Мордовский госуниверситет имени Н.П. Огарева

Выхаживание детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела в Республике Мордовия

Профессор кафедры педиатрии
Главный внештатный неонатолог МЗ РМ
доктор медицинских наук
Ледяйкина Л.В.

В соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента РФ от 9.10.07г № 1351, важнейшими задачами демографической политики в стране являются сокращение уровня младенческой смертности не менее, чем в 2 раза.

- **На территории Республики Мордовия проводится единая государственная политика в сфере охраны здоровья матери и ребенка.**
- **Основной целью в условиях крайне неблагоприятной демографической ситуации является необходимость сохранения жизни каждого живорожденного ребенка.**

Вероника Скворцова сказала, что если 20 лет назад инвалидизация в группе детей менее 1000 г составляла 50-80%, то сейчас она – 33%, а в лучших центрах – 10-15%.

Количество детей с ОНМТ и ЭНМТ, родившихся в Республике Мордовия

Показатель	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*	*2018*
Родилось детей по РМ	8345	8287	7864	7975	6971	6793
дети с ОНМТ	46	43	46	43	30	30
дети с ЭНМТ	20	22	20	31	24	18

Статистические показатели в Республике Мордовия

	2012г.	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.	2017г.	2018
Младенческая смертность	8,2	7,5	6,0	4,2	4,4	5,0	3,3
Ранняя неонатальная смертность	4,6	3,5	1,6	0,5	1,0	1,0	1,0
Поздняя неонатальная смертность	2,1	1,3	1,0	1,1	1,2	1,6	0,7
Неонатальная смертность	6,7	4,8	2,6	1,6	2,2	2,6	1,7
Удельный вес неонатальной смертности в %	80,8	65,6	42,9	38,2	51,4	51,4	50
Постнеонатальная смертность	1,5	2,6	3,4	2,6	2,1	2,4	1,6
Мертворождаемость	5,2	3,5	5,7	6,1	4,3	4,0	5,1
Перинатальная смертность	9,2	7,1	7,3	6,6	5,3	5,0	6,0

Выживаемость недоношенных:

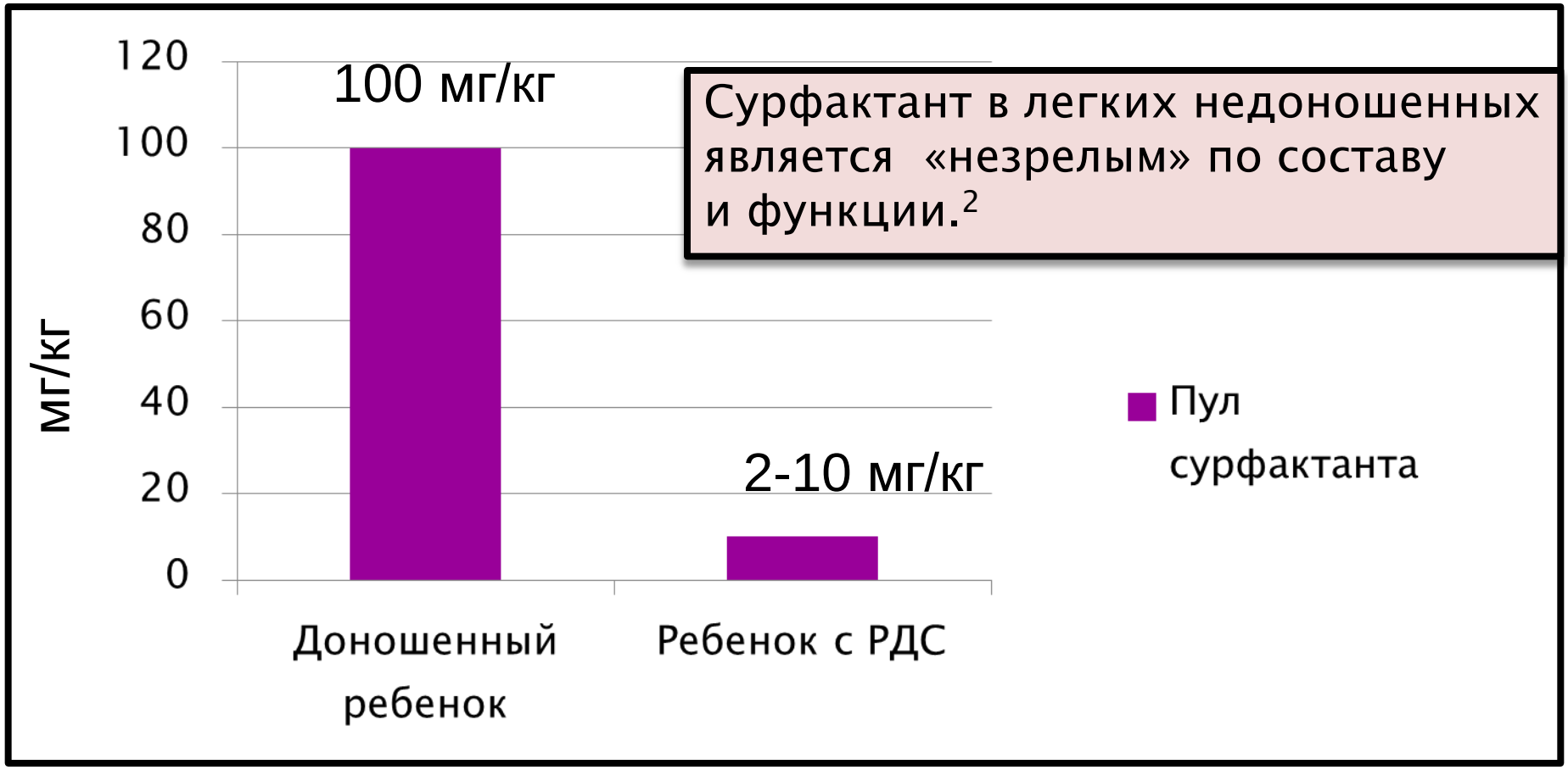
- 2013 год ЭНМТ 43%; ЭНМТ + ОНМТ 73%
- 2014 год ЭНМТ 60%; ЭНМТ + ОНМТ 83%
- 2015 год ЭНМТ 65%; ЭНМТ + ОНМТ 86%
- 2016 год ЭНМТ 69%; ЭНМТ + ОНМТ 85%
- 2017 год ЭНМТ 75%; ЭНМТ + ОНМТ 92%
- 2018 год ЭНМТ 88,9%; ЭНМТ + ОНМТ 89,6%

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Высокотехнологичная медицинская помощь в РМ по Профилю «Неонатология» осуществляется с 2010 года. В отчетном году в ГБУЗ РМ «МРЦКБ» выполнен 91 случай, в ГБУЗ РМ «ДРКБ» - 62 случая.

Не зарегистрирована ранняя неонатальная смертность от РДСН. Резервами снижения смертности от данной причины явились слаженность и преемственность в работе с акушерско-гинекологическим звеном медицинской помощи новорожденным РМ: антенатальная профилактика РДСН (был внедрен новый протокол антенатальной профилактики РДСН в Перинатальном центре в течение 1 суток введение дексаметазона), профилактика невынашивания беременности, диагностика антенатальной гипоксии плода. В Республике Мордовия, как и во многих регионах РФ завершено внедрение такой триады для профилактики РДСН, как антенатальная профилактика, раздувающий вдох, введение куросурфа (в том числе неинвазивным методом) и CPAP. Данные мероприятия дали снижение летальности от РДСН.

Пул сурфактанта



Сурфактант в легких недоношенных является «незрелым» по составу и функции.[2]

Меньше сурфактанта

1. Ainsworth, SB; Treat Respir Med 2005; 4 (6); 423-437;
2. Jobe, A H: Mechanisms to Explain Surfactant Responses; Biol Neonate; 2006; 89: 298-302

Почему лучше вводить Куросурф в дозе 200 мг/кг?

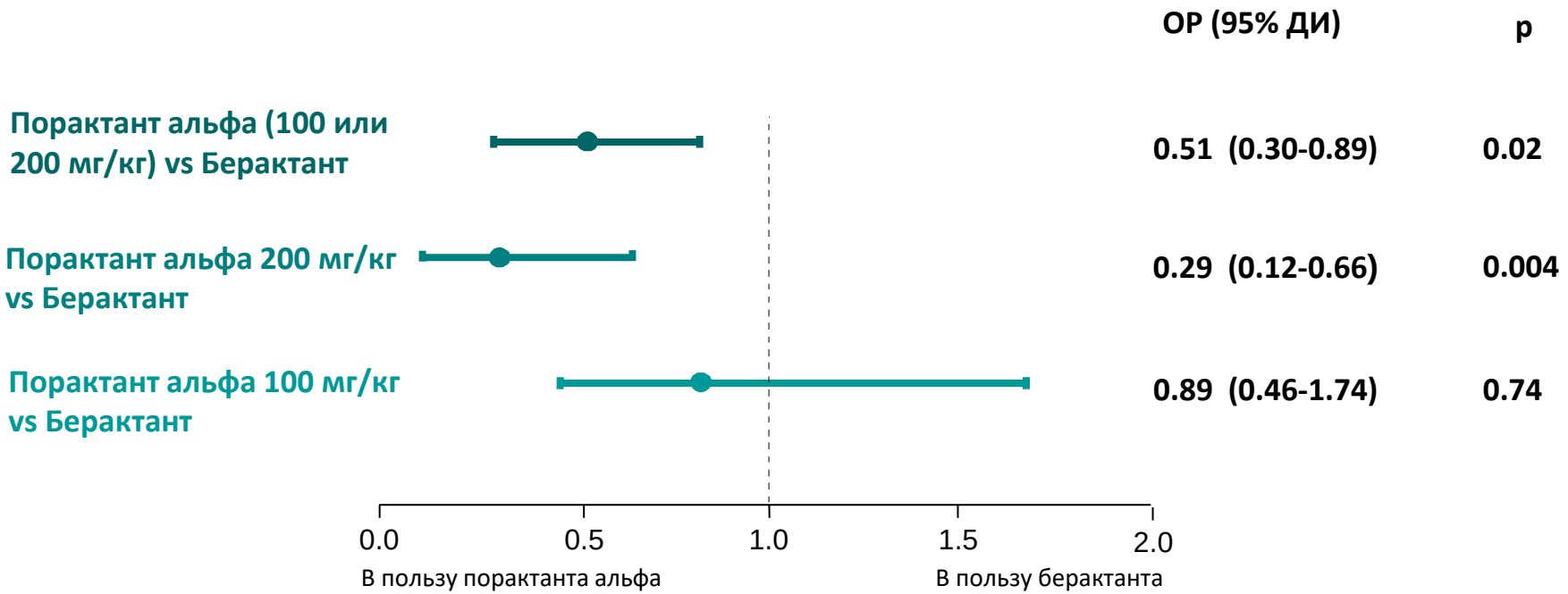
Терапия спасения: после того, как развился РДС, у ребенка появляется ряд патофизиологических особенностей:

- Воспаление
- Ингибирование сурфактанта
- Несоответствие вентиляции и перфузии
- Развитие ателектазов
- Пропотевание сыворотки
- Невозможность самостоятельного продолжения активных дыхательных движений («усталый ребенок»)
- Дыхательный ацидоз
- Уменьшение продукции сурфактанта
- Увеличение работы дыхания

Rennie, J; Robertson ; Textbook of Neonatology; 2005

Singh мета-анализ:

- У детей, получавших Куросурф в стартовой дозе 200 мг/кг, смертность была ниже на **71%**, по сравнению с детьми, получавшими берактант



Сравнение смертности

Singh, N; Pediatrics; 2011; 128; e1588

Результаты исследования *Jourdain G et al. (2016)*

Table 1 Short-term and respiratory outcomes

	Undertreated neonates (115)	Well-treated neonates (227)	Overtreated Neonates (113)	p Value
Mortality	12 (10.4%)	11 (4.8%)	10 (8.8%)	0.156
Oxygen				.290
Air leak				.520
Second				.001
Length				.452
Ventilator free days	5 (1–54)	4.2 (1–17)	6 (1.5–55.5)	0.162
Length of CPAP/NIV (h)	72 (0–168)	96 (0–213)	120 (0–588)	0.176
NICU stay (days)	9.5 (3.8–36)	8 (4–21)	9.5 (4–44)	0.106

Потребность в повторном введении сурфактанта у «недолеченных» новорождённых выше на 36% по сравнению с получившими оптимальную дозу

Дни без ИВЛ рассчитывались как 0 для умерших пациентов.
CPAP, continuous positive airway pressure = постоянное положительное давление в дых, путях;
NICU, neonatal intensive care = ОРИТН
NIV, non-invasive ventilation = неинвазивная вентиляция лёгких

Jourdain G, Zacaria F, Ammar F, et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2016;101:F182–F183.

Выводы исследования *Jourdain G et al. (2016)*

Our findings highlight a problem about surfactant administration: the dose is often rounded to the vial content and only ≈50% of patients are receiving the correct dose. Smaller and bigger babies are at risk of overtreatment and undertreatment, respectively; under-treated babies are more often subjected to surfactant redosing.

- **Только 50% пациентов получают правильную дозу сурфактанта;**
- **У пациентов, получивших низкую дозу сурфактанта, существенно вырастает потребность в его повторном введении**

Jourdain G, Zacaria F, Ammar F, et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2016;101:F182–F183.

Трехэтапная система выхаживания
I этап – это родильный зал и ОРИТН

1.Температурная защита

С целью профилактики гипотермии туловище новорожденного ребенка в первые 30 секунд жизни полностью герметично оборачивается в пластиковую пленку и ребенка помещают в открытое реанимационное место с предварительным подогревом, а затем в кювез. Поверхность головы ребенка дополнительно защищается пеленкой (шапочкой).

2.Новые стратегии ИВЛ

3.Сурфактантная терапия

4.Ведение и коррекция ОАП у детей

5.Коррекция ацидоза

6.Адекватное пульсовое давление

7.Коррекция уровня кальция

8.Коррекция анемии

Борьба с болью. Боль! (стрессовые гормоны, уровень сахара в крови, кислотно - щелочной баланс, анализ газов крови), мимика, мышечный тонус, положение тела, плач.

Организация нутритивной поддержки

- **На современном этапе огромное значение придается не только выживаемости, но и качеству жизни детей, которые прошли все этапы выхаживания.**
- **Неотъемлемым компонентом выхаживания и качества жизни недоношенных новорожденных является организация нутритивной поддержки.**
- **В мае 2014 года был детально проработан Проект Протокола «Вскармливание новорожденных. Энтеральное питание новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ», обсужден на заседании Врачебной подкомиссии по неонатологии и утвержден Приказом Руководителя.**
- **Появляющиеся новые Проекты протоколов изучаются и неукоснительно выполняются.**

При рождении недоношен ного ребенка в родильном зале проводится первое введение молозива из шприца.

II этап - ОПННД

- **Контроль за прибавками массы тела**
- **Контроль потерь жидкости и электролитного баланса**
- **Нутритивная поддержка**
- **Парентеральное питание**
- **Профилактика инфекций, связанных с медицинской деятельностью (работа согласно методических рекомендаций, обработка рук, кожные антисептики)**

КОМНАТА ПОДДЕРЖКИ
ЕСТЕСТВЕННОГО
ВСКАРМЛИВАНИЯ

О КУЛЬТУРЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

«С молоком матери дитя всасывает лучшие добродетели – верность Отечеству и постоянство в любви!»
В.Н. Жук, русский просветитель XIX в.

Грудное вскармливание – это: психологическая защита малыша, неповторимое время нежности, надёжный щит от многих болезней, фундамент будущего счастливого человека и хорошего родителя

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ УСПЕШНОГО ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ:

- Прикладывание ребёнка к груди в родовом зале – способствует образованию мощного психологического «кольца» между матерью и ребенком
- Кормление по требованию малыша (до 20 кормлений в сутки в первые месяцы жизни, до 4 раз в течение часа)

- Частые прикладывания к груди, в т.ч. в ночное время, способствуют стимуляции лактации, предупреждают развитие уплотнений и застоя молока
- Отсутствие в арсенале предметов для малыша сосок, бутылочек, пустышек – «конкурентов» грудного вскармливания

- Кормление только грудью до 6 месяцев
- Продолжение грудного вскармливания до 1–2-х лет, с учётом прикорма и введения разнообразных блюд и продуктов согласно правилам диететики раннего возраста ВОЗ

ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

ПОЛЬЗА ДЛЯ МАМЫ

- Когда ребенок сосёт грудь матери, между ними возникает тесная эмоциональная связь
- Мама быстрее справляется с родовым стрессом
- За счет выработки гормона окситоцина снижается вероятность послеродового кровотечения
- Кормление грудью предохраняет женщину от наступления новой беременности
- Защищает от злокачественных опухолей молочной железы, яичников, матки и многих хронических заболеваний

Молозиво называют «первичной вакцинацией», учитывая уникальность его состава

ПОЛЬЗА ДЛЯ МАЛЫША

- Когда мама прикладывает малыша к груди, он чувствует себя полностью защищенным, счастливым, родным
- Уникальное по своим свойствам, грудное молоко обеспечивает гармоничный рост и развитие ребенка, защищает его от болезней, помогает формированию иммунитета

- Малыши на грудном вскармливании реже страдают аллергией, ожирением, сахарным диабетом
- Дети, вскормленные грудью, более спокойны и уравновешены. Они вырастают доброжелательными людьми, больше привязаны к матери и, повзрослев, становятся заботливыми и любящими родителями

ПРАВИЛЬНОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ МЛАДЕНЦА К ГРУДИ – ЗАЛОГ УСПЕХА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

ПОДБОРОДОК РЕБЕНКА КАСАЕТСЯ ГРУДИ
РОТ ШИРОКО ОТКРЫТ
НИЖНЯЯ ГУБКА ВЫВЕРНУТА НАРУЖУ

Классическая поза «Колыбельная»

Перекрестная Колыбельная

Захват вентиляционного отверстия головы ребенка подсобы

РЕБЕНОК ЗАХВАТЫВАЕТ НЕ ТОЛЬКО СОСОК, НО И БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ОКОЛОСОСКОВОГО КРУЖКА

Положение лёжа

На коленях

МАТЬ НЕ ИСПЫТЫВАЕТ БОЛИ В ОБЛАСТИ СОСКОВ

На коленях

Валетом

ЛАКТАЦИОННЫЙ КРИЗ

В 3-4 мес., по мнению психологов, ребенок впервые заявляет о себе, как о личности

ОТКАЗОМ ОТ ГРУДИ

Малыш как бы провоцирует мать на доказательства своей любви.
В ответ мамы по незнанию прибегают к бутылочкам и молочным смесям, и процесс грудного вскармливания идет на убыль

ЧТО ДЕЛАТЬ:

1. Продолжать предлагать младенцу грудь в разных положениях
2. Не использовать бутылочки и смеси
3. Сохранять спокойствие

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА:

- Прикорм следует давать ребёнку на голодный желудок в первой половине дня, чтобы лучше проследить за его переносимостью (нарушение функции кишечника, аллергические реакции)

  Объем порции для начала – не более 1-2 чайных ложек, постепенно (7-10 дней) увеличивая до возрастной дозы
- Кормить ребёнка продуктами прикорма необходимо из ложки или чашки
- Начинать введение любого нового продукта только когда ребенок здоров
- После каждого кормления ребенка – предлагать грудь
  Продолжать грудное вскармливание до 1-2 лет

СХЕМА ЕСТЕСТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

1	2	3	4	5	6	6 месяцев	6,5 месяцев	7 месяцев	7,5 месяцев	8 месяцев	9 месяцев	10 месяцев	11 месяцев – 12 месяцев
Г Р У Д Н О Е М О Л О К О													
ГРУДНОЕ МОЛОКО						Молочная каша, творог, сливочное масло	Овощное пюре, растительное масло	Мясное пюре, желток, фруктовое пюре	Фруктовый сок	Сухарики, галеты, пшеничный хлеб	Кефир и др. кисломолочные продукты	Рыбное пюре	Переход на общий стол

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ

Уход за новорожденным ребенком требует от родителей внимательности, а также определенных знаний и навыков

Уход за пуповинным остатком

После родов пуповина становится твердой, темнеет и быстро высыхает под воздействием воздуха. Отпадение пуповинного остатка происходит на 10-15-й день после рождения ребенка, иногда позднее. Во время этого нормального процесса в месте отделения может скопиться небольшое количество мутной слизи, что может быть ошибочно принято за гной. Пупочную ранку обрабатывать также 3% раствором перекиси водорода и бриллиантовой зеленью дважды в день до удаления корочки. При уходе за пуповинным остатком необходимо придерживаться следующих положений:

После выписки из перинатального центра пуповинный остаток содержится в чистоте и сухости, отпадает естественным путем, обрабатывается 3% раствором перекиси водорода и бриллиантовой зеленью дважды в день, обязательно после гигиенической ванны.

мытье рук перед и после всех манипуляций с ребенком.

Следует оставить пуповину открытой для доступа воздуха или прикрыть чистой свободной одеждой.

Подгузник не должен закрывать остаток пуповины до самого её отпадения.

Следует избегает попадания мочи или жира. Если на место пуповины попали моча или кал, необходимо промыть водой пуповину и прилегающую к ней область, насухо высушить промокательным движениями чистыми полотенцем или пеленкой.

Для мытья важно использовать только воду, так как использование других веществ может нарушить естественный процесс заживания.

Использование лосьонов, пудры (присыпки) для обработки пуповинного остатка не требуется.

Нельзя использовать сухую вату для ухода за пуповинным остатком, так как на нем могут остаться ворсинки, что может вызвать инфекцию.

Нужно следить за признаками инфицирования (воспаления), которые могут включать:

отечность и покраснение в околопупочной области;

задержка спадения сосудов пуповины, что может способствовать кровотечению из остатка;

задержка отпадения пуповинного остатка более 20 суток;

подъем температуры тела ребенка более 37,5°С;

вялое сосание или отказ от еды.

Появление подобных симптомов требует незамедлительной консультации участкового педиатра.

Основной уход в послеродовом периоде включает:

- ✓ соблюдение гигиены и усиленное мытье рук;
- ✓ стимулирование и поддержка грудного вскармливания;
- ✓ нахождение новорожденного ребенка в тепле, но без перегрева;
- ✓ обеспечение гигиенического ухода за пуповиной, кожей и слизистыми;
- ✓ выявление состояний, требующих особенного ухода и консультирования в медицинских учреждениях;

Купание и подмывание

Купание и подмывание новорожденного осуществляется после выписки из роддома или на следующий день после проведения вакцинации.

Продолжительность гигиенической ванны – 5 минут, температура воды +36,5...37°С.

Для купания можно использовать некипяченую воду. Купать ребенка с применением моющих средств нужно не чаще 2 х раз в неделю. Вода не должна попадать в нос и рот. В конце купания малыша обливают водой, температура которой на 0,5-1 градус ниже температуры воды в ванне. После купания кожу ребенка осушают (но не вытирают) полотенцем или пеленкой из мягкой хлопчатобумажной ткани промокательными движениями.

После каждого мочеиспускания и дефекации ребенка нужно подмывать под проточной водой. После этого, ребенка необходимо положить на пеленальный столик, промокнуть кожу насухо и нанести на неё детский крем или присыпку.

1. Для предотвращения попадания испражнений во влагалище подмывать девочек нужно только по направлению спереди назад.
2. Мыть новорожденного мальчика можно под проточной водой, струя которой направлена от попы к половым органам.

Появление покраснения в области половых губ у девочек или крайней плоти у мальчика, при затруднении и болезненности мочеиспускания требует проведения консультации врача.

Ежедневный туалет новорожденного

Ребенка кладут на пеленальный столик и полностью раздевают, а затем тщательно осматривают кожу, кожные складки (шейная, подмышечные, паховые), рот, нос, глаза, ногти.

Кожа новорожденного ребенка очень тонкая, мягкая и чувствительная. После купания кожу достаточно промокнуть, приложив сухую пеленку.

Сухие участки можно смазать косметическим средством для ухода за новорожденными (крем, масло, молочко).

Иногда втирание в кожу смягчающих средств (крема, масла) может вызвать покраснение, появление сыпи, поэтому средства ухода за кожей надо подбирать индивидуально.

Нельзя одновременно на одних и тех же участках тела использовать присыпку и крем (мазь).

Припудривание кожи ребенка поможет предохранить её от натирания подгузником или одеждой. Присыпку сначала наносят на руки, потом на кожу ребенка для равномерного распределения без комочков.

Необходимо обращать внимание на место введения вакцины против туберкулеза. В норме в месте инъекции на наружной поверхности левого плеча через 2–4 недели развивается специфическая реакция: уплотнение – плотный бугорок-гнойничок-язва, покрытая корочкой, при отпадении которой остается рубчик.

Нельзя выдавливать, обрабатывать, вскрывать, перевязывать, достаточно соблюдать правила гигиены: не допускать загрязнения места прививки и его механического раздражения.

Ногти. Уход за ногтями новорожденного удобно осуществлять во время сна, когда ручки расслаблены, ножницы должны быть с закругленными концами (индивидуально для ребенка). Нельзя состригать ноготки «под корень», так как можно случайно поранить нежную кожу. На ногах ногти обрезают ровно, на руках – закругляя уголки.

Глаза промывают смоченной в кипяченой воде стерильной водой. От наружного угла к внутреннему. Для каждого глаза используют отдельный тампон.

Надо следить, чтобы вода не попала из одного глаза в другой, поэтому при промывании глаз ребенка попеременно укладывают на правый и левый бок. Конъюнктивит - частое явление у детей, возникающее на 3-5 сутки. Признаками конъюнктивита считается слипание век, наличие капелек гноя в уголках глаз. При появлении конъюнктивита следует, сразу обратится к врачу. Рот новорожденного ребенка не обрабатывается, но его необходимо ежедневно осматривать. Появление на слизистой рта белых налетов (молочница) требует консультации участкового врача.

Нос. В норме нос очищается в процессе чихания ребенка. Если у ребенка нет видимых признаков заложенности, проводить туалет носа не требуется. В случае затруднения дыхания при образовании «корочек» его можно очистить вручную. Лучше всего это проделывать перед кормлением или во время совершения утреннего туалета. Для этого из ваты скрутите жгутик, намочите его кипяченой водой (физиологическим раствором, морской водой или препаратом на их основе), аккуратно вворачивайте в носу ребенка, удаляя корочки. Каждый носовой проход очищается поочередно. Для каждой ноздри используйте отдельный жгутик. Для чистки носа ни в коем случае не должны применяться ватные палочки или вата, намотанная на спичку. При появлении отделяемого из носа (насморк) необходима консультация участкового врача. Сосудосуживающие капли применяются только по назначению врача.

Уши. В первые недели жизни новорожденного не требуется очищение слуховых проходов от серы. Но необходимо обращать внимание на кожу за ушами. У новорожденных уши прижаты плотно к голове, поэтому их нужно осторожно отогнуть и очистить при необходимости кожу с помощью детских салфеток.

Конгресс ВОЗ по грудному вскармливанию

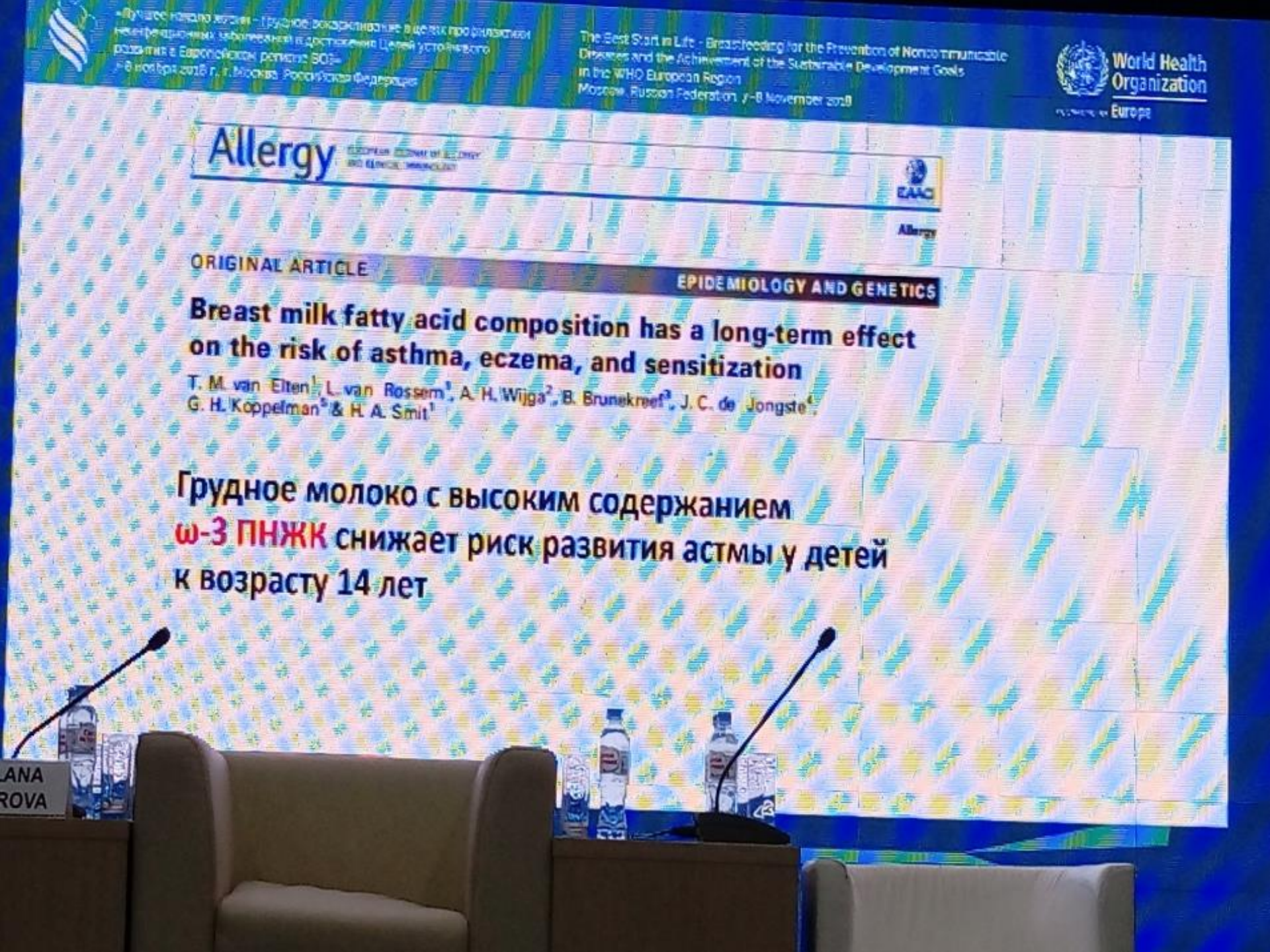
Питание матери во время беременности и лактации для профилактики аллергии

Разнообразная диета в период беременности и лактации, а также у детей в раннем возрасте, является предпочтительной.

Для формирования иммунного ответа важен контакт слизистой ЖКТ с комплексной пищевой матрицей, а не с изолированными нутриентами.

Grimdhaw KE et al. Diet and food allergy development in infancy:birth study using prospective food dietary data/ JACI 2014
Grimshaw K et al& Arch Dis Child 2017
JACI 2018

ETLANA
AROVA


The Best Start in Life - Breastfeeding for the Prevention of Noncommunicable Diseases and the Achievement of the Sustainable Development Goals in the WHO European Region
Moscow, Russian Federation 7–8 November 2018
World Health Organization
Europe
Allergy
EAACI
ORIGINAL ARTICLE
EPIDEMIOLOGY AND GENETICS
Breast milk fatty acid composition has a long-term effect on the risk of asthma, eczema, and sensitization
T. M. van Elten[1], L. van Rossem[1], A. H. Wijga[2], B. Brunekreef[3], J. C. de Jongste[4], G. H. Koppelman[5] & H. A. Smit[1]
Грудное молоко с высоким содержанием
ω-3 ПНЖК снижает риск развития астмы у детей
к возрасту 14 лет

"

"Всё прекрасное в человеке - от лучей солнца и от молока Матери"

(М. Горький)

NutriMa®

Продукты для беременных и кормящих женщин

Август 2018г.

NutriMa

ПИТАНИЕ С МАТЕРИНСКОЙ ЗАБОТОЙ

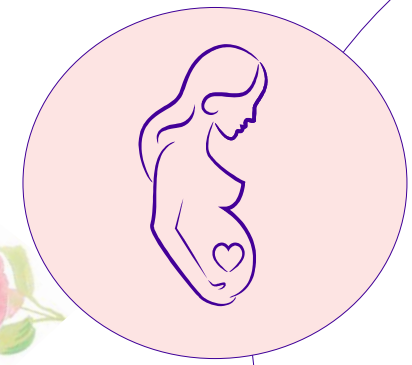
для СОВРЕМЕННЫХ и ОТВЕТСТВЕННЫХ женщин

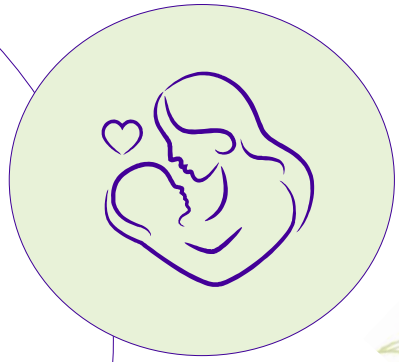
- осознанно хотят быть матерями
- ответственно относятся к материнству
- серьезно относятся к своему здоровью
- заботятся о будущем малыше
- признают важность правильного питания
- придерживаются принципа приоритетности грудного вскармливания

Важность правильного питания беременных и кормящих женщин

ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

ПЕРИОД КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ





Благоприятное течение беременности

Полноценный рост и развитие плода

Поддержание здоровья женщины

Восстановление здоровья женщины

Повышение пищевой ценностью грудного молока

Успешная лактация

Линейка продуктов для сбалансированного дополнительного питания беременных и кормящих женщин

НОВИНКА
стерилизованный молочный напиток со вкусом ванили

При отсутствии возможности организации нутритивной поддержки обогащенным грудным молоком рекомендуется специализированная смесь для вскармливания недоношенных и маловесных детей.

Развивающий и поддерживающий уход.

- Участие семьи «методика кенгуру».
- Работа в команде.
- Температурная защита, правильный температурный режим.
- Придание положения (эмбриональная поза).
- Минимизация боли.
- Методика уюта по Zaky's (имитация рук матери).
- Купание.
- Охранительный режим (минимизация звуков, освещения).
- Оптимальное питание.

Осуществляется активное взаимодействие с Клубом «28 петель», данный клуб функционирует во всем мире (8 стран 70 городов России).

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ
МОРДОВСКИЙ ГОСУНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н,П, ОГАРЕВА

Профилактика заболеваемости и инвалидности у недоношенных детей с экстремально низкой (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) при рождении

Саранск, 2015

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

1. **Максимально возможное ранее начало**
2. **Непрерывность**
3. **Длительность реабилитационного процесса**
4. **Преемственность реабилитационных мероприятий**
5. **Комплексный подход**

ФОРМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (АБИЛИТАЦИИ) ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА:

1. **Курсовая комплексная реабилитация ребенка в условиях круглосуточного стационара или в не стационарной форме;**
2. **Пролонгированное медико-социальное и психолого-педагогическое сопровождение;;**
3. **Реабилитация бригадами службы мобильной реабилитации.**

- **Психотерапевтическая коррекция в диаде «мать–дитя» (контакт «кожа-к-коже», «кенгуру») и в целом в семье больного ребенка; музыкотерапия.**
- **В последние годы для недоношенных детей особенно рекомендуется сочетание двух-трех «мягких» методов физического воздействия с психоэмоциональной и психосенсорной коррекцией, что помогает моделировать эффект так называемых «сенсорных комнат».**

АКТУАЛЬНОСТЬ СОЗДАНИЯ СЛУЖБЫ РАННЕЙ ПОМОЩИ

Тенденция к увеличению числа детей-инвалидов

ПОРУЧЕНИЕ ПРЕЗИДЕНТА ОТ 18 АПРЕЛЯ 2013 ГОДА

Президент РФ Владимир Путин подписал перечень поручений по итогам первой конференции Общероссийского народного фронта на тему «Строительство социальной справедливости», состоявшейся 29 марта 2013 года,
в том числе:

е) представить в установленном порядке предложения:
«…о внедрении системы ранней помощи семьям с детьми-инвалидами, сопровождении таких семей, а также о методическом обеспечении работы субъектов Российской Федерации по данным вопросам…»

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 31 августа 2016 г. N 1839-р

1. Утвердить прилагаемую Концепцию развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (далее - Концепция).

2. Минтруду России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти разработать и внести в 3-месячный срок в установленном порядке в Правительство Российской Федерации проект плана мероприятий по реализации Концепции.

3. Рекомендовать высшим исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации руководствоваться положениями Концепции при разработке и организации реализации программ ранней помощи в субъектах Российской Федерации.

Председатель Правительства
Российской Федерации
Д.МЕДВЕДЕВ

Утверждена
распоряжением Правительства
Российской Федерации
от 31 августа 2016 г. N 1839-р

КОНЦЕПЦИЯ
РАЗВИТИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПЕРИОД ДО 2020 ГОДА

ЧТО ТАКОЕ СЛУЖБА РАННЕЙПОМОЩИ?

Служба ранней помощи – это служба семейно-ориентированной медико-социальной помощи и психолого-педагогической коррекции детей младенческого и раннего возраста, имеющих нарушения развития, а также детей, имеющих риск возникновения таких нарушений в более старшем возрасте и их семьям.

Междисциплинарная команда специалистов - это группа специалистов: невролог, педиатр, травматолог-ортопед, врач ЛФК, физиотерапевт, психолог, дефектолог, социальный педагог, специалист по социальной работе и т.д., оказывающих помощь конкретному ребенку и членам его семьи.

В кабинете катамнестического наблюдения за детьми с перинатальной патологией

	2015 год	2016 год	2017 год	2018
Всего детей	217 детей	273 реб.	312 детей	367 детей
Мальчиков	111 - 51,2%	132 - 48,4%	147 – 47,1%	169 – 46,3%
Девочек	106 - 48,8%	141 - 51,6%	165 – 52,9%	198 – 53,8%
Двойни	23 - 10,6%	27 - 9,8%	34 - 10,8%	41 – 11,2%
Тройни	3 - 1,3%	4 - 1,5%	4 - 1,2%	6 – 1,6%

	2015год	2016год	2017 год	2018 год
С ОНМТ	168 - 77,4%	207 - 75,8%	230 – 73,7%	266 – 72,5%
С ЭНМТ	49 - 22,6%	66 - 24,2%	82 – 26,3%	101 – 27,5%

Консультации:

	2016 год	2017 год	2018 год
Невролог	697 осмотров - 3 на 1 ребенка	781 осмотр – 2,9 на 1 ребенка	521 осмотр – 1,7 осмотра на 1 ребенка
Офтальмо-лог	390 осмотров - 1,7 на 1 ребенка	488 осмотр – 1,8 на 1 ребенка	468 осмотра – 1,5 осмотра на 1 ребенка
Педиатр	734 осмотра - 3,1 на 1 ребенка	885 осмотра – 3,2 на 1 ребенка	684 осмотра – 2,2 осмотра на 1 ребенка
Генетик	51 осмотр	31 осмотр	10 осмотров
Всего осмотров	1821 осмотр	2154 осмотра	1923 осмотра

В отделении функциональной диагностики и лаборатории сделано:

	2015год	2016год	2017 год	2018 год
Всего	1020 - 5,3 на 1 ребенка	1229 - 5,2 на 1 ребенка	1251 - 4,6 на 1 ребенка	1119 - 3 на 1 ребенка
О.А.К	504	596	619	609
б/х ан. крови	11	2	2	-
О.А.М.	15	15	11	37
ЭКГ	291	382	385	318
ЭХО-КГ	1	2	2	2
НСГ	99	101	79	61
ЭЭГ	82	123	146	77
УЗИ бр. полости	4	3	4	4
Прочее УЗИ	2	-	-	1
Холтер	9	2	-	
R-графия	2	2	-	

Массаж:

	2016 год	2017 год	2018 год
приглашены	55 детей-29,4%	49 детей - 20,9%	52 ребенка - 16,7%
получили	121 курса	108 курсов	119 курса
9 курсов	1 реб. - 1,8%	---	--
5 курсов	1 реб. - 1,8%	---	-
4 курса	4 реб. - 7,3%	4 реб. - 8%	5 детей - 12,2%
3 курса	4 реб. - 7,3%	8 детей- 16,3%	10 реб – 7,3%
2 курса	15 детей - 27,3%	15 детей – 30,6%	18 детей – 36,6%
1 курс	30 детей - 54,5%	22 реб.- 44,9%	14 детей – 39%
незаконченные	19 курсов - 34,5%	35 курсов - 32,5%	19 курсов – 15%

Все мамы обучены массажу на дому.
За 2018 год проведено 119 курсов массажа 52 детям.
Закончены курсы массажа у 85% детей.

Оценка нервно-психического развития детей
(соответственно скоррегированного возраста)

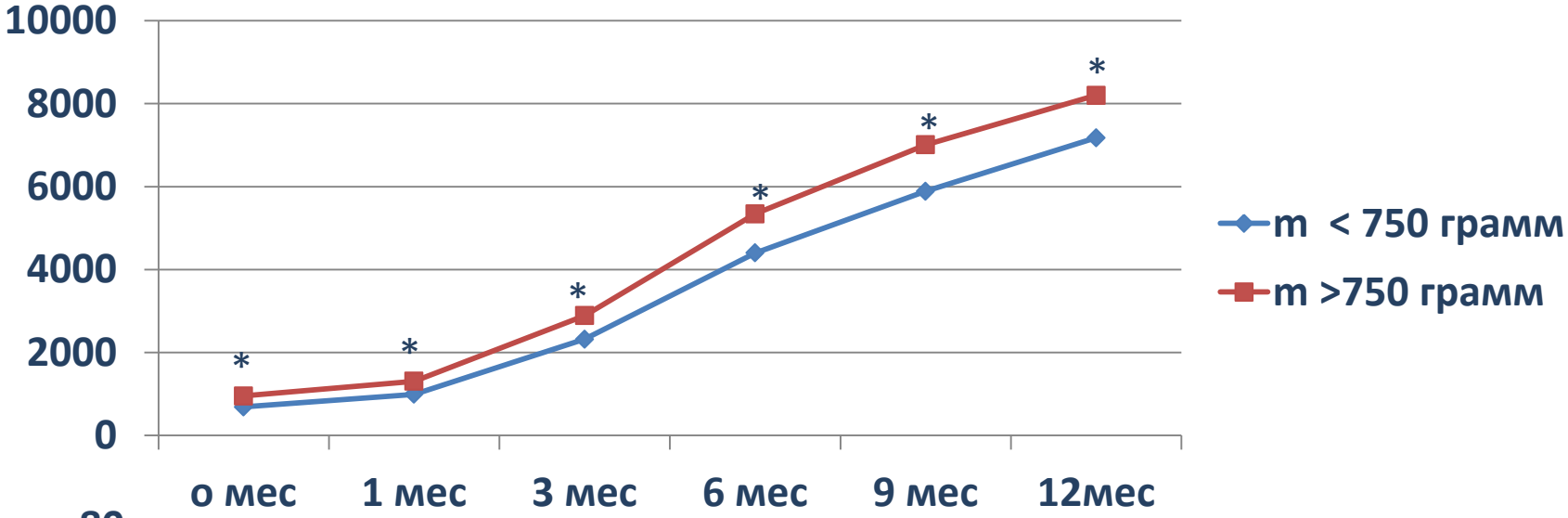
	2016 год	2017 год	2018 год
В неврологической коррекции не нуждаются	35 – 14,9%	45 – 13,8%	54 – 14,7%
Задержка нервно-психического развития легкой степени	180 – 76,6%	189 – 58,4%	201 – 54,8%
Задержка нервно-психического развития средней степени	12 – 5,1%	64 – 19,8%	72 – 19,6%
Задержка нервно-психического развития тяжелой степени	8 – 3,4%	26 – 8,0%	40 – 10,9%

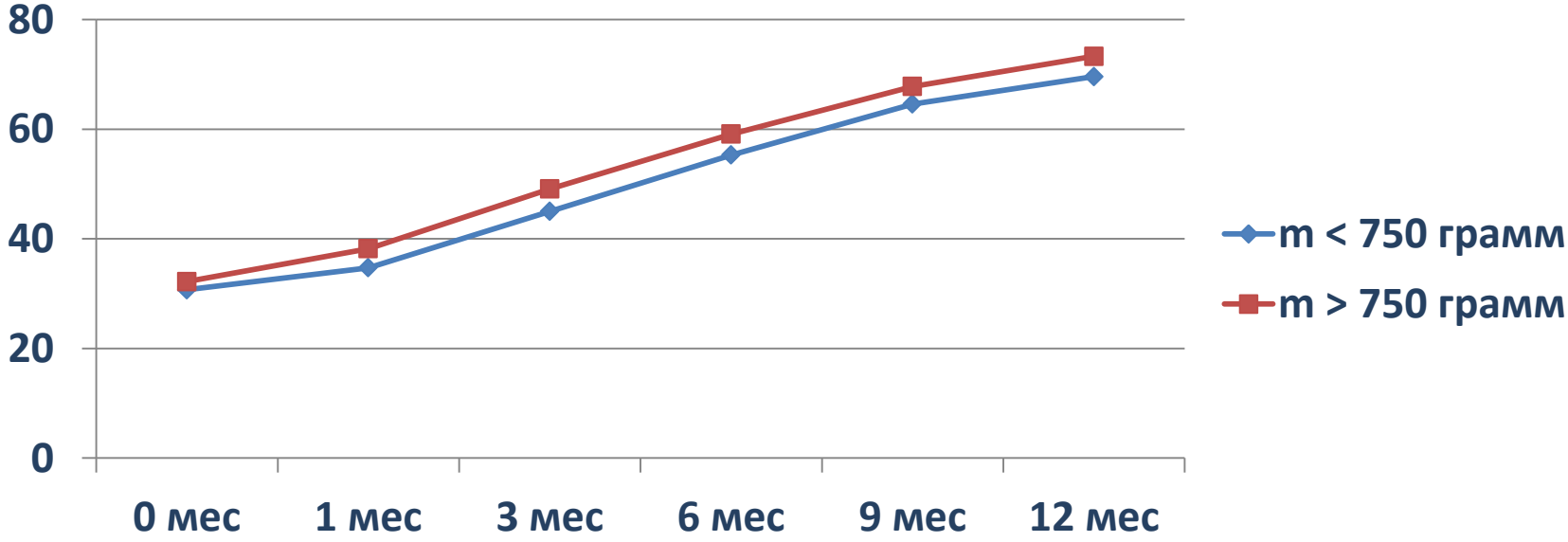
26/01/2016

Оценка физического развития:

	Физическое развитие	2016 год	2017 год	2018 год
1	Нормосоматическое физическое развитие	155 – 65,9%	273 – 84,5%	301 – 81,8%
1.1	Мезосоматическое	-	223 – 81,7%	242 – 80,4%
1.2	Мезомакросомати-ческое	-	37 – 13,6%	42 – 14%
1.3	Мезомикросомати-ческое		13 – 4,7%	17 – 5,6%
2	Мкиросоматическое	62 – 26,4%	34 – 10,5%	30 – 8,2%
3	Макросоматическое	4 – 1,7%	16 – 5%	36 – 10%

Показатели средних массы и роста в зависимости от месяца жизни





* - $p < 0,01$

Анализ физического развития детей показал, что средние месячные прибавки роста в обеих группах достоверно не отличались, однако прибавка массы тела достоверно быстрее наблюдалась во 2 группе детей (связь с массой тела значима при $p<0,01$ – хи-квадрат).

Оценка по группам здоровья детей:

	2016 год	2017 год	2018 год
I группа	25 – 10,6%	33 – 10,2%	35 – 9,6%
II группа	82 – 34,9%	106 – 32,7%	111 - 30%
III группа	94 - 40%	137 – 42,3%	165 - 45%
IV группа	12 – 5,1%	20 – 6,2%	18 - 5%
V группа	22 – 9,4%	28 – 8,6%	38 – 10,4%

Дети из группы социального риска

	2016 год	2017 год	2018 год
Всего	114 - 41%	129 – 39,8%	176 - 48%
Многодетные	45 – 19,1%	48 – 14,8%	59 - 16%
Малообеспе-ченные	30 – 12,7%	48 – 12,3%	61 – 16,6%
Социально неблагополучные родители	17 – 7,2%	18 – 8,6%	18 – 4,9%
Инвалиды детства	22 – 9,3%	28 – 8,6%	38 – 10,4%

На базе ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр» с декабря 2011 года функционирует Центр помощи беременным женщинам, находящимся в трудной жизненной ситуации, где оказывается медико-психологическая и социально-правовая помощь женщинам и их семьям.

Категории женщин, нуждающиеся в социальной поддержке, получившие консультацию в год:

- несовершеннолетние беременные и мамы (до 18 лет) – 26;
- женщины «одинокие мамы» –198;
- многодетные мамы – 356;
- безработные – 302, из них студентки - 74;
- женщины – инвалиды – 28;
- женщины, лишенные родительских прав –19;
- женщины – сироты – 20;
- женщины, имеющие на своем иждивении детей-инвалидов – 29;
- выявлен факт социального неблагополучия в семье – 35 семей;
- женщины, планировавшие отказ от новорожденного ребенка – 12 женщин;
- женщина, написавшие добровольное согласие на усыновление (удочерение) ребенка в стенах перинатального центра – 3.

Nutrilac

- **доабортное консультирование – 127 женщин, 15 женщин сохранили беременность (12 %);**
- **женщины, находящиеся в предразводной ситуации – 7 женщин;**
- **потерявших родных и близких – 51 женщина;**
- **пациентки, имеющие гражданство других государств – 10 женщин (оформление документов);**
- **получение первых документов на новорожденных (свидетельство о рождении, медицинский полис и СНИЛС) – 83.**

Сотрудники Кризисного центра осуществляют:

- выездные тематические лекции, показ видеофильмов, организацию круглых столов со школьниками, в том числе находящимися в трудной жизненной ситуации, помещенными в детские дома, реабилитационные центры;
- выездные встречи специалистов Перинатального центра с тематическими лекциями «Береги здоровье смолоду» со старшеклассниками школ Республики, подростками санаториев.
- Активно привлекаются служители православной церкви, сотрудники Медицинского института Мордовского государственного университета.

Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ВЕКТОР ДЕТСТВО 2018

Инициатива Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка «Вектор «ДЕТСТВО – 2018»

ТОП – 100

100 ЛУЧШИХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ

НОМИНАЦИЯ

«Поддержка беременных женщин, направленная на профилактику абортов»

ПРОЕКТ

Младенец, живи!

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Мордовия Мордовский республиканский клинический перинатальный центр

МОСКВА, 2018

05/05/2016

Здоровые дети - гордость Мордовии!

Для выхаживания детей нельзя не учитывать и социальные и материальные условия жизни семьи, в которой рождается ребенок. Суть технологии выхаживания недоношенных новорожденных это комплексный подход, а именно - обучение, помощь родителям детей, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, повышения комплаенса, активное участие благотворителей, Русской православной церкви в выхаживании новорожденных, что особенно важно на третьем этапе.