

На жаль, продовжує зростати показник передчасних пологів, питома вага яких у 2002 р. становила 2,8%, у 2010 – 3,5%. Загальновідомо, що стан здоров'я у недоношених значно гірший, ніж у доношених. Так, у 2010 р. показник захворюваності доношених дітей складав – 109,1 на 1000 народжених живими, недоношених – 573,3.

Одним із показників діяльності акушерської служби, який свідчить про її рівень, є показник кесарева розтину. За визначенням ВООЗ, цей показник як результат позитивного впливу на здоров'я матерів та дітей має складати близько 7%, в Україні ж він більше ніж удвічі вищий – у 2010 р. – 15,9%, що значно підвищує ризик материнського та перинатального здоров'я.

Про проблеми перинатального здоров'я свідчить стабільне зростання рівня смертності новонароджених, протягом 2002–2010 рр. показник смертності новонароджених збільшився на 34% (2002 – 2,6 на 1000 народжених живими, 2010 – 3,9). Рівень перинатальної смертності зменшився після підвищення з 8,7 на 1000 народжених живими і мертвими у 2006 р. до 11,1 у 2007 р. Знизився до 10,5 у 2010 р. за рахунок зменшення ранньої неонатальної смертності з 4,6 на 1000 народжених живими до 4,0 відповідно. Рівень мертворожденості як складова перинатальної смертності також має негативну тенденцію: 6,5 на 1000 народжених живими і мертвими у 2007 р. і 6,6 у 2010 р. За таких тенденцій рівень смертності немовлят у 2,4 разу перевищує аналогічний показник у країнах Європейського Союзу.

Значним позитивним внеском до вирішення проблем перинатального здоров'я стануть заходи щодо вдосконалення технологій із формування та збереження репродуктивного здоров'я населення, оптимізація мережі лікувальних закладів, регіоналізація медичної допомоги, організаційно-методичне забезпечення сучасних підходів до перинатальної допомоги, підготовка кадрів з питань надання медичної допомоги матерям та їх новонародженим дітям, а також впровадження ефективних апаратних технологій.

Упровадження зазначених технологій можливе за умови створення в країні трирівневої перинатальної допомоги за допомогою мережі оснащених перинатальних центрів: на II рівні медичної допомоги – міжрайонних, на III рівні – регіональних. За умови загрози або народження незрілої дитини без ознак хвороби, вона з мамою в умовах оснащеного реанімобіля транспортується до міжрайонного перинатального центру II рівня медичної допомоги, які розташовані в радіусі не більше 60–70 км, що дає можливість транспортувати роділлю вчасно до оснащеного перинатального центру та реалізації девізу сучасної перинатології ВООЗ, що найкращим кузовом для потенційно недоношеної або хворої дитини є вагітна matka, а також спонукає спеціалістів до поліпшення рівня антенатальної медичної допомоги. У разі народження хворої дитини, для якої є необхідною спеціалізована допомога, вони госпіталізуються до регіонального перинатального центру III рівня, наявність у якому відділення екстрагенітальної допомоги, відрізняє його від міжрайонного перинатального центру.

Таким чином, базовою частиною вдосконалення перинатальної допомоги є створення трирівневої медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим відповідно до ступеня ризику акушерської і перинатальної патології за спеціально розробленою стратегією, основною метою якої є забезпечення кваліфікованою допомогою вагітних з тяжкими формами екстрагенітальної патології, попередження передчасних пологів, забезпечення своєчасною та оптимальною медичною допомогою недоношених немовлят, забезпечення кваліфікованою медичною допомогою хворих новонароджених, зокрема корекційною хірургічною допомогою, а також здійснення заходів щодо підготовки спеціалістів.

Реалізація цього медико-соціального проекту допоможе значно підвищити рівень надання медичної допомоги під час перинатального періоду, цим позитивно вплинути на здоров'я матерів та дітей.

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция у детей раннего возраста с тяжелой сопутствующей патологией в условиях отделения реанимации

В.А. Матвеев

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РСВ-инфекция) является одной из ведущих причин тяжелой легочной патологии у детей раннего возраста. По данным мировой статистики число умирающих от нее пациентов в возрасте до 1 года более чем в 9 раз превышает аналогичный показатель для гриппа. Особую опасность РСВ-инфекция представляет для недоношенных, а также детей с тяжелой сопутствующей патологией. Изучению роли РСВ-инфекции среди данного контингента больных, которые обычно находятся в отделениях реанимации педиатрических стационаров, было посвящено настоящее исследование.

Общую эпидемиологическую ситуацию по РСВ-инфекции оценивали путем скринингового обследования детей с клиникой ОРВИ методом прямой иммунофлуоресценции (ФГУН НИИЭМ имени Пастера). К целевым пациентам в

отделениях реанимации относили недоношенных, детей с гемодинамически значимыми ВПС, бронхолегочной дисплазией, муковисцидозом. У них проводили забор отделяемого из носа, глотки, бронхо-альвеолярного лаважа с последующим прямым выявлением РСВ методом хроматографического иммуноанализа (BD Directigen EZ RSV). У умерших больных, кроме того, оценивали наличие специфических морфологических признаков РСВ-инфекции, а также осуществляли прямую иммунофлуоресценцию срезов пораженных участков дыхательной системы с использованием специфических антител к РСВ.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что уровень РСВ-инфекции в обследованном регионе наблюдается в течение всего года с отчетливым повышением в осенне-весенний период. При этом периоды роста числа заболевших в различные годы могли не совпадать. Месяцами

начала эпидемического подъема обычно являлись сентябрь–ноябрь.

Среди обследованных целевых пациентов РСВ-инфекция была выявлена примерно у 1/3. При этом основными ее клиническими признаками оказались невысокая температурная реакция (примерно у половины больных температура тела оставалась нормальной), умеренный катаральный синдром со стороны слизистой оболочки верхних дыхательных путей, существенное ухудшение дыхательной функции: выраженная одышка, цианоз, эпизоды апноэ. Рентгенологически у части детей была диагностирована двусторонняя очаговая пневмония. Практически у всех детей клинические подозрения на присоединение РСВ-суперинфекции отсутствовали и ухудшение объяснялось в рамках неблагоприятного течения основного процесса. У 4 детей, из них у 3 с бронхолегочной дисплазией, заболевание закончилось

летально. Период роста числа больных с РСВ-инфекцией в отделениях реанимации совпадал со временем эпидемического повышения уровня заболеваемости в общей детской популяции.

Таким образом, РСВ-инфекция представляет собой распространенное заболевание среди пациентов отделений реанимации с тяжелой сопутствующей патологией, клиническая диагностика которого представляет значительные трудности. На основании полученных результатов была разработана инструкция на метод «Первичная профилактика респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей из групп риска», регламентирующая основные противоэпидемические мероприятия и использование специфических гуманизированных моноклональных антител к РСВ «Синагис» (паливизумаб) у детей раннего возраста с тяжелой сопутствующей патологией.

Эффективность применения ингаляционных бронходилататоров у детей с бронхолегочной дисплазией

Е.Н. Охотникова, Е.Е. Шунько, Е.В. Шарикадзе

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Развитие технологий выхаживания глубоко недоношенных детей привело к снижению летальности и выживанию детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. В то же время внедрение новых методов интенсивной терапии и реанимации новорожденных, включающих применение современной дыхательной аппаратуры, использование инвазивных диагностических и лечебных процедур, «агрессивной» медикаментозной терапии, наряду с повышением выживаемости, привело к появлению целого ряда болезней, которых не наблюдалось в дореанимационную эру, вплоть до середины XX столетия. Это относится к такой специфической патологии недоношенных, как бронхолегочная дисплазия, ретинопатия недоношенных, некротический энтероколит, которые существенно ухудшают состояние ребенка в ближайший и отдаленный периоды жизни.

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – хроническое заболевание легких, формирование которого начинается в период новорожденности, а последствия сохраняются в течение всей жизни, остается частой причиной летальности и заболеваемости недоношенных детей. Диагноз БЛД устанавливают при потребности в кислородной поддержке более 36 нед концептуального возраста или более 28 дней жизни в сочетании с патологическими изменениями на рентгенограмме легких. В основе БЛД лежит воспалительная реакция, возникающая в ответ на действие факторов, повреждающих легочную ткань. Основные причины этого заболевания – незрелость легочной ткани, ante- и постнатальная инфекция, действие ятрогенных повреждающих факторов – баротравмы и токсичности кислорода. По данным многочисленных публикаций, БЛД является одним из самых значимых факторов, ухудшающих неврологический и функциональный исход у глубоко недоношенных детей. При БЛД отмечают неврологические нарушения, сенсорные расстройства, снижение росто-массовых показателей к концу 1-го года жизни. Несмотря на то что БЛД более 30 лет служит предметом пристального внимания и изучения неонатологами, эффектив-

ность применяемых методов терапии ее мало изучена. До настоящего времени не разработаны общепринятые схемы лечения БЛД. Мало публикаций, посвященных ее комплексному лечению в Украине и странах СНГ. По результатам зарубежных исследований, удовлетворяющих критериям доказательной медицины, эффективность применяемых медикаментов признается неудовлетворительной или сомнительной. Основными группами используемых в лечении БЛД препаратов являются различные диуретики, бронходилататоры, кислород и глюкокортикостероиды (ГКС).

В настоящее время в терапии БЛД достаточно широко используют различные бронходилататоры: ингаляционные бета-2-адреномиметики (сальбутамол – вызывает расслабление гладкомышечных тканей бронхов) и системные бронходилататоры – наиболее часто метилксантины – эуфиллин, теофиллин, кофеин (реже). Поскольку при проведении терапии у детей предпочтение отдают использованию ингаляционных форм препаратов, все шире внедряются новые комбинированные бронходилататоры, одним из представителей которых является беродуал, представляющий собой комбинацию ипратропия бромид и фенотерола гидробромид. На сегодняшний день это единственный препарат, который разрешено использовать у детей с массой тела – 1000 г.

Так как, по данным литературы, сальбутамол в первые недели жизни неэффективен, беродуал является препаратом выбора при лечении БЛД.

Использование данного препарата в комплексной терапии статистически достоверно улучшает легочную функцию, чему способствует антихолинергический его компонент. Снижает риск повторных госпитализаций у детей, находящихся на этапе реабилитации. Комбинация действующих веществ потенцирует бронхолитическое действие и пролонгирует время действия, поэтому для достижения эффекта возможно использование более низкой дозы β_2 -агониста, что позволяет практически полностью избежать осложнений. Это имеет существенное значение с учетом осо-