

ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

УДК: 616-008-056.716-02:616-055.26-056.83]-053.31

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: НЕОНАТАЛЬНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ

И.А.Аникин*, **Н.А.Миренкова****,
Ю.К.Самара**, **В.С.Лесовая****,
Т.В.Демьяненко**, **О.А.Жовниренко****

Запорожский государственный медицинский университет*,
Запорожская областная клиническая детская больница**
(г.Запорожье, Украина)

Резюме. На сегодняшний день ситуация с употреблением психоактивных веществ (наркоманией) в стране достаточно сложная. Процент женщин, употребляющих наркотики, в Украине – самый высокий в Европе. Употребление наркотических препаратов беременной женщиной влияет на нормальное течение беременности и родов, приводит к формированию пороков развития, может служить причиной внутриутробной задержки развития и даже гибели плода. Кроме того, наркотики оказывают огромное влияние на жизнеспособность и послеродовую адаптацию новорождённого ребёнка. У детей, рождённых от опиат-зависимых матерей, отмечается значительное нарушение адаптационных механизмов центральной нервной системы (угнетение дыхания, рефлекторной деятельности, снижение тонуса мышц). В существующих условиях специалисту нелегко определить тактику лечения и выбрать наиболее эффективный и безопасный вариант терапии в условиях отсутствия единых протоколов лечения неонатального абстинентного синдрома (НАС).

В статье представлен клинический случай неонатального абстинентного синдрома у ребёнка, рождённого от матери, употреблявшей опиоидные наркотики до и во время беременности. На примере данного случая описываются клинические признаки НАС у новорождённых, способы оценки степени тяжести данного синдрома и основные подходы к его купированию с применением шкалы Финнегана. Тяжесть протекания НАС у данного ребёнка потребовала его госпитализации в отделение интенсивной терапии с проведением мероприятий по поддержанию витальных функций.

Следует отметить, что на сегодняшний день существует насущная потребность в проведении контролируемых рандомизированных исследований для выбора единой оптимальной тактики лечения НАС.

Ключевые слова: новорождённый ребёнок; неонатальный абстинентный синдром; шкала Финнегана; морфин.

На сегодняшний день ситуация с употреблением психоактивных веществ (наркоманией) в Украине достаточно сложная. Только официально на учёте состоит около 100 000 человек, систематически употребляющих наркотики. Ежегодно количество людей, употребляющих наркотики, увеличивается на 8%, при этом семь человек из десяти находятся в возрасте до 25 лет.

Процент женщин, употребляющих наркотики, в Украине – самый высокий в Европе. По данным разных авторов, женщины детородного возраста составляют от 10 до 50% контингента наркотических диспансеров, в подавляющем большинстве случаев они принимают опиаты. Употребление наркотических препаратов беременной женщиной ухудшает прогноз течения беременности и родов, повышает риск преждевременных родов, мертворождения, рождения ребёнка с признаками незрелости, приводит к формированию пороков развития, может служить причиной внутриутробной задержки развития и даже гибели плода. Кроме того, наркотики оказывают огромное влияние на жизнеспособность и послеродовую адаптацию новорождённого ребёнка [1,2]. У детей, рождённых от опиат-зависимых матерей, отмечается значительное нарушение адаптационных механизмов центральной нервной системы (угнетение дыхания, рефлекторной деятельности, снижение тонуса мышц). Проявления абстинентного синдрома у новорождённого тем ярче, чем дольше

его мать принимает опиатные наркотики [3].

Несмотря на более чем тридцатилетний период изучения НАС, до сегодняшнего дня эффекты, оказываемые наркотическими препаратами на организм беременной и плод, не изучены в достаточной мере. Связано это со спецификой контингента беременных, которые ведут асоциальный образ жизни, неохотно идут на контакт с медицинскими работниками, не предоставляют достоверных сведений об употребляемых препаратах. В связи с этим отсутствуют единые протоколы оказания помощи детям, рождённым от матерей, употребляющих наркотики.

При рождении ребёнка от матери, подозреваемой в употреблении наркотических препаратов, особое внимание уделяется оценке антропометрических показателей, степени зрелости по стандартизированным шкалам, выявлению признаков задержки внутриутробного развития, патологии ЦНС, врождённой инфекции, стигм дизэмбриогенеза и пороков развития.

К клиническим признакам абстинентного синдрома у новорождённых относят: беспокойство, тремор, мышечную дистонию, аномальный плач, тахипноэ, частое зевание, чихание, гипертермию, рвоту, жидкий стул, угнетение сосательного рефлекса, судороги [3]. По сути специфические симптомы отсутствуют. Время возникновения и степень проявления первых симптомов зависят от того, какой именно наркотический препарат при-

нимала беременная и на протяжении какого времени, употребляла ли она параллельно барбитураты и бензодиазепины. При использовании опиатов клинические признаки неонатального абстинентного синдрома выявляются уже в первые часы жизни.

Для оценки степени тяжести абстиненции у новорождённого используется специализированная шкала Финнегана [4]. Использование данной шкалы основано на субъективной оценке ряда патологических признаков, что требует инструктажа перед первым применением. Рекомендуется проведение оценки состояния ребёнка одним и тем же сотрудником для минимизации субъективизма. Тем не менее, шкала Финнегана является наиболее простым и универсальным способом не только оценить степень тяжести абстиненции у ребёнка, но и отследить динамику клинических проявлений на фоне проводимого лечения. Оценка состояния ребёнка по шкале производится каждые четыре часа, при получении результата в 8 баллов и выше следует начать лечение абстинентного синдрома.

На сегодняшний день в мире используется несколько модификаций шкалы Финнегана, но практически в каждой из них оцениваются следующие признаки:

1. Симптомы поражения ЦНС: крик, длительность сна после кормления, рефлекс Моро, тремор при стимуляции, тремор в покое, мышечный гипертонус, экскориации (с указанием локализации), миоклонические подёргивания, судороги.

2. Обменные, сосудистые и респираторные нарушения: потливость, гипертермия, частое зевание, мраморность кожных покровов, заложенность носа, чихание, тахипноэ.

3. Гастро-интестинальные проявления: чрезмерное сосание, угнетение сосательного рефлекса, срыгивание, рвота, жидкий стул, диарея.

Прогрессирование вышеуказанных проявлений при отсутствии адекватной терапии может приводить к нарушению витальных функций и даже смерти ребёнка, поэтому так важно своевременно диагностировать НАС и начать заместительную терапию.

В условиях отсутствия единых протоколов лечения НАС достаточно сложно выбрать наиболее эффективный и безопасный вариант терапии. В своей практике специалисты неонатального профиля используют камфорную настойку опия, бензодиазепины, морфин, фенобарбитал и другие препараты. В Кокрановских обзорах приводятся данные, указывающие на морфин, как предпочтительный вариант терапии неонатального абстинентного синдрома у новорождённых, матери которых принимали опиаты во время беременности [5].

На практике обычно используется следующая дозировка морфина гидрохлорида: при получении оценки по шкале абстиненции Финнегана от 8 до 10 баллов – 0,32 мг/кг/сут.; 11-13 баллов – 0,48 мг/кг/сут.; 14-16 баллов – 0,64 мг/кг/сут.; более 17 баллов – 0,8 мг/кг/сут. Детям, рождённым от матерей, принимавших одновременно несколько видов наркотиков, или сочетавших приём наркотических средств с употреблением алкоголя, рекомендуется одновременное назначение раствора морфина и фенобарбитала (доза насыщения 20-40 мг/кг; поддерживающая доза 5-8 мг/кг/сут.) [6].

В данной статье представлен клинический случай неонатального абстинентного синдрома у ребёнка, рождённого от матери, употреблявшей суррогаты опия и каннабис до и во время беременности. Девочка М., родилась 20.11.2015 года. Ребёнок от второй беременности, вторых срочных родов путём экстренного кесарева сечения в связи с начинающейся гипоксией плода, излитием окрашенных меконием околоплодных вод. Беременная состояла на учёте в женской консультации с 20 недель беременности, УЗИ плода проведено трёхкратно – патологии не выявлено. Имелись указания на гестационную гипертензию, диффузный зоб I степени. До момента родов мать ребёнка скрывала от медицинских работников факт употребления наркотических препаратов и алкоголя.

Ребёнок при рождении имел вес 2800 г, по шкале Апгар оценен на 9 баллов. Реанимационные мероприятия в родильном зале не проводились, хотя через час после рождения развились кратковременные дыхательные расстройства лёгкой степени, купировавшиеся самостоятельно. В течение первых двух суток после рождения постепенно нарастали явления гипервозбудимости нервной системы, отмечалось беспокойство ребёнка. На вторые сутки жизни развились генерализованные клонические судороги. При углублённом сборе анамнеза мать ребёнка призналась в факте употребления опиатов, марихуаны, алкоголя до и во время беременности. Проведенный анализ мочи роженицы выявил опиоиды и каннабис. У ребёнка в анализах крови и мочи патологии не выявлено, по данным нейросонографии – отёк головного мозга, эхокардиоскопия указывала на кардит. По клиническим данным и результатам инструментальных методов исследования установлен диагноз: Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, синдром повышенной нейрорефлекторной возбудимости, судорожный синдром; острый период. Абстинентный синдром.

В условиях родильного дома состояние ребёнка ухудшалось за счёт некупируемого судорожного синдрома, нарастания неврологических нарушений. Получала лечение: противосудорожная терапия (сибазон 0,5% 4р/сут, фенобарбитал 5 мг/кг/сут), инфузионная поддержка раствором глюкозы 10%, гемостатическая терапия, цефалоспорин 3 поколения. На третьи сутки жизни переведена из палаты интенсивной терапии родильного дома в отделение анестезиологии и интенсивной терапии городской детской больницы. При поступлении обращала на себя внимание тяжесть состояния ребёнка за счёт выраженного синдрома нейрорефлекторной возбудимости: на осмотр реагировала вздрагиванием с последующим развитием клонических судорог, отмечалась гиперестезия, снижение рефлексов, гипертонус мышц верхних и нижних конечностей. Кожные покровы бледные с выраженным мраморным рисунком. Дыхание самостоятельное, уровень сатурации капиллярной крови выше 96%, тахипноэ до 80 дыханий в минуту. Учитывая выраженность неврологической симптоматики, некупируемый судорожный синдром, переведена на аппаратную вентиляцию

лєгких. С седативної целью получала сибазон 0,5%, оксibuтират натрия 20%, тиопентал натрия в дозе 2 мг/кг/час. На пятое сутки жизни для дальнейшего обследования и лечения ребёнок транспортирован в отделение анестезиологии и интенсивной терапии новорождённых (ОАИТН) областной детской клинической больницы.

В ОАИТН, учитывая перечисленные выше клинические данные, проведен экспресс-тест мочи ребёнка на наличие наркотических средств (выявлен морфин, опиаты), оценка степени тяжести абстинентного синдрома по шкале Финнегана. В первые сутки после поступления результат оценки колебался от 21 до 26 баллов. Начато пероральное введение раствора омнопона в дозе 4,6 мг/кг/сут по морфину: 0,5 мл 2% раствора омнопона были разведены в 15 мл воды для инъекций; после получения каждой оценки степени тяжести абстиненции по шкале более 17 баллов ребёнок получал 0,35 мл раствора перорально (0,13 мг по морфину), в общей суточной дозе 2 мл (0,8 мг морфина). Кроме того, учитывая указания в анамнезе на полинаркоманию и употребление алкоголя, ребёнок получал дополнительно фенобарбитал в суточной дозировке 5 мг/кг.

В течение двух суток указанное лечение привело к уменьшению интенсивности неврологической симптоматики, судороги отмечались реже. Начато постепенное снижение дозировки морфина, так как с восьмьх по десятые сутки жизни оценка по шкале Финнегана составляла от 9

до 3 баллов. На 10 сутки жизни восстановлено самостоятельное дыхание с подачей кислорода свободным потоком. С 11 суток жизни введение раствора омнопона прекращено, ребёнок переведен на монотерапию фенобарбиталом.

За период нахождения в ОАИТН ребёнок полностью обследован: по данным НСГ субэпендимальные кровоизлияния 1-2 степени с двух сторон; со стороны других органов и систем патологии не выявлено. На 14 сутки жизни абстинентный синдром у новорождённого ребёнка полностью купирован, он переведен в отделение патологии новорождённых с диагнозом: Синдром лекарственной абстиненции новорождённого при употреблении матерью наркотических препаратов (код по МКБ-10 P96.1). Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, острый период, тяжёлое течение, синдром повышенной нейрорефлекторной возбудимости, судорожный синдром. Внутрижелудочковое кровоизлияние 2 степени.

Анализируя данный клинический случай, мы можем отметить низкую эффективность атарактиков и малых доз фенобарбитала в лечении абстинентного синдрома новорождённого в условиях родильного дома и ОАИТ; быстрый регресс симптомов после поступления ребёнка в ОАИТН и начала перорального введения раствора морфина в максимальной дозе 4,6 мг/кг/сут. Следует отметить удобство использования шкалы Финнегана для оценки степени тяжести НАС, динамического отслеживания регресса симптоматики и эффективности лечения.

Література

1. Бочков Н. П. Влияние психоактивных веществ на развитие эмбриона и плода / Н. П. Бочков, В. Б. Васечкин // Наркология. – 2004. – № 2. – С. 23 – 30.
2. Кирющенко А. П. Влияние лекарственных средств, алкоголя и никотина на плод / А. П. Кирющенко, М. И. Тараховский. – М.: Медицина, 1990. – 272 с.
3. Клоерті Д. П. Зловживання наркотиками і синдром відміни / Д. П. Клоерті, Е. К. Ейхенвальд, Е. Р. Старк // Посібник з неонатології – К. : Фенікс, 2010. – С. 231 – 247.
4. Finnigan L. P. A scoring system for evaluation and treatment of neonatal abstinence syndrome: A new clinical and research tool / L. P. Finnigan, R. E. Kron, J. F. Connaughton // Basic and Therapeutic Aspects of Perinatal Pharmacology. – New York: Raven Press, 1975. – S. 139 – 155.
5. Opiate treatment for opiate withdrawal in newborn infants [Электронный ресурс] / D. A. Osborn, H. E. Jeffery, M. J. Cole // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2010. – CD002059. – Режим доступа к публикации : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002059.pub3/abstract>
6. Sedatives for opiate withdrawal in newborn infants [Электронный ресурс] / D. A. Osborn, H. E. Jeffery, M. J. Cole // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2010. – № CD002053. – Режим доступа к публикации : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002053.pub3/abstract>

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ: НЕОНАТАЛЬНИЙ АБСТИНЕНТНИЙ СИНДРОМ

*І.А.Анікін **, *Н.А.Міренкова***, *Ю.К.Самара***,
*В.С.Лісова ***, *Т.В.Дем'яненко***,
*О.А.Жовніренко***

Запорізький державний медичний університет*
Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня**
(м. Запоріжжя, Україна)

Резюме. На сьогоднішній день ситуація з вживанням психоактивних речовин (наркоманією) в країні досить складна. Відсоток жінок, що вживають наркотики, в Україні - найвищий в Європі. Вживання наркотичних препаратів вагітною

CASE STUDY: NEONATAL ABSTINENCE SYNDROME

*I.A.Anikin ** *N.A.Mirenkova *** *Yu.K.Samara,*
*V.S.Lesovaya *** *T.V.Demyanenko *** *O.A.Zhovnirenko*

Zaporozhye State Medical University*
Zaporozhye Regional Clinical Children's Hospital **
(Zaporozhye, Ukraine)

Summary. Today the situation with the use of psychoactive substances (drug addiction) is quite complicated in the country. The percentage of women who use drugs in Ukraine - is highest in Europe. The use of narcotic drugs by a pregnant woman affects the

жінкою впливає на нормальний перебіг вагітності і пологів, призводить до формування вад розвитку, може служити причиною внутрішньоутробної затримки розвитку і навіть загибелі плоду. Крім того, наркотики впливають на життєздатність і післяпологову адаптацію новонародженої дитини. У дітей, народжених від опіат-залежних матерів, відзначається значне порушення адаптаційних механізмів центральної нервової системи (пригнічення дихання, рефлекторної діяльності, зниження тону м'язів). В існуючих умовах фахівцям нелегко визначити тактику лікування і вибрати найбільш ефективний і безпечний варіант терапії в умовах відсутності єдиних протоколів лікування неонатального абстинентного синдрому.

У статті представлений клінічний випадок НАС у дитини, народженої від матері, що вживала опіоїдні наркотики до і під час вагітності. На прикладі даного випадку описуються клінічні ознаки НАС у новонароджених, способи оцінки ступеня тяжкості даного синдрому і основні підходи до його лікування з використанням шкали Фіннегана. Тяжкість перебігу НАС у даної дитини вимагала його госпіталізації у відділення інтенсивної терапії з проведенням заходів з підтримки вітальних функцій.

Слід зазначити, що на сьогоднішній день існує нагальна потреба в проведенні контрольованих рандомізованих досліджень для вибору єдиної оптимальної тактики лікування НАС.

Ключові слова: новонароджена дитина; неонатальний абстинентний синдром; шкала Фіннегана; морфін.

normal course of pregnancy and labor, leading to the formation of defects can cause fetal developmental delay and even death of the fetus. In addition, drugs have a huge impact on the viability and postnatal adaptation of the newborn baby. Children born to opiate-dependent mothers, there is a significant violation of adaptation mechanisms of the central nervous system (respiratory depression, reflex activity, decreased muscle tone). In the current environment is not easy to identify the specialist treatment strategy and to choose the most effective and safe treatment option in the absence of uniform treatment protocols for neonatal abstinence syndrome (NAS).

The article presents a case report of neonatal abstinence syndrome in a child born to mothers who use opioid drugs before and during pregnancy. For example, this case describes the clinical signs in neonates US, ways of assessing the severity of the syndrome and the main approaches to the relief of his using Finnegan scale. Severity of the child at the US demanded his hospitalization in an intensive care unit with the activities for the maintenance of vital functions.

It should be noted that today there is an urgent need to conduct randomized controlled trials to select a single optimal treatment strategy US.

Key words: newborn child; Neonatal abstinence syndrome; Finnegan scale; morphine.