

К.Е. Попова, О.И. Галянт, О.А. Сенькевич

НЕОНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ-РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ РЕАНИМАЦИИ ПРИ РОЖДЕНИИ

Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000,
ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Несмотря на успехи неонатологии, смертность и заболеваемость детей, подвергшихся реанимации при рождении, остается высокой. Целью исследования явилось выявление особенностей течения раннего неонатального периода у детей-реконвалесцентов неонатальной реанимации. В основу настоящей работы положены клинические наблюдения и результаты обследования 55 доношенных новорожденных детей, представлены результаты анализа клинических, лабораторных, параклинических показателей у новорожденных, реконвалесцентов реанимации при рождении. Выявлены особенности течения раннего неонатального периода и степень распространенности повреждения органов и систем у детей, перенесших острую асфиксию при рождении. Полученные данные свидетельствуют о том, что перенесенная асфиксия у новорожденных утяжеляет течение адаптационного периода и вносит существенный вклад в негативный прогноз. Установлены наиболее значимые факторы, влияющие на формирование патологических состояний у детей в динамике постнатальной жизни.

Ключевые слова: неонатальная реанимация, адаптация новорожденных, гипоксия, доношенные дети.

K.E. Popova, O.I. Galyant, O.A. Senkevich

NEONATAL ADAPTATION OF CHILDREN-CONVALESCENT RESUSCITATION AT BIRTH

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Despite the successes of neonatology, the mortality and morbidity of children exposed to intensive care at birth remains high. The aim of the study was to determine the characteristics of early neonatal period in infants-convalescent neonatal resuscitation. The basis of this work laid the clinical observations and the results of a survey of 55 full-term newborns, the results of the analysis of clinical, laboratory, paraclinical indicators of neonatal resuscitation at birth convalescents. Peculiarities of early neonatal period and extent of damage to organs and systems in children with acute asphyxia at birth. These data suggest that the transfer of asphyxia in newborns weigh down during the adaptation period and contributes to the negative outlook. Set the most significant factors influencing the formation of pathological conditions in children in the dynamics of postnatal life.

Key words: neonatal resuscitation, neonatal adaptation, hypoxia, full-term babies.

Наиболее частой причиной госпитализации доношенных новорожденных в отделения реанимации является пренатальная гипоксия плода и острая асфиксия новорожденных [1, 3, 11].

Согласно Национальному руководству «Неонатология» (2013), в клинической практике термином «асфиксия новорожденных» обозначают клинический синдром, проявляющийся в первые минуты жизни затруднением или полным отсутствием дыхания у ребенка. Помимо нарушения дыхания, у большинства детей, родившихся с асфиксией, отмечают угнетение нервно-рефлекторной деятельности и острую сердечно-сосудистую недостаточность. Гипоксия и ацидоз – следствие ряда неблагоприятных изменений в организме плода, ведущее к тяжелому поражению систем и жизнеобеспечения плода и/или его гибели.

В международной практике «перинатальная асфиксия» диагностируется при наличии следующих признаков: низкая оценка по шкале Апгар (менее 5 баллов) более 5 минут; метаболический или смешанный ацидоз ($pH < 7,0$ или BE более 16 ммоль/л); полиорганная недостаточность; неврологические нарушения (кома, судороги, угнетение) [11].

При перенесенной асфиксии заболевания нервной системы, приводящие к инвалидизации и дезадаптации детей, в 70-80 % случаев обусловлены перинатальными факторами [2, 6, 8]. Вовлечение в патологический процесс центральной нервной системы (ЦНС) является закономерным осложнением гипоксии, которое проявляется как гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) [6, 9, 12]. Перечень психоневрологических расстройств, связанных с гипоксическими повреждениями головного мозга, чрезвычайно широк: от минимальных мозговых дисфункций до тяжелых форм детского церебрального паралича (ДЦП), сопровождающегося умственной отсталостью, двигательными нарушениями и судорогами [1, 10].

Цель работы выявление особенностей течения неонатальной адаптации у детей – реконвалесцентов реанимации при рождении.

Материалы и методы

В основу настоящей работы положены клинические наблюдения и результаты обследования детей, выполненных в 2011–2014 гг. на базе Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Перинатальный центр», г. Хабаровск.

Дизайн исследования – контролируемое, проспективное, факториальное, рандомизированное. Клиническая оценка состояния здоровья новорожденных состояла из оценки общего состояния, витальных функций, состояния ЦНС, антропометрических показателей при рождении, результатов лабораторного обследования. Оценка состояния здоровья матерей предусматривала анализ акушерско-гинекологического анамнеза, течения настоящей беременности, родов. Сбор данных проводился на основании индивидуального интервьюирования по специально разработанной карте с использованием стандартных учетных форм.

Критерии включения в исследование: гестационный возраст более 37 и менее 42 недель; тяжелая асфиксия при рождении (МКБ-10) [4, 3, 5], отсутствие клиничко-лабораторных проявлений инфекционного процесса, задержки внутриутробного развития, врожденных пороков развития на момент проведения исследования.

Результаты и обсуждение

Комплексно изучены особенности течения неонатального периода у 55 доношенных детей, родившихся с асфиксией (основная группа), сравнение проводили с 30 здоровыми, зрелыми, доношенными новорожденными (контрольная группа), группы сопоставимы по возрасту матерей, паритету родов, полу детей.

Анализ данных соматического и акушерского анамнеза матерей детей основной группы, показал, что 52 % из них были в возрасте от 17 до 25 лет, 48 % – старше 25 лет, представлены в равных долях городские и сельские жители, с различным состоянием здоровья, что позволило считать группу репрезентативной. Повторные роды наблюдались в 44 % случаев, 60 % детей основной группы были рождены от второй и более беременности.

Осложненный акушерский анамнез был выявлен у 57 % женщин: у 48 % – медицинское прерывание предыдущих беременностей (10 % из них имели 3 и более медицинских аборта); самопроизвольные выкидыши (12 %); факт мертворождения (8 %); «замершая» беременность в анамнезе (5 %), внематочные беременности (3 %).

Беременность протекала с угрозой прерывания в 38 % случаев, в 36 % диагностирован гестоз (10 % – сочетанный гестоз), у 4 роженниц наблюдалась преэклампсия, беременность протекала с анемией у 26 % женщин. Инфекционные заболевания в 1-й половине беременности перенесли 39 % женщин (20 % из них – неоднократно), в 15 % случаев потребовалось применение антибактериальной терапии.

Практически половина (47 %) матерей имела хроническую патологию, из них 23,5 % – гинекологические заболевания (заболевания яичников – 7 %, кольпит – 21 %, хронические генитальные инфекции – 13 %), сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия, ВСД) – 15 %, патологию мочевыводящей системы и другие заболевания (2-3 %).

Основное количество детей, вошедших в исследование, были рождены через естественные родовые пути (63 %), более чем в трети случаев (37 %) путем ОКС, в 90 % случаев операции были проведены в экстренном порядке.

При определении относительного (ОР) и атрибутивного риска (АР) нарушения адаптационных процессов в неонатальном периоде установлено, что наиболее часто

встречались и имели наибольшее значение хроническая внутриутробная гипоксия плода (ОР – 0,9, АР – 88,8 %), анемия во время беременности (ОР – 0,6, АР – 60 %), отягощенный акушерский анамнез (ОР – 4, 0, АР – 42 %), ФПН (ОР – 4,0, АР – 40 %). Около трети женщин (ОР – 0,27, АР – 27 %) не наблюдались по беременности, столько же имели острые и хронические воспалительные урогенитальные заболевания. Из социальных факторов наиболее значимыми оказались табакокурение (ОР – 0,4, АР – 38 %) и регулярное употребление алкоголя (ОР – 0,14, АР – 14,8 %).

Не выявлено достоверных различий в физическом развитии детей-реконвалесцентов неонатальной реанимации и здоровых доношенных новорожденных – физическое развитие определено как мезосоматическое гармоничное.

С оценкой по шкале Апгар 4-5 баллов на 1-й минуте родились 42 ребенка (76 %), у 13 детей (24 %) оценка по Апгар на 1-й минуте была ниже 4 баллов, все они получили полный объем реанимационных мероприятий в родильном зале [5] и экстренно были переведены в отделение реанимации новорожденных. Каждому четвертому ребенку в процессе проведения первичной реанимации понадобилось введение адреналина. При поступлении в реанимационное отделение состояние всех детей было расценено как крайней степени тяжести, все получали респираторную поддержку ИВЛ (в среднем $6,7 \pm 0,39$ суток) в режиме гипервентиляции и/или гипероксии (33 %). Практически половина детей (45 %) получала респираторную поддержку ИВЛ $2,15 \pm 0,26$ суток, каждый третий ребенок находился на ИВЛ $4,22 \pm 0,26$ суток, 24 % новорожденных получали ИВЛ $7,14 \pm 0,49$ суток.

Степень тяжести гипоксически-ишемических поражений головного мозга оценивали в соответствии с классификацией РАСПМ (2009) и у 100 % новорожденных была диагностирована церебральная ишемия тяжелой степени. В клинической картине преобладал синдром вегето-висцеральных нарушений (59 %, 32 ребенка), второе ранговое место занимал синдром угнетения (37 %, 20 детей), почти также часто обнаруживался синдром гипервозбудимости и судорожный синдром (35 %, 19 детей), реже отмечался синдром двигательных нарушений (21 %, 12 детей). Часто (75 %, 41 ребенок) встречалось сочетание нескольких неврологических синдромов или их трансформация.

Анализ результатов нейросонографии (НСГ) и доплерографического исследования сосудов головного мозга показал, что отек головного мозга наблюдался у большинства детей (63 %, 35 детей) в возрасте до 2 часов жизни, а показатель индекса резистивности сосудов головного мозга (Ri) в среднем составлял $0,6 \pm 0,03$. Нормализация нейросонографической картины к 4 суткам жизни отмечалась только у 7 % новорожденных, в 39 % случаев сохранялся отек паренхимы головного мозга, у 20 % детей – повышение эхогенности паренхимы головного мозга. При проведении анализа изменений артериального кровотока головного мозга в возрасте 4 суток жизни у всех детей диагностированы классические патологические изменения [7], при этом одинаково часто встречался вазопаралич и вазодилатация (20 %), вазопарез (17 %). Сочетанное нарушение кровотока и визуальной картины при НСГ отмеча-

лось более чем в четверти случаев (28 %), изменения НСГ сохранялись к концу неонатального периода у 57 % (31 ребенок) детей основной группы. У большинства (56 %) диагностировано нарушение кровообращения в виде ишемии, у 31,5 % детей диагностирован синдром внутричерепной гипертензии, в 12,5 % случаев сохранялось повышение эхогенности паренхимы мозга.

В возрасте 3 недель жизни всем детям было проведено исследование состояния сосудов глазного дна. У половины новорожденных основной группы диагностирована ангиоретинопатия обоих глаз, проявляющаяся расширением и извилистостью вен сетчатой оболочки, отеком ретины, нечеткость границ дисков зрительного нерва. Изменений в виде кровоизлияния в сетчатку глаза у детей основной группы не встречалась.

Постгипоксическое поражение почек у детей основной группы клинико-лабораторно проявлялось повышением уровня азотистых шлаков в сыворотке крови и нарушением диуреза. При инструментальном обследовании органических признаков поражения почечной паренхимы не выявлялось. Изменения по доплерографии сосудов почек характеризовались как «ишемический кровоток» у всех новорожденных, имеющих повышение показателей креатинина и мочевины, что свидетельствует о прerenальной форме острого почечного поражения. Постгипоксическое поражение почек проявлялось повышением уровня креатинина выше референтных значений ($120,07 \pm 19,6$ мкмоль/л) к 3-м суткам в 74 % случаев и сохранялось высоким к 5-м суткам жизни новорожденных в 26 % случаев. Высокий уровень мочевины крови к 4 суткам жизни наблюдался у 35 % детей (19 новорожденных) основной группы и составил $13,87 \pm 1,33$ ммоль/л ($p \leq 0,01$) что в 1,95 раз выше показателей нормы. Нормализация уровня мочевины у большинства детей происходила к 7-м суткам жизни, сохраняясь на высоком уровне (в 1,24 раза) в 9,6 % случаев. Отмечалось преобладание острого повреждения почек с сохранением диуреза (80 % новорожденных), реже встречалась олигоанурическая форма (20 % детей). Переход из олигоанурической стадии в полиурическую отмечался на 6-8-е сутки жизни и сопровождался кристаллурией (кристаллы солей уратов (60 %), оксалатов (40 %) у всех наблюдаемых детей, что свидетельствует о выраженном повреждении канальцевого аппарата почек.

Для оценки степени поражения сердечно-сосудистой системы всем детям круглосуточно проводился мониторинг частоты сердечных сокращений, УЗИ, ЭКГ в динамике. Нарушение сократительной функции сердца, сопровождающееся брадикардией, требовало инотропной поддержки добутамином с момента поступления в реанимационное отделение у 74 % детей, при этом каждый третий нуждался в терапии добутамином более 10 суток. Абсолютно всем детям основной группы требовалась вазопрессорная поддержка дофамином 4 % в дозе 10 мкг/кг/мин. и больше в течение 2 и более суток в связи с выраженной артериальной гипотензией. На третьи сутки у большинства детей (86 %) препарат отменялся или проводилось снижение дозы до инотропной (менее 5 мкг/кг/мин.) (14 % случаев).

Изменения на ЭКГ регистрировались к 4-м суткам в виде синусовой брадикардии, нарушений внутриже-

лудочковой проводимости, неполной блокадой правой ножки пучка Гиса, а также разнонаправленных изменений конечной части желудочкового комплекса ST-T у каждого второго ребенка. Часто наблюдалась персистенция фетальных коммуникаций более 3 суток (у 45 % детей) и/или нарушение сократительной функции сердца, требующие инотропной поддержки более 5 суток (30 % детей), сочетание обоих типов изменений выявлялись в 25 % случаев. У каждого второго ребенка изменения ритма сохранялись к 14 суткам, что обуславливало применение кардипротекторов. Несмотря на интенсивность терапии, вышеуказанные изменения сохранялись к концу периода новорожденности у 13 % новорожденных.

Гепатомегалия выявлялась в 47 % случаев, повышение уровня ферментов АЛТ и АСТ диагностировано соответственно в 30 % и 58 % случаев, каждый пятый ребенок (21 %) имел стойкое повышение обоих ферментов. При УЗИ печени диагностировано диффузное повышение ее паренхимы без увеличения размеров, с нормализацией УЗ параметров к 14-м суткам жизни. Повышение АЛТ в 1,45 раз выявлялось у 18,5 % детей к 4-м суткам жизни, а в 14,8 % повышение было более чем в 4 раза. Уровень АСТ был повышен у 34,5 % новорожденных в 1,55 раз, а в 9 % более чем в 3 раза. Необходимо отметить, что в 20 % случаев повышение уровня трансаминаз отмечалось к 14-м суткам, а в 30 % случаев сохранялось высоким к концу периода новорожденности, что свидетельствует о снижении регенерационной способности клеток печени в условиях гипоксии и низкой устойчивости к повреждающим факторам.

Обращало на себя внимание значительное число новорожденных с постгипоксическим поражением желудочно-кишечного тракта (20 %), проявляющимся гипоксически-ишемическим энтероколитом до 2а степени тяжести, в виде вздутия живота, болевого синдрома, патологического изменения копрограммы, наличия застойного содержимого в желудке, интолерантности энтерального питания. На 1-й неделе жизни в копрограмме преобладали воспалительные изменения, проявляющиеся повышенным содержанием лейкоцитов, слизи, положительной пробой на «скрытую кровь». В возрасте 2 недель у половины детей сохранялись воспалительные изменения в копрограмме, сопровождающиеся нарушением ферментативной функции, остальные имели только ферментативную недостаточность. К концу неонатального периода у 94 % новорожденных сохранялись изменения в копрограмме, расцененные как нарушение усвоения жиров с преобладанием жирных кислот (42 %), мылов (61 %) и ферментативной недостаточности (9,6 %), что может быть следствием повреждения энтероцита при гипоксии.

Маркер тканевой гипоксии и нарушения метаболизма – лактат венозной крови – был повышен в возрасте 2 часов жизни и оставался высоким до 4 суток жизни у всех детей, в среднем составляя $3,21 \pm 0,06$ ммоль/л. При индивидуальном анализе было выявлено, что к 4-м суткам жизни каждый четвертый ребенок имел повышение лактата крови в 2,6 раз ($4,41 \pm 0,11$ ммоль/л), в 42 % средний уровень лактата в венозной крови составил $3,37 \pm 0,06$ ммоль/л (выше верхней границы нормы

в 2 раза), в 35 % случаев лактат крови повышался в 1,33 раза ($2,34 \pm 0,11$ ммоль/л). К 14 суткам жизни повышение лактата венозной крови сохранялось у каждого второго ребенка, причем повышение в 1,5 раза сохранялось у 30 % новорожденных (таблица).

Таблица

Показатели уровня лактата в динамике неонатального периода (ммоль/л)

Показатели	4-е сутки	14-е сутки	28-е сутки
Среднее	3,21	1,97	1,86
Максимальное	4,6	3,4	2,3
Минимальное	1,8	1,3	0,7

При проспективном наблюдении установлено, что 44 ребенка были переведены из отделения реанимации и интенсивной терапии на следующий этап выхаживания в разные сроки ($M_c=16$ дней). Часть пациентов (11 детей), вошедших в исследование, продолжили лечение в неврологическом отделении для детей раннего возраста (третий этап выхаживания) в возрасте старше одного месяца жизни, остальные были выписаны домой.

Гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы сочеталось с гипоксическим повреждением почек у 37 новорожденных (67 %), пост-

гипоксическими кардиопатиями у 23 детей (43 %), гепатопатиями и поражением желудочно-кишечного тракта – у 20 и 11 детей соответственно (37 % и 20 % новорожденных). Полиорганные нарушения с поражением 3 и более систем были диагностированы более чем у половины пациентов (56 %), что связано с гипоксическим поражением органов и систем.

Полученные данные свидетельствуют о том, что перенесенная асфиксия у новорожденных утяжеляет течение адаптационного периода и, в свою очередь, вносит существенный негативный вклад в развитие ЦНС ребенка. Наивысшую степень риска отклонений в состоянии здоровья и нарушения адаптационных процессов у детей-реконвалесцентов неонатальной реанимации в неонатальном периоде представляют хроническая внутриутробная гипоксия плода и состояния, реализующиеся через нее (анемия беременных, фетоплацентарная недостаточность, табакокурение и др.). Совершенствование профилактики и лечения патологических состояний, минимизация полиорганных нарушений у детей-реконвалесцентов неонатальной реанимации повысит выживаемость и окажет влияние на улучшение прогноза неврологического развития в постнеонатальном периоде.

Литература

1. Александрович Ю.С., Паршин Е.В., Пшениснов К.В. Прогнозирование ранних исходов критических состояний у новорожденных // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 36-42.
2. Блинов Д.В. Объективные методы определения тяжести и прогноза перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2011. – № 2. – С. 5-12.
3. Володин Н.Н. Перинатальная неврология – проблемы и пути решения // Неврология и психиатрия. – 2009. – № 10. – С. 4-8.
4. Оценка здоровья новорожденных детей, находящихся в критическом состоянии: методическое пособие. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2005. – 16 с.
5. Методическое письмо «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям» / Под ред. Н.Н. Володина, Е.Н. Байбариной, Г.Т. Сухих. – М., 2010. – С. 31. Письмо Минздрава РФ от 21.04.2010 N 15-4/10/2-3204. – 2010.
6. Пальчик А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. 2-е изд. – М.: «МЕДпресс-информ», 2011. – 271 с.
7. Попов С.В. Состояние органного кровотока у новорожденных с гипоксически-ишемической энцефалопатией: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Челябинск, 2003. – 371 с.
8. Guidelines for perinatal care. 7th ed. Elk Grove Village (IL): AAP; Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.
9. Jacobs S.E., Berg M., Hunt R., et al. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. Cochrane Database Syst Rev. 2013; Jan 31; 1:CD003311. doi: 10.1002/14651858.CD003311. pub. 3.
10. Neuroprotective Effect of Melatonin: A Novel Therapy against Perinatal Hypoxia-Ischemia // International journal of molecular sciences. – 2013. – Vol. 14 (5). – P. 9379-9395.
11. Perinatal asphyxia: CNS development and deficits with delayed onset. Front Neurosci. 2014; 8: 47. Published online 2014 Mar 26. Prepublished online 2013 Dec 11. doi: 10.3389/fnins.2014.00047 PMID: PMC3972459.
12. Prognostic tests in term neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy: a systematic review // Pediatrics. – 2013. – Vol. 131 (1). – P. 88-98.

Literature

1. Aleksandrovich Y.S., Parschin E.V., Pschenisnov K.V. Prognostication of early ends of critical conditions at new-born // Announcer of anaesthesiology and reanimatology. – 2012. – Т. 9, № 4. – С. 36-42.
2. Blinov D.V. Objective methods of determination of weight and prognosis of perinatal gipocsicheski-ischemic defeat of central nervous system // Obstetrics, gynaecology and reproduction. – 2011. – № 2. – С. 5-12.
3. Volodin N.N. Perinatal neurology is problems and ways of decision // Neurology and psychiatry. – 2009. – № 10. – С. 4-8.
4. Estimation of health of new-born children being in a critical condition : the Methodical manual. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2005. – 16 p.
5. Methodical letter the «Primary and reanimation help to the new-born children». – М., 2010. – С. 31. Letter of Ministry of Heals of Russian federation from 21.04.2010 N 15-4/10/2-3204. – 2010.
6. Palchik A.B. Gipoxic-ischemic encefalopatia of new-born. 2th publ. – М.: MEDpress-inform, 2011. – 271 p.

7. Priests of C.B. State of organ blood stream at newborn with gipoxic-ischemic encephalopathy: abstract of thesis of dis. ... medicin doctor. – Chelyabinsk, 2003. – 371 p.
8. Guidelines for perinatal care. 7th ed. Elk Grove Village (IL): AAP; Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2012.
9. Jacobs S.E., Berg M., Hunt R., Tarnow-Mordi W.O., Inder T.E., Davis P.G. Cooling for newborns with hypoxic ischaemic encephalopathy. Cochrane Database Syst Rev. 2013; Jan 31; 1:CD003311. doi: 10.1002/14651858.CD003311. pub. 3.

10. Neuroprotective Effect of Melatonin: A Novel Therapy against Perinatal Hypoxia-Ischemia // International journal of molecular sciences. – 2013. – Vol. 14 (5). – P. 9379-9395.

11. Perinatal asphyxia: CNS development and deficits with delayed onset. Front Neurosci. 2014; 8: 47. Published online 2014 Mar 26. Prepublished online 2013 Dec 11. doi: 10.3389/fnins.2014.00047 PMID: PMC3972459.

12. Prognostic tests in term neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy: a systematic review // Pediatrics. – 2013. – Vol. 131 (1). – P. 88-98.

Координаты для связи с авторами: Попова Клавдия Евгеньевна – ассистент кафедры педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ДВГМУ; Галынт Оксана Игоревна – канд. мед. наук, ассистент кафедры педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ДВГМУ, e-mail: galyant@rambler.ru; Сенькевич Ольга Александровна – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС ДВГМУ, e-mail: senkevicholga@yandex.ru.



УДК 618.95-008:616.24-008.4

Д.А. Холичев, Ю.Н. Стецкая, О.А. Сенькевич

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНО ОБУСЛОВЛЕННЫМ АСПИРАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-22-72-26, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Аспирационный синдром плода в России сохраняет свое место в структуре неонатальной заболеваемости и остается одним из наименее изученных состояний в акушерстве и неонатологии, что связано с трудностью его диагностики и многофакторностью причин. Цель исследования: определение факторов риска развития и длительности респираторной поддержки у новорожденных с аспирационным синдромом.

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации новорожденных детей, нуждавшихся в респираторной поддержке. У 42 новорожденных были выявлены проявления аспирационного синдрома: аспирация околоплодными водами (n=15), аспирация меконием (n=13) и аспирационная пневмония (n=14). Новорожденные со сроком гестации 38 и более недель преобладали, среднее время респираторной поддержки составило 8,9±2 дня, обнаружены существенные гендерные различия в длительности респираторной поддержки. Аспирационная пневмония развивалась у детей со сроком гестации 36,8±1,4 недель, аспирация околоплодными водами – 38,5±0,8 недель, аспирация меконием – 40,9±1 неделя. Нами обнаружены существенные различия в длительности респираторной поддержки. Современные методы диагностики и лечения позволили существенно снизить заболеваемость, длительность респираторной поддержки и летальность при данном заболевании.

Ключевые слова: аспирационный синдром, новорожденные, респираторная поддержка.

D.A. Holichev, O.A. Senkevich, Y.N. Stetsky

MECHANICAL VENTILATION IN CHILDREN WITH PERINATAL ASPIRATION SYNDROME CAUSED

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

Aspiration syndrome fetus in Russia retains its place in the structure of neonatal morbidity and remains one of the least studied conditions in obstetrics and neonatology, due to the difficulty of its diagnosis and multifactorial causes. Objective – to define risk factors and duration of respiratory support in the newborn c aspiration syndrome. A retrospective analysis of medical records of infants needing respiratory support. 42 infants were identified manifestations of aspiration syndrome: aspiration of amniotic fluid (n=15), meconium aspiration (n=13) and aspiration pneumonia (n=14). Newborns with gestational age 38 weeks or longer dominated, the average time of respiratory support was 8,9±2 days, found significant gender