

**Амбулаторное наблюдение
недоношенных детей с
ЭНМТ и ОНМТ
КГБУЗ «КГДБ №8»**

Критерии живорождения с 1 января 2012 года

- Масса тела более 500г
- Срок гестации более 22 полных недель
- Длина тела более 25 см
- При наличии признаков живорожденности: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, произвольные движения.

Причины не вынашивания беременности

1. Социально-экономические факторы:

- Профессиональные вредности
- Уровень образования родителей
- Отношение женщины к беременности
- Курение родителей
- Употребление алкоголя и/или наркотиков

2. Социально –биологические факторы

- возраст матери (до 17 лет и старше 30) и отца (моложе 17 лет)
- субклиническая инфекция
- «дефицитное» питание беременной женщины

3. Клинические факторы

- Эксрoгенитальные заболевания матери
- Антифосфолипидный синдром у матери
- Хронические заболевания мочеполовой системы матери
- Оперативные вмешательства во время беременности
- Психологические и физические травмы
- Гестоз продолжительностью более 4-х недель



4. Экстракорпоральное
оплодотворение

5. Многоплодная
беременность

Цель амбулаторного наблюдения

- Раннее выявление инвалидности, лечение осложнений, консультация родителей, динамическая оценка двигательного, когнитивного развития, зрения и слуха.
- ЭНМТ – менее 1000г
- ОНМТ – 1500 и меньше

Эпидемиология

- В большинстве развитых стран составляет 5-10%
- Госкомстат РФ (2009) – 3-16% от всех новорожденных, при этом частота рождения детей с низкой массой тела в России – 4-7,3%, по отношению числу родившихся, из них :
 - ОНМТ – 1-1,8% ; ЭНМТ – 0,4-0,5 %
 - Число здоровых из них – 10-25%
 - Инвалидность с детства – 12-32%

Терминология: МКБ 10

- Р 07.0 – ЭНМТ при рождении
- Р 07.1 – масса тела при рождении 1000-2499
- Р07.2 – Крайняя незрелость (срок гестации менее 28 полных недель)
- Р07.3 – другие случаи недоношенности (срок гестации более 28 недель, но менее 37 недель)

Постконцептуальный возраст (ПКВ)

- По формуле: гестационный возраст (ГВ) + постнатальный возраст (ПНВ), после 40 недель высчитывается скорректированный возраст (СВ) - это разница между фактическим возрастом в неделях и недостающими до доношенного срока неделями гестации.
- Скорректированный возраст по формуле:
$$СВ = (ПНВ + ГВ) - 40$$

Кабинет катamnестического наблюдения

- Цель работы кабинета катamnеза (КК) – осуществление в полном объеме медико-социальной реабилитации детей с перинатальной патологией: регулярное динамическое наблюдение, первичное наблюдение через 2 недели после выписки из стационара, консультирование ребенка специалистами, обследование, разработка индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий.

Наблюдение участкового педиатра

- Первый патронаж – на следующий день после выписки из стационара.
- На первом месяце после выписки 1 раз в неделю
- От 1 до 6 месяцев – 1 раз в 2 недели
- От 6 до 12 месяцев – 1 раз в месяц, по показаниям чаще.
- В первые 3-4 месяца и в периоды подъема инфекционной заболеваемости педиатр осматривает ребенка на дому.
- Антропометрия и анализ динамики физического развития проводится при каждом осмотре ребенка.
- Профилактический осмотр (согласно приказу МЗ РФ 514 н.). По показаниям (диагностированная ретинопатия, эндокринопатия, отставание в нервно-психическом развитии и т.д.) кратность осмотра специалистами может увеличиваться, а объем обследований расширяется в соответствии со стандартом нозологии.

Оформление медицинской документации (история развития).

- Данные анамнеза: перенесенные ранее заболевания (состояния), особенности вскармливания, наличие функциональных расстройств, сопутствующей патологии;
- Соблюдение и выполнение рекомендаций врачей-специалистов;
- Оценка эффективности ранее назначенных и проводимых мероприятий.
- Данные, полученные при проведении врачебного осмотра: объективные данные и результаты осмотров врачами-специалистами; при выявлении нарушений со стороны ЦНС, опорно-двигательного аппарата, слуха, нарушения зрения недоношенные дети находятся под индивидуальным наблюдением специалиста соответствующего профиля; результаты лабораторных, инструментальных и иных исследований; результаты дополнительных консультаций и исследований; диагноз заболевания (состояния) выявленного при осмотре.

Оценка физического развития

- ФР –совокупность морфологических и функциональных свойств организма, характеризующих процесс его роста и созревания.
- Эксперты ВОЗ определяют показатели ФР как один из основополагающих критериев в комплексной оценке состояния здоровья ребенка.
- ФР недоношенных детей необходимо оценивать только по скорректированному возрасту, что особенно важно для детей, рожденных с ЭНМТ и ОНМТ.
- Для оценки ФР недоношенных детей целесообразно использовать диаграммы, позволяющие оценить основные антропометрические параметры (массу, длину тела, окружность головы). До 50 недели постконцептуального возраста использовать диаграмму Фентона, в более старшем возрасте (после 50 недели ПК) рекомендуется переходить на дифференциальные диаграммы.
- У детей с ОНМТ и ЭНМТ прибавка массы тела происходит более интенсивно; их масса к 2-2,5 мес. Удваивается, к 3-3.5 мес. утраивается, а к 1 году масса тела увеличивается в 6-8 раз.

Сроки прорезывания зубов у недоношенных детей

- С массой тела при рождении 800-1200 г- в 8-12 месяцев;
- С массой тела при рождении 1000-1500 г- в 10-11 месяцев;
- С массой тела при рождении 1501-2500г -в 7-9 месяцев;
- С массой тела при рождении 2001- 2500 – в 6-7 месяцев.

Оценка нервно-психического развития

- Оценка НПР недоношенных детей проводится также по скорректированному возрасту оценивается врачами-педиатрами по следующим показателям (шкала Гриффитса):
- Зрительно-ориентировочные (Аз) и слуховые ориентировочные реакции (Ас);
- Эмоции (Э);
- Движения руки и действие с предметами (Др, До);
- Подготовительные этапы развития речи и понимание речи (Рп, Ра);
- Навыки и умения (Н).

Общие особенности вакцинопрофилактики у маловесных детей

- Индивидуальное смещение сроков начала вакцинации.
- Согласование тактики вакцинации, комиссионное обсуждение.
- Предпочтение инактивированным вакцинам.
- От вакцинации отводятся дети с признаками текущей инфекции, выраженной кардиореспираторной нестабильностью, отсутствием прибавки веса.
- Дети первых месяцев жизни, перенесшие тяжелые заболевания (сепсис, гемолитическую анемию и др.) вакцинируются по выздоровлению.
- Дети с тяжелыми органическими поражениями ЦНС и тяжелыми соматическими заболеваниями целесообразно прививать в условиях стационара.
- Все исследователи считают допустимым начало вакцинации недоношенных в возрасте 2 месяцев (8 недель).

Организация рационального вскармливания недоношенных детей на педиатрическом участке

- Наилучшей пищей для недоношенных новорожденных является материнское молоко, т.к. качественный и количественный состав его меняется в зависимости от срока беременности.
- Возможные трудности у недоношенных при грудном вскармливании: гипогалактия (после преждевременных родов считается типичным явлением), необходимость пищевой коррекции (по мнению экспертов ВОЗ, рационы питания недоношенных детей, получающих женское молоко, нуждаются в обогащении). Обогазаторы ГМ - пре-НАН, FM -85, Нестле, обогачитель грудного молока Nutrilon и др. обеспечивают содержание Б в пределах 2,6-2,9г на 100 ккал (против 1,6 г. в обычном грудном молоке). 2-ой способ обогащения (при недостаточной прибавке массы тела) является введение в рацион специализированных смесей на основе гидролизата сывороточных белков (смеси Альфаре, Нестле Швейцария, Нутрилон Пепти ТСЦ) в суточном объеме 15-30%

Введение прикорма

- Последовательность и характер пищевых блюд и блюд прикорма у недоношенных не имеет принципиальных различий с доношенными. Вместе с тем:
- Пищевые дотации (соки и желток) и основные блюда прикорма (овощное пюре, каши) недоношенным, родившимся с массой более 2000г, вводят на 1-2 недели раньше, а при массе меньше 1500 на 1-2 месяца позже, чем доношенным детям.
- Все новые продукты вводят в рацион осторожно, с малого количества, монокомпонентные, порцию увеличивают и доводят до нормы за 8-10 дней.
- Предпочтение отдается блюдам промышленного производства (мясо вводится с 5-6 месяцев).

Остеопения недоношенных

- Остеопения - нарушения метаболизма в костной ткани, обусловленное низкой минерализацией. Возникает в связи с недостатком и нарушенным балансом кальция и фосфора у недоношенных детей на фоне быстрых темпов роста в постнатальном периоде. Наиболее часто остеопения встречается у детей со сроком гестации менее 28 недель.
- Клиника: наиболее часто бессимптомное течение (даже при уровне ЩФ более 1000 МЕ/л), респираторные расстройства, замедление линейного роста, переломы длинных (трубчатых) костей, переломы ребер).

Рахит недоношенных

- Рахит – полиэтиологическое обменное заболевание, обусловленное несоответствием между высокой потребностью растущего организма в фосфорно-кальциевых солях и недостаточностью систем, обеспечивающих их доставку и включение в метаболизм. Выделяют: Д- дефицитный, Д-зависимый, Д-резистентный и вторичный рахит.
- Клинические проявления: мышечная гипотония, увеличенный большой родничок, «размягчение» костей по краям родничка, расширенные черепные швы, замедление линейного роста, появление костных деформаций (рахитические «четки» и «браслеты», «гаррисонова борозда», потливость стоп, ладоней.
- Лабораторные показатели: повышенный уровень ЩФ, гипофосфатемия, нормо- или гипокальциемия, гиперфосфатурия, метаболический ацидоз, снижение концентрации метаболизма витамина Д(25(ОН)D3 и 1,25(ОН)2D3) в сыворотке крови.

Профилактика и лечение

- Полноценное питание.
- Препараты кальция и фосфора
- Специфическая профилактика: Витамин Д3 водный раствор (Аквадетрим) – 1 год- 2000 МЕ, , на втором году и далее – 1000 МЕ.
- Лечение – 2500-5000 МЕ курсом 30-45 дней, повторять курс лечения при необходимости можно после одной недели перерыва. После окончания лечения назначают витамина Д3 в профилактической дозе.
- Неспецифическая профилактика включает массаж, гимнастику, водные процедуры, прогулки на свежем воздухе.

Профилактика анемий

- Ранняя – появляется в первые 2 месяца.
- Поздняя – развивается в возрасте старше 3 месяцев.
- Профилактика поздней анемии старше 1 месяца – препараты железа перорально в дозе 2 мг/кг/ день в течение 12 месяцев.

Диспансерное наблюдение недоношенных с БЛД

- Контроль: массо-ростовые прибавки, психомоторное развитие, лечение сопутствующей патологии, профилактика РСВ-инфекции(иммунизация паливизумабом, вакцинация противопневмококковой, противогриппозной инфекции
- Амбулаторное наблюдение – 3 года
- Врач пульмонолог по показаниям

Тестовый контроль

Выписка недоношенного ребенка из стационара возможна, если:

- 1- масса тела 2200-2500;
- 2- хорошее сосание;
- 3- достаточное содержание гемоглобина;
- 4- отсутствие заболеваний;
- 5- все перечисленное

Первая степень недоношенности

- 1- гестационный возраст – 32 недели;
- 2- длина тела 43 см;
- 3- масса тела 2000г.;
- 4- окружность грудной клетки 27 см;
- 5- окружность головы 30 см

Правила наблюдения недоношенных на педиатрическом участке

- 1 первое посещение с заведующим отделением в первый день после выписки
- 2 на первом месяце педиатр посещает 1-2 раза в неделю
- 3 в возрасте до 6 месяцев – 1 раз в 2 недели
- 4 в возрасте 6-12 мес. – 1 раз в месяц (по показаниям чаще)
- 5 в возрасте до 3-4 мес., в период эпидемии осмотр только на дому
- 6 все перечисленное

Частота осмотра неврологом недоношенного с массой тела менее 1500 на 1 году жизни

- 1 ежемесячно до 6 месяцев
- 2 дополнительно на дому по показаниям
- 3 ежеквартально с 6 до 12 месяцев

Динамика НПР детей с 1 степенью недоношенности

- 1 к концу 1-го года жизни догоняют своих сверстников
- 2 к 2-годам догоняют своих сверстников и глубоконедоношенные
- 3 всегда отстают от сверстников
- 4 отстают от сверстников до пубертатного периода

Благодарю за внимание!

