

# ТЕМА: НЕДОНОШЕННЫЙ НОВОРОЖДЕННЫЙ РЕБЕНОК

## ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Определение
2. Причины преждевременного рождения.
3. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка
4. Организация медицинской помощи
5. Особенности ухода
6. Вскармливание недоношенного ребенка
7. Выхаживание в домашних условиях
8. Особенности развития
9. Профилактика
10. Медико-психологические проблемы в работе с

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ



По определению ВОЗ, недоношенный ребенок – это ребенок, родившийся живым в сроки с 22-й по 37-ю неделю внутриутробного развития, с массой тела менее 2500г. и длиной менее 45 см. Жизнеспособным считают новорожденного с массой тела при рождении более 500г, сделавшего хотя бы 1 вдох. Живым считается ребенок, который при рождении имеет дыхание, или сердцебиение, или есть пульсация пуповины.

Степень зрелости новорожденного зависит от его способности жить внеутробно и адаптироваться к условиям внешней среды, основным показателем зрелости плода является гестационный возраст.

# Недоношенные дети

- **классификация степени недоношенности по гестационному возрасту к моменту рождения:**

I степень – 37 – 35 недель беременности

II степень - 34 – 32 недели беременности

III степень – 31 -29 недель беременности

IV степень – менее 29 недель беременности



- **классификация степени недоношенности по массе тела:**

I степень: масса тела ребенка - 2500 - 2001 г

II степень: масса тела ребенка – 2000 - 1500 г

III степень: масса тела ребенка - 1500 -1001г

IV степень: масса тела ребенка - 1000 г и меньше

- **характеристика новорожденных по массе тела** (приказ МЗРФ № 318 от 04.12.92) **дети с низкой массой тела при рождении (2500 – 1500г)**

**дети с очень низкой массой тела при рождении (1499 – 1000г)**

**дети с экстремально низкой массой тела (менее 1000г)**



# Зрелость новорожденного:

- ▶ Зрелость недоношенного ребенка зависит от гестационного внутриутробного возраста и веса тела при рождении. Выделяют 4 степени недоношенности или зрелости детей.
- ▶ При недоношенности I степени вес тела ребенка становит 2001—2500 г, II — 1501—2000 г, III — 1001—1500 г, IV — 1000 г и меньше. Недоношенных детей III и IV степени называют глубоконедоношенными. Для выхаживания их необходимы особенные условия.

## Степени недоношенности

Степень недоношенности	Срок гестации	Масса при рождении
1 степень	37-35 недель	2500- 2001г
2 степень	34-32 недели	2000- 1501г
3 степень	31-29 недель	1500- 1001
4 степень	До 29 недель	1000 и менее



# ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

## Материнские:

- возраст (до 18 лет и старше 30 лет, рост менее 150 см., масса тела ниже 45 кг.);
- тяжелые соматические и инфекционные заболевания матери;
- генетическая предрасположенность;
- аномалии развития женской половой сферы:
- отягощенный акушерский анамнез (частые аборты, короткие интервалы между родами, многоплодная беременность, привычные выкидыши и т.д.);
- физические и психические травмы;
- бесконтрольный прием медикаментов.

## Социально-экономические факторы:

- профессиональные вредности
- вредные привычки
- нежелательная беременность
- низкий социальный статус (плохое питание, не удовлетворительные жилищно-бытовые условия).

# Плодовые факторы риска

- Генетически «маленький» ребёнок
- Хромосомные болезни плода
- Врождённые пороки развития, особенно ЦНС и скелета
- Врождённые инфекции (краснуха и ЦМВ)
- Многоплодие



# Анатомо-физиологическая характеристика недоношенного ребенка.

- Тело непропорционально, конечности и шея короткие
- Голова большая, составляет  $1/3$  от длины, кости черепа мягкие, швы открыты, открыты роднички латеральные.
- Лицо маленькое, треугольное, рот большой, подбородок острый
- Шея тонкая
- Грудная клетка узкая



# Признаки недоношенности

- кожа красного цвета, тонкая, морщинистая, обильно покрыта пушком (лануго), подкожно жировой слой не выражен, мышечный тонус снижен.
- кости черепа мягкие, податливые, подвижные, швы и роднички открыты;
- ушные раковины мягкие, круглые, плотно прижаты к голове;
- ареолы и соски грудных желез недоразвиты или отсутствуют;
- ногти на пальцах рук и ног тонкие, не достигают краев ногтевого ложа;
- пупочное кольцо расположено в нижней трети живота;
- у девочек большие половые губы не прикрывают малые, половая щель зияет;
- у мальчиков – яички не опущены в мошонку.



## **Функциональные признаки недоношенного новорожденного.**

Характерны:

- вялость,
- сонливость,
- снижение мышечного тонуса (мышечная гипотония и гипорефлексия),
- слабый крик или писк,
- недоразвитие или отсутствие глотательного, сосательного рефлексов,
- несовершенство терморегуляции.

Реакции на различные раздражения отличаются:

генерализованностью,  
слабостью активного торможения,  
иррадиацией процесса возбуждения.



Незрелость коры обуславливает преобладание подкорковой деятельности:

движения хаотичны, могут отмечаться вздрагивания, тремор рук, клонус стоп.



# Сестринский уход

## Этапы выхаживания недоношенных детей

Основные принципы ухода за недоношенными детьми:

- ✓ создание комфортных условий;
- ✓ профилактика инфицирования;
- ✓ организация естественного вскармливания;
- ✓ динамический уход.



I этап выхаживания недоношенного ребенка – интенсивная терапия в роддоме

II этап. Наблюдение и лечение в специализированном отделении для недоношенных детей

III этап. Динамическое наблюдение в условиях детской поликлиники.

# Помощь недоношенным оказывается поэтапно:

Основная цель 1 этапа – сохранить жизнь ребенку

II этап – основные направления работы - лечебно-реабилитационные. Борьба с гипоксией, с нарушениями мозговой гемодинамики, желтухи, пневмопатии, профилактику анемии, рахита.

К выписке из отделения подходят индивидуально:

отсутствие заболеваний, масса ребенка, нормальный уровень гемоглобина



## ОСОБЕННОСТИ УХОДА:

- Создание комфортных микроклиматических условий. Охлаждение недоношенного в роддоме может обречь на неудачу весь уход за ним.
- Дети с массой более 2000 г. помещаются в кровати и согреваются 3-мя грелками. Температура воздуха 24-26°.
- Дети с массой 1500 – 2000 г. помещаются в специальные кровати с обогревом и дополнительной оксигенацией «Беби-терм», «Амитерм».
- Дети глубоконедоношенные с массой тела 1500 г. и ниже выхаживаются в кувезах, где температура от 32 до 36°, влажность воздуха в первые сутки до 90%, затем 60-50%, концентрация увлажнительного кислорода около 30%. Уровень оксигенации подбирается индивидуально; целесообразно обеспечить минимальную избыточную концентрацию кислорода, когда исчезает цианоз кожи и слизистых, низкая двигательная активность, редкое дыхание с апноэ, брадикардия. Концентрация кислорода более 38% создавать не рекомендуется из-за возможного поражения легких, сетчатки глаз и ЦНС.
- Дезинфекция и смена кувеза проводится через 2-3 дня.
- Для дополнительного обогрева используют кровати с обогревом, термоматрац, термозащитная пленка, пеленальные столы с обогревом, лампы лучистого тепла «Амеда».

Ограничение болевых раздражителей, охрана сна ребенка, бережное проведение туалета и манипуляций, строгое соблюдение очередности диагностических и лечебных процедур.

# СПОСОБЫ КОРМЛЕНИЯ

- 1. При наличии глотательного и сосательного рефлексов и в удовлетворительном состоянии можно кормить ч/з 3-4 часа после рождения – прикладывать к груди или кормить из бутылочки.
- 2. При наличии глотательного и отсутствии сосательного рефлекса ребенка можно кормить из ложечки.
- 3. При отсутствии рефлексов ребенка кормят через назо- или орогостральный зонд. Во избежание развития пролежней и инфицирования зонд рекомендуется менять через 2 суток. Введение молока можно проводить капельное, через специальные шприцевые перфьюзеры (автоматические дозаторы «Линсомат» и др.)
- Глубоко недоношенным детям, детям с дыхательными расстройствами, угнетением центральной нервной системы в первые часы назначается парентеральное питание: 10%, а затем 5% раствор глюкозы, аминокислоты,

# РАСЧЕТ МОЛОКА

Количество молока на одно кормление:

в 1-й день жизни составляет 5-10 мл.

на 2-й день жизни составляет 10-15 мл.

на 3-й день жизни составляет 15-20 мл.

С 3 до 10 -ого дня суточный объем пищи рассчитывается по формуле

Ромелля:

$(10+n) \times M/100$ , где n – число дней, M – масса тела ребенка.

С 11 до 21 -го дня суточный объем пищи равен – 1/7 массы тела.

С 21 -го дня – 1/5 массы тела.

Калорийный метод расчета:

- до 10-го дня  $V_{\text{сут.}} = (10 \times n)$  ккал/кг массы, где n-число дней.

- до 14 дня жизни = 120 ккал/кг.

- к 1 месяцу – 140 ккал/кг.

Калорийность 100 мл. грудного молока составляет 70 ккал (молозиво -140 ккал).

Частота приема пищи зависит от способа кормления, способности ребенка удерживать в желудке молоко (от 7-8 до 10 раз).

# КРИТЕРИИ ВЫПИСКИ НЕДОНОШЕННОГО ИЗ СТАЦИОНАРА.

1. Масса тела должна быть не менее при постоянной положительной динамике.
2. Способность удерживать постоянную температуру тела.
3. Наличие физиологических рефлексов
4. Устойчивость работы всех жизненно важных систем.



## Уход за недоношенными детьми на участке:

- ▶ Наблюдение за недоношенными детьми на участке должно проводиться участковым педиатром с помощью патронажной сестры. Детей, вес которых при рождении ниже 1700 г, медицинская сестра посещает 4 раза в месяц к возрасту 7 месяцев, детей с весом тела больше 1700 г — дважды в месяц к 4-м месяцам, а дальше — раз в месяц.

# III ЭТАП – ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

## Задачи:

1. Оценка состояния физического и психического здоровья ребенка.
2. Оценка состояния соматического и психического здоровья матери.
3. Оценка социально-экономических условий жизни семьи.
4. Обучение членов семьи правилам ухода, организации рационального режима и питания, методам закаливания, воспитания.

# ВОЗМОЖНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОДИТЕЛЕЙ РЕБЕНКА

- стресс и переживание в связи с преждевременными родами
- чувство беспомощности
- беспокойство и тревога за ребенка
- высокий риск развития гипогалактии
- дефицит семейной поддержки
- отсутствие молока у матери
- поиски виновных в преждевременном рождении ребенка.

# Особенности развития недоношенных детей.

- Физическое развитие характеризуется более высокими темпами в течение первого года жизни по сравнению с детьми, родившимися в срок.
- Несмотря на высокие темпы развития в первые 2-3 года жизни недоношенные дети по показателям массы и длины отстают от сверстников. В первые 1,5 года темпы психомоторного развития недоношенных детей задержаны.
- 
- **ПРОГНОЗ:**
- Существует много проблем, связанных с выхаживанием и последующим развитием нервной системы у детей с массой тела ниже 1000 г. и сроком гестации менее 29 недель.
- Смертность остается высокой, как и частота нарушений нервной системы и инвалидизации (детский церебральный паралич, дефекты зрения – 25%, слуха – 4%, задержка умственного развития); частые неврологические нарушения – вегетососудистая дистония, судороги, неустойчивое психическое состояние, беспокойство, бессонница и др.



# Профилактика

- ▣ 1. Охрана здоровья будущих матерей.
- ▣ 2. Осознанное планирование беременности.
- ▣ 3. Соблюдение культуры половой жизни.
- ▣ 4. Создание благоприятных условий для протекания беременности.
- ▣ 5. Регулярное наблюдение за беременной в женской консультации
- ▣ 6. Отказ от вредных привычек.
- ▣ 7. Оздоровление девочек – будущих матерей.

# МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В РАБОТЕ С НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ

Беспокойство родителей может смениться раздражением, направленным против ребенка. Недоношенные дети часто испытывают жестокое обращение со стороны родителей.

- Первое препятствие заключается в необходимости примирения с фактом рождения недоношенного ребенка, нуждающегося в интенсивном уходе.
- Второй задачей является установление активных отношений с ребенком.
- И третье – научиться смотреть на недоношенность своего ребенка как на временное

Процесс формирования привязанности к ребенку начинается в родильном доме. Эмоциональная дистанция между матерью и ребенком, обусловленная страхом возможной смерти ребенка увеличивается под влиянием его внешнего вида. Многие родители находят сходство у недоношенных детей с животными. Матери необходимо помочь ощутить реальность своего ребенка.

В настоящее время в отделениях недоношенных разрешают матери ухаживать за ребенком, дают матери взять ребенка на руки, приложить к груди в позе «Кенгуру», Контакт родителей с детьми пробуждает привязанность, ребенок чувствует себя любимым, обретает чувство безопасности. Основная роль медицинской сестры заключается в

