

Roma Roemer-Ślimak¹, Monika Ligucka², Agnieszka Mastalerz-Migas¹

¹Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

²Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Patologii Noworodka, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

Wcześnieiak w POZ – postępowanie profilaktyczno- -lecznicze i zalecenia dotyczące realizacji programu szczepień ochronnych

Streszczenie

W przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych, a szczególnie tych urodzonych przed ukończeniem 28. tygodnia ciąży, wskaźniki chorobowości i umieralności są wysokie, a uszkodzenia układu nerwowego i zaburzenia rozwoju psychoruchowego nie są rzadkością. W ok. 20% przypadków urodzeń wcześniaków nie udaje się ustalić przyczyny. Najczęstsze powikłania wcześniactwa dotyczą układu oddechowego, krążenia i pokarmowego. Należy mieć ich świadomość, podejmując się opieki nad przedwcześnie urodzonym dzieckiem. Dla lekarza rodzinnego wcześniaki są jedną z grup pacjentów wymagających największej uwagi oraz szybkiego reagowania w przypadku uchwycenia nieprawidłowości. W trakcie opieki ważna jest koordynacja w grupie specjalistów, w różny sposób pomagających i kontrolujących rozwój wcześniaka.

Słowa kluczowe

wcześniactwo, powikłania, opieka w POZ, szczepienia

Abstract

In the case of premature babies, especially those born before the end of the 28th week of pregnancy, morbidity and mortality rates are high, and damage to the nervous system and psychomotor development disorders are not uncommon. In approx. 20% of premature births it is impossible to determine the cause. The most common complications of prematurity refers to the respiratory, circulatory and digestive systems. Family doctors should be aware of those complications while taking care of prematurely born children. For a family doctor premature babies are those groups of patients who require the most attention and rapid response in the event of capture abnormalities. When taking care it is important to coordinate actions with a group of specialists who help and control the growth of prematures.

Key words

prematurity, complications, primary care, vaccinations

Wcześnieactwo

Definicja wcześniactwa od lat nie budzi wątpliwości. O przedwczesnym urodzeniu mówimy w przypadku, gdy dziecko rodzi się pomiędzy 22. a ukończonym 37. tygodniem ciąży (Hbd). Dodatkowo wyróżnia się trzy stopnie wcześniactwa:

- wcześniactwo – poniżej ukończonego 37. Hbd (259 dni),
- późne wcześniactwo – 34.–36. Hbd (238–258 dni),
- skrajne wcześniactwo – poniżej 28. Hbd.

W przypadku tej grupy noworodków, a szczególnie tych urodzonych przed 28. Hbd, wskaźniki chorobowości i umieralności są wysokie, a uszkodzenia układu nerwowego i zaburzenia rozwoju psychoruchowego nie są rzadkością [1, 2, 14].

Najbardziej dokładnym parametrem czasu trwania ciąży są pomiary dziecka wykonane w I trymestrze podczas badania USG. Zdarza się, że czas trwania ciąży jest trudny do precyzyjnego określenia. Stosuje się wtedy kryterium pomocnicze, jakim jest masa ciała noworodka. Dzieci urodzone przedwcześnie zwykle mają masę ciała poniżej 2500 g, choć istnieje grupa dzieci urodzonych o czasie z tak małą wagą urodzeniową [3].

W 2007 r. w polskich szpitalach urodziły się 24 tys. wcześniaków, co stanowiło 7 proc. wszystkich urodzeń [4]. Obecnie porody przed 37. Hbd stanowią 7,3%, przed 32. Hbd – 1,5%, a do 0,7% dzieci rodzi się przed 28. Hbd [2, za dane IMiDz]. Częstość urodzeń dzieci z małą masą ciała w 2011 r. wynosiła 5,89% [3].

Nie jesteśmy w stanie wytłumaczyć i do końca zrozumieć mechanizmów porodu przedwczesnego. W ok. 20% przypadków urodzeń wcześniaków nie udaje się ustalić przyczyny. Zwykle w takich sytuacjach jako czynnik wyjściowy należy podejrzewać subkliniczną infekcję wewnątrzmaciczną.

Medyczne przyczyny porodów przedwczesnych można podzielić na 5 dużych grup:

- wewnątrzmaciczna infekcja i/lub przedwczesne odpływanie płynu owodniowego,
- niewydolność szyjki macicy,
- ciążę mnogie,
- wewnątrzmaciczne zaburzenia rozwoju płodu,
- nieprawidłowości łożyska i krwawienia z dróg rodnych.

Dodatkowo trzeba tutaj wymienić choroby matki, takie jak cukrzyca i nadciśnienie, oraz infekcje u matki (powodujące zakażenia TORCH). Najsilniejszym czynnikiem predykcijnym ryzyka wystąpienia przedwczesnego porodu jest jednak przebyty przedwczesny poród [1].

Najczęstsze powikłania wcześniactwa

W przypadku porodu w wyznaczonym terminie noworodkiem jest dziecko do ukończenia 4. tygodnia życia (28 dni). W grupie dzieci urodzonych przedwcześnie o okresie noworodkowym mówi się do chwili zakończenia adaptacji układów: oddechowego, krążenia i pokarmowego. Zaburzenia adaptacyjne trwają tym dłużej i są bardziej burzliwe, im wcześniej urodzony jest noworodek [1]. Poniżej przedstawiono najczęstsze problemy wcześniaków, które mijają wraz z nabywaniem przez dziecko dojrzałości, ale mogą też wymagać konsultacji i leczenia specjalistycznego [1, 2].

Układ oddechowy

W przypadku wcześniaków najczęściej obserwowane zaburzenia ze strony układu oddechowego to:

- bezdechy – przerwy w spontanicznej czynności oddechowej na minimum 20 s, z bradykardią poniżej 100/min, najczęściej idiopatyczne – wynikające zwykle z niedojrzałości ośrodkowego układu nerwowego. Ustępują samoistnie po osiągnięciu wieku ciążowego 34–37 tygodni. W terapii stosowane są pochodne kofeiny, metyloksantyny, pomocne jest także kangurowanie;
- zespół zaburzeń oddychania (*respiratory distress syndrome* – RDS) – spowodowany niedoborem lub brakiem surfaktantu, a leczony jego dotchawicznym podaniem i wspomaganie oddechu;
- dysplazja oskrzelowo-płucna (*broncho-pulmonary dysplasia* – BPD) – zamiennie nazywana przewlekłą chorobą płuc (*chronic lung disease* – CLD) – występuje u bardzo niedojrzałych wcześniaków, u których rozwój płuc po urodzeniu przebiegał w niekorzystnych warunkach, rzadko jest opisywana u dzieci urodzonych powyżej 32. Hbd. Częstość występowania jest odwrotnie proporcjonalna do wieku płodowego i urodzeniowej masy ciała. Dla rozpoznania charakterystyczna jest tlenozależność (w zależności od ciężkości zaburzenia – od ponad 28 dni życia do nawet 36 tygodni wieku skorygowanego). Dla lekarza opiekującego się dzieckiem w dalszych okresach życia informacja o obciążeniu BPD jest niezwykle istotna. U dzieci tych bowiem w pierwszych miesiącach życia występuje znaczna predyspozycja do zachorowania na ciężkie zapalenie oskrzelików o etiologii RSV. Dodatkowo, szczególnie w ciągu pierwszych 2 lat życia, tacy pacjenci częściej niż ich rówieśnicy chorują na infekcje dróg oddechowych i płuc. U większości

dzieci z BPD rozwijają się także objawy podobne do astmy [5]. U wcześniaków z rozpoznaną BPD obowiązuje systematyczna kontrola kardiologiczna (możliwość wystąpienia nadciśnienia płucnego oraz nadciśnienia systemowego), dodatkowa podaż mieszanek wysokokalorycznych (*human milk fortifier* – HMF), kontrola audiologiczna (niedosłuch) oraz okulistyczna (*retinopathy of prematurity* – ROP) [14].

Układ krążenia

Najczęstsze problemy z zakresu układu krążenia u wcześniaków to:

- opóźnienie zamykania przewodu tętniczego (Botalla) – może powodować zaburzenia hemodynamiczne i oddechowe o różnym nasileniu. Jeśli niezbędne jest leczenie, stosuje się NLPZ lub zamknięcie chirurgiczne;
- przetrwałe nadciśnienie płucne (*persistent pulmonary hypertension of the newborn* – PPHN) – może towarzyszyć niewydolności oddechowej lub jakiegokolwiek chorobie zakaźnej. Śmiertelność jest duża. Wszystkie dzieci, które są tak obciążone, należy objąć długotrwałą obserwacją kardiologiczną, psychologiczną i neurologiczną. Około 30% dzieci po ciężkim PPHN prezentuje odległe powikłania neurologiczne, najczęściej różne postacie MPD oraz głuchotę [6].

Układ pokarmowy

Niedojrzałość czynnościowa i morfologiczna przewodu pokarmowego u wcześniaków warunkowana jest wieloma czynnikami. Należą do nich m.in.:

- mniejsza aktywność lub brak enzymów trawiennych, np. amylazy i lipazy,
- upośledzona motoryka jelit,
- problemy w koordynacji jednoczesnego ssania, połykania i oddychania,
- zmniejszona liczba kępek Peyera i ograniczona możliwość odpowiedzi immunologicznej,
- predyspozycja do wystąpienia martwiczego zapalenia jelita (*necrotizing enterocolitis* – NEC) – powikłanie to występuje stosunkowo rzadko, jednak jest to najczęstsza choroba przewodu pokarmowego noworodków, która wymaga interwencji chirurgicznej. Objawia się zazwyczaj wzdęciem brzuszka, krwawymi stolcami i zwiększonym zaleganiem pokarmu w żołądku. Patogeneza NEC nie została do końca poznana. Jest to choroba wieloczynnikowa, wynikająca z niedojrzałości oraz uszkodzenia błony śluzowej jelit wtórnego do różnych czyn-

ników (niedokrwienie, składniki pokarmowe, zakażenie) [14].

Opieka nad wcześniakami

Rozwój wcześniaków wymaga bardzo uważnego śledzenia przynajmniej do 2. roku życia wieku skorygowanego. Część tej opieki jest realizowana przez lekarzy rodzinnych. Trzeba brać pod uwagę fakt, że większość programów rozwojowych zaleca systematyczną ocenę takich dzieci nawet do 6.–8. roku życia [1].

Pierwsza patronażowa wizyta lekarza rodzinnego lub pediatry powinna się odbyć w 2.–3. dniu po powrocie dziecka ze szpitala do domu. Jej celem jest m.in.:

- dokładna ocena aktualnego stanu zdrowia noworodka,
- ocena stopnia nasilenia żółtaczki,
- ustalenie konieczności i kolejności konsultacji specjalistycznych,
- omówienie z rodzicami zagadnienia i ustalenie planu szczepień ochronnych,
- udzielenie rodzicom informacji dotyczących karmienia, jeśli dziecko jest karmione mlekiem modyfikowanym [1].

Dzieci urodzone przedwcześnie wymagają w zdecydowanej większości specjalnej opieki, poza tą, która sprawowana jest nad dziećmi urodzonymi w wyznaczonym terminie. Bardzo wiele dzieci wymaga konsultacji i współpracy szeregu specjalistów z różnych dziedzin, m.in. kardiologa, neurologa, okulisty, ortopedy, rehabilitanta i psychologa.

Jednym z podstawowych i ważnych zadań opieki nad wcześniakiem wypisanym ze szpitala jest kontrola wzrastania i przyrostu masy ciała. Zaleca się nanoszenie pomiarów (masy ciała, długości, obwodu głowy) na siatki centylowe. Tempo wzrastania u wcześniaków jest wyższe niż u dzieci urodzonych w terminie, a krzywa wykreślona na podstawie wieku rzeczywistego powinna mieć większe nachylenie niż krzywa wzorcowa. Właśnie tzw. krzywa nadrabiania pozwala nam określić, czy dziecko osiągnęło normalne wartości wzrostu (powyżej –2 SD), które 90% wcześniaków osiąga w skorygowanym wieku 1 roku [2].

Żywienie

Część wcześniaków jest z powodzeniem karmionych piersią i według niektórych autorów nie ma przeciwwskazań, aby było to jedyne źródło pokarmu, jeśli spełniony jest warunek przynajmniej 7–8 karmień dziennie [2]. Nie jest jednak możliwe okreś-

lenie dokładnego dziennego spożycia składników odżywczych, których potrzebuje każde dziecko. Mleko matki jest najlepszym mlekiem dla wcześniaków, ale według niektórych opracowań samo w sobie nie będzie wystarczające, by zaspokoić potrzeby żywieniowe większości przedwcześnie urodzonych dzieci. Wiele z nich może zatem odnieść korzyści z zastosowania wzmacniaczy mleka kobiecego (*breast/human milk fortifier*). Wzmacniacz jest polecany dla wcześniaków z masą urodzeniową poniżej 2000 g, od momentu gdy dobowe spożycie pokarmu wyniesie 50~100 ml/kg. Wcześniaki, które w momencie wypisu nadal mają opóźnienie wzrostu, powinny korzystać ze wzmacnianego pokarmu przez co najmniej 40 tygodni skorygowanego wieku ciążowego. Mleko modyfikowane dla wcześniaków po wypisie ze szpitala jest polecane dla dzieci, które w momencie wypisu nadal mają opóźnienie wzrostu, wymagających okresowego monitorowania wzrostu oraz posiadających spersonalizowany protokół żywienia. Niemowlęta, których wskaźnik wzrostu osiągnie 25.–50. percentyl na wykresach wzrostu (w skorygowanym wieku), można przestawić na standardowe mleko modyfikowane. Takie mleko jest odpowiednie dla wcześniaków urodzonych po 34. tygodniu ciąży lub z urodzeniową masą ciała powyżej 2000 g [7]. Zaleca się stosowanie mleka dla wcześniaków do ukończenia przez dziecko 3. miesiąca życia wieku skorygowanego lub uzyskania 3000 g masy ciała. W związku z zawartością białka w mleku następnym jest ono wskazane dla wcześniaków po zakończeniu karmienia mlekiem dla wcześniaków, zamiast mleka początkowego [2].

Suplementacja witaminą K w przypadku dzieci urodzonych przed 34. Hbd to 25 µg/dobę od 3. tygodnia życia (15. dnia życia) do ukończenia przez dziecko 3. miesiąca. W przypadku dzieci karmionych sposobem mieszanym lub otrzymujących mleko kobiece ze wzmacniaczem pokarmu kobiecego w ilości mniejszej niż 1 saszetka na 50 ml pokarmu suplementacja witaminą K powinna być stosowana tak jak w przypadku dzieci karmionych wyłącznie piersią [8].

Refluks żołądkowo-przełykowy

Kształtowanie się prawidłowej motoryki przewodu pokarmowego może trwać nawet do 15. miesiąca życia. Jeśli rozwój fizyczny dziecka przebiega bez powikłań, refluks traktujemy jako zjawisko fizjologiczne. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że nawet to „fizjologiczne” ulewianie u ok. 2% zdrowych nie-

mowląt może doprowadzić do istotnych powikłań. W przypadku niemowląt z niską masą urodzeniową ten odsetek sięga 10%. Chorobę refluksową rozpoznajemy u dziecka, gdy ulewaniom towarzyszy niedokrwistość, niedożywienie i opóźnienie rozwoju fizycznego, a także zapalenie przełyku czy spastyczne zapalenia oskrzeli [9]. W przypadku refluksu powinno się zalecić rodzicom, by nie kładli dziecka zaraz po posiłku i by podawali mu bardziej gęste pokarmy. Do zagęszczania pokarmu stosuje się zagęstnik na bazie skrobi lub mączki chleba świętojańskiego. Zagęstnik należy odpowiednio dobrać, gdyż w przypadku skrobi zdarzają się zaparcia, a zwykle bardziej skuteczna mączka chleba świętojańskiego może powodować biegunki. Można stosować także gotowe mleko modyfikowane AR. Konsultacja specjalistyczna jest niezbędna w przypadku wystąpienia takich powikłań, jak: zapalenie przełyku, bezdech, sinica, zachłystowe zapalenia płuc czy nawracające zapalenia ucha środkowego lub krtani [2].

Pielęgnacja skóry

Skóra wcześniaków jest niezwykle podatna na uszkodzenia, więc wymaga stosowania kompleksowych działań ochronnych. Do mycia zaleca się używanie preparatów o neutralnym pH. U wcześniaków urodzonych przed ukończeniem 32. tygodnia ciąży wskazane jest stosowanie emolientów nawet kilka razy dziennie. Do dezynfekcji skóry powinno się używać chlorheksydyny. W przypadku dzieci urodzonych przed 30. tygodniem ciąży należy zapewnić wilgotność powietrza 70% (w inkubatorze), stosować emolienty oraz okrycie zmniejszające utratę wody przez parowanie. Wilgotność środowiska powinna być kontrolowana [10].

Zapobieganie infekcjom RSV

Epidemie infekcji syncytialnym wirusem oddechowym (*respiratory syncytial virus* – RSV) trwają corocznie od września do marca. U wcześniaków, nawet bez dysplazji oskrzelowo-płucnej, ryzyko ostrego zapalenia oskrzelików jest zwiększone. Wśród wcześniaków urodzonych przed 33. Hbd 40% wymaga leczenia szpitalnego, często nawet wentylacji mechanicznej, gdyż wcześniactwo jest czynnikiem ryzyka konieczności takiego postępowania w zapaleniu oskrzelików [2]. Dzieci, które spełniają odpowiednie kryteria, mogą zostać zakwalifikowane do programu „Profilaktyka zakażeń wirusem RS u dzieci z przewlekłą chorobą płuc”. W ramach programu dzieci otrzymują raz w miesiącu przeciwciała monoklonalne

anty-RSV w iniekcji domięśniowej przez pięć kolejnych miesięcy [10, 11]. W profilaktyce zakażeń RSV, ale także innych infekcji dróg oddechowych, które choć zwykle łagodne, u dzieci urodzonych przedwcześnie mogą mieć ciężki przebieg, wskazane jest stosowanie także innych środków zapobiegawczych. Należy do nich zaliczyć m.in. unikanie zatłoczonych miejsc publicznych i kontaktów z osobami wykazującymi objawy infekcji dróg oddechowych, kaszlącymi. Osoby z infekcją dróg oddechowych powinny zakładać maskę w trakcie opieki nad dzieckiem. Nie można narażać noworodka na wdychanie dymu papierosowego i należy zapewnić mu odpowiednią atmosferę poprzez częste wietrzenie pomieszczeń i sen w temperaturze otoczenia ok. 19°C. Do działań profilaktycznych zalicza się też ograniczenie do minimum wizyt gości po wypisie ze szpitala i unikanie całowania niemowlęcia, szczególnie po twarzy i rączkach. Dodatkowo powinno się pamiętać o myciu zabawek dziecka, ograniczyć ilość zabawek pluszowych w łóżeczku oraz często wymieniać smoczki [2].

Opieka psychologiczna dla rodzin wcześniaków

Skutki wcześniactwa w zakresie psychologicznym dotyczą zarówno dziecka, jak i jego rodziców. Niwelowanie negatywnych skutków dla psychiki rodziców uznaje się za ważny sposób wspierania rozwoju wcześniaków.

W grupie tych dzieci częściej niż w grupie dzieci urodzonych o czasie występują trudności szkolne o przynajmniej średnim nasileniu, zaburzenia uwagi, zaburzenia emocjonalne, głównie lękowe, oraz trudności w zakresie funkcji wykonawczych. Skrajne wcześniactwo powiązane jest także z częstszym występowaniem nadpobudliwości psychoruchowej oraz zaburzeń ze spektrum autyzmu. Obraz kliniczny obu zaburzeń jest w przypadku wcześniaków specyficzny.

W psychologicznej opiece poszpitalnej należy uwzględnić:

- psychologiczną ocenę rozwoju oraz odpowiednie działania zapobiegawcze i terapeutyczne,
- zróżnicowanie i dostosowanie do potrzeb rodziny form poradnictwa i psychoterapii,
- ukierunkowanie wszystkich działań na umacnianie relacji rodzice – dziecko.

Docelowo opieka psychologiczna nad wcześniakami i ich rodzinami powinna mieć długofalowy charakter i wykraczać poza pierwsze lata życia. Dodatkowo, gdy jest taka konieczność, wskazana

jest praca zespołu – psychologa (psychologów), pediatry, neurologa, logopedy, rehabilitanta. Działania diagnostyczne i terapeutyczne wobec wcześniaków i ich rodzin powinny być dostosowane w taki sposób, by wspierać i dziecko i jego rodzinę w radzeniu sobie ze skutkami wcześniactwa [10].

Szczepienia wcześniaków [10, 12, 13]

Dzieci urodzone przedwcześnie, a szczególnie te, które nie osiągnęły 32. tygodnia życia płodowego, mogą być pozbawione cennych źródeł przeciwciał. Poród następuje zbyt wcześnie, aby otrzymały pełną pulę przeciwciał od matki, a ich karmienie naturalne w początkowym okresie jest bardzo ograniczone, czasem przez wiele tygodni. Dodatkowo noworodki urodzone przed 37. tygodniem ciąży są w większym stopniu niż dzieci urodzone w terminie narażone na infekcje, także takie, którym można zapobiegać poprzez szczepienia. Wiadomo też, że już od 24. tygodnia życia płodowego możliwa jest produkcja przeciwciał w odpowiedzi na szczepienie. Informacje te potwierdzają zasadność i konieczność szczepień wcześniaków, a także dbałości o ich terminowe wykonanie.

Zalecenia dotyczące szczepień w opiece poszpitalnej nad wcześniakami obejmują następujące informacje:

- u dzieci urodzonych przedwcześnie obowiązują te same przeciwwskazania do szczepień co u dzieci urodzonych w wyznaczonym terminie,
- wystąpienie krwawienia dokomorowego, niedokrwistość czy dysplazja oskrzelowo-płucna nie stanowią przeciwwskazania do szczepień,
- profilaktyka zakażeń RSV (podanie przeciwciał) nie wpływa na realizację „Programu szczepień ochronnych” (PSO) u wcześniaków,
- przed wykonaniem szczepienia wcześniak nie wymaga konsultacji neurologicznej ani żadnego dodatkowego badania diagnostycznego,
- przed wykonaniem szczepienia niezbędne jest przeprowadzenie dokładnego badania lekarskiego przez lekarza rodzinnego – pediatrę lub neonatologa.

Przed szczepieniem rodzice dziecka powinni być poinformowani o znaczeniu szczepień dla zdrowia dziecka oraz o rodzajach szczepionek i możliwych działaniach niepożądanych. Odmowa szczepień przez rodziców dziecka powinna być udokumentowana w historii choroby.

Kalendarz szczepień obowiązujący w Polsce zawiera pewne różnice w stosunku do programów innych

krajów europejskich. Dotyczy to przede wszystkim szczepionek z bezkomórkowym komponentem krztuścowym, szczepień skojarzonych oraz braku szczepień obowiązkowych, np. przeciwko grypie. W Polsce szczepienie skoniugowaną szczepionką przeciw pneumokokową jest dla dzieci przedwcześnie urodzonych bezpłatne. Polska grupa ekspertów zaleca, aby dzieci urodzone przed 37. tygodniem ciąży oraz dzieci z urodzeniową masą ciała poniżej 2500 g otrzymywały wszystkie rekomendowane szczepienia zgodnie z wiekiem metrykalnym, tak jak noworodki urodzone w wyznaczonym terminie. Wzmianka o zasadności wczesnego rozpoczęcia szczepień u wcześniaków pojawiła się po raz pierwszy w PSO na 2013 r. Zgodnie z zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego na ten rok:

- dzieci urodzone przed 37. Hbd lub z urodzeniową masą ciała poniżej 2500 g podlegają obowiązkowemu bezpłatnemu szczepieniu przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi bezkomórkową szczepionką DTPa,
- dzieci, które w 1. roku życia w miejsce całokomórkowej szczepionki DTPw otrzymały szczepionkę DTPa, należy zaszczyć czwartą dawką DTPa (w 16.–18. miesiącu życia),
- dzieci urodzone z masą ciała poniżej 2000 g powinny otrzymać w sumie 4 dawki szczepienia przeciwko WZW typu B (0, 1., 6., 12. miesiąc).

Podsumowanie

Dzieci przedwcześnie urodzone są charakterystyczną grupą pacjentów w gabinetach lekarzy rodzinnych, szczególnie te najbardziej zagrożone, urodzone przed ukończeniem 32. tygodnia ciąży. W całej dziecięcej populacji są jednymi z pacjentów najbardziej wymagających uwagi oraz szybkiego reagowania w przypadku uchwycenia nieprawidłowości. Należy też pamiętać o konieczności wizyt u lekarzy innych specjalności i dobrej z nimi współpracy w trakcie opieki nad wcześniakami. Bardzo ważne jest również otoczenie opieką oraz udzielanie pomocy i wsparcia najbliższej rodzinie – głównie rodzicom dziecka, którzy nie zawsze potrafią radzić sobie w zaistniałej sytuacji, a od nich w dużej mierze zależy prawidłowy rozwój wcześniaka.

Na obecnym poziomie rozwoju medycyny większość przedwcześnie urodzonych dzieci ma szansę na prawidłowy rozwój fizyczny, umysłowy i emocjonalny. Z powodzeniem nadrabiają „zaległości” w stosunku do swoich terminowo urodzonych rówieśników i po kilku latach zwykle nie jesteśmy w stanie ocenić, czy dane dziecko było wcześnia-

kiem. Aby jednak dać wcześniakom taką szansę, lekarze rodzinni powinni mieć wysoką świadomość, jakie powikłania i problemy może nieść ze sobą wcześniactwo, i wykazywać zwiększoną czujność w ich wykrywaniu.

Piśmiennictwo

1. Szczapa J (red.). Podstawy neonatologii. PZWL, Warszawa 2008.
2. Niezbędnik rodzica wcześniaka – dodatek dla lekarzy. Fundacja Wcześniak 2015.
3. Helwich E. Wcześniactwo. www.pediatrics.mp.pl.
4. Polska/Rynek Zdrowia. Umieralność wcześniaków w Polsce – dane są fatalne.; www.rynekzdrowia.pl. Dostęp: 01.09.2008.
5. Głowacka E, Lis G. Dysplazja oskrzelowo-płucna – wczesne i odległe następstwa w zakresie układu oddechowego. *Pneumonol Alergol Pol* 2008; 76: 437-445.
6. Kwinta P. Przetrwale nadciśnienie płucne u noworodków. www.pediatrics.mp.pl.
7. Working Group of Pediatrics Chinese Society of Parenteral and Enteral Nutrition, Working Group of Neonatology Chinese Society of Pediatrics, Working Group of Neonatal Surgery Chinese Society of Pediatric Surgery. CSPA guidelines for nutrition support in neonates. *Asia Pac J Clin Nutr* 2013; 22: 655-663.
8. Borszewska-Kornacka MK, Czech-Kowalska J, Czerwionka-Szaflarska M i wsp. Zalecenia dotyczące profilaktyki krwawienia z niedoboru witaminy K. *Stand Med Pediatr* 2016; 13: 26-37.
9. Celińska-Cedro D. Choroba refluksowa przełyku u dzieci. *Medycyna Rodzinna* 2004; 2: 46-49.
10. Borszewska-Kornacka MK (red.). Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia PTN. Wydawnictwo Media-Press, Warszawa 2015.
11. Terapeutyczne Programy Zdrowotne 2012. Profilaktyka zakażeń wirusem RS u dzieci z przewlekłą chorobą płuc (dysplazją oskrzelowo-płucną). www.nfz-lodz.pl. Dostęp: 10.04.2016.
12. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 29 października 2012 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2013.
13. Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 30 października 2014 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2015.
14. Cloherty J, Eichenwald EC, Hansen AR i wsp. Neonatologia. Janusz Gadzinowski (redaktor naukowy wydania polskiego). Medipage 2014.

Adres do korespondencji

Ilek. Roma Roemer-Ślimak
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
tel. +48 71 326 68 73