НЕДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК»

Новорожденный ребенок независимо от массы тела при рождении считается недоношенным, если родился с 22-й по 37-ю неделю внутриутробного развития (у доношенных этот срок составляет 38-40 недель).

Исходя из гестационного возраста, выделяют четыре степени

Не вынашивания:

первая степень – срок гестации 37-35 недель

вторая степень – 34-32 недели

третья степень – 31-29 недели

четвертая степень – 28-22 недели.

Причины преждевременного рождения

1. Акушерский анамнез (три и более предшествующих прерываний
беременности, короткие интервалы между родами, многоплодная
беременность, тазовое предлежание, оперативное вмешательство)
2. Тяжелые соматические и инфекционные заболевания матери
3. Заболевания плода: внутриутробные инфекции, хромосомные
заболевания, иммунологический конфликт между беременной и плодом
4. Социально-экономические факторы: профессиональные вредности,
алкоголь, курение, нежелательная беременность
5. Социально-биологические факторы - первородящие в возрасте до 18
лет и старше 30 лет, рост менее 150 см, масса тела ниже 45 кг, низкий
социальный статус, генетическая предрасположенность

Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка

Некоторые признаки используют для определения срока гестации. К ним относятся: кожные покровы, борозды на ступнях, ушные раковины, ареолы сосков, половые признаки. У глубоко недоношенного ребенка тонкая морщинистая кожа темно-красного цвета, обильно покрытая пушком (лануго). Ушные раковины мягкие, прилегают к черепу, при малом сроке гестации лишены рельефа, бесформенные вследствие недоразвития хрящевой
ткани. Ареолы сосков недоразвиты, менее 3 мм, при глубоком недонашивании могут не определяться. Борозды на ступнях редкие, короткие,
неглубокие, появляются на 37 неделе беременности, на 40-й неделе гестации они становятся многочисленными.

Мошонка у мальчиков часто пустая, яички находятся в паховых каналах либо в брюшной полости. Для девочек характерно зияние половой щели – большие половые губы не прикрывают малые, хорошо виден гипертрофированный клитор. Недоношенный ребенок имеет относительно большую голову и туловище, короткие шею и ноги, низкое расположение пупочного кольца. Швы черепа и роднички открыты. Подкожный жировой слой не выражен.

Функциональные признаки недоношенности: мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов и двигательной активности, нарушение терморегуляции, слабый крик ребенка.

Дети периодически беспокойны, отмечается непостоянный тремор подбородка и конечностей. Дыхание составляет 40-90 дыхательных движений в 1 мин, неравномерное по ритму и глубине, прерывается судорожными вдохами и паузами (апноэ)
продолжительностью до 10-15 с, что чаще наблюдается у глубоко недоношенных детей с гипоксическими поражениями ЦНС. При более длительной остановке дыхания может развиться асфиксия (удушье). Частый синдром дыхательных расстройств (СДР) связан и с дефицитом выработки сурфактанта, обеспечивающего тургор альвеолярной мембраны, что приводит к ателектазу (спаданию ткани легкого).

Пульс лабилен, от 100-180 в минуту.
Артериальное давление не превышает 60-70 мм рт. ст. Тонкая сосудистая
стенка и ее низкий мышечный тонус могут привести к кровоизлияниям.
Рефлексы сосания и глотания слаборазвиты. Нередко нарушение наблюдается
координации сосания и глотания. Имеется наклонность к срыгиванию, рвоте,
метеоризму, запорам. Отсутствие кашлевого рефлекса способствует
аспирации пищи. По сравнению с доношенным новорожденным у
недоношенного еще более низкая сопротивляемость организма, частые
инфекционные заболевания.

Своеобразно у недоношенных детей развиваются пограничные физиологические состояния: более выражены и
длительны физиологическая эритема, убыль первоначальной массы тела, желтуха. Незначительная по выраженности желтуха может сопровождаться
билирубиновой энцефалопатии. Пуповинный остаток отпадает позже, чем у
доношенных (на 5-7 день жизни), пупочная ранка заживает к 12-15-му дню,
при массе менее 1000 г – на 1-2 недели позже.

Признаки недоношенности

I. Анатомические (внешние) признаки:

1) миниатюрность;
2) непропорциональность телосложения;
3) пупочное кольцо смещено к лону;
4) равномерное истончение подкожно-жирового слоя (вплоть до полного отсутствия);
5) выраженное лануго (на плечах, спине, бедрах, ягодицах, лбу, щеках);
6) недоразвитие или отсутствие ногтей на пальцах рук;
7) недоразвитие хрящевой ткани, вследствие чего ушные раковины мягкие, легко подворачиваются кнутри и слипаются;
8) мозговой череп значительно преобладает над лицевым;
9) открыты большой и малый роднички и швы черепа;
10) у девочек половая щель зияет и виден клитор из-за недоразвития больших половых губ, которые не прикрывают малые; у мальчиков одно или оба яичка не опущены в мошонку и часто недоразвиты.

Основные потребности недоношенного новорожденного и способы их удовлетворения

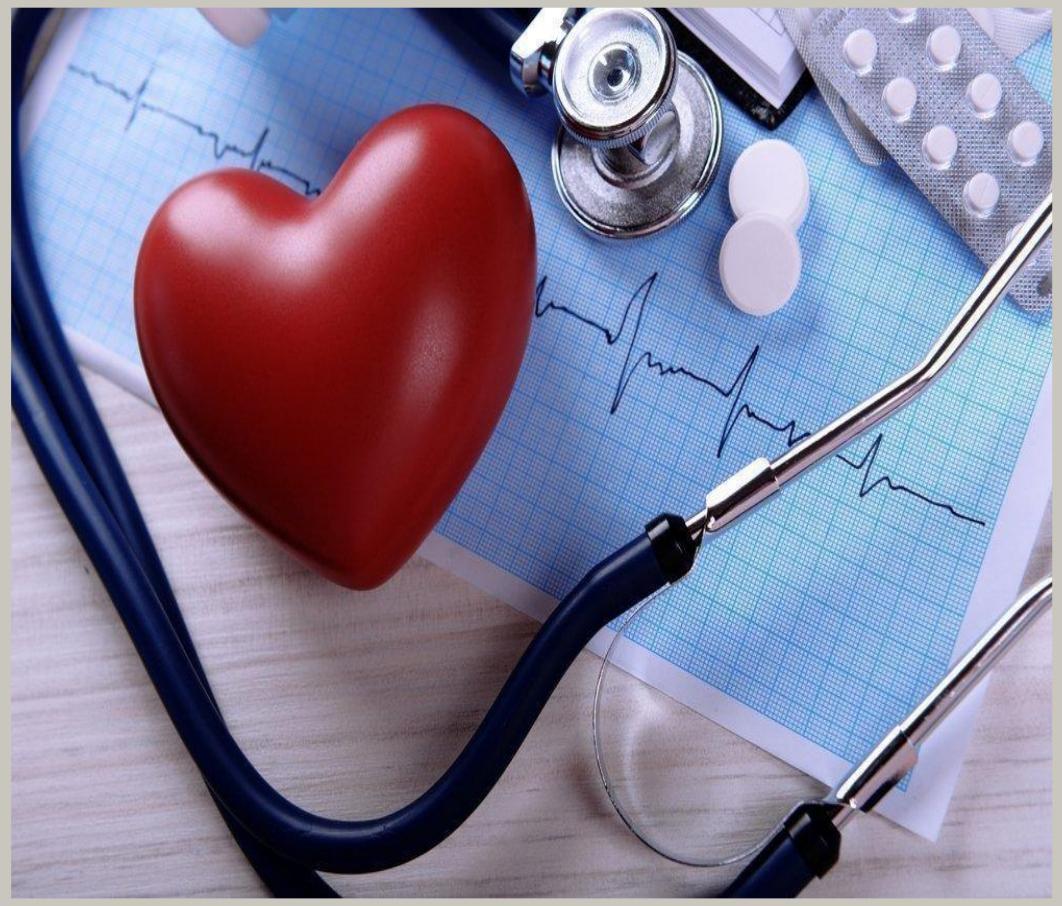
Потребности, характерные для периода новорожденное, присущи и недоношенному ребенку. Но поскольку такой ребенок является незрелым, то и удовлетворять свои потребности в полной мере он не может. Для обеспечения недоношенного необходимым уходом требуется длительное время и помощь квалифицированных специалистов.

Основные условия для успешного выхаживания недоношенных детей

1) Уменьшение негативного воздействия внешних факторов
(охлаждения, шума аппаратов, громких разговоров, яркого света,
частых манипуляций и тормошения ребенка).
2) Создание лечебно-охранительного режима, т.е. спокойной
обстановки в палате, щадящего выполнения манипуляций.
3) Снижение освещенности в кувезе (можно прикрыть пеленками).
4) Оптимальный тепловой режим в палате и в кувезе (т.е. исключить все возможные потери тепла — избегать сквозняков, обеспечить экранирование кувеза, использовать хлопчатобумажные шапочки, меховые подстилки, обогрев кувеза снаружи и т.д.).
5) Достаточная оксигенация и влажность в кувезе.

6) Регулярная дезинфекция кувезов и смена воды в увлажнителе каждые сутки.
7) Рациональное питание (энтеральное вскармливание или
парентеральное питание).
8) Минимальное назначение лекарственных средств (особенно парентерально).
9) Мониторинг за жизненно важными функциями органов и
систем.
Выхаживание недоношенных осуществляется в 3 этапа, каждый из которых имеет свою конкретную цель.

I этап — палата недоношенных в роддоме.
Цель: сохранение жизни новорожденных.
II этап — стационар, отделение II этапа выхаживания недоношенных.
Цель: проведение лечебно-реабилитационных мероприятий.
I I I этап — детская поликлиника.
Цель: обеспечение развития ребенка до уровня доношенных сверстников.
Если прекратить преждевременные роды не удается и отходят околоплодные воды, то готовят все необходимое для ведения преждевременных родов и приема недоношенного младенца.



Особенности ведения преждевременных родов:

1. Температура в родзале должна быть 22-24 °С.

2. Не проводится защита промежности роженицы.

3. Согревается промежность матери с момента врезывания головки малыша.

4. Комплект для приема младенца используется только стерильным и теплым.

5. Антропометрия в родзале проводится только недоношенным I степени (остальным — в детской палате после стабилизации состояния).

Для недоношенного создается специальный микроклимат.

Основные параметры микроклимата Температура: — дети с массой 1500 г и менее помещаются в кувез (рис. 22) (в 1-2-е сутки — t = 34-35 °С, в 3—4-е — t = 33-34 °С). Общая длительность дополнительного согревания — 5-6 недель, иногда дольше; — дети с массой 1501-2000 г помещаются в кроватку-грелку (рис. 23) (по показаниям могут помещаться тоже в кувез), начальная t = 32-33 “С; общая длительность дополнительного согревания — 2-3 недели; — дети с массой 2001-2500 г обогреваются грелками (3 штуки по бокам и в ногах ребенка на расстоянии 10 см от тела, с температурой воды 50-60 °С), начальная t = 30-32 °С; общая длительность дополнительного согревания — 5-7 дней.

Организация вскармливания недоношенных детей

Вскармливание является сложной проблемой из-за нарушения рефлексов и процесса пищеварения.

Поэтому определяется индивидуально.

При кормлении недоношенных новорождённых учитывают

следующие факторы:

1) массу тела при рождении и срок гестации;

2) выраженность сосательного и глотательного рефлексов;

3) наличие перенесенной гипоксии плода и асфиксии новорожденного, течение постасфиксического периода, риск развития сердечно-респираторного дистресс-синдрома;

4) развитие метеоризма из-за сниженной перистальтики кишечника;

5) замедленную эвакуацию молока из желудка;

6) низкую активность фермента лактазы при рождении и медленное увеличение её концентрации в последующие дни жизни;
7) недостаточную выработку желчных кислот, что приводит к снижению утилизации жиров из кишечника (недостаточная эмульгация жиров);
8) Недостаточные запасы витаминов A, C, D, E, микроэлементов, что способствует раннему развитию их дефицита;
9) склонность к развитию дисбактериоза кишечника из-за своеобразия биоценоза.

Голодная пауза должна быть не более 6-8 часов, а для детей с массой тела ниже 1500 г. — 12-24 часа. Начальное кормление —дистиллированная вода, затем 5% раствор глюкозы; если невозможно энтеральное питание, то питательные растворы вводят парентерально (внутривенно) с добавлением минеральных солей кальция, натрия. Затем переходят к минимальному энтеральному питанию (через 12-48 ч. после рождения) с постепенным увеличением объема грудного молока.

Первое прикладывание к груди проводится после восстановления сосательного рефлекса.

Выбор метода вскармливания:
— при отсутствии рефлексов — через зонд или парентерально;
— при наличии глотательного, отсутствии или ослаблении сосательного рефлекса — через зонд, из пипетки, из ложечки; — при наличии рефлексов — из груди матери или из бутылочки (в зависимости от тяжести состояния).
Прикладывание к груди осуществляется постепенно — по одному кормлению в день.

Этапы грудного вскармливания недоношенных детей

I этап — зондовое кормление плюс соска-«пустышка» (она
повышает оксигенацию крови, созревание сосательного рефлекса, способствует улучшению продвижения химуса по кишечнику,
нарастанию массы тела);
II этап — кратковременное изъятие ребенка из кувеза на
10 минут для прикладывания к груди матери (лизание соска для
усиления выброса окситоцина и стимуляции лактации);
III этап — одновременное кормление грудью и через эластический катетер, введенный в полость рта (не в пищевод).

Расчет питания недоношенных

В первые дни жизни рассчитывают разовый объем пищи:

Vраз : в 1-й день — 5-10 мл;

во 2-й день — 10-15 мл;

в 3-й день — 15-20 мл.

С 4-го по 14-й день рассчитывают суточный объем молока по формуле Роммеля:

(/7+10)

V. = (n+10)• mn (в граммах),

100 р

где п — число дней ребенка.

Количество кормлений зависит от общего состояния ребенка, но схематично составляет:

при I степени — 6-7 раз в сутки;
II степени — 8 раз в сутки;
III степени — 9 раз в сутки;
IV степени — 10 раз в сутки.

С 15-го дня V составляет:
при I— II степени — 1/5 от массы тела;
при III— IV степени — 1/7 от массы тела.

С 1-го месяца V w = 1/5 от массы тела (как и у доношенных новорожденных).

Критерии перевода ребенка с I этапа на II и III этапы выхаживания

Пребывание на I этапе составляет от 5-6 до 7-8 дней, на II этапе от 1 недели до 1,5 месяца.

Перевод в стационар (на 2-м этап) осуществляется:

— в кувезе;

— в сопровождении фельдшера (медсестры);

— через 2 часа после последнего кормления;

— с подачей кислорода, в кувез или из подушки (баллона);

— без тряски.

1. Дети с массой= 2001 г и более (т. е. с I степенью) могут быть выписаны домой (на III этап) на 8-е сутки, если к моменту выписки:

— их масса = 2300 г и более;

— имеются безусловные рефлексы;

— удерживается тепло;

— относительно устойчивы дыхание и сердцебиение;

— проведена вакцинация.

2. Дети с масса = 1501- 2000 г (т. е. со II степенью) переводятся на II этап на 5-6-е сутки.

3. Дети с массой = 1500 г и менее (т. е. с III и IV степенью) переводятся на II этап на 7-8-е сутки (так как они менее

Особенности выхаживания на III этапе

1. С момента выписки наблюдение за ребенком врачом и медсестрой осуществляется со следующей частотой:

1-й месяц — 1 раз в неделю;

со 2-го месяца — 2 раза в месяц.

2. Взвешивание проводится после выписки:

в 1 -й месяц — 1 раз в неделю;

со 2-го месяца — 2 раза в месяц.

Остальные показатели — 2 раза в месяц.

3. Температура в комнате ребенка зависит от степени недоношенности и определяется индивидуально, но в среднем составляет 22-24 °С (не более 26 °С)

4. Гигиеническая ванна разрешается после отпадения пуповины:
если I—II степень — на 12-14-й день жизни; если III—IV степень — на 15-18-й день жизни и проводится
через день.
Температура в ванной комнате должна соответствовать состоянию ребенка и составлять 24-26 °С.
Вода для ванны должна быть t=38—39 °С; длительность купания от 3-5 до 15 минут

5. Массаж и гимнастика назначаются с 2-3 месяцев жизни врачом.
6. Прогулки разрешаются:
— в теплое время года — сразу после выписки, начиная с 15-20 минут;
— в холодное время года — с 1-2 мес. (по назначению врача,
в зависимости от состояния), если масса тела ребенка 2500 г и
более; при температуре воздуха не ниже 0 °С — (+1) °С, начиная
с 5-10 минут.
Затем время прогулок удлиняется по назначению врача. При правильном выхаживании дети достигают развития доношенных сверстников к 10-12 мес., при III—IV степени недоношенности — к 1,5-2 годам. Но эти дети в любом случае относятся к группе риска по развитию различных заболеваний.

Профилактика невынашивания и недонашивания беременности:

1. Предупреждение абортов.
2. Охрана здоровья девочек и девушек.
3. Раннее выявление и лечение заболеваний у женщин.
4. Борьба с вредными привычками у женщин.
5. Создание безопасных условий для женщин на производстве.
6. Ранняя постановка беременной на учет и лечение выявленных заболеваний.
7. Исключение контактов беременной с инфекционными больными.
8. Соблюдение беременной гигиенических требований по питанию, режиму и нагрузкам.
9. Создание благоприятных условий в семье.
10. Пропаганда планирования семьи.

Спасибо
за внимание!