

Діагностика порушень грудного вигодовування у доношених новонароджених дітей із перинатальною патологією

О.А. Биковська¹, к.мед.н., асистент,

М.В. Добіжа², керівник неонатального центру,

Р.О. Гомон², головний неонатолог Департаменту охорони здоров'я Вінницької облдержадміністрації,

К.А. Іщук², Т.П. Неживенко², лікарі відділення патології новонароджених,

¹ кафедра педіатрії № 1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова,

² Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня

Формування здоров'я дітей раннього віку, психоемоційний та інтелектуальний розвиток дитини, а також стан здоров'я людини надалі значною мірою залежать від характеру вигодовування в неонатальному періоді та протягом першого року життя [5, 7].

Грудне вигодовування є «золотим стандартом», вкрай необхідним для фізіологічного росту і психоемоційного розвитку немовлят, формування психоемоційної єдності з матір'ю, фізіологічного продовження пренатального харчування і постнатального розвитку дитини. Воно є однією з важливих умов, яка забезпечує гармонійний розвиток немовляти – оптимальні фізичні та психомоторні показники, опірність до дії інфекційних чинників, особливо в умовах сучасної демографічної ситуації в Україні [1, 6].

Успіх грудного вигодовування залежить від так званого ефекту довіри. Якщо мати глибоко вірить, що може забезпечити свою дитину грудним молоком, то вона, навіть стикаючись із різноманітними проблемами або стресовими ситуаціями, успішно їх долає. Це підтверджує досвід більшості матерів світу [8, 9]. Психологічна підтримка додає матерям віри та впевненості в тому, що вони спроможні

успішно і тривало годувати своє немовля молоком. Сучасні методики підтримки грудного вигодовування орієнтовані переважно на здорового новонародженого [4]. На тлі сучасної демографічної ситуації в Україні (негативний приріст населення; низькі показники репродуктивного здоров'я; динаміка перинатальної, малюкової смертності) важливим є виявлення особливостей порушень природного вигодовування у новонароджених із перинатальною патологією та визначення методів їх прогнозування [2].

Метою нашого дослідження була діагностика порушень природного вигодовування шляхом виявлення факторів, які унеможливають грудне вигодовування у доношених новонароджених дітей із перинатальною патологією.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

До дослідження було залучено 85 доношених новонароджених дітей – пацієнтів відділення патології новонароджених Вінницького обласного неонатального центру, яких надалі до 3-місячного віку спостерігали в кабінеті катамнезу. Серед немовлят було 50 хлопчиків (58,8%) і 35 дівчаток (41,2%). Переважали жителі сільської місцевості – 59 дітей (69,4%), решта 26 (30,6%) – жителі міста.

До неонатального центру діти потрапляли з пологових відділень, в середньому у віці $2,7 \pm 0,3$ доби. Обстеження дітей включало загальноклінічне спостереження; проведення клінічних та біохімічних аналізів крові та сечі, стандартних імунологічних досліджень; ультразвукове дослідження головного мозку та внутрішніх органів; оцінку фізичного, нервово-психічного розвитку. Характер вигодо-

вування новонародженого оцінювався на момент виписки дитини зі стаціонару – в середньому $15,0 \pm 1,2$ доби життя.

У рамках галузевої програми «Підтримка грудного вигодовування» було впроваджено спосіб діагностики порушень грудного вигодовування у доношених новонароджених дітей із перинатальною патологією, які лікувалися у відділенні патології новонароджених Вінницького обласного неонатального центру. На етапі лікування дитини у неонатологічному стаціонарі на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні, сертифікованої на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини», ми використовували модифіковану «Шкалу для прогнозування порушень грудного вигодовування у дитини», яка складається з 14 ознак (106 діапазонів) [3]. Кожний із діапазонів має свій діагностичний коефіцієнт, а результатом оцінювання є алгебраїчна сума відповідних діагностичних коефіцієнтів (табл. 1).

Якщо сума діагностичних коефіцієнтів становила від -13 і менше – результат оцінки враховувався як «Штучне вигодовування»; від -12 до +12 – «Змішане вигодовування»; від +13 і більше – «Природне вигодовування». При отриманні результату «Природне вигодовування» породилля отримує звичайну консультацію з підтримки грудного вигодовування. При отриманні результату «Штучне вигодовування» або «Змішане вигодовування» жінка повинна отримати поглиблену консультацію щодо підтримки грудного вигодовування від спеціалістів регіонального центру підтримки лактації та грудного вигодовування. У віці 3 місяців при катamnестичному спостереженні оцінювали характер та тривалість вигодовування, показники фізичного розвитку у дітей досліджуваних груп.

Статистична обробка результатів проводилася з використанням пакету програм Microsoft Excel, Windows XP. Для оцінки достовірності різниць середніх величин розраховувався критерій

Таблиця 1. Шкала для прогнозування порушень грудного вигодовування у дитини

Ознаки	Діагностичний коефіцієнт
Вік матері	
Менше 18 років	-2
18-24 роки	+1
25-30 років	0
31-36 років	-1
Понад 36 років	-1
Соматичний анамнез матері	
Здорова мати	+2
Хронічні захворювання органів дихання	+1
Алергічні захворювання	+1
Вегето-судинна дистонія	+1
Хронічні захворювання сечостатевої системи	0
Ожиріння	0
Захворювання серцево-судинної системи	0
Захворювання щитоподібної залози	-1
Варикозна хвороба	-1
Вроджені аномалії сечостатевої системи	-1
Гіпертонічна хвороба	-2
Захворювання шлунково-кишкового тракту	-3
Хронічні гепатити В та С	-3
Цукровий діабет	-5
Новоутворення	-5
Куріння	-8
Зловживання алкоголем	-11
Психоневрологічні захворювання	-12

Ознаки	Діагностичний коефіцієнт
Акушерський анамнез	
Неускладнений анамнез	+1
1 штучне переривання вагітності	0
2 штучних переривання вагітності	-1
3 і більше штучних переривання вагітності	-1
1 пологи	0
2 пологів	-3
3 і більше пологів	-6
1 мимовільне переривання вагітності	-1
2 і більше мимовільних переривання вагітності	-3
Перинатальні втрати	-1
Безпліддя в анамнезі	-4
Номер теперішньої вагітності	
1-а вагітність	+1
2-а вагітність	0
3-я і більше вагітність	-1
Номер пологів	
1-і пологи	+2
2-і пологи	-1
3-і й більше пологи	-3
Перебіг вагітності	
Фізіологічний	+4
Загроза переривання вагітності	+2
Дистрес плоду	+1
Внутрішньоутробна інфекція	+1
Гостра респіраторна вірусна інфекція	+1
Кольпіт	+1

Продовження таблиці 1.

Ознаки	Діагностичний коефіцієнт
Бактеріурія	+1
Загострення хронічного пієлонефриту	+1
Хоріоамніоніт	0
Гестоз	0
Анемія	0
Багатоводдя, маловоддя	0
Гестаційний пієлонефрит	-1
Затримка внутрішньоутробного розвитку плоду	-2
Гіпо-, гіперплазія плаценти	-4
Багатоплідна вагітність	-4
Вагітність у результаті екстракорпорального запліднення	-6
Істміко-цервікальна недостатність	-6
Передлежання плаценти	-7
Передчасне відшарування плаценти	-8
Вагітна не стояла на обліку	-9
Гестаційний цукровий діабет	-10
Термін гестації	
37-38 тижнів	0
Понад 38 тижнів	+1
Вага при народженні	
Менше 2500 г	-1
2500-2999 г	0
3000-3499 г	+1
3500-3999 г	+2
4000 г та більше	+2
Вид родорозрішення та показання до кесарського розтину	
Мимовільні пологи	0
Кесарський розтин	-1
Клінічно вузький таз	+4
Слабкість пологової діяльності	0
Дистрес плоду	-1
Соматична патологія жінки	-1
Прогресування гестозу	-1

Ознаки	Діагностичний коефіцієнт
Неспроможність рубця на матці	-2
Передчасне відшарування плаценти	-2
Оцінка за шкалою Апгар на 1-й хвилині	
1 бал	-5
2 бали	-3
3 бали	-3
4 бали	-2
5 балів	-2
6 балів	-1
7 балів	+1
8 балів	+3
Строки прикладання дитини до грудей матері	
У пологовій залі	+4
1-а доба	+1
2-а доба	+1
3-я доба	0
Немовля не прикладали до грудей	-2
Перебування матері разом із дитиною	
3 народження	+3
3 1-ї доби	+2
3 2-ї доби	+1
3 3-ї доби	-1
Разом не перебували	-2
Ліжко-дні у відділенні інтенсивної терапії новонароджених	
0 діб	+1
1-5 діб	-2
6-10 діб	-2
11-15 діб	-3
16-20 діб	-5
Понад 20 діб	-6
Ліжко-дні в неонатологічному стаціонарі	
Менше 10 діб	+3
11-20 діб	+2
21-30 діб	-4
Понад 30 діб	-8

Стьюдента. Різницю між порівнюваними величинами вважали вірогідною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дітей було розподілено на 2 групи залежно від консультації з підтримки грудного вигодовування, яку надавали матерям досліджуваних дітей після проведення комплексної оцінки за модифікованою «Шкалою для прогнозування порушень грудного вигодовування у дитини». Основна група – 55 доно-

шених дітей, матері яких отримували поглиблені консультації щодо збереження лактації та підтримки грудного вигодовування в постнатальному періоді. У групі порівняння були 30 доношених дітей, матері яких отримали звичайну консультацію з підтримки грудного вигодовування.

За гестаційним віком, масою тіла при народженні, тяжкістю стану групи були порівнянними (табл. 2).

Аналіз стану дітей при народженні показав, що у всіх немовлят були порушення адаптації

Таблиця 2. Перинатальна характеристика досліджуваних дітей, M ± m

Показник	Основна група (n = 55)	Група порівняння (n = 30)
Гестаційний вік, тижні	38,8 ± 0,4	39,2 ± 0,3
Маса тіла при народженні, г	3780,9 ± 39,5	3930,9 ± 40,8
Оцінка за шкалою Апгар на 1-й хв	5,2 ± 0,4	5,4 ± 0,3
Оцінка за шкалою Апгар на 5-й хв	7,5 ± 0,3	7,8 ± 0,2
Оцінка за шкалою Даунса ¹ , бали	4,2 ± 0,4	3,8 ± 0,3

Таблиця 3. Характер вигодовування дітей

	Основна група (n = 55)		Група порівняння (n = 30)	
	Абсолютна кількість	%	Абсолютна кількість	%
На етапі лікування у неонатологічному стаціонарі				
-13 балів і менше	10	18,2	5	16,7
Від -12 до +12	19	34,5	11	36,6
+13 і більше	26	47,3	14	46,7
Катамнез у віці 3 місяців				
Штучне вигодовування	7	12,8*	7	23,3
Змішане вигодовування	16	29,1*	15	50
Грудне вигодовування	32	58,1*	8	26,7

Примітка: * вірогідні відмінності щодо групи порівняння, p < 0,05.

та дихальні розлади. Оцінки стану дітей за шкалою Апгар на 1 та 5-й хвилини, а також тяжкості дихальних розладів при народженні за шкалою Даунса в досліджуваних групах дітей вірогідно не відрізнялися (p > 0,05).

Стан 28 (32,9%) дітей при госпіталізації розцінювався як тяжкий, 57 (67,1%) дітей – як середнього ступеня тяжкості. Тяжкість стану була зумовлена у 21 (24,7%) дитини перинатальним пошкодженням центральної нервової системи, у 13 (15,3%) дітей – захворюваннями органів дихання, у 19 (22,4%) новонароджених – неонатальною жовтяницею різного генезу; інфекції перинатального періоду мали 11 (12,9%) дітей, пологову травму – 10 (11,8%) дітей, із вродженими вадами розвитку народилися 11 (12,9%) дітей.

При прогнозуванні порушень природного вигодовування на етапі лікування дитини у неонатологічному стаціонарі за допомогою «Шкали для прогнозування порушень грудного вигодовування» було встановлено, що загалом для 45 (52,9%) дітей алгебраїчна сума відповідних діагностичних коефіцієнтів була меншою, ніж +13 балів. Тобто у кожній другій дитини спостерігався ризик порушення грудного вигодовування. При цьому показники частоти природного, штучного та змішаного вигодовування суттєво не відрізнялися в досліджуваних групах дітей (табл. 3). Так, в основній групі ризик штучного вигодовування (сума діагностичних коефіцієнтів -13 балів і менша) мали 10 (18,2%) дітей, цей показник достовірно не відрізнявся від показника в групі порівняння,

де ризик штучного вигодовування мали 5 (16,7%) немовлят (p > 0,05). Суму діагностичних коефіцієнтів від -12 до +12 балів в основній групі мали 19 (34,5%) дітей, що вірогідно не відрізнялося від кількості таких новонароджених у групі порівняння, де ризик змішаного вигодовування мали 11 (36,6%) немовлят (p > 0,05). Природне вигодовування (сума діагностичних коефіцієнтів +13 і більше балів) було у 26 (47,3%) дітей, цей показник достовірно не відрізнявся від показника в групі порівняння, де природне вигодовування за шкалою прогнозування мали 14 (46,7%) новонароджених (p > 0,05).

Факторний аналіз дав змогу встановити значущість змінних, котрі впливають на характер вигодовування. До першої групи факторів віднесли показники, які характеризують тяжкість стану дитини при народженні: строк прикладання дитини до грудей (-0,79), перебування матері разом із дитиною (-0,78), оцінка за шкалою Апгар на 1-й хвилині (0,68). Фактори другої групи характеризували матерів: перебіг вагітності (0,84), вид родорозршення (0,79) та вік матері (0,82). До третьої групи факторів віднесли показники кількості ліжок-днів у відділенні інтенсивної терапії (-0,43) та у відділенні патології новонароджених (-0,47).

Аналіз показав, що серед факторів, які детермінують відсутність природного вигодовування у новонароджених дітей, провідне місце посідають ускладнений акушерський анамнез (загроза переривання вагітності, дистрес плоду, гестоз, інфекції сечостатевої системи, багатоплідна вагітність),

¹ Шкалу Даунса використовують для оцінки ступеня тяжкості синдрому дихальних розладів у доношених дітей (прим. ред.).

який спостерігався у 35,3% жінок; пологи шляхом ургентного кесарського розтину (у 16,4%); строк прикладання дитини до грудей, який відображає тяжкість стану після народження.

У віці 3 місяців при катамнестичному спостереженні встановлено, що частота природного вигодовування була достовірно вищою у дітей основної групи і становила 58,1% проти 26,7% у дітей групи порівняння ($p < 0,05$). В основній групі зменшилася кількість дітей, які перебували на змішаному та штучному вигодовуванні – 16 (29,1%) та 7 (12,8%) немовлят відповідно, і це достовірно менше, ніж у групі порівняння, де на змішаному вигодовуванні перебували 15 (50%) дітей, на штучному – 7 (23,3%) дітей ($p < 0,05$) (див. **табл. 3**). Таким чином, поглиблене консультування матерів щодо збереження лактації та підтримки грудного вигодовування, яке проводилося в основній групі, дало змогу не тільки зберегти лактацію в неонатальному періоді, але й підвищити частоту грудного вигодовування в постнеонатальному періоді.

Серед причин переводу дитини на штучне вигодовування у віці 3 місяців провідне місце посідають показники ліжко-днів, проведених у відділенні інтенсивної терапії, та ліжко-днів у стаціонарі, котрі відображають тяжкість стану дитини; наявність тяжкої патології перинатального періоду (32,9%); асоціальна поведінка матері (12,9%).

Найбільш значущим фактором, який відображає стан системи «мати-дитина» та сприяє подовженню тривалості природного вигодовування у віці 3 місяців, є прикладання дитини до грудей матері одразу після народження.

Висновки

Використання модифікованої «Шкали для прогнозування порушень грудного вигодовування у дитини» дало змогу встановити, що загроза переривання вагітності, дистрес плоду, гестоз, інфекції сечостатевої системи, багатоплідна вагітність, пологи шляхом ургентного кесарського розтину, пізні строки прикладання дитини до грудей є основними факторами, котрі детермінують відсутність грудного вигодовування.

Поглиблене консультування щодо збереження лактації та підтримки грудного вигодовування, проведене на етапі неонатального центру, дає змогу поліпшити сучасні принципи виходжування доношених новонароджених дітей із перинатальною патологією.

Список літератури

1. Знаменська Т.К. Організація та перспективи розвитку перинатальної допомоги в Україні / Т.К. Знаменська, Т.М. Бойчук, Ю.Д. Годованець // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2013. – Т. III, № 1 (7). – С. 13-18.
2. Клименко Т.М. Особенности естественного вскармливания грудных детей с перинатальной патологией / Т.М. Клименко, О.Ю. Карапетян // Проблемы современной медицинской науки та освіти. – 2010. – № 4. – С. 28-30.
3. Клименко Т.М. О методах прогнозирования нарушенной естественного вскармливания новорожденных с перинатальной патологией / Т.М. Клименко, О.Ю. Карапетян // Современная педиатрия. – 2011. – № 1 (35). – С. 149-152.
4. Наказ МОЗ України від 04.04.2005 р. № 152 «Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною», 25 с.
5. Нетребенко О.К. Отдаленные последствия характера вскармливания детей на ранних этапах развития / О.К. Нетребенко // Педиатрия. – 2008. – № 5. – С. 29-33.
6. Шунько Є.Є. Стратегія розвитку та наукові напрямки неонатології та педіатрії в Україні / Є.Є. Шунько // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2014. – Т. IV, № 3 (13). – С. 11-14.
7. Шунько Є.Є. Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні / Є.Є. Шунько // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – № 1. – С. 10-15.
8. Eidelman A. Breastfeeding and the use of human milk / A. Eidelman, R. Schanler // Pediatrics. – 2012. – Vol. 129. – P. 827-842.
9. Fanaroff A. Care of the high-risk neonate 6th edition / A. Fanaroff // Elsevier-Saunders, 2013. – 626 p.