

НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК



МАТЕРИАЛЫ
ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

ТАРТУ 2010

Содержание

Введение	3
Понятия	4
Заботы и радости родителей недоношенных детей	5
Жить и расти с недоношенным ребенком.....	6
Кормление недоношенного новорожденного и младенца.....	7
Скрининг недоношенных детей в I-II год жизни.....	10
Вакцинирование младенцев, родившихся недоношенными.....	12
Уход за недоношенными детьми	13
Приемы ухода за недоношенным.....	15
Почему я должна гладить и обнимать своего ребенка?.....	19
Развитие недоношенного ребенка в первый год жизни.....	20
Рост недоношенного ребенка	22
Желтуха недоношенного	22
Анемия (малокровие) недоношенных.....	23
Остеопения недоношенных детей	25
Хирургические болезни у недоношенных младенцев.....	26
Проблемы, связанные с зубами у недоношенных.....	27
Колики, боли от газов и проблемы со стулом у недоношенных.....	28
Гастроэзофагеальный рефлюкс	30
Апноэ недоношенных.....	31
Проверка здоровья ребенка, родившегося недоношенным с очень низким весом, на первом и втором году жизни.....	33
Чего ждет недоношенный ребенок от своих родителей?	35

Введение

Недоношенный ребенок – это ребенок, который родился после 22-ой, но до 37-ой полной недели беременности. В Эстонии недоношенными рождается 6% детей. При этом недоношенных с очень низким весом (вес при рождении меньше 1500 г; родившиеся до 32-ой недели беременности) рождается примерно 1%. Все недоношенные с очень низким весом относятся к группе детей с высоким риском, они более подвержены заболеваниям, инвалидности, а также смерти. Наибольший риск умереть или остаться инвалидом находится на границе выживаемости, т.е. у детей, родившихся на 23-25. неделе беременности. На сегодняшний день наблюдение за зародышем, ведение родов недоношенного ребенка (применение гормональной терапии у матери для подготовки легких зародыша, использование антибиотиков) и интенсивная терапия новорожденных (более щадящая тактика лечения, лечение сурфактантом и т.д.) значительно улучшили возможность недоношенных детей с низким весом выжить и хорошо развиваться. Улучшение выживаемости повлекло за собой ряд проблем: участились хронические болезни и инвалидность.

Проблемы со здоровьем первых недель жизни недоношенных с низким весом требуют длительного лечения, некоторые проблемы появляются только в младенческом или детском возрасте. Их решение требует последовательного медицинского внимания и хорошую совместную работу детских и семейных врачей, врачей-специалистов и родителей. Мировые научные исследования и опыт доказали, что лучшее послеродовое наблюдение и ведение лечения недоношенных с очень низким весом проходит в специализированных центрах, в т.н. центрах детей из группы риска. В Эстонии такими центрами являются детская клиника Клиникума Тартуского Университета и Таллиннская детская больница.

Данная книжка рассматривает общие, практически все проблемы, касающиеся недоношенных детей, с целью помочь родителям лучше понять особенности, болезни, необходимость лечения и будущие перспективы недоношенных детей, а также уметь с ними справиться. О болезнях, существующих у недоношенных детей, но не рассматриваемых в этой книге, получите дополнительный материал от врача своего ребенка.

Вместе сможем лучше помочь недоношенным детям расти и развиваться одинаково с ровесниками.

Марья-Лийз Мяги, Хейли Варенди, Анне Ормиссон, Лийз Тооме
Детская клиника ЦУ Клиникума Тартуского Университета, ЦУ Таллиннская Детская больница

Понятия

Гестационный возраст - возраст исходя из недель беременности

Календарный возраст - возраст исходя из даты рождения

Корректированный возраст - в первые 2 года жизни из календарного возраста (возраста при рождении) вычитают недели, раньше на которые родился ребенок **Недоношенный с низким весом** - родившийся до 32 недели беременности с весом при рождении ниже 1500 г.

Недоношенный с экстремально низким весом - родившийся до 28 недели беременности с весом при рождении ниже 1000 г.

Сурфактант - поверхностно-активное вещество, которое выстилает изнутри альвеолы и препятствует их спадению.

NIDCAP - программа заключается в соблюдении охранительного режима, защите ребенка от повреждающего действия боли, шума, яркого света, минимизации осмотров и процедур, раннего контакта с родителями.

Интравентрикулярная геморрагия (ИВГ) - внутрижелудочковое кровоизлияние в мозг

Перивентрикулярная лейкомаляция (ПВЛ) - повреждение белого вещества, окружающего желудочки мозга, причина - малокровие

Детский церебральный паралич (ДЦП) - церебральный паралич детского возраста

Идиопатический респираторный дистресс-синдром (ИРДС) - идиопатический синдром проблем с дыханием

Бронхопульмональная дисплазия (ВПД) - хроническая болезнь легких

Апноэ - остановка дыхания

Сепсис - заражение крови

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) - отрыжка

Ретинопатия (ROP- на английском языке - retinopathy of prematurity) - повреждение сетчатки глаза

Заботы и радости родителей недоношенных детей

Кюлли Мууг - психолог, детский врач; Кятлин Яэгер - социальный работник

Рождение недоношенного ребенка неожиданно и причиняет родителям стресс. Ожидание родить здорового доношенного ребенка не оправдалось, впереди ждет неизвестное будущее, у родителей возникает много переживаний и вопросов.

Как получить помощь?

Врачи, медсестры, социальные работники, психологи – поддержка в больнице. Во многих больницах есть группы поддержки родителей. С группами поддержки можно связаться через интернет.

Каковы чувства и самые частые вопросы родителей недоношенных детей?

- **Сделала ли я что-нибудь, что могло вызвать преждевременное рождение моего ребенка?**

На рождение недоношенного ребенка обычно повлиять невозможно. Общение с врачами и другими работниками больницы помогает облегчить возможное чувство вины.

- **Я переживаю, что больше не люблю своего ребенка**

Если недоношенный ребенок родился, то практически у всех родителей есть страх, что их ребенок может умереть или остаться инвалидом, что может нарушить связь между родителем и ребенком. Ваши переживания по поводу здоровья ребенка помогут облегчить врачи, медсестры и психологи, к кому вы всегда можете обратиться. При улучшении здоровья ребенка, как правило, возобновляется связь между ребенком и родителями.

- **Я бы хотела дать своему ребенку больше любви и ласки**

До и во время беременности у родителей много надежд, ожиданий, что родится доношенный и здоровый ребенок. Эти надежды, однако, не оправдались, и это вызывает стресс. У матерей может возникнуть чувство, что они больше не хорошие мамы. Они хотят сделать многое для своего ребенка, но поначалу могут сделать довольно мало. Малейшая забота очень важна для ребенка. Также помощь и поддержка других крайне необходима.

- **Я переживаю, что мой ребенок не знает, что я его родитель**

Это естественно, что вы переживаете, однако, вероятно, ребенок уже знает, кто его родители. Дети учатся узнавать голос своих мамы и папы уже внутриутробно. Также недоношенный ребенок уже различает голоса своей матери и медперсонала. Доказано, что у детей улучшается усваиваемость кислорода, когда их родители находятся поблизости. К сожалению, лечебные процедуры для недоношенных детей часто болезненные. Это дает малышам возможность учиться различать, что родители не причиняют им боль. Разговаривайте со своим ребенком нежно, поглаживайте и ласкайте его. Хвалите каждый его шаг вперед. Ребенок учится и чувствует, что голос и забота мамы особенные, они создают чувство безопасности и помогают быстрее поправиться и расти.

- **Я не осмеливаюсь спрашивать врачей и медсестер**

Если ребенок в отделении интенсивной терапии среди аппаратов, то родитель может чувствовать себя глупым и брошенным. Существует очень много медицинской терминологии, которую родители не всегда понимают, но и не осмеливаются спросить объяснения. Очень важно, чтобы вы понимали, что происходит с вашим ребенком. Не бывает глупых вопросов - поэтому спрашивайте смелее! Получение ответа облегчит ваши переживания. Если вы находитесь в замешательстве, боитесь и не понимаете, позвоните поговорить с врачом кого-нибудь из родных. Это может помочь вам лучше понять проблемы ребенка.

• Почему я и мой супруг не разговариваем друг с другом о том, что мы чувствуем?

Чувства родителей недоношенных детей могут быть разными, другой раз о них и не говорят друг другу. Важно общее понимание о проблемах своего ребенка и поддержка друг друга, особенно поддержка матери со стороны всей семьи.

• Я боюсь даже думать, что мой недоношенный ребенок станет здоровым

Многие родители находят, что беспокойство о жизни и здоровье ребенка не проходит так быстро, как они бы того хотели. Даже тогда, когда недоношенный ребенок дома, у многих родителей встает перед глазами картина о рождении ребенка и пребывании в больнице. Это нормальная реакция на стресс. Иногда родители боятся даже думать, что их ребенок здоров. Обычно такие воспоминания со временем затухают, так как радость от подрастания и успехов ребенка затмевает беспокойные воспоминания.

• Почему я чувствую себя грустной и депрессивной?

Грусть и депрессия – нормальные реакции при рождении недоношенного ребенка. Каждый надеется родить доношенного и здорового ребенка. Выписка домой даже со здоровым недоношенным ребенком вызывает стресс, так как все еще есть страх за его здоровье. Если депрессия начинает мешать, то было бы разумно попросить помощи у медперсонала, который всегда готов предложить поддержку и совет.

При отправлении домой вы знаете о болезнях ребенка, о возможных опасностях для здоровья ребенка, о дальнейшем плане по наблюдению за ним, поэтому постарайтесь сделать все, чтобы быть хорошей мамой для своего самого дорогого маленького ребенка.

Жить и расти с недоношенным ребенком

Кюлли Мууг - психолог, детский врач

Несмотря на то, что все младенцы растут одинаково, ваш недоношенный ребенок отличается от других так же, как и вы отличаетесь от других взрослых. Он реагирует на все по-своему, также состояние его здоровья не такое, как у других детей.

Недоношенный ребенок меняется с каждым днем. Для понимания того, с ребенком, самое важное быть вместе с ним, заботиться о нем. Уже с самого начала ребенок узнает людей, которые занимаются с ним, привыкает к ним. Важно время, проведенное с ребенком - общайтесь, играйте с ним, старайтесь понимать его желания, будьте терпеливы.

Что вы можете сделать, чтобы помочь себе?

- Узнайте, какие эмоции-реакции у вас обычно. Так вы поймете, что то, что вы переживаете, нормально.
- Поговорите с кем-нибудь: супругом, семьей. Многие родители желают поговорить с родителями других недоношенных детей, присоединяются к группам поддержки.
- Начните заботиться о ребенке в больнице так рано, как только возможно.
- Поймите, что рождение недоношенного ребенка является, вероятно, наибольшим стрессом, который только был в вашей жизни. Если считаете, что вам, может быть, нужна помощь или консультация, то не сомневайтесь и спрашивайте ее.

Как могут помочь бабушка и дедушка?

Рождение недоношенного ребенка – это эмоциональное событие и для бабушек и дедушек. Как бабушка или дедушка, вы, несомненно, надеялись на рождение здорового малыша. Это естественно, что вы хотите уменьшить страхи, боль и беспокойство своего ребенка. Родители нового малыша нуждаются больше в поддержке и понимании.

В помощь будут:

- объятия, беседы в поддержку;
- постарайтесь уменьшить свое чувство вины, что родился недоношенный ребенок;
- если в семье есть другие дети, предложите свою помощь в заботе о них;
- предложите помощь по дому;
- сидите с ребенком только тогда, когда родители этого просят;
- помогайте родителям внимательно следить за ребенком;
- хвалите своего ребенка за то, как он справляется со стрессом;
- помогайте своему ребенку следить за своим здоровьем;
- будьте там, где в вас нуждаются;
- держите связь каждый день.

Кормление недоношенного ребенка

Марья-Лийз Мяги - детский врач, Кюлли Митт - детский диетолог

Кормление недоношенных детей с очень низким весом при рождении значительно отличается от кормления более зрелого новорожденного. Новая внеутробная среда ребенка, болезни, снижение веса, очень низкие запасы питательных веществ организма, неспособность самому справиться с питанием могут вызвать у ребенка скрытое состояние голода и более позднюю задержку роста, что, в свою очередь, может помешать дальнейшему развитию ребенка. Для предотвращения этого на сегодняшний день в первые недели жизни применяют внутривенное парентеральное кормление, что обеспечивает ребенка необходимыми питательными веществами и микроэлементами. Крайне важно при этом также раннее пероральное или минимальное энтеральное кормление (грудное молоко в очень маленьких количествах через зонд). Последнее способствует развитию пищеварительного тракта. Изо дня в день уменьшается внутривенное и увеличивается пероральное кормление. Правильное кормление обеспечивает внутриутробный рост (12-20 г на кг веса в сутки) и соответствие роста ребенка на предполагаемой 40 неделе рождения размерам при рождении доношенного ребенка. При правильном кормлении у ребенка меньше риск заболеть и лучшие перспективы к нормальному дальнейшему развитию.

В больнице врач регулярно анализирует состав и количество пищи ребенка. Грудное молоко для ребенка - это лучшее, но не всегда достаточно для того, чтобы обеспечить оптимальный рост. Зачастую приходится обогащать грудное молоко порошком, что дает дополнительный белок и минералы, или часть грудного молока заменить смесью для кормления с большим содержанием энергии и белка.

Послебольничное кормление дома:

При выписке из больницы мама получает с собой руководства, как кормить ребенка.

Лучшей пищей для недоношенного ребенка является молоко своей мамы. Ребенок на грудном молоке способен сам регулировать необходимое ему количество пищи. Если ребенку нужно больше пищи, то он больше сосет грудь и требует кушать чаще (каждые 2 часа или даже чаще). В результате этого количество грудного молока увеличивается. При необходимости врач советует добавлять к грудному молоку обогатитель, который можно приобрести в аптеке по рецепту со скидкой.

Если грудного молока нет, следует кормить ребенка молочной смесью, которую поможет выбрать врач или медсестра. Для ребенка, получающего молочную смесь, количество пищи увеличивается при подрастании. Пусть лучше приемы пищи будут чаще и количество принимаемой пищи меньше. Суточное количество пищи до 40. недели беременности может быть 1/5 и позже 1/6 от веса ребенка.

Простые правила, о которых нельзя забывать:

- При приготовлении молочной смеси важно следовать указаниям по приготовлению, находящимся на упаковке (за исключением случаев, когда врач советовал действовать по-другому);
- При приеме пищи ребенка нельзя оставлять одного или класть его в постель на время кормления, так как он может задохнуться;
- Младенцу в первый год жизни не подходит в качестве основной пищи коровье молоко (содержание белка очень высокое, количество железа, витаминов и минеральных веществ очень низкое) и смесь соевого молока (негативно влияет на развитие многих органов)

Ориентировочное количество основной пищи (грудное молоко, молочная смесь) **недоношенного ребенка в первый год жизни** (учитывая скорректированный возраст)

	0 – 4 недели	1 – 2 месяца	3 – 4 месяца	5 – 6 месяца	7 – 8 месяца	9 – 10 месяцев	11 – 12 месяцев
Количество приемов пищи	8 – 12	6 – 10	5 – 6	4 – 5	3 – 5	3 – 4	3 – 4
Количество в мл при приеме пищи	Согласно зрелости ребенка	60 – 90 (120)	120 – 200	180 – 200	180 – 200	180 – 200	180 – 200

Дополнительное питание

Для добавления дополнительной пищи в рацион ребенок должен быть достаточно зрелым. Начинать можно на **4-5. скорректированном месяце**, иногда и раньше, учитывая индивидуальные особенности. Правильное время для первого добавления дополнительной подберете вместе с врачом.

Некоторые замечания о готовности малыша:

- способен губами брать еду с ложки
- есть ли у него интерес к приему пищи других членов семьи;
- кладет ли он предметы себе в рот;
- доволен ли он только грудным молоком или готов к чему-то новому;
- начинать следует, держа ребенка на своих руках, позднее сидя, немного поддерживая его (колыбель безопасности);
- положение должно быть удобное как для ребенка, так и для матери, соответствующая одежда, которая позволяет ребенку играть с едой;
- игра с едой является важной частью обучения питания;
- дополнительную пищу предлагают с ложки, сок ребенок пьет только из чашки (с ложки);
- дополнительную пищу не добавляют в бутылочку с молоком!
- предлагают за один раз одну новую пищу в течение 3-7 дней, в первый день только на кончике ложки и затем потихоньку увеличивая количество.

Раннее добавление дополнительной пищи способствует развитию жевательных движений.

Следует следить, подходит ли новая пища для ребенка: не возникает ли кожных высыпаний, поноса, рвоты, болей от газов.

Не предлагать дополнительную пищу:

- если ребенок очень голодный или уставший. В этом случае предложить немного молока, затем дополнительную пищу.
- пусть прием пищи происходит отдельно от других занятий (телевизор, радио).

Дополнительная пища для недоношенного ребенка (корректированный возраст 4-5 месяцев), индивидуально.

Возраст	Пища	Количество	Рекомендации
4 – 5 месяцев	Овощи, фрукты/зерновые	2 – 4 полные столовые ложки (стл.) 1 – 2 раза в день	Один новый овощ/фрукт за раз в течение 3-7 дней • Картошка, цветная капуста, спаржа, капуста, морковь • Яблоко, груша, ягоды Зерновые продукты из риса, гречки, кукурузы, проса, обогащенные железом и витаминами
5 месяцев	Мясо	1 – 2 стл. в день	Постное мясо (свинина, говядина, курица, рыба)
	Зерновые Овощи и фрукты	4 – 8 стл. в день	Зерновые, приготовленные для младенцев, как источник железа и витаминов: в добавок к вышеназванным можно предложить также пищу, приготовленную из пшеницы, ржи, овса и ячмени. Овощи/фрукты - как в прошлом месяце, в добавок банан.
7 – 8 месяцев	Зерновые	4 – 8 стл. в день	Ребенок теперь уже умеет жевать, поэтому пища должна содержать маленькие кусочки.
	Сок	30 – 120 мл в день	Сок предлагать только из кружки.
	Фрукты	1 – 2 стл.	
	Овощи	5 – 7 стл.	
	Мясо	1 – 2 стл.	
9 – 12 месяцев	Зерновые	4 – 6 стл.	Ребенок умеет теперь кусать и жевать, пища также должна содержать маленькие кусочки.
	Сок	До 120 мл в день	Сок предлагать только из кружки.
	Фрукты	6 – 8 стл. в день	Не оставлять ребенка одного (опасность удушья).
	Овощи	6 – 8 стл. в день	
	Мясо	2 – 3 стл. в день	Булка для тостов, печенье, сухарики для младенцев, мягкие овощи и фрукты.
	Пища, предлагаемая с пальца	1 маленькая порция - перекус	

Увеличивая количество дополнительной пищи, уменьшается количество молока, максимально примерно 1 литр в день.

В первый год жизни ребенку не подходят молочные продукты (сырое молоко и творог) и яичный белок. 10 – 11 - месячному ребенку можно при необходимости предложить йогурт или кефир.

Скрининг недоношенных детей в I-II годы жизни

Анне Антсон - детский врач

При скрининге исследуют всех новорожденных для раннего обнаружения болезней.

Цель скрининга - найти тех детей,

- которые больны, чтобы начать своевременное лечение или лечебную диету (фенилкетонурия, гипотиреоз)
- которые нуждаются в ранней помощи (снижение зрения, глухота, дисплазия тазобедренного сустава).

I Скрининг болезней обмена веществ и недостаточности функции щитовидной железы

У ребенка на 3 - 4 день жизни берут анализ крови на тестовую бумагу, на которой написаны также контактные данные матери ребенка и семейного врача. У здоровых новорожденных берут анализ в роддомах, у недоношенных и больных детей - в детской больнице, у недоношенных с очень низким весом при рождении повторяют анализ еще через 1 месяц. Результаты приходят в течение 1 - 2 недель. Если результаты теста не в порядке, ребенку делают дополнительное обследование.

- **Фенилкетонурия (ФКУ)** – это наследственная болезнь, частота которой в Европе 1:8300, в Эстонии 1:6000 новорожденных. Каждый год у нас диагностируется 1 - 5 новых случаев ФКУ. При ФКУ в организме не хватает одного энзима (гидроксилаза фенилаланина), вследствие чего начинают накапливаться ядовитые вещества. Если больного не лечить, то у него развивается умственная недостаточность средней или тяжелой степени. Повреждение мозга проявляется в течение первых пяти лет жизни, однако, особенно сильно токсическое действие в первый год жизни. Лечение фенилкетонурии является особой диетой, при раннем и последовательном соблюдении которой возможно вырастить физически и умственно здорового человека. На данный момент в Эстонии на другие болезни обмена веществ не проверяют.
- **Врожденный гипотиреоз или недостаточность функции щитовидной железы** – тяжелая болезнь, позднее диагностирование которой приводит к тяжелой инвалидности ребенка, которую можно предотвратить ранним заместительным лечением гормоном щитовидной железы. Частота проявления болезни – 1:3500 – 4500 новорожденных. Первые симптомы (сухая грубая желтоватая кожа, вялость, большой язык, запор, анемия) обычно появляются только к концу первого месяца жизни и не являются типичными. Болезнь подтверждают дополнительными обследованиями, лечение ребенка ведет детский эндокринолог.

II Скрининг зрения

Проблемам со зрением подвержено большинство недоношенных детей с экстремально низким весом при рождении. Это, как правило, связано с ретинопатией недоношенных (ROP) и с осложнениями в более позднем возрасте. Первичный контроль зрения у детей из группы риска (вес при рождении менее 1500г., рождение до 32 недели беременности) проводится на 4-6 неделе жизни. В дальнейшем глазной врач проводит осмотр ребенка раз в неделю до 40 недели беременности.

III Скрининг слуха

Частота врожденных проблем со слухом у недоношенных 3:100 или 3%. У 5% детей, родившихся до 32 недели беременности, на 5 году жизни возникают проблемы со слухом.

Недоношенные из группы высокого риска – это недоношенные новорожденные с очень низким весом при рождении, особенно, если у них было внутрижелудочковое кровоизлияние в мозг или повреждение белого вещества мозга (перивентрикулярная лейкомаляция). Дополнительными факторами риска является наследственная предрасположенность к потере слуха в детском возрасте, врожденная вирусная инфекция, аномалии строения лица и ушей, чрезвычайно высокое содержание билирубина, воспаление оболочек мозга (менингит), тяжелая нехватка кислорода при

рождении, судороги, переохлаждение и длительная искусственная вентиляция легких. Повреждение слуха может развиваться также после рождения как внезапная потеря слуха.

В больнице слух ребенка проверяют аудиотестером перед отправкой домой. Функцию слуха не всегда удается точно оценить. У скрининга могут быть «ложно-положительные» и «ложно-негативные» результаты.

В дальнейшем у недоношенных с очень низким весом при рождении или с факторами риска рекомендуется проверять слух в 6 - 9 месяцев и в 1,5 года.

Дома родителям следует следить за слухом ребенка следующим образом:

- Плачет ли ребенок громко и реагирует ли на речь, если его возраст соответствует доношенному новорожденному, т.е. тому времени, в какое он должен был родиться (40 недели беременности);
- на **третьем** скорректированном месяце жизни
 - Знает ли он свой голос и смеется ли, услышав речь, вздрагивает ли, когда кто-нибудь заходит в комнату;
 - Спит ли, если вокруг шумно, успокаивается ли на ваш голос или он должен вас увидеть;
 - Плачет ли при громком звуке;
- на **шестом** скорректированном месяце жизни
 - Отличает ли ребенок чужой голос, издает ли звуки различных тонов и наслаждается ли игрой со звуками, т.н. «беседой», направляет ли взгляд к говорящему;
- На **девятом** скорректированном месяце **жизни** ребенок должен оборачиваться на зов, реагировать на свое имя, уметь определять место, откуда идет звук, и слушать речь;
- Говорит ли он уже некоторые слова, отвечает на такие вопросы как «где?», подражает ли звуки - в скорректированные год - **полтора**.

Детей из групп риска следует наблюдать до появления речи. Также и глухие дети до исполнения года гогочут как дети, которые слышат, затем развитие речи останавливается, детский голос становится скрипучим. Голос ребенка с врожденной потерей слуха монотонный. Если ребенок использует отдельные слова, но новых не появляется, голос резкий, есть ошибки в звуках или он использует другие способы общения (жестикуляция, чтение по губам, ответ на непонятном языке), то причиной может быть позднее нарушение слуха.

Слух очень важен в развитии речи ребенка и в восприятии окружающего мира. При подозрении на нарушение слуха показана консультация специалиста, который определит степень нарушения и локализацию до специального лечения и обучения логопедом.

IV Скрининг дисплазии тазобедренного сустава

Врожденная дисплазия тазобедренного сустава или незрелость тазобедренного сустава, которой может сопутствовать вывих (luxация), является редко встречающимся отклонением (частота 1:1000), которое чаще встречается у девочек. При дисплазии вертлужная впадина (место контакта бедренной кости с тазовой - ред. перев.) уплощена, зачастую ненормально развита также и суставная капсула вместе с окружающей соединительной тканью, вследствие чего из-за сокращения мышц и слабости тканей, окружающих сустав, головка бедренной кости может сместиться вверх и наружу. У глубоко недоношенных детей вывих тазобедренного сустава из-за незрелости суставов и сухожилий может сформироваться и позже, из-за чего за преждевременно родившимися детьми следует наблюдать, пока они не начнут ходить. За недоношенным новорожденным наблюдают врачи детской больницы, позже семейные врачи и сестры из центра семейной медицины. При осмотре также фиксируется асимметрия бедренных складок и проверяется, одной ли длины ноги.

Ультразвук тазобедренных суставов должен проводиться как минимум у **двухмесячного** младенца (корректированный возраст) и рентгенологическое исследование – у **четырёхмесячного** младенца (корректированный возраст). С ортопедом консультируются при необходимости.

При наличии клинических показаний (если есть феномен щелчка и разболтанности) или при наличии факторов риска дисплазии тазобедренного сустава (тазовое предлежание, рождение с помощью кесарева сечения, наличие дисплазии тазобедренного сустава у ближайших родственников) делают УЗИ тазобедренных суставов, и при подтверждении патологии, в зависимости от степени тяжести, сразу показано лечение с использованием правильного положения тела (широкое пеленание, абдукционная подушка) и/или консультация ортопеда. Если вывих, связанный с дисплазией, оставить без лечения, то формируется разная длина ног, неестественная походка, боль в ноге и, наконец, сношение сустава (остеоартроз).

Вакцинирование младенцев, родившихся недоношенными

Анне Антсон- детский врач

Недоношенного ребенка можно вакцинировать, если он уже весит 1700 - 2000 г. У недоношенных детей после вакцинации формируется такой же иммунитет, как и у детей, родившихся доношенными, поэтому их разрешается вакцинировать раньше предполагаемого срока рождения. Вакцинация защищает ребенка от тяжелых заболеваний (туберкулез, вирусное воспаление печени, дифтерия, столбняк, коклюш, детский паралич, воспаление мозговых оболочек (менингит), вызванное гемофилом, корь, свинка, краснуха).

Вакцины, используемые в календаре вакцинации Эстонии, используют также Северные страны и др. развитые страны. После вакцинации иногда могут возникнуть легкие побочные действия (покраснение места укола, умеренное повышение температуры, беспокойное состояние).

Научными исследованиями не было доказано ни одного развития тяжелой болезни в результате вакцинации.

На график вакцинации недоношенных влияет время первой вакцинации (туберкулез и гепатит Б). В первые полгода жизни менее недоношенных вакцинируют наравне с другими младенцами; однако, недоношенных с очень низким весом при рождении - по индивидуальному графику.

Вакцинируют согласно действующей в Эстонии государственной программе иммунизации

Болезнь, от которой вакцинируют	Название вакцины, количество прививок	Когда вакцинируют/интервал с прошлым уколом
Туберкулез, Гепатит Б	BCG 1 Hepatiit B 1 (Engerix)	Корригированный возраст 36-37 НБ
Гепатит Б	Hepatiit B 2	Через 1 месяц
Дифтерия-столбняк- коклюш Полиомиелит, <i>Haemophilus influenzae</i>	DTL 1 IPV 1 Hib 1	Через 1-2 месяца
Дифтерия-столбняк- коклюш Полиомиелит, <i>Haemophilus influenzae</i>	DTL 2 IPV 2 Hib 2	Через 1,5 месяца
Дифтерия-столбняк- коклюш Полиомиелит, <i>Haemophilus influenzae</i> Гепатит Б	DTL 3 IPV 3 Hib 3 Hepatiit B 3	Через 1,5 месяца
Корь-свинка-краснуха	LMP 1	Календарный возраст 12-14 месяцев
Дифтерия-столбняк- коклюш Полиомиелит, <i>Haemophilus influenzae</i>	DTL 4 IPV 4, Hib 4	Календарный возраст 2 года

Прививки, находящиеся в календаре вакцинаций, всем детям бесплатны.

Поскольку у недоношенного с хронической болезнью легких большой риска заболеть вирусными инфекциями, вакцинировать против **гриппа** рекомендуется членов семьи и сиделок ребенка, а также самого ребенка после 6 месяца жизни. Недоношенных новорожденных с тяжелым хроническим заболеванием легких можно защитить от тяжелых форм РС - вирусной инфекции, вызывающей воспаление дыхательных путей, с помощью лекарства, которое вкалывают 1 раз в месяц в течение 5 месяцев в самое распространенное для инфекции время с поздней осени до весны. О необходимости вакцинирования решение принимают врачи детской больницы, это бесплатно. РС - вирусная инфекция в первый год жизни может вызвать тяжелое воспаление дыхательных путей, которое при хронической болезни легких может значительно ухудшить состояние ребенка.

При желании родителей ребенка можно вакцинировать также и против других инфекционных заболеваний, но это является платным:

- **Ветрянка** – вкалываемая вакцина, первую дозу которой делают в возрасте 1 года вместе с прививкой корь-свинка-краснуха, и вторая доза в возрасте 4 - 6 лет;
- **Пневмококковая инфекция**– инфекция вызывает воспаление мозговых оболочек, легких и среднего уха. Прививка против пневмококковой инфекции – это вкалываемая прививка, которую следует делать одновременно с другими вакцинами, желательна 3 дозы в первый год жизни, четвертая доза на втором году жизни;
- **Ротавирусная инфекция** – эта инфекция вызывает рвоту и понос. Прививка дается через рот, в зависимости от вакцины принимают две или три дозы. Можно принимать одновременно с другими вакцинами. Подходящий возраст для первой вакцинации 1,5 – 3,5 месяца, для недоношенного с маленьким весом при рождении – позже. Вакцинирование следует закончить к 8 месяцу жизни.

Уход за недоношенными детьми

Хелен Кальо, Пирет Мялло, Яна Реттан – детские медсестры

Ребенок рождается из влажной 38 - градусной среды в сухую и прохладную. Переохлаждению особенно подвержен недоношенный, чья терморегуляция развивается со временем. Поэтому он нуждается в уходе в кувете или в согревающей кроватке, заниматься с ним следует под согревающей лампой. Ребенок нуждается в дополнительном согревании, пока сам не сможет регулировать температуру своего тела в пределах 36,6 - 37 °С.

Часто следует менять подгузники и подмывать ребенка, так как моча и кал с содержанием кислот раздражают кожу. При раздражении кожи следует использовать кремы против опрелости или лечебные кремы. Поначалу нужно взвешивать каждый подгузник, чтобы измерить количество выделений ребенка, которое вместе с учетом количества пищи даст представление о суточном балансе жидкости ребенка.

Время от времени в носоглотке ребенка образуется секрет, который он не может ни высморкать, ни откашлять. Таким образом, для очищения дыхательных путей его нужно аспирировать через зонд, введенный в нос. К приемам ухода за недоношенным также относится частая смена положения тела, наблюдение за жизненными показателями, соблюдение гигиены, составление диеты на основании переносимости еды и зрелости ребенка.

В больнице часто кладем недоношенного новорожденного на живот, потому как тогда ему становится легче дышать. В это время для слежения за ребенком устанавливается монитор. Дома нельзя оставлять лежачего на животе ребенка без присмотра, так как есть опасность «смерти младенца в колыбели». Правильное положение младенца в кроватке – на боку или на спине.

NIDCAP – это программа по уходу и лечению, учитывающая индивидуальный уровень развития и нужды недоношенных новорожденных.

Недоношенный новорожденный попадает из безопасной утробы матери в стрессовую среду, где преносит неприятные ему процедуры, множество прикосновений, прерывания ритма сна, шум и лишний свет. Известно, что недоношенный ребенок чувствителен к чрезмерным внешним стимулам, они могут значительно помешать его росту и развитию.

С помощью NIDCAP создается благоприятная среда, напоминающая внутриутробные условия. Целью является предотвращение стресса, способствование выздоровлению, избежание осложнений и создание лучших условий для жизни. Незрелую нервную систему защищают от негативных раздражителей: детей держат в темноте (куветы накрывают), в тишине (запрещено разговаривать громким голосом, открывать дверцы кувета без причины) и в «гнезде», поддерживающем положение ребенка в виде комочка и напоминающем стенку матки. Для стимуляции развивающейся нервной системы новорожденному предлагают позитивные ощущения: запах тела, тепло и биение сердца матери (метод кенгуру), поглаживания и и голос мамы, грудное молоко.

Родителей и других членов семьи учат понимать сигналы ребенка («я готов», «не мешай» и т.д.) и распознавать те моменты, когда он готов общаться. Следует учитывать индивидуальный уровень развития недоношенного. Сверхстимуляция уставшего недоношенного может действовать скорее негативно.

Метод кенгуру – контакт «кожа к коже» малыша и матери, который способствует формированию их отношений и помогает умственному и моторному развитию ребенка. Метод также применим и к отцу ребенка.

Ребенка в положении на животе помещают на грудь сидящей в кресле матери под ее одежду. Поверхность кожи ребенка открыта, одеты только подгузник, теплая шапочка и пинетки. Ребенка следует поддерживать рукой, которая находится на затылке ребенка, вторую руку нужно поместить под ягодицы малыша. Пальцами слегка поддерживать нижнюю часть подбородка ребенка, чтобы головка не соскользнула, избегая таким образом возникновения затрудненного дыхания. Мама может накрыть себя и ребенка растегаивающейся спереди блузкой или тоненьким одеяльцем. Во время использования метода кенгуру мама следит за положением тела ребенка, за цветом его кожи и за его поведением. Метод кенгуру применяют несколько раз в день длительностью 30 - 60 минут, в случае стабильного состояния ребенка рекомендуется длительный контакт, для которого используют особые жилетки и подвязывания.

Ценность метода кенгуру для матери:

- Чувство близости с новорожденным, учится чувствовать своего ребенка;
- Возмещает боль, чувство вины из-за состояния ребёнка и недостаток опыта;
- Повышение чувства уверенности в себе, чувство радости;
- Увеличивается продукция грудного молока.

Ценность метода кенгуру для ребенка:

- Больше чувство безопасности – тепло, запах, сердцебиение мамы; учится чувствовать маму;
- Сокращается время использования кувета, реже появляется затрудненность дыхания.

Контакты «кожа к коже» ребенка и матери должны длиться до того момента, когда придет время рождения ребенка (40 недель беременности) или он достигнет веса 2000 граммов. Ребенок дает знать (потягивания ручек и ножек, плач и отталкивания при контакте «кожа к коже»), что он больше не желает метод кенгуру.

Правильный уход за недоношенным ребенком стимулирует его дальнейшее моторное развитие. Руководство для родителей.

Юлле Утсал – физиотерапевт, Кятлин Яэгер - социальный работник

Под моторным развитием ребенка понимают совместную работу головы, туловища и конечностей ребенка и развитие движений. При оценивании развития недоношенных детей и сравнения их с доношенными детьми используют корригирование возраста, т.е. из календарного возраста ребенка вычитают недели, на которые он родился раньше. Корригирование возраста используется у очень недоношенных детей до конца 2 года жизни.

При рождении мышечный тонус недоношенного ребенка, по сравнению с доношенным, слабее. Его руки, как правило, в выпрямленном положении, пальцы открыты, ноги в тазобедренном суставе в «позе лягушки» или прямые.

Помимо слабого мышечного тонуса могут возникнуть нарушения также в мышечном равновесии: например, сильные мышцы спины и слабые мышцы нижней части тела.

Ребенок часто запрокидывает голову назад (лицо повернуто в одну сторону) и ноги выпрямляются. Такое асимметричное положение углубляется особенно тогда, когда ребенок плачет или его держат в неудобном положении.

Очень важно, чтобы с помощью правильного держания, одевания, а также положений для купания ребенка мы поддерживали его моторное развитие уже в раннем возрасте.

Как брать на руки



Положите свои руки под плечи ребенка.



Поверните ребенка на бок на свою руку, при необходимости поддерживайте его за ухо.



Поднимая ребенка, держите его в положении на боку.



Кладите вторую руку под ягодицы и бедра ребенка.

Как держать и носить



В положении на спине: держите спину ребенка согнутой, согните плечи так, чтобы руки были спереди.



В положении на боку: положите одну руку под плечо ребёнка и держите за его бедро. При развитии контроля над головой носите ребенка на бедре, один раз на одном, другой на другом.



В положении на животе: Сидя держите ребенка на руках так, чтобы его руки находились вблизи туловища.

Мытье



Положите свою руку под грудную клетку ребенка и держите его за плечи. Спина ребенка согнутая.



Согните свою руку и в это же время поверните ребенка с одного бока на другой, держа другой рукой под бедром. Держите ребенка на боку в полустоячем положении. Положите свою руку под живот и возьмитесь за бедро. Руки ребенка впереди.



Мытье (другой вариант)

Одевание



Когда меняете подгузник, держите ребенка за одно бедро. Поднимайте ногу ребенка так, чтобы спина стала изогнутой.



При переодевании поверните ребенка на бок так, чтобы контролировать его положение, держа за ногу. При поворачивании на левый бок помогайте правой рукой, держа ребенка за правое бедро. При поворачивании не поддерживайте ребенка за туловище.



Повторяем тоже самое при повороте направо.



Проденьте свою руку через рукав ребенка и возьмите ребенка за руку и...



... держите некоторое время руку ребенка выпрямленной.



Ребенку легче одевать штанишки, когда он лежит на боку.

Отрыжка



Положите ребенка на свое плечо так, чтобы его руки были спереди и поддерживайте ребенка за его плечи и ягодицы. Следите, чтобы шея ребенка не была в напряжении.

Общение



Сидите в полулежачем положении и держите ребенка на своей груди, поддерживая его за нижнюю часть спины.



Сидите в полулежачем положении, колени согнуты. Держите ребенка на своих ногах, спина слегка согнута и ягодицы напротив вашего низа живота. Ищите зрительный контакт с ребенком, разговаривайте с ним и гладьте его. Это поможет вам между собой общаться и создать связь.

Почему я должна гладить и заботиться о своем ребенке?

Кюлли Рейно – логопед, Яника Кульд - детский врач

До рождения ваш ребенок находится в матке, заполненной околоплодными водами. После рождения попадает в иную окружающую среду. В этом окружающем его мире единственное для него знакомое – прикосновение. Прикосновения (поглаживания) и звуки необходимы ребенку также, как еда. Новорожденные нуждаются, наслаждаются и скукают по прикосновениям. Поглаживание – для этого наилучший метод.

При прикосновении малыш через кожу матери ощущает ее заботу и любовь. Поглаживание необходимо начать в больнице, затем продолжить дома.

Почему я должен поглаживать своего ребенка? Поглаживание:

- очень важно для стимуляции нервной системы
- улучшает кровоснабжение, увеличивая приток кислорода и питательных веществ в организме, повышает мышечный тонус
- стимулирует пищеварение, усиливая усвояемость пищи и удаление шлаков, тем самым предупреждая запоры и кишечные колики
- усиливает работу лимфатической и иммунной системы, что важно для борьбы с инфекцией
- успокаивает ребенка и мать, уменьшая напряжение
- способствует росту и созреванию ребенка, усиливает чувство защищенности
- укрепляет связь между матерью и ребенком. Это превосходная возможность для лучшего контакта ребенка с отцом и для устранения негативных эмоций у матери, связанных с послеродовой депрессией
- недоношенные дети при прикосновении лучше растут и быстрее уходят домой

Недоношенные дети, которых гладят:

- бодрые, более активные, готовые к общению, спокойные, менее расположены к стрессу и удовлетворенные
- меньше плачут, с большой прибавкой в весе. В возрасте 8 месяцев они лучше развиты и больше в весе
- лучше засыпают в кровати, по сравнению с детьми, которых укачивают

Когда надо гладить ребенка?

- если ребенок активен, здоров и с хорошим настроением, неуставший и неголодный
- через 45 минут после кормления, при комнатной температуре 22 градуса

Количество поглаживаний не ограничено, желательно за один прием до 4 поглаживаний. Наилучшее время для поглаживаний – это после пробуждения. Оцените, какой вид стимуляции более приемлем для вашего ребенка. Некоторые малыши очень чувствительны и способны переносить за раз только один метод – прикосновение, общение или зрительный контакт, а не все 3 метода сразу. Будьте терпеливы!

Избегайте поглаживания:

- если ребенок спит или болен (если насморк, кашель или температура)
- после купания, когда ребенок расслаблен и устал
- если ребенок напряжен, то успокойте его

Как найти контакт со своим ребенком?

- обратите все свое внимание на ребенка, посмотрите ему в глаза
- поговорите с ним или спойте (для каждого ребенка голос матери самый любимый в мире. Голос матери успокаивает недоношенного ребенка). Даже, если он не реагирует, он все слышит.

Наблюдайте за языком его тела.

Вершиной может быть тихая приятная классическая инструментальная музыка. Поглаживающие руки должны быть теплыми, сухими, ногти коротко подстриженные. Важно действовать медленно, очень нежно.

Недоношенные дети любят тепло, ласку рук. Исследования доказали, что только матери лучше всего способны уменьшить страдания недоношенных детей. Ребенку необходимо чувствовать силу и уверенность матери.

Поглаживание – один из способов, который выражает любовь к ребенку, усиливает доверие, защищенность и способствует общению.

Развитие ребенка на первом году жизни

Юлле Утсал – физиотерапевт, Кюлли Мууг – психолог, Инна Маратс - логопед

Развитие недоношенного ребенка существенно отличается от развития доношенного ребенка: могут быть индивидуальные отклонения в поведении, развитии речи и приобретении навыков. Часто такие дети требуют больше времени для развития. При оценивании уровня развития недоношенного ребенка его возраст корректируют в течение первых 2 лет. У детей, рожденных до 32 недели беременности, от календарного возраста отнимают то количество недель, на сколько он раньше родился.

В таблице, приведенной ниже, показаны стадии моторного развития, коммуникационные способности, развитие речи, позволяющие родителям лучше наблюдать за развитием своего ребенка. Необходимо учитывать индивидуальные способности, так как у разных детей они могут появиться в разной последовательности.

В таблице приведены средние показатели развития согласно **корректируемому возрасту**.

Возраст	Развитие речи и сенсомоторное развитие
1 месяц	<ul style="list-style-type: none">• В положении на спине руки и ноги согнуты, голова повернута на одну сторону• Лежа на животе тело согнуто, ноги подогнуты• Поднимая за руки в положение сидя, ноги сгибаются и голова откинута назад• В вертикальном положении еще активны врожденные рефлексy (опорный и шаговой рефлексy)• Пальцы согнуты, большой палец в кулаке• Кратковременный зрительный контакт, ребенок смотрит и видит черно-белое изображение• Реагирует на звуки остановкой своей деятельности
2-3 месяц	<ul style="list-style-type: none">• На спине тело более симметрично, подводит руки к средней линии тела, брыкает ногами• На животе опирается на локти, при этом локти находятся на одной линии с плечами или немного позади, удерживает голову на одной линии с телом• Приподнимая за руки в вертикальное положение, ребенок удерживает голову на одной линии с телом или отклоняет ее немного назад• Формируется координация глаз-рука, ребенок кладет пальцы в рот• Появляется первая социальная улыбка, отвечает улыбкой на речь• Гогочет• Просит кушать не плачем, а звуками• Следит за движущимися вертикально и горизонтально предметами

4-5 месяц	<ul style="list-style-type: none"> • Лежа на спине, поднимает колени и пальцы к телу • Переворачивается со спины на бок, иногда на живот • В положении на животе отталкивается на прямых руках • Удерживает игрушку двумя руками и перекладывает ее из одной руки в другую, • формируется определенный захват • Начинает лепетать, повторяя согласные звуки как п, б, м, в конце периода также к, г • Интересуется речью и поворачивает голову в сторону собеседника и новых голосов • Беспокоится, если контакт прекращается и, например, забирают игрушку • Кладет предметы в рот, чтобы научиться лучше их узнавать
6-7 месяц	<ul style="list-style-type: none"> • Переворачивается со спины на живот и назад • В положении на животе пытается вращаться вокруг своей оси • В положении сидя сохраняет равновесие, опираясь на руки • Щупает маленькие предметы, подводит большой палец к другим • В лепете много повторений (мама, баба, дада) • Начинает передразнивать выражения лиц других людей и голоса (например кашель) • Постигает связь между причиной и следствием (понимает, что игрушка может издавать звуки) • Реагирует на свое имя
8-9 месяц	<ul style="list-style-type: none"> • Переходит с четверенек в сидячее положение и обратно • Сидит с прямой спиной, опорно-защитные реакции в направлении вперед-вбок • Захват тремя пальцами – берет мелкие предметы 3 пальцами • Показывает указательным пальцем • Появляются некоторые ассоциации между объектами и словом, которое обозначает предмет (вопрос Где часы? Смотрит в направлении часов) • Начинает использовать невербальные средства общения (на отрицание качает головой; если просится на руки, то протягивает руки) • Немного наблюдает за картинками знакомых объектов
10-11 месяц	<ul style="list-style-type: none"> • С помощью поддержки встает через полуприседание • В тонкой моторике развивается захват-пинцет (захват двумя пальцами) • На прощание машет рукой, хлопает в ладоши • Понимает слово нельзя • Комбинирует слоги в слово, может сказать первое состоящие из одного ударного слога слово • Начинает понимать взаимосвязь между своим поведением и соответствующей реакцией взрослого (если еда падает на пол, то это не нравится маме) • Если в речи называть знакомые слова и имена, начинает искать их взглядом • Появляются первые взаимосвязи между предметом и деятельностью (берет расческу и гладит волосы)
12 месяц	<ul style="list-style-type: none"> • Встает, опираясь на колено • Ходит самостоятельно вразвалку или опираясь на одну руку • Сидя удерживает равновесие • Собирает мелкие крошки с помощью большого и указательного пальцев. Катает мяч • Свои желания проявляет жестами и громкими звуками (дергает маму за руку и указывает на желаемые вещи) • Использует звуки для выражения слов (бррр – машина) • Активный лепет, напоминающий речь, который использует во время игры или общения со взрослыми • Использует слова с несколькими значениями

Рост недоношенного ребенка

Марья – Лийз Мяги - детский врач

Физический рост недоношенного ребенка зависит от уровня недоношенности, веса при рождении, появлении заболеваний в раннем адаптационном периоде после рождения, генетических факторов, оказания медицинской помощи на разных этапах лечения.

У недоношенных детей весом более 1500 грамм как правило немного проблем, связанных с ростом. У маленьких недоношенных, с весом менее 1000 грамм, которые серьезно болеют, получают интенсивную терапию, не удается достигнуть быстрого роста. Они плохо переносят внутривенное или парэнтеральное питание, теряют 8-10% от первоначального веса, меньше расходуют энергии во время болезни. Хорошо, когда вес глубоко недоношенных восстанавливается в течении 10-14 дней.

Рост детей, рожденных до 33 недели беременности и весом менее 1500 грамм, оценивается по корректируемому возрасту. Начиная со 2 недели жизни до 36-40 недели беременности ребенок растет со скоростью внутриутробного роста (более 15 грамм на килограмм в сутки). Рост (размер головы, рост и вес) оценивают по кривой роста. Хорошо, если размеры для данного возраста находятся между 10 и 90 процентилей.

Неровномерный рост

Внутриутробный рост наиболее быстрый в последнем триместре беременности. После рождения рост ребенка неровномерный. В норме прибавка веса в первые 3 месяца 25-30 грамм на килограмм веса, рост 0,7-1 сантиметр в неделю и рост головы 0,6-1 сантиметр в неделю. С 3 месяца жизни до конца первого года жизни (корректированный возраст) прибавка в весе 10-15 грамм в сутки, рост 0,4-0,6 сантиметров в неделю, диаметр головы 0,6-0,9 сантиметров в неделю.

Первоначально у глубоко недоношенных детей скорость роста медленно снижается к 36 месяцу (4 году жизни). Неровномерный рост вызывает диспропорциональность тела в сравнении с доношенными детьми.

Когда доношенный ребенок по росту достигнет доношенного?

Большинство недоношенных детей достигают по росту и весу доношенных детей к концу второго корректированного года (позже к концу 3 года). Дальнейший рост может происходить в подростковом и во взрослом периоде.

Поздний рост связан:

- с самого начала рост и вес очень маленькие
- ребенок очень болен
- у ребенка хроническое заболевание легких. В результате потребности в энергии и расход энергии очень большие.

Физический рост – это основной показатель здоровья и роста ребенка, за которым наблюдают во время каждого посещения врача.

Смотри: контроль здоровья глубоко недоношенного ребенка.

Желтуха недоношенных новорожденных

Урве Салунди, Эха Каллас - детские врачи

У большинства новорожденных в первые дни жизни появляется желтый цвет кожи, который к 5-10 дню жизни становится более интенсивным.

Желтуха вызвана билирубином, веществом желтого цвета, которое накапливается в коже и подкожной ткани. Билирубин высвобождается при разрушении эритроцитов. У новорожденных

детей количество эритроцитов больше, чем у взрослых, чтобы обеспечить достаточным количеством кислорода плод и ребенка в момент рождения. После рождения количество эритроцитов уменьшается. В результате появляется желтушное окрашивание кожи, слизистых оболочек, склер. Печень большинства новорожденных способна перерабатывать избыточное количество билирубина и удалять его остаток через органы выделительной системы. У недоношенных новорожденных функция печени недостаточно развита, и желтуха может длиться до 21 дня.

Опасна ли желтуха?

Желтуха может быть опасна, если билирубина в крови много. Тогда билирубин проходит защитный барьер между кровью и головным мозгом и повреждает нервные клетки. В первые дни жизни опфсен более низкий уровень билирубина, чем после 4-5 дня жизни, так??? как защитный барьер между кровью и мозгом созревает со временем. У недоношенного ребенка гемэнцефалический барьер более чувствителен.

У большинства недоношенных новорожденных возникают проблемы, связанные с накоплением билирубина и его токсическим действием на нервную систему:

- Инфекции: воспаление пуповины, сепсис, воспаление мочевыводящих путей и т.д.
- Гипоксия или кислородное голодание в момент рождения
- Синдром дыхательных расстройств и т.д.

В первые дни жизни причиной прогрессирующей желтухи является несовместимость крови матери и ребенка – резус- или группа - конфликт. Также причиной могут быть кровотечения или геморрагии. Врачебный опыт, хорошее освещение, чрескожное определение билирубина помогают оценить интенсивность желтухи. Для исследования уровня билирубина делают анализ крови. Необходимость лечения определяет врач, учитывая возраст, степень зрелости ребенка и значение билирубина.

Лечение

Независимо от причины, лечение желтухи – фототерапия, позволяющая удалить билирубин из кожи и вывести его через кишечник и почки. Во время фототерапии ребенок лежит раздетым в теплом кувезе или в кровати под освещением лечебной лампы. Глаза закрывают, защищая сетчатку глаза.

Правильное питание снижает уровень билирубина

Билирубин выводится из организма с калом. Если ребенок ест мало (у мамы недостаточно молока или ребенок не в силах съесть нужное количество молока), то кишечник ребенка работает медленнее, и билирубин всасывается обратно в кровь. Позднее выделение мекония (первичного стула) может усилить желтуху. Помогает более раннее прикладывание к груди и по возможности кормление 8-10 раз в день.

Анемия у недоношенных детей

Марья – Лийз Мяги - детский врач

Анемия проявляется такими симптомами, как бледность кожных покровов, низкая активность ребенка, одышка, сердцебиение, проблемы, связанные с питанием, маленькая прибавка в весе.

Критерии анемии – пониженное количество гемоглобина ($Hb < 100 \text{ g/l}$), эритроцитов ($Eg < 2,7 \times 10^6 /l$), гематокрита ($Ht < 30\%$), ферритина= показателя запасов железа в крови (в первом полугодии $< 50 \text{ ng/l}$ и во втором полугодии $< 30 \text{ ng/l}$).

Частота анемии у глубоко недоношенных детей составляет 80-90%. В период беременности про-

исходит активный эритропоэз, для которого необходимы такие компоненты как эритропоэтин или Эпо, железо, фолиевая кислота, витамины (А,Е,С,В группы и тд.). Для роста и развития кроветворения плод получает данные компоненты от матери.

Причины анемии у недоношенных детей:

- с преждевременным рождением ребенка заканчивается активный эритропоэз
- после рождения быстрое лигирование пуповины снижает приток дополнительной крови, получаемой через плаценту от матери
- потеря крови во время сдачи лабораторных анализов, особенно на первой недели жизни
- у недоношенных детей срок жизни эритроцитов очень маленький (20-40 дней)
- высокая чувствительность к оксидативному стрессу (дополнительный кислород), результатом которого происходит быстрое разрушение эритроцитов
- быстрый рост ребенка и неэффективный эритропоэз основа т.н. эффекта разведения
- септические состояния и антибактериальная терапия тормозят продукцию эритропоэтина
- дефицит питательных компонентов (запасы железа и тд.)

Различают:

1. ранняя анемия – 1-3 месяц жизни - прежде всего связана с кровопотерей и неэффективным эритропоэзом для роста ребенка, и не связана с дефицитом железа.

Предупреждение (использование необходимых веществ для эритропоэза со 2 недели жизни) и лечение ранней анемии (Эпо, переливание крови) происходит в больнице.

2. Поздняя анемия – 3-4 месяц жизни – железодефицитная анемия

Предупреждение и лечение анемии

1. фолиевая кислота 2. витамины 3. железо

Запасы железа у недоношенных детей истощаются к 2-3 месяцу жизни, если до этого не было повторных переливаний эритроцитарной массы.

Для предупреждения анемии со 2 месяца жизни необходимо вводить железо. Глубоко недоношенным детям железа требуется больше, вводить надо раньше и желательнее в возрасте до 12-15 месяцев. Потребность в железе зависит от веса ребенка, количества потребляемого молока и дополнительного питания. Длительность и дозу лечения определяет врач.

Избыток железа – опасен. Железо как оксидант может вызвать гемолиз, также заболевания отложения.

3. **Эритропоэтин (Неореокормон)** активизирует эритропоэз и снижает необходимость переливания эритроцитарной массы. Необходим контроль ферритина в сыворотке крови. Введение дополнительного количества железа обеспечивает адекватный эритропоэз.

4. **правильное питание** – лучше всего грудное молоко, так как тогда железо лучше усваивается. Ранняя анемия может восстановиться при правильном лечении за 3 месяца.

Мама должна уметь распознать признаки анемии у ребенка.

И при необходимости обратиться к врачу. Дальнейшее наблюдение под контролем педиатра или семейного доктора. Смотри: контроль здоровья глубоконедоношенных детей.

Остеопения недоношенных

Майе Вейнла, Эха Каллас – детские врачи

Остеопения характеризуется пониженным содержанием кальция и фосфора в костях. В результате кости становятся тонкими и легко ломаются. Приблизительно у 50% глубоко недоношенных детей наблюдается остеопения.

Развитие заболевания связано с недостаточным содержанием минералов (кальция и фосфора) во время беременности. В последнем триместре плод получает от матери больше кальция и фосфора (80% запасов), и его кости растут быстрее. Недоношенный ребенок недополучает необходимое количество минералов. Чтобы уровни минералов у недоношенного и доношенного ребенка были равны, недоношенный ребенок должен получать с пищей значительно больше кальция и фосфора. Д-витамин – важен в обмене минералов: он помогает поддерживать в норме уровень кальция и фосфора, способствуя всасыванию кальция из кишечника; необходим для минерализации костей или их укрепления. Если недоношенный ребенок получает недостаточное количество витамина Д, или организм не способен усваивать его в достаточном количестве, то снижается всасывание кальция и фосфора, нарушается процесс окостенения, повышается риск появления деформаций и переломов костей.

Для роста опорного аппарата важны интенсивные движения плода в последнем триместре. Глубоко недоношенный ребенок слабый, двигается мало, что снижает прочность костей. Появлению остеопении способствуют некоторые заболевания недоношенных и лекарства, используемые для их лечения. К примеру, диуретики и гормональные препараты выводят минералы из организма, заболевания печени, также длительное внутривенное или парэнтеральное питание влияют на обмен витамина Д. Недоношенные дети выделяют много фосфора с мочой.

Остеопения недоношенных диагностируется на основе лабораторных данных, если при этом в начале заболевания отсутствуют внешние признаки или симптомы. При тяжелой остеопении ребенок мало двигается, при возникновении перелома появляется болевой синдром и отек.

Характерные лабораторные изменения – низкое содержание кальция и фосфора и высокий уровень щелочной фосфатазы в крови. С помощью рентгенологического и ультразвукового исследований уточняют плотность костной ткани, наличие деформаций и переломов.

Цель лечения – укрепление костей:

- кормление грудным молоком или смесью, рекомендованной для недоношенного ребенка. У недоношенных детей, которые получают только грудное молоко, риск возникновения остеопении большой, так как грудное молоко не содержит в достаточном количестве кальция и фосфора, необходимых для интенсивного роста костей. Поэтому важно добавление минералов к грудному молоку или к смеси до достижения веса 3,5 килограмм.
- Дозу витамина Д определяет врач. У недоношенных детей доза 800 единиц в сутки. Слишком маленькая доза неэффективна.
- Физическая активность и упражнения укрепляют кости и стимулируют рост.

Прогноз

Переломы, возникающие во время тяжелой остеопении быстрее срастаются, если еда содержит достаточное количество кальция и фосфора, и доза витамина Д правильная. У глубоко недоношенных детей переломы возникают на протяжении всего первого года жизни. Во взрослом возрасте у них чаще остеопороз. Для его предупреждения важны правильное питание и лечение.

Частые хирургические проблемы у недоношенных детей

Майе Вейнла – детский врач

Неопущение яичка в мошонку или крипторхизм

Яички начинают опускаться из брюшной полости на 7 месяце беременности, и у большинства мальчиков к 9 месяцу беременности они находятся в мошонке. Отсутствие яичка подозревают, если мошонка или одна из ее половин пуста и маленькая.

Крипторхизм встречается у 21% недоношенных мальчиков, 3,7% у доношенных детей. У мальчиков с очень маленьким весом яички могут опуститься к 40 недели беременности. У большинства опускаются только к 3 месяцу жизни без лечения, а иногда к 9 месяцу жизни. При опущении яичка может случиться перекрут или ущемление яичка (заворот), в результате острая боль, отек и краснота яичка, далее некроз яичка и бесплодие. При подозрении на ущемления яичка срочно требуется хирургическое вмешательство.

Если яичко не опутилось к концу первого года жизни, то срочно требуется хирургическое лечение. При двустороннем крипторхизме необходима консультация генетика и эндокринолога. При устойчивом крипторхизме увеличивается риск появления рака яичка.

Мигрирующее яичко (иногда в мошоке, иногда нет) требует наблюдения. Если у ребенка отсутствуют жалобы, то лечение необходимо до наступления пубертета.

Паховая грыжа

Паховая грыжа чаще появляется у недоношенных детей; детей с очень низким весом; у мальчиков. Иногда встречается и у девочек. Грыжевой мешок может содержать петли кишечника или яичник, перекрученный яичник. По большей части это правосторонние грыжи, и 10% двусторонние.

Яички опускаются в мошонку по незаращенному влагалищному отростку брюшной полости, который в норме зарастает к концу беременности. У недоношенных детей остается открытым, в результате появляется грыжа. Причиной появления грыжи может быть также повышенное внутрикишечное давление.

Паховая грыжа может проявиться на первой неделе жизни, в первый месяц или год. В большинстве случаев содержимым грыжевого мешка являются петли кишечника. При паховой грыже в нижней части живота в паховой области появляется выпячивание, увеличивающееся при плаче, покашливании и при натуживании. Обычно грыжу удается репонировать (вправить) назад в брюшную полость. При репонировании грыжи можно почувствовать «хруст» содержимого кишечника.

У мальчиков часто наблюдается крипторхизм, расположенной на той же стороне, что и грыжа. Иногда требуется консультация хирурга для определения времени операции. Как правило, оперативное удаление грыжи осуществляется после 6 месяца жизни, при необходимости раньше. У недоношенных детей в результате раннего оперативного вмешательства может возникнуть рецидив или обратное появление грыжи.

Паховая грыжа может быть различной величины и ущемляться, особенно у недоношенных детей.

Признаки ущемления:

- Содержимое грыжевого мешка не вправляется в брюшную полость или грыжа не репонируется
- Ребенок беспокойный, кричит от боли
- В области грыжи отечность, болезненность, яички красно-синей, лиловой окраски
- У ребенка рвота

Ущемленная грыжа требует немедленного хирургического вмешательства!

Пупочная грыжа

Пупочная грыжа – дефект сухожильного апоневроза в области пупка (через пупочное кольцо (область пупка) выпячивается содержимое брюшной полости).

В грыжевой мешок может выходить сальник, петли тонкого и толстого кишечника. Диаметр грыжи может быть от нескольких миллиметров до 3 сантиметров. Большинство пупочных грыж закрывается самостоятельно к первому году жизни. Грыжи, которые сами не исчезают, оперируют после 2-3 года жизни ребенка. Хирургическое лечение может быть назначено раньше, если диаметр пупочного кольца более 1 сантиметра и появляются жалобы (беспокойство). Пупочная грыжа не требует накладывания лейкопластыря. И, как правило, не ущемляется.

Водянка или гидроцеле (скопление жидкости в полости яичка или семенного канатика)

Причина – это скопление жидкости между листками оболочки яичка и брюшной полости. Чаще встречается с правой стороны. В большинстве случаев исчезает на первых месяцах жизни. Если количество накапливаемой жидкости увеличивается и не исчезает к концу первого года жизни, то требуется хирургическое вмешательство. В тоже время у ребенка может быть и паховая грыжа.

Гемангиома или доброкачественное сосудистое образование

Гемангиома – доброкачественное сосудистое образование, которое часто встречается у недоношенных детей. Это узелковое образование красного или сине-багрового цвета с неровными краями, гладкой поверхностью, выступающее над кожей. Может располагаться поверхностно или в коже. Величина варьирует от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. У новорожденных выглядит как бледное пятно, которое со временем краснеет. Чаще гемангиомы располагаются в области головы и на лице, реже на теле и конечностях. Фаза быстрого роста гемангиомы до конца первого года жизни: максимально поверхностные гемангиомы растут до 6-8 месяца жизни, глубокие гемангиомы до 12-14 месяца жизни. При обратном развитии гемангиома становится бледно-серого цвета (регрессия). Ранняя регрессия (исчезновение) длится до 1-5 года жизни, поздняя – до пубертета. 70% гемангиом исчезает полностью, 20% частично, 10% остается. Возможны осложнения: воспаление, язвезвления, кровотечение, сдавление соседних органов. Лечение: наблюдение, выжидательная тактика, криотерапия (лечение холодом), лазерная терапия. При быстром росте или неблагоприятном расположении (при движении или уходе опасность повреждения) необходимо проконсультироваться с врачом в отношении плана лечения.

Проблемы у недоношенных детей, связанные с зубами

Кади Верн - детский врач

Частые проблемы у недоношенных детей, связанные с зубами:

- Позднее прорезывание молочных зубов
- Неравномерность зубной эмали и изменение окраски (недостаточное образование зубной эмали)
- Деформации твердого неба и альвеолярной дуги при использовании интенсивное терапии
- Нарушения прикуса

Почему у недоношенных детей больше проблем, связанных с зубами?

- Молочные зубы прорезываются согласно корректируемому возрасту
- Заболевания в новорожденный период (особенно инфекции) влияют на развитие зубов
- Дефицит витаминов и минералов, маленькая прибавка в весе тормозят процесс прорезывания зубов и образования зубной эмали

- Длительное использование интубационной трубки и назогастрального зонда вызывают деформацию твердого неба и десен, нарушения развития зубов
- Частичное использование препаратов железа повреждает зубную эмаль

Как понять, что у ребенка повреждения зубной эмали?

- Незначительные изменения не всегда бросаются в глаза
- Зубы желтого или коричневого цвета, быстро портятся, чувствительны к перепадам температуры и приправам
- Зубы могут быть ненормальной формы, и их поверхность неровная
- Иногда первыми прорезываются поврежденные постоянные зубы

Если недостаточно зубной эмали, то возникает кариес.

Что надо сделать, чтобы избежать разрушение зубов?

- Ранний уход за зубами, когда прорезались первые молочные зубы. Зубы надо чистить 2 раза в день, утром и вечером.
- Избегать во время сна бутылочки во рту ребенка. Частое потребление сладких напитков из бутылочки вызывает бутылочный кариес – серьезное разрушение зубов.
- **Посещение стоматолога по возможности раньше, желательно в течении 6 месяцев после прорезывания первого зуба!** Стоматолог находит решение проблемы, показывает, как надо чистить зубы и дает советы по питанию.

Возможно, что коррекция неправильного прикуса после прорезывания постоянных зубов требует коррекции с помощью брекетов у недоношенных детей чаще, чем у доношенных.

Правильный уход за зубами, регулярное посещение стоматолога и ортодонтическое лечение помогут сохранить зубы здоровыми.

Колики, газы, запоры у недоношенных детей

Пирет Кюласепп, Эха Каллас – детские врачи

Колики, газы, запоры в первые месяцы жизни встречаются практически у всех детей. Пол и возраст ребенка не играет роли. Газы могут появиться в более позднем возрасте при добавлении в рацион питания новых продуктов.

Почему возникают колики и запоры?

Газообразование происходит в результате переваривания и разрушения продуктов питания (грудное молоко, смесь) под действием микробов. Как правило отхождение газов происходит безболезненно.

Беспокойство ребенка вызывают колики, которые образуются при избыточном скоплении газов в кишечнике, вызывая растяжение кишечной стенки и ее болезненное сокращение. В результате нарушается продвижение и выход газов. С болезненным сокращением кишечной стенки сопровождаются запоры. До конца причины возникновения кишечных колик не выяснены.

Среди основных причин:

- нерегулярное и неkoordinированное сокращение и расслабление кишечной стенки из-за незрелости нервной и пищеварительной системы
- из-за недостаточной подвижности и слабого мышечного тонуса мышц живота у ребенка раннего возраста затруднена эвакуация газов и каловых масс
- спазм внутреннего сфинктера прямой кишки затрудняет отхождение газов и каловых масс

- избыточное заглатывание воздуха при грудном кормлении или из бутылочки, во время плача
- у ребенка на грудном кормлении причиной повышенного газообразования и болей в животе является еда матери. При этом продукт питания, вызывающий газы у одного ребенка, у других детей не вызывает какого – либо беспокойства
- пищевая аллергия (также аллергия на коровье молоко) может способствовать появлению жалоб у детей на грудном кормлении или у детей, получающих смесь

Когда подозревают боли, вызванные повышенным газообразованием, и запоры?

- у недоношенных детей боли, вызванные повышенным газообразованием, и запоры начинаются в возрасте 2-3 недель, длятся до 4 месяцев, иногда дольше
- ребенок становится беспокойным, тужится, его живот большой, вздут, с заметным сосудистым рисунком
- кишечная деятельность нерегулярна, при акте дефекации ребенку требуется помощь
- беспокойство, тихий и болезненный плач могут появляться во время каждого кормления
- в более старшем возрасте появляются типичные кишечные колики: плач, который длится до 3 часов, несколько дней в неделю, часто по вечерам и по ночам

Как помочь ребенку?

«Чудо» лекарство, которое избавило бы от болей, вызванных газами, нет. Только время избавляет от болей. Попробуйте найти для своего ребенка наиболее подходящее средство:

- мать, кормящая грудью, должна следить за своим питанием. Необходимо исключить продукты, вызывающие газы: бобы, капуста, некоторые фрукты и соки (яблоко, груша, слива, цитрусовые), орехи и т.д. Наблюдайте за ребенком. Изменив свой рацион питания, стало ли меньше газов у ребенка?
- убедитесь в правильности техники грудного кормления или кормления из бутылочки, чтобы избежать избыточного заглатывания воздуха. Отверстие в соске не должно быть слишком большим или маленьким.
- после кормления ребенка нужно подержать в вертикальном положении и терпеливо подождать отхождения воздуха. На это может уйти до 30 минут.
- не меняйте часто смеси – ожидаемого результата не будет
- при появлении непереносимости коровьего молока проконсультируйтесь с врачом. В этом случае подходит смесь на основе гидролизата молока, по рекомендации врача
- до кормления позанимайтесь с ребенком: легкое поглаживание животика по часовой стрелке, сгибание его ножек, прижимая их к животу. Это укрепляет мышцы живота и помогает отхождению газов
- массажирование спазмированной прямой кишки масляным пальцем облегчает отхождение газов и акт дефекации
- теплая ванна и теплый компресс на живот (масло, гелевый мешок, натуральная овчина) расслабляет кишечник
- положите ребенка к себе на грудь: тепло вашего тела и кожный контакт успокаивают и расслабляют
- иногда помогает только хождение с ребенком, укачивание, гуляние в коляске, езда на машине (вибрация расслабляет). Ребенок успокаивается и засыпает
- иногда помогают фитопрепараты: ромашка, укроп, тмин, перечная мята
- нет лекарства, которое бы избавило от коликов. В аптеке продаются лекарства, облегчающие отхождение газов: Эспумизан (симетикон), куплатон (диметикон), Саб-симплекс (диметикон). Лекарство нужно подбирать индивидуально и давать его в соответствии инструкцией.

В любом случае старайтесь сохранять спокойствие. Ребенку легче переносить боль, если вокруг него спокойная, заботливая и поддерживающая обстановка. Если ребенок беспокоен, живот вздут, каловые массы малинового цвета, то немедленно надо обратиться к доктору.

Никогда не трясите плачущего ребенка – можете вызвать необратимые повреждения (кровоизлияния в мозг, повреждение шейных позвонков) у своего малыша! Верьте, что кишечные колики пройдут – это может произойти в возрасте 3, 4, или 6 месяцев.

Гастроэзофагеальный рефлюкс

Мирьям Мерила - детский врач

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) – обратное продвижение содержимого желудка в пищевод, далее в глотку, ротовую полость и выход из ротовой полости – ребенок срыгивает.

ГЭР начинается обычно на первых неделях жизни. Чаще всего в первые три месяца и, в большинстве случаев, **проходит** к 6- 12 (18-24) месяцам жизни **без лечения.** Это связано с переходом питания ребенка на твердую пищу и становлением на ноги. Если малыш ест хорошо, то у него нет признаков задержки роста и веса, или иных респираторных симптомов. В этом случае ГЭР – **физиологический рефлюкс.** Обычно срыгивания бывает 2-3 раз в сутки, иногда чаще, особенно у недоношенных детей.

Причины ГЭР у недоношенных детей:

- незрелый и короткий нижний пищеводный сфинктер, работа которого некоординирована, маленький объем пищевода и желудка и работа всего пищеварительного тракта недостаточно развита;
- затрудненное дыхание, рефлексорное апное (задержка дыхания)
- непереносимость пищи, назогастральный зонд
- лекарства, понижающие тонус нижнего пищеводного сфинктера (кофеин, теофиллин)
- **дуоденогастральный рефлюкс** (обратное продвижение пищи из 12- перстной кишки в желудок)
- положение на спине способствует регургитации в пищевод
- повышенное внутрибрюшное давление (кашель, плач, дефекация, гимнастика, запор и т.д.)
- пассивное курение (нахождение в одной комнате с курильщиком) понижает тонус нижнего пищеводного сфинктера
- наследственная предрасположенность

Заболевания, при которых чаще появляется ГЭР:

- заболевания нервной системы, сопровождающиеся изменением мышечного тонуса
- хроническое заболевание легких (бронхопальмональная дисплазия)
- нарушения развития пищевода, диафрагмальная грыжа

Рекомендации по правильному кормлению и уходу, которые способствуют снижению симптомов ГЭР:

- Правильная техника кормления (обучение в больнице), приготовление смеси, правильный уход после кормления
Всегда предпочтительнее кормление грудным молоком (моторика пищеварительного тракта и процесс опорожнения желудка быстрее). При использовании молочной смеси процесс опорожнения желудка более медленный
- Правильное положение ребенка

- Избегать положения на спине и сидя, особенно после кормления ребенка
- После кормления следует держать ребенка вертикально до отхождения воздуха
- Положение на животе – головной конец кровати приподнять на 10 см, ребенка положить на правый бок (ускоряется процесс эвакуации содержимого желудка, снижается беспокойство ребенка), необходим постоянный контроль мамы

Из-за риска внезапной смерти нельзя оставлять ребенка на животе без наблюдения!

- Частое кормление
- Кормление маленькими порциями
- Использование по совету врача сгущенной пищи (рисовые хлопья, овощи), антирефлюксные смеси (Aptamil AR; Friso vom) или использование загустителя смеси (Nutrilon; в аптеке)
- Использование гипоаллергенной смеси, если есть аллергия на белок коровьего молока

Если появляются такие жалобы как:

- проблемы, связанные с кормлением ребенка
- отказ от еды
- отсутствие аппетита
- маленькая прибавка в весе
- снижение веса
- затруднения глотания
- избыточное слюноотделение
- икота
- ночное покашливание
- кровохаркание
- мелена
- скрытая кровь в рвотных или каловых массах
- железодефицитная анемия

Это **гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь**, которую диагностирует и лечит врач. Разновидностью гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является т.н. **скрытый рефлюкс**. Ребенок не срыгивает, но при этом возможно попадание рвотных масс в легкие. Результат - хроническое воспаление легких, аспирационная пневмония, апное (задержка дыхания), повторные воспаления горла, ларингиты, воспаления среднего уха, насморк и синуситы.

Апноэ недоношенных детей

Майе Вейнла – детский врач

Апноэ – наиболее частая проблема, связанная с контролем дыхания, у недоношенных детей. Причиной может быть недостаточное развитие нервной системы или заболевание.

Апноэ – задержка дыхания, длительность которого может варьировать от 20 – 60 секунд. Окраска кожных покровов ребенка приобретает синий, лиловый или бледный оттенок, ритм сердечных сокращений замедляется до менее 100 ударов в минуту, тело становится вялым.

Периодическое дыхание – обычный тип дыхания новорожденного, для которого характерны частые и короткие паузы длительностью 5-10 секунд в течении 3 минут, при этом отсутствует замедление ритма сердечных сокращений и бледность кожных покровов и связь с заболеванием.

Как часто появляется апноэ у недоношенных детей?

Чем короче по длительности беременность и чем меньше вес ребенка, тем чаще появляются апноэ: чаще у недоношенных, которые родились до 29 недели беременности, 1/2 детей в период 30 – 31 недели беременности и 1/10 детей, рожденных позже.

Почему возникает апноэ?

У недоношенных детей основная причина апноэ - недостаточное развитие нервной системы:

- Дыхательный центр, расположенный в стволе головного мозга, незрелый
- Механизм, регулирующий дыхание, незрелый
- Защитные рефлексы (кашель, чихание), рефлексы питания (сосание, глотание), рефлексы сердечно-сосудистой системы (регуляция кровяного давления), связанные с продолговатым мозгом, недостаточно активны и их деятельность некоординированна
- Гипотония
- Апноэ у недоношенных чаще появляется во время сна. При смене фазы сна (быстрый или глубокий сон) активность дыхания может колебаться. Недоношенный ребенок спит 4/5 суток. Поэтому риск появления апноэ у него больше.

Апноэ может быть симптомом какого-то заболевания или болезненного состояния.

Причины возникновения апноэ:

- Нарушения центральной нервной системы – например, кровоизлияния, судороги, кислородная недостаточность, лекарства, которые использует мать
- Нарушения дыхательной системы – сепсис, воспаление мозговых оболочек, воспаление легких, воспаление кишечника
- Сердечно-сосудистые нарушения – низкое кровяное давление, открытый артериальный проток, анемия и т.д.
- Нарушения пищеварительной системы – неправильная техника кормления, регургитация (ГЭР)
- Нарушения обмена веществ – низкое содержание сахара или кальция в крови, высокая или низкая температура тела

Апноэ, которое возникает в первый день жизни, всегда является симптомом заболевания и требует выяснения причины.

Проходит ли апноэ у недоношенных детей?

С возрастом дыхание ребенка становится регулярным. Опасность появления апноэ исчезает после 34 – 36 недели беременности.

Метод лечения апноэ зависит от механизмов возникновения. Используют:

- Лекарства, стимулирующие дыхание (теофиллин, аминофиллин или кофеин)
- СРАР или создание постоянного положительного давления в дыхательных путях при использовании непрерывного потока газовой смеси через носовые канюли
- Тактильная стимуляция
- В тяжелых случаях искусственная вентиляция легких
- Лечение основного заболевания (антибиотики, переливание эритроцитарной массы и т.д.)

Важно обеспечить нормальную температуру тела, во время ухода избегать методов, которые могут вызвать апноэ, например, кормление из бутылки (кормление осуществляют через назогастральный зонд, внутривенно), желательное положение на животе и т.д. Все недоношенные дети, у которых есть риск появления апноэ, требуют контроля за частотой сердечных сокращений и содержания кислорода в крови (сатурация). При задержке дыхания монитор начинает «кричать».

Что происходит, если монитор «кричит»?

- Сестра смотрит, есть ли у ребенка апноэ? Задержка дыхания? Изменение кожных покровов? брадикардия? или это ложный сигнал, который может появиться при движении малыша
- При необходимости сестра тормозит ребенка, тем самым стимулируя его дыхание
- Если изменяется окраска кожных покровов, то сестра дает ребенку кислород дополнительно через маску
- Если ребенок не дышит, то необходимо использовать методы искусственного дыхания с помощью мешка или маски или перевести на аппарат искусственной вентиляции

Может ли снова возникнуть апноэ, если оно прошло?

Апноэ недоношенных детей связано с их незрелостью. Когда ребенок достигает возраста доношенного ребенка (40 недели беременности), то апноэ исчезают и больше не появляются. Если у ребенка задержки дыхания возникают позже, то это не апноэ. В этом случае причина иная, и необходимо проконсультироваться с врачом.

Контроль здоровья недоношенных детей на их первом и втором году жизни

Лийз Тооме - детский врач

У недоношенных детей риск появления нарушений развития в более позднем возрасте повышен из-за незрелости их организма и заболеваний в период новорожденности. Поэтому после первоначального лечения в больнице следующий контроль таких детей осуществляется в центрах здоровья новорожденных, относящихся к группе риска. Цель такого контроля – предупреждение и раннее выявление нарушений развития и роста ребенка, их своевременное лечение.

Команда детской клиники Тартуского Университета и Таллиннской Детской Больницы, которая принимала участие в лечении ребенка, наблюдает дальше за ростом и развитием ребенка и поддерживает его адаптацию в домашних условиях.

К группе риска новорожденных в центрах здоровья Эстонии относятся:

- Все недоношенные дети, рожденные до 32 недели беременности
- Зрелые недоношенные дети, которые перенесли тяжелое заболевание (например, бронхопульмональная дисплазия, III – IV межжелудочковая гемморагия, перивентрикулярная лейкомаляция, сепсис, внутриутробная инфекция) и у которых увеличивается риск нарушения развития хронического заболевания

При выписке недоношенного ребенка домой лечащий доктор решает, необходимо ли ему дальнейшее наблюдение педиатра и других специалистов в центрах здоровья для новорожденных из группы риска, и при необходимости составляет индивидуальный план наблюдения за ребенком.

Контроль здоровья глубоко недоношенных детей

В центрах здоровья новорожденных из группы риска ребенка в возрасте 0, 2, 4, 6, 9 и 12 месяцев жизни (корректированный возраст) наблюдают педиатр и физиотерапевт. Во время приема детский врач оценивает общее развитие ребенка, рост, консультирует в отношении питания, вакцинации, отвечает на вопросы, связанные с анемией и рахитом, осуществляет необходимые методы исследования, назначает лечение и координирует программу наблюдения. Физиотерапевт оценивает моторное развитие ребенка и консультирует родителей в отношении занятий в домашних условиях.

При появлении нарушений педиатр направляет ребенка на консультацию к специалисту.

Семейный врач параллельно с детским врачом наблюдает за ростом и развитием ребенка, консультирует в отношении ухода, питания, избегания несчастных случаев, вакцинирует и наблюдает за психосоциальным состоянием семьи. При заболевании ребенка им занимается семейный врач.

При **наблюдении за глубоко недоношенными** детьми **необходимо корректировать возраст до 2 года жизни**. При **вакцинировании необходимо учитывать календарный возраст ребенка**. Но график может зависеть от начала вакцинирования. Необходимо следить за промежутком между вакцинациями.

Контроль здоровья глубоко недоношенного ребенка в центре новорожденных из группы риска

Корректированный возраст	Консультация/специалиста/цель/исследования
40 гн или 0 месяцев	<p>Детский врач, физиотерапевт</p> <p>Офтальмолог – скрининг ретинопатии (по необходимости)</p> <p>Исследования (если еще не сделаны в больнице)</p> <ul style="list-style-type: none"> - скрининг слуха - УЗИ тазобедренных суставов - УЗИ мозга, желательны МРТ мозга на 40 GN
2 месяца	Детский врач, физиотерапевт
4 месяца	<p>Детский врач, физиотерапевт</p> <p>Исследования, при необходимости рентген тазобедренных суставов</p>
6 месяца	детский врач, физиотерапевт
6–9 месяц (календарный возраст)	Повторный контроль слуха
9 месяцев	Детский врач, физиотерапевт
12 месяцев	<p>Детский врач, физиотерапевт</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценка роста и развития ребенка на первом году жизни и дальнейшее наблюдение до 2 года жизни <p>Детский невролог</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценка психомоторного развития ребенка, диагностика и лечение заболеваний нервной системы, при необходимости создание плана дальнейшего вмешательства <p>Клинический психолог (по необходимости) или логопед</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценка когнитивного, социального и эмоционального развития (Bayley тест) <p>Офтальмолог</p>
18 месяцев	<p>Детский невролог (по необходимости)</p> <ul style="list-style-type: none"> - неврологический осмотр вместе с оценкой развития ребенка и развитием моторики, диагностика и лечение заболеваний нервной системы <p>Физиотерапевт</p> <p>Офтальмолог</p>
24 месяца	<p>Детский врач</p> <p>Детский невролог</p> <ul style="list-style-type: none"> - диагностика и лечение заболеваний нервной системы, при необходимости создание индивидуальной программы развития <p>Физиотерапевт</p> <p>Клинический психолог</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценка когнитивного и социального развития (Bayley тест) <p>Логопед</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценка развития речи и общения <p>Офтальмолог</p>
Общая оценка	

Длительность программы наблюдения за новорожденными из группы риска минимально 2 года. В возрасте 2 лет (корректированный) команда специалистов (детский врач, невролог, клинический психолог и логопед) на основе данных осмотра, тестов развития и предварительных исследований определяет, достиг ли глубоко недоношенный ребенок уровня развития доношенного ребенка, и необходимо ли ему дальнейшее наблюдение со стороны различных специалистов и лечение.

Чего ждет недоношенный ребенок от родителей?

Помогите мне – тогда я сам смогу себе помочь – хочу расти и развиваться, быть частичкой чуда под названием жизнь.

Ребенок ждет от вас:

- Домашнего тепла, ласки, внимания и большой любви
- Физического контакта – обнимание
- Защиты и надежности
- Песен, разговоров о происходящем
- Правильного питания
- Защиты против инфекций
- Веселых игр, способствующих развитию
- Эмоционального общения
- Признания, смелости и честности
- Подходящих книжек и музыки
- Терпения и оптимизма
- Правильного режима дня
- Ритуал вечернего сна: сон в 9 вечера, до этого поглаживания, купание, кормление, также чтение сказок, пение в колыбельной

Ему не подходят:

- Многие современные сообразительные игры. Подходят простые игрушки.
- Ходунки, которые могут вызвать травмы и замедлить развитие (сидение, хождение)
- Громкая и непонятная музыка.
- Духовному развитию способствует классическая инструментальная музыка (1-3 инструмента), особенно нравится слушать Моцарта
- Времяпрепровождение у телевизора и компьютера

Недоношенный ребенок – ведение здоровья и болезни

Руководство для родителей

Финансированно из бюджета страхового фонда.
Бесплатно.

Руководства составлены врачами/специалистами Детской клиники ЦУ Клиникума ТУ

Составление

Анне Ормиссон
Марья-Лийз Мяги
Хейли Варенди
Лийз Тооме

Фото

Юлле Утсал

Перевод

Анна Воробьева
Георгий Неллис

Печать

ECOPRINT

