

НАУКОВІ КОНФЕРЕНЦІЇ ТА СЕМІНАРИ З НЕОНАТОЛОГІЇ ТА ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

РОЗШИРЕНА ІНІЦІАТИВА ВООЗ-ЮНІСЕФ - NEO BFHI: НОВІ МОЖЛИВОСТІ, НОВІ ПЕРСПЕКТИВИ (РЕПОРТАЖ ПРО КОНФЕРЕНЦІЮ NEO BFHI II 19-20.05.2015, УППСАЛА, ШВЕЦІЯ)

О.О. Костюк, Т.О. Орлова*

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
НДСЛ «ОХМАТДИТ» *
(м.Київ, Україна)

У травні 2015 року нам пощастило відвідати конференцію Neo BFHI II в м. Уппсала (Швеція), присвячену підтримці та просуванню основних принципів догляду та грудного вигодовування в передчасно народжених та хворих дітей, особливо малюків з екстремально малою масою тіла (з вагою менше 1000 грамів та терміном гестації 28 тижнів і менше).

Історія виникнення цієї ініціативи сягає березня 2009 року, коли в Копенгагені представники північних країн (Швеції, Норвегії, Данії, Фінляндії) і робоча група Квебека (Канада) сформуливали нову, розширену, ініціативу Лікарні доброзичливої до дитини (ЛДД) – Neo BFHI I, спрямовану власне на підтримку та заохочення грудного вигодовування у глибоконедоношених та хворих новонароджених. На підтримку нової ініціативи на 65 Ассамблеї ВООЗ у 2012 році було прийнято глобальний план дій «Посилене впровадження плану для матерів, новонароджених і дітей раннього віку», який включає 6 глобальних цілей та індикаторів, 5 пріоритетних дій для постійних членів та інших учасників. У цьому контексті на 67 Ассамблеї ВООЗ у 2014 у плані дій щодо новонароджених були виділені додаткові завдання, зокрема щодо розширеного плану попередження перинатальних втрат (5 стратегій).

Щоб залишитися вірними глобальним принципам ВОЗ/ЮНІСЕФ ініціативи ЛДД, було вирішено модифікацію стандартів Neo BFHI I 2009 року (тобто, Глобальні Критерії), за якими надається підтримка грудного вигодовування хворої та передчасно народженої дитини у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН), побудувати за принципом Десяти Кроків успішного грудного вигодовування. Саме такий контент повинен гарантувати дотримання рекомендованих практик, які зосереджуються на повазі до матерів, сімейно-центрованого підходу і безперервності догляду. Робоча група сформулювала три основних принципи, які й стали основою Десяти Кроків Neo BFHI. Адаптація нового документу також включає дотримання принципів Міжнародного Коду Маркетингу заміників грудного молока.

Що власне означають основні принципи та кроки:

Принцип 1: відношення персоналу до матері має ґрунтуватися на індивідуальному підході та оцінці даної ситуації.

Принцип 2: зусилля мають зосереджуватися на підтримці сім'ї, створення комфортного довкілля.

Принцип 3: система охорони здоров'я повинна забезпечувати безперервність допомоги від початку настання вагітності, до виписки немовляти з лікарні та в подальшому.

10 кроків:

Крок 1: мати політику грудного вигодовування в письмовому вигляді, яка зазвичай повідомлена усьому персоналу закладу охорони здоров'я.

Крок 2: проводити постійне навчання персоналу щодо специфічних знань і необхідних навичок впровадження цієї політики.

Крок 3: інформувати госпіталізованих вагітних жінок щодо ризику настання передчасних пологів або народження хворого немовляти та про переваги грудного вигодовування у такому випадку, і як можливо успішно підтримувати лактацію та годувати грудьми передчасно народженого малюка.

Крок 4: заохочувати ранній, безперервний і тривалий контакт «шкіра-до-шкіри» (метод Кенгуру) для матерів передчасно народжених та хворих немовлят та членів їх родин.

Крок 5: покажіть матерям, як ініціювати та підтримувати лактацію і раннє годування грудьми стабільних немовлят.

Крок 6: не давати новонародженим немовлятам ніякого іншої їжі або пиття окрім грудного молока, якщо це не є медичним показанням.

Крок 7: надати можливість матерям і немовлятам залишитися разом 24 години в добу.

Крок 8: заохочувати годування грудьми за допомогою або коли це необхідно як перехідну стратегію для передчасно народжених і хворих немовлят.

Крок 9: використовувати альтернативні пляшечкам методи годування, у випадку, коли лактація не повністю встановлена або грудне годування не є повноцінним, використовуючи пустышки і накладки на соски, коли це необхідно.

Крок 10: готувати батьків до безперервного грудного вигодовування і гарантувати їм доступ до послуг груп підтримки після виписки з лікарняного стаціонару.

Про Уппсалу слід сказати окремо: четверте по величині місто Швеції. Строга, навіть аскетична скандинавська природа і архітектура: нічого зайвого. Все збережене так, ніби ви поринули на кілька сот років тому. Основний транспорт пересування - велосипеди, для яких обладнані доріжки, порушувати порядок яких суворо не рекомендується. Людей в робочий час на вулицях просто немає!



Конференція відбувалася в Університеті, який заснований у 1477 році архієпископом Якобом Ульфсаном (дотепер підтримується і частково фінансується королівською родиною) і є одним з найстаріших та найпотужніших університетів світу: випускниками цього навчального закладу є 8 Нобелівських лауреатів. Особливої уваги заслуговує знаменитий анатомічний театр, збудований у 1662 для навчання студентів-медиків. Таких закладів є лише кілька у світі! Засідання проходили у Центральному корпусі надзвичайної краси. Складалося враження, що ми знаходимося в оперному театрі: інкрустована кафедра, мармурові стіни, статуї, кришталева люстра... Все це створювало атмосферу свята і урочистості. Та й привід був не аби який! Увага всього світу, без перебільшення, була прикута до проблем самих маленьких і найбільш вразливих пацієнтів. І це не новітні ліки, не потужна дороговартісна апаратура! Це - просто ЛЮБОВ, ПІДТРИМКА і ДОГЛЯД!

На коференцію з'їхалося понад 150 делегатів з більше, ніж 30 країн світу. Від кількості національних строїв, мов та легендарних особистостей перехоплювало подих! Серез іменитих учасників і гостей такі як Наталі Шарпак (Nathalie Charpak, PhD, Колумбія), яка є одним із засновників та ідейних «гуру» методу Кенгуру в світі. Вона є науковим співробітником та директором «Fundacion Canguro» в Університетській клініці SanIgnacio, Богота. Д-р Шарпак, до речі, була в Україні, де допомагала налагоджувати систему виходження новонароджених за методом Кенгуру. Це, також, Рікардо Даванзо (Riccardo Davanzo, MD, PhD, Італія) – консультант з неонатології Ін-

ституту Матері та Дитини в Трієсті, Італія і член Групи підтримки грудного вигодовування в МОЗ Італії. Головні області його наукового інтересу – неагресивні методи допомоги новонародженим, метод Кенгуру, годування грудьми і використання материнського молока у ВІТН (епідеміологія, ризик використання лікарських засобів у жінки при годуванні грудьми, втрата ваги у новонародженого), раптовий несподіваний післяпологовий колапс. Розробки та дослідження в галузі молочної залози Донни Геддес знані у всьому світі (Donna Geddes, DMU, PostGrad Dip (Sci), PhD, Школа Хімії і Біохімії, Університет Західної Австралії). Зокрема вона використовує ультразвук, щоб оцінити стан грудей годуючої жінки (анатомія, виділення молока і кров'яний потік), а також механізм смоктання немовляти (ковток-видих, звільнення шлунку і положення тіла). Нещодавно ці навички були застосовані до передчасно народжених дітей, щоб дослідити динаміку смоктання недоношених дітей, і як вона впливає на вивільнення шлунку. Дослідження Кармен Роса (Carmen Rosa Pallas-Alonso, Profes sor, MD, PhD, Іспанія) – завідувачки неонатального відділення Госпіталю ім. 12 Жовтня у Мадриді, також відомі далеко за межами Іспанії. Вона також є професором педіатрії в медичній школі Університету в Мадриді і членом групи PrevInfad та президентом іспанської ініціативи ЛДД. Засновник Банку грудного молока. Відоме ім'я Дайани Шпетц (Diane L. Spatz, PhD, RN-BC, FAAN, США) - професора-неонатолога Університету Пеннсильванія (США), директора лактаційних програм дитячої лікарні у Філадельфії. Доктор Шпетц – член Американської

Академії Педіатрії, Групи Експертів по грудному вигодуванні і представник Комітету грудного вигодування ВООЗ від США.

Хочеться похвалитися, що Україна на цьому представницькому форумі прозвучала досить солідно: представники різних країн, зокрема Колумбії, Фінляндії, Італії посилалися на досвід нашої країни у сфері впровадження методу Кенгуру, альтернативного вигодовування та догляду глибоко недоношених немовлят. На жаль, за браком часу, оскільки пізно дізналися про конференцію та пізно отримали фінансову підтримку, ми не змогли підготувати повноцінну презентацію та статистичний звіт про власні досягнення, але брали участь у пленарних засіданнях та обговореннях.

Найбільш визначними та цікавими тезами, виснесеними на обговорення, були: при передчасних пологах встановлення ранньої лактації, об'єм молока і його виділення в перші 4 дні є визначальним фактором успішної лактації в майбутньому. Кількість грудного молока, яке виділяє матір дитини у ВІТН, яка дорівнює або більше 750 мл в добу, визначає нормальний рівень підтримки лактації.

Цікавим був представлений досвід неонатологів та неонатальних сестер ВІТН у Чикаго: там близько 1/3 матерів мають лактацію понад 1 л грудного молока в день! Понад 80-90% з них для зцідження використовують електровідсмоктувачі. Це дає можливість цій клініці мати банк донорського молока за рахунок надлишків молока, яке зціджують матері передчасно народжених дітей, але перевага надається свіжозцідженому молоку. Всі ці досягнення є можливими завдяки роботі спеціально виділеного персоналу, який забезпечує підтримку та контроль лактації. На прикладі госпіталю м. Чикаго при дотриманні всіх технологій понад 86% недоношених дітей знаходяться на виключно грудному вигодовуванні.

Водночас, у доповідях групи Neo BFHI було зазначено, що рівень лактації менше, ніж 500 мл в добу наприкінці 2 тижня в післяпологовому періоді є показником недостатньої продукції молока і тим фактором, який не забезпечує тривале і адекватне грудне вигодовування протягом першого року життя. Новими даними є те, що свіжозціджене молоко і молозиво, яке подається безпосередньо через рот, навіть у мінімальних кількостях забезпечує запуск механізмів, спрямованих на ексклюзивне грудне вигодовування в майбутньому. Для цього необхідно залучення в цей процес сім'ї: мотивація, підтримка та психологічна настройка.

У доповідях скандинавської групи наголошувалося про цінність ентерального годування молозивом: молозиво зберігають окремо від молока до встановлення лактації. Достатній рівень зцідження молозива - 20 мл за 1 зцідження або 320 мл в день, що забезпечується частим зцідженням (кожні 1,5-2 год). Наголошувалося про негативний вплив заморожування на якісний склад і цінність молока: лізоцим знижується на 32%, рівень IgA на 51%, лактопероксидази на 66%, збільшується ризик бактеріальної проліферації.

Представлені результати проведених мультицентрових досліджень визначили фактори, які впливають на виділення молока. Це, насамперед, вага дитини при народженні та її вага на час по-

чатку годування, гестаційний вік, скоригований вік на час початку годування, використання накладок і психологічна підтримка матері.

На конференції був представлений прилад для вимірювання якісного складу грудного молока. За його допомогою вимірюється не лише вміст білків, жирів і вуглеводів, але й мінеральний та вітамінний склад. Рекомендовано його використовувати у великих перинатальних центрах для допомоги у налагодженні та розрахунку адекватного парентерального харчування для новонароджених, які поєднують ентеральне та парентеральне вигодовування.

Як резюме, визначено 10 сходинок впровадження та просування грудного вигодовування у новонароджених груп ризику:

1. Інформована згода батьків на використання технологій.

2. Становлення і підтримка грудного вигодовування (шляхом впровадження технологічної підтримки).

3. Правильна організація грудного вигодовування.

4. Оральна стимуляція/допомога і годування грудним молоком.

5. Контакт шкіра до шкіри: тривалий безперервний контакт не є опцією абсолютно для всіх передчасно народжених дітей і залежить від діагнозу новонародженого і визначається стабільністю стану, а не його важкістю.

6. «Ненутритивне» смоктання: розпочинається (як тільки дитина дезінтубована) шляхом прикладання до грудей, швидше йде становлення лактації та грудного вигодовування. Смокче власну руку, пальці, пустушку. Смоктання «порожньої» груді: слід пам'ятати, що у лактуючої жінки груди ніколи не бувають порожніми.

7. Прикладання до грудей: використання накладок на соски у випадку проблем (великий, плоский сосок, тріщини). Раннє та правильне використання в лікарні накладок збільшує виділення молока і тривалість грудного вигодовування. Тривале зондове годує не скорочує тривалість грудного вигодовування.

8. Оцінка кількості висмоктаного грудного молока.

9. Приготування до виписки (критерії готовності: умовно здоровий новонароджений - постконцептуальний вік 35 тижнів і більше, хворий - 37 тижнів і більше, маса не менше 2 кг, автономність підтримки температури тіла, автономність харчування: достатній смоктальний і ковтальний рефлекс, координація смоктання, ковтання і дихання; відсутність небезпечних симптомів; психологічна готовність батьків до виписки).

10. Відповідне катамнестичне спостереження після виписки.

Ключові позиції ведення грудного вигодовування у передчаснонароджених та хворих немовлят:

А. Стимуляція продукції грудного молока: вироблення і виділення.

В. Можливість (спроможність) дитини висмоктувати молоко з грудей.

С. Тривале 24 годинне вигодовування грудним молоком вдома (150-180 мл/кг/д) забезпечуються: механічним зцідженням, оцінкою ваги (використання стандартизованих шкал), використання накладок (при необхідності).

Термін «грудне вигодовування» (в групі недоношених дітей) не включає в себе виключно году-

вання безпосередньо з груді, найбільш важливим є використання грудного молока з допомогою поєднання різних способів годування.

Матері мають розуміти, що виключно грудне молоко є найкращою формою ентєрального харчування. Не дивлячись на те, що годування грудьми має стати основною метою, це є вторинним для здоров'я дитини, у порівнянні з цінністю грудного молока. Необхідність комбінування методів вигодовування і підтримка матерів в умовах ВІТН є важливою для успішного грудного вигодовування у майбутньому.

Отже:

Критерії безпечного старту годування дитини з грудей у віці менше 32 тижнів скоригованого віку:

- за даними літератури, у більшості випадків, у віці 27-28 тижнів ПКВ дитина може бути стабільною і прикладатися до грудей;

- вигодовуватися з грудей передчасно народжена дитина може вже у віці 30 тижнів ПКВ, у 32 тиж може вільно годуватися з грудей.

Міфи:

- недоношені діти не здатні координувати смокання, дихання і ковтання до 34 тижнів ПКВ;

- у недоношених дітей не ефективно дисфункціональне смокання;

- передчасно народжені діти потребують спеціальної стимуляції порожнини рота (метод покритого пальця, визначення тиску смокання).

Література

1. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, Ezeonodo A, Hannula L, Koskinen K, Haiek LN. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *Journal of Human Lactation* 2012; 28(3):289-96.

2. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, Ezeonodo A, Hannula L, Haiek LN. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. *Journal of Human Lactation* 2013;29(3):300-9.

3. Nyqvist KH. Lack of knowledge persists about early breastfeeding competence in preterm infants. *Journal of Human Lactation* 2013;29(3):296-9.

4. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Ezeonodo A, Hannula L, Maastrup R, Haiek LN. What is the purpose of the Baby-Friendly Hospital Initiative for neonatal wards? Commentary to a Letter by Adik Levin. *Birth* 2013;40(4):315-6.

5. Оригінальний документ читачі можуть перелянути за посиланням <http://www-conference.slu.se/neobfhi2015/>.