



Ваш ребенок родился раньше положенного срока. Он выглядит намного меньше своих сверстников, появившихся на свет вовремя. Ваше сердце может сжаться от страха, когда вы впервые увидите его. Как же обращаться со столь крохотным и беззащитным созданием?

В родзале

Акушеры-гинекологи знают: акушерскую помощь недоношенным детям следует оказывать очень бережно, чтобы не травмировать их и не оказывать давления на голову. После отделения от матери их переносят на заранее подготовленный согретый пеленальный стол, под лучи электрического рефлектора. Все манипуляции первого туалета производят осторожно, но быстро и четко. Затем ребенка заворачивают в теплые, стерильные пеленки, в одеяло с грелкой или помещают в согретый переносной кувез и доставляют в палату для недоношенных детей. Из одежды таким крохам сразу после рождения особенно подходят мягкие фланелевые кофточки с капюшоном и длинными рукавами. На голову и ножки рекомендуется сразу же надеть шапочку и носки.

Не все дети, рожденные раньше "официального" срока, непременно попадают в отделения, специализирующиеся на выхаживании недоношенных. Принимая решение о необходимости помещения родившегося раньше срока малыша в отделение реанимации или интенсивной терапии новорожденных, врачи учитывают не только его гестационный возраст (срок беременности, в который малыш появился на свет), но и соотношение веса и роста, наличие проблем с дыханием, врожденных аномалий или пороков развития, заболеваний, особенно инфекционных, и многие другие факторы.

Если, по мнению врачей, состояние новорожденного не представляет угрозы его жизни

и здоровью, ребенка выписывают домой в обычные сроки.

Если требуется реанимация...

Итак, первый возможный этап выхаживания детская реанимация. В случае значительной незрелости жизненно важных систем новорожденного (например, если недоношенный ребенок не в состоянии самостоятельно дышать), он сразу после рождения попадает в отделение детской реанимации. Здесь малыши лежат в специальных кувезах, закрытых прозрачными колпаками с четырьмя отверстиями - по два с каждой стороны (для лечебных манипуляций). Все кувезы снабжены аппаратами искусственной вентиляции легких.

Дети, у которых отсутствует или слабо выражен сосательный рефлекс, первые несколько недель получают пищу - подогретое материнское молоко, иногда со специально подобранными добавками - через зонд - тонкую трубочку, введенную в желудок.

В кувезе поддерживается постоянная температура (ведь опасность представляет не только переохлаждение, но и перегрев) и влажность воздуха (около 60%), чтобы у ребенка не высыхали слизистые оболочки. Иногда кувезы снабжены водяными матрасами, которые приближают условия к пребыванию в амниотической жидкости. С помощью многочисленных трубок и проводов малыш подсоединен к мониторам, капельницам и другим аппаратам, контролирующим его пульс, температуру и дыхание, регулярно проводящим анализы крови, а также вводящим необходимые лекарства и выполняющим множество других важных функций. Если показатели, регистрируемые этими приборами, опасно отклоняются от нормы, раздается сигнал тревоги.

Реанимационные процедуры не ограничиваются искусственной вентиляцией легких и подачей пищи через зонд. Дети, родившиеся преждевременно, подвергаются опасности развития различных осложнений, большинство из которых при современном развитии неонатальной реанимации можно предотвратить или вылечить. Например, в легких, как известно, происходит важнейший для человеческой жизни процесс - газообмен: кислород воздуха переходит в кровь, а углекислый газ - из крови в воздух. Отвечают за это крохотные пузырьки, оплетенные сетью капилляров, - альвеолы. Вещество, противодействующее спадению альвеол в легких во время выдоха, так называемый сурфактант, образуется лишь на 22-24-й неделе беременности, поэтому глубоко

недоношенные дети нуждаются во введении искусственно синтезированного сурфактанта. Таких примеров можно привести множество.

Когда ребенок в состоянии самостоятельно дышать и отпадает необходимость в искусственной вентиляции легких, начинается второй этап выхаживания, который обычно проводится в отделении интенсивной терапии новорожденных. Здесь недоношенные дети также помещаются в кувезы. В отличие от отделений реанимации, отделения интенсивной терапии не оборудованы аппаратами искусственной вентиляции легких. Тем не менее здесь обеспечивается дополнительная подача увлажненного и подогретого кислорода в кувезы, а также оптимальный влажностный и температурный режим. Ребенок находится в кувезе до тех пор, пока не сможет самостоятельно поддерживать температуру тела и обходиться без дополнительной подачи кислорода.

Метод "кенгуру"

Сегодня считается доказанным тот факт, что во время пребывания в стационаре недоношенному ребенку необходимо общение с матерью. Малыш должен слышать материнский голос, чувствовать ее тепло, а это достигается методом "кенгуру". Этот метод выхаживания недоношенных детей впервые был применен в тех бедных и слаборазвитых странах, где по чисто экономическим причинам не было средств обеспечить всех недоношенных детей кувезами, оснащенными оборудованием для поддержания постоянной температуры.

Суть метода состоит в том, что ребенок выхаживается, находясь в непосредственном контакте с кожей матери, - у нее на груди и животе. Мама надевает свободную, расстегивающуюся спереди одежду, а на ребенка надеты подгузник и иногда - шапочка. Малыш помещается между грудями, одежда застегивается во избежание потери тепла. Температура малыша контролируется медицинской сестрой или мониторами.

Исследования показали, что материнское тепло прекрасно согревает ребенка и температура его тела поддерживается на должном уровне. Дыхание также становится более правильным и стабильным, так же как и сердцебиение, и насыщение крови кислородом. Мало того, кожа новорожденного заселяется микрофлорой матери, что способствует процессам выздоровления. К этому методу выхаживания можно перейти, когда при относительно удовлетворительном состоянии малыш все еще нуждается в искусственной терморегуляции и наблюдении за сердцебиением и дыханием.

В крупных родильных домах для недоношенных детей выделяют отдельные палаты, специально оборудованные и обслуживаемые наиболее квалифицированным персоналом. Там, где нет возможности выделить отдельную палату, перегородками отделяют наиболее хорошо освещенную и проветриваемую часть детской комнаты, которую утепляют и соответствующим образом оборудуют. Температура воздуха поддерживается в пределах 23-27 °С, а в кроватке - 25-30 °С. Рядом с ребенком под одеяло для точного контроля кладут термометр.

Первое кормление недоношенного ребенка обычно начинается через 6-8 часов после рождения. Частота и методы кормления определяются в соответствии со степенью недоношенности и другими индивидуальными особенностями.

Как выглядит недоношенный малыш

Внешний вид и поведение новорожденного недоношенного ребенка зависят от его гестационного возраста (числа полных недель беременности к моменту рождения). Телосложение его весьма своеобразно: голова относительно велика, черепные швы часто открыты, малый и боковой роднички имеют большие размеры. У мальчиков яички могут быть не опущены в мошонку, а у девочек недоразвиты половые губы.

Недоношенный новорожденный отличается рядом анатомических особенностей: вес его обычно ниже 2500 г ; рост менее 45 см , а окружность головы, наоборот, на 3- 4 см превышает окружность груди. Поэтому голова кажется большой по сравнению с туловищем, швы и роднички (малый - в области темени и большой - надо лбом) - широкие; уши очень мягкие и плотно прилегают к черепу; кожа тонкая, обильно покрытая пушком, особенно на лице, щеках, лбу. Подкожножировой слой выражен незначительно. У глубоко недоношенных детей подкожный жировой слой полностью отсутствует. Тонкий голос, иногда подобный писку, является следствием недоразвития голосовых связок. Пупок расположен низко. Стенки сосудов бедны эластическими волокнами, вследствие чего во время родов могут возникать внутричерепные кровоизлияния.

Физиология недоношенного

Поскольку срок внутриутробного развития недоношенных детей был меньше, им

необходимы индивидуальное питание, теплота и защита, приходящие извне. У малышек может быть не полностью развита способность сосать грудь, и потому иногда первое время их приходится кормить через зонд или даже внутривенно. Кроме того, у них меньше уровень глюкозы в крови из-за незрелости печени. Иммунная система этих детей слаба, поэтому их часто помещают в специальный инкубатор, где они защищены от инфекции и получают необходимое тепло. Иногда им требуется искусственное дыхание, поскольку в их легких не хватает поверхностно-активных веществ (сурфактанта), облегчающих поступление воздуха. В этих случаях проводят вентиляцию легких. Безусловные рефлексy у недоношенных детей слабы и угасают очень быстро, а у глубоко недоношенных часто отсутствуют, в том числе даже жизненно важные рефлексy - глотания и сосания. Мышечный тонус может быть снижен (в этом случае малыш расслаблен, лежит с раскинутыми ручками и ножками) или, наоборот, повышен (ручки и ножки прижаты к туловищу, с трудом распрямляются). Вследствие незрелости центра терморегуляции недоношенные не могут поддерживать температуру тела на должном уровне, поэтому они легко охлаждаются и даже не реагируют подъемом температуры на инфекционные заболевания. Дыхательная, пищеварительная, сердечно-сосудистая, нервная и другие системы у них недоразвиты (по сравнению с доношенными младенцами) и имеют ряд особенностей, которые определяют течение заболеваний у этой группы детей. Зрительная система созревает примерно между 22-й и 34-й неделями беременности, поэтому поначалу недоношенные малыши проводят очень мало времени с открытыми глазами и не фокусируют взгляд. К 30 неделям периода внутриутробного развития они уже реагируют на яркий свет, моргая или замуривая глаза, а при мягком освещении открывают глаза, рассматривают окружающие предметы и фокусируют на них взгляд, правда, фокусировка взгляда занимает у них больше времени, чем у доношенных детей.

Поведение недоношенных несколько отличается от поведения остальных новорожденных: у них более глубокий сон, меньшее количество движений, сниженная общая двигательная активность, тонкий однообразный крик, они чаще испытывают отрицательные эмоции и выражают недовольство.

Незрелость систем организма, вообще характерная для новорожденных, у недоношенных выражена особенно резко и особенно медленно ликвидируется. Так, нарушения терморегуляции являются следствием недоразвития регулирующих тепло центров и большой потери тепла.

Известно, что относительная поверхность тела (на единицу массы) у недоношенных больше, чем у доношенных детей. Некоторую роль в большой потере тепла играет отсутствие подкожножирового слоя, а также недостаточность окислительных процессов и обмена веществ в целом. Поэтому недоношенных детей следует особенно

оберегать от охлаждения, перегревания, внезапных и резких колебаний окружающей температуры.

Дыхание у недоношенных более учащенное, поверхностное, неритмичное. Приступам асфиксии (острой кислородной недостаточности вследствие остановки дыхания) особенно подвержены дети весом до 2 кг: при различных манипуляциях (пеленании, кормлении), а иногда и в состоянии покоя ребенок вдруг перестает дышать, синеет и в таком состоянии может оставаться в течение нескольких секунд. Затем чаще всего он самостоятельно возвращается в обычное состояние. В противном случае ему требуются искусственное дыхание либо растирание грудной стенки, вдыхание кислорода, а может быть, даже горячая ванна (температура воды - до 39-40 °C). Если такие явления наблюдаются, малыша надо обязательно показать врачу. Часто в таких случаях его на какой-то период помещают в специальную кроватку с регулируемой температурой и подачей кислорода для создания комфортных условий жизни, необходимый ему для более успешного прохождения периода адаптации к окружающему миру после рождения.

Пищеварительная система недоношенного ребенка также пока работает не в полную силу. Может отмечаться слабость сосательных движений из-за незрелости сосательного рефлекса, а это составляет одну из главных трудностей вскармливания такого новорожденного. Важно знать, что иммунитет (защитные силы) к инфекции у недоношенных детей, как правило, снижен. Поэтому они легко подвержены любым вирусным инфекциям (например, гриппу), пневмонии, септическим заболеваниям. Следовательно, недоношенного ребенка надо беречь от каких бы то ни было контактов с другими людьми, ведь сейчас его судьба полностью зависит от степени незрелости, условий внешней среды, бережного ухода и питания.

"Тепличные условия"

Сохранение оптимальной температуры помещения в первые дни жизни крайне важно не только для выживания, но и для дальнейшего полноценного развития недоношенных новорожденных, который позволяет еще недостаточно зрелому организму противостоять агрессивному воздействию внешних факторов среды, в связи с тем, что возможности терморегуляции ограничены. Обусловлено это относительно большей поверхностью кожных покровов в сравнении с массой тела, что приводит к значительной потере тепла. Недостаточность развития подкожного жирового слоя в сочетании с выраженной сетью сосудов кожи также способствует усиленной теплоотдаче. Потому недоношенные дети легко охлаждаются, а излишнее внешнее

согревание быстро приводит к перегреванию, что создает определенные трудности в процессе ухода за ними. Данное обстоятельство послужило поводом к разработке систем медицинской техники, которые могли бы моделировать тепловой комфорт внешней среды, сравнимый с "материнским теплом", столь необходимым недоношенному ребенку для созревания.

В родильных домах и отделениях для недоношенных детей в специальных детских стационарах используют кюветы. Простейший из них имеет вид открытой сверху ванны с двойными стенками, между которыми циркулирует горячая вода (ее температура до 50-60 °C). Новейшие модели имеют электрический нагрев воды с регуляцией ее температуры и влажности воздуха и с автоматической подачей кислорода.

Инкубаторный (куветный), с индивидуальным микроклиматом метод выхаживания является наиболее эффективным. Он характеризуется созданием физиологических условий с первых минут внеутробного существования. В кувете поддерживаются оптимальная температура и влажность. Это позволяет уменьшить энергетические затраты ребенка на сохранение температуры тела, потерю жидкости через кожу и при дыхании.

Сроки пребывания в кувете зависят от массы тела при рождении, зрелости и общего состояния ребенка. Дети с малой степенью недоношенности находятся в кувете 2-4 дня или несколько часов, глубоко недоношенные дети с массой тела до 1500 г - 8-14 дней, а с массой до 1750 г - 7-8 дней.

Елена Мякина
врач-педиатр,
консультативно-диагностическая поликлиника Медицинского центра управления делами
Президента РФ