

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА НЕОНАТОЛОГИИ

ЛЕКЦИЯ № 1

для студентов V курса

ТЕМА: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТОЛОГИИ

Ташкент - 2004

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Определение перинатологии Глоссарий терминов.
2. Современные задачи перинатологии в Узбекистане.
3. Факторы риска антенатальной патологии.
4. Группы риска новорожденных.
5. Задержка внутриутробного развития.

Неонатология - раздел педиатрии, наука о выхаживании новорожденных: изыскании оптимальных методов диагностики и лечения болезней у детей первых 4-х недель жизни, реабилитация больных новорожденных, создание условий в неонатальном периоде, необходимых для формирования состояния здоровья во всей последующей жизни человека.

Истоки неонатологии известны с глубокой древности. Рекомендации по основным разделам неонатологии описаны в трудах Аристотеля и Гипократа. Однако, выхаживанием новорожденных занимались акушеры и выживали только 10% родившихся детей. Надо отметить, что с течением времени появилось много научных трудов по выхаживанию новорожденных и оказанию экстренной помощи. Ученые акушеры внесли большой вклад в совершенствовании выхаживания новорожденных и в создании предпосылок для формирования неонатологии. И только в XX веке неонатология сформировалась как наука, интенсивно развивающаяся в последние годы. Рамки ее расширились и в настоящее время все чаще употребляется новый термин «перинатология», перинатальная патология, центры и др. Т.к наиболее эффективной является профилактика многих заболеваний в перинатальном периоде - это период с 28 недели внутриутробной жизни человека по 7-ые сутки жизни после рождения.

Изучение неонатологии невозможно без знания глоссария терминов рекомендованных ВОЗ.

Детская смертность - число детей, умерших в возрасте до 5 лет из 1000 живорожденных.

Младенческая смертность - число детей, умерших в возрасте до 1 года из 1000 живорожденных. В настоящее время 75-85% детской смертности составляет младенческая смертность.

Ранняя младенческая смертность (неонатальная) - число умерших детей в течении 28 суток жизни из 1000 живорожденных.

Ранняя неонатальная смертность - количество умерших детей в первые полные суток жизни (168 часов) на 1000 живорожденных (Если срок гестации не известен при весе >1000).

Перинатальная смертность - число мертворожденных (дети, родившиеся мертвыми при сроке беременности более 28 недель) + умершие в 1-ую недели жизни (6 дней 23 часа 59 минут) на 1000 родившихся живыми и мертвыми.

Живорождение - это удаление или изъятие из матери продукта зачатия который после отделения 1-дышит, 2-имеет сердцебиение, 3-пульсацию пупочных сосудов, 4-или спонтанное движение мышц. Достаточно наличие одного из 4-х признаков.

Ранняя смерть плода - смерть до окончания 20 полных недель беременности.

Промежуточная смерть плода - смерть после 20 недели до 28 недели.

Поздняя смерть плода - мертворождение, смерть после 28 недели беременности.

Недоношенный ребенок - ребенок родившийся при сроке менее 37 полных недель беременности (до 260 дня). Критерии роста и веса неточные и не могут являться достоверными.

Доношенный ребенок - родившийся при сроке беременности от 37 до 42 недель беременности, т.е. 260-294 днями беременности.

Переношенный ребенок - родившийся в 42 недели беременности или более т.е. на 295 день беременности и позже.

Низкая масса при рождении - ребенок любого гестационного возраста с весом менее 2500 г.

Очень низкая масса при рождении - ребенок любого срока гестации с весом менее 1500 г.

Экстремально низкая масса при рождении - дети любого срока гестации с весом менее 1000 г.

«Малый для гестационного возраста» - термин, замененный в настоящее время на «задержка внутриутробного развития».

«Большой для гестационного возраста» - ребенок, имеющий массу тела выше 90% центиля для его срока гестации (чаще всего дети от матерей с сахарным диабетом).

ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ - количество полных недель, прошедших между первым днем последней менструации и датой родов, независимо от завершения беременности - рождение живого ребенка или мертворождение.

Все вышеприведенные определения рекомендованы ВОЗ, но однако и здесь есть противоречия. Так как, согласно ВОЗ реанимация и статистика осуществляется всех живорожденных с массой тела более 500 г с 22 недели гестации. Эти дети мало или нежизнеспособны. За рубежом только 25-15% таких детей выживают, тогда как при массе 750-1000 г выживают до 50-75%.

На современном этапе неонатологическая служба характеризуется интеграцией в систему перинатальной службы. Основные рекомендации

ВОЗ в перинатологии, принятые в Бразилии в 1985 году следующие: (10 принципов Форталеза):

1. Здоровый новорожденный должен оставаться с матерью, когда это позволяет состояние их здоровья. Ни один процесс не оправдывает разлучение здорового новорожденного с матерью.
2. Следует поощрять грудное вскармливание, сразу в роддоме, через 30 минут после родов.
3. Нельзя, чтобы число кесаревых сечений в регионе превышало 10-15%.
4. Компьютерный электронный контроль проводить только в тщательно отобранных случаях и при спровоцированных родах.
5. Нет показаний к сбриванию волос на лобке и клизм перед родами.
6. Женщина сама должна выбрать положение в родах, во время схваток рекомендуется ходить.
7. Систематическое эпизиотомии не оправданы.
8. Не следует вызвать роды в целях удобства, не имея конкретных к этому показаний. Преморция спровоцированных родов не должна превышать 10%.
9. Во время родов следует избегать применения болеутоляющих и анестезирующих лекарств.
10. Разрыв мембраны не рекомендуется проводить, особенно на ранней стадии родов.

Вышеуказанные принципы перинатальной помощи предпочтительно решать в условиях перинатального центра.

В развитых зарубежных странах обязательно наличие:

1. Службы социальных работников, юристов в крупных стационарах.
2. Постоянная связь и работа с родственниками новорожденного общественностью и местными властями.

Общество региона должно понимать, знать условия труда стационаров, роддомов для того, чтобы финансировать медицинские учреждения. Все родители и новорожденные имеют право на общение с момента рождения.

Основными задачами научных исследований в области перинатологии в Узбекистане должен стать:

1. Программы по снижению материнской и перинатальной смертности, профилактику детской инвалидности, ибо 60-70% её причин связаны с перинатальным периодом.
2. Исследования по изучению экпатологии беременности, воздействия климато-географических факторов на адаптивные процессы здоровых и больных новорожденных.
3. Перинатальная диагностика врожденной и наследственной патологии, мониторинг состояния новорожденных и методы коррекции.
4. Профилактика и лечение неврологических осложнений у новорожденных.
5. Медико-социальные аспекты перинатологии.

6. Информатика и компьютеризация перинатальной службы.

7. Планирование семьи.

В Республике Узбекистан разработаны программы по всем этим направлениям.

Аntenатальная патология - подразумевает все виды отклонений нормального развития зародыша от момента образования зиготы до начала родов.

Одним из проявлений антенатальной патологии являются врожденные аномалии развития. По данным ВОЗ частота их встречаемости от 0,27 до 7,5% среди живорожденных. В структуре перинатальной смертности врожденные аномалии занимают 1-2е место.

Другой частый признак внутриутробной патологии - задержка внутриутробного развития, частота которых колеблется от 6,5 до 30% всех новорожденных.

Однако не всегда антенатальная патология может быть выявлена сразу при рождении, а значительно позже. В зависимости от сроков возникновения внутриутробной патологии различают следующие её формы:

Гаметопатии - патологические изменения в половых клетках до оплодотворения, Эта патология проявляется в виде прерывания беременности, наличия врожденных аномалий.

Бластопатии - поражение зиготы в первые 2 недели после оплодотворения, вызывающие прерывание беременности пороки развития с нарушениями формирования оси зародыша: циклопия, синрингомиелия, аплазия почек.

Эмбриопатии - поражение зародыша от момента прикрепления его к стенке матки(15 день оплодотворения до 75 дня), до сформирования плаценты, проявляющиеся прерыванием беременности, пороками развития отдельных органов и систем.

Фетопатии - болезни плода, возникающие с 76 дня(12 неделя внутриутробной жизни) до начала родов. Проявлением их является задержка внутриутробного развития, врожденные пороки с персистенцией эмбриональных структур: урахус, кишечный свищ, бластома в почке новорожденного, незаращение боталлового протока, овального отверстия, эмбриональных щелей, крипторхизм(сохранение первоначального расположения органов, гипо- и дисплазии некоторых органов и тканей: микроцефалия, гидроцефалия, избыточное разрастание соединительной ткани: фиброэластозы; врожденные болезни новорожденных: ГБН, гепатиты, циррозы, миокардиты, васкулиты, лейкопении... .

Фетопатии обуславливают преждевременные роды, асфиксию и наиболее часто являются причинами неонатальных болезней и смертности. И естественно решение проблемы как снижение перинатальной смертности, невозможно без выявления причин обусловивших возникновение (данных) выше указанных патологических состояний.

Среди основных причин значительная роль принадлежит соматическим заболеваниям матери (экстрагенитальная патология): болезни сердечно-сосудистой системы, хронические заболевания органов дыхания, болезни крови, почек. Все они вызывают нарушение маточно-плацентарного кровообращения. Система мать-плацента-плод нарушается. Интересно отметить высокую частоту поражения одноименных органов у матери и плода.

Эндокринопатии матери: являются фактором нарушения морфогенеза многих органов и чаще всего эндокринопатий у новорожденных.

Генитальная патология: акушерско-гинекологические осложнения: гестозы I и II половины, угрозы прерывание беременности... - могут обусловить задержку внутриутробного развития (ЗВУР), к травмированию мозга, спинного мозга и др. тканей.

Вредные внешние воздействия: физические, химические, лекарственные, биологические могут привести к патологии антенатального периода (ККАССР, Чернобыль..).

Наследственные факторы: По данным литературы 50-70% оплодотворенных яйцеклеток не развиваются, 90% причиной их гибели являются хромосомные мутации. Наследственная патология диагностируется у 4-6% новорожденных.

Тогда как только у 30-40% новорожденных можно установить большие пороки развития и из них у 2/3 - устанавливается наследственный генез. И вам ясно, почему мы ведем постоянно агитацию против кровнородственных браков, т.к. характер наследования у многих заболеваний мультифакториальный, могут носить и рецессивный характер наследования. Нотакые браки увеличивают % возможности рождения детей с аномалиями.

Возраст родителей: Установлено, что у детей, родившихся от юных матерей часто встречаются пороки дыхательной и опорно-двигательной системы (матери до 16 лет). У женщин старше 35 лет чаще рождаются дети с пороками ЦНС, аномалиями. У женщин в возрасте 35-45и > возрастают процент рождения детей с хромосомными абберациями (трисомия X, Дауна..).

По данным ВОЗ мутационный риск увеличивается и при возрасте отцов.

Перечисленные этиологические факторы нарушают маточно-плацентарное кровообращение и функции плаценты, что приводит к снижению обеспечения плода энергетическими субстратами, развивается недостаточность ее дыхательной функции. Как следствие развивается гипотрофия, длительная гипоксия плода, что обуславливает расстройства морфогенеза, ЗВУР. Необходимо помнить, что тератогенное действие повреждающих факторов зависит от срока гестации.

Иммунологические взаимоотношения в системе мать-плацента-плод включают как процесс стимуляции иммуногенеза, так и механизмы

иммунологической толерантности. Их нарушения - одно из центральных звеньев патогенеза многих форм патологии внутриутробного развития, недонашивания, иммунодефицитных состояний новорожденных и даже пороков развития.

Особую роль играют в перинатальной патологии эндотоксины кишечной флоры матери. При беременности часто обостряются хронические заболевания ЖКТ, повышается проницаемость кишечного барьера. Из кишечника матери в кровь поступают ЛПС (липополисахариды) кишечной микрофлоры, которые укорачивают длительность беременности, уменьшают массу тела новорожденного, нарушают морфогенез тимуса. Под воздействием ЛПС из тучных клеток выделяются биологически активные вещества, повышающие проницаемость плаценты, усиливающие транспорт через нее антигенов, антител и иммунокомпетентных клеток. Клиническим проявлением нарушений являются ЗВУР плода и гестозы беременности. Как видите насколько важна роль хронических заболеваний кишечника, дисбактериозов, питания беременных в развитии плода.

Нерациональное питание матери, злоупотребление животных белков, продуктов-аллергенов: мед, орехи, шоколад, яйца, сыр, цитрусы, коровье молоко - основа формирования аномалий конституции типа атопического, ЛПП (лимфатикогипопластического), экссудативного диатеза. Дефицит витаминов и микроэлементов в питании, т.е. недостаток овощей и фруктов, так же влияют на перинатальную патологию. Так ученые США установили, что обогащение пищи за 2 недели до беременности и 6 недель после зачатия достоверно уменьшают рождение детей с пороками нервной трубки.

Дети от матерей с сахарным диабетом (СД). У 1/3-1/2 женщин с СД беременность протекает с гестозами, развивается маточно-плацентарная недостаточность и плод развивается в условиях хронической гипоксии и соответственно у 1/3 детей развиваются «диабетическая фетопатия».

Перинатальная смертность детей с ДФ в 2-5 раз выше региональной. Хотя считается, что у выживших детей к 2-3 месяцам происходит полное обратное развитие, но у 1/3-1/4 детей в дальнейшем выявляют церебральные дисфункции, у 1/2 - сердечно-сосудистые нарушения, у 1/3 - нарушения углеводного обмена.

Дети от матерей с заболеваниями щитовидной железы часто рождаются с патологией щитовидной железы типа врожденного гипотиреоза и транзиторного нарушений. Особенно опасны для плода диффузно-токсическая форма зоба у матери, т.к. она приводит к аномалиям сердца, почек, микроцефалии, гидроцефалии и др. поражения. Поэтому диффузно-токсический зоб при беременности - показание к ее прерыванию. И только через 2 года после успешного лечения возможно разрешить матери рожать.

Алкогольная эмбриопатия. При злоупотреблении алкоголем отца в половых клетках еще до зачатия развиваются дистрофические изменения в половых клетках. При употреблении алкоголя матерью в 1-ые недели

беременности у зародыша развивается дефицит фолиевой кислоты, цинка, активация ПОЛ, нарушается плацентарное кровообращение, недостаток в крови алкогольдегидрогеназы. Как результат у детей от родителей алкоголиков отмечается ЗВУР, черепно-лицевой дисморфизм, врожденные пороки внутренних органов у 30-50%. Большинство детей с алкогольной эмбриопатией - девочки. Мальчики вероятно чаще погибают на самых ранних стадиях развития. В дальнейшем у детей отмечается задержка умственного развития, неврозы, агрессии, эпилепсия и т.п. На вскрытии детей находят тяжелые пороки развития мозга, сосудистых сплетений желудочков, мозжечка и др. Необходимо помнить, что не существует «безопасного» уровня алкоголя во время беременности и кормления грудью. В домах ребенка для детей с поражением ЦНС >70% дети от алкоголиков.

Табачный синдром плода развивается не только у активных курильщиц (> 5 сигарет в день), но и у пассивных. Достоверно установлено у женщин курильщиц увеличено число выкидышей, гестозов, недонашивания, ранней отслойки плаценты. У детей часто наблюдаются ЗВУР, гипоксия плода, увеличение риска перинатальной смертности и заболеваемости и в том числе угроза синдрома внезапной смерти особенно в первые 8 месяцев жизни. В 2 раза чаще рождаются дети с врожденными аномалиями.

Анологичное касается детей *от матерей с токсикоманией и наркоманией*. Число которых, к сожалению от уровня 80-х годов увеличилось в 2 раза. Те же проблемы имеют место при этом виде фетопатии: 1 недонашивание, гестозы, ЗВУР, энцефалопатии, асфиксии, легочная патология в раннем неонатальном периоде, высокий процент материнской и перинатальной смертности.

Опасен синдром абстиненции у новорожденных от матерей алкоголичек, наркоманок. Обычно он развивается в первые 72 часа, реже на 2-3 недели жизни. Он проявляется гипервозбудимостью, обильной потливостью, судорожным синдромом, вегетативными нарушениями, иногда с гипертермией, желтухой. Длительность его от нескольких дней до 2-3 недель. При сильном возбуждении у таких детей эффективно назначение фенobarбитала в 1 день до 20 мг/кг в 3 приема, и в последующем 4,5-5 мг/кг в сутки.

Промышленный синдром, выделение его обусловлено экологическими вредностями радиации, загрязнением окружающей среды, характеризуется поражением функции мозга и печени, ЗВУР, затруднение адаптации к внеутробной жизни.

Лекарственные эмбриофетопатии. В настоящее время известно около 5 млн лекарств, из них изучено 1600 по влиянию на беременных животных 55% оказались тератогенными. Взвешивание опасности болезни и лекарства, по поводу которой его назначают - обязательное условие лекарственной терапии во время беременности, особенно в первые 2 месяца. Имеет значение и длительность назначения медикамента, доза. Существует группа

препаратов эмбриотоксическое, тератогенное действие которых установлено: половые гормоны, противодиабетические, противотиреоидные, противоопухолевые, антималярийные. II группа препаратов - сведения о которых противоречивы: кортикостероиды, транквилизаторы, противотуберкулезные, салицилаты, сульфаниламиды, барбитураты, мочегонные, антигистаминные, препараты щитовидной железы. Лекарственные фетопатии могут проявиться в виде геморрагических синдромов новорожденных, гипербилирубинемии, асфиксию, гипотрофии, СДР, сердечная недостаточность.

В перинатологии уделяется большое значение антенатальной диагностики патологии плода.

Прямая диагностика:

1. УЗИ - с 3-х недельного срока.
2. Феоскопия, фетоамниография 23-26 недельного срока (введение контраста в околоплодные воды).
3. Кардиотокография (запись сердечных биопотенциалов в течении 30' с регистрацией движений плода и сокращений матки).
4. Исследование околоплодных вод, полученных с помощью амниоцентеза - в 17-23 недельном сроке, кордоцентеза - в 22-26 недельном сроке (с дальнейшим генетическим, биохимическим, гистохимическим исследованием) - определяют более 100 заболеваний.
5. Трансцервикальная биопсия хориона - в 7-9 недельном сроке.

Косвенные:

1. Определение в крови матери, околоплодных водах альфа-фетопротеина.

Амниоцентез и исследование околоплодных вод делают по показаниям:

1. Всем беременным женщинам старше 40 лет.
2. Предыдущая беременность заканчивается рождением или выкидышем ребенка с пороками развития или хромосомными аномалиями.
3. При наличии наследственных заболеваний в семье. Амниоцентез проводят на 17 неделе беременности после 24 недели можно диагностировать наследственные дефекты .

90% врожденных пороков обнаруживаются при беременности, которые относятся к группе риска. Отсюда крайне целесообразно проведение скрининга, выявляющего трудно диагностируемые аномалии плода. С помощью УЗИ можно обнаружить ЗВУР, пороки развития мозга, внутренних органов с 16-24 недели. После рождения ребенка за рубежом проводится массовый скрининг пуповинной крови на основные формы часто встречаемых аномалий: муковисцидоз - 1:2000, врожденный гипотиреоз -

1:3000, 1:6000, фенилкетонурия - 1:4500, 1:20000, адреногенитальный синдром - 1:10000, 1:15000, галактоземия - 1:14000-1:60000.

Учитывая какие факторы влияют на плод, видно что многие из них формируются еще у девочек. Мероприятия, направленные на рациональное физическое и половое воспитание девочек, создание детских гинекологических кабинетов, широкое медико-генетическое обследование - важные звенья профилактически антенатальной патологии.

Педиатр, терапевт, гинеколог должен непрерывно наблюдать за девочками и разработать индивидуальный комплекс оздоровительный мероприятий.

Так у плода с 5-5 1/2 месяца в/у развития у плода функционируют вкусовой, слуховой, вестибулярный и др. анализаторы с этого времени можно начать дородовое воспитание ребенка. Хорошая музыка, пение родителей, беседы с плодом, не сквернословить, питаться с удовольствием, качественно. Объясняются положительные и отрицательные факторы, влияющие на плод и роды. До 12 недели беременности определяют группы риска и разрабатывают план индивидуальной работы.

Основные явления, представляющие угрозу для жизни ребенка. Преждевременные роды, ЗВУР, родовые травмы, гипоксия плода.

Из анамнеза выявляют факторы риска:

1. Короткий промежуток между родами.
2. Возраст менее 20 и более 34.
3. Количество родов более 4.
4. Курение, хронические инфекции.
5. Низкий рост (менее 150 см).
6. Недостаток питания.
7. Близкие родственные связи.
8. Кровное родство.
9. Несовместимость крови.
10. Гипертензия.
11. Рождение ребенка с аномалиями.
12. Смерть ребенка в первый 7 дней.

Факторы риска в течении беременности.

1. Слишком малый или слишком большой прирост веса (6 кг соответственно >10-12 кг).
2. Анемия.
3. Повышенное А/Д (>140/85 мм.рт.ст.).
4. Аномальное увеличение матки.
5. Многоплодная беременность.
6. Многоводие.
7. Клинически узкий таз.
8. Аномальное предлежание.
9. Приращение плаценты.

10. Системные заболевания.

11. Маточные кровотечения.

Наличие этих факторов требует регулярного патронажа с направлением к специалисту и решению вопроса сохранения беременности. Таким образом, дородовая медицинская помощь ставит перед собой целью предоставление защиты, поддержки и лечения беременной и ее будущему ребенку.

Число дородовых осмотров не одинаково для всех женщин. На сегодняшний день ВОЗ рекомендует 8 осмотров - 2 осмотра до 32 недели и 6 для первородящих на последующих месяцах. И 6 - для уже рожавших. Таким образом, в лечении беременных важно избегать лекарств, рентгенологическое обследование по жизненным показаниям. Комплексное обследование женщин с беременностью высокого риска позволяет уточнить тактику ведения беременности и родов, а в ряде случаев дает основание прервать беременность.

ГРУППЫ РИСКА НОВОРОЖДЕННЫХ.

В Узбекистане 1 дородовой патронаж осуществляется на 10 день после поступления из женской консультации и 2-ой патронаж на 31-32 неделе беременности.

Первичный врачебный патронаж осуществляется в течении первых 3-х дней после выписки из роддома. При оценке состояния новорожденного педиатр определяет группу здоровья.

ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

I группа здоровые дети, рожденные от здоровых родителей, с оценкой по шкале Апгар 8-10 баллов, не болевшие в роддоме.

I группа здоровые дети, имевшие в роддоме особенности адаптации или легкие аномалии развития, не влияющие на функциональную деятельность ребенка.

II группа дети, имеющие факторы риска, связанные с беременностью и родами, в родословной которых есть наследственные предрасположенности.

II группа перенесшие внутриутробно, во время родов или первые дни жизни какое-либо заболевание и имеющие после выписки из родильного дома различные функциональные осложнения.

III группа новорожденные с оценкой по шкале Апгар 4-7 баллов, с наличием врожденной патологии.

III группа дети с тяжелой врожденной патологией с оценкой при рождении по шкале Апгар до 4 баллов.

ГРУППЫ РИСКА НОВОРОЖДЕННЫХ

I группа новорожденные с риском развития патологии ЦНС

II группа новорожденные с риском внутриутробного инфицирования

III группа детей с трофическими нарушениями и эндокринопатий

группа

IV новорожденные с риском развития врожденных пороков развития и наследственных заболеваний.

V новорожденные социального риска» (неудовлетворительные жилищно-бытовые условия)

Оптимально оценивать гестационный возраст ребенка по совокупности морфологических признаков и оценке нейромышечной зрелости по Болларду (1979 г).

Оценка морфологических критериев: производится в баллах 0, 1, 2, 3, 4, 5 по

- 1) коже
- 2) лануго
- 3) складки на стопе
- 4) грудные железы
- 5) ухо

6) гениталии (мужские и женские)

По сумме балла выставляется гестационный возраст.

Оценка нейромышечной зрелости: 0, 1, 2, 3, 4, 5 балл.

- 1) поза младенца в состоянии покоя на спине.
- 2) «Квадратное окно» - по сгибанию кисти и угол между кистью и предплечьем.
- 3) «Ответная реакция руки» - сгибание руки в локтевом суставе 5 секунд и отпустит.
- 4) «Подколенный угол» - у ребенка лежащего на спине в коленно-грудном положении, с разгибанием голеностопного сустава, измеряют подколенный угол.
- 5) Симптом шарфа - ребенок в положении на спине. Кисть заводится за шею противоположной стороны над плечом.
- 6) Притягивание пятки к уху.

ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ (ЗВУР)

ЗВУР диагностируют у детей, имеющих недостаточную массу тела при рождении по отношению к гестационному возрасту. Отстает на 2 и более недель от истинного гестационного возраста. Вес ниже 2500 г. Среди детей с малой массой при рождении выделяют 3 группы:

1. Недоношенные с массой тела соответственно гестационному возрасту.
2. Недоношенные с массой тела не соответствующие гестационному возрасту.
3. Доношенные (>37 нед) с массой на 10% центиля меньше нормального гестационного возраста.

Дети 2, 3 группы имеют ЗВУР. ЗВУР в 3 раза чаще встречается у недоношенных. Перинатальная смертность в группе детей со ЗВУР в 3-5 раз больше, чем среди региональная.

В этиологии ЗВУР выделяют 4 группы факторов риска.

1. Материнские - хронические заболевания матери и другие острые заболевания.
2. Плацентарные - недостаточная масса и поверхность плаценты.
3. Социально-биологические - низкий материальный и образовательный уровень матери.
4. Плодовые - многоплодная беременность, пороки развития.

У 40% ЗВУР причину выявить не удастся. У 10% детей со ЗВУР выявляют пороки развития, ЗВУР может возникать на разных сроках в/у жизни. Замечено: Если ребенок родился в срок с низкой массой, то фактор замедления развития действовал в последние 2-3 мес.

Если одновременно регистрируется дефицит роста и веса, но патологический фактор действовал во II триместре беременности.

I вариант называется гипотрофическим.

II вариант называется гипопластическим.

Причиной I типа ЗВУР является гестоз II половины, синдром недостаточности плаценты. Причиной II типа - многоводие, семейная маловесность, дефицит питания.

ЗВУР может сопровождаться и пороками развития. Это вариант ЗВУР - диспластический. Степень тяжести определяют по характеру пороков развития. Среди аномалий при ЗВУР по диспластическому типу наиболее часто обнаруживают трисомию, триплодию и др. хромосомные нарушения.

В классификации выделяют:

1. Этиологические факторы.
2. Клинические варианты.
3. Степень тяжести (легкая, средней тяжести, тяжелая).
4. Течение интранатального и неонатального периода (без осложнения или с осложнением и сопутствующие состояния).

При гипотрофическом типе ЗВУР а степень определения по дефициту длины тела и окружности головы по отношению к сроку гестации легкая - дефицит 1,5-2 сигмы, средне-тяжелая - > 2 по > 3 сигм, тяжелая - > 3 сигм.

В англоязычной терминологии этот I тип называется ассиметричным, II тип гипо- и диспластические - симметричным. Осложнение раннего неонатального периода у детей со ЗВУР является асфиксия, легочная гипертензия, гипертермия, полицитемия. В позднем периоде - аномалии, анемии, дисбактериоз, мальабсорбция, признаки энцефалопатии.

Гипотрофический вариант:

Склонны к потере веса, длительной транзиторной желтухе, медленному заживлению пупка. В крови низкий уровень глюкозы, Са. Для

детей с ЗВУР даже нормальные роды - травматичны. Поэтому у них часто развивается асфиксия, родовая травма головного и спинного мозга. Грубых дефектов мозга нет. Гипербилирубинемия в пределах 176-256 мкмоль/л уже приводит к ядерной желтухе.

Гипопластический тип:

Пропорционально сложены, маленькие. С единичными стигмами дизэмбриогенеза не более 3-4. Соотношение окружности головы и груди не нарушены. Склонны к охлаждению, полицитемии, СДР, гипервозбудимость, инфекция.

Диспластический вариант:

Проявление наследственной патологии нарушения телосложения, дизэмбриогенетические стигмы - > 5 стигм патология. Клиника зависит от этиологии, с тяжелыми неврологическими, обменными расстройствами. Таких детей должен осмотреть генетик. Стигмы: череп, лицо, глаза, уши, рот, шея, туловище, кости, стопы, половые органы, кожа.

ЛЕЧЕНИЕ

Осмотр в тепле, хорошо бы в кувезе с обогреванием. Кормить сцеженным молоком можно через 2 часа после рождения. Расчеты питания как у недоношенных. Медикаментозная: Всем детям с ЗВУР вводят витамин К - 1-2 мг., бифидумбактерин - 1 доз 2 раза в день, витамин Е - по 20мг/кг - при признаках СДР. Лечение проводят симптоматически: при гипогликемии - 20% глюкоза 2-4 мл/кг 1 сутки и далее 10% 80мл/кг/сут, при гипомагниемии - 25% р-р MgSO₄ 0,4 мл/кг, альбумин или плазму 10 мл/кг. Всех детей с ЗВУР II-III степени направляется в отделение патологии новорожденных, где они получают витамины А, В1, В6, В12, энцефабол, липоцеребрин. БЦЖ при массе тела 2500 г. ЗВУР I степени - достигают сверстников к 6 мес или году, ЗВУР II степени - к году, ЗВУР III степени - к 3-4 годам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология - руководство в 2-х томах. Н.П.Шабалов. Санкт-Петербург, 1995.
2. Неонатология. Н.П.Шабалова. Москва, 1988.
3. Дородовая медицинская помощь новорожденных. Основы охраны здоровья матери и ребенка. Книга № 2. ЮНИСЕФ, 1996.
4. Уход за новорожденным. Книга № 4. ЮНИСЕФ, 1996.
5. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 1996, 1997.
6. Педиатрия. Руководство. Н.Н.Володин (перевод с английского). Москва, 1997.
7. Перинатальная диагностика врожденных пороков развития и наследственных заболеваний плода. Ташкент, 1996.
8. Здоровье населения в Республике Узбекистан в 1994-95 годы и некоторые итоги реформы здравоохранения. Ташкент, 1996.