

Организация отделений последующего наблюдения в постнеонатальном периоде детей, родившихся недоношенными

Е.С. Сахарова, Е.С. Кешишян, Г.А. Алямовская, М.И. Зиборова

ОСП «Научно-исследовательский клинический институт педиатрии им. академика Ю.Е. Вельтищева» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

To set up further premature infant follow-up units in the postnatal period

E.S. Sakharova, E.S. Keshishian, G.A. Alyamovskaya, M.I. Ziborova

Yu.E. Veltishchev Research Clinical Institute of Pediatrics, N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow

Обсуждаются перспективы развития системы оказания реабилитационной медицинской помощи недоношенным детям в Российской Федерации. Отражены подходы к организации лечебно-диагностической работы отделений последующего наблюдения недоношенных детей. Сформулированы квалификационные характеристики врача в отделении; показаны принципы оценки развития детей, родившихся недоношенными. Представлены результаты работы Центра коррекции развития недоношенных детей.

Ключевые слова: недоношенные дети, система «последующего наблюдения».

The paper discusses prospects for developing a rehabilitation medical care system for premature infants in the Russian Federation. It shows approaches to setting up treatment and diagnostic departments to further follow up preterm infants. A physician's qualification characteristics at the department are formulated; the principles in the evaluation of premature infants' development are shown. The results of the activities of the Center for Correction of Preterm Infant Development are given.

Key words: premature infants, further follow-up system.

Современные достижения в неонатологии способствуют выживанию все большего количества недоношенных детей [1, 2]. Интенсивная терапия новорожденных и тактика выхаживания недоношенных детей в России претерпела существенные изменения за последние 15 лет [1, 3].

Совершенствование акушерских тактик, применение стероидов в антенатальном периоде с целью улучшения адаптации легких плода к родам, использование экзогенного сурфактанта с первых минут жизни ребенка в сочетании с подбором оптимальных режимов респираторной поддержки, внедрение метода СРАР (continuous positive airway pressure; метод, обеспечивающий положительное давление в дыхательных путях), вытеснение пролонгированной интубации и механической вентиляции привели к значительному снижению частоты тяжелого респираторного дистресс-синдрома у детей [3–8]. Применение современных лекарственных препаратов, схем вскармливания, внедрение раннего офтальмологического вмешательства способствуют адаптации

и сравнительно более быстрой стабилизации состояния новорожденных с низкой и экстремально низкой массой при рождении [9, 10]. Все это является следствием улучшения оказания медицинской помощи недоношенным детям в первые месяцы после рождения на данном этапе развития отечественной медицины [1–3, 11–12].

Однако дети, родившиеся раньше срока, нуждаются в особом внимании и в постнеонатальном периоде, поскольку у них длительно сохраняются проблемы, которые в дальнейшем могут приводить к развитию хронических заболеваний и инвалидности [3–5, 9, 11, 12].

В первые два года жизни у недоношенных детей выражены изменения со стороны центральной нервной системы, нервно-мышечной регуляции, нейросенсорного аппарата, дыхательные нарушения, связанные с незрелостью легочной ткани, кардиопатии, постгипоксическая нефропатия, дисфункции желудочно-кишечного тракта, нарушения эндокринной регуляции и фосфорно-кальциевого обмена [3, 5, 10–12]. В дальнейшем для этих детей типично позднее становление активной речи, особенности коммуникативности, проблемы усидчивости и восприятия, сложности формирования мелкой моторики, протодиссомния, низкие показатели физического развития [8, 9, 12–14].

Годы работы показали, что наблюдение недоношенных детей не должно ограничиваться ранним возрастом (наиболее распространенный интервал — первые три года жизни), так как и в последующие периоды детства возникает много вопросов по состоя-

© Коллектив авторов, 2016

Ros Vestn Perinatol Pediat 2016; 1:80–89

Адрес для корреспонденции: Сахарова Елена Станиславовна — к.м.н., врач-педиатр Центра коррекции развития детей раннего возраста Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. Ю.Е. Вельтищева РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Кешишян Елена Соломоновна — д.м.н., проф., руководитель того же Центра Алямовская Галина Александровна — врач-педиатр того же отделения

Зиборова Мария Игоревна — аспирант того же Центра
125412 Москва, ул. Талдомская, д.2

нию их здоровья и психической зрелости (готовность к школе, особенности полового созревания, выбор профессии). Как правило, пациентов, у которых нет двигательных нарушений к 3 годам, привычно относят к группе благоприятного исхода развития. Однако к 6–8 годам только 50% недоношенных детей демонстрируют средние показатели интеллектуального развития, у 20% отмечаются признаки значительной задержки, что становится особенно заметным в процессе обучения в массовой школе [5, 6, 9, 15].

Особенно важно, что дети с пограничными умственными способностями при существующей системе оценки остаются вне поля зрения специалистов и не получают корригирующего лечения. Поэтому необходим длительный срок наблюдения за этим сложным контингентом пациентов на протяжении всего периода детства.

Известно, что после выписки из отделений патологии новорожденных дети попадают в поликлиническую сеть, под наблюдение врачей, которые часто трактуют состояние недоношенных без учета особенностей физиологии последних. Кроме того, в настоящее время в практической педиатрии существует раздельное наблюдение недоношенных детей педиатрами и специалистами узкого профиля, что часто сопряжено с полипрагмазией, обилием лабораторных исследований, назначением большого количества лекарственных препаратов (до 15, по нашим подсчетам), часто антагонистического действия.

Основными задачами наблюдения недоношенного ребенка после выписки из неонатального стационара являются:

- 1) оценка психомоторного развития и динамический контроль состояния здоровья с учетом физиологии недоношенных детей;
- 2) дифференциация диагностики у недоношенных детей органической патологии и функциональных расстройств;
- 3) коррекция выявленных отклонений, лечение и обследование с учетом особенностей созревания нервной системы;
- 4) поддержка родителей с учетом психологических основ переживаемого семьей стресса.

Для реализации принципов наблюдения недоношенных детей в 1997 г. на базе Научно-исследовательского клинического института педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова (до 2014 г. Московский НИИ педиатрии и детской хирургии) был создан Центр коррекции развития недоношенных детей, представляющий собой отделение «последующего наблюдения» (в соответствии с названием подобных структур «follow-up» в англоязычной литературе) [9, 14, 15]. Планируя работу нашего центра, мы определили:

- 1) какие специалисты требуются для качественно-го наблюдения недоношенного ребенка;
- 2) какие обследования и сроки их проведения необходимы для недоношенного ребенка;

3) какое количество времени оптимально для оценки состояния недоношенного ребенка на педиатрическом приеме.

Основой центра «последующего наблюдения» является амбулаторное звено, которое состоит из консультативной помощи и стационара дневного пребывания. Это позволяет недоношенному ребенку большую часть времени находиться в психологически комфортных домашних условиях, предопределяет возможность ранней выписки из неонатальных отделений, обеспечивает высокую преемственность специалистов всех этапов выхаживания.

В нашей работе предпочтение было отдано стационарзамещающим формам оказания медицинской помощи. В амбулаторно-консультативное отделение принимаются недоношенные дети по обращаемости, а также по направлению лечебных учреждений Москвы, Московской области и других регионов России. Для детей из удаленных от Москвы регионов, а также для проведения сложных диагностических и лечебных процедур развернут стационар круглосуточного пребывания. В центре функционирует отдел заочного консультирования, в том числе по системе телемедицины. В настоящее время под наблюдением в центре находится более 2000 недоношенных детей, из них 420 детей, рожденных с массой тела 1000–1500 г, 110 детей с массой тела менее 1000 г, из них 40 детей, рожденных с массой тела 460–640 г.

Анализ работы показал, что большинство наблюдаемых детей к 3 годам жизни имели нормальные показатели психомоторного и соматического развития, однако у части пациентов отмечались отклонения в состоянии здоровья, связанные с патологией опорно-двигательной системы, нарушениями когнитивной сферы, зрительного и слухового анализатора. В 30 % случаев наблюдаемые дети сформировали хронические заболевания: у 16% диагностирован детский церебральный паралич, у 25% – задержка психомоторного развития, у 15% – патология зрения и слуха, при этом у 30% имелись сочетания инвалидизирующих состояний (детский церебральный паралич и умственная отсталость, слепота, обструктивный синдром и т.д.). Следует отметить, что при этом только 40% пациентов за время наблюдения нуждались в услугах круглосуточного стационара.

Научно-методические разработки сотрудников нашего центра позволяют сформулировать следующие предложения по наблюдению недоношенных детей в постнатальном периоде и помогают ответить на следующие практические вопросы.

Как оценить развитие недоношенного ребенка?

Оценку соматического состояния, нервно-психического и моторного развития необходимо проводить на основании *скорректированного возраста* (разница фактического возраста и недостающих до 37 нед гестации). Простое соотношение показателей развития с данными, характерными для доношенных

сверстников, нередко приводит к ошибочной диагностике низкого прироста психомоторных навыков, нерациональному назначению специальной терапии.

Самым сложным вопросом рационального ведения недоношенных детей можно считать вопрос оценки их состояния, т.е. определение критериев нормы и патологии — безусловным критерием здоровья является поступательное приобретение навыков психомоторного развития по всем линиям, прирост показателей физического развития в соотношении с возрастом. Основная идея в выборе метода тестирования заключается в том, что психомоторное развитие каждого конкретного ребенка должно оцениваться по одной и той же шкале, тогда будет заметен прирост функций, другими словами, необходима однотипность исследований.

Кто из специалистов должен наблюдать недоношенного ребенка?

Внедряя нашу методику оказания медицинской помощи недоношенному ребенку в практическое здравоохранение, мы предлагаем сконцентрировать образовательные усилия на специальной подготовке высококвалифицированного педиатра, который будет использовать дополнительные возможности медицинского учреждения только в случае необходимости. В отделениях «последующего наблюдения» должны работать высокообразованные специалисты, ориентированные в проблемах развития с учетом нужд недоношенного ребенка, специалисты с широким кругом умений и знаний в области неонатологии, педиатрии, неврологии, гастроэнтерологии, генетики, нутрициологии, вакцинопрофилактики. Кроме того, необходимы консультанты, которые хорошо знают особенности созревания недоношенных детей: невролог, кардиолог, офтальмолог и врач функциональной диагностики.

Право на окончательное решение в постановке диагноза, выбор оптимальной схемы лечения должны принадлежать одному основному лечащему врачу. В противном случае многочисленные консультации и медицинские манипуляции будут чрезмерной нагрузкой для ребенка.

Какие принципы терапии недоношенного ребенка?

Лечение ребенка необходимо проводить исходя из его состояния и показателей развития, а не из тяжести неонатального периода и перенесенной перинатальной патологии. При одинаково тяжелом начале исходы развития недоношенных детей могут быть различными, что определяется прежде всего компенсаторными возможностями организма и качеством оказания медицинской помощи. В каждом индивидуальном случае течение периода адаптации новорожденного и отягощение акушерского анамнеза матери не определяют исход развития недоношенного ребенка.

Результаты научных исследований показывают, что при однократном осмотре трудно определить

исход психомоторного развития — глубина поражения ЦНС становится более понятной в процессе наблюдения за развитием малыша. С одной стороны, степень незрелости и экстремальные факторы при рождении отрицательно сказываются на развитии ребенка, с другой — в каждом конкретном случае необходим индивидуальный прогноз, поскольку индивидуальны резервные пластические возможности мозга [11, 13]. Основой «последующего наблюдения» является выделение главной проблемы неблагополучия в состоянии здоровья недоношенного ребенка на момент обследования, выбор оптимального варианта помощи, направленной на коррекцию питания, улучшение показателей физического развития, уменьшение влияния гипоксии и улучшение созревания мозговых структур, уменьшение ятрогении и полипрагмазии, несмотря на отягощенный анамнез и противоречивые мнения консультантов.

В нашей работе мы придерживаемся следующего принципа — никакое лечение не будет эффективно, если мы не дадим ребенку необходимую энергию путем оптимизации вскармливания для потенцирования его собственных процессов компенсации. Учитывая сложности вскармливания недоношенных детей (длительное становление координации сосания и глотания, быстрая истощаемость сосательного рефлекса, необходимость дробного кормления малыми порциями, при этом высокая потребность в энергии и белках), необходимы советы по оптимизации грудного вскармливания, применению фортификаторов грудного молока, подбору специализированных адаптированных смесей, купированию кишечных колик.

Если состояние ребенка, прирост навыков его развития соответствуют скорректированному возрасту, независимо от анамнеза и тяжести перенесенной патологии в неонатальном периоде, не требуется никаких медикаментозных и физических вмешательств в его естественное развитие.

Каковы сроки осмотров, кратность и длительность наблюдения недоношенного ребенка?

На основании анализа 15-летнего периода работы нашего центра [9, 14, 15] мы разработали схему наблюдения, выделив оптимальные сроки и частоту обследований недоношенного ребенка за 36 мес его жизни, что особенно важно в современный период перехода оплаты медицинских услуг по системе ОМС (см. схему).

Комментируя представленную схему, следует отметить следующее:

- ежемесячный осмотр неврологом можно не проводить, если педиатр прошел специальное обучение и может оценить общий неврологический статус самостоятельно, умеет пользоваться шкалами (типа INFANIB — Infant neurologic international battery; Ellison P., 1995) для оценки мышечно-постурального тонуса младенцев. При выявлении

значимых отклонений в неврологическом статусе необходимо обращение к неврологу. Если врачи педиатры не имеют специальной подготовки по основам неврологии для оценки статуса недоношенного ребенка, осмотр невролога должен осуществляться ежемесячно;

- нейросонография проводится, если этого требуют данные предшествующего обследования, например, при перивентрикулярной лейкомаляции или внутрижелудочном кровоизлиянии 2–3 степени. При отсутствии изменений на предшествующих нейросонограммах повторное обследование осуществляют по показаниям, при ухудшении неврологического статуса и выраженном отставании в развитии (при этом предпочтительнее проведение магнитно-резонансной томографии);
- биохимическое исследование крови с анализом показателей ферментов, электролитов, контролем функции печени и почек проводятся по показаниям с учетом травматичности внутривенного забора крови. Однако для детей, родившихся на сроке

менее 32 нед, особенно для детей с экстремально низкой массой тела, показания значительно расширяются при получении фортификаторов грудного молока, при использовании смесей с повышенной осмолярностью и калорийностью, при затяжной желтухе, при сниженной прибавке массы тела (менее 10-й центили), при отставании в психомоторном развитии более чем на два возрастных периода и при симптомокомплексе «вялого ребенка».

Таким образом, мы рекомендуем проводить только те обследования, которые действительно нужны конкретному ребенку, с учетом его состояния в момент обращения. Например, при отсутствии клинических показаний нейросонография не требует ежемесячного повторения, независимо от формы первоначального повреждения ЦНС. Так, при внутрижелудочковом кровоизлиянии 2–3-й степени организация сгустка происходит, как правило, в течение первых 2 мес жизни с формированием компенсаторной вентрикуломегалии. В случае отсутствия клинико-лабораторных признаков гипертензионно-

Схема. Наблюдение за ребенком, родившимся недоношенным (2007 г.).

Возраст ребенка скорректированный (месяцы)	2–3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	16	20	24	30	36
Осмотр педиатра	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Сбор жалоб, анамнез заболевания, анализ выписки, обследования	+														
Сбор жалоб		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Антропометрия (масса/длина тела, окружность головы)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Оценка питания	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Оценка психомоторного развития (по одной выбранной в отделении шкале)		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Оценка соматического статуса		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Оценка неврологического статуса педиатром		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Нейросонография		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Электроэнцефалография		–	–	+	–	–		+	–	–		+	–	–	–
Электрокардиография		–	–	+	–	–	+	–	–	–	+	–	–	–	+
Холтеровское мониторирование	По показаниям														
УЗИ внутренних органов, почек, тимуса, щитовидной железы		–	–	+											
Осмотр окулиста	+	+													
Аудиологическое обследование		+													
УЗИ тазобедренных суставов		+													
Анализ крови клинический (или только оценка уровня гемоглобина)	+	+	–	–	–	+	–	–	–	+	–	+	+	–	+
Анализ мочи клинический	По показаниям														
Биохимический анализ крови	По показаниям														
Рекомендации: питание, лечение, вакцинация, развитие	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

гидроцефального синдрома не требуется постоянного контроля величины расширения желудочков мозга, так как это не изменяет лечебную тактику и не требует назначения дегидратационной терапии. Недоношенным детям, даже при отсутствии первичного поражения ЦНС, свойственны периоды относительной компенсаторной нормотонзивной вентрикуломегалии без клинических проявлений, которая также не требует медикаментозного вмешательства.

Наибольший риск развития судорог приходится на 4–6-й месяц скорректированного возраста, особенно это касается детей с перинатальным поражением ЦНС (внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция). В этот же период, как правило, планируется осуществление активных реабилитационных мероприятий (физиотерапевтические процедуры, применение лекарственных препаратов, активизирующих обменные процессы в организме). Поэтому в указанный период проводится электроэнцефалография. В дальнейшем исследование назначается только при эпизодах нарушения сознания у ребенка.

Эхокардиография (ЭхоКГ), холтеровское мониторирование, биохимический анализ крови детям, обследованным в неонатальном стационаре, целесообразно осуществлять только по специальным показаниям. Обычно достаточным является контроль ЭКГ при первом посещении и перед началом интенсивных реабилитационных мероприятий с использованием физических воздействий, кинезотерапии и физиопроцедур.

Осмотр офтальмолога проводится регулярно каждую неделю при наличии ретинопатии, после достижения регресса — 1 раз в 6 мес; при отсутствии ретинопатии — профилактические осмотры 1 раз в год. Аудиологический скрининг проводится однократно при положительном результате. В том случае, когда тест не пройден, повторное исследование целесообразно в 4 мес скорректированного возраста, если и в этом возрасте получены отрицательные данные, показано специальное обследование [16].

Кроме того, мы определили, какие специалисты необходимы — это ведущий педиатр и врач функциональной диагностики, широко ориентированные в проблемах недоношенности. За дополнительными консультациями мы обращаемся только в случае выявления отклонений от нормального варианта развития.

Приводим разработанные нами алгоритмы наблюдения недоношенных детей с бронхолегочной дисплазией (рис. 1) и поражением ЦНС (рис. 2) [11, 13, 14, 17].

На первый взгляд может показаться, что по указанной схеме и работают педиатры, однако основное отличие данного амбулаторного приема от консультирования доношенного ребенка участковым врачом заключается в отсутствии в последнем случае комплекса патологии, который оказывает влия-

ние на физическое и психомоторное развитие пациента. Кроме того, у ребенка, рожденного в срок, нет необходимости выделять ведущую причину неблагополучия и корректировать дополнительные назначения коллег.

Как и где организовать наблюдение?

Для наблюдения недоношенных детей с учетом закономерностей роста и развития, особенностей формирования у них хронических и острых заболеваний, отличающихся от таковых у доношенных сверстников, необходима организация особой структуры — специализированных лечебно-профилактических подразделений. Создание подобных структур позволит своевременно выявлять отклонения и проводить рациональную коррекцию состояния здоровья недоношенных детей.

Наблюдение может осуществляться в условиях «кабинета катамнеза», отделениях раннего возраста, соматического, неврологического стационара, детских поликлиник и т.д. Вариантов организации может быть много, выбор зависит от возможностей оказания медицинской помощи в лечебном учреждении конкретного региона России. При решении этого вопроса, с одной стороны, важно учитывать преемственность между специалистами второго этапа выхаживания и последующего лечебно-профилактического учреждения, с другой стороны, необходимо рационально использовать материально-техническую базу педиатрического отделения.

Оптимально расположение отделений выхаживания новорожденных и последующего наблюдения в лечебном учреждении на одной территории. В этом случае консультанты находятся в шаговой доступности и к перинатальному центру, и к амбулаторно-поликлиническим отделениям, и к стационару. Если таких условий нет, желательно близкое расположение неонатального стационара и педиатрического отделения, что позволит рационально использовать работу специалистов узкого профиля — окулиста, невролога и других консультантов. Если ни одно из отделений выхаживания новорожденных в городе не сопряжено с детской больницей, то возможна организация Центра «последующего наблюдения» на базе крупного педиатрического госпиталя, куда будут направляться все недоношенные дети региона.

Как спланировать и рационально использовать рабочее время, необходимое для оценки состояния недоношенного ребенка на педиатрическом приеме?

Учитывая сложность оказания консультативной медицинской помощи недоношенным детям, мы проанализировали структуру амбулаторного педиатрического приема: сбор анамнеза и жалоб, методику осмотра, анализ конкретного случая, составление рекомендаций и консультирование родителей:

- жалобы — рассказ матери о состоянии ребенка;
- анамнез — анализ жизни и заболеваемости, краткий конспект выписки из неонатального стационара;

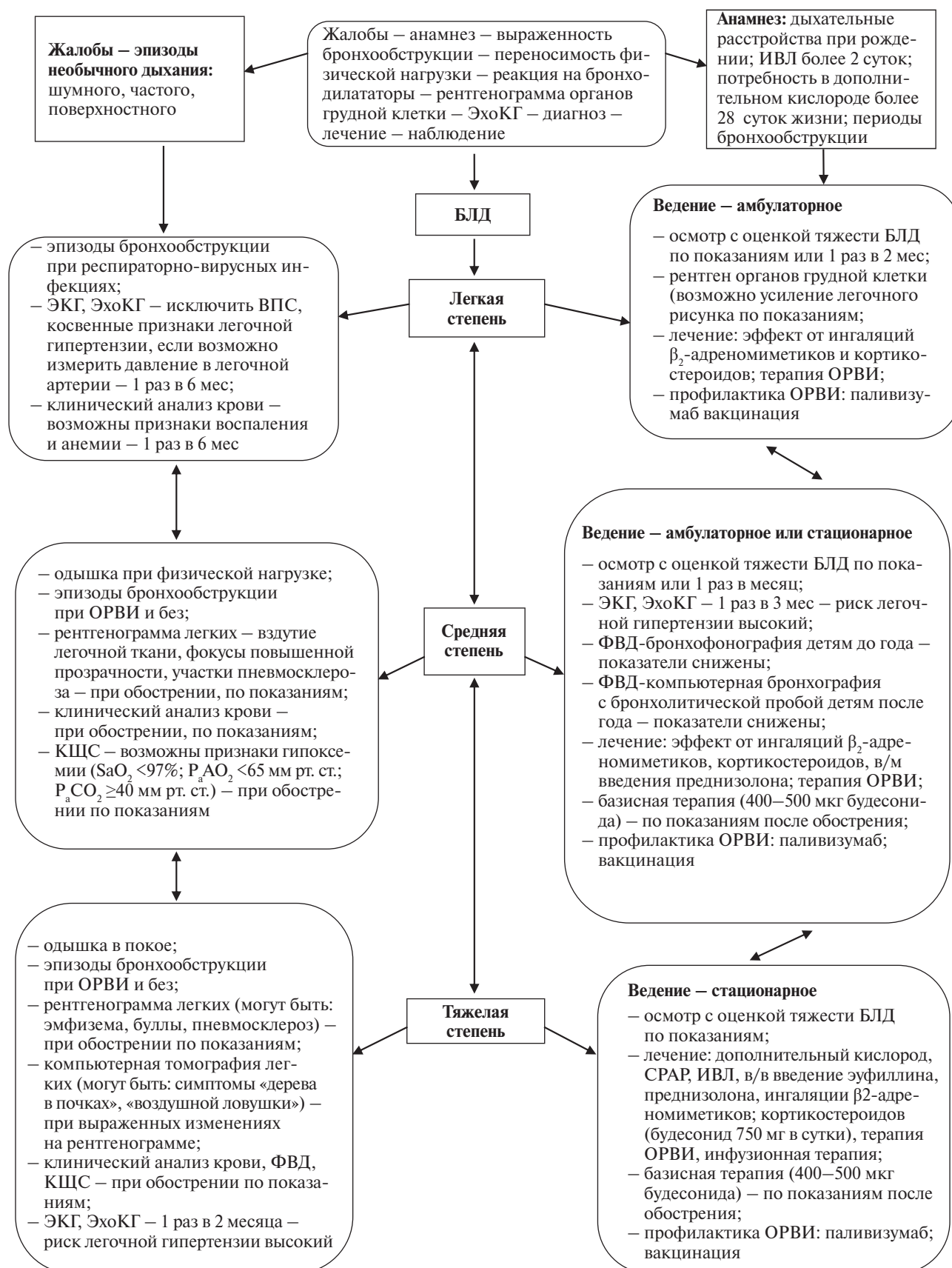


Рис. 1. Схема оказания медицинской помощи пациентам с бронхолегочной дисплазией (БЛД) на амбулаторном этапе. ВПС — врожденный порок сердца; КЩС — кислотно-щелочное состояние; ФВД — функция внешнего дыхания; ИВЛ — искусственная вентиляция легких.

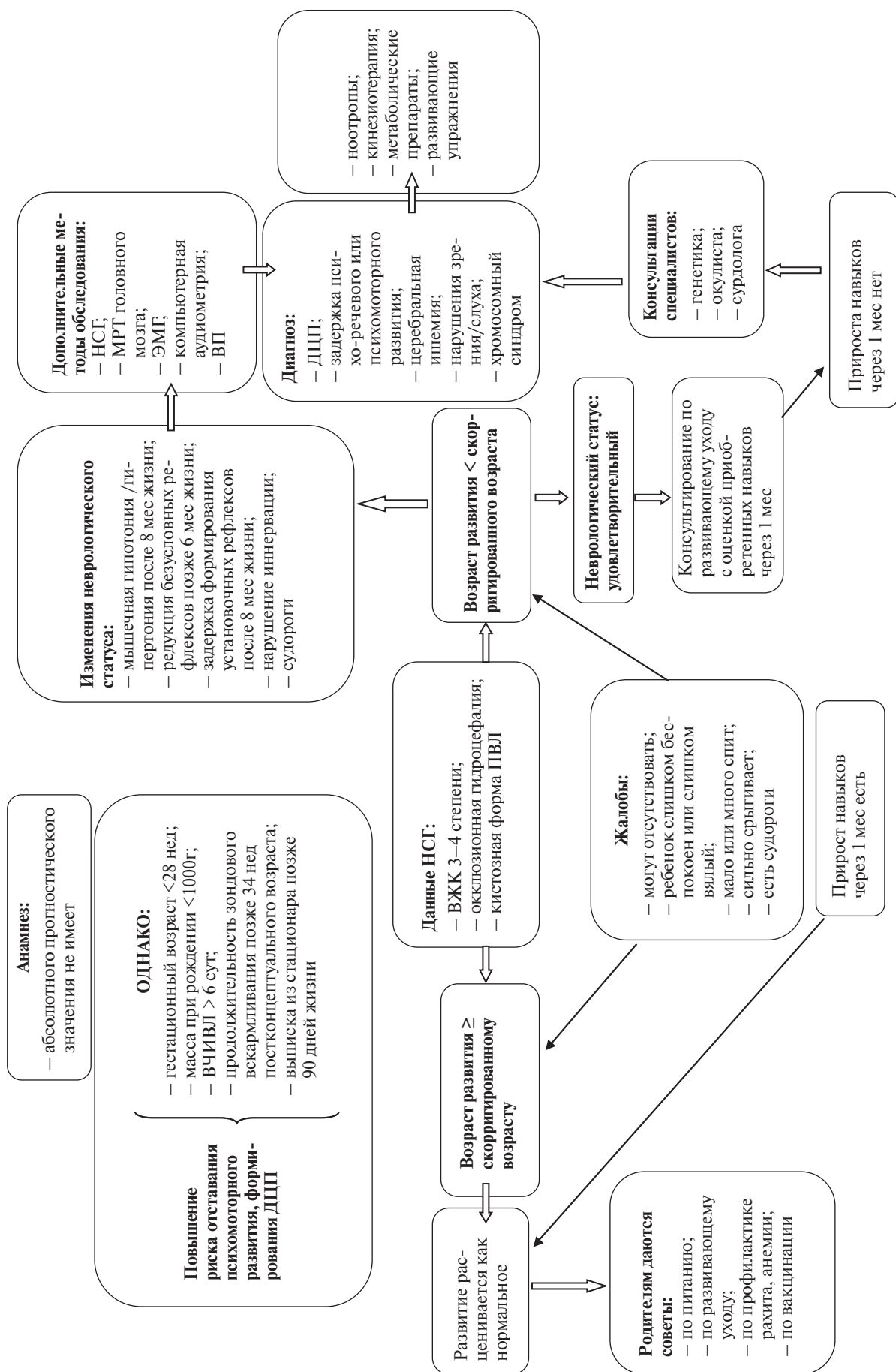


Рис. 2. Алгоритм наблюдения недоношенного ребенка с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС.

ВЧИВЛ — высокочастотная ИВЛ; НСГ — нейросонография; ВЖК — внутрижелудочковое кровообращение; ПВЛ — перивентрикулярная лейкомаляция; ЗВП — зрительные вызванные потенциалы; ДЦП — детский церебральный паралич.

- антропометрические показатели (измерение массы тела, роста, окружности головы) — оценка в сравнении с центильными таблицами и предыдущими показателями;
- соматический и нутритивный статус пациента — оценка по общепринятым стандартам;
- психомоторное развитие — оценка по единой шкале в динамическом сравнении с фактическим и скорригированным возрастом;
- неврологический статус — оценка по общепринятым стандартам;
- ортопедический статус — оценка по общепринятым стандартам;
- оформление медицинской документации, консультирование родителей;
- формулировка клинического диагноза — проводится на основании данных анамнеза, осмотра и обследования;
- выделение основной причины неблагополучия ребенка — выбор способа ее устранения;
- составление плана вакцинопрофилактики — определение сроков вакцинации (при первом визите) с последующей ежемесячной коррекцией;
- планирование обследования — определение необходимых методов обследования на момент осмотра/на следующий месяц;
- советы родителям — консультирование по вскармливанию и развитию.

Таким образом, при каждом обращении педиатром проводится тестирование пациента по всем органам и системам. В соответствии с диагнозом и результатами обследования выделяется основная проблема неблагополучия, подбирается способ ее устранения. Составляется план вакцинопрофилактики (сроки вакцинации определяются при первом визите, затем корректируются каждый месяц); проводится консультирование родителей по питанию и развитию, составляется план ведения ребенка на следующий месяц. В конце приема оформляется медицинская документация, экземпляр заключения выдается родителям.

Особенным по сложности и наиболее затратным во временном плане является первый прием недоношенного ребенка. Как правило, родители обращаются в центр через месяц после выписки ребенка домой, возраст ребенка при этом приблизительно равен 4 мес жизни (для глубоконедоношенного ребенка это 42–44-я неделя гестации). Наиболее трудоемким является сбор анамнеза и анализ медицинской документации, в частности, выписок (их может быть несколько — из отделения реанимации, второго этапа выхаживания, неврологического стационара, детской поликлиники).

Как показывает анализ документации, довольно много времени уходит на подготовку родителями ребенка к осмотру и адаптацию семьи к атмосфере приема. Самым сложным, особенно при первом по-

сещении, является установка контакта с родителями, которые остро переживают преждевременное рождение своего ребенка в плане неопределенности прогноза. Доверительные отношения с лечащим врачом необходимы для формирования благоприятного психологического климата в семье. Надежда и уверенность родителей, их взаимопонимание и поддержка важны для реализации наиболее благоприятного исхода развития и максимальной компенсации функций ребенка.

Мы постарались повлиять на этот показатель, изменив привычную схему приема: родители проходят в кабинет — раздевают ребенка — врач оценивает частоту дыхания, сердечных сокращений, развитие, мышечный тонус и рефлексы, на альтернативную: родители проходят в кабинет — врач оценивает развитие, мышечный тонус и рефлексы — родители раздевают ребенка — врач продолжает осмотр (считает частоту дыхания, сердечных сокращений и т.д.). В нашем случае пациент согрет и более спокоен, результат тестирования более достоверен, мать имеет время на адаптацию, меньше волнуется и быстрее раздевает — одевает ребенка.

Опыт наблюдения показывает, что основные жалобы родителей недоношенного ребенка в первые месяцы жизни сводятся к снижению или отсутствию аппетита, частым и обильным срыгиваниям, нарушениям эвакуации стула, низкой прибавке массы, беспокойству ребенка. Составляя рекомендации первого визита, необходимо сделать акцент на создание комфортных условий быта ребенка — поддержание теплового режима, тактильный контакт с матерью, плавание, коррекция питания и метаболических нарушений, профилактика анемии и рахита, а также вирусно-бактериальной инфекции (составление плана пассивной и активной иммунизации). Таким образом, первоочередными задачами первого визита являются: коррекция питания, оценка зрения ребенка, подбор метаболической терапии, консультирование родителей, составление плана наблюдения на следующий месяц.

На основании опыта работы нашего центра мы считаем все вышеперечисленное гораздо более важным в ведении недоношенного ребенка на амбулаторном этапе в сравнении с распространенной среди педиатров практикой проведения недоношенным детям (особенно с гипоксически-ишемической энцефалопатией) массивной медикаментозной терапии, массажа и физиотерапии, практически сразу после выписки из неонатального стационара.

Представленные данные об особенностях недоношенного ребенка позволили провести хронометраж амбулаторного приема для последующего расчета нагрузки на врача отделения последующего наблюдения. Как показали расчеты, в среднем на прием одного недоношенного ребенка требовалось 57 мин. Однако представленное время оптимально в том случае,

когда нет потребности в дополнительных консультациях. Если такая потребность есть — необходимо большее количество времени для углубленного обследования, проводить которое более рационально в условиях дневного стационара, где ребенок и его родители могут принять пищу и отдохнуть.

Кроме того, период, в который чаще всего выявляются неблагоприятные признаки, свидетельствующие о реализации патологии, типичной для ребенка, рожденного до срока, также является показанием для госпитализации. Болезни, характерные для недоношенных детей, могут встречаться как изолированно, так и сочетано. Основные из них — поражение нервной системы с формированием двигательных нарушений, познавательного дефицита, заболевания легких, глаз и слуха.

В том случае, когда наблюдающий недоношенного ребенка врач-педиатр определяет изменение мышечного тонуса, задержку редукции безусловных рефлексов новорожденных, снижение темпов формирования навыков психомоторного развития, требуется более углубленное обследование — проведение офтальмоскопии, отоакустической эмиссии, нейросонографии и дополнительная консультация невролога, окулиста, сурдолога или оториноларинголога.

ЛИТЕРАТУРА (LITERATURE)

1. Алямовская Г.А., Кешишян Е.С., Сахарова Е.С. Особенности физического развития глубоконедоношенных детей на первом году жизни. Вестн соврем клин мед (Казань) 2013; 6: 6: 6—14. (Alyamovskaya G.A., Keshishian E.S., Sakharova E.S. Characteristics of physical growth in very preterm infants in the first year of life. Vestn Sovrem Clin Med (Kazan') 2013; 6: 6: 6—14.)
2. Баранов А.А., Волгина С.Я., Менделевич В.Д. Недоношенные дети в детстве и отрочестве. М.: Информпресс-94, 2001; 188. (Baranov A.A., Volgina S.Ya., Mendelevich V.D. Preterm children in the childhood and adolescence. Moscow, Informpress-94, 2001; 188.)
3. Ведение детей с бронхолегочной дисплазией. Федеральные клинические рекомендации. Союз педиатров России. Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. М: ПедиатрЪ, 2014; 52. (Follow-up care for children with bronchopulmonary dysplasia. Federal clinical guidelines. The Union of pediatricians in Russia. Russian association of specialists in perinatal medicine. Moscow: Peditr, 2014; 52.)
4. Дементьева Г.М., Рюмина И.И., Фролова М.И. Выхаживание глубоконедоношенных детей: современное состояние проблемы. Педиатрия 2004; 3: 60—66. (Dementyeva G.M., Riumina I.I., Frolova M.I. Neonatal care for very preterm children: status update on the problem. Peditriya 2004; 3: 60—66.)
5. Калашников С.В. Рекомендации круглого стола Комитета Государственной думы по охране здоровья от 20 октября 2015 г «О состоянии и перспективах развития системы оказания реабилитационной помощи (в том числе детям) в Российской Федерации». Зам глав врача 2015; 1: 104: 6—10. (Kalashnikov S.V. Panel State Duma Committee recommendations in healthcare dated on the 20th of October 2015 «Concerning the state and future development of the rehabilitation system (including children) in Russian Federation». Zam glav vracha 2015; 1: 104: 6—10.)
6. Peters K.L., Rosychuk R.J., Hendson L. et al. Improvement of short and long-term outcomes for very low birth weight infants: Edmonton NIDCAP Trial. Pediatrics 2009; 124: 1009—1018.
7. Franz A.R., Pohlandt F., Bode H.. Intrauterine, early neonatal, and postdischarge growth and neurodevelopmental outcome at 5, 4 years in extremely preterm infants after intensive neonatal nutrition support. Pediatrics 2009; 123: e101—109.
8. Sherman M.P., Shoemaker C. T. Follow-Up of NICU Patient. Pediatrics 2004; 114: 5: 1377—1397.
9. Шипова В.М. Штатное обеспечение больничной помощи в современных условиях. Зам глав врача 2009; 6: 37: 12—23. (Shipova V.M. Regular provision of hospital care in the current context. Zam glav vracha 2009; 6: 37: 12—23.)
10. Широкова В.И., Филиппов О.С., Чумакова О.В. и др. Об итогах реализации программы «Родовой сертификат». Методическое письмо Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России. Зам глав врача 2010; 1: 44: 14—32. (Shirokova V.I., Filippov O.S., Chumakova O.V. et al. In conclusion of «Delivery certificate» program performance. Guidance note from Department of Development of medical service for children and maternity obstetric service. Ministry of Health and Welfare of Russia. Zam glav vracha 2010; 1: 44: 14—32.)
11. Овсянников Д.Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией. Руководство для практикующих врачей. М, 2014; 151. (Ovsyannikov D.Yu. Medical service system for children with bronchopulmonary dysplasia. Guidance for clinicians. Moscow, 2014; 151.)

Заключение

Мы считаем, что наш опыт по разработке и внедрению научно-обоснованной системы специализированной помощи недоношенным детям позволит осуществлять эффективный контроль состояния их здоровья, определять прогноз для жизни и формирования отклонений в развитии, обеспечит повышение качества медицинской и социальной реабилитации, даст возможность решения актуальной задачи здравоохранения — снижения инвалидности и смертности среди детского населения.

12. Порядок оказания неонатологической медицинской помощи. Приказ Минздравсоцразвития России от 01.07.2010 № 409н, зарегистрировано в Минюсте России 14.07.2010, рег. № 17808: http://www.hippocratic.ru/medtext2/medtext_28943.htm. (Statement of neonatal medical care works. Administrative order signed by Ministry of Health and Welfare of Russia dated 01.07.2010 № 409n, registered in Ministry of Justice of Russia 14.07.2010, reg. № 17808: http://www.hippocratic.ru/medtext2/medtext_28943.htm)
13. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С., Алямовская Г.А. Особенности психомоторного развития глубоконедоношенных детей. Вестн соврем клин мед (Казань) 2013; 6: 6: 84–90. (Saharova E.S., Keshishian E.S., Alyamovskaya G.A. Characteristics of psychomotor function in very preterm children. Vestn Sovrem Clin Med (Kazan') 2013; 6: 6: 84–90.)
14. Суслин С.А. Характеристика основных показателей оценки медицинской деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений. Зам глав врача 2009; 9: 40: 30–45 (Suslin S.A. Characteristic of key assessment indicators in medical outpatient care service. Zam glav vracha 2009; 9: 40: 30–45.)
15. Царегородцев А.Д., Длин В.В., Сахарова Е.С. и др. Ведение недоношенного ребенка в постнатальном периоде: ошибки и проблемы. Причины врачебных ошибок в педиатрической практике. М: Издательство Оверлей, 2013; 18–25. (Tsaregorodtsev A.D., Dlin V.V., Saharova E.S. et al. Follow-up of very preterm child in postnatal period: mistakes and problems. Reasons of medical errors in pediatric practice. Moscow: Overlej, 2013; 18–25.)
16. Семина Г.Ю. Формирование речевой функции и созревание слухового ответа у недоношенных детей различного гестационного возраста в норме и при гипоксическо-ишемическом поражении ЦНС. Автореф. ...дисс. канд. мед. наук. М., 2007; 27. (Syomina G.Y. Formation of speech and maturation of auditory response in very preterm infants of different gestational age normally and in hypoxic-ischemic brain injury. Avtoref. diss. ... k.m.n. M., 2007, 27.)
17. Сахарова Е.С., Кешишян Е.С. Принципы организации помощи недоношенным детям в постнеонатальном периоде. Рос вестн перинат и педиат (Москва) 2014; 59: 1: 40–46. (Saharova E.S., Keshishian E.S. Organization principles in postnatal medical service for preterm children. Ros vestn perinat i pediat (Moscow) 2014; 59: 1: 40–46.)

Поступила 09.11.15