

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКОЕ ОБЩЕСТВО АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

Тезисы докладов VII съезда анестезиологов-реаниматологов
(Минск, 31 мая – 1 июня 2012 г.)
Выпуск 7
Под редакцией доктора медицинских наук,
профессора Г.В. Илюкевича

Минск
«Профессиональные издания»
2012

Витушко А.Н., Гнедько Т.В.

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь

Технологии интенсивного ухода в профилактике внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных детей

Внедрение современных технологий интенсивной терапии и реанимации критических состояний у новорожденных детей способствовало повышению показателя их выживаемости. Также увеличилось число младенцев, потребовавших проведения интенсивного ухода в постреанимационный период для профилактики тяжелых осложнений со стороны легких, ЦНС, органов зрения. Одной из актуальных задач специалистов перинатальной медицины является повышение качества здоровья младенцев, родившихся недоношенными с массой тела при рождении менее 1500 г. Именно новорожденные данной категории имеют высокий риск развития кровоизлияний в головной мозг на фоне морфологической и функциональной незрелости его структур. Большинство тяжелых неврологических осложнений возникают в первые часы и сутки жизни. Наиболее чувствительны к действию повреждающих факторов перивентрикулярные зоны, являющиеся к моменту рождения у недоношенных детей наиболее зрелым и, соответственно, более чувствительными. Кровоток в этих участках мозга лишен механизмов ауторегуляции и напрямую зависит от состояния системной гемодинамики, нарушения которой могут быть причиной как гипоперфузии и ишемии белого вещества, так и внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК).

Динамика патологического процесса может быть самой разнообразной – от полного регресса до развития необратимых кистозно-дегенеративных изменений. Возникающие церебральные расстройства у глубоко недоношенных новорожденных представляют одну из актуальных проблем перинатологии, поскольку являются одной из самых частых причин детской инвалидности.

Таким образом, определение перинатальных факторов риска развития ВЖК в первые сутки жизни у недоношенных детей с целью профилактики прогрессирования патологического процесса до тяжелых поражений ЦНС относится к важнейшим направлениям совершенствования медицинской помощи новорожденным и повышения качественных показателей их здоровья.

Цель

Установить частоту ВЖК у недоношенных детей и определить перинатальные факторы риска их развития с оценкой мероприятий интенсивного ухода для совершенствования профилактических мероприятий при оказании медицинской помощи.

Материалы и методы

Проанализированы показатели заболеваемости с определением частоты внутричерепных кровоизлияний нетравматического генеза (по МКБ-X P52) среди недоношенных новорожденных детей Республики Беларусь за 2011 год по данным государственной статистической отчетности («Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» Форма 1-помощь беременным (Минздрав)).

Проведено комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование 21 недоношенного ребенка, которые находились на стационарном лечении в отделении анестезиологии и реанимации с палатами интенсивной терапии для новорожденных (АРсПИТН) ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя».

Критерием включения в группу обследования была масса тела ребенка при рождении менее 1000 г и гестационный возраст менее 28 недель. Для сравнительной оценки исследуемых показателей дети были распределены на 2 подгруппы – основная (с ВЖК III-IV степени) и контрольная (без ВЖК). Группы были идентичны и сопоставимы по критериям включения. Масса тела при рождении у детей основной подгруппы составила $868,33 \pm 63,65$ г, а контрольной – $797,92 \pm 46,63$ г при гестационном возрасте $26,22 \pm 0,58$ нед и $27,08 \pm 0,42$ нед, соответственно.

Проводился анализ данных материнского анамнеза, особенностей течения беременности и родов, результатов клинического, лабораторного и инструментального обследования и наблюдения, включая результаты суточного мониторинга основных показателей жизнедеятельности организма в динамике первых 7 суток жизни.

Результаты обследования обработаны при помощи программного обеспечения Windows, Excel с расчетом средней арифметической (M) и стандартной ошибки среднего (m). Уровень значимости (p) принимался менее 0,05.

Результаты

По данным статистической отчетности родовспомогательных учреждений в Республике Беларусь за 2011 год родилось 4768 недоношенных детей, включая 264 ребенка с массой тела при рождении от 500 до 999 г. Удельный вес рождения таких детей среди недоношенных младенцев составил 5%.

Частота развития внутричерепных нетравматических кровоизлияний у новорожденных в 2011 году составила 1,90 на 1000 родившихся живыми, а удельный вес в структуре общей заболеваемости – 0,61%. Среди недоношенных младенцев частота внутричерепных нетравматических кровоизлияний составила 32,1%. Более высокий уровень заболеваемости был среди детей с массой тела при рождении менее 1000 г (117,4%).

При рождении всех обследованных детей присутствовала реанимационно-консультативная бригада (РКБ) и врач-неонатолог. При анализе даты и времени рождения установлено, что 55,6% младенцев основной и 33,3% детей контрольной

ной подгрупп получили первичную реанимационную и последующую интенсивную помощь дежурными бригадами специалистов.

Состояние всех недоношенных детей при рождении было тяжелое. При сравнении суммарной оценки по шкале АПГАР на 1-ой минуте жизни установлено, что в основной подгруппе данный показатель составил $2,33 \pm 0,47$ баллов, а в контрольной – $3,17 \pm 0,38$ баллов. К 5-й минуте жизни все дети находились на ИВЛ. Также в комплексе первичной реанимационной помощи все новорожденные получили сурфактантную терапию с использованием порактанта-альфа в начальной дозе $226,50 \pm 28,10$ мг у детей с ВЖК III-IV ст. и $220,0 \pm 14,08$ мг – недоношенные контрольной подгруппы.

После стабилизации основных параметров жизнедеятельности все глубоко недоношенные дети были переведены в отделение АРсПИТН специалистами РКБ в условиях транспортного инкубатора с последующим проведением мероприятий интенсивного ухода, комплексного обследования и лечения.

Основными заболеваниями у обследованных детей были синдром респираторного расстройства, врожденная пневмония, сепсис новорожденного, открытый артериальный проток и др. Клинический диагноз чаще включал сочетание двух основных заболеваний. У недоношенных младенцев с последующим развитием ВЖК III-IV ст. синдром респираторного расстройства был зарегистрирован в 55,6% случаев, врожденная пневмония – у 55,6%, сепсис – у 33,3%, ОАП – у 44,4%. Среди детей контрольной подгруппы частота синдрома респираторного расстройства составила 91,7% случаев, врожденная пневмония – 16,7%, сепсис – 25%, ОАП – 50%.

Респираторная поддержка у всех обследованных младенцев включала проведение ИВЛ. Большинство детей обеих подгрупп в последующем были переведены на метод постоянного положительного давления в дыхательных путях (CPAP). При сравнительном анализе использования методов респираторной стабилизации установлено, что в основной подгруппе только один ребенок (11,1%) был переведен на CPAP в раннем неонатальном возрасте, а в контрольной подгруппе – 58,3% детей.

Комплексное лечение включало назначение кардиотонической терапии у более 80% детей обеих подгрупп. При сравнительной оценке средних значений максимальной дозы дофамина установлено, что у младенцев основной подгруппы составили $9,50 \pm 0,48$ мкг/кг/мин, а в контрольной подгруппе – $8,36 \pm 1,07$ мкг/кг/мин без достоверных различий. Вместе с тем, общая продолжительность кардиотонической поддержки у глубоко недоношенных с ВЖК III-IV ст. составила $117,50 \pm 15,14$ часов, а в контрольной подгруппе – $67,9 \pm 15,43$ часов ($p < 0,05$).

При исследовании гематологических показателей в первый час жизни выявлен достоверно более низкий показатель гематокрита $44,63 \pm 3,07\%$ ($p < 0,05$) у недоношенных основной подгруппы по сравнению с младенцами без развития ВЖК – $56,30 \pm 3,09\%$.

Летальность среди детей основной подгруппы составила 22,2%, а в контрольной – 8,3%.

Выводы

Среди недоношенных детей в родовспомогательных учреждениях наиболее высокий уровень заболеваемости внутричерепными нетравматическими кровоизлияниями в 2011 году регистрировался среди детей с массой тела при рождении менее 1000 г (117,4%).

При сравнительной оценке перинатальных факторов установлено, что глубоко недоношенные дети с развитием внутрижелудочковых кровоизлияний III-IV ст. чаще имели в клиническом диагнозе врожденную пневмонию и более высокие показатели летальности.

Многофакторный анализ лечебно-диагностических мероприятий выявил особенности проведения респираторной и кардиотонической поддержки у недоношенных детей с массой тела менее 1000 г и развитием ВЖК тяжелой степени в раннем неонатальном возрасте для совершенствования медицинской помощи данной категории пациентов.

Воронко Е.А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Внебольничная пневмония, диагностика

В Республике Беларусь от пневмонии ежегодно умирает около 1 000 человек. В структуре причин смертности от заболеваний органов дыхания она стабильно занимает второе место после хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). По данным академика А.Г.Чучалина, пневмония регистрируется у каждого четвертого умершего на дому, а в 50% случаев (у каждого восьмого) она является непосредственной причиной смерти.

Внебольничная пневмония (ВП) – это острое заболевание, развивающееся во внебольничных условиях или диагностируемое у пациентов стационара в первые 48 часов от момента госпитализации, сопровождающееся симптомами инфекции нижних дыхательных путей (лихорадка; кашель; выделение мокроты, возможно гнойной; боли в груди; одышка) с экссудацией в альвеолах и рентгенологическими свидетельствами «свежих» очагово-инfiltrативных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Цель

Изучение причин диагностических расхождений и запоздалой диагностики ВП на догоспитальном этапе (ДЭ).

Материалы и методы

Проанализированы 1 016 и 646 медицинских карт стационарного пациента ВП, лечившихся в отделении пульмонологии БСМП г.Минска соответственно в 2007–2008г.г. и 2009–2010 гг.

Дети болеют ВП чаще взрослых. Так, в городе Минске заболеваемость пневмонией детей и взрослых на 1000 населения составила в среднем соответственно 7 и 2,45 случаев (2001–2004г.г.); 15,4 и 4,9 случаев (2005–2010г.г.); 16,2 и 7,2 случаев (2009г. – эпидемия гриппа).

Предрасполагают к развитию ВП у детей раннего возраста недоношенность, родовая травма, врожденные пороки сердца и легких, муковисцидоз, наследственные иммунодефициты; у детей школьного возраста – хронические очаги инфекции во рту и носоглотке, приобретенные пороки сердца, рецидивирующие бронхиты, муковисцидоз, иммунодефициты; у взрослых – курение, алкоголизм и наркомания, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический бронхит, ХОБЛ, хроническая сердечная и почечная недостаточности (ХСН и ХПН), эндокринные и онкологические заболевания, системные заболевания соединительной ткани, иммунодефицитные состояния, ожирение и кахексия, хирургические операции на грудной клетке и брюшной полости; пожилой и старческий возраст; длительное пребывания в горизонтальном положении, гиподинамия; резкая отмена дезагрегантов и антикоагулянтов; лекарственная полипрагмазия (прием антидепрессантов, β-блокаторов, М-холинолитиков, глюкокортикостероидов, цитостатиков, антацидов, транквилизаторов бензодиазепинового ряда): беспорядочный прием антибиотиков; переохлаждение, особенно в условиях повышенной влажности; высокая загазованность воздуха; физическое и умственное перенапряжение; несбалансированное питание; ОРВИ, грипп. Естественно, на заболеваемость ВП влияют уровень жизни, условия труда и проживания, социальное и семейное положение; контакт с животными и больными людьми; путешествия; индивидуальные особенности человека и географическая распространенность того или иного возбудителя.

Диагностика ВП основывается на данных учета факторов риска, анамнеза, клинической картины, объективного, рентгенологического и лабораторного исследований. «Золотым стандартом» типичной пневмококковой пневмонии является бронхо-пульмо-плевро-интоксикационный синдром:

- лихорадка, однократный озноб (пациент может точно указать время заболевания);
- кашель, одышка, отделение мокроты (часто ржавой), боли в грудной клетке;
- слабость, утомляемость, сильное потоотделение по ночам, отсутствие аппетита, головная боль и др.;
- укорочение (тупость) перкуторного тона над пораженным участком легкого;
- локально выслушиваемое бронхиальное дыхание;
- фокус звучных мелкопузырчатых хрипов или инспираторной крепитации