

Грижи за новородени малки за гестационната възраст, големи за гестационната възраст и преносени

Нина Радкова, Кирил Панайотов, Петя Гамакова

Care for Small for Gestational Age, Large for Gestational Age and Overdue Neonates: This paper stresses on the importance of correctly determining the gestational age of every neonate. There is a description of possible complications as well as techniques for handling small for gestational age, large for gestational age and overdue neonates.

Key words: *small for gestational age, large for gestational age, overdue, neonates, treatment, complications*

ВЪВЕДЕНИЕ

Грижите за малките за гестационната възраст новородени деца, за големите за гестационната възраст и за преносените деца са специфична част от интензивните грижи в Неонатологичните отделения.

Малкото за гестационната възраст (МГВ) дете е със забавено интраутеринно развитие (ЗИУР). Теглото при раждане на ГГВ новородено е на или над 90-я перцентил в графиката за интраутеринен растеж. Преносено новородено е всяко дете родено след 42 г.с. Внимателното оценяване на гестационната възраст е ключово за идентифициране на проблемите и потенциалните нужди на тези деца.

ИЗЛОЖЕНИЕ

Грижи за новородени малки за гестационната възраст

Малкото за гестационната възраст (МГВ) дете може да бъде недоносено, доносно или преносено. Друг термин, който се използва за тези новородени с изоставане в развитието, е забавяне в интраутеринното развитие (ЗИУР). В настоящия преглед термините МГВ и ЗИУР се използват като синоними.

6 до 15% от всички бременности са усложнени със ЗИУР. При тези деца е 5 пъти по - голяма вероятността за развитие на перинатална асфиксия и 8 пъти е по - голям рискът от перинатална смъртност, в сравнение с нормалните деца [1].

Фактори, допринасящи за ЗИУР

ЗИУР може да се дължи на майчини, плацентарни или фетални фактори, които може да не се антенатални. Интраутеринният растеж при нормалната бременност е линеарен от приблизително 28 до 38 г.с. След 38 седмица, растежът е вариабелен и зависи от потенциала на растеж на фетуса и плацентарната функция. Най - честите причини за забавяне в растежа са:

- Недохранване
- Васкуларни усложнения
- Болест на майката
- Майчини фактори
- Фактори от околната среда
- Плацентарни фактори
- Фетални фактори

Антенаталното откриване на фетуси със ЗИУР е първата стъпка за откриване на болести при тези деца. Перинаталната анамнеза на майката, ранното проследяване с ултразвук, Доплер велоситиметрията, прегледът на плацентата и новороденото, са също важни за идентифициране на рисковото новородено.

Модели на ЗИУР

Описани са 2 клинични картини при новородени със ЗИУР. Тези клинични изяви са класифицирани като симетрична (пропорционална) ЗИУР или асиметрична (диспропорционална) ЗИУР.

Симетричната ЗИУР се причинява от дългосрочни състояния на майката (хронична хипертензия, сериозно недохранване, хронична интраутеринна инфекция, анемия и др.), или фетални генетични аномалии. Симетричната ЗИУР може да се наблюдава с ултразвук през първата половина на втория триместър, с връх преди 32 г.с. При този вид ЗИУР има хронична, продължителна ретардация на размера на органите, теглото, ръста, а в крайни случаи и на обиколката на главата.

Асиметричната ЗИУР се свързва с остро прекъсване на утероплацентарния приток на кръв. Някои причини са: плацентарен инфаркт, хипертензия на бременността, лошо наддаване на тегло по време на бременността. Ретардацията в растежа най-често не се вижда преди третия триместър, защото дължината и обиколката на главата остават подходящи за гестационната възраст, въпреки че теглото е намалено [1]. Асиметричната ЗИУР може да се види на ултразвук след 36 г.с., когато размерът на главата на нормалния фетус става по-малък от абдоминалната обиколка. При асиметричната ЗИУР обиколката на главата остава по-голяма от абдоминалната обиколка.

Често срещани усложнения при МГВ новородени

Проблемите, които най-често се наблюдават при МГВ новородени включват:

- Перинатална асфиксия
- Аспирационен синдром
- Загуба на топлина
- Хипогликемия
- Хипокалциемия
- Полицитемия

Деца със значителна ЗИУР са с лоша прогноза, особено когато са родени преди 37 г.с. Факторите допринасящи за лошия изход при тези деца са:

- Вродени малформации
- Интраутеринни инфекции
- Продължителни затруднения с растежа
- Трудности при обучението

Лечение

Целта на лечението е ранното откриване и справяне с потенциалните проблеми на МГВ деца.

Оценка на специалиста по здравни грижи

Специалистът по здравни грижи е отговорен за оценяване на гестационната възраст и идентифициране на признаците за потенциални усложнения при децата със ЗИУР.

Всички части на тялото при симетричната ЗИУР са пропорционални, но са под нормалния размер за гестационната възраст на детето. Поради това главата не изглежда прекалено голяма в сравнение с останалите части на тялото.

При асиметричната ЗИУР детето изглежда дълго, слабо, със загуба на субкутанна мастна тъкан и мускулна маса. Детето е с отпусната, суха, десквамирана кожа и тънка пълна връв, често мекониялно оцветена. Главата изглежда относително голяма (въпреки че се доближава до нормалните размери), тъй като размерът на гръдния кош и корема са намалени [1].

План за действие на специалиста по здравни грижи и приложението му

Стремеж към физическо здраве

Хипогликемията, най-честото метаболитно усложнение при ЗИУР, може да доведе до аномалии на ЦНС и ментална ретардация. Освен хипогликемията могат да са налице и състояния като асфиксия и хипервискозитет. Необходимо е

специалистът по здравни грижи да обърне сериозно внимание на физиологичните параметри, за да се намалят дългосрочните увреждания.

Проследяване на децата със ЗИУР

Тези деца трябва да се проследяват, като се оценяват моделите на растеж и възможните увреждания, които на по - късен етап могат да повлияят на обучението и двигателната функция. Дългосрочното проследяване е особено необходимо за децата с вродени малформации и вродени инфекции.

Грижи за големи за гестационната възраст (ГВ) новородени

Теглото при раждане на ГВ новородено е на или над 90-я перцентил в графиката за интраутеринен растеж. Голяма част от ГВ деца са неправилно категоризирани като такива, поради погрешно изчисляване датата на зачеване в резултат на постконцептуално кървене. Внимателното оценяване на гестационната възраст е ключово за откриване на потенциалните нужди и проблеми на тези новородени.

Най - честото състояние асоциирано с прекомерния фетален растеж, е майчиният диабет. Въпреки това много малка част от ГВ деца имат майки с диабет [1]. Причината при голяма част от случаите не е известна, но съществуват някои фактори или ситуации, които оказват влияние:

- Генетичната предиспозиция е свързана пропорционално с теглото на майката при раждането и с теглото наддадено по време на бременността. „Големите“ родители имат големи деца.
- Децата от мъжки пол обикновено са по - големи от тези от женски пол.

Често срещани усложнения при ГВ новородени:

- Родова травма, поради кефалопелвичната диспропорция.
- Увеличени случаи на раждане с цезарово сечение и окситоцин - предизвикано раждане поради размера на фетуса.
- Хипогликемия, полицитемия и хипервискозитет.

Грижи на специалиста по здравни грижи

Специалистът по здравни грижи трябва бързо да открива и да лекува често срещаните усложнения. Важни компоненти на оценката са наблюдаване на жизнените показатели, изследване за хипогликемия и полицитемия, наблюдаване за признаци и симптоми свързани с родова травма. Грижите за усложненията свързани с ГВ новородени са същите, както при децата на майки с диабет и се дискутират по-долу.

Грижи за преносеното новородено

Преносено новородено е всяко дете родено след 42 г.с. Това се наблюдава при около 3 до 14% от бременностите [2]. Причините за преносеност не са добре известни, но някои фактори имат значение, в т.ч. множеството бременности (5 или повече) и анамнеза за продължителни бременности. Много бременности са неправилно класифицирани като продължителни, поради неправилното изчисляване на датата за раждане.

Повечето преносени деца са с нормални размери и здраве: някои продължават да растат и достигат тегло при раждането над 4000 g, което подкрепя твърдението, че преносеният фетус може да се храни добре [2].

Често срещани усложнения при преносените новородени

Истински преносеното дете е с висок риск от затлъстяване и със смъртност 2 - 3 пъти по - висока от доносените деца. Въпреки че днес процентите са много ниски, голяма част от смъртните случаи настъпват по време на раждането, тъй като

дотогава фетусът е използвал всички резерви. Проблемите, пред които е изправено преносеното новородено се дължат на неадекватната плацентарна функция, намалената оксигенация и глюкозни резерви, стреса от раждането. Най-честите проблеми при преносените новородени са:

- Хипогликемия
- Мекониална аспирация от настъпила преди раждането хипоксия.
- Полицитемия
- Вродени аномалии с неизвестен причинител.
- Гърчова активност поради хипоксичен инсулт.

Лечение

Целта на лечението е ранното откриване и справяне с потенциалните проблеми на преносените деца.

Аntenаталната оценка е насочена към отдиференциране на преносения фетус от фетуса, който е голям при раждането, добре охранен, с адекватни реакции и толерантност към продължителната (посттерминална) бременност.

Акушерската информация за оценка на феталния статус се получава от извършените антенатални тестове, в т.ч. фетален ултразвук, измерване на серумните плацентарни хормони, като човешки хорионгонадотропин (hCG) и човешки плацентарен лактоген (hPL), както и нонстрес тест (NST) и контракционен стрес тест (CST).

Ако при раждането амниотичната течност е мекониално оцветена, дихателните пътища на новороденото трябва да се аспирират преди първото вдишване, за минимизиране на риска от МАС. Постнатално се мониторира кръвната захар и при хипогликемия се включват глюкозни разтвори и.в. или ранно хранване при отсъствието на РДС. Преносените новородени често са ненаситно лакоми.

При МГВ деца изследването на хематокрита скринира полицитемията. Кислород се подава при РДС. Може да се наложи частично обменно кръвопреливане (ЧОК) за лечение при хипервискозитет.

Оценка от специалиста по здравни грижи

Новороденото с постматуритетен синдром изглежда свръхвъзбудимо и напрегнато. Широко отворените очи и това състояние „нащрек“ не са задължително позитивни признаци, тъй като се срещат и при хронична интраутеринна хипоксия.

Бебето е със суха, напукана кожа, без лануго. Ноктите на пръстите на ръцете са дълги, има много коса на черепа. Тялото на детето изглежда дълго и слабо. Кожата е отпусната и почти не съществуват мастни слоеве.

План за действие и приложението му

Стремеж към физическо здраве

Намесата на специалиста по здравни грижи включва предимно поддържащи мерки:

- Наблюдение на кардиопулмоналния статус, тъй като стресът от раждането е лошо толериран и може да настъпи тежка асфиксия.
- Затопляне - да неутрализира лошия отговор на детето към стреса от студено, намаления черnodробен гликоген и кафявите мастни запаси.
- Проследяване на кръвната глюкоза и започване на ранно хранене (1 или 2 часа след раждането), или интравенозна глюкоза (по преценка от лекар).
- Наблюдаване на често срещаните отклонения описани по - горе и осъществяване на здравни грижи, назначени от лекар.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Познаването на дискутираните по-горе проблеми на новородените малки за гестационната възраст деца, на големите за гестационната възраст и на преносените деца, от специалиста по здравни грижи, определя поведението и благоприятния за тези проблемни новородени изход.

ЛИТЕРАТУРА

[1] Gomella T, Cunningham M, Eyal F. Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs, 6th ed. *McGraw-Hill Professional*, 2009.

[2] Green C. Maternal Newborn Nursing Care Plans. *Jones & Bartlett Learning*, 2014

За контакти:

Доц. д-р Нина Радкова, д.м. Катедра “Обществено здраве”, Русенски университет “Ангел Кънчев”; Началник Неонатологично отделение, МБАЛ-Русе-АД, тел.: 0887-499 892, e-mail: nina_radkova@abv.bg

Доц. д-р Кирил Панайотов, д.м. Управител на Специализирана болница за активно лечение по физикална и рехабилитационна медицина „Медика“ ООД, Русе, тел.: 082/887 278, e-mail: zkm@abv.bg

Петя Гамакова. Медицински университет „Карол Давила“, Букурещ, Румъния

Докладът е рецензиран.