

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.



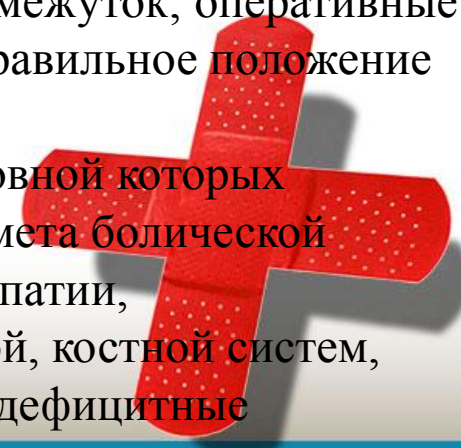
среди новорожденных II группы здоровья целесообразно выделить две подгруппы по степени риска:

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;

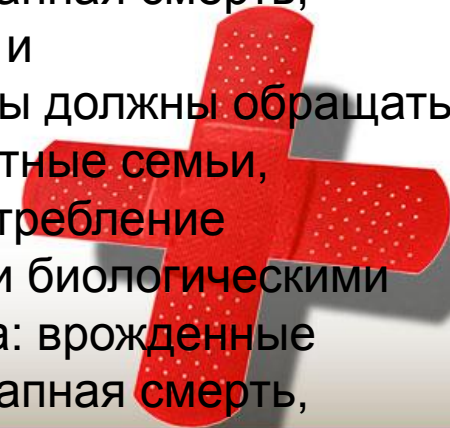
б) отклонения в интранатальном периоде — затяжные, быстрые, стремительные роды; раннее излитие околоплодных вод, длительный безводный промежуток; оперативные вмешательства, патология плаценты и пуповины; крупный плод; неправильное положение плода и др.;

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.

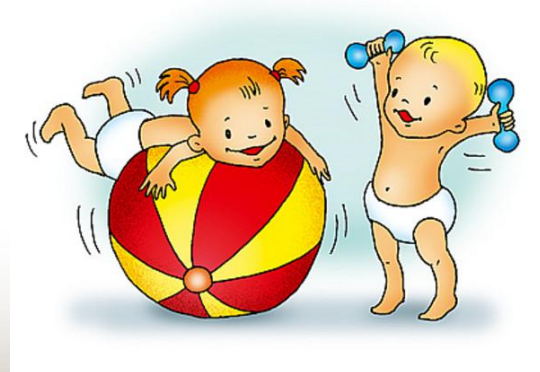
Частота рождения детей с задержкой внутриутробного развития составляет 3–10%, увеличиваясь в развивающихся странах до 30–40%, а с врожденной гипотрофией – от 3–22% до 70% соответственно. Смертность среди данной группы младенцев в 3–10 раз превышает таковую у новорожденных с нормальным развитием. Важно 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.

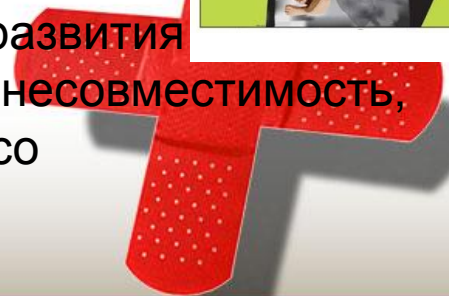
Социально-экономические: низкий уровень жизни и, как следствие, плохое питание, особенно в III триместре беременности, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, занятость в сфере физического труда, профессиональные вредности, неблагоприятная экологическая обстановка, стрессовые ситуации.

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



Пример формулировки диагноза:

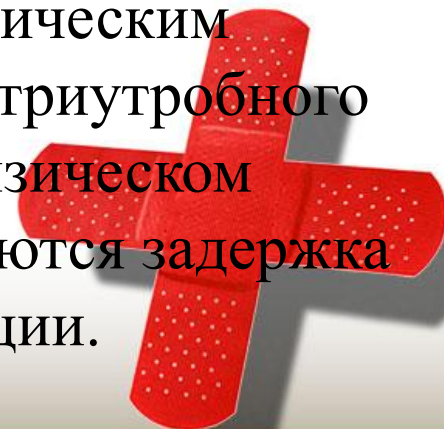
1) маловесный для гестационного возраста или маловесный к сроку гестации;

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.



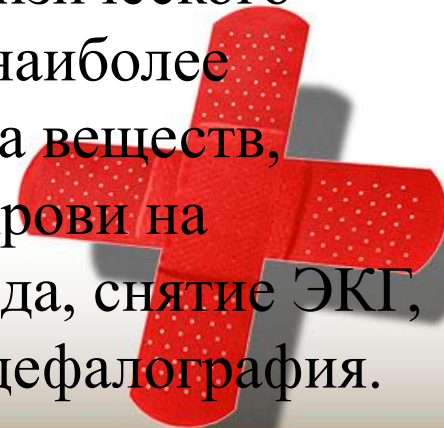
Диагностика. При постановке диагноза проводят:

- 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.

