

Výživa nedonošeného dítěte k zajištění jeho optimálního vývoje

MUDr. Hönig Karádyová, FN Motol

Skupina nezralých novorozenců je značně heterogenní a lze jí rozdělit dle gestačního týdne, porodní váhy a trofiky novorozence. Hypotrofie i hypertrofie s sebou nesou pro všechny skupiny novorozenců krátkodobá i dlouhodobá rizika.

Výsledkem chybění části nebo dokonce celého třetího trimestru je nejen anatomická, ale především funkční nezralost všech orgánových systémů a nedostatečné zásoby živin. To je příčinou mnoha časných a pozdních komplikací z nezralosti.

Po narození je jedním ze základních výživových postupů časná parenterální výživa k prevenci metabolického šoku. V prvním týdnu života je fokus na management vody a elektrolytů díky nezralosti ledvin a kůže a tendenci k dehydrataci a metabolické acidóze.

Enterální výživa mateřským mlékem, ať už vlastním nebo cizím mlékem dárkyň, je zahájena v naprosté většině případů do 6 hodin od narození. Počáteční dávky jsou objemově malé, jedná se o tzv. trofickou výživu střeva neboli „priming“. Při dobré toleranci stravy je cílem co nejrychlejší dosažení plného enterálního příjmu. Energetické nároky nezralých novorozenců k napodobení intrauterinního růstu jsou kolem 90-120 kcal/kg/den. Proto je nutná fortifikace mateřského mléka, často s dodáním vápníku a fosfátu ke správné mineralizaci kostí a suplementace železa a vitamínů D a K.

Součástí péče o nedonošené novorozence je monitoring prospívání. Velmi častým fenoménem je postnatální růstová restrikce, především při výskytu komplikací z nezralosti. Tyto komplikace v akutním stádiu alterují metabolismus živin a v postakutní fázi je často obtížné dosáhnout nutného energetického příjmu k dostatečnému prospívání. Dobrou zprávou je, že většina novorozenců, typicky v prvních 6 měsících od propuštění, růstový deficit dožene.