

PREMATURII



DEFINITIE

CONFORM OMS COPIL PREMATUR -
ESTE COPILUL NĂSCUT VIU PÂNĂ LA
TERMENUL DE 37 SĂPTĂMÂNI DE
GESTATIE , MAI PUȚIN DE 258 ZILE
(CALCULÂND DUPĂ PRIMA ZI A
ULTIMEI MENSTRUATII).

COPIII CU GREUTATE MICĂ LA NAȘTERE



- ✖ Sunt nou-născuții cu greutatea corporală mai mică de 2500 gr pina la 1550 gr

COPIII CU GREUTATE FOARTE MICĂ LA NAȘTERE



- ✗ Sunt nou-născuții cu greutatea corporală mai mică de 1500 g până la 1000 g

COPIII CU GREUTATE EXTREM DE MICĂ LA NAȘTERE



- ✖ Sunt nou-născuții cu greutatea corporală mai mică de 1000 g.

COPIII PREMATURI POT FI REPARTIZAȚI

- cei născuți înaintea săptămânii a 28-a de gestație sunt extrem de prematuri, de asemenea numiți și nou-născuți cu vârsta gestațională extrem de mică,
- cei născuți între 28 și 31 de săptămâni și 6/7 zile sunt considerați foarte prematuri.
- Prematurii născuți între 32 și 36 de săptămâni și 6/7 zile sunt considerați moderat prematuri.

INCIDENTA NAȘTERILOR PREMATURE

- ✖ Nașterea prematură sau nașterea înainte de săptămâna a 37-a de gestație este destul de frecventă. Anual au loc în jurul de 15 milioane de nașteri premature. În SUA, aproximativ 10% din nașteri sunt înainte de termen.
- ✖ După o perioadă îndelungată de creștere a numărului de nașteri premature, în 2007 a fost atinsă rata cea mai înaltă, ajungând la valoarea de 10,44%, iar între 2007 și 2014 rata a fost în continuă scădere ajungând la 9,57%, cu o ușoară creștere în anii 2014-2016 ajungând la 9,84% din numărul total de nașteri. În anul 2016 din totalul nașterilor premature, majoritatea au fost neînsemnat premature - 72%, iar restul 28% au fost moderat și sever premature.

Etiologia prematurității

<i>Factori fetali</i>	<i>Factori <u>placentari</u></i>	<i>Factori uterini</i>	<i>Factori materni</i>	<i>Altele</i>
Suferința fetală Gestații multiple Eritroblastoză Hidrops non-imun Restricție de creștere intrauterină Maladii cromozomiale Infecții cronice fetale - TORCH	Disfuncții placentare Placenta previa Abrupția placentară	Malformații uterine Uter bifid Insuficiența cervicală (deschiderea prematură a colului uterin)	Nașteri premature în anamneză Preeclampsie Diabet zaharat Izoimunizare feto-maternă Rasa neagră Patologii cronice - renale,cardiace,tiroidiene Interval scurt între sarcini Infecții - Listeria monocytogenes, Streptococul de grupul B, infecțiile tractului urinar, vaginoză bacteriană, corioamnionită, lues Obezitatea Abuzul de droguri (cocaină) Extremele vârstei materne	Ruperea prematură a pungii amniotice (RPPA) Polihidroamnios latrogeneză Traumatisme Sarcină concepută asistat (Fertilizare <i>in vitro</i>)

EVALUAREA VÂRSTEI GESTAȚIONALE

Examinarea și evaluarea sunt importante pentru a face deosebirea între nou-născuții prematuri și cei ce suferă de retard de dezvoltare intrauterină sau sunt mici pentru vârsta de gestație.

Spre deosebire de un nou-născut prematur cu masa normală la naștere, un nou-născut ce suferă de retard de dezvoltare intrauterină sau este mic pentru vârsta de gestație poate avea:

- ✗ masa corporală mică,
- ✗ capul mare în dimensiuni, disproporțional în comparație cu corpul,
- ✗ nou - născuții din ambele grupe având țesutul subcutanat slab dezvoltat.

INDICELE PONDERO-STATURAL

indicele ponderal = masa la naștere (g)/taliea (cm³)

Nou-născutul matur	AGA SGA LGA	IP=2,3-3 IP<2,3 IP>3
Nou-născutul prematur	AGA SGA LGA	IP=2,3-3 IP<2,3 IP>3
Nou-născutul postmatur	AGA SGA LGA	IP=2,3-3 IP<2,3 IP>3

MATURITATEA FIZICĂ DUPĂ BALLARD

	SCOR						
	- 1	0	1	2	3	4	5
Pielea	Lipicioas și friabilă, transparentă	gelatinoasă, roșie, translucida	Netedă, rozată, vene vizibile	Descuamare superficială și/sau eritem cutanat, puține vene.	Fisuri, cu arii pale, vene rare.	Pergament oasă cu fisuri adânci, desenul vascular absent.	Piele tăbăcită cu fisuri, riduri.
Lanugo	Absent	Puțin	Abunden t	Subțire	Zone fără lanugo	Suprafață întinsă fără lanugo	
Suprafața plantară	Distanța călcâi-deget mare 40 – 50 mm: -1, <40mm:-2	Distanța călcâi-deget mare >50mm, fără zbîrcituri	Câteva linii roșii slab pronunțate	Creste plantare anterioare transverse - zbîrcituri unice	Creste plantare la 2/3 anterioare	Creste pe toată suprafața plantară	
Mameloaane	Imperceptibile	Slab perceptibile	Areola plată punctiformă	Areolă în relief, mugure mamar de 1-2 mm	Areola evidentă, mugure mamar de 3-4 mm	Areola completă, plină, mugure mamar 5-10 mm	

<i>Ochi/ Urechi</i>	Pleoape lipite slab (-1) Strâns (-2)	Ochii deschiși Pavilionul plan rămîne îndoit	Pavilionul moale slab curbat, plan, rămîne îndoit sau are recul lent.	Pavilionul ușor conturat, moale cu revenire după îndoire	Pavilion bine conturat, moale, revine prompt după îndoire	Pavilion format și ferm. Cartilaj gros.
<i>Organe genitale masculine</i>	Scrot neted, plat	Scrot gol, pliuri absente sau schițate	Testiculi în canalul inghinal superior, pliuri rare	Testicul care coboară, pliuri puține	Testiculi coborîți, pliuri prezente	Testiculi care pendulează, pliuri adânci
<i>Organe genitale feminine</i>	Clitoris proeminent, labii mici, plate	Clitoris proeminent, labii mici de dimensiuni reduse	Clitoris proeminent, labii mici hipertrofiate	Labiile mari și mici egale, proeminente	Labiile mari le acoperă parțial pe cele mici	Labiile mari le acoperă complet pe cele mici și clitorisul.

MATURITATEA NEUROMUSCULARĂ DUPĂ BALLARD

-Postura: 0 1 2 3 4	Copilul trebuie să fie liniștit în poziție de supinație membrele superioare și inferioare sunt întinse un început de flexie din umeri și genunchi, membrele superioare întinse flexie mai accentuată a membrelor inferioare, membrele superioare întinse membrele superioare ușor flexate, membrele inferioare flexate și abduze membrele inferioare și superioare flectate
Careu patrat	Se flectează mâna din încheetura cât mai mult posibilă și se măsoară unghiul dintre eminența hipotenară și fața anterioară a antebrățului. În timpul manevrei se va avea grijă să nu se roteze articulația mâinii. 0 = 90°; 1 = 60°; 2 = 45°; 3 = 30°; 4 = 0°
Revenirea în flexia antebrățului	Copilul este așezat în supinație. Antebratele se flectează complet pentru 5 sec., apoi se deflectează complet și se lasă. Scorul 0 = antebrățul rămâne deflectat; 1 = antebrățul revine la o flexie incompletă; 2 = antebrățul revine la o flexie tot incompletă; 3 = antebrățul revine la o flexie completă
Unghiul popliteu	Copilul este în supinație cu pelvisul fixat pe pat, se flectează gamba pe coapsă și coapsa pe abdomen. Cu cealaltă mână se întinde gamba. 0 – când unghiul popliteu este 180° - 160°; 1-130°; 2-120°; 3-100; 4-90°; 5 ↓ de 90°
Semnul fularului	Copilul este în supinație. Se trage mâna copilului în jurul gâtului spre umărul opus, cât e mai mult posibil. Scorul 0 – cotul atinge linia anterioară a axei opuse; 1 – cotul este între linia anterioară a axei opuse și linia mijlocie a toracelui; 2 – cotul nu atinge linia mijlocie a toracelui; 3 – cotul atinge linia mijlocie a toracelui
Manevra "călcâi – ureche"	Copilul este în supinație, se fixează pelvisul se prinde cu o mână piciorul copilului și se duce fără a forța cât mai aproape posibil de cap. Se va observa distanța dintre picior și cap și gradul de extenzie al genunchiului. Scorul se acordă conform numărului 6.

Aprecirea maturității

	0	1	2	3	4	5
Postura						
Careu patrat	 90°	 60°	 45°	 30°	 0°	
Revenirea în flexia antebrățului	 180°		 100°-160°	 90°-100°	 <90°	
Unghiul popliteu	 180°	 160°	 130°	 110°	 90°	 <90°
Semnul fularului						
Manevra "călcâi-ureche"						

punctaj săptămâni

5 26

10 28

15 30

20 32

25 34

30 36

35 38

40 40

45 42

50 44

SEMNE MORFOLOGICE ALE PREMATURILOR:

- ✗ corpul neproportional, extremitățile și porțiunea cervicală sunt scurte
- ✗ craniul constituie aproximativ 1/3 din talie, suturile deschise, oasele parietale pergamentoase
- ✗ gâtul subțire și pare mai lung
- ✗ pielea roșie, subțire și transparentă, edemațiată, stratul cornos și intermedian subțire, gelatinos
- ✗ urechile (pavilioanele moi, țesutul cartilaginos nedevelopat)



- ✗ lanugo pe spate, antebrațe, frunte, obraji și pe coapse
- ✗ toracele mai îngust
- ✗ abdomenul mai voluminos, cordonul ombilical mai subțire, implantat mai jos
- ✗ organele genitale externe incomplet formate (labiile mari nu acoperă labiile mici, scrotul este rudimentar, mic, testiculele nu sunt coborâte în scrot)



SEMNE FUNCȚIONALE ALE PREMATURULUI:

- ✗ hipodinamie, somnolență, țipăt slab
- ✗ tonusul muscular scăzut, reflexele se remarcă de la o anumită vârstă gestațională
- ✗ respirația (tip abdominal, neregulată, superficială, cu crize de apnee, cu gaspuri – mișcări respiratorii convulsive)
- ✗ FR în minut 48 – 52 medie, la prematuri de gradul III – IV FR (36 – 82)
- ✗ tensiunea arterială e mai joasă decât la normoponderali 45/20 în primele 10 zile, apoi se majorează până la 85/40. FC 120 – 160/min, pulsul labil, bradicardic (pulsul ↓ 60 în minut – în caz de hipotermie și patologie perinatală).



- ✗ hipotalanus imatur (simptom Finchilștein)
- ✗ sistemul digestiv – salivația scăzută, volumul de suc gastric e de 3 ori mai jos decât la nou-născuți la termen. Activitatea fermentativă intestinală scăzută, dar activitatea fermentativă a sucului gastric este normală, numai secreția gastrică este scăzută
- ✗ hipotonia intestinului și a peretelui abdominal – meteorism
- ✗ funcția renală – rata filtrării glomerulare scăzută, fluxul renal sanguin scăzut (1 – 3 ml/kg), capacitatea de concentrație a urinei și diurezei scăzută
- ✗ clearenciul ureei, clorului, sodiului, potasiului și fosfatului sunt scăzute
- ✗ poate pierde mai mult de 10 % din greutate de la naștere și are nevoie de mai mult timp pentru restabili greutatea
- ✗ stomacul prematurului ocupă o poziție mai verticală, fundul este dezvoltat insuficient, stratul muscular al cardiei este mai puțin dezvoltat decât al pilorusului. Toate acestea împreună cu iritarea neuroreflectorie a stomacului – predispun la regurgități frecvente la prematuri.



ÎNGRIJIREA PREMATURILOR

La naștere sunt necesare măsuri generale de îngrijire:

- ✗ curățarea căilor respiratorii,
- ✗ îngrijirea cordonului ombilical și a ochilor,
- ✗ administrarea vitaminei K, fără deosebire între nou-născuții prematuri și cei născuți la termen și masă normală.

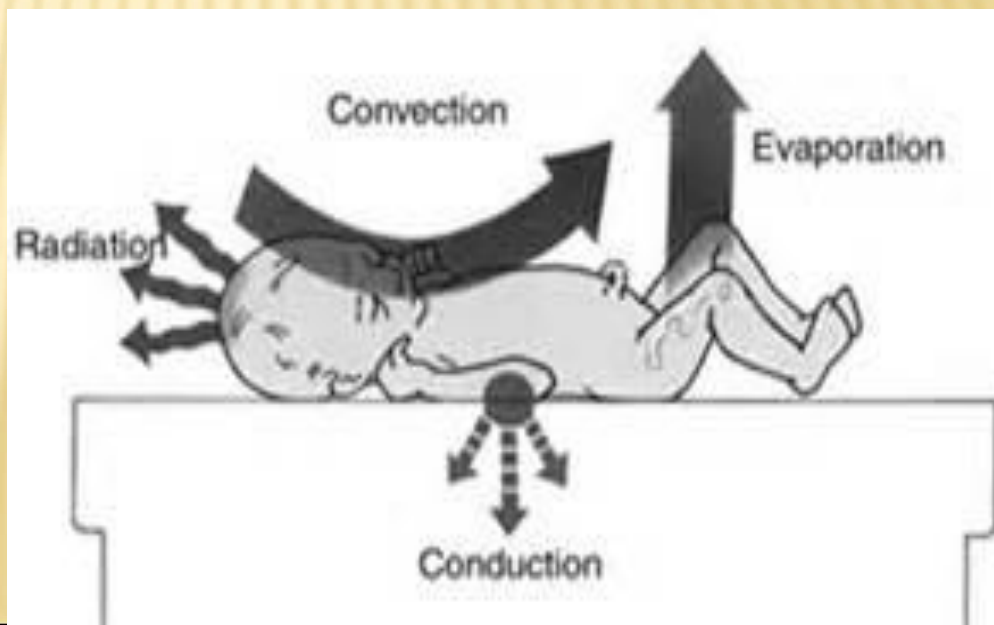
Adițional, mai sunt necesare:

- ✗ controlul hipotermiei, frecvența respirației și frecvența cardiacă,
- ✗ oxigenoterapie și
- ✗ atenție specială la necesarul de lichide și alimentație.

CONTROLUL TEMPERATURII

Evitarea hipotermiei scade riscul mortalității și morbidității. Nou-născuții cu masa foarte mică și extrem de mică la naștere în special, sunt sensibili la pierderea căldurii datorită indicelui crescut suprafață/masă corporală, dermului și epidermului subțire, strat subcutanat adipos slab dezvoltat și un sistem nervos imatur. Pierderea de căldură are loc prin 4 mecanisme:

- ✗ **convecția** energiei termice spre aerul mai răcoros din jur,
- ✗ **conducerea** căldurii către materialele mai reci care intră în contact cu corpul,
- ✗ **radiația** de căldură de la nou-născut la alte obiecte răcoroase din apropiere
- ✗ **evaporarea** apei prin intermediul pielii și a plămânilor.



URMĂTOARELE METODE DE PROTECTIE TERMICĂ :

- ✘ Contactul piele-piele - punerea nou-nascutului în contact direct cu pieptul mamei, acoperirea capului nou-nascutului cu o bonetă și ținerea copilului îmbracat
- ✘ Este aplicabil pentru prematurii cu greutate mică la naștere stabili



SACUL DE POLIETILENĂ

Pentru asigurarea controlului termic *prematurii cu vîrsta de gestație pînă la 28 săptăm (greutatea la naștere sub 1500 g) sunt înveliți (pînă la gît) într-un sac de polietilenă care se închide pentru a preveni pierderile de căldură și apoi plasați sub sursa de lumină radiantă . Îmbrăcați pe cap o bonetă. Dacă este disponibilă, se poate folosi salteaua portabilă. Monitorizați t°C axilară care trebuie să fie 36.5°C:*



Saltelele umplute cu apă - este binevenită pentru nou-născuții cu greutatea de la 1,5 kg

■ *Încălzitori cu raze*

■ Nou-nascutii sunt dezbrăcați și plasați pe mese radiante pentru a permite observarea lor și efectuarea procedurilor de terapie intensiva.

■ Este binevenită pentru prematurii cu greutatea de la 1,5 kg în sus.

■ Este utilă pentru a păstra nou-născutul cald pe parcursul examenului inițial, administrării tratamentului și procedurilor și pentru a reîncălzi nou-născutul

■ *Incubatoare încălzite cu aer*

■ Este aplicabil pentru îngrijirea continuă a nou-născuților cu greutatea mai mică de 1,5 kg



ASIGURAȚI UN MEDIU CU TEMPERATURA NEUTRĂ

O **temperatura termic neutra** este temperatura corpului la care nou-nascutul cheltuiește cantitatea minimă de energie pentru a menține temperatura corporală normală. Când e cheltuită energie minimă, atunci și consumul de oxigen e minim.

pentru copilul cu vîrsta de gestație <36 săptămîni încălziți incubatorul la temperatura dorită înainte de a pune copilul în interior.

Greutatea (g)	<1500		1501-2500	
Vârsta,zile	Temperatura(°C)		Temperatura(°C)	
	Medie+/-	Variațiile	Medie+/-	Variațiile
1	33,4	0,4	33,4	0,6
2	33,7	0,5	32,7	0,9
3	33,5	0,5	32,4	0,9
4	33,5	0,5	32,3	0,9
5	33,5	0,5	32,2	0,9
6	33,5	0,5	32,1	0,9
7	33,5	0,5	32,1	0,9
8	33,5	0,5	32,1	0,9
9	33,5	0,5	32,1	0,9
10	33,5	0,5	32,1	0,9

BLANA DE MIEL- ÎN INCUBATOR



METODA CUIBULUI

- Poziția de liniștire în cuib
- Capul și mânuțele pe linia mediană, umerii înainte, membrele inferioare flectate și aduse spre linia mediană
- Utilizați condiții confortabile de poziționare
- Este necesar să fie spațiu pentru mișcare
- În cazul transferului din incubator utilizați înfășarea liberă



GAMACUL

- Crearea confortului în incubator
- Poziționarea
- Jucării moi pentru suport
- Învelirea cu țesătură de mătasă
- Pentru suport folosirea unui rulu din scutec pentru plasarea copilului în diferite poziții
- Eliminarea excitanților exteriori: lumină, zgomot
- Acoperiți incubatorul



■ METODA KANGOROO

• Este aplicabilă pentru toți nou-născuții stabiliizați cu greutatea de la 1,5 până la 2,5 kg, însă în mod special este recomandată pentru îngrijirea continuă a copiilor cu greutatea de la 1,5 până la 1,8 kg. Studiile bazate pe dovezi au arătat că ***metoda Kangaroo are un set de efecte benefice asupra sănătății copiilor cu GMN (N.E.1; GR A), inclusiv creșterea, adaosul ponderal și ratelor de alăptare la sân, risc redus al infecției nosocomiale și maladiilor severe (.1;A). Impactul metodei asupra RMN este de 0-100%, 43-66% printre copiii cu GMN, reduce incidența morbidității prin infecții cu 51%.***



ALIMENTAȚIA PREMATURILOR

- ✗ Prematuritatea extremă trebuie considerată o urgență nutrițională. În absența suportului nutrițional enteral sau parenteral precoce, survine deficiența de proteine și energie, supunând nou-născutul la riscul dezvoltării precare fizice, cât și neurologice. Acesta este obținut prin combinarea nutriției enterale și parenterale, fortificarea laptelui matern și utilizarea ghidurilor de alimentare standardizate.

BENEFICIILE LAPTELUI MATERN



- ✘ Laptele matern este sursa de elecție de nutriție enterală pentru nou-născuții prematuri, deoarece este asociat cu morbiditate intraspitalicească scăzută, incluzând o rată scăzută de enterocolită necrotizantă, sepsis, displazie bronhopulmonară, retinopatia de prematuritate.
- ✘ Nutriția cu lapte matern este asociată cu o mai bună dezvoltare neurologică în comparație cu cei alimentați cu formula pentru prematuri. Când producția de lapte matern este scăzută, este posibil de administrat lapte uman de la donori, care de asemenea scade rata enterocolitei necrotizante, însă acesta are un conținut mai scăzut de proteină și energie în comparație cu laptele matern, și poate duce la o dezvoltare suboptimală, dacă nu este adecvat fortificat.

NUTRIȚIA PARENTERALĂ PRECOCE

În absența administrării aminoacizilor intravenos, nou – născuții extrem de prematuri pierd 1-2% din stocurile de proteină totală pe zi.

Administrarea aminoacizilor și a dextrozei trebuie inițiată din prima zi de viață.

Este necesar un minim de 2 g/kg de aminoacizi în primele 24 h, ulterior cu administrarea a cel puțin 3,5 g/kg de aminoacizi în următoarele 24 - 48 h.

Pentru a asigura necesarul energetic, administrarea de lipide trebuie luată în considerare.

NUTRIȚIA ENTERALĂ

Nou - născuții cu masa foarte mică și extrem de mică la naștere necesită inițierea nutriției enterale între 6 și 48 ore după naștere după o scurtă perioadă de alimentare cu volum minim.

În primul rând, volumul administrat trebuie crescut treptat pînă la valoarea de 10-30 ml/kg/zi pînă la valoarea țintă de 110-135 kcal/kg/zi și cantitatea de proteină de 3,5-4,5 g/kg/zi. Pentru a fi obținute aceste valori, laptele matern necesită fortificare sau poate fi adăugat amestecul adaptat pentru prematuri.

METODELE DE ALIMENTARE

Alimentatia se efectueaza prin:

- Gavaj gastric continuu prin intermediul pompei de perfuzie contunue.
- Gavaj gastric prin suspenzie
- Gavaj gastric intermitent
- Gavaj gastric dozat
- Monitorizarea rezidului gastric

METODELE DE TRECERE DE LA ALIMENTAȚIA PRIN GAVAJ LA SÂN

“MÂNA DANSATOARE” “TUBUL”

- Încurajați suptul non-nutritiv pe parcursul alimentației cu gavaj
- Faceți cunoștință copilului cu mirosul laptelui matern, folosind un șervețel înmuiat în lapte matern și propunându-i să-l miroase până la și după alimentație



PROFILAXIA INFECȚIILOR

Strategiile de prevenire includ:

- ✗ spălarea minuțioasă a mâinilor și precauții universale,
- ✗ minimalizarea riscului de infectare a cateterului și durata menținerii acestuia,
- ✗ igiena tegumentelor,
- ✗ încurajarea alimentației enterale cât mai precoce,
- ✗ eradicarea infecțiilor nosocomiale.
- ✗ nu trebuie admis accesul persoanelor cu infecții active și contactul cu familia poate fi redus în scopul protecției nou - născutului. Participarea precoce a părinților la îngrijirea prematurului nu prezintă nici un pericol pentru copii dacă aceștia respectă regimul antiseptic și scopurile propuse.
- ✗ În momentul apariției infectării în masă a copiilor este necesar de izolat fiecare copil cu îngrijiri speciale. Igiena mâinilor este de importanță vitală, deoarece prematurii au un sistem imun slab dezvoltat și vor dezvolta infecție nosocomială chiar și în cazul respectării stricte a antisepsiei. Vaccinarea trebuie efectuată conform calendarului de vaccinare, în baza vârstei cronologice, cu doze standard.

CELE MAI FRECVENTE COMPLICAȚII LA COPILUL PREMATUR (1)

- Asfixia perinatală
- Hipotermia
- Dereglări respiratorii (sindromul detresei respiratorii)
- Dereglări cardiovasculare (hipotensiune, duct arterial deschis)
- Neurologice: hemoragie intraventriculară (HIVE), leucomalacie periventriculară
- Gastrointestinale: ileusul paralic, enterocolita ulceronecrotică (EUN)
- ✖ Hipoglicemia și hiperglicemia
- Hiperbilirubinemia indirectă (neconjugată) sau directă (conjugată)

CELE MAI FRECVENTE COMPLICAȚII LA COPILUL PREMATUR (2)

- Hipoprotrombinemia
- Dereglări ale balanței fluidelor și electroliților (hiponatriemia, hiperkaliemia, acidoza metabolică)
- Anemia
- Sepsisul neonatal
- După terapia cu O_2 : retinopatia prematurului (ROP) și boala cronică pulmonară
- Dizabilități neuro-developmentale
- Probleme psihosociale

PROFILAXIA ANTENATALĂ

- Nașterea să fie în cadrul maternității de nivelul III
- Transportarea «in utero»
- Administrarea dexametazonei cu scopul profilaxiei SDR
- Administrarea antibioticelor cu scopul profilaxiei infecției neonatale

CRITERIILE DE EXTERNARE A COPIILOR CU GMN

Greutatea 1800 – 2000 g sau chiar 1500 g, dacă sunt satisfăcute următoarele condiții:

- condiții de sănătate bună
- curba greutății să fie în creștere (cel puțin în perioada ultimelor zile)
- termoreglarea satisfăcătoare
- reflex de sugere satisfăcător
- capacitatea mamei de a-și îngriji copilul în condițiile de casă

RETARDUL DE DEZVOLTARE INTRAUTERINĂ

Există o diferență importantă între termenii mic pentru vârsta gestațională și restricția de creștere intrauterină:

- ✘ Termenul de mic pentru vârsta gestațională este bazat pe examinarea fizică a unui copil la naștere, de obicei de către un pediatru sau neonatolog. Dacă greutatea copilului este < percentila 10%, copilul este mic pentru vârsta gestațională. Diagnosticul de mic pentru vârsta gestațională nu se diferențiază între potențialul de creștere biologică normală și creștere patologică in utero.
- ✘ În schimb, restricția de creștere intrauterină este un diagnostic prenatal care demonstrează că fătul nu reușește să ajungă la potențialul de creștere în utero, de multe ori diagnosticat de obstetrician.
- ✘ Prin urmare, nu toți copiii cu restricție de creștere intrauterină sunt mici pentru vârsta gestațională, și în mod similar, nu toți nou-născuții care sunt mici pentru vârsta gestațională au restricție de creștere intrauterină.

FACTORII ASOCIAȚI ADESEA CU RETARDUL DE CREȘTERE INTRAUTERINĂ:

I.Fetali:

Dereglări cromozomiale
Infecții cronice ale fătului
(citomegalovirus, rubeolă congenitală, sifilis)
Anomalii congenitale-
complexe de sindroame
Influența unor radiații
Gestație multiplă
Hipoplazie pancreatică
Deficitul de insulină
(producția sau acțiunea
deficitară a insulinei)
Deficitul de factor de
creștere a insulinei de tip I

II.Placentari

Scădere în masa sau
celularitatea placentară,
sau ambele
Scăderea ariei suprafețelor
placentare
Patologia placentară
(bacteriană, virală,
parazitară)
Infarctul placentar
Tumoare (corioangiom,
aluniță hidatiformă)
Dezlipirea placentară
Sindromul transfuziei fetale

III.Materni

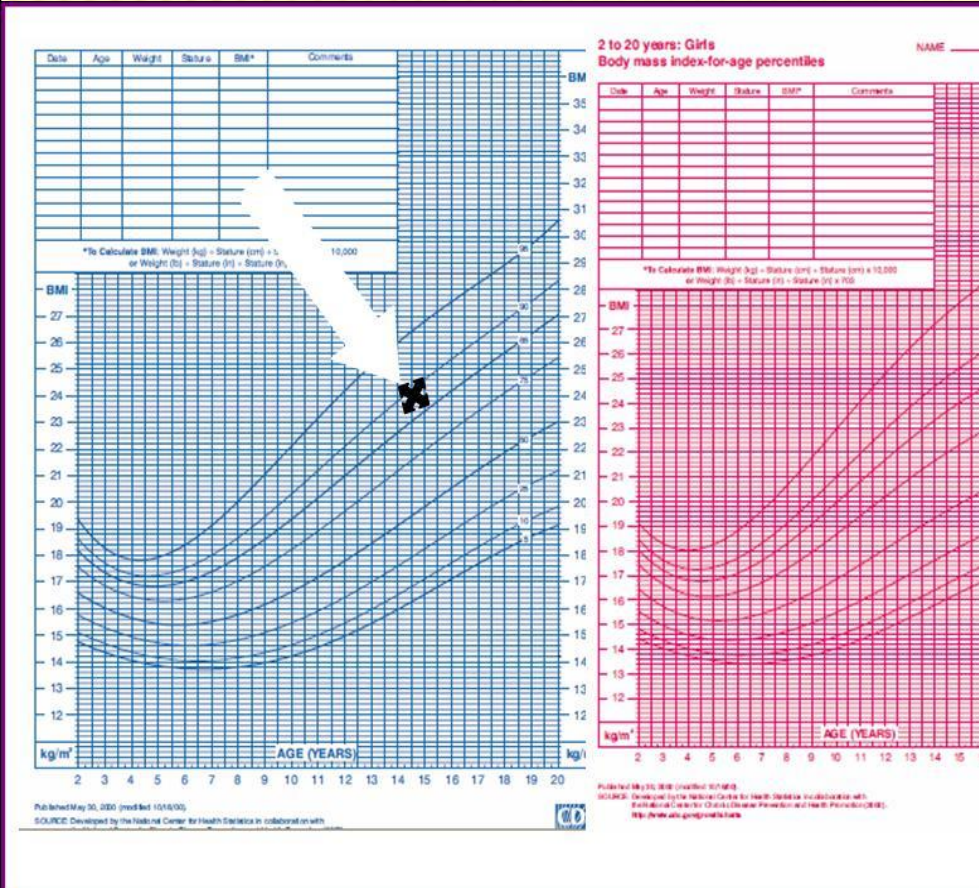
Toxemie
Hipertensiune arterială sau
afecțiuni renale, sau
ambele
Hipoxemie (altitudine mare,
boli cianotice cardiace sau
pulmonare)
Malnutriție (micronutrienți
sau macronutrienți)
Maladii cronice
Anemie falciformă
Abuzul de substanțe
(droguri, alcool, tutun,
cocaină, anabolice).

Retardul de creștere intrauterină este adesea clasificat drept o restricție de creștere care este simetrică (circumferința capului, lungimea și masa la fel sunt afectate) sau asimetrică (cu dereglarea creșterii circumferenței capului)

- ✘ **RDIU simetric** are adesea un debut mai devreme în primul trimestru de sarcină și este asociat cu afecțiuni care afectează numărul de celule fetale, cum ar fi patologii cromozomiale, genetice, teratogene, infecțioase sau hipertensiunea arterială maternă severă.
- ✘ **RDIU asimetric** are adesea debut tardiv în a doua jumătate a sarcinii, se asociază cu dereglarea circulației la investigația cu Doppler în vasele carotide și este asociată cu nutriția maternă deficitară sau cu debut tardiv sau cu exacerbarea bolilor vasculare materne (preeclampsie, hipertensiune arterială cronică).

Profilaxia și screening-ul RDIU:

- ✗ Stabilirea precoce a vârstei gestaționale și urmărirea curbei ponderale materne;
- ✗ Screening pentru infecțiile TORCH și depistarea anomaliilor genetice;
- ✗ Examenecografice periodice și velocimetria Doppler



MONITORIZAREA NOU NASCUTILOR PREMATURI IN FOLLOW UP NEONATAL

- Consultatia psihologului cu aprecierea dezvoltarii neuropsihice si fizice dupa scorul Bell
- Consultatia orelistului cu aprecierea audiometriei
- Consultatia oculistului cu examinarea fundului de ochi
- Consultatia neurologului cu efectuarea EEG
- Consultatia cardiologului cu efectuarea EchCG cu Doppler
- Consultatia chirurgului

Consultatia specialistilor se efectueaza fiecare 3 luni pina la un an de virsta corijata, la un an jumate, la doi ani si la trei ani.

MULȚUMESC PENTRU ATENȚIE



Bibliografie:

- 1.Nelson Textbook Of Pediatrics, Twenty-First Edition, Elsevier Inc., 2020.
- 2.Urgențe neonatale, ed.: Maria Stamatina, Andreea-Luciana Avasiloeaiei. Iași: Tehnopress, 2018.
3. Protocole Clinice Naționale Neonatale 2020. Chișinău, 2020
4. Protocolul Clinic Național *Nutriția și alimentația enterală a prematurului*, PCN-218, Chișinău, 2019.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation, ACOG committee opinion no 713. Obstet Gynecol. 2017;130:e102– e109.
6. Gyamfi-Bannerman C, Thom EA, Blackwell SC, et al. Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. N Engl J Med. 2016;374:1311– 1320.
7. Trembath AN, Payne AH, Colaizy TT, et al. The problems of moderate preterm infants. Semin Perinatol. 2016;40:370– 373.
8. Woythaler M, McCormick MC, Mao WY, et al. Late preterm infants and neurodevelopmental outcomes at kindergarten. Pediatrics 2015; 136:424–431.
9. Beukers F, Aaronoudse-Moens CSH, van Weissenbruch MM, et al. Fetal growth restriction with brain sparing: neurocognitive and behavioral outcomes at 12 years of age. J Pediatr. 2017;188:103–109.
10. Korzeniewski SJ, Allred EN, Joseph RM, et al. Neurodevelopment at age 10 years of children born <28 weeks with fetal growth restriction. Pediatrics. 2017;140(5):e20170697.
11. Li N, Li Z, Ye R, et al. Impact of periconceptional folic acid supplementation on low birth weight and small-for gestational-age infants in China: a large prospective cohort study. J Pediatr. 2017;187:105–110.
12. Linder N, Hirsch L, Friedman E, et al. Post-term pregnancy is an independent risk factor for neonatal morbidity even in low-risk singleton pregnancies. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2017;102:F286–F290.
13. Takeuchi A, Yorifuji T, Nakamura K, et al. Catch-up growth and neurobehavioral development among full-term, small-for gestational-age children: a nationwide Japanese population based study. J Pediatr. 2018;192:41–46.
14. Kositamongkol S, Suthutvoravut U, Chongviriyaphan N, Feungpean B, Nuntnarumit P. Vitamin A and E status in very low birth weight infants. J Perinatol. 2011;31(7):471-476.
15. McCarthy R, McKenna M, Oyefaso O et al. Vitamin D insufficiency in preterm very low birthweight infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2015;52(Suppl 1):E10.
16. Leaf A, Dorling J, Kempley S, McCormick K, Mannix P, Linsell L, et al. on behalf of ADEPT Clinical Investigators Group. Early or delayed enteral feeding for preterm growth-restricted infants: a randomized trial. Pediatrics 2015;129:1-9.