

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

ИЛЬНУР ИЛГИЗОВИЧ ЗАКИРОВ, канд. мед. наук, ассистент кафедры педиатрии и неонатологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, тел. (843) 562-52-66, e-mail: zakirov.ilnur@inbox.ru

АСИЯ ИЛЬДУСОВНА САФИНА, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой педиатрии и неонатологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, тел. (843)562-52-66, e-mail: safina_asia@mail.ru

Реферат. В статье изложены основные этапы амбулаторного выхаживания недоношенных детей. Отражены вопросы рационального вскармливания детей на первом году жизни, сроки введения прикормов. Приводятся данные по физическому развитию глубоконедоношенных детей. Рассмотрены наиболее частые заболевания у недоношенных детей на первом году жизни.

Ключевые слова: недоношенный ребенок, этап амбулаторного выхаживания.

CLINICAL EXAMINATION OF PRETERM INFANTS AT THE FIRST YEAR

I.I. ZAKIROV, A.I. SAFINA

Abstract. The article is devoted to the main stages of outpatient clinical examination of preterm infants. Rational infant feeding on the first year of life is described. The data on the development of very low birth premature infants is given. The most frequent pathological conditions in premature infants in the first year of life are described.

Key words: premature baby, clinical examination.

Одной из актуальных проблем современной перинатологии является выхаживание недоношенных детей. За последние десятилетия благодаря внедрению интенсивных технологий ухода за недоношенными младенцами в данной области достигнуты огромные успехи, но одновременно с достижениями появились и новые вопросы: состояние здоровья и развития недоношенных младенцев и качество их жизни. Если выживаемость недоношенных детей, особенно рожденных с очень низкой (ОНМТ) или экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), зависит от возможностей первого (родильного дома) и второго (отделения патологии новорожденных) этапов выхаживания, то абилитация и повышение качества жизни данных младенцев определяется слаженной работой поликлинического (третьего) уровня выхаживания. К сожалению, на современном этапе практическое здравоохранение испытывает трудности с ведением недоношенных детей в амбулаторных условиях: отсутствуют общепринятые стандарты профилактического (диспансерного) наблюдения, нет программ восстановительной терапии и т.д. [1].

Недоношенные дети поступают под наблюдение участкового педиатра после выписки из отделения выхаживания недоношенных детей. **Условия выписки ребенка домой со 2-го этапа:**

- ребенок может поддерживать температуру тела в открытой кровати в течение, как минимум, 24—48 ч;
- может самостоятельно кормиться из бутылочки или груди матери и не требует дополнительного парентерального питания;
- проявляет признаки устойчивого увеличения веса (достижения веса 2 000 г).

Кроме того, при планировании выписки ребенка со 2-го этапа неонатологи должны учитывать следующие критерии [8]:

- уровень образования родителей;
- возможность оказания медицинской помощи в домашних условиях;
- нерешенные медицинские проблемы;
- разработать план по уходу на дому;

- возможность квалифицированного медицинского наблюдения на педиатрическом участке;
- определить необходимой уровень лечебно-восстановительной терапии.

Участковый педиатр проводит динамическое наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием, выявление заболеваний на ранних сроках, контроль за показателями периферической крови. Кроме того, диспансеризация включает систематическое наблюдение узких специалистов (невролог, ортопед, окулист, отоларинголог, по показаниям — хирург, аллерголог и др.), индивидуальные оздоровительные и закаливающие процедуры в зависимости от наличия нарушений развития, подбор адекватной профилактики дефицита витаминов и микроэлементов, составление индивидуального прививочного календаря, профилактика острых респираторных заболеваний. Врачебное наблюдение недоношенного ребенка после выписки из отделений 2-го этапа осуществляется в первые сутки врачом и медсестрой детской поликлиники. На первом месяце жизни осуществляется еженедельный осмотр ребенка участковым педиатром и заведующим отделением. В течение первого полугодия жизни осмотр ребенка участковым педиатром осуществляется 2 раза в мес на дому. Со 2-го полугодия осмотр проводится 1 раз в мес в поликлинике. Примерная схема наблюдения недоношенных детей в амбулаторной практике представлена в табл. 1 [7].

Организация рационального вскармливания на педиатрическом участке. Учитывая морфофункциональную незрелость недоношенных детей, организация рационального вскармливания является достаточно сложной задачей для участкового педиатра. Как правило, к моменту выписки со 2-го этапа выхаживания у ребенка формируется удовлетворительный акт сосания. Рекомендуют режимное вскармливание детей с интервалами 3—3,5 ч (7—8 раз в сут), в том числе и ночное время суток. Следует отказаться от свободного вскармливания в связи с неспособностью таких детей регулировать объем высосанного молока

Амбулаторное наблюдение недоношенных детей на первом году жизни

Возраст	Вид работы	Кратность осмотра
К моменту выписки (первичный осмотр)	Диагностика отклонений в раннем онтогенезе и прогноз состояния здоровья (генеалогический, биологический, социальный анамнез, группа риска, прогноз состояния здоровья, направленность риска). Оценка сведений за период, предшествующий осмотру. Оценка физического и нервно-психического развития. Клиническая оценка ребенка. Расчет объема питания, подбор оптимального вида вскармливания, составить режим питания ребенка. Оценка социально-бытовых условий (температура воздуха, влажность, освещенность, возможность проведения гигиенических процедур и т.д.). Коррекция медикаментозной терапии, рекомендованная на 2-м этапе выхаживания	Первый день после выписки
2—4-я нед после выписки	Оценка сведений за период, предшествующий осмотру. Оценка физического и нервно-психического развития. Клиническая оценка ребенка. Коррекция питания. Консультация узких специалистов (невролог, окулист и остальные врачи при необходимости), параклинические и инструментальные методы обследования. Коррекция медикаментозной терапии, назначение витаминов и микроэлементов	Еженедельно
4—6-й мес	Оценка сведений за период, предшествующий осмотру. Оценка физического и нервно-психического развития. Клиническая оценка ребенка. Коррекция питания, введение прикормов (по индивидуальному графику). Консультация узких специалистов (невролог, окулист и остальные врачи при необходимости), параклинические и инструментальные методы обследования. Кратность осмотра и диагностических процедур определяется по индивидуальному графику. Мониторинг медикаментозной терапии. Вакцинация детей	1 раз в 2 нед
6—12 мес	Оценка сведений за период, предшествующий осмотру. Оценка физического и нервно-психического развития. Клиническая оценка ребенка. Расчет объема питания, продолжить введение прикормов, составить режим питания ребенка. Консультация узких специалистов, параклинические и инструментальные методы обследования. Кратность осмотра и диагностических процедур определяется по индивидуальному графику. Мониторинг медикаментозной терапии. Вакцинация детей	1 раз в мес

и высокой частотой перинатальной патологии. Расчет объема питания производится **калорийным способом** с учетом энергетической ценности как грудного молока, так и используемых специализированных смесей. К моменту рождения недоношенного ребенка энергетические потребности невысокие, однако к 17-му дню жизни энергоценность рациона возрастает до 130 ккал/кг/сут. При искусственном вскармливании калорийность питания не превышает данный уровень, тогда как при естественном или смешанном питании

калорийность растет до 140 ккал/кг/сут к 1 мес. С 2-месячного возраста детям с массой тела более 2 000 г на момент рождения, калорийность рациона снижается ежемесячно на 5 ккал/кг до норм, принятых для доношенных детей, и составляет 115 ккал/кг. В группе недоношенных детей с массой тела менее 1 500 г калорийность снижают в более поздние сроки — после 3-месячного возраста. Энергетические потребности недоношенных детей представлены в *табл. 2* [5].

Т а б л и ц а 2

Потребности недоношенных детей в калориях в зависимости от возраста

Месяц	Вес при рождении более 2 000 г		Вес при рождении менее 1 500 г	
	Естественное или смешанное вскармливание, ккал/кг/сут	Искусственное вскармливание, ккал/кг/сут	Естественное или смешанное вскармливание, ккал/кг/сут	Искусственное вскармливание, ккал/кг/сут
1-й	140	130	140	130
2-й	135	125	140	130
3-й	130	120	135	125
4-й	125	115	130	120
5-й	120	115	125	115
6-й	115	115	120	115
7-й	115	110	115	115
8—12-й	110	110	115	110

Женское молоко после преждевременных родов имеет особый состав: более высокое содержание белка, среднецепочечных триглицеридов, длинноцепочечных жирных кислот и натрия и меньше лактозы при одинаковом общем уровне углеводов. Данный состав молока, не перегружая желудочно-кишечный тракт ребенка, способен удовлетворить потребности в пищевых веществах.

Однако дети с ОНМТ и ЭНМТ после окончания раннего неонатального периода постепенно начинают испытывать дефицит в белках, ряде минеральных веществ и витаминов. Сохранить основные преимущества естественного вскармливания и в то же время обеспечить высокие потребности недоношенного ребенка в пищевых веществах становится возможным при обогащении женского молока «усилителями», которые добавляют в свежесцеженное или пастеризованное женское молоко для устранения дефицита пищевых веществ (табл. 3).

Другим способом восполнения дефицита пищевых веществ у детей с ОНМТ и ЭНМТ является введение специализированных смесей на основе высокогидролизированных белков (см. табл. 3). Целесообразным является введение в рацион питания детей, получающих женское молоко, указанных продуктов в объеме 30—40% [5]. При отсутствии возможности использования указанных специализированных добавок и гидролизатов белка в питании преждевременно родившихся детей необходимо ввести специализированные смеси для недоношенных детей. Примеры данных смесей представлены в табл. 3. Необходимо отметить, что если ребенок находится на искусственном вскармливании, то назначаются только специализированные смеси для недоношенных детей.

Отмена специализированных продуктов и перевод недоношенных детей на стандартные смеси осуществляются постепенно. Длительность применения специализированных смесей для недоношенных детей зависит от количества содержащегося в них белка. Если уровень белка не превышает 2,2 г/100 мл смеси, она может использоваться в полном объеме до достижения недоношенным ребенком массы тела 2 500 г (калорийность за сутки не более 130 ккал/кг). Затем постепенно начинается введение стандартной смеси, но специализированный продукт не вытесняется полностью из рациона питания недоношенного ребенка, а сохраняется в определенном объеме (около 30%) на протяжении нескольких недель или месяцев. Длительность комбинированного использования смесей зависит от гестационного возраста ребенка. В питании глубоконедоношенных детей специализированная смесь в объеме 1—2 кормлений может сохраняться до 6—9-месячного возраста.

При более высокой концентрации белка в продукте (2,3—2,5 г/100 мл) смесь может использоваться в полном объеме до достижения детьми массы тела

1800 г, затем начинается введение стандартного молочного продукта.

Длительное использование (до 6 мес и более) специализированных молочных смесей в небольшом количестве (1/3—1/4 суточного объема) позволяет в большей степени обеспечить глубоконедоношенных детей питательными веществами, увеличить скорость роста и предотвратить развитие остеопении.

В настоящее время разрабатываются специальные смеси для недоношенных детей, которые необходимо **использовать после выписки из стационара**. По составу они занимают промежуточное положение между специализированными смесями для недоношенных детей и стандартными молочными смесями. Подобные специальные смеси могут быть использованы в питании детей до 9—12 мес, особенно у детей с ЭНМТ (см. табл. 3).

Введение прикорма недоношенным детям. Нет четких рекомендаций по срокам введения прикормов. Продукты прикорма назначаются недоношенным детям не ранее с 4—5-месячного возраста. Введение прикорма в более ранние сроки недопустимо в связи с незрелостью как пищеварительной системы, так и обменных процессов. Позднее назначение продуктов прикорма, особенно при грудном вскармливании, также непозволительно, поскольку запас нутриентов у детей, родившихся раньше срока, резко ограничен. Использование специализированных смесей для недоношенных детей «после выписки», возможно, приведет к более позднему (с 6-месячного возраста) назначению продуктов прикорма, преимущественно у детей с ЭНМТ.

Введение прикорма осуществляется медленно и постепенно. До достижения детьми 7—8-месячного возраста каждое кормление должно заканчиваться прикладыванием ребенка к груди или использованием молочных смесей. Предпочтение следует отдавать продуктам промышленного производства для детского питания. Введение прикорма начинают с монокомпонентных продуктов. Каши могут вводиться до овощного пюре (особенно при наличии у ребенка гипотрофии или железодефицитной анемии), но не ранее 4-месячного возраста. Первыми назначаются безглютеновые (гречневая, рисовая, кукурузная) и безмолочные каши. Они разводятся теми молочными смесями, которые в данное время получает ребенок. Каши не должны содержать каких-либо добавок (фруктов, сахара и др.). У детей с запорами целесообразно начинать с овощного или фруктового пюре. На начальной стадии продукт прикорма можно вводить в два кормления, например, овощное пюре (или кашу) давать не 40—60 г 1 раз, а по 20—30 г в 2 приема.

При тенденции к развитию железодефицитной анемии мясо, учитывая хорошее усвоение из него гемового железа, может вводиться с 5,5—6-месячного возраста. Творог назначается не ранее 6 мес: дефицит белка в первом полугодии должен восполняться за

Таблица 3

Обогащители и специализированные смеси для кормления недоношенных детей

Обогащители грудного молока	Гидролизаты	Специализированные смеси для недоношенных детей	Смеси «после выписки»
PreNAN FM85 (Нестле), Симилак Humana Milk Fortifier (Эббот)	Алфаре (Нестле), Нутрилак Пептиди СЦТ (Нутритек), Нутрилон Пепти ТСЦ (Нутриция)	ПреНан (Нестле), НутрилакПре (Нутритек), ПреНутрилон (Нутриция), Симилак Special Care (Эббот), Фрисопре (Фризланд), Хумана 0-ГА (Хумана)	Симилак, Неошуре (Эббот)

счет использования высокобелковых смесей, предназначенных для вскармливания недоношенных детей. Соки целесообразно вводить позднее, после 6 мес, поскольку при раннем назначении они могут провоцировать срыгивания, колики, диарею, аллергические реакции [5].

Оценка физического развития. Физическое развитие недоношенных детей характеризуется более высокими темпами нарастания массы и длины тела в течение первого года жизни, чем у доношенных. Чем меньше масса и длина тела при рождении, тем интенсивнее увеличиваются эти показатели в течение первого года жизни.

Особенно интенсивно увеличивается масса тела у детей с ОНМТ и ЭНМТ. Их масса к 2—2,5 мес удваи-

вается, к 3—3,5 мес утраивается, а к 1 году масса тела у этих детей увеличивается в 6—8 раз.

За первый год жизни рост недоношенных детей увеличивается в среднем на 26—35 см и к году составляет 70—75 см. Наиболее интенсивно на первом году жизни увеличивается рост глубоконедоношенных детей — на 30—32 см.

Большинство недоношенных детей к году-полутора годам по показателям физического развития догоняют своих доношенных сверстников. Темпы нарастания массы тела у недоношенных новорожденных в зависимости от пола представлены на рис. 1—4.

Особенности наблюдения при различных отклонениях состояния здоровья. Все недоношенные дети составляют группу повышенного риска, степень которого

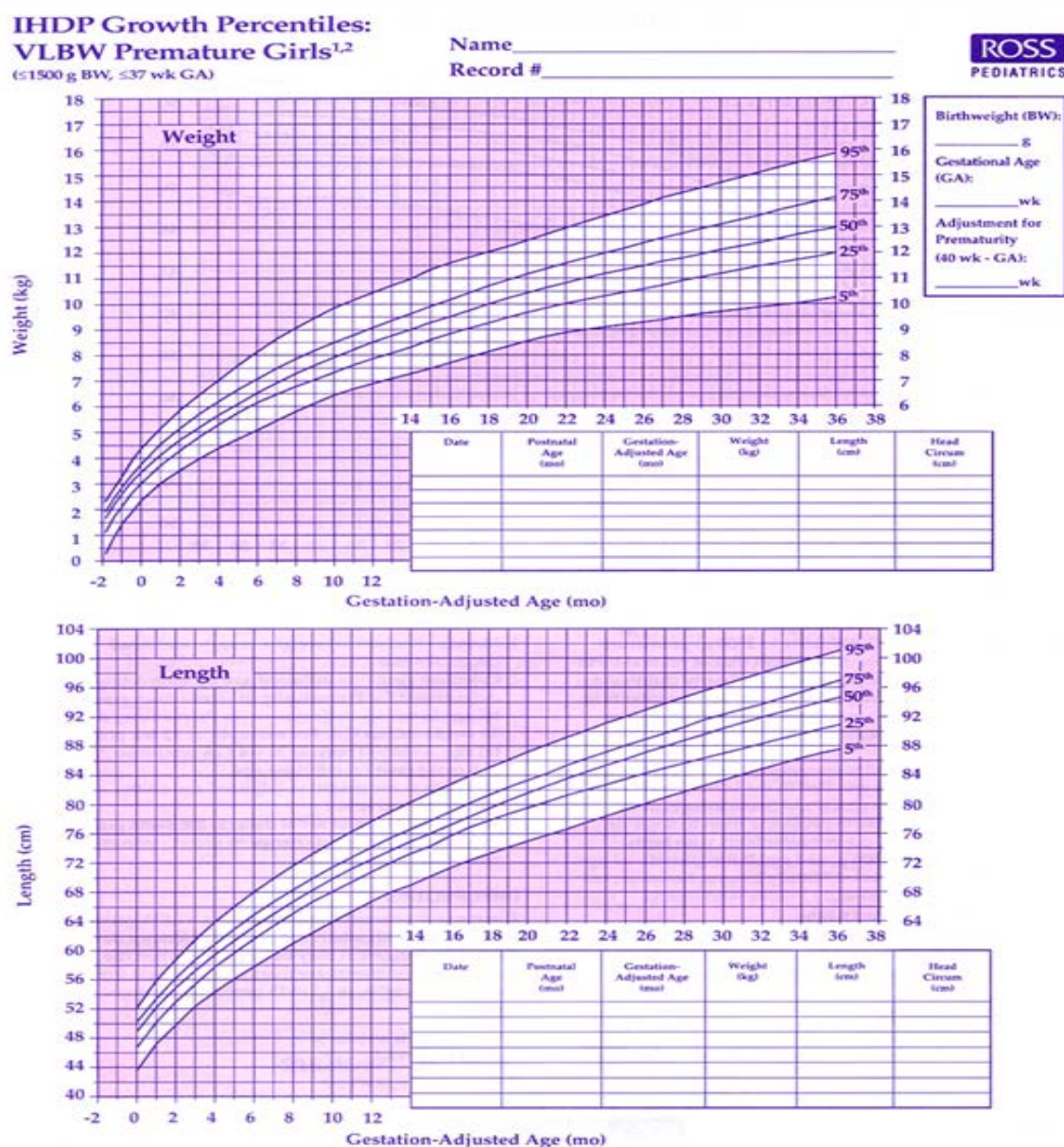


Рис. 1. Центильные шкалы физического развития девочек, родившихся недоношенными (вес при рождении менее 1 500 г)

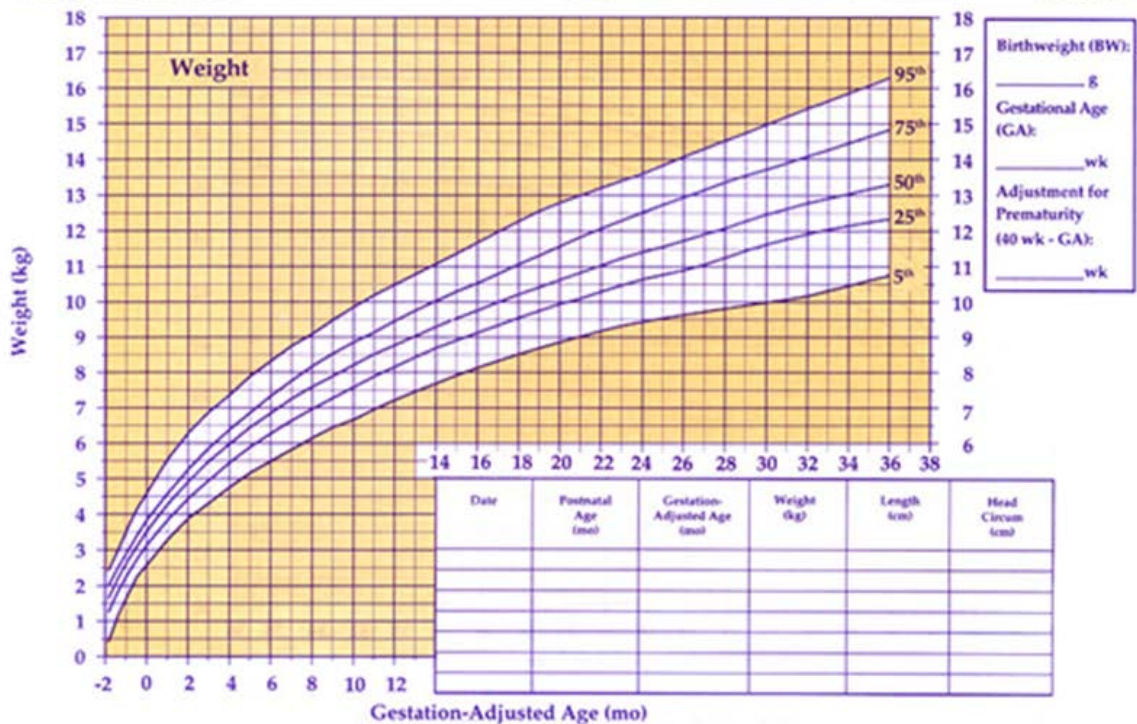
IHDP Growth Percentiles: VLBW Premature Boys^{1,2}

(≤ 1500 g BW, ≤ 37 wk GA)

Name _____

Record # _____

ROSS
PEDIATRICS



Birthweight (BW): _____ g
 Gestational Age (GA): _____ wk
 Adjustment for Prematurity (40 wk - GA): _____ wk

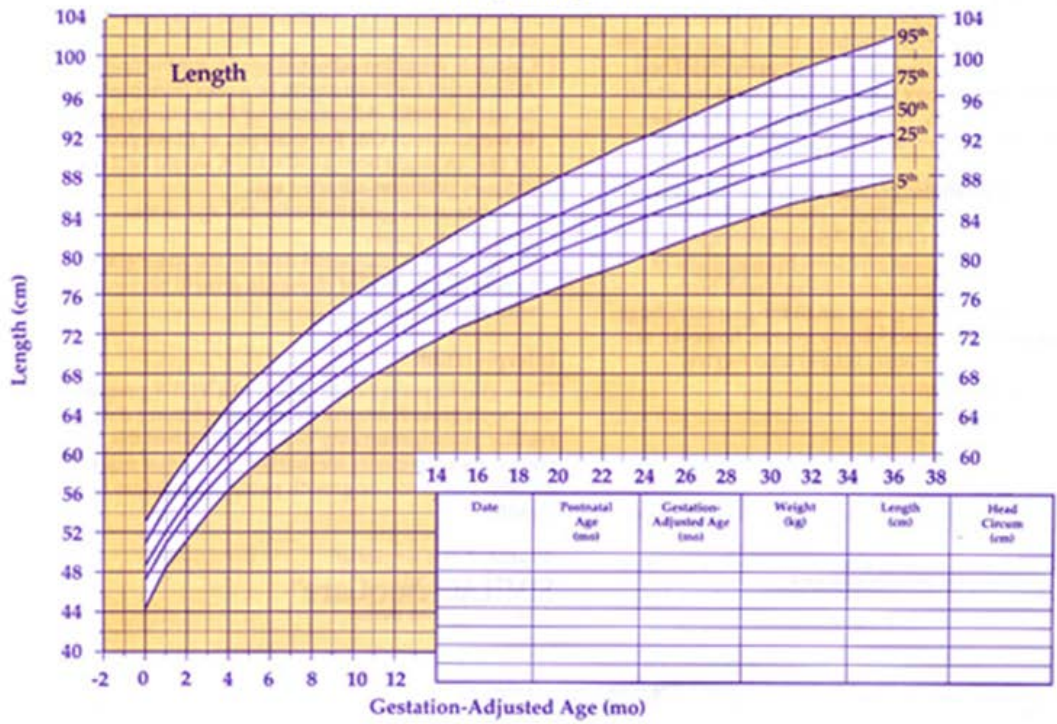
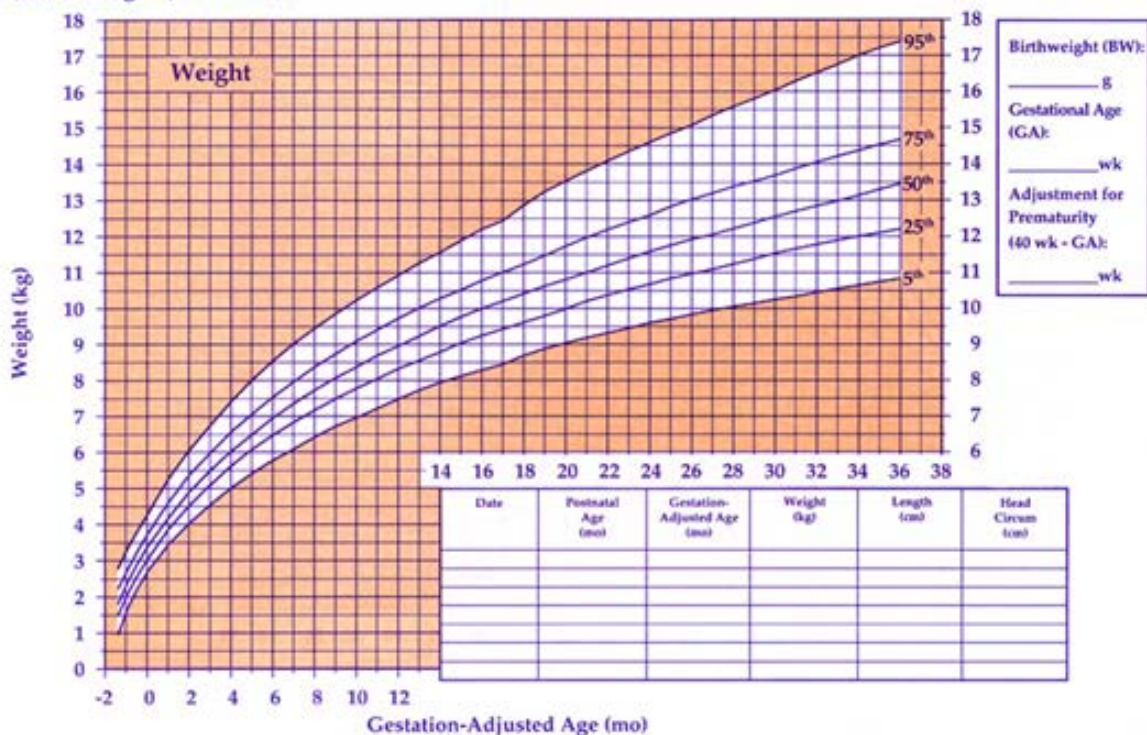


Рис. 2. Центильные шкалы физического развития мальчиков, родившихся недоношенными (вес при рождении менее 1 500 г)

**IHDP Growth Percentiles:
LBW Premature Girls^{1,2}**
(1501 to 2500 g BW, <37 wk GA)

Name _____
Record # _____



Birthweight (BW): _____ g
 Gestational Age (GA): _____ wk
 Adjustment for Prematurity (40 wk - GA): _____ wk

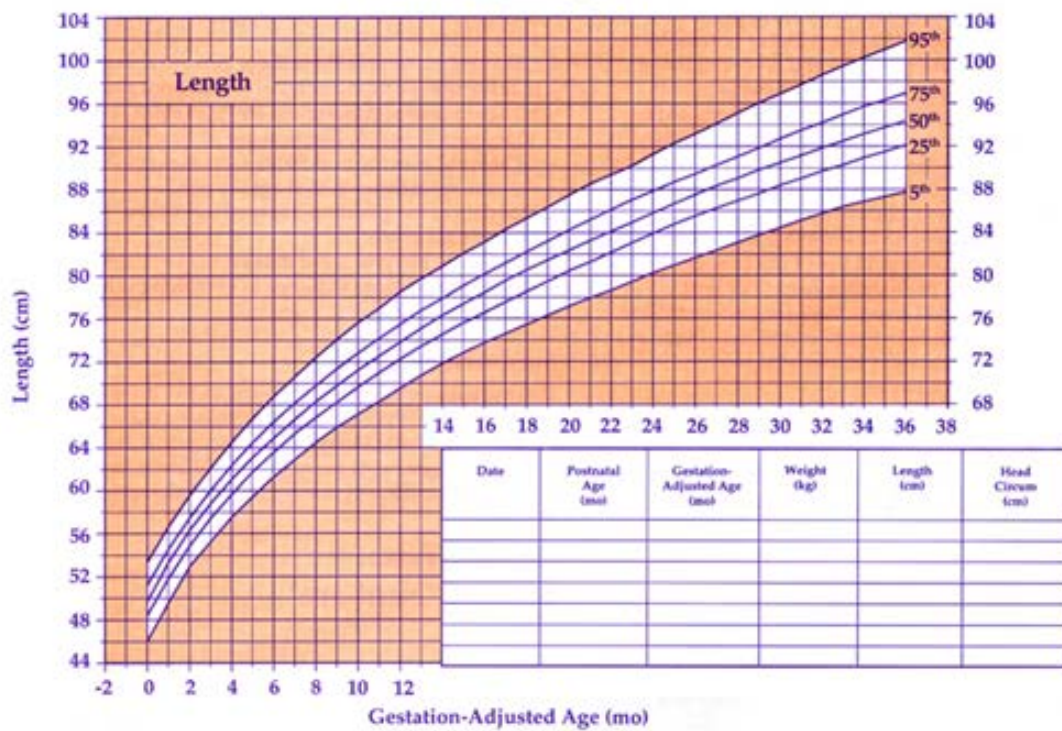
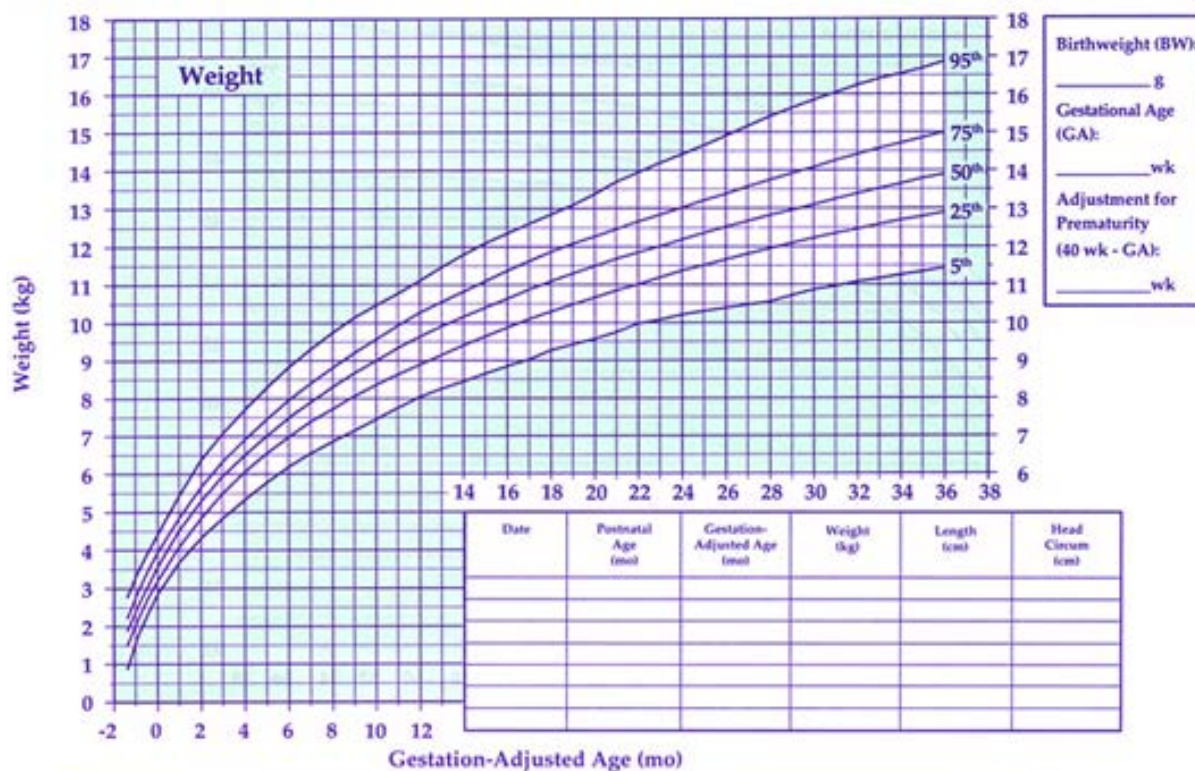


Рис. 3. Центильные шкалы физического развития девочек, родившихся недоношенными (вес при рождении 1 501—2 500 г)

**IHDP Growth Percentiles:
LBW Premature Boys^{1,2}**
(1501 to 2500 g BW, ≤37 wk GA)

Name _____
Record # _____

ROSS
PEDIATRICS



Birthweight (BW): _____ g
Gestational Age (GA): _____ wk
Adjustment for Prematurity (40 wk - GA): _____ wk

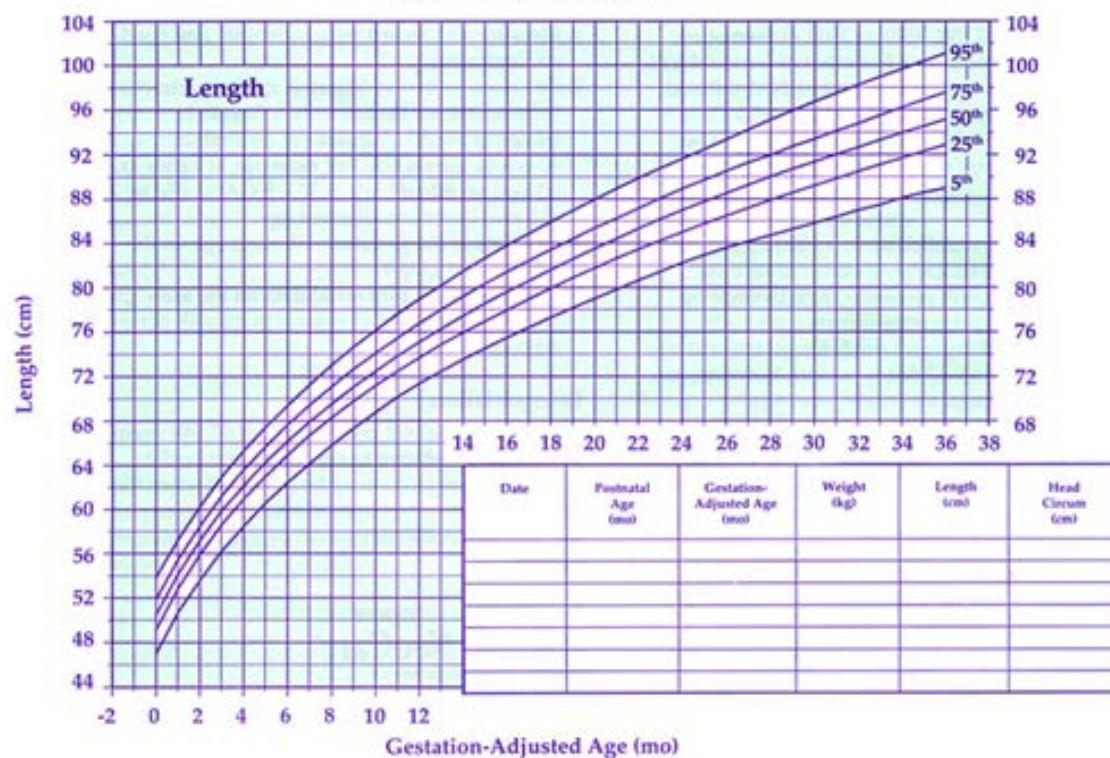


Рис. 4. Центильные шкалы физического развития мальчиков, родившихся недоношенными (вес при рождении 1 501—2 500 г)

у различных детей значительно отличается. Высокой степенью риска характеризуются дети с ЭНМТ и недоношенные, перенесшие в периоде новорожденности тяжелые формы инфекционной патологии, гипоксические и травматические повреждения ЦНС. В группе детей с малым гестационным сроком достоверно чаще регистрируются такие заболевания, как бронхолегочная дисплазия, хронические заболевания легких, апноэ, гастроэзофагеальный рефлюкс, гидроцефалия и т.д. (табл. 4).

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) — хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных детей в процессе интенсивной терапии респираторных расстройств с помощью искусственной вентиляции легких и/или пневмонии. Критерии диагностики БЛД:

- ИВЛ на первой неделе жизни и/или респираторная терапия с постоянным положительным давлением в дыхательных путях через носовой катетер;
- терапия кислородом (более 21%) в возрасте 28 дней и старше;
- сохранение дыхательной недостаточности к концу неонатального периода;
- интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения на рентгенограмме.

Клинически БЛД проявляется симптомами хронической дыхательной недостаточности, эпизодами бронхообструкции, при прогрессировании заболевания — развитием легочной гипертензии с формированием легочного сердца и присоединением сердечно-сосудистой недостаточности. Эти дети часто болеют респираторными инфекциями, которые протекают тяжело с усугублением дыхательной недостаточности и бронхообструктивного синдрома, что нередко требует перевода на ИВЛ. Ввиду хронической гипоксемии эти пациенты начинают отставать в физическом развитии, которое нередко сочетается с задержкой психомоторного развития [2, 7]. При организации наблюдения за пациентом с БЛД в амбулаторных условиях необходимо соблюдать следующие принципы:

- поддержание гипоаллергенного режима;
- минимизация контактов с инфекционными больными;
- обеспечение адекватного питания с повышенным содержанием белка и высоким калоражем (120—150 ккал/кг в сут);
- совместное с узкими специалистами (пульмонолог, кардиолог, окулист, иммунолог, невропатолог) наблюдение с целью выработки комплексного плана реабилитации;
- проведение иммунизации в полном объеме;
- раннее и адекватное лечение интеркуррентных инфекций.

Для оптимизации оказания медицинской помощи детям с БЛД разработан государственный стандарт

по профилактике респираторных заболеваний у недоношенных детей [3]. В комплекс медико-санитарной помощи данным детям включена пассивная иммунизация от респираторного синцитиального вируса (РСВ) препаратом паливизумаб (синагис). Показания для назначения паливизумаба:

- дети в возрасте до 6 мес, рожденные на 35-й нед беременности и ранее;
- дети в возрасте до 2 лет, которым требовалось лечение по поводу БЛД в течение последних 6 мес;
- дети в возрасте до 2 лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца.

Ретинопатия недоношенных развивается у незрелого младенца в результате нарушения нормального образования сосудов сетчатки, которое в норме завершается к 40-й нед внутриутробного развития. Чем меньше гестационный возраст (ГВ) ребенка, тем меньше площадь васкуляризированной сетчатки, т.е. у детей с ЭНМТ выявляются обширные аваскулярные зоны. В качестве основных факторов риска развития ретинопатии недоношенных рассматриваются такие факторы, как неадекватно высокий уровень парциального напряжения кислорода в крови, выраженные колебания оксигенации, малый гестационный возраст, внутриутробная задержка развития плода.

Обязательный офтальмологический контроль показан:

- всем недоношенным детям со сроком ГВ менее 32 нед (с массой менее 1 500 г) независимо от того, получал ребенок оксигенотерапию или нет;
- недоношенным детям со сроком ГВ 32—36 нед, если они получали оксигенотерапию более 3 дней;
- недоношенным детям с очень тяжелыми заболеваниями (например, тяжелая перинатальная кровопотеря, множественные операции).

Первый осмотр окулиста производится на 6-й нед после рождения (36—42-й день жизни), но не ранее, чем ребенок достигнет 32 нед ГВ.

При выявлении признаков ретинопатии недоношенных осмотры проводят каждую неделю до момента развития пороговой стадии (на этой стадии решается вопрос о проведении профилактического хирургического лечения) или полного регресса заболевания. При регрессе патологического процесса осмотр можно проводить 1 раз в 2 нед. Чаще всего пороговая стадия ретинопатии недоношенных развивается к 36—42-й нед ГВ (1—4 мес постнатальной жизни), поэтому в этот период ребенок должен быть обязательно осмотрен квалифицированным окулистом [2, 4].

Анемия недоношенных детей. У недоношенных детей на первом году жизни различают два типа анемий:

- раннюю, появление которой отмечается в первые два месяца жизни. Встречается в 65—100% случаев у недоношенных детей с ОНМТ и ЭНМТ;

Таблица 4

Наиболее часто регистрируемые патологические отклонения у недоношенных детей

<p>Дыхательная система:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Респираторный дистресс-синдром. • Бронхолегочная дисплазия 	<p>Сердечно-сосудистая система:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Открытый артериальный проток
<p>Желудочно-кишечный тракт:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Синдром срыгивания. • Некротический энтероколит 	<p>Нервная система:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Апноэ недоношенных. • Ретинопатия недоношенных. • Парезы и параличи, когнитивные расстройства

• позднюю, развитие которой возможно на третьем месяце жизни и старше.

Ранняя анемия недоношенных имеет нормохромно-нормоцитарный характер и является гипорегенераторной анемией вследствие транзиторной гипопродукции эндогенного эритропоэтина, а также недостаточности эритропоэтинового ответа у недоношенных детей. В ее генезе основную роль играет дефицит лимитирующих эритропоэз факторов: слабая способность недоношенных детей вырабатывать эритропоэтин и низкая реактивность органов кроветворения к нему, функциональный гипотиреоз, несовершенство нейрогуморальной регуляции, гипо- и диспротеинемия. Запасы железа, витамина В₁₂ и фолиевой кислоты не являются этиологически значимыми факторами развития ранней анемии недоношенных, поэтому для ее коррекции нецелесообразно применение вышеперечисленных препаратов.

После физиологического угнетения эритропоэза в первые 1,5—2 мес жизни у здоровых недоношенных детей активизируется эритропоэз со спонтанным увеличением уровня гемоглобина и эритроцитов. Однако через небольшой промежуток времени возможно развитие **поздней анемии недоношенных**, которая носит ярко выраженный железо- и белководефицитный характер. Начальные проявления поздней анемии недоношенных могут наблюдаться уже на 3—4-м мес жизни, хотя разгар заболевания приходится на второе полугодие. Развитие поздней анемии недоношенных объясняется небольшим депо железа (в результате недостаточных фетальных запасов железа к моменту рождения), большей потребностью в железе в процессе роста и недостаточным его поступлением с пищей. Поэтому все недоношенные дети начиная с 28-го дня жизни нуждаются в назначении препаратов железа с целью профилактики поздней анемии недоношенных в дозе 2—4 мг/кг в сут в расчете на элементарное железо. При развитии поздней анемии недоношенных препараты железа должны назначаться в лечебных дозах с соблюдением всех принципов лечения железодефицитных состояний [2].

Таким образом, знание особенностей роста и развития недоношенных детей на 1 году жизни приобретает особую актуальность в практической работе врачей первичного звена, поскольку с 1 января 2012 г. Россия перешла на новые критерии живорождения (≥22 нед гестации), и количество таких детей будет неуклонно расти. Диспансерное наблюдение детей, родившихся недоношенными, в условиях детской поликлиники имеет свои особенности, связанные с процессами роста и развития, незрелостью и высокой частотой патологии у таких детей, о чем необходимо знать участковым врачам-педиатрам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демьянова, Т.Г. Мониторинг здоровья глубоконедоношенных детей на первом году жизни: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.Г. Демьянова. — М., 2004. — 26 с.
2. Качан, С.Э. Глубоконедоношенные дети (определения, проблемы, принципы терапии): учеб.-метод. пособие / С.Э. Качан, Г.А. Шишко, М.В. Артюшевская. — Минск: БелМАПО, 2006. — 26 с.
3. Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи по профилактике респираторных инфекций у недоношенных детей: стандарт Минздрава РФ от 5 фев. 2013 // Банк документов Минздрава РФ. — URL: <http://www.rosminzdrav.ru/docs/>, свободный.

4. Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при ретинопатии недоношенных: стандарт Минздрава РФ от 22 фев. 2013 // Банк документов Минздрава РФ. — URL: <http://www.rosminzdrav.ru/docs/>, свободный.
5. Рациональное вскармливание недоношенных детей: метод. указания / Министерство здравоохранения и социального развития РФ; РАМН; НЦЗД РАМН; ФГУ НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии; Союз педиатров России. — 2-е изд. доп. и перераб. — М.: Союз педиатров России, 2010. — 72 с.
6. Современные возможности иммунопрофилактики тяжелого течения респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей с последствиями перинатальной патологии / Л.С. Намазова-Баранова, И.В. Давыдова, Т.В. Трути [и др.] // Педиатрическая фармакология. — 2011. — № 4. — С. 92—100.
7. *Таточенко, В.К.* Болезни органов дыхания у детей: практическое руководство / В.К. Таточенко. — М.: Педиатр, 2012. — 480 с.
8. Hospital discharge of the high-risk neonate-proposed guidelines // American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. — 1998. — Vol. 102(2, pt.1). — P.411—417.
9. *Singer, L.T.* Parenting Very Low Birth Weight Children at School Age: Maternal Stress and Coping / L.T. Singer // J. Pediatrics. — 2007. — Vol. 151(5). — P.463—469.
10. *Trachtenbag, D.* Office Care of the Premature Infant: Part II. Common Medical and Surgical Problems / D. Trachtenbag // American Academy of Pediatrics. — 1998. — Vol. 57(10). — P.2383—2390.

REFERENCES

1. *Dem'yanova, T.G.* Monitoring zdorov'ya glubokonedonoshennyh detei na pervom godu zhizni: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / T.G. Dem'yanova. — M., 2004. — 26 s.
2. *Kachan, S.E.* Glubokonedonoshennye deti (opredeleniya, problemy, principy terapii): ucheb.-metod. posobie / S.E. Качан, Г.А. Шишко, М.В. Артюшевская. — Минск: БелМАПО, 2006. — 26 s.
3. Ob utverzhenii standarta pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoschi po profilaktike respiratornyh infekcii u nedonoshennyh detei: standart Minzdrava RF ot 5 fev. 2013 // Bank dokumentov Minzdrava RF. — URL: <http://www.rosminzdrav.ru/docs/>, svobodnyi.
4. Ob utverzhenii standarta specializirovannoi medicinskoj pomoschi detyam pri retinopatii nedonoshennyh: standart Minzdrava RF ot 22 fev. 2013 // Bank dokumentov Minzdrava RF. — URL: <http://www.rosminzdrav.ru/docs/>, svobodnyi
5. Racional'noe vskarmlivanie nedonoshennyh detei: metod. ukazaniya / Ministerstvo zdavoohraneniya i social'nogo razvitiya RF; RAMN; NCZD RAMN; FGU NC akusherstva, ginekologii i perinatologii; Soyuz pediatrov Rossii. — 2-e izd. dop. i pererab. — M.: Soyuz pediatrov Rossii, 2010. — 72 s.
6. Sovremennye vozmozhnosti immunoprofilaktiki tyazhelogo techeniya respiratorno-sincital'noi virusnoi infekcii u detei s posledstviyami perinatal'noi patologii / L.S. Namazova-Baranova, I.V. Davydova, T.V. Truti [i dr.] // Peditricheskaya farmakologiya. — 2011. — № 4. — S.92—100.
7. *Tatochenko, V.K.* Bolezni organov dyhaniya u detei: prakticheskoe rukovodstvo / V.K. Tatochenko. — M.: Peditr, 2012. — 480 s.
8. Hospital discharge of the high-risk neonate-proposed guidelines // American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. — 1998. — Vol. 102(2, pt.1). — P.411—417.
9. *Singer, L.T.* Parenting Very Low Birth Weight Children at School Age: Maternal Stress and Coping / L.T. Singer // J. Pediatrics. — 2007. — Vol. 151(5). — P.463—469.
10. *Trachtenbag, D.* Office Care of the Premature Infant: Part II. Common Medical and Surgical Problems / D. Trachtenbag // American Academy of Pediatrics. — 1998. — Vol. 57(10). — P.2383—2390.