



PATRIS INSOMNIUM



GALENI DOCTORES



HEPATICI COGNITIO

ГЛАВВРАЧ

I



CRISIS PRÆCOGNITIO



AMANTIS DIGNOTIO



PALESTRITE CVRATIO

MMXIV



DISCEPTATIO CVM ALEX. HABVTA

УДК 616-053.34

Тактика ведения и современные методы выхаживания новорожденных перинатального риска в условиях городского родильного дома

Шарапова О.В., д-р мед. наук, профессор,

врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, главный врач ГБУЗ «Родильный дом № 4 ДЗМ», заслуженный врач РФ, info@rd4.mosgorzdrav.ru

Пономарева Л.П., д-р мед. наук, профессор, врач-неонатолог высшей квалификационной категории, зам. главного врача по неонатологии ГБУЗ «Родильный дом № 4 ДЗМ»

Шуртакова Н.С., врач-неонатолог высшей квалификационной категории, зав. отделением физиологии новорожденных ГБУЗ «Родильный дом № 4 ДЗМ»

Обельчак Е.В., врач-неонатолог и реаниматолог-анестезиолог высшей квалификационной категории, зав. отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГБУЗ «Родильный дом № 4 ДЗМ», главный неонатолог ЮЗАО г. Москвы

Резюме. Определена тактика ведения доношенных новорожденных перинатального риска путем совершенствования клинической оценки их состояния, внедрения современных диагностических методов с первых часов и дней жизни, чтобы предотвратить возможные необратимые последствия.

Ключевые слова: беременные, новорожденные перинатального риска, тактика ведения, методы диагностики.

Special features of management and modern nursing's methods of newborns from a group of perinatal risk in circumstances of the city maternity hospital

Sharapova O.V., Ponomareva L.P., Shurtackova N.S., Obelchack E.V.

Summary. Special features of mature newborns management were defined from a group of perinatal risk. This was doing by improving of clinical appreciation of their condition, adoption of modern diagnostic methods from the first hours and days of life to prevent possible irreversible consequences.

Key words: pregnant women, newborns of perinatal risk, special features of management, diagnostic methods.

К категории перинатального риска относятся новорожденные, родившиеся от матерей с различными множественными соматическими [2, 6, 7, 10], акушерскими и гинекологическими проблемами, с аутоиммунными заболеваниями [11, 13], с нарушениями репродуктивной функции

[5], инфекционно-воспалительными [1, 3] и вирусными заболеваниями, невынашиванием беременности [9]. В общей популяции беременные повышенного риска перинатальной патологии составляют примерно 10%, но в отдельных городских стационарах их число может достигать

90%. По нашим данным, из числа родов (8567) группу перинатального риска составило 60% женщин.

Нельзя не отметить, что в настоящее время удельный вес здоровых беременных женщин редуцирован. Акушерская служба все ярче приобретает характер ургентной помощи. Факторы риска, угрожающие состоянию матери и плода, делятся на социально-экономические, демографические, тератогенные [12], материнские, акушерские, неонатальные. Особое внимание должно быть сосредоточено на анте- и перинатальных факторах риска. Определение факторов повышенной степени перинатального риска основывается на комплексном обследовании беременных женщин, включающем тщательно собранные акушерско-гинекологический и соматический анамнезы, оценки клинического течения гестационного периода, данных лабораторно-диагностического обследования при настоящей беременности.

Степень риска перинатальной патологии считают высокой для новорожденных, получивших при рождении оценку по шкале Апгар 0–4 балла, средней – 5–7 баллов, и низкой – 8–10 баллов. Особую группу детей составляют недоношенные с экстремально низкой массой тела. Не меньшего внимания заслуживает категория детей с высокой оценкой по шкале Апгар, рожденных женщинами из категории беременных повышенного риска. Особенностью, казалось бы, внешне здоровых детей при рождении являлось то, что все они в период внутриутробного развития испытали действие многих вредных факторов; и адаптация к новым условиям среды у них может быть несовершенна, манифестация скрытых недостатков в их состоянии происходит в любой момент. По нашим данным, из числа (4724) доношенных новорожденных перинатального риска, находившихся в отделении физиологии и родившихся из числа 8567 родов, 22,6% требовали лечения, 2,7% – перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных.

В родах ребенок испытывает нарастающую гипоксию в момент схваток, физическую нагрузку (болевого стресс) при прохождении по родовым путям. После рождения ребенок попадает в другую окружающую среду, испытывая «темпера-

турный стресс», когда температура окружающей среды ниже по сравнению с внутриматочной; «гравитационный стресс», «сенсорный стресс», при действии зрительных, тактильных, звуковых, вестибулярных и других раздражителей.

Учитывая характер возможных отклонений в состоянии здоровья детей, необходимо постоянное тщательное слежение за различными клиническими и лабораторными показателями.

Клинические показатели, которые свидетельствуют о риске осложнений:

- изменение положения ребенка в кроватке;
- нарушение терморегуляции (гипотермия, гипертермия);
- патологическая окраска кожных покровов (диффузный или локальный цианоз, мраморность кожных покровов, бледность, желтушность, яркая гиперемия);
- беспокойство, крик;
- возбудимость, гиперестезия;
- тремор подбородка, рук, ног;
- стонущее дыхание;
- одышка (напряжение и раздувание крыльев носа, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, втяжение грудины);
- снижение двигательной активности, мышечного тонуса, рефлексов врожденного автоматизма;
- выраженные глазодвигательные нарушения;
- частые срыгивания и рвота;
- вялое сосание или отказ от кормления, поперхивания;
- изменение цвета кожных покровов при нагрузке (при попытке кормления, пеленания, подмывании ребенка);
- вздутие живота;
- увеличение размеров печени и селезенки;
- уплотнение пупочных сосудов при пальпации;
- изменение цвета мочи, стула.

Лабораторно-инструментальные показатели, позволяющие контролировать состояние новорожденного:

- УЗИ головного мозга и внутренних органов;
- рентгенологическое обследование по показаниям (органов грудной клетки, костного скелета, желудочно-кишечного тракта);

- ЭХО-кардиография, ЭКГ-мониторирование;
- общий анализ крови, мочи;
- биохимический анализ крови (билирубин общий, прямой, непрямой, печеночные пробы, электролиты);
- глюкоза крови, КОС, гематокрит;
- неонатальный скрининг на наследственные заболевания (фенилкетонурия, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром, муковисцидоз, галактоземия);
- кровь на С-реактивный белок, прокальцитонин, иммуноглобулины;
- исследование состояния слухового анализатора;
- оценка зрительного анализатора.

Наиболее частые отклонения в состоянии здоровья новорожденных:

- асфиксия при рождении;
- неонатальные желтухи;
- церебральная ишемия;
- ЗВУР и недостаток питания;
- дискинезия желудочно-кишечного тракта;
- внутриутробная инфекция;
- ретинальные кровоизлияния.

Основанием для перевода ребенка в отделение реанимации и интенсивной терапии роддома являются:

- синдром дыхательных расстройств (апноэ, тахипноэ, аспирационный синдром);
- нарушение сердечного ритма (тахикардия – ЧСС более 140 ударов в минуту, брадикардия – ЧСС менее 100 ударов в минуту);
- легочное кровотечение;
- желудочное кровотечение;
- кишечные кровотечения;
- внутричерепные кровоизлияния;
- судороги;
- анемия;
- неонатальная гипогликемия (уровень глюкозы в крови менее 2 ммоль/л);
- полицитемия.

На второй этап выхаживания переводятся дети со следующими заболеваниями:

- врожденная пневмония, подтвержденная рентгенологически;
- внутриутробная инфекция;
- врожденные пороки сердца (выявленные в периоде ранней неонатальной адаптации);

- перикардит (одышка, глухость сердечных тонов, шум трения перикарда);
- кардиомиопатия (тахикардия, тахипноэ, кардиомегалия, гепатомегалия, преходящий цианоз носогубного треугольника во время кормления);
- гипербилирубинемия;
- дискинезия желудочно-кишечного тракта (срыгивание, рвота);
- ОРВИ;
- омфалит;
- везикулопустулез;
- отрицательная динамика массы тела (потеря массы тела более 10% или вторичная потеря массы тела);
- гипертермия (неуточненной этиологии);
- врожденные структурные изменения мозга, выявленные в процессе дополнительного обследования.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 1

Новорожденный мальчик родился у матери (34 года) от 6-й беременности, роды 2-е. Из анамнеза известно: первая беременность прервана по медицинским показаниям в 24 недели гестации, 2-я беременность – самопроизвольный выкидыш, 3-я беременность – самопроизвольные роды, 4–5-я беременности – медикаментозные аборт.

Настоящая беременность протекала без особенностей во 2 и 3 триместрах, в 3-м триместре – ОРВИ, анемия. Роды вторые, своевременные, в головном предлежании на сроке 39 недель и 4 дня крупным плодом (масса тела – 4800 г, длина – 57 см). Продолжительность первого периода родов – 3 часа 10 минут, второго – 15 минут, безводный промежуток – 15 минут, околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Состояние ребенка удовлетворительное, в родзале приложен к груди матери.

На 2-е сутки жизни состояние ребенка ухудшается, появляются дыхательные нарушения, втяжения уступчивых мест грудной клетки, стал вялым. Для дальнейшего наблюдения и обследования переведен из физиологического отделения в ОРИТН. Дополнительные диагностические исследования: клинический анализ крови (эритроциты – 4,67, гемоглобин – 171, гематокрит – 45,4%, лейкоциты – 11,7, нейтрофилы – 38,6%, сегменто-

ядерные – 27%, палочкоядерные – 1%, эозинофилы – 4%, моноциты – 5%, лимфоциты – 63%, тромбоциты – 234. Глюкоза в сыворотке крови – 3,98, АЛТ – 11,82, прямой билирубин – 5,68, общий билирубин – 44,5, мочевины – 60, ЩФ – 236,1, калий – 5,4 ммоль/л, натрий – 146 ммоль/л, кальций – 1,39, хлор – 105, рН по газам крови: рН – 7,442, рСО₂ – 30, рО₂ – 73,1. Проведена рентгенография органов грудной полости: в верхней доле правого легкого определяется участок гомогенного затемнения, размеры сердца соответствуют сроку жизни.

Заключение: правосторонняя верхнедолевая пневмония. Результаты нейросонографии: субэпидимальные псевдокисты с обеих сторон, множественные с перегородками, увеличение линейных размеров мозжечковой цистерны. Ребенку проводилась инфузионная, антибактериальная, гемостатическая терапия. Для дальнейшего лечения ребенок переведен на 5-е сутки жизни в детскую городскую больницу на второй этап выхаживания с диагнозом: внутриутробная пневмония, церебральная ишемия средней степени тяжести, макросомия.

В хирургические отделения городских детских больниц переводятся дети со следующими выявленными врожденными пороками:

- врожденная кишечная непроходимость;
- атрезия пищевода;
- пороки аноректальной области;
- диафрагмальная грыжа;
- пороки почек;
- кисты яичников;
- гастрошизис и др.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР № 2

Новорожденный мальчик родился у матери (38 лет), от 2-й беременности, роды 1-е. Первая беременность закончилась медикаментозным абортom. Настоящая беременность протекала в 1-м триместре без особенностей, во 2 и 3 триместрах – с острым респираторным заболеванием. Роды самопроизвольные, в 39 недель гестации, в головном предлежании, отмечалось однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода. Первый период – 8 ч 45 мин, второй период – 20 мин, безводный промежуток – 9 ч 35 мин. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Масса тела – 3400 г,

длина тела – 51 см. Отмечается застойный цианоз кожи лица. Через 10 минут после рождения состояние ребенка стало резко ухудшаться: обильное пенистое отделяемое из ротовой полости, появилась выраженная дыхательная недостаточность, нарушение микроциркуляции, при попытке зондирования – зонд в желудок не проходит. Ребенок переведен в ОРИТН. Проведена прямая ларингоскопия – в ротоглотке и трахеи (за голосовыми связками) большое количество слюны. Выполнена санация содержимого ротоглотки и трахеи электронасосом. Проведена ортотрахеальная интубация. При санации через эндотрахеальную трубку получено большое количество прозрачного отделяемого. ИВЛ в режиме SIMV с параметрами нормовентиляции. Проводилась инфузионная, антибактериальная, гемостатическая, седативная терапия, парентеральное питание, режим кювеза.

Через 2 часа 4 минуты с момента рождения ребенок был переведен в хирургическое отделение детской городской больницы с диагнозом: Атрезия пищевода, трахеопищеводный свищ. Синдром церебральной депрессии, хроническая внутриутробная гипоксия. В больнице диагноз был подтвержден, ребенок прооперирован.

Успешная пренатальная диагностика (УЗИ пороков развития плода) позволяет осуществлять оперативные вмешательства новорожденных в оптимально короткие сроки, улучшая прогноз жизни и здоровья ребенка. Хирургическая настороженность врачей-неонатологов должна обязательно присутствовать, особенно в случаях нарушения нормального течения периода неонатальной адаптации.

Неправильная интерпретация клинической картины, недооценка степени тяжести состояния новорожденных ведет к запоздалым переводам и ухудшению исходов заболеваний. Тактика лечащего врача при этих ошибках должна подвергаться коллективному анализу, и это, в свою очередь, служит основой для совершенствования слежения за состоянием новорожденных и оказания ему своевременной помощи.

Одной из важных проблем является проблема неонатального скрининга по оценке слухового и зрительного анализаторов, изучению которых уделяется не-

достаточно внимания. За последние годы существенно возросла значимость перинатальной патологии как одной из причин нарушения слуха и зрения у новорожденных детей [8]. Дети, с рождения страдающие нарушениями слуха и зрения, в последующем могут иметь отклонения в психическом и умственном развитии. В связи с этим особую актуальность приобретают меры, направленные на раннее выявление зрительных и слуховых расстройств у новорожденных детей. К таким методам относится скрининг – тщательное выявление субклинических признаков заболевания на стадии выхаживания новорожденного сразу после его рождения в родовспомогательных учреждениях. Среди существующих объективных методов исследования слуха у новорожденных нами применяется метод регистрации вызванной отоакустической эмиссии. Методика проведения определения слуха у новорожденного ребенка обычно занимает 5–15 минут. Метод отоакустической эмиссии является неинвазивным, применяется для новорожденного в первые дни жизни. По данным наших исследований, частота выявленных нарушений слуха у новорожденных, находившихся в отделении физиологии, составляет 6,8%. Современная диагностика – это исследование слуха в неонатальном отделении родильного дома (оптимальный вариант) или в течение 2 месяцев (не более) после рождения.

Среди новых диагностических технологий стоит отметить те, которые направлены на выявление поражения глаз новорожденных [4].

Нами для исследования используется панорамный офтальмоскоп «Pan Optic» и обратная бинокулярная офтальмоскопия. Проведенные нами офтальмологические исследования позволили выявить у доношенных новорожденных перинатального риска, находившихся в отделении физиологии, наиболее частую патологию – ретинальные кровоизлияния разной степени выраженности (17,6%), ангиопатию сетчатки (16,4%), отек диска зрительного нерва (1,2%), подозрение на частичную атрезию зрительного нерва (0,3%). Ретинальные кровоизлияния преобладали у детей, родившихся с кожно-геморрагическим синдромом. Ранняя диагностика зрительных нарушений особенно важна,

так как формирование зрительного анализатора в основном заканчивается к первому полугодю жизни, лечебные мероприятия, начатые после окончания этого срока, становятся малоэффективными или вовсе бесполезными.

Таким образом, внедрение современных диагностических технологий позволяет оптимизировать оценку состояния здоровья детей с первых часов и дней жизни и тем самым предотвращать возможные необратимые последствия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлев В.А., Пасхина И.Н., Пономарева Л.П. и др. Биохимический мониторинг продуктов деструкции тканей в пуповинной крови новорожденных при инфекционно-воспалительных заболеваниях у матерей // Пробл. репродукции – 2004. – № 5. – С. 59–65.
2. Ишкабулова Г.Д. Особенности функционального состояния почек у новорожденных от матерей, больных хроническим пиелонефритом // Педиатрия. – 2001. – № 3. – С. 42–45.
3. Кулаков В.И., Барашнев Ю.И. Новорожденные высокого риска. Новые диагностические и лечебные технологии. – М.: «Гэотар-Медиа», 2006, 1–520.
4. Молчанова Е.В. Селективный скрининг по выявлению офтальмопатологии у доношенных новорожденных: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2008; 26.
5. Подзолкова Н.М., Назарова С.В., Доскин В.А., Прилепина И.А., Анташова М.А. Беременность и роды у женщин старше 40 лет – объективная реальность современного акушерства // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – Том 10. – № 1: 44–49.
6. Титченко Л.И. Диагностика и прогнозирование нарушений сердечно-сосудистой системы матери, плода и новорожденного при гипертензионном синдроме. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 1999.
8. Ширина Н.С. Выявление нарушений слуха у новорожденных при скрининговом обследовании: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2000; 25.
9. Рооз Р. Неонатология. Практические рекомендации: Пер. с нем. / Р. Рооз,