

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00592&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00592. Амбулаторне ведення недоношеної дитини

Автори: Marjo Metsäranta, Kristiina Saarinen
Редактори оригінального тексту: -
Дата останнього оновлення: 2017-01-24

Визначення

- *Недоношена дитина* — дитина, народжена до 37+0 тижня вагітності. Більшість недоношених дітей важать менше 2 500 г при народженні. Недоношені діти можуть бути малими (малий для гестаційного віку = МГВ; малий для даного строку вагітності), нормальними за розмірами (відповідні своєму гестаційному віку) або великими (великими для даного строку вагітності), як і решта новонароджених.
- *Дуже малі недоношені діти* важать при народженні менше 1 500 г, недоношені з надзвичайно низькою масою важать менше 1 000 г.
- Розраховують *скоригований вік*, тобто вік згідно розвитку, для чого замість дати народження беруть передбачувану дату пологів, визначену згідно даних УЗД на ранніх етапах вагітності чи за останньою менструацією. Передчасні пологи не прискорюють зростання чи розвиток дитини. Скоригований вік краще відповідає справжньому біологічному віку дитини, що починається з зачаття, ніж календарний. Зріст і розвиток недоношеного немовля слід оцінювати за скоригованим віком, доки різниця з календарним віком практично важлива. Якщо дитина народилась до 28 тижня вагітності, необхідна корекція у віці одного року, можливо також у віці двох років, але вже не потрібна у віці трьох років.
- Огляд: див. [\[Настанова 01131 | Фізикальне обстеження но...\]](#).

Фізичний розвиток

- Фізичний розвиток недоношених немовлят оцінюється за скоригованим віком.
- Протягом першого року життя використовують графіки фізичного розвитку, спеціально розроблені для недоношених немовлят. Ці графіки дозволяють відслідковувати вагу, не спираючись на ненадійне (у цьому віці) значення зросту. До розрахункового часу народження фізичний розвиток недоношених немовлят оцінюють за допомогою графіків, що базуються на вазі немовляти при народженні.
- Немовлята, які народились з вагою більше 1 500 г, ростуть рівномірно після досягнення ваги при народженні (протягом 10–14 днів).
- Фізичний розвиток глибоко недоношених дітей майже завжди затримується у зв'язку з несприятливими умовами після народження. В таких дітей, як і в дітей з внутрішньоутробною затримкою фізичного розвитку (малі для свого строку), починається надолуження зросту, як тільки забезпечене адекватне харчування. Відсутність надолуження зросту свідчить, що проблеми з харчуванням тривають, є функціональні порушення чи якість першопричинне захворювання.

Харчування [доказ D] [доказ B] [доказ C] [доказ C]

Енергетична цінність, білки, мінеральні речовини

- Темп зростання недоношених немовлят швидший, ніж доношених немовлят, він нагадує темп росту плода. Тому скоригована за масою тіла потреба в поживних речовинах і енергії вища в недоношених немовлят протягом перших тижнів і місяців життя в порівнянні з доношеними немовлятами. Надолуження зросту також підвищує потребу в поживних речовинах і енергії. З іншого боку запаси, отримані від матері, малі. У зв'язку з респіраторними порушеннями, можливо доведеться обмежувати кількість рідини до менш ніж половини від норми, скоригованої за вагою.
- Діти з вагою більше 1 800 г при народженні добре ростуть на раціоні харчування, аналогічному такому в доношених дітей.
- Харчування немовлят з дуже низькою масою тіла при народженні відрізняється від такого доношених немовлят.

- Під час перебування в стаціонарі й після виписки необхідне збагачення грудного молока білками і мінеральними речовинами чи використання спеціальних сумішей для недоношених дітей. Такі суміші містять більше енергії, білків і мікроелементів, ніж звичайні суміші.
- У більшості випадків можна припинити збагачення грудного молока чи перейти на звичайну суміш близько очікуваної дати пологів, якщо дитина росте добре.
- Якщо ріст поганий навіть за умови нормального споживання енергії (110–135 ккал/кг/24 години), зазвичай немає підстав для збільшення калорійності харчування за винятком випадків, коли виявлена мальабсорбція жирів. Поганий зріст з найбільшою ймовірністю зумовлений дефіцитом інших поживних речовин, найчастіше білків.
- Лікарня надає інструкції щодо вживання спеціальних харчових продуктів і програм харчування.

Залізо

- Недоношені діти потребують більше заліза, ніж доношені діти, у зв'язку зі швидким зростом, малим об'ємом крові і малими запасами заліза. Більшість заліза транспортується від матері до плоду протягом останніх кількох тижнів вагітності. Дефіцит заліза шкодить зросту і розвитку мозку і сприяє залізодефіцитній анемії в дитини.
 - Препарати заліза призначаються всім немовлятам, що народились з вагою менше 2 500 г, починаючи з віку 2–4 тижнів, у дозі близько 2 мг/кг/добу, максимальна доза 15 мг/кг/добу доказ 06981 B.
- Додаткове вживання заліза зазвичай призначається до віку 12 місяців. Батькам надаються письмові інструкції. Також можливе призначення рідких форм препаратів заліза. Прийом цих препаратів може забарвлювати емаль молочних зубів, що прорізуються; це явище безпечне. З метою запобігання цього феномену можливе полоскання роту фруктовим соком чи водою після вживання дитиною розчину заліза.

Вітаміни

- Запаси вітамінів у недоношених дітей малі. В перші тижні після народження в зв'язку з швидким ростом існує потреба у додаткових вітамінах. Потреба у додатковому вітаміні D, однак, звичайна

і становить 10 мкг = 400 МО/добу (див. також [\[Настанова 00518 Вітаміни\]](#)). Протягом всього періоду росту рекомендований прийом аптечних препаратів вітаміну D. Варто надавати перевагу вітаміну в формі D3 (холекальциферол). Для дітей віком від 2 до 18 років доза становить 7,5 мкг/добу.

- Доступні спеціальні вітамінні препарати, що містять вітаміни А, В₁₂, Е й фолієву кислоту для належного забезпечення кровотворення у недоношених немовлят.
- Потреба в додаванні полівітамінних препаратів залежить від виду молока і молочної суміші. Персонал лікарні і дитячої клініки надає рекомендації щодо прийому вітамінних препаратів.

Прикорм

- Питання щодо додаткового харчування розглядається індивідуально, оскільки вміст жиру і білку в грудному молоці варіює в різних жінок і склад грудного молока також змінюється в процесі зросту дитини.
- Введення прикорму зазвичай розпочинається у календарному віці приблизно 4 місяців.
- Дітям, які знаходяться на штучному вигодовуванні, можливе введення прикорму навіть раніше, у віці 2,5–3 місяці, у вигляді безглютенових рідких каш з кукурудзи, рису або овочів, 1–2 порції на добу, якщо дитина виглядає голодною. Рідкі каші часто смакують краще, ніж суміші, і мають більш густу консистенцію. Також можливе використання згущувача молока.
- Якщо дитина страждає на закрепи, для їх лікування можна спробувати пюре з чорносливу, починаючи з віку 2,5–3 місяців.
- М'ясні пюре доцільно вводити не пізніше 5-місячного віку у вигляді 2 порцій на добу для забезпечення достатнього надходження заліза, мінералів та мікроелементів. М'ясо також багате на білок. Також можна додавати пташине м'ясо, рибу і яйця.
- Зернові продукти (вівсянка, ячмінь, пшениця, жито) розпочинають з віку 6 місяців.

Вакцинація

- Немовлятам з групи ризику вакцинація БЦЖ зазвичай проводять після досягнення ваги 2,5 кг.

- Решта планових щеплень проводиться згідно з календарним віком (а не згідно зі скоригованим віком). Вакцинування проти ротавірусу розпочинається до 15 тижнів за календарним віком, але не проводиться дітям, які знаходяться на стаціонарному лікуванні. Між БЦЖ та іншими вакцинаціями слід витримувати інтервал мінімум у 4 тижні.
- Вакцинація від грипу рекомендується всім недоношеним немовлятам віком старше 6 місяців. Вакцинація від грипу також рекомендується особам, які близько контактують з немовлятами.

Захворювання

- Протягом першого року життя недоношені діти потребують більше медичної допомоги, ніж доношені. Чим менша дитина, тим більша її потреба в медичному догляді. Найчастіше медична допомога необхідна через наступні причини: респіраторні інфекції, пахові грижі та потреба в реабілітації.
- Гарячка в недоношеній дитині зі скоригованим віком менше 3 місяців є показанням до негайного направлення у відділення невідкладної допомоги для динамічного спостереження.

Бронхолегенева дисплазія (БЛД)

- Бронхолегенева дисплазія — хронічне захворювання легень, викликане кисневою терапією і штучною вентиляцією легень у глибоко недоношених дітей. Типовими ознаками є тривалі респіраторні порушення і потреба в респіраторній підтримці протягом перших тижнів життя.
- Діагноз БЛД встановлюється у віці чотирьох тижнів, а ступінь тяжкості визначається у віці, що відповідає 36 тижню гестації.
- Клінічні симптоми: тривала потреба в кисневій терапії, надлишкове утворення слизу, хрипи, задишка, обструктивне свистяче дихання. Крім клінічних симптомів діагноз спирається на типові патологічні зміни на рентгенограмі органів грудної клітки й типовий анамнез.
- Лікування в найбільш важко уражених немовлят полягає в інгаляціях бронхорозширювальних засобів протягом інфекційного процесу й у фазах надлишкової продукції слизу. Якщо використовувались діуретики, слід прагнути відмінити їх до виписки дитини додому, а також скасувати обмеження рідини. При найважчій формі БЛД необхідна тривала киснева терапія, вдома потрібен кисневий концентратор. Необхідно виявляти

перевантаження правих відділів серця. В таких випадках дитину спостерігає кардіолог дитячий, який відповідає за можливе призначення кардіологічних препаратів.

- Дуже важливо забезпечити достатнє харчування. Лікування і спостереження дітей з БЛД здійснюється у спеціалізованих закладах.
- Звичайні вірусні інфекції в немовлят з БЛД можуть посилити труднощі з диханням і призвести до госпіталізації. У зв'язку з цим родинам таких дітей рекомендується уникати контактів з інфікованими особами.
- Дітям з важкою БЛД проводяться профілактичні ін'єкції палівізумабу протягом періодів епідемії респіраторно-синцитіального (РС) вірусу для попередження розвитку спричинених РС-вірусом респіраторних інфекцій.

Вади органів чуття

- Недоношені немовлята можуть отримувати терапію, що пов'язана з ризиком розвитку вад слуху. Навіть за умови обстеження слуху дітей з групи ризику перед випискою з лікарні за допомогою отоакустичної емісії чи дослідження викликаних потенціалів важливо контролювати слух протягом дитинства, оскільки деякі дефекти розвиваються пізніше.
- Ретинопатія недоношених (РН) зазвичай є проблемою найменших недоношених немовлят. Під найбільшим ризиком знаходяться немовлята, народжені до 27 тижня гестації. Додатково до недоношеності як такої, розвитку ретинопатії сприяє киснева терапія. У всіх немовлят, народжених до 31 тижня, оглядають очі щодо наявності ретинопатії. Зміни, що загрожують зору, коригуються за допомогою лазеру чи ін'єкцій у скловидне тіло антагоністу фактору росту ендотелію судин (ФРЕС).
- Косоокість, порушення рефракції й функціональні зорові проблеми церебрального генезу більш поширені серед недоношених дітей у порівнянні з доношеними. Ризик особливо підвищений у немовлят, народжених до 27 тижня гестації. Такі діти оглядаються офтальмологом у віці 3–4 років. Немовлят, народжених на 27 тижні чи пізніше, спостерігають шляхом регулярних періодичних оглядів у педіатричній клініці. За підозри на проблеми з зором дитину направляють на консультацію до офтальмолога.

Психомоторний розвиток [доказ|B]

- Неврологічний розвиток моніториться за такими ж принципами, як і в доношених дітей. Протягом перших 1–2 років життя для оцінки стадії розвитку використовується скоригований вік; у дітей, народжених до 30 тижня, його можна використовувати до віку 18–24 місяців. У дітей, народжених пізніше, корекцію віку можна відмінити раніше. Очевидні порушення розвитку потребують спеціалізованих досліджень і оцінки спеціалістом.
- Однак, більшість немовлят вагою менше 1 500 г при народженні розвиваються нормально, хоча ризик вад підвищений.
- Церебральний параліч, зокрема геміплегія, є однією з проблем глибоко недоношених дітей. У 5–10% недоношених дітей з дуже малою масою розвиваються рухові порушення, що спричиняють інвалідність, а у 25–50% — більш легкі неврологічні, когнітивні й поведінкові проблеми, що можуть викликати труднощі з навчанням у школі.
- Поширеність неврологічних проблем серед дітей, народжених з вагою більше 1 500 г чи народжених після 30 тижня, явно нижча. Однак більшість випадків церебрального паралічу не пов'язані з недоношеністю.
- Огляд новонародженої дитини: див.

[настанова|01131] [Фізикальне обстеження но...](#)

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [пов'язані|00220] [The premature infant in ...](#)
- Література [пов'язані|00220] [The premature infant in ...](#)

Джерела інформації

R1. Sankilampi U, Hannila ML, Saari A et al. New population-based references for birth weight, length, and head circumference in singletons and twins from 23 to 43 gestation weeks. Ann Med 2013;45(5-6):446-54. [PubMedID|23768051]

Настанови

- [Настанова 01131](#). Фізикальне обстеження новонародженої дитини.
- [Настанова 00518](#). Вітаміни.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05803](#). Taurine supplementation in preterm or low birth weight infants.
Дата оновлення: 2008-01-16
Рівень доказовості: D
Резюме: There is insufficient evidence from RCTs on the effect of taurine supplementation on growth and development in preterm and low birth weight infants.
- [Доказовий огляд 05875](#). Formula milk versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants.
Дата оновлення: 2018-08-22
Рівень доказовості: B
Резюме: Feeding with formula milk, compared with donor breast milk appears to lead to higher rates of short-term growth in preterm or low birth weight infants, but is associated with an increased risk of developing necrotising enterocolitis.
- [Доказовий огляд 06694](#). Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants.
Дата оновлення: 2016-11-15
Рівень доказовості: C
Резюме: Non-nutritive sucking (the use of pacifier) may decrease transition from gavage to full oral feeding and length of hospital stay in preterm infants.
- [Доказовий огляд 06701](#). Multinutrient fortification of human breast milk for preterm infants following hospital discharge.
Дата оновлення: 2014-09-19
Рівень доказовості: C
Резюме: Feeding preterm infants following hospital discharge with multinutrient fortified breast milk compared with unfortified breast milk may not increase growth rates during infancy, but the effect on long term growth and development is unclear.
- [Доказовий огляд 06981](#). Enteral iron supplementation in preterm and low birth weight infants .
Дата оновлення: 2012-04-09
Рівень доказовості: B
Резюме: Enteral iron supplementation appears to be effective for increasing haemoglobin concentration in preterm and low birth weight infants compared with no supplementation. However, the evidence of possible long term benefits in terms of neurodevelopmental outcome and growth is insufficient.
- [Доказовий огляд 05587](#). Early developmental intervention programs for preterm infants.
Дата оновлення: 2016-03-07
Рівень доказовості: B
Резюме: Early intervention programs for preterm infants appear to have a positive influence on cognitive and motor outcomes during infancy, with the cognitive benefits persisting into pre-school age.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-01-24

Автор(и): Marjo MetsärantaKristiina Saarinen Автор(и) попередніх версій статті: Anna-Liisa JärvenpääMartti Virtanen
Редактор(и): Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Paediatrics Nutritional medicine

Ключові слова індексу

mesh: Infant, Premature mesh: Infant, Newborn mesh: Child Premature infant Prematurity mesh: Infant Food
mesh: Age Groups mesh: iron supplement mesh: Bronchopulmonary Dysplasia mesh: Retinopathy of Prematurity
mesh: premature infant formula mesh: growth chart mesh: Nutrition Therapy mesh: Breast Feeding
mesh: vitamin D substitution mesh: Vaccination mesh: Hearing Disorders mesh: Proteins mesh: Growth
mesh: BCG Vaccine mesh: Energy Intake mesh: Diet mesh: large for date mesh: neurological development
mesh: Hearing Loss mesh: infant, premature mesh: Infant mesh: Infant Formula mesh: Milk, Human mesh: Vitamins
mesh: Infant, Small for Gestational Age icpc-2: A93 icpc-2: A94 speciality: Nutritional medicine speciality: Paediatrics