за одно кормление;
- контакт «кожа к коже»;
- кормление ребенка из одной груди с одновременным сцеживанием молока с помощью молокоотсоса из другой груди;
- применение горячего напитка (в том числе лактогонного чая) в объеме 150–250 мл перед кормлением;
- использование теплых компрессов на область молочных желез (полотенца, смоченные теплой водой, или термонакладки промышленного производства);
- применение контрастного душа на область молочных желез перед кормлением 1–2 раза/сут с легким массажем молочных желез;
- организация рационального питания, полноценного отдыха и сна кормящей матери;
- дополнительный прием жидкости в объеме 1000 мл.

Данные мероприятия направлены как на увеличение объема вырабатываемого молока, так и на облегчение его выделения.

Важно мотивировать всех членов семьи на поддержку грудного вскармливания. При отсутствии опыта грудного вскармливания и возникновении проблем с кормлением необходимы консультации медицинских работников и педагогов-психологов.

Психологи помогают матерям воспринимать нужную информацию, способствуют формированию у них доминанты материнства и лактации. Это не только обеспечивает успешное грудное вскармливание ребенка, но и играет важную роль в установлении психоэмоциональной связи: мать учится адекватно распознавать сигналы, подстраиваться и удовлетворять основные потребности ребенка. При этом происходит дополнительная гормональная стимуляция лактации.

Если все предпринимаемые усилия не оказали должного эффекта, показано введение докорма. Важно назначить

его своевременно, не допуская существенной задержки роста и развития ребенка.

В последние годы значительно увеличилось число женщин с различными тяжелыми, хроническими заболеваниями, у которых благодаря современным репродуктивным технологиям появилась возможность родить ребенка. Несмотря на стремление к грудному вскармливанию, у таких матерей часто возникает гипо- и агалактия.

Следует помнить, что основным критерием адекватности питания является динамика массо-ростовых показателей. Именно поэтому не рекомендуется проведение контрольных взвешиваний (до и после кормления ребенка) не только однократных, но и в течение суток. Они позволяют лишь оценить количество полученного ребенком грудного молока в данный момент времени и не являются объективным признаком достаточности лактации. Кроме того, при одинаковом объеме питания прибавки в массе у детей могут отличаться. Несмотря на это, контрольные взвешивания продолжают широко использоваться родителями и врачами.

Здорового ребенка целесообразно взвешивать 1 раз в неделю без одежды и подгузника в одно и то же время суток. Ориентировочная прибавка массы тела в первые 3 месяца жизни составляет 180–200 г/нед. По показаниям при подозрении на гипогалактию у матери взвешивания проводятся 1 раз в 2–3 дня.

Особенно важен еженедельный контроль динамики массы тела на протяжении первого месяца жизни ребенка. Это позволяет своевременно назначить мероприятия, направленные на стимуляцию лактации и при необходимости ввести докорм детской адаптированной молочной смесью.

Прибавка в массе тела ребенка за первый месяц жизни рассчитывается от его массы тела при рождении. Осуществлять данный расчет от минимальной массы тела после первоначальной ее убыли с момента рождения в большинстве случаев не представляется возможным в связи с ранней выпиской детей из родильных домов и отсутствия возможности взвешивания в домашних условиях, особенно в первые дни после выписки. Но, безусловно, предпочтительно учитывать первоначальную убыль массы тела и время ее восстановления.

После рождения ребенка восстановление массы тела при проведении мероприятий по поддержке грудного вскармливания происходит в среднем на 8-е сутки жизни ребенка и не должно затягиваться на период, превышающий 10–14 дней.

Согласно данным ВОЗ (2006), медиана прибавки в массе тела за первый месяц жизни у мальчиков в среднем составляет 1023 г, у девочек — 879 г. Значения не менее 694 г для мальчиков и 611 г для девочек лежат в пределах 1 сигмального отклонения (SD) и также являются вариантом нормы. Более низкие прибавки в массе — менее 600 г — должны вызывать опасения.

При еженедельном контроле массы тела ребенка, который предпочтителен, показаниями к введению докорма по окончании раннего неонатального периода являются:

- отсутствие прибавки в массе и/или продолжающееся ее снижение у детей, первоначальная потеря массы тела которых составила 8–10%;
- прибавка в массе менее 200 г за 3-ю неделю при позднем восстановлении массы тела (к 10–14 дню жизни);
- прибавки менее 150 г в неделю на протяжении 2–4 недель жизни и отсутствие динамики к их увеличению.

В случае, когда ребенка после выписки из родильного дома взвесили лишь при плановом осмотре педиатром в условиях поликлиники в возрасте 1 месяца, показанием к назначению докорма является прибавка массы тела 400 г и менее (расчет от массы тела при рождении).

Дети, имеющие прибавки массы тела за первый месяц в интервале от 400 до 600 г, требуют индивидуального подхода:

- при удовлетворительном состоянии ребенка, отсутствии симптомов обезвоживания и выраженного беспокойства необходимо дать матери советы по стимуляции лактации и, не назначая докорм, оценить динамику массы за следующую, пятую, неделю жизни. Такая ситуация может быть обусловлена большой первоначальной потерей массы тела и/или недостаточной скоростью роста ребенка в первые 2–3 недели жизни с последующим ее нарастанием на 3–4 неделях. Поэтому прибавка 180–200 г за 5-ю неделю свидетельствует о восстановлении лактации. Докорм не назначается, но продолжается наблюдение за ребенком;
- при умеренной выраженности вышеперечисленных симптомов следует рекомендовать проведение ежедневных взвешиваний 1 раз/сут в течение 2–3 дней с целью определения необходимости введения докорма, при этом за норму следует считать прибавку 20–30 г/сут [2];
- показанием к незамедлительному назначению докорма является беспокойство или вялость ребенка, а также наличие симптомов обезвоживания, которые свидетельствуют о выраженном дефиците питания в настоящий момент времени.

Таким образом, введение докорма или полный перевод ребенка на искусственное вскармливание должны быть строго обоснованными и осуществляться только в тех случаях, когда весь арсенал средств, направленных на

стимуляцию лактации, оказался неэффективным.

Врачам и среднему медицинскому персоналу наряду с поддержкой грудного вскармливания большое внимание следует уделять правильному выбору адаптированных молочных смесей, учитывая особенности физического развития и состояния здоровья ребенка.

Оценка состава детских молочных смесей не должна ограничиваться только анализом количественного содержания макро- и микронутриентов и их соответствия содержанию в грудном молоке. Важным является наличие научных данных, подтверждающих способность конкретной детской молочной смеси обеспечивать ребенку дополнительные функциональные преимущества — темпы роста и развития, приближенные к таковым у детей на грудном вскармливании; снижение риска развития аллергии; профилактику острых кишечных инфекций и т. п.

В соответствии с Техническим регламентом Таможенного Союза «О безопасности пищевой продукции» (ТР ТС 021/2011) адаптированные молочные смеси — это «продукция детского питания, произведенная в жидкой или порошкообразной форме на основе коровьего молока или молока других продуктивных животных и максимально приближенная по химическому составу к женскому молоку в целях удовлетворения физиологических потребностей детей первого года жизни в необходимых веществах и энергии».

На протяжении многих десятилетий детские молочные смеси изготавливали из коровьего молока. ВОЗ, как учредитель Codex Alimentarius Commission, разрешает использование козьего молока с 1981 г. В 2012 г., основываясь на результатах исследований, Европейское ведомство по безопасности пищевых продуктов EFSA также опубликовало заключение о допустимости использования козьего молока в качестве источника протеинов для начальных и последующих смесей [3].

Австралийскими учеными проведена оценка переносимости адаптированного продукта на основе козьего молока детьми первого года жизни в сравнении со смесью на основе коровьего молока. Результаты обследования 300 детей не выявили различий в нутритивном статусе и биохимических показателях (фолаты, железо, ферритин, альбумин, аминокислотный профиль) между группами, что подтвердило безопасность и эффективность применения смеси на основе козьего молока у здоровых детей первого года жизни [4].

В настоящее время в качестве сырья для производства адаптированных молочных смесей разрешено использование только коровьего и козьего молока.

Современные детские молочные смеси на основе коровьего и козьего молока близки по своему составу, поскольку соответствуют общим строгим требованиям, предъявляемым к продуктам, предназначенным для питания здоровых детей грудного возраста. Требования безопасности к адаптированным молочным смесям, к составу и показателям пищевой ценности регламентированы Техническими регламентами Таможенного Союза (ТР ТС 021/2011 «О безопасности пищевой продукции» и ТР ТС 033/2013 «О безопасности молока и молочной продукции»), а также международными стандартами (Codex Alimentarius/Codex STAN IF&FOF FAO/WHO/2007г; Директива ЕС 2016/127, рекомендации ESPGHAN).

Однако указанные группы смесей имеют и определенные различия в силу особенностей состава исходного сырья. Поэтому представляется важным не столько количество пищевых веществ в коровьем или козьем молоке, которое регулируется (содержание белка в смесях снижается по сравнению с исходным сырьем, меняется жировой компонент, повышается количество лактозы, оптимизируется минеральный и витаминный состав), сколько особенности качественного состава ингредиентов.

Различия касаются преимущественно белкового компонента. Протеины коровьего и козьего молока отличаются по фракционному составу, структурным, физико-химическим и иммунологическим свойствам. Доминирующей казеиновой фракцией козьего молока, также как и женского молока, является β -казеин, тогда как казеины белков коровьего молока представлены главным образом α 1-казеином. Основным сывороточным белком козьего молока является α -лактальбумин, а коровьего — β -лактоглобулин. Низкое содержание α 1-казеина в козьем молоке и относительно высокое содержание альбуминов способствуют формированию мелких рыхлых хлопьев [5–7].

Данные особенности состава, возможно, оказывают определенное влияние на процессы переваривания. В экспериментальном исследовании (имитация желудочно-кишечного тракта ребенка грудного возраста) отмечено достоверно более раннее и активное начало гидролиза белка из смеси на основе козьего молока, сравнимое с грудным молоком. Также при использовании данного продукта через 4 часа ферментации выявлена тенденция к более высокому количеству биодоступного для всасывания экзогенного азота — $78,3 \pm 3,7\%$ по сравнению с биодоступным азотом из смеси на основе коровьего молока $73,4 \pm 2,7\%$. При использовании грудного молока этот показатель составил $77,9 \pm 4,1\%$ [8].

До недавнего времени жировая композиция детских молочных смесей, созданных на основе коровьего и козьего молока, не имела значимых отличий, поскольку состояла из растительных масел. Для оптимизации жирового компонента в отдельные продукты были введены структурированные триглицериды (β -пальмитат). Тенденцией

последних лет является включение в состав адаптированных смесей молочного жира как источника насыщенных жирных кислот, а также холестерина, фосфолипидов, ганглиозидов и других компонентов, важных для формирования и функционирования мембран всех клеток, становления и развития центральной нервной и иммунной систем ребенка. Источником минорных липидов служат также добавленные в отдельные продукты мембраны жировых глобул молока.

Эссенциальными компонентами являются и длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты — докозагексаеновая и арахидоновая, которые оказывают положительное влияние на процессы развития мозга и зрительного анализатора ребенка.

В состав современных детских молочных смесей включаются также пребиотики (галактоолигосахариды или их сочетание с фруктоолигосахаридами) и пробиотики с доказанной клинической эффективностью. Перспективным направлением является введение биологически синтезированных олигосахаридов, гомологичных человеческим (2 FL, LNnT и др.).

Продолжается поиск новых биологически активных компонентов, повышающих качество продукта. Так, в ряд детских молочных смесей введен каротиноид лютеин, присутствующий в грудном молоке, роль которого заключается в защите сетчатки от повреждающего действия голубого света и свободных радикалов, образующихся под его воздействием.

Все вышеперечисленные микронутриенты активно включаются в состав адаптированных продуктов, созданных на основе как коровьего, так и козьего молока [9, 10].

Клинические исследования, проводимые с позиции доказательной медицины, позволяют изучать переносимость смесей, а также выявлять особенности их влияния на рост, развитие детей и функционирование желудочно-кишечного тракта.

Впервые в России в 2014–2015 гг. было проведено многоцентровое проспективное исследование с участием 261 здорового доношенного ребенка в возрасте 0–5 мес, находившихся на искусственном вскармливании смесью Kabrita® 1 Gold (основная группа) или грудном вскармливании (группа сравнения). Хорошая переносимость молочной смеси на основе козьего молока отмечена у 184 (96,8%) из 190 детей основной группы. Физическое развитие детей соответствовало нормативным показателям, достоверных различий по массо-ростовым показателям между группами не выявлено. На фоне приема продукта значительно уменьшилась доля детей с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта — с 57 (30%) до 27 (14%) ($p < 0,001$). Показатели общего анализа крови, уровни ферритина, преальбумина и 25(OH)D у детей основной группы и группы сравнения были сопоставимы и находились в пределах средневозрастных параметров. Качественный анализ уровня специфических IgE к белкам козьего молока не выявил сенсбилизации ни у одного из детей, получавших молочную смесь на основе козьего молока.

Проведенное исследование позволило авторам высоко оценить качество, безопасность и эффективность смеси Kabrita® 1 Gold и сделать вывод о возможности ее использования в питании здоровых детей первого полугодия жизни, а также у детей с минимальными проявлениями функциональных нарушений ЖКТ в виде склонности к запорам при смешанном или искусственном вскармливании [11, 12].

При выборе продукта для докорма или проведения искусственного вскармливания необходимо учитывать массу тела ребенка при рождении, аллергоанамнез, степень морфофункциональной зрелости, наличие функциональных нарушений. Большой ассортимент детских молочных смесей позволяет сделать правильный выбор.

В заключение важно подчеркнуть, что единственным ориентиром адекватности питания является динамика массо-ростовых показателей. Введение докорма детям первого года жизни должно быть обоснованным и своевременным. При этом важно сохранить грудное вскармливание, поэтому большое внимание должно уделяться поддержке лактации. Все мероприятия должны быть направлены на то, чтобы не допустить нарушений роста и развития ребенка.

Литература

1. WHO Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. 2017.
2. ВОЗ, <https://www.who.int/childgrowth/standards/ru/>.
3. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA) // EFSA journal. 2012; 10: 2603.
4. Zhou S. J., Sullivan T., Gibson R. A. et al. Nutritional adequacy of goat milk infant formula for term infants: a double-blind randomised controlled trial // Brit J Nutr. 2014, 111 (9): 1641–1651.
5. tenness R. Composition and characteristics of goat milk // J. Dairy Sci. 1990, vol. 63, 1605–1630.
6. Bevilacqua C. et al. Goats milk of defective alpha(sI)-casein genotype decreases intestinal and systemic sensitization to beta-lactoglobulin in guinea pigs // J. Dairy Research. 2001, 68, 217–227.
7. Pintado M. E., Malcata F. X. Hydrolyses of ovine, caprine and bovine whey proteins by trypsin and pepsin // Bioprocess Engineering. 2000, 23, 275–282.

8. Maathuis A., Havenaar R., He Tao, Bellmann S. Protein Digestion and Quality of Goat and Cow Milk Infant Formula and Human Milk Under Simulated Infant Conditions // JPGN. 2017, vol. 65, № 6, 661–666.
9. Клиническая диетология детского возраста. Руководство для врачей, 2-е издание / Под ред. Боровик Т. Э., Ладодо К. С. М., 2015. 717 с.
10. Продукты питания для детей раннего возраста. Каталог / Под ред. Боровик Т. Э., Ладодо К. С., Скворцовой В. А. М., 2017. 471 с.
11. Боровик Т. Э., Семенова Н. Н., Лукоянова О. Л., Звонкова Н. Г., Бушуева Т. В., Степанова Т. Н. К вопросу о возможности использования козьего молока и адаптированных смесей на его основе в детском питании // Вопросы современной педиатрии. 2013, т. 12, № 1, с. 8–16.
12. Боровик Т. Э., Семёнова Н. Н., Лукоянова О. Л., Звонкова Н. Г., Бушуева Т. В., Степанова Т. Н., Скворцова В. А., Мельничук О. С., Копыльцова Е. А., Семикина Е. Л., Захарова И. Н., Рюмина И. И., Нароган М. В., Грошева Е. В., Ханферьян Р. А., Савченко Е. А., Белоусова Т. В., Ёлкина Т. Н., Суровкина Е. А., Татаренко Ю. А. Эффективность использования адаптированной смеси на основе козьего молока в питании здоровых детей первого полугодия жизни: результаты многоцентрового проспективного сравнительного исследования // Вопросы современной педиатрии. 2017, т. 16, № 3, с. 226–234.

В. А. Скворцова*¹, доктор медицинских наук, профессор

Т. Э. Боровик*, доктор медицинских наук, профессор

О. Л. Лукоянова*, доктор медицинских наук, профессор

Т. В. Бушуева*, доктор медицинских наук, профессор

Н. Г. Звонкова*, кандидат медицинских наук

Е. А. Рославцева*, кандидат медицинских наук

А. А. Степанов**, доктор медицинских наук, профессор

Л. В. Малютина***, кандидат медицинских наук

* **ФГАУ НМИЦЗД Минздрава России, Москва**

** **ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва**

*** **ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, Москва**

¹ Контактная информация: vera.skvortsova@mail.ru

DOI: 10.26295/OS.2019.22.21.005

Современные подходы к введению докорма – осознанная необходимость/В. А. Скворцова, Т. Э. Боровик, О. Л. Лукоянова, Т. В. Бушуева, Н. Г. Звонкова, Е. А. Рославцева, А. А. Степанов, Л. В. Малютина

Для цитирования: Лечащий врач № 9/2019; Номера страниц в выпуске: 29-33

Теги: дети, ранний возраст, питание, козье молоко