

Недоношенный ребенок



Автор – преподаватель СПб МТК ФМБА России Браун М.А.

- *Недоношенный ребёнок*- ребёнок, родившийся на сроке ранее 38 недель, то есть до 260 дня беременности.

- Степени недоношенности:

- I степень 35-37 недель вес 2001—2500 г
- II степень 32-34 недель вес 1501—2000 г
- III степень 29-31 недель вес 1001—1500 г
- IV степень менее 29 недель вес менее 1000 г.

Причины рождения детей раньше срока

- различные заболевания матери во время беременности,
- токсикоз беременных,
- предшествовавшие беременности аборты.
- несовместимость крови матери и плода по группам крови и резус-фактору
- возраст матери (чаще у очень молодых женщин или у первородящих женщин старше 35 лет)
- многоплодие
- нервно-психические и физические травмы, тяжелые условия труда (профвредности), нездоровая обстановка в семье
- Заболевания плода (ВУИ пороки развития)

Примерная масса тела ребёнка на различных сроках беременности:

■ 27-28 недель -	850-1300 г
■ 30 недель -	1250-1700 г
■ 32 недель -	1400-1950 г
■ 34 недель -	1800-2500 г

- Согласно определению ВОЗ, потенциально жизнеспособными считаются дети, родившиеся не ранее 22 недели беременности и с массой тела более 500 гр.
- Главной особенностью недоношенных детей является незрелость основных систем организма- дыхательной, сердечно-сосудистой и терморегулирующей.
- **Степень зрелости** определяется по реакции ребёнка, наличию рефлексов, состоянию мышечного тонуса, двигательной активности, способности удерживать тепло и т. д.



- Новорожденные с малой массой тела, рожденные в срок, считаются детьми с задержкой внутриутробного развития.

Признаки недоношенности:

- слабый крик,
- поверхностное, ослабленное неритмичное дыхание,
- недостаточное развитие подкожного жирового слоя,
- кожа красная, сухая, морщинистая, обильно покрыта пушком;



- голова непропорционально большая по сравнению с туловищем.
- открыты малый и боковые роднички,
- ушные раковины мягкие и плотно прилегают к голове,
- ногти не доходят до края фаланг пальцев,
- пуповина расположена ниже середины живота,
- половые органы недоразвиты — у мальчиков яички не опущены в мошонку, у девочек малые половые губы не прикрыты большими;

Недоношенный 28 нед



- движения скудные,
- гипотония (сниженный тонус) мускулатуры,
- физиологические рефлексы снижены, могут отсутствовать даже сосательный и глотательный рефлексы.



Созревание органов чувств у недоношенных детей.

- **Вкус:** Вкусовые почки морфологически созревают уже к 13 неделе беременности. В 24 недели беременности плод уже реагирует на вкусовые раздражители.
- **Слух** у плода появляется в 20 недель беременности. В 25 недель беременности плод реагирует на интенсивные вибрационные и звуковые стимулы. Чувствительность и способность различать звуки по высоте достигают взрослого уровня к 30 неделе беременности. У доношенного новорожденного они ничем не отличаются от таковых у взрослого.

- **Осязание:** Система соматической чувствительности (чувств прикосновений, температуры и боли) развивается между 8 и 15 неделями беременности. В 32 недели беременности плод всегда реагирует на изменения температуры окружающей температуры, прикосновение и боль.



- **Зрение.** К 24 неделям гестации все структуры зрения сформированы. Реакция зрачков плода на свет появляется при сроке беременности 29 недель. В 36 недель гестации зрение плода ничем не отличается от зрения доношенного ребенка.
- Но! зрение даже доношенных детей в 20 раз хуже, чем у взрослых; оно еще нечеткое, расплывчатое. Ребенок видит только очертания предметов (подвижных и неподвижных), находящихся на расстоянии всего 25-30 см от его глаз. Доношенный ребенок различает блестящие и красные предметы.
- **Обоняние:** К 28-32 неделям гестации недоношенные дети начинают реагировать на сильные запахи.

Особенности течения периода новорожденности у недоношенных детей.

- У недоношенных новорожденных отмечается вялость, сонливость, слабый крик, физиологическая эритема выражена резко.
- Физиологическая желтуха выявляется обычно несколько позднее в связи с яркой окраской кожи и затягивается нередко до 3—4 недель жизни.
- Пуповина у недоношенных детей толстая, сочная, отпадает позднее (к 8—14-му дню жизни), заживление пупочной ранки медленное.
- У многих недоношенных на 1—2-й неделе жизни наблюдаются отеки, которые располагаются большей частью на нижних конечностях и животе.

- Частота дыхания у недоношенных детей непостоянная, при движениях доходит до 60—80 в 1 мин., в покое и во сне значительно урежается, могут наблюдаться длительные апноэ (остановки дыхания), особенно во время кормления. У недоношенных в первые дни жизни часто наблюдается ателектаз легких.
- Тоны сердца могут быть приглушены, частота сердечных сокращений меняется в зависимости от условий и состояния ребенка (120—140). При беспокойстве и повышении температуры окружающей среды частота сокращений сердца может доходить до 200 ударов в 1 мин.

- Терморегуляция недостаточно стабильная, обнаженный ребенок быстро охлаждается, температура тела может снижаться ниже 36° , а при повышенной окружающей температуре быстро наступает перегревание («кувезная лихорадка»).
- Физиологическая потеря в весе восстанавливается ко 2—3-й неделе жизни. Прибавка в весе на первом месяце незначительна (100—300 г).
- На 2—3-м месяце жизни, когда начинается интенсивная прибавка в весе, у недоношенных детей часто развивается анемия.

Выхаживание недоношенных детей

- Выхаживание глубоко недоношенных детей возможно лишь в специализированных отделениях больниц или перинатальных центрах.
- Недоношенных детей помещают в кювез для согревания и дальнейшего предохранения от охлаждения тела, а также для улучшения насыщаемости крови кислородом.

- Кювез представляет собой аппарат с прозрачными стенками, позволяющими наблюдать за ребенком, и оптимальным искусственным микроклиматом (температура — 33–38°C, влажность — 85–100%, содержание кислорода — 25–40%).





ИЗ ПБ N 38 км. Семалено
ДИАГНОЗ ВАН N 100288, САР, ДМН, ЗМН, Неотмб 232119
ВЕС 04852



- Для ухода за ребенком, находящимся внутри кювеза, предусмотрено специальное отверстие или особые рукава.



- Длительность пребывания ребенка в кювезе зависит от веса ребенка при рождении и общей динамики его состояния.
- Дети с малой степенью недоношенности могут находиться в кювезе от нескольких часов до 4 дней, дети с весом до 1750 гр. — около недели, а с весом до 1500 гр. — от недели до двух.
- Обычно ребенка выписывают из роддома или специализированной детской больницы, когда он стабильно набирает вес, держит постоянную температуру тела, у него нет проблем с дыханием, и его вес составляет 2500гр и выше.



- По приблизительным подсчетам, тяжелобольного новорожденного перекладывают и подвергают различным манипуляциям по уходу, лечению и контролю состояния более 150 раз в сутки. Таким образом, периоды непрерывного покоя не превышают у него 10 минут.

- Создание комфортных условий, устранение шума и яркого света, удобное размещение в инкубаторе (кювезе) или в кровати.
- Сотрудничество с родителями, укрепление их привязанности к ребенку.
- Использование естественных успокаивающих и саморегулирующих факторов: сосок-пустышек, ухода по методу «кенгуру», пребывание близнецов в одной кровати (инкубаторе).
- Укладка по средней линии во флексорной позе, пеленание, имитирующее ограниченное пространство в матке.
- Проведение нескольких манипуляций по уходу в один и тот же промежуток времени, чтобы обеспечить ребенку более длительные периоды покоя.

- Устранение шума и яркого света. Недоношенность сама по себе является фактором риска тугоухости и глухоты. Она выявляется у 10% родившихся недоношенными и только у 5% родившихся доношенными. Шум нарушает формирование слуховых путей в центральной нервной системе, необходимых для развития речи.
- Рекомендуемые в отделениях интенсивной терапии освещенность менее 60 люкс, уровень шума менее 50 децибел (спокойная, негромкая речь), снижают риск тугоухости и улучшают последующее развитие тяжелобольных детей. В отделении интенсивной терапии, таким образом, допускается только спокойная речь без повышений голоса. Надо помнить, что дверцы кювета надо закрывать аккуратно тихо, не стучать по инкубатору и другим близлежащим поверхностям.

- Для защиты от широко применяемых в отделениях интенсивной терапии источников света требуется дополнительная защита. Полагают, что воздействие яркого света в гестационном возрасте 32-40 недель мешает развитию сенсорных функций. Они нарушаются вследствие чрезмерной стимуляции незрелых сенсорных систем. Вот почему в отделениях интенсивной терапии инкубаторы накрывают светонепроницаемыми одеялами или пленками.



- Недоношенные дети очень чувствительны к грубым прикосновениям. Они реагируют на такие прикосновения тахикардией, возбуждением, повышением артериального давления, апноэ и падением насыщения гемоглобина кислородом, расстройствами регуляции физиологических процессов, бессонницей.
- Однако недоношенные не способны на протяжении длительного периода времени реагировать на боль изменениями физиологических показателей и поведения. Реакции у них быстро истощаются, поэтому заметить их трудно. Шкалы оценки интенсивности боли, разработанные для доношенных новорожденных, к недоношенным неприменимы.

- Придание новорожденному правильной позы предотвращает деформации черепа, туловища и таза, которые нарушают и замедляют последующее развитие.



Поворачиваться сами новорожденные не могут, поэтому правильности позы следует уделять внимание. Ребенка надо укладывать в свернутую позу в «гнезде» и регулярно переворачивать с одного бока на другой.

- Допускается выкладывание недоношенных детей на живот, но только под контролем мониторингового наблюдения и персонала.





Что такое выхаживание методом «кенгуру»?

- Ребенок находится некоторое время на груди у мамы, в контакте «кожа к коже», в оптимальной для него температурной среде, ощущает привычный запах. Исследования показали, что «метод кенгуру» эффективен при выхаживании детей с низкой массой тела.



- Метод Кенгуру (Kangaroo Mother Care – КМС) – это способ выхаживания недоношенных детей, при котором максимально задействуется физический контакт «кожа к коже» малыша и матери.
- Суть метода заключается в том, что детей ежедневно, от одного до нескольких часов в день, выкладывают на открытую поверхность груди мамы или папы, “кожа к коже” малыша и его матери (отца).
- Чем более широкая часть кожи соприкасается, тем лучше.
- Чтобы температура тела сохранялась более равномерно, сверху малыша накрывают теплой мягкой пеленкой и иногда одевают шапочку.

История

- Впервые этот метод был апробирован в сентябре 1979 года докторами Эдгар Рей Санабриа и Гектор Мартинец Гомес в Боготе, Колумбия. Чтобы как-то компенсировать нехватку инкубаторов для выхаживания недоношенных детей и предотвратить распространение внутрибольничных инфекций, Рей и Мартинец попытались использовать тепло материнского тела для предупреждения гибели недоношенных детей от переохлаждения. В эксперименте участвовали малыши, состояние которых уже не вызывало беспокойства.

- Метод “кенгуру” превзошел все ожидания. Он дал просто потрясающие результаты!
- При использовании КМС дети гораздо лучше поддерживали постоянную температуру тела, были спокойнее, лучше дышали и отличались более стабильным сердечным ритмом. И чем меньше был ребенок – ***вплоть до 1200 граммов!*** – тем более стабильным было его состояние у матери на руках и тем менее стабильно при использовании инкубаторов.

- В 1991 году был опубликован первый обзор по использованию метода "кенгуру" в различных странах, а в 1996 году состоялась международная конференция в Италии, на которой были четко определены понятия КМС и КС. В 1998 году прошла первая международная конференция, посвященная именно методу КМС.
- Сегодня этот метод все больше и больше набирает популярность, потому что не только заменяет инкубатор, но может дать гораздо больше, чем лекарства и современная медицинская техника.

- Противопоказаниями могут быть:
- -тяжелый сепсис,
- свежие внутричерепные кровоизлияния 3-4 степени,
- потребность в дыхании кислородом с концентрацией более 40%,
- сложная фиксация венозного или артериального катетера.



Вскармливание недоношенных





- Выбор метода вскармливания зависит от степени выраженности рефлексов сосания и глотания.
- Возможно вскармливание **через зонд,**
- **из бутылочки, ложки**
- **и грудное вскармливание.**

- Идеальной пищей является грудное молоко, но в некоторых случаях необходимо применять специальные смеси для недоношенных детей:



Кормление через ЗОНД



- Расчёты питания производят в соответствии с потребностью организма ребёнка на 1 кг массы тела в сутки:
- 1-2-й день жизни - 30 ккал, 3-й день - 35 ккал,
- 4-й день - 40 ккал,
- далее ежедневно на 10 ккал больше до 10-го дня жизни;
- на 14-й день - 120 ккал, с 21-го дня жизни - 140 ккал.
- При определении объёма пищи следует учитывать индивидуальные особенности ребёнка: глубоко недоношенные дети со 2-го месяца иногда усваивают объём грудного молока, соответствующий 150-180 ккал/кг.

Отдаленные последствия недоношенности

- Среди недоношенных детей риск формирования умственной и физической неполноценности выше, чем среди доношенных детей.
- Грубые психоневрологические нарушения в форме детского церебрального паралича, снижения интеллекта, нарушения слуха и зрения, эпилептических припадков возникают у 13-27% недоношенных детей.
- У недоношенных в 10-12 раз чаще выявляют пороки развития. Для них характерно непропорциональное развитие скелета, преимущественно с отклонениями в сторону астенизации.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!