

RIZIKOVÝ NOVOROZENEC PROPUŠTĚNÝ DO DOMÁCÍ PÉČE POHLEDEM NEONATOLOGA

MUDr. Lia Elstnerová

FN Brno – pracoviště Dětská nemocnice, novorozenecká JIP II. dětské kliniky

Přestože v posledním desetiletí porodnost ve vyspělých zemích (včetně České republiky) klesá, nezmenšuje se podíl rizikových a patologických novorozenců. Jejich počet spíše stoupá, což souvisí s vysokou úrovní perinatální péče včetně intenzivní péče neonatální. Prežívají nejen těžce nezralí novorozenci, ale i novorozenci se závažnými vrozenými vývojovými vadami, po těžkých celkových infekcích nebo s jinými poruchami, dříve těžko řešitelnými. Poporodní adaptace těchto dětí bývá obtížná, probíhá jinak než u zdravých donošených novorozenců. Při snaze o minimalizaci následných poruch je třeba k těmto dětem přistupovat komplexně a v péči o ně spolupracovat s řadou dalších odborníků.

Před propuštěním rizikového novorozence do domácí péče je ve většině případů přijata k dítěti matka (pokud není s dítětem po celou dobu pobytu v nemocnici – porodnici) a zacvičena v základní péči o dítě včetně event. rehabilitace.

Ihned po propuštění dítěte (nebo lépe ještě před propuštěním) by měl být rodinou kontaktován příslušný praktický lékař pro děti a dorost, který převezme dítě do své péče.

Nedonošené děti je třeba hodnotit vždy podle původního vypočteného termínu porodu. Psychický i motorický vývoj odpovídá zralosti mozku a děti se svým vrstevníkům vyrovnají většinou až mezi 1.–2. rokem. U těžce nezralých dětí je třeba upravit i výživu, zejména posunout začátek podávání nemléčných příkrmů a pokrmů z obilovin s ohledem na dozrávání trávicího systému vzhledem ke gestačnímu věku.

Očkování

TBC: Před propuštěním do domácí péče je většina i rizikových novorozenců kalmetizována. Podmínkou kalmetizace je dosažení hmotnosti 2 500 g a max. stáří 6 týdnů. U těžce nezralých novorozenců tyto podmínky splnit nelze a děti jsou propouštěny domů z porodnice nekalmetizované. Proto je nutné nahlásit tyto děti na příslušné kalmetizační středisko dle místa bydliště a kalmetizaci provést v závislosti na zdravotním stavu později, většinou až po skončení základního očkování proti ostatním infekčním nemocem.

V novorozeneckém období se kalmetizace většinou neprovádí ani u těžce neurologicky postižených dětí, u dětí po těžkých infekcích v rekonvalescenci nebo u dětí s dočasnou zajišťovací léčbou antibiotiky, např. při vrozených vadách močových cest.

Všichni nekalmetizovaní novorozenci by měli být z porodnic nahlášeni na příslušná kalmetizační střediska a v závislosti na zdravotním stavu se doočkávají později (při negativní zkoušce Mantoux).

Ostatní: Těžce nezralí novorozenci nebo novorozenci s neurologickým postižením by neměli dostat inaktivovanou celobuněčnou suspenzi pertusse, tudíž by neměli být očkováni očkovací látkou Tetract-Hib. Očkování by se mělo provést očkovací látkou Infanrix-Hib obsahující acelulární pertusovou složku. Novorozenci těžce neurologicky postižení by rovněž neměli dostat živou vakcínu proti dětské přenosné obrně a trivakcínu proti spalničkám, příušni-

cím a zarděnkám. Proti dětské přenosné obrně lze očkovat inaktivovanou vakcínou Imovax-Polio.

Děti s méně závažným neurologickým postižením lze za určitých podmínek očkovat trivakcínou Trivivac (Diazepam 3×¼ tbl. á 5 mg od 1. do 14. dne po očkování) i Sabinovou vakcínou (po očkování 10 dní necvičit v rámci vývojové rehabilitace).

Děti s prostým vývojovým opožděním lze většinou očkovat řádně všemi očkovacími látkami pravidelného očkování, ale s odkladem cca 1–3 měsíce.

Informace o zvláštnostech v očkování rizikových novorozenců a kojenců lze vyžádat na Vakcinačních centrech, v Brně při Klinice dětských infekčních nemocí (tel. 532 239 542).

Manipulace s dítětem

Rizikové děti bývají náchylné k úlekovým reakcím, mnohé z nich jsou zvýšeně dráždivé, často pláčí. Každá manipulace s nimi musí být klidná a něžná. Plačící dítě nenecháváme zbytečně křičet, ale často a opakovaně je chováme, hladíme, mluvíme k němu klidným hlasem. Toto časté až téměř stálé chování není žádným rozmazlováním dítěte, ale nutnou péčí o dítě, které v rané fázi svého života prožilo plno stresů a nejistot.

Dítě nezvykáme uklidňovat natřásáním a poplácáváním nebo divokým třepáním v kočárku, ale raději klidným přecházením po místnosti s dítětem v náručí. Někdy je výhodou držet dítě na levé straně hrudníku, kde dobře slyší tlukot matčina srdce. K nošení dítěte lze použít i „klokání kapsy“ nebo speciálního šátku.

Časté chování a kontakt s rodiči jsou nutné i pro rozvoj duševní. Pocit bezpečí umožní soustředit se na vnímání lidské tváře a lidského hlasu, později na sledování např. i barevných hraček. Z barev nejlépe vnímá dítě žlutou a červenou, ze zvuků nejlépe naslouchá hlubším tónům.

K podkládání dítěte v postýlce nebo kočárku používáme alespoň zpočátku peřinky nebo velkého polštáře. Dítě leží na měkké podložce jako v „hnízdě“, stabilizuje si tak polohu na zádech, je mu příjemně teplo a neruší jej otřesy.

Těžce nezralí novorozenci nebo novorozenci s poruchou funkce mozku mohou mít sklon k nepravdivostem v dýchání. U silně rizikových dětí doporučujeme monitory pro kontrolu dýchání (Nanny fy Jablotron s.r.o., Babysense fy MedImplant s.r.o.).

Polohování

Pro všechny novorozence a malé kojence, ale pro rizikové děti zvlášť, je výhodné tzv. polohování „v klubičku“. Je to relaxační, resp. uklidňující poloha, při níž dítě zaujímá pozici jako v děloze, na kterou bylo zvyklé. Při poloze „v klubičku“ je stabilizována hlava a trup v mírném předklonu, končetiny volně pokrčené v klíně, pěsti povolené.

Takto by se mělo dítě chovat i při odříhnutí, při chování tváří v tvář za účelem navázání kontaktu s dítětem i při jakémkoli jiném přenášení dítěte.

Na břišku polohujeme rizikové děti méně často, když, tak jen krátce a za dohledu dospělé osoby nebo v rámci rehabilitačního cvičení.

Kromě polohy celého těla je důležité všimnout si i polohy hlavy. Mnozí novorozenci, a zvláště nedonošení, mají sklon k tzv. predilekci – dávají přednost otáčení hlavy jen k jedné straně. Proto polohu hlavy novorozence měníme několikrát denně, nejlépe polohováním celého tělíčka na jednom a druhém boku s podložením trupu nebo alespoň pánve např. složeným ručníkem nebo plenou. Nestáčí podložit jen hlavu.

Spánek

Zdraví novorozenci většinu dne a noci prospí, budí se jen na jídlo. Rizikovní novorozenci mohou mít narušené schéma spánku, převrácený den a noc, celkově špatně usínají, budí se i po nepatrných podnětech nebo naopak jsou apatičtí a k jídlu se téměř neprobudí.

Pro dráždivé děti je třeba vytvořit klidné prostředí, dodržovat určitý režim nebo zavést předspánkový rituál. Apatické děti je třeba k jídlu budit v pravidelných intervalech tak, aby celková denní dávka stravy odpovídala potřebě dítěte a nehrozilo nebezpečí dehydratace a podvýživy.

Pobyt venku

Nedonošené novorozence propouštíme do domácí péče většinou při dosažení hmotnosti kolem 2 500 g. Pokud je dítě stabilní, je schopno dobře samostatně sát a matka plně péči o dítě zvládá, lze propustit dítě i menší. S ohledem na ještě nedokonalou termoregulaci u dětí této váhové skupiny je doporučován pobyt venku až u dětí s hmotností kolem 2 700–3 000 g.

I u donošených rizikových novorozenců, kteří strávili pro jakoukoli poruchu v porodnici delší dobu, může být adaptace na změny prostředí narušená a první pobyt venku je lépe odložit po dobré stabilizaci a adaptaci v domácím prostředí.

Zvláště v chladném období roku s dětmi ven nespěcháme, spíše je zpočátku necháváme spát doma v chladnější místnosti nebo při otevřeném okně, samozřejmě při vhodné oblečené a přikryté. Délka pobytu venku by při prvních vycházkách neměla přesáhnout jednu hodinu.

Strava

Při propuštění domů musí být u všech rizikových novorozenců zajištěna dokonalá a bezpečná výživa. Nelze propustit domů novorozence, kde vážně sání či polykání, který

má opakovaně při polykání sklon k aspiraci, který potřebu je dosondovat dávky stravy, aby dobře prospíval, či s jinými výživovými problémy.

Většina nedonošených dětí se naučí sát a polykat až s určitým zpožděním, zvláště těžce nezralí. Sání a polykání je vyčerpává, dávku pijí na několikrát, při pití usínají, musí se do jídla nutit. Je třeba častěji sledovat jejich váhovou křivku, zda pravidelně přibývají.

Část nedonošených či jinak rizikových novorozenců má problémy s ublinkáváním. Příčinou je chabost dolního svěrače jícnu, která je u nedonošených téměř pravidlem a s věkem ustupuje.

Problém většinou stačí řešit režimovým opatřením – pít dávky po menších porcích, mezi kterými necháme dítě dokonale odříhnout, ošetřování a polohování dítěte ve zvýšené poloze (horní část trupu výše než dolní), po jídle dítě klidně uložit a již např. nepřebalovat.

Tam, kde tato opatření nestačí, podáváme antirefluxní mléka. Jsou to mléka zahuštěná rýžovým nebo bramborovým škrobem (Nan antirefluxní) nebo vlákninou karubinem ze svatojánského chleba (Nutrilon A.R.). Pokud matka kojí, lze do mateřského mléka přidávat samotný karubin (prep. Nutriton). Počáteční mléko lze zahustit i 2% rýžovým odvarem.

Je-li gastroezofageální reflux významný, dítě špatně prospívá, je na místě vyšetření gastroenterologem, event. nasazení antirefluxních léků upravujících peristaltiku jícnu (např. Prepulsid).

Děti s nízkou porodní hmotností rychle rostou, potřebují i více energie a více bílkovin než děti zdravé. Nedonošené děti mají i jiné nároky na obsah esenciálních mastných kyselin, karnitinu, taurinu a jiných součástí přirozené potravy. Pro nedonošené existují speciální mléka zohledňující tyto potřeby (Nenatal, Alprem).

Pro omezenou sekreci žlučových kyselin a horší trávení běžných tuků u nedonošených i části donošených dětí je výhodné, obsahují-li mléka MCT tuky, které se mohou resorbovat bez přítomnosti žlučových kyselin (Nenatal LCP, Omneo).

Pro rychle rostoucí děti s velmi nízkou porodní hmotností není vhodné ani samotné mateřské mléko, které je přizpůsobené potřebám pomaleji rostoucího donošeného dítěte a pro nedonošené obsahuje málo energie, bílkovin a zejména vápníku a fosforu. Dostává-li těžce nedonošené dítě mateřské mléko, mělo by být toto fortifikováno – obohaceno o sacharidy, bílkoviny syrovátky, vitaminy a minerály (Breast Milk Fortifier, Nutripren, Eoprotin).

Mléka určená pro nedonošené děti lze používat do hmotnosti 3 000 g, v určitých indikacích i déle.

K přípravě všech mlék umělé výživy je třeba minimálně do půl roku věku používat kojeneckou vodu s obsahem dusičnanů do 15 mg/l.

Chudokrevnost

Novorozenci s problémy poporodní adaptace, s různými vadami a poruchami, po operacích v novorozeneckém věku a zejména novorozenci s nízkou porodní hmot-

ností mají sklon k chudokrevnosti. Většina z nich vyžaduje v novorozeneckém období krevní transfuze a v kojeneckém věku je třeba pravidelně sledovat krevní obraz. Většinou stačí doplňovat zásoby železa (p.o. Aktiferrin v dávce dle hmotnosti) a vitaminů (denně Pyridoxin, 1x týdně Acidum folicum), při velkém poklesu hemoglobinu nebo neprospívání kojence je nutno opakovat za hospitalizace transfuzi krve (v kojeneckém věku erykoncentrát deleukotizovaný, ozářený).

Specifické problémy

Mezi specifické problémy rizikových novorozenců patří jednak onemocnění vznikající na podkladě nezralosti, jednak onemocnění na podkladě vrozených vývojových vad a jednak poruchy vznikající v souvislosti např. s léčbou (komplikace léčby).

Mezi nejčastější problémy těžce nezralých novorozenců patří bronchopulmonální dysplazie (plicní onemocnění), retinopatie (porucha oční sítnice vedoucí až k oslepnutí), následky po nekrotizující enterokolitidě (syndrom krátkého střeva, enterostomie) nebo posthemoragický hydroce-

falus. U donošených dětí jsou nejčastějšími problémy vrozené vývojové vady a důsledky jejich řešení, zejména vady srdce a velkých cév, ledvin, zažívacího traktu a mozku. U obou skupin rizikových dětí může postupem času dojít k rozvoji dětské mozkové obrny, nedoslýchavosti jako následku léčby aminoglykosidy nebo se mohou objevit vývojově vázané poruchy, např. křeče.

Všichni novorozenci s jakýmkoli komplikacemi po narození jsou propuštěni z porodnice nebo ze specializovaných pracovišť do domácí péče až po objasnění diagnózy (i když někdy v raném věku přesnou diagnózu není možné stanovit, ale dítě je zařazeno alespoň rámcově), nastavení léčby, zajištění dalšího sledování a zacvičení matky v péči o dítě. Zejména u dětí se specifickou péčí, jako je např. vývojová rehabilitace, sledování pulzu u kardiaků, péče o stomie aj., je důkladné zacvičení matky (resp. rodičů) nutné. Matky jsou rovněž poučeny, kam se obrátit v případě specifických potíží. Léčbu, další sledování, event. upřesňování diagnózy vedou příslušní specialisté, děti by měly být u svého praktického lékaře pro děti a dorost dispenzarizovány.

LÉKAŘSKÉ SEMINÁŘE V ZAHŘANIČÍ

RAKOUSKO, KORUTANY (27. 4. – 3. 5. 2003)

ŘECKO – OSTROV KOS (17. 7. – 28. 7. 2003)

KYPR (17. 9. – 27. 9. 2003)

více na
www.solen.cz