**НЕДОНОШЕННЫЕ НОВОРОЖДЕННЫЕ**

К недоношенным относят детей, родившихся до истечения 37 нед беременности или ранее чем через 259 дней, отсчитываемых с первого дня последнего менструального цикла. Это означает, что определяющим критерием недоношенности является гестационный возраст. В течение многих лет недоношенность определяли как рождение ребенка с массой тела 2500г и менее. В настоящее время параметры физического развития и даже степень морфологической и функциональной зрелости не являются критериями диагностики недоношенности, так как они могут не соответствовать гестационному возрасту. Так, недоношенные дети часто имеют массу тела при рождении более 2500 г, а примерно 1/3 новорожденных, родившихся с массой менее 2500 г, являются доношенными.

Согласно классификации ВОЗ X пересмотра недоношенные новорожденные классифицируются по массе тела согласно рубрике P07: 1) крайне низкая масса при рождении (экстремально низкая масса): масса тела при рождении 999г или менее (до 1000);

2) очень низкая масса тела при рождении: масса тела при рождении 1000-1499г. (до 1500г);

3) низкая масса тела при рождении: масса тела при рождении 1500-2499г (до 2500г).

Наиболее часто преждевременные роды обусловлены заболеваниями матери (хроническая соматическая патология: заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, эндокринные нарушения; острые инфекционные заболевания; гинекологическая патология); осложнениями беременности (особенно поздний токсикоз); отягощением акушерского анамнеза предшествующими абортами и выкидышами (истмико-цервикальная недостаточность); травмами (в том числе психическими) и интоксикацией (курение, алкоголь); иммунологической несовместимостью в системе мать—плод (резус-конфликт и групповой конфликт). Имеет значение также слишком юный (до 18 лет) и возраст матери старше 30 лет; влияние возраста и состояние здоровья отца менее выражено.

Со стороны плода причинами недонашивания могут быть генетические заболевания (в том числе хромосомная патология) и внутриутробные инфекции. В последние годы особое значение приобрели социально-экономические причины недонашивания (производственные вредности, внебрачные роды, ухудшение экологической обстановки и т. д.).

**АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

Недоношенные дети имеют своеобразное телосложение — относительно большая голова с преобладанием мозгового черепа, иногда — открытые черепные швы, малый и боковой роднички, низкое расположение пупочного кольца; слабое развитие подкожной жировой клетчатки. Для недоношенных характерно обильное пушковое оволосение (лануго), при значительной степени недоношенности — недоразвитие ногтей. Кости черепа податливы вследствие недостаточной минерализации, ушные раковины мягкие. У мальчиков яички не опущены в мошонку (у крайне незрелых детей мошонка вообще недоразвита); у девочек половая щель зияет вследствие недоразвития половых губ и относительной гипертрофии клитора. На основании внешнего осмотра ребенка можно сделать заключение о степени недоношенности (гестационном возрасте) по совокупности морфологических критериев, для чего разработаны оценочные таблицы этих признаков в баллах.

Для нервной системы недоношенных детей характерны слабость и быстрое угасание физиологических рефлексов (у глубоконедоношенных, включая сосательный и глотательный); замедленная реакция на раздражения; несовершенство терморегуляции; мышечная гипотония.

Реакции недоношенных детей на различные раздражения отличаются генерализованностью, слабостью активного торможения, иррадиацией процесса возбуждения. Незрелость коры обусловливает преобладание подкорковой деятельности: движения хаотичны, могут отмечаться вздрагивания, тремор рук, клонус стоп.

Вследствие незрелости терморегуляционных механизмов недоношенные дети легко охлаждаются (сниженная теплопродукция и повышенная теплоотдача), у них нет адекватного повышения температуры тела на инфекционный процесс и они легко перегреваются в инкубаторах. Перегреванию способствует недоразвитие потовых желез.

Большинство недоношенных детей догоняют своих сверстников к 1-1.5 годам, дети с очень низкой массой тела при рождении обычно отстают от доношенных ровесников в физическом и нервно – психическом развитии до 2.5-3 лет. У них также может выявляться нарушение гармоничности развития (задержка роста), наиболее ярко проявляющееся в 5-7 и 11-14 лет.

**ОСОБЕННОСТИ УХОДА И ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫХАЖИВАНИЯ**

Период постнатальной адаптации к окружающей среде у недоношенных детей растягивается на 1—2 мес. Вследствие незрелости органов и систем при неадекватных условиях возможны тяжелые срывы адаптации. Поэтому организация оптимальных условий выхаживания имеет для недоношенных детей чрезвычайно важное значение. Температурный режим должен учитывать несовершенство терморегуляции и особую опасность охлаждения. Целесообразно создание специализированных родильных домов для приема преждевременных родов (перинатальных центров), в которых осуществляется мониторирование плода. Температура воздуха в родильном доме должна быть не менее 22—23; ребенка принимают в теплые стерильные пеленки или непосредственно после рождения и отсечения пуповины помещают на специальный столик с подогревом (в инкубатор). Глубоконедоношенных детей в некоторых странах заворачивают в металлизированные пеленки для предотвращения потерь тепла. Перевод недоношенного ребенка из родильного дома в стационар 2-го этапа выхаживания (как правило, на базе клинических детских больниц) при наличии специально оснащенных реанимационных машин (с инкубатором и кислородным баллоном) может осуществляться уже в первые часы жизни при отсутствии явных противопоказаний к транспортировке (внутричерепные кровоизлияния, гемолитическая болезнь). В специализированных отделениях недоношенных детей размещают в боксированных палатах (2—3 ребенка в боксе). Детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, а также более зрелых, но тяжелобольных недоношенных выхаживают в инкубаторах (кувезах), в которых поддерживают в зависимости от степени незрелости и возраста ребенка температуру 32—36 °С (в инкубаторах интенсивного ухода температура воздуха регулируется автоматически по показателям кожных датчиков для поддержания температуры тела ребенка 36—37 °С). Относительную влажность в инкубаторах на протяжении первой недели жизни ребенка постепенно снижают с 90 % до 60—70 %; концентрация кислорода зависит от состояния ребенка и в среднем составляет 35— 40 %. При подаче кислорода в кувез для профилактики его токсического воздействия наиболее целесообразно применять интенсивность оксигенации в зависимости от показателей Ро2 в крови ребенка (транскутанный мониторинг), которые не должны превышать 60 %. Продолжительность пребывания ребенка в кувезе зависит от его индивидуальных особенностей. Все медицинские манипуляции проводят по возможности в кувезе. Положение ребенка в кувезе периодически изменяют, переворачивая его на другой бок или на живот. Температура воздуха в палатах колеблется от 23 до 25 °С, палаты регулярно проветривают (3—6 раз в сутки). В отделении 2-го этапа необходимо соблюдать строгий санитарно-эпидемиологический (влажная уборка, кварцевание воздуха, цикличное заполнение палат) и лечебно-охранительный режимы. Необходимы четкий контроль за состоянием здоровья кормящих матерей; ношение персоналом и матерями марлевых масок (со сменой каждые 4 ч); гигиенические ванны для детей (назначают индивидуально); внедрение микрометодов и неинвазивных методов обследования; специальные помещения для сбора и обработки грудного молока, для сбора белья; применение разовых предметов ухода и инструментов (иглы, шприцы).

Второй этап выхаживания недоношенного является начальным этапом реабилитации. Практически все недоношенные дети нуждаются в физической реабилитации: массаж, упражнения в воде, для чего необходимы специальное помещение с ваннами и обученный персонал. К реабилитации незрелых детей необходимо привлекать родителей, прежде всего мать (общение в палате, «кенгуру» — контакт «кожа к коже»). Детям, находящимся в отделении с целью реабилитации, необходимо в летнее время организовывать прогулки на веранде или в саду. Выписка недоношенного ребенка из стационара на педиатрический участок осуществляется при наличии стойкой адаптации к внешней среде: самостоятельное сосание, регулярная прибавка массы тела (при выписке 2200—2300 г и более), достаточная терморегуляция. Незадолго до выписки мать обучают приемам ухода, массажа и упражнениям в воде. Преемственность между стационаром и поликлиникой обеспечивается передачей подробной медицинской документации (выписка) с рекомендациями на ближайшие 1—3 мес.