

УДК 616-007.1

*П.В.Яворський***ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО – ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
НОВОНАРОДЖЕНИМ З МАЛОЮ МАСОЮ ТІЛА**Кафедра акушерства та гінекології
Житомирського інституту медсестринства

Резюме. Вживання дітей з низькою масою тіла при народженні залежить від рівня інтенсифікації і впровадження нових акушерських технологій у пологодопоміжних установах, надання спеціалізованої медичної допомоги та ступеня зрілості дітей. Впровадження і використання нових акушерських технологій сприятиме удосконаленню

діагностики та лікування новонароджених з малою масою тіла, зниженню перинатальних втрат.

Ключові слова: акушерські сучасні інтенсивні технології, реформування, новонароджений з малою масою тіла.

Вступ. Поняття про внутрішньоутробну гіпотрофію або внутрішньоутробну затримку розвитку плода (ВЗРП) пов'язане з уявленням про відповідність маси конкретного плода середньостатистичній масі для даного терміну вагітності [2, 3, 6, 7]. Використовують такі поняття: Small for gestational age (SGA) – плід з малою (нижче 10-го перцентиля) масою для даного терміну вагітності; Appropriate for gestational age (AGA) – плід з масою, відповідною даному терміну вагітності між 10-м і 90-м перцентилем; Large for gestational age (LGA) – плід з великою (вище 90-го перцентиля) масою для даного терміну вагітності [1, 4, 5, 6, 8, 11, 12]. Необхідно підкреслити, що SGA плоди і плоди з гіпотрофією – це не одне і те ж поняття. Плоди з малою масою тіла є різномірною популяцією, що включає конституціонально маленькі, тобто здорові плоди з малою масою тіла, а також плоди з ВЗРП. Слід також відзначити, що діти з масою вище 10-го перцентиля часто не є абсолютно "здоровими" [9, 10, 11]. Важливими параметрами для їх оцінки є масо-ростове співвідношення і товщина підшкірної жирової клітковини новонародженого [4, 6, 8]. Останнім часом з'явилися роботи, в яких зроблені спроби сформулювати нові підходи для діагностики гіпотрофії новонародженого на основі підбору індивідуальних критеріїв для кожної дитини [3, 5]. Таким чином, SGA плоди – здорові плоди з малою масою і плоди з ВЗРП.

В умовах демографічної кризи виникає необхідність наукового обґрунтування і впровадження нових медико-організаційних технологій у роботу акушерсько-гінекологічної служби регіону на основі розробки алгоритмів діагностики, лікування і реабілітації при різних захворюваннях новонароджених, перш за все, при перинатальних ураженнях ЦНС внаслідок передчасного народження з масою тіла плода менше 1000,0 г [1, 2, 7].

Мета дослідження. Провести ретроспективний аналіз впливу перебігу вагітностей, пологів та їх ускладнень на стан новонароджених дітей з малою масою тіла для удосконалення напрямів перинатальної допомоги.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний клінічно-статистичний аналіз 76 медичних карт новонароджених з масою тіла менше 1000 г при народжен-

ні, що лікувались у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених Житомирської обласної дитячої лікарні в 1992-2006 роках.

Результати дослідження та їх обговорення. За 15 років у відділенні проліковано 4052 новонароджених, 1,9 % із них становили діти з екстремально низькою масою тіла. Середня летальність у групі дітей з малою масою тіла порівняно з летальністю в загальній групі в 1,4 раза більша. Летальність серед хлопчиків з низькою масою тіла нижча, ніж серед дівчаток з низькою масою тіла (3,7 % проти 25,0 %). Однак чисельність дітей жіночої статі при поступленні і при виписці з Житомирської обласної дитячої лікарні переважала в 1,7 і 1,3 раза, відповідно чисельності дітей чоловічої статі.

Вікова характеристика матерів: 18-21 рік – 17 жінок (22,4 %), 22-28 років – 29 жінок (38,2 %), 29-35 років – 21 жінка (27,6 %), 36-40 років – 9 жінок (11,8 %). Більшість жінок народили у віці, найбільш сприятливому для материнства – 22-35 років (65,8 %), але народження дітей з низькою масою тіла свідчить про певні проблеми в стані їх здоров'я та способі життя.

Характеристика даної та попередніх вагітностей і пологів показала низьку поінформованість про планування дітей у сім'ях, з одного боку, та недостатній інформаційний рівень роботи служби планування сім'ї в області, про що свідчить перевищення кількості перших пологів в 1,7 раза порівняно з кількістю перших вагітностей.

Всі жінки під час вагітності мали більш або менш виражені проблеми зі здоров'ям, які впливали на плід, але це не відображено в документації в повному обсязі, і для характеристики стану породіль взято лише декілька найбільш гострих показників анамнезу.

«Кесарів розтин» виконано в 50% випадків за наявності відшарування плаценти. В одному випадку пологи на дому закінчилися народженням двійні, в одному випадку мало місце екстракорпоральне запліднення. Маса тіла при народженні дитини становила: 700-799 г – 6 дітей (7,9 %), 800-899 г -10 дітей (13,2 %), 900-999 г – 60 дітей (78,9 %).

Термін гестації при народженні коливався в межах 24-33 тижні, а саме: 24-25 тижнів – 2 дітей

Таблиця

Структура захворюваності новонароджених при низькій масі тіла

Нозологія	Поступило		Померло	
	абс.	%	абс.	%
Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС	36	47,4		
Внутрішньошлуночковий крововилив III ст.	2	2,6	1	50,0
Лейкомаляція головного мозку	1	1,3		
Субарахноїдальний крововилив	1	1,3	1	100,0
Синдром дихальних розладів	15	19,7	4	26,7
Бронхолегенева дисплазія	2	2,6		
Пневмонія	9	11,8		
Сепсис	8	10,4	5	62,4
Уроджені вади розвитку	2	2,6	2	100,0
Всього	76	100,0	13	17,1

(2,6 %), 26-27 тижнів – 55 дітей (72,4 %), 28-29 тижнів – 13 дітей (17,2 %), 30-31 тижнів – 3 дитини (3,9 %), 32-33 тижнів – 3 дитини (3,9 %).

У 10 випадках мало місце народження двійні. У 7 випадках двоє дітей народилися з низькою масою тіла, із них троє дітей (42,9 %) померли при народженні. У трьох випадках була різниця у масі тіла від 450 до 720 г.

Загальна структура захворюваності та летальності дітей з низькою масою тіла наступна:

- від синдрому дихальних розладів померло 4 дитини – 5,3 % від загальної кількості пролікованих та 26,7 % від кількості випадків захворювання. Сурфактанти застосовували лише п'ятьом дітям (19,2 % від 26 дітей та 6,6 % від загальної кількості дітей), а саме: двоє дітей отримували курсурф та троє новонароджених – сукрим (всі діти вижили);

- від тяжких уражень ЦНС померло двоє дітей – 2,6 % від загальної кількості пролікованих та 28,6 % від тяжких уражень ЦНС (тяжкі ураження головного мозку за основного захворювання були в чотирьох випадках. А в трьох випадках пройшли по супутньому захворюванню, що в цілому становить сім дітей (9,2 % від загальної кількості дітей);

- від сепсису померло п'ять дітей – 6,6 % від загальної кількості пролікованих і 62,4 % від кількості випадків захворювання;

- від уроджених вад померло дві дитини – 2,6 % від всіх пролікованих та 100 % від кількості випадків захворювання (мали місце уроджена комбінована вада серця та судин та множинні уроджені вади розвитку) (табл.).

На штучній вентиляції легень загалом знаходилось 24 дитини, що становить 31,6 % від всіх пролікованих дітей з низькою масою тіла. Летальність у даній групі становила 54,2 % (від 100 % у перші роки до 16,7 % у 2006 році). Про відносно активне виходжування та виживання дітей з

низькою масою тіла, які перебували на ШВЛ, можна вважати 2004 рік, коли з'явилось дихальне обладнання сучасного типу, а саме: Bear Cub 750 psv, з урахуванням багатьох інших чинників.

Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки дітям до 2002 року проводилося лише за наявності дихальних розладів згідно зі структурою захворюваності. Поступово рентгенологічне дослідження запроваджувалося в обов'язкову схему обстеження незалежно від основного захворювання, що дає нам змогу оцінити стан дихальної системи даної категорії дітей та поєднання проблем.

За тяжкістю проявів патології легень нами виявлено: лише 4 з 33 дітей (12,1 %) мали реактивні зміни легень, всі інші – різні патологічні зміни, а 11 дітей (33,3 %) мали поєднання нозологічних форм, у трьох дітей (9,1 %) була патологія кишечника й одна дитина (3,0 %) – серця. Ускладнення пневмотораксом було в одному випадку (3,0 %).

За результатами нейросонографії обстеження розподілились у загальному наступним чином: кожна третя дитина за результатами мала незрілість головного мозку; сім дітей (9,2 %) мали грубі ураження головного мозку, двоє з яких померли від внутрішньошлуночкового крововиливу III ступеня та субарахноїдального крововиливу, але останній не діагностовано прижиттєво.

Середня тривалість лікування в групі дітей з низькою масою тіла становить 14,2 ліжко-дні (від 4,5 до 30,6 у різні роки), що в 1,8 раза більше, ніж у загальній групі. Вартість лікування таких дітей у середньому значно вища, ніж у загальній групі.

Висновки

1. Виживання дітей із низькою масою тіла залежить від рівня надання спеціалізованої акушерської допомоги та ступеня зрілості при народженні.

2. Вагомий вплив на вчасність діагностики та лікування має якість організації акушерського спостереження за вагітними та відповідальне ставлення батьків до свого здоров'я при плануванні та під час вагітності.

Перспективи подальших досліджень. Зменшення народження групи дітей з малою масою тіла та зниження рівня перинатальних втрат.

Література

1. Абдулаев Р.Я. Допплерография артериального кровотока при неосложненной беременности / Р.Я.Абдулаев, Е.А.Яковенко, Е.Н.Бабаджанян // Междунар. мед. ж. – 2005. – Т. 11, № 2. – С. 132-135.
2. Автандилов Г.Г. Диагностическая медицинская плоидометрия / Г.Г.Автандилов. – М.: Медицина, 2006. – 192 с.
3. Глуховец Б.И. Патология послета / Б.И.Глуховец, И.Г.Глуховец. – СПб.: ГРА-АЛЬ, 2002. – 448 с.
4. Диагностическое и прогностическое значение комплексного ультразвукового исследования при фетоплацентарной недостаточности / С.В.Новикова, В.И.Краснопольский, Л.С.Логутова [и др.] // Рос. вестн. акуш., гинекол. – 2005. – № 5. – С. 39-42.
5. Евсеенко Д.А. Морфологические изменения в плаценте при осложненном течении беременности и состояние здоровья новорожденных / Д.А.Евсеенко, Н.И.Цирельников // Педиатрия. – 2000. – № 3. – С. 11-15.
6. Коломійцева А.Г. До питання при збереження здоров'я вагітної жінки та безпечне материнство / А.Г.Коломійцева, А.Жабченко // Перинатологія та педіатрія. – 2000. – № 4. – С. 3-6.
7. Краснопольский К.И. Роль трехмерного и доплеровского исследования внутриплацентарного кровотока в оценке эффективности инфузионной терапии плацентарной недостаточности / В.И.Краснопольский, А.И.Титченко // Акушерство и гинекол. – 2003. – № 5. – С. 16-20.
8. Мерцалова О.В. Допплерометричні та ехокардіографічні дослідження у комплексній оцінці ступеня тяжкості гіпоксичних уражень центральної нервової системи плода / О.В.Мерцалова // Укр. реферативний ж. – 2000. – № 1. – С. 42-44.
9. Панина О.Б. Гемодинамические особенности системы мать-плацента-плод в ранние строки беременности / О.Б.Панина // Акушерство и гинекол. – 2000. – № 3. – С. 17-21.
10. Патоморфологическая характеристика отдельных звеньев системы мать-плацента-плод при преждевременных родах / Т.Ю.Пестрикова, Е.А.Юрасова, Т.М.Бутко [и др.] // Акушерство и гинекол. – 2002. – № 3. – С. 25-27.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

П.В.Яворский

Резюме. Выживание детей с низкой массой тела при рождении зависит от уровня интенсификации и внедрения новых акушерских технологий в роддомах, уровня оказания специализированной медицинской помощи и степени зрелости детей. Внедрение и использование новых акушерских технологий приведет к своевременной диагностике, лечению и снижению перинатальных потерь.

Ключевые слова: акушерские современные интенсивные технологии, реформирования, новорожденный с малой массой тела.

OPTIMIZATION OF MEDICOPROPHYLACTICAID TO LOW-BIRTH-WEIGHT NEWBORNS

P.V.Yavorskyi

Abstract. The survival of children with a low-birth weight at birth depends on the level of the intensification and introduction of new obstetric technologies in maternity establishments, rendering specialized medicare and the degree of children's maturity. The introduction and use of new obstetric technologies will be conducive to bringing up-to-date the diagnostics and treatment of neonates with a low birth weight, a decrease of perinatal losses.

Key words: modern obstetric intensive technologies, reformation, low-birth-weight neonate.

Institute of Nursing (Zhotomyr)

Рецензент – проф. Ю.Д.Годованець

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, № 1 (53). – P. 98-100

Надійшла до редакції 7.09.2009 року