

# Презентация

**Тема :** Группы новорожденных высокого риска  
Задержка внутриутробного роста и развития



**Выполнила :** Маркабаева А .М

**Проверила :** Калымжанова С.К



# Выделяют пять групп здоровья:

**I** — здоровые дети, не имеющие факторов риска возникновения той или иной патологии;

**II** — дети с риском возникновения хронической патологии и склонные к повышенной заболеваемости, с наличием функциональных отклонений, часто болеющие и др.;

**III, IV и V** — дети с хронической патологией в стадии компенсации, субкомпенсации и декомпенсации.



## среди новорожденных II группы здоровья целесообразно выделить две подгруппы по степени риска:

А Группа риска — дети с не развившейся после рождения явной клинической картиной заболевания, но имеющие неблагоприятные факторы в биологическом, генеалогическом или социальном анамнезе:

а) в пренатальном — профессиональные вредности, вредные привычки и алкоголизм родителей; хронические экстрагенитальные заболевания матери, отягощенный акушерский анамнез, возраст матери на момент родов моложе 18 лет и старше 35 лет, патология настоящей беременности (угроза выкидыша, кровотечения, токсикозы, инфекции); нарушения режима и питания в период беременности;

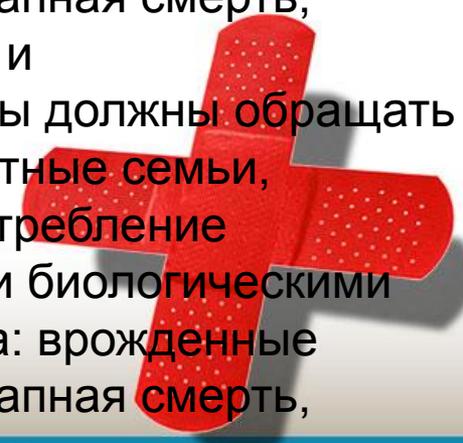
б) отклонения в интранатальном периоде — затяжные, быстрые, стремительные роды; раннее излитие околоплодных вод, длительный безводный промежуток; оперативные вмешательства, патология плаценты и пуповины; крупный плод; неправильное положение плода и др.;

в) дети с отягощенным генеалогическим анамнезом, в родословной которых отмечены наследственные болезни или заболевания с определенной метаболической направленностью: аллергия, метаболические нефропатии, эндокринопатии, гастроэнтерологические заболевания, поражения сердечно-сосудистой, костной систем, нервные и психические болезни, онкологическая патология, иммунодефицитные состояния и т.д.



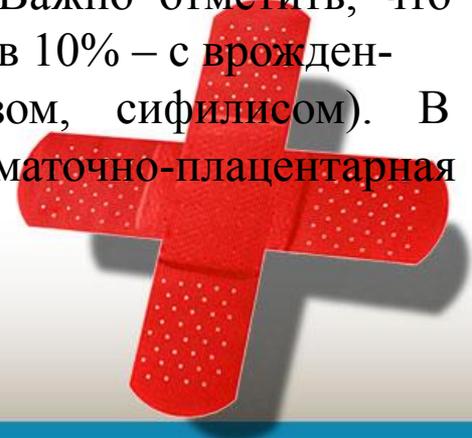
II. Б. Группа высокого риска — дети, перенесшие внутриутробно, во время родов или в первые дни жизни какое-либо заболевание (состояние) и имеющие после выписки из родильного дома различные отклонения в состоянии здоровья. Это недоношенные дети, незрелые, переношенные, с врожденной гипотрофией, от многоплодной беременности, с внутриутробным инфицированием, после тяжелой асфиксии, с постгипоксической энцефалопатией, родовой травмой, гемолитической болезнью новорожденных, перенесшие болезни легких, инфекции и другую патологию.

Особое внимание участковые врачи-педиатры должны обращать на выявление социальных факторов риска (неполные, многодетные семьи, неудовлетворительные материально-бытовые условия, злоупотребление алкоголем и др.), которые чаще всего сочетаются с различными биологическими факторами. Выделяют следующие группы направленного риска: врожденные пороки развития, поражение ЦНС и судорожный синдром, внезапная смерть, анемия, гипотрофия, паратрофия, частые острые заболевания и острая пневмония.  
Особое внимание участковые врачи-педиатры должны обращать на выявление социальных факторов риска (неполные, многодетные семьи, неудовлетворительные материально-бытовые условия, злоупотребление алкоголем и др.), которые чаще всего сочетаются с различными биологическими факторами. Выделяют следующие группы направленного риска: врожденные пороки развития, поражение ЦНС и судорожный синдром, внезапная смерть, анемия, гипотрофия, паратрофия, частые острые заболевания и



**Задержка внутриутробного развития** – патологическое состояние, при котором основные параметры физического развития (по меньшей мере масса тела) новорожденного находятся в зоне ниже 10-й центили по отношению к его гестационному возрасту. Степень морфологической и функциональной зрелости обычно отстает на 2 и более недель от истинного гестационного возраста.

Частота рождения детей с задержкой внутриутробного развития составляет 3–10%, увеличиваясь в развивающихся странах до 30–40%, а с врожденной гипотрофией – от 3–22% до 70% соответственно. Смертность среди данной группы младенцев в 3–10 раз превышает таковую у новорожденных с нормальным развитием. Важно отметить, что около 10% случаев ЗВУР связано с патологическим кариотипом, еще в 10% – с врожденной инфекцией (цитомегаловирусной, краснухой, токсоплазмозом, сифилисом). В остальных случаях причиной данного состояния является маточно-плацентарная недостаточность.



**Этиология.** Факторами, способствующими задержке роста плода и преждевременным родам, являются следующие.

**Социально-экономические:** низкий уровень жизни и, как следствие, плохое питание, особенно в III триместре беременности, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, занятость в сфере физического труда, профессиональные вредности, неблагоприятная экологическая обстановка, стрессовые ситуации.

**Социально-биологические:** вредные привычки, наркомания, особенно героиновая, юный или пожилой возраст матери, инфантильное телосложение, низкий рост и вес, расовые и этнические особенности.



# Клинические, которые подразделяются на 3 группы:

- **материнские:** экстрагенитальная патология (пороки сердца синего типа, анемии, гипертоническая болезнь, болезни почек и др.), эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз и др.), аномалии развития половых органов (гипоплазия матки, двурогая матка), фибромиомы, повторные частые аборт;
- **обусловленные патологией беременности:** угроза прерывания, гестозы, прием матерью некоторых медикаментов (антикоагулянты, противосудорожные препараты, антимагнетолиты), аномалии развития плаценты и пуповины (гемангиома плаценты, аномальное расположение пуповины, тромбоз пупочных сосудов, единственная пупочная артерия, отслойка плаценты, ее преждевременное старение);
- **плодовые:** генетические, хромосомные болезни (ахондроплазия, болезнь Рассела – Сильвера, трисомии 13, 18, 21), врожденные пороки развития (анэнцефалия, атрезия ЖКТ, ВПС), ВУИ, иммунологическая несовместимость, врожденные дефекты метаболизма (галактоземия, ФКУ), стрессо





# Патогенез.

Действие неблагоприятных факторов приводит прежде всего к хронической фетоплацентарной недостаточности и хронической внутриутробной гипоксии плода. Тип нарушения роста, возникающий у плода, зависит от того, на какой стадии внутриутробного развития действует этиологический фактор. Если неблагоприятные условия для плода возникли во II триместре беременности, когда происходит активное деление клеток и наполнение их цитоплазмой, то развивается гипопластический вариант ЗВУР. Действие неблагоприятного фактора в III триместре, когда активность деления клеток снижается, приводит к преимущественному снижению массы по сравнению с длиной тела гипотрофическому варианту



**По клинической классификации ЗВУР выделяют 3 клинических варианта:**

**1) гипотрофический** – «маловесный» для гестационного возраста, асимметричная ЗВУР;

**2) гипопластический** – «маленький» для гестационного возраста, симметричная ЗВУР;

**3) диспластический** – развивается обычно при наследственной патологии. Характеризуется наличием пороков развития, дисэмбриогенетических стигм, диспропорциональным телосложением.



# По степени тяжести выделяют:

- **I степень** – снижение параметров физического развития в пределах 10-й центили ( $-2 \sigma$ );
- **II степень** – снижение параметров физического развития в пределах 3–5-й центили ( $-3 \sigma$ );
- **III степень** – снижение параметров физического развития менее 1–3-й центили (более  $-3 \sigma$ ).



## Пример формулировки диагноза:

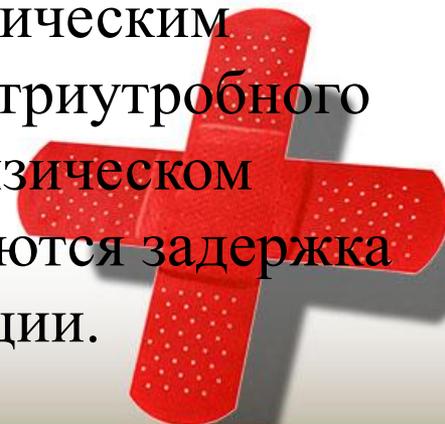
1) маловесный для гестационного возраста или маловесный к сроку гестации;

2) ЗВУР, гипотрофический вариант, II степени тяжести (среднетяжелой степени).



# Клиническая картина

**В раннем неонатальном периоде** у них часто наблюдаются признаки перенесенной хронической внутриутробной гипоксии плода, острой асфиксии в родах, синдром аспирации мекония, ПФК, гипотермия, гипопроотеинемия, гипогликемия, гипокальциемия, полицитемия, гипербилирубинемия, геморрагический синдром, наслоение **инфекций**. **В позднем неонатальном периоде** они склонны к развитию анемии, дисбактериозу, лактазной недостаточности, метаболическим нарушениям, ГИЭ. В последующем нарушение внутриутробного роста плода в 50% случаев ведет к отставанию в физическом развитии в раннем возрасте, у 40–60% детей отмечаются задержка интеллектуального развития, невропатические реакции.



# Гипотрофический вариант (асимметричный)

Встречается до 80% случаев и характеризуется снижением массы тела при рождении ниже 10Р без отставания в длине тела и окружности головы. У этих младенцев также длительно сохраняется транзиторная желтуха, отсутствует гормональный криз, часто отмечаются синдром гипервозбудимости, явления полицитемии, гипокальциемии, гипонатриемии, гипомагниемии, гипогликемии, гипербилирубинемии. Возможны проявления дыхательных и геморрагических расстройств. У большинства новорожденных с данным вариантом ЗВУР антенатальных поражений головного мозга нет. **Для этого варианта характерны трофические нарушения:** сухость и шелушение кожи, истончение подкожно-жирового слоя, снижение тургора тканей, уменьшение мышечной массы. Степень выраженности этих симптомов пропорциональна тяжести ЗВУР.



**При тяжелой степени голова ребенка** кажется большой, превышая на 3 см и более окружность грудной клетки, швы широкие, края родничка податливы, что обычно обусловлено не гидроцефалией, а гипокальциемией. Со стороны ЦНС выявляется синдром гипервозбудимости вследствие централизации кровообращения, гиперкатехоламинемия, метаболический ацидоз. Также могут наблюдаться расстройства дыхания вследствие поражения ЦНС, нарушения гемоликвородинамики, инфекционной патологии. При гипопластическом варианте клинически выявляются



**При гипопластическом варианте** клинически выявляются признаки морфофункциональной незрелости, могут быть единичные стигмы дисэмбриогенеза. Дети склонны к гипотермии, гипогликемии, гипербилирубинемии, СДР, полицитемии, инфекционной патологии. **Для диспластического варианта** характерны пороки развития, стигмы дисэмбриогенеза, диспропорциональное телосложение. Типичны также неврологические и обменные нарушения, инфекционная патология.



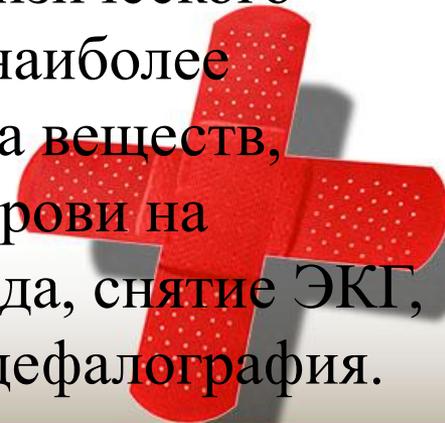
**Диагностика.** При постановке диагноза проводят:

- оценку основных параметров физического развития: пропорциональность телосложения, наличие и выраженность трофических нарушений;
- оценку нейромышечной зрелости;
- клинико-лабораторные исследования.



# План обследования таких детей должен включать:

Проведение общего анализа крови с определением гематокрита, общего анализа мочи, биохимического анализа крови (общий белок, белковые фракции, общий билирубин и его фракции, мочевины, электролиты, гликемия, СРБ), КОС, копрограмму с определением рН кала, консультации невролога, окулиста, УЗИ головного мозга. Всем детям необходим ежедневный контроль массы тела и еженедельный – других параметров физического развития. По показаниям проводятся: скрининг на наиболее распространенные наследственные аномалии обмена веществ, обследование на внутриутробные инфекции, посев крови на стерильность, посев кала, осмотры генетика, ортопеда, снятие ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, электроэнцефалография.



# Лечение

- 1) проведение родов в специализированных стационарах с хорошо подготовленным медицинским персоналом и наличием медицинского оборудования для выхаживания таких новорожденных;
- 2) создание оптимального температурного режима в момент родов и после рождения;
- 3) обеспечение адекватной оксигенации;
- 4) обеспечение рационального питания (по показаниям –низколактозные либо безлактозные смеси, смеси-гидролизаты);
- 5) профилактика гипербилирубинемии;
- 6) восполнение высоких потерь жидкости с учетом склонности к быстро возникающим перегрузкам, развитию гипернатриемии, острой почечной недостаточности, гиперосмолярности, отечного синдрома;
- 7) назначение эубиотиков;
- 8) проведение антибактериальной терапии с первых дней жизни при наличии факторов риска внутриутробной или постнатальной инфекции;
- 9) проведение заместительной ферментной терапии при наличии изменений в копрограмме, сниженных темпах прибавки массы;
- 10) реабилитацию нарушений функции ЦНС;
- 11) проведение посиндромной терапии.

