

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" МЗ РФ
Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Таранушенко Т.Е.

Проверил: к.м.н., доцент Чистякова И.Н.

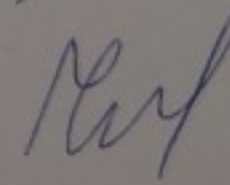
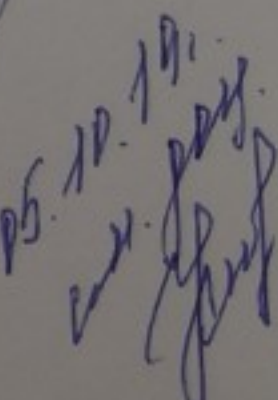
Реферат

На тему: «Порядок наблюдения недоношенных детей на амбулаторно-
поликлиническом этапе»

Выполнила:

врач-ординатор Волкова В.В.

Красноярск, 2019 г.

Син ⁷⁷⁰ 
РБ. 10. 191. 

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" МЗ РФ
Кафедра педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., проф. Таранушенко Т.Е.

Проверил: к.м.н., доцент Чистякова И.Н.

Реферат

На тему: «Порядок наблюдения недоношенных детей на амбулаторно-
поликлиническом этапе»

Выполнила:
врач-ординатор Волкова В.В.

Красноярск, 2019 г.

Содержание

1. Список сокращений.....	3
2. Введение.....	4
3. Порядок наблюдения недоношенных детей в амбулаторных условиях.....	5
4. Кабинет катамнеза.....	11
5. Список литературы.....	12

Список сокращений

ЭНМТ – экстремально низкая масса тела

ОНМТ – очень низкая масса тела

ГВ – грудное вскармливание

НПР – нервно-психическое развитие

БЦЖ-М - сокр от Бацилла Кальмета—Герена, фр. *Bacillus Calmette—Guérin*,

BCG — вакцина против туберкулёза, содержащая вдвое меньше антигена

Введение

Период новорожденности можно назвать самым ответственным периодом в жизни ребенка. Участковому педиатру важно определить состояние здоровья ребенка при поступлении под наблюдение детской поликлиники. При оценке меры здоровья необходимо учитывать все факторы антенатального, интранатального и раннего неонатального периодов. Так как в периоде новорожденности могут выявиться многие заболевания и состояния, связанные с патологией этих периодов. Особый контингент риска составляют недоношенные и маловесные дети. Поэтому очень важно знать особенности их развития, а также методы лечения и профилактики заболеваний. Дальнейшее состояние здоровья ребенка, в определенной мере, будет зависеть от качества наблюдения и выполнения всех рекомендаций участкового педиатра.

Недоношенный ребёнок имеет срок гестации менее 37 полных недель, и требует пристального внимания, а в процессе его выхаживания нередко возникает ряд проблем. Прежде всего это относится к детям, родившимся с массой тела 1500 г и меньше (с очень низкой массой тела - ОНМТ) и, особенно менее 1000 г (с экстремально низкой массой тела - ЭНМТ).

К сожалению, на современном этапе практическое здравоохранение испытывает трудности с ведением недоношенных детей в амбулаторных условиях. Развитие технологий выхаживания глубоконедоношенных детей привело к появлению ряда болезней, не наблюдавшихся ранее в практике педиатров, которые существенно ухудшают состояние ребенка в остром и отдаленном периодах. На сегодняшний день перед первичным звеном поставлена цель - раннее выявление заболеваний у недоношенных детей, лечение осложнений, консультация родителей, динамическая оценка двигательного, когнитивного развития, зрения и слуха, и, по возможности, предупреждение инвалидности.

Порядок наблюдения недоношенных детей в амбулаторных условиях

На данном этапе развития медицины определены основные критерии выписки недоношенного ребенка, родившегося с ЭНМТ или с ОНМТ, из стационара:

1. Вес ребенка 1800 - 2000 г. и более;
2. Сохранение стабильной температуры тела при нахождении ребенка в кровати; он может поддерживать температуру тела в открытой кровати в течение, как минимум, 24-48 час;
3. Самостоятельное сосание (из груди или бутылочки), ребенок не требует дополнительного парентерального питания;
4. Признаки устойчивого увеличения веса, после выписки из стационара ежедневная прибавка веса 20-30 г.;
5. Отсутствие необходимости в терапии, требующей пребывания в стационаре;
6. Отсутствие кислородозависимости;
7. Отсутствие серьезных изменений в состоянии ребенка при отмене или изменении доз ранее получаемых лекарственных препаратов.

Кроме того, при планировании выписки ребенка со второго этапа выхаживания необходимо учитывать возможность оказания медицинской помощи в домашних условиях, если таковая необходима, и подтверждение того, что родители могут обеспечить основные физиологические потребности ребенка.

Недоношенные дети, родившиеся при сроке 34-37 недели выписываются из роддома на 7-10 день жизни при условии полного здоровья. Средняя же продолжительность нахождения ребенка на 2 этапе выхаживания составляет при меньших сроках гестации до месяца и более.

На всех детей, выписанных из стационара, в детской поликлинике оформляется история развития ребенка (форма №112/у).

Первый врачебно-сестринский патронаж к недоношенному ребенку проводится в первый день. Повторные посещения проводятся врачом 1 раз в неделю. Для детей из групп риска и с сопутствующими заболеваниями возможен более частый контроль. Примерный план наблюдения представлен в таблице № 1.

При первичном патронаже к недоношенному участковый педиатр:

- уточняет, оценивает (биологический, генеалогический, социальный) или собирает его – при отсутствии дородовых патронажей;
- анализирует данные обменной карты;
- проводит объективное исследование ребенка.

Антропометрия и анализ динамики физического развития проводится при каждом посещении ребенка. При осмотре уделяется внимание состоянию кожи, пупочного кольца и пупочной ранки, состоянию слизистых оболочек, костно-мышечной системы, половых органов, наличию стигм дизэмбриогенеза. Определяется состояние внутренних органов для выявления возможных аномалий развития, функциональных и патологических состояний. Определяется уровень физического и нервно-психического развития (наличие физиологических безусловных, патологических рефлексов), выставляется диагноз и группа здоровья ребенка, группы риска на период новорожденности. Данные первично-сестринского патронажа оформляются согласно приложениям 1,2 в истории развития ребенка.

При последующих осмотрах на дому оценивается адаптация ребенка к условиям жизни, состояние его здоровья, динамика массы тела, особенности поведения и НПР, контролируется соблюдение правил ухода и вскармливания.

Медицинская сестра посещает ребенка в сроки, установленные врачом.

Таблица 1. План наблюдения недоношенных детей педиатром на первом году жизни.

Возраст	Вид работы	Кратность осмотра
К моменту выписки (первичный осмотр)	Диагностика отклонений в раннем онтогенезе и прогноз состояния здоровья (генеалогический, биологический, социальный анамнез, группа риска, прогноз состояния здоровья, направленность риска). Оценка сведений за период, предшествующий осмотру. Оценка физического и	Первый день после выписки

	нервно-психического развития. Клиническая оценка ребенка. Расчет объема питания, подбор оптимального вида вскармливания, составить режим питания ребенка. Оценка социально-бытовых условий (температура воздуха, влажность, освещенность, возможность проведения гигиенических процедур и т.д.). Коррекция медикаментозной терапии, рекомендованная на 2-м этапе выхаживания	
2—4-я нед после выписки	Оценка сведений за период, предшествующий осмотру. Оценка физического и нервно-психического развития. Клиническая оценка ребенка. Коррекция питания. Консультация узких специалистов (невролог, окулист и остальные врачи при необходимости), параклинические и инструментальные методы обследования. Коррекция медикаментозной терапии, назначение витаминов и микроэлементов	Еженедельно (при необходимости чаще)
4—6-й мес	Оценка сведений за период, предшествующий осмотру. Оценка физического и нервно-психического развития. Клиническая оценка ребенка. Коррекция питания, введение прикормов (по индивидуальному графику). Консультация узких специалистов (невролог, окулист и остальные врачи при необходимости), параклинические и инструментальные методы обследования. Кратность осмотра и диагностических процедур определяется по индивидуальному графику. Мониторинг медикаментозной терапии. Вакцинация детей	1 раз в 2 недели
6-12 месяцев	Оценка сведений за период, предшествующий осмотру. Оценка физического и нервно-психического развития. Клиническая оценка ребенка. Расчет объема питания, продолжить введение прикормов, составить режим питания ребенка. Консультация узких специалистов, параклинические и инструментальные методы обследования. Кратность осмотра и диагностических процедур определяется по индивидуальному графику. Мониторинг медикаментозной терапии. Вакцинация детей	1 раз в месяц

В возрасте 1 месяца мать с ребенком приглашаются на профилактический прием в поликлинику. Дети недоношенные приглашаются на прием при достижении ими массы не менее 3,5 – 4 кг.

Для оценки соответствия физического развития и неврологического статуса истинной зрелости ребенка используется определение постконцептуального и скорректированного или скорректированного возраста, так как при сравнении ребенка по его постнатальному возрасту неизбежно будет выявлено отставание в развитии.

Врачебное наблюдение за недоношенными детьми в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних». Медицинские осмотры проводятся в объеме, предусмотренном перечнем исследований при проведении медицинских осмотров согласно приказа с целью раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций.

По показаниям (диагностированная ретинопатия, эндокринопатия, отставание в нервно-психическом развитии и т.д.) кратность осмотра специалистами может увеличиваться, а объем обследований расширяется в соответствии со стандартом нозологии.

По результатам осмотра педиатром медицинская документация ребенка (история развития) должна содержать следующие сведения:

- 1) данные анамнеза: перенесенные ранее заболевания (состояния), особенности вскармливания, наличие функциональных расстройств, сопутствующей патологии и т.д.; соблюдение и выполнение рекомендаций врачей-специалистов; оценка эффективности ранее назначенных и проводимых мероприятий

- 2) данные, полученные при проведении врачебного осмотра: объективные данные и результаты осмотров врачами-специалистами; при выявлении нарушений недоношенные дети находятся под индивидуальным наблюдением специалиста соответствующего профиля; результаты дополнительных консультаций и исследований; диагноз заболевания (состояния), выявленного (установленного) при осмотре;

- 3) оценка физического и нервно-психического развития;

- 4) группа состояния здоровья;

- 5) коррекция питания (расчет питания 1 раз в месяц), рекомендации по режиму дня, физическому развитию, иммунопрофилактике.

Необходимость вакцинации недоношенных и маловесных детей объясняется особой их склонностью к ряду инфекций и тяжестью их течения. Своевременная иммунопрофилактика недоношенных и маловесных детей стала возможна после доказательств важности и безопасности для них большинства существующих вакцин, в том числе родившихся до 30 недели ГВ, с экстремально низким весом. Недоношенные дети дают адекватный ответ на вакцины, а частота реакций и осложнений у них даже несколько ниже, чем у доношенных, поэтому они прививаются всеми вакцинами после стабилизации их состояния на фоне адекватной прибавки веса и при исключении противопоказаний. Вакцины вводят в обычных дозах.

Вакцинация от туберкулеза проводится БЦЖ-М недоношенным детям перед выпиской из отделений 2-го этапа выхаживания или после 2 мес. жизни с учетом реакции Манту, при условии достижения ребенком 2000 г. От гепатита В недоношенные с весом более 2000 г прививаются при рождении по стандартной схеме, менее же 2000 г. прививаются с возраста 1 месяца. Также рекомендуется вакцинация против респираторно-синцитиального вируса детям менее 35 недель гестации. Остальные вакцины вводятся в сроки через месяц после постановки БЦЖ-М, но не ранее, чем в 3 месяца. Необходимо рекомендовать родителям проводить дополнительную вакцинацию прививками, не входящим в основной календарь.

Учитывая морфофункциональную незрелость недоношенных детей, организация рационального вскармливания является достаточно сложной задачей для участкового педиатра. Как правило, к моменту выписки со 2-го этапа выхаживания у ребенка формируется удовлетворительный акт сосания. Рекомендуется режимное вскармливание детей с интервалами 3-3,5 ч (7-8 раз в сутки), в том числе и ночное время суток. Следует отказаться от свободного вскармливания в связи с неспособностью таких детей регулировать объем высосанного молока и высокой частотой перинатальной патологии. Наилучшей пищей для недоношенных новорожденных является материнское молоко, так как качественный и количественный состав его меняется в

зависимости от срока беременности, рекомендуется применение обогатителей грудного молока – фортификаторы, как возможность повысить энергоемкость питания ребенка.

При невозможности грудного вскармливания рекомендуется использование смеси, предназначенной для детей, родившихся недоношенными. В данных смесях содержится более высокая концентрация питательных веществ, чем в стандартных детских смесях, что позволяет улучшить прогноз дальнейшего развития. Вместе с тем, длительность применения специализированных смесей для недоношенных детей зависит от количества содержащегося в них белка. Если уровень белка не превышает 2,2 г/100 мл смеси, она может использоваться в полном объеме до достижения недоношенным ребенком массы тела 2500 г. Отмена специализированных продуктов и перевод недоношенных детей на стандартные смеси осуществляются постепенно. Введение стандартной смеси начинается постепенно, специализированный продукт не вытесняется полностью из рациона питания недоношенного ребенка, а сохраняется в определенном объеме (около 30%) на протяжении нескольких недель или месяцев. Расчет объема питания производится калорийным способом с учетом энергетической ценности как грудного молока, так и используемых специализированных смесей.

Своевременное введение прикорма является залогом успешного выхаживания недоношенного ребенка, особенно с экстремально низкой массой тела, обеспечивает ему гармоничное психофизическое развитие. Последовательность введения и характер пищевых добавок и блюд прикорма у недоношенных не имеет принципиальных различий с доношенными.

Также необходимо учитывать обменные нарушения у недоношенных детей, в частности развитие анемии недоношенных и рахита, поэтому тщательная и своевременная профилактика данных состояний должна выполняться участковым педиатром в каждом случае согласно национальных проектов и рекомендаций по ведению недоношенных.

Кабинет катамнеза

Одной из новых форм организации специализированной помощи в дополнение к амбулаторной помощи недоношенным детям является функционирование при перинатальном центре кабинета катамнестического наблюдения за детьми с ЭНМТ и ОНМТ при рождении, а так же за детьми, перенесшими тяжелую перинатальную патологию и нуждавшимися в проведении реанимации или хирургического вмешательства в периоде новорожденности.

Цель работы данного кабинета - осуществление в полном объеме медико-социальной реабилитации детей с перинатальной патологией. В комплекс проводимых мероприятий входят:

1. Регулярное динамическое наблюдение за развитием ребенка на протяжении 2 лет педиатром, прошедшим специальную подготовку по неонатологии.
2. Первичное обращение через 2 недели после выписки из стационара с проведением клинического осмотра, оценки физического и нервно-психического развития ребенка, тщательный анализ анамнестических данных, определение объема необходимого обследования.
3. Консультирование ребенка специалистами: невропатологом, хирургом, ортопедом, окулистом - при первичном обращении.
4. Использование в комплексе обследования современных клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики.
5. Разработка индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Амбулаторное наблюдение недоношенных детей с ЭНМТ и ОНМТ при рождении: учеб.-метод. пособие для системы послевуз. проф. образования участковых педиатров / Т. Е. Таранушенко, С. И. Устинова, Н. Г. Киселева [и др.]. – Красноярск : КрасГМУ, 2014. – 57 с.
2. Диспансерное наблюдение за недоношенными детьми на первом году жизни в детской поликлинике / Закиров И.И., Сафина А.И. – Вестник современной клинической медицины. 2013. – Т 6. № 1. – с. 68-76.
3. Катамнез детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела / Н.Б. Мерзлова, Ю.В. Курносов, Л.Н. Винокурова [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3-1. – С. 121-125.
4. Результаты выхаживания детей с экстремально низкой массой тела / Т.В. Коваленко, Л.Ю. Зернова, Н.В. Бабинцева - Практическая медицина. 2013. – № 6 (75). – с. 84-89.
5. Современные подходы к оказанию помощи новорожденным с экстремально низкой массой тела в условиях перинатального центра / Ю.А. Батман, Г.Л. Линчевский, Д.А. Бессонов // Архив клинической экспериментальной медицины. – 2010. – Т. 19, № 1. – С. 77-80.