

© СТРУПОВЕЦ И.Н., ШИШКО Г.А., 2013

ОПТИМИЗАЦИИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕДОНОШЕННЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ С ГИПЕРБИЛИРУБИНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

СТРУПОВЕЦ И.Н.*, ШИШКО Г.А.**

УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»**

Резюме. Изучали катамнез детей с гипербилирубинемией, родившихся недоношенными. Проанализирована частота патологических наиболее часто встречающихся состояний у детей раннего возраста в зависимости от уровня билирубина по шкале Кокингтон в неонатальном периоде.

Ключевые слова: катамнез детей, неонатальный период.

Abstract. Catamnesis of premature infants with hyperbilirubinemia was studied. The frequency of the most wide-spread pathological conditions in infants, depending on the level of bilirubin on Cockington scale over the neonatal period was analyzed.

Keywords: catamnesis of infants, neonatal period.

Заблеваемость и инвалидность детского населения остается актуальной проблемой педиатрии. Основными причинами инвалидности детей являются заболевания нервной системы и психические расстройства. Согласно литературным данным, перинатальное поражение нервной системы у новорожденных оказывает существенное влияние не только на уровень летальности новорожденных и детей раннего возраста, но и на частоту неблагоприятного их дальнейшего нервно-психического и физического развития. Кроме того, данные нарушения оказывают влияние и на формирование у детей адаптационно-компенсаторных механизмов в отдаленном периоде развития.

Целью данной работы явилось изучение нервно-психического и соматического здоровья у детей, родившихся недоношенными.

Методы

Проведен проспективно-катамнестический анализ 42 амбулаторных карт форма 112/у недоношенных детей в возрасте четырех лет, проживающих в Гомельской области. Учитывались данные осмотра педиатра, обследования специалистов (невролога, офтальмолога, ЛОР-врача, логопеда, кардиолога), а также заболеваемость и частота госпитализаций недоношенных детей.

Токсическое действие билирубина связано с массой тела при рождении, нами использована шкала Cockington. Данная шкала учитывает массу тела при рождении

Адрес для корреспонденции: 246050, г. Гомель, ул. Ланге, 5, УО «Гомельский государственный медицинский университет». Моб.тел.: +375 (29) 370-03-08 – Струповец Инна Николаевна.

и выделяет 3 зоны: I зона, в которую включаются дети с уровнем билирубина, требующим проведение фототерапии; II зона неопределенная; III зона, которая требует проведения операции заменного переливания крови.

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с использованием пакета прикладных программ «StatSoft Statistica 6.0.».

Результаты и обсуждение

Установили, что 22 (52,4%) ребенка имели признаки неврологического дефицита, которые характеризовались задержкой моторного, речевого развития. Среди 22 недоношенных детей у 19% (8) детей в течение первого года жизни выявлены признаки двигательных нарушений. У детей с синдромами двигательных расстройств отмечается более позднее формирование основных двигательных навыков. Основными характеристиками в диагностике двигательных нарушений на первом году жизни являются мышечный тонус и рефлекторная активность. Изменения мышечного тонуса проявляются в виде мышечной гипертонии, гипотонии и дистонии.

Отставание в психическом развитии установили у 7,1% (3) детей, которые характеризовались снижением внимания, нарушением моторики, недоразвитием речи, нарушением звукопроизношения.

Проанализированы патологические неврологические синдромы и данные уровня билирубина в раннем неонатальном периоде согласно шкале Cockington. Среди недоношенных детей по уровню билирубина, вошедших в зоны шкалы Cockington в неонатальном периоде, задержку речевого развития имели 10 (23,8%) детей, во второй группе детей по уровню билирубина, не вошедших в зоны шкалы Cockington с задержкой речевого развития было 3 (7,1%) детей.

Наличие неврологического дефицита отмечалось у 8 (19,0%) детей с уровнем билирубина, включенным в зоны шкалы Cockington, и у 1 (2,4%) ребенка с уровнем

билирубина, не вошедшим в зоны шкалы Cockington. Это подтверждает данные о многофакторности токсического воздействия билирубина на ЦНС, которое приводит к поражению головного мозга без грубого органического дефекта и проявляется в более позднем возрасте как задержка психического развития.

Необходимо отметить, что по данным нейросонографии среди детей с уровнем билирубина, включенным в зоны шкалы Cockington, патологии не было у 6 (28,6%) детей, у 15 (71,4%) были изменения – перивентрикулярная инфильтрация (ПВИ) у 11 (52,3%) младенцев и внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) I степени у 4 (19,0%).

При этом среди детей зоны с уровнем билирубина, не включенным в зоны шкалы Cockington, изменений по данным нейросонографии не было выявлено вдвое больше – у 14 (66,7%) детей и только треть младенцев имели патологические изменения: ПВИ у 5 (23,8%) младенцев, ВЖК I степени у 2 (9,5%) детей.

После выписки из стационара амбулаторно-поликлиническое наблюдение за недоношенными детьми осуществляется в соответствии с «Инструкцией о порядке проведения диспансеризации детей», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.05.2007 г. №352, с изменениями – приказ от 29.08.2008 г. №811. Выжидание недоношенного ребенка после выписки из стационара осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, которая зависит от выявленных факторов риска развития патологии.

На основании результатов собственных исследований и систематизации литературных данных для наблюдения недоношенных новорожденных детей мы предлагаем следующую междисциплинарную программу наблюдения:

Осмотр врачом-педиатром: патронаж младенцев и их матерей с целью оказания медицинской и психологической помощи. Оценка нейрофизиологического, психологического развития в зависимости

от сроков гестации. Осмотр педиатра после выписки из стационара и далее 1 раз в две недели в течение 4-7 месяцев жизни, с 7 месяцев жизни 1 раз в месяц.

Осмотр логопедом в 3 месяца жизни совместно с психологом, затем в 5 месяцев, 7 месяцев, 9 месяцев и в 12 месяцев жизни для детей с уровнем билирубина: более 200 мкмоль/л к 72 часу жизни и массой тела 1500-2000 граммов при рождении; более 230 мкмоль/л к 72 часу жизни и массой тела более 2000 граммов при рождении.

Осмотр логопедом в 5 месяцев жизни совместно с психологом, затем в 7 месяцев, 9 месяцев и в 12 месяцев жизни для детей с уровнем билирубина более 170 мкмоль/л к 72 часу жизни для детей с массой тела до 1500 граммов при рождении.

Осмотр неврологом после выписки ребенка из стационара и далее 1 раз в месяц для всех недоношенных младенцев с гипербилирубинемией, родившихся в асфиксии с минимальными поражениями ЦНС.

Для детей с уровнем билирубина более 170 мкмоль/л к 72 часу жизни и с массой тела до 1500 граммов при рождении: осмотр неврологом совместно с инструктором по лечебной физкультуре в 5 месяцев жизни и далее ежемесячно для неврологической оценки двигательных, речевых и психических функций у ребенка.

Консультация психолога каждые два месяца жизни. Психологическое обследование проводится с целью более точной оценки психологического развития младенцев и качества взаимодействия в паре мать и дитя. Оценка ранних этапов формирования родительско-детских отношений в паре мать и младенец.

Заключение

Таким образом, сочетание минимальных нейросонографических данных поражения головного мозга (ВЖК I и ПВИ) с гипербилирубинемией являются факторами риска по развитию неврологического дефицита у недоношенных детей в раннем возрасте и требуют эффективной диспансеризации, а также профилактических мероприятий как в неонатальном периоде, так и на первом году жизни, направленных на профилактику заболеваемости и инвалидности детей.

Литература

1. Вельтишев, Ю.Е. Детская инвалидность: медицинские и социальные аспекты, меры профилактики. Лекция для врачей, Москва. – 2000. – 68 с.
2. Волгина, С.Я., Менделевич, В.Д. Нервно-психическое развитие недоношенных детей в отдаленные периоды жизни // Неврологический вестник. - 2001. - Т. XXXIII, вып. 3-4. - С. 84 – 88.
3. Володин, Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии. М.: Гэотар, 2004.
4. Гипербилирубинемия новорожденных: традиционные и новые аспекты этиологии, патогенеза и потенциальных осложнений / Г.А. Шишко [и др.] // ARS Medica. – 2008. – № 7. – С. 83 – 87.
5. Гордеев, В.И., Александрович, Ю.С. Качество жизни (QOL). Новый инструмент оценки развития детей. – СПб.: Речь, 2001. – 197с.
6. Hyperbilirubinemia in preterm infant and neurodevelopment outcome 2 years of age: Results of a National Collaborative Survey/M.van de Bor//Pediatrics Vol.83, № 6. – 1989. – P.915-920.
7. Papile, L.A. Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: A study of infants with birth weights less than 1500 gm / L.A. Papile // J. Pediatr. – 1978. – Vol. 92. – P. 529- 534.

Поступила 27.12.2012 г.
Принята в печать 04.03.2013 г.

Сведения об авторах:

Струповец И.Н. – главный педиатр управления здравоохранения Гомельского облисполкома, Шишко Г.А. – профессор, д.м.н., заведующий кафедрой неонатологии с медицинской генетикой ГУО «БелМАПО».