УДК 616-053.32-083

Л.К. Антонова, Е.А. Близнецова, В.В. Герасимов, С.Ю. Кольцова

ВЫХАЖИВАНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ г. ТВЕРИ

ГБУЗ «Областной клинический перинатальный центр» г. Твери, кафедра педиатрии и неонатологии ФПДО ГБОУ ВПО «Тверская ГМА» Минздравсоцразвития России

Проведен анализ результатов выхаживания 26 детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), родившихся в перинатальном центре г. Твери в 2011 году. Выявлены особенности анамнеза матерей, течения беременности, осложнения в родах, течения постнатального периода, проанализированы исходы, в том числе летальные.

Ключевые слова: *недоношенные дети, экстремально низкая масса тела, выхаживание.*

NURSING OF PREMATURE INFANTS WITH EXTREMELY LOW BODY MASS IN TVER PERINATAL CENTER

L.K. Antonova, E.A. Bliznetsova, V.V. Gerasimov, S.U. Koltsova

Tver Regional clinical perinatal center;
Tver State Medical Academy

The analysis of the results of nursing of 26 infants with extremely low body weight (ELBW), born in Tver perinatal center in 2011 was carried out. Some features of their mothers' medical history, their pregnancy course, the labor complications, postnatal period course were detected: outcomes including lethal were analyzed.

Key words: *premature infants, extremely low body weight, nursing.*

В последние годы в связи с успехами в первичной реанимации и достижениями в области интенсивной терапии значительно возросла выживаемость недоношенных детей с массой тела менее 1000 г, т. е. с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Доля детей с ЭНМТ среди родившихся составляет 0,2–2%, а летальность – 18–64% [1]. Выхаживание таких детей представляет собой весьма трудоемкий процесс, так как недоношенные с ЭНМТ относятся к группе высокого риска по гипотермии, респираторной патологии, некротическому энтероколиту, внутрижелудочковым кровоизлияниям, нарушениям зрения и слуха и другим проблемам [2]. По данным отделения реанимации специализированного стационара для недоношенных детей г. Санкт-Петербурга, с использованием высокотехнологичных методик летальность в 2010 г. в группе детей с массой тела при рождении от 500 до 749 г составила 28,5%, а от 750 до 999 г – 5,8% [3].

В 2011 году в Тверской области регистрация детей, родившихся с ЭНМТ, начиналась после 7 суток жизни; всего таких недоношенных детей оказалось 29, из них с массой тела при рождении менее 750 г – 5, а от 750 до 999 г – 24 ребенка (летальность составила 51,7%). В 2012 г. с переходом российского здравоохранения на рекомендованные ВОЗ критерии живо- и мертворождения начинается регистрация недоношенных с ЭНМТ с рождения.

Поставлена **цель**: дать анализ судьбы всех детей с ЭНМТ, родившихся и лечившихся в перинатальном центре г. Твери в 2011 году.

Материал и методы

Всего в областном клиническом перинатальном центре им. Е.М. Бакуниной выхаживались в 2011 году 26 детей с массой тела менее 1000 г (10 мальчиков и 16 девочек). По массе тела новорожденные распределялись следующим образом: 500–749 г – 8 детей, 750–999 г – 18 детей. Наиболее маловесных – до 650 г – было 2 ребенка, с массой тела свыше 900 г родилось 12 детей. Срок гестации 25–26 недель был у 13 детей, 27–28 недель – у 9 детей и 29 недель и более – 4 ребенка.

Результаты и обсуждение

Половина женщин, родивших таких маловесных детей, были в возрасте старше 30 лет, а каждая пятая из них – старше 35 лет; из вредных привычек следует отметить, что каждая четвертая женщина курила. Более половины женщин (53,8%) заявили о себе в графе «Профессия» как домохозяйки. Соматический анамнез был не отягощен у 6 (23,1%) женщин, остальные имели различные хронические заболевания в стадии компенсации, артериальную гипертензию, варикозную болезнь. Значительно более отягощенным оказался гинекологический анамнез, включающий воспалительную патологию у каждой второй женщины, эндокринную – у каждой четвертой, эрозию шейки матки – у 34,6%, пороки развития у двух женщин (удвоение матки с единственной почкой и удвоение матки с шейкой матки).

Особенно проблемным оказался акушерский анамнез – 18 (69,2%) женщин делали медицинские аборты до рождения маловесных детей, причем хочется детализировать этот факт: 1 аборт делали 7 женщин, 2 – 5 женщин, 3 – 1 женщина и 4 аборта – 5 женщин. Кроме того, у каждой четвертой отмечались самопроизвольные выкидыши и у двух женщин – вторичное бесплодие. Учитывая такой

акушерский анамнез, становится понятным, почему первые роды были почти у половины женщин.

К особенностям течения беременности у женщин, родивших детей с ЭНМТ, можно отнести угрозу прерывания – у 13 (50%), преэклампсию – 5 (19,2%), преждевременную отслойку плаценты – 5 (19,2%), преждевременное излитие вод с длительным безводным периодом – 5 (19,2%), синдром задержки развития плода – 9 (34,6%), хроническая гипоксия плода – 12 (46,2%). Более половины всех родов были оперативными, родились в асфиксии тяжелой степени 7 недоношенных детей, умеренной степени тяжести – 11 детей. В родильном зале (по протоколу первичной реанимации) детям с ЭНМТ проводилась профилактика гипотермии с использованием теплосберегающей пленки, интубация трахеи, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) с последующим введением (по показаниям) сурфактанта в дозе 200 мг/кг массы тела и перевод в отделение реанимации новорожденных. В этом отделении недоношенный новорожденный помещался в кувез для интенсивной терапии с контролем влажности и температуры в автономном режиме («Giraffe», США). Здесь осуществлялся забор крови для оценки кислотно-основного состояния (КОС) и продолжалась ИВЛ с использованием аппаратов ИВЛ «Aveo» или «BearCub 750» с чувствительным датчиком, позволяющим следить за вентиляцией легких маловесных детей и контролировать дыхание по объемным характеристикам.

Респираторный дистресс-синдром (РДС) тяжелой степени развился у 14 (53,8%), средней – у 10 (38,5%), легкой – у 2 (7,7%) детей с ЭНМТ. У 16 детей при поступлении в отделение была выраженная кислородная зависимость, 7 детям назначался кофеин для профилактики апноэ недоношенных. Длительность ИВЛ составила от 1–2 суток до 1 месяца. Переход с ИВЛ на спонтанное дыхание под постоянным положительным давлением через назальные канюли (CPAP «Biphasic» режим «Infant flow») осуществлялся при лабораторном и инструментальном контроле (мониторинг сатурации кислорода).

Большое внимание в отделении реанимации уделялось правильному кормлению маловесных детей: использование трофического питания на фоне полного парентерального с форсированной дотацией нутриентов, раннее энтеральное кормление специализированными смесями для недоношенных детей.

Кроме респираторной поддержки 16 (61,5%) детей получали кардиотоническую терапию дофамином или добутамином, 20 (76,9%) – гемостатическую, 15 (57,7%) – фототерапию, все доношенные – антибактериальную и инфузионную терапию.

Показанием к переводу в отделение интенсивной терапии недоношенных перинатального центра было: усвоение питания от ½ и более суточной потребности, адекватное дыхание (возможно в режиме CPAP), отсутствие гемодинамических нарушений, нормализация электролитных и метаболических показателей. Всего в отделение интенсивной терапии недоношенных переведено 16 детей с ЭНМТ, в хирургическое отделение областной детской больницы – 1 ребенок с некротизирующим энтероколитом (оперирован, умер на 3-м месяце жизни).

В неврологическом статусе у 14 (53,8%) недоношенных детей отмечались симптомы гипоксически-ишемического поражения ЦНС тяжелой степени и у 12 (46,2%) – средней степени тяжести. При нейросонографическом исследовании внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК I–III) выявлены у 5 детей, вентрикуломегалия – у 13 (50%), перивентрикулярная лейкомаляция – у 3. У всех детей отмечались признаки незрелости мозга, у 5 недоношенных патологии при УЗИ-исследовании не было выявлено.

По показаниям проводилось лечение или профилактика бронхолегочной патологии (ингаляции беродуала или пульмикорта через небулайзер), ранней анемии недоношенных, железодефицитной анемии и рахита. По назначению невропатолога использовались противосудорожные средства, диакарб, ноотропил. 7 детям была проведена трансфузия эритроцитарной массы.

Стойкий сосательный рефлекс отмечен у 4 детей в 1,5-месячном возрасте, у остальных – к 2 месяцам. Продолжительность пребывания в стационаре составила в среднем 2–2,5 месяца.

Из отделения интенсивной терапии недоношенных 7 детей выписаны домой с массой тела 2200 г и более, 2 – переведены с ухудшением состояния в отделение реанимации, 2 ребенка переведены по месту жительства, остальные продолжили лечение в 2012 г. в связи с малым весом.

Умерли в 2011 г. в отделении реанимации перинатального центра 9 детей (34,6%), из них до 7 дней жизни – 4 ребенка, от 7 дней до 1 месяца – 4 ребенка и после 1 месяца – 3 детей. При этом из 8 недоношенных, рожденных с массой тела менее 749 г, умерли 6 (75%), а из 18 детей с массой тела более 750 г – 3 (16,6%). Среди патологоанатомических диагнозов преобладала патология ЦНС: внутричерепные кровоизлияния, церебральная лейкомаляция, тяжелая гипоксия и асфиксия; в трех случаях – респираторный дистресс-синдром (геморрагии, гиалиновые мембраны), в двух – внутриутробная генерализованная недифференцированная инфекция, в одном – некротизирующий энтероколит с перфорацией кишечника.

Таким образом, в перинатальном центре в 2011 г. родилось 26 детей с ЭНМТ; половина из них имели срок гестации 25–26 недель и 1/3 имели массу тела при рождении до 749 г. Летальность в целом составила 34,6%: из 9 умерших детей 6 родились с массой тела до 749 г. Женщины, родившие детей с ЭНМТ, имели отягощенный как соматический, так и гинекологический анамнез. Однако особенно осложненным был акушерский анамнез: медицинские аборты, выкидыши, бесплодие. При этом первые роды отмечались почти у половины женщин, а более 50% были оперативными, что связано как с состоянием матери (преэклампсия, преждевременная отслойка плаценты), так и ребенка (ЗВУР, фетопла-

центарная недостаточность). Период постнатальной адаптации у всех детей осложнился состояниями, типичными для такой весовой группы. Выхаживание детей проводилось в отделении реанимации, отделении интенсивной терапии недоношенных с последующим переводом на совместное пребывание матери и ребенка.

Первый опыт работы с большой группой детей с ЭНМТ показал, что их выхаживание требует применения современного оборудования для осуществления первичных реанимационных мероприятий, проведения длительной респираторной поддержки, создания необходимых условий комфорта, обучения всего персонала особенностям ухода, кормления, мониторинга состояния и лечения маловесных новорожденных. Важен положительный настрой персонала на выхаживание детей с ЭНМТ. Однако в первую очередь необходимо обратить внимание на совершенствование организационно-лечебных мероприятий, направленных на всестороннее обследование и реабилитацию женщин до родов или в интерпартальные периоды, профилактику искусственного прерывания беременности, совершенствование знаний по вопросам планирования семьи. Для улучшения взаимодействия различных учреждений перинатальной сети в регионе необходимо разработать схемы госпитализации беременных и новорожденных, показания к переводу в учреждение того или иного уровня.

Литература

1. *Чумакова О.В.* Организационные аспекты выхаживания детей с экстремально низкой массой тела / О.В. Чумакова и соавт. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2008. – № 5. – С. 4–9.

2. *Перетятко Л.П.* Морфология плодов и новорожденных с экстремально низкой массой тела / Л.П. Перетятко, Л.В. Кулида, Е.В. Проценко. ОАО «Издательство «Иваново», 2005. – 382 с.

3. *Хазанов А.И.* Клиническая неонатология / А.И. Хазанов. СПб.: Гиппократ, 2009. – 419 с.

Антонова Лидия Кузьминична (контактное лицо) – д. м. н., профессор кафедры педиатрии и неонатологии ФПДО Тверской ГМА. Раб. тел. 8-910-640-93-51.