

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Савельева Александра Евгеньевна

студент, ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздрава РФ, РФ, г. Саратов

Погребнова Людмила Алексеевна

студент, ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздрава РФ, РФ, г. Саратов

Белова Ольга Львовна

научный руководитель, доцент кафедры профпатологии, гематологии и клинической фармакологии, канд. мед. наук, ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздрава РФ, РФ, г. Саратов

Актуальность: Недоношенность — это рождение ребенка до завершения 37 полных недель беременности (менее 260 дней). Данный диагноз является проблемой, привлекающей серьезное внимание в области педиатрии.

Глобальные масштабы данного явления впечатляют: более 15 миллионов новорожденных, что составляет примерно 10% от общего числа, рождаются недоношенными ежегодно. Неутешительные статистики указывают на то, что свыше миллиона из них подвергаются риску преждевременной смерти, а выжившие нередко сталкиваются с физическими, неврологическими и когнитивными осложнениями [5].

Факторы, обуславливающие преждевременные роды, включают интегральный спектр воздействий, таких как история прежних случаев преждевременных родов, медицинские состояния матери, включая гипертонию и диабет, многоплодные беременности, а также дефицит антенатальной заботы. Факторы стиля жизни, такие как курение и употребление алкоголя, а также социально-экономические аспекты, такие как низкий социально-экономический статус, формируют сложный мозаичный образ возможных рисков. [4]. Генетические детерминанты также заслуживают внимания в контексте формирования стратегий профилактики и управления беременностью для предотвращения недоношенности [1].

Мировое внимание к проблеме недоношенности подчеркивается учреждением Международного дня недоношенных детей в 2009 году под эгидой Европейского фонда по уходу за новорожденными. Этот день служит платформой для обращения к научным и практическим аспектам улучшения медицинской помощи и социальной поддержки недоношенным новорожденным [3, с. 9].

В 2022 году в Саратовской области зафиксировано свыше 1000 случаев недоношенности детей с различными патологиями. Поэтому особо актуально освещать эту проблему, а также анализировать клинические практики по выхаживанию недоношенных детей [2].

Цель: провести анализ факторов риска преждевременных родов, описать выхаживание недоношенных детей на примере клинического случая в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых ГУЗ «Клинический перинатальный центр Саратовской области».

Описание клинического случая. Пациент П. поступил в отделение реанимации интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) ГУЗ «КПЦСО» в сентябре 2023 г. Ребенок рожден от 1 беременности, на сроке гестации 25,4 недели. Во время беременности у матери диагностированы тяжелая преэклампсия, маловодие, прогрессирующая фетоплацентарная недостаточность, нарушение маточно-плацентарного кровотока II степени, анемия беременных средней степени.

Масса тела при рождении 905 г, рост – 32 см, окружность головы – 24 см. В родильном зале по Шкале Апгар через минуту после рождения был выставлен балл 2, через 5 минут – 3, через 10 минут – 4. Оценка по шкале Балларда 4 балла, что соответствует сроку гестации, по системе Integrowth-21 физическое развитие среднее гармоничное.

После оказания реанимационной помощи доставлен в ОРИТН на ИВЛ в транспортном кувете. На этапе родильного зала с заместительной целью введен препарат «Курасурф» в дозировке 200мг/кг, эндотрахеально.

При поступлении состояние тяжелое, обусловлено дыхательными расстройствами, неврологической симптоматикой на фоне недоношенности, морфофункциональной незрелости. Сознание соответствует сроку гестации, поза вялой экстензии, двигательная активность угнетена.

На основании анамнестических данных и физикального осмотра поставлен предварительный диагноз:

Основной: Крайняя незрелость, недоношенность, срок гестации 25 4/7 недель. Экстремально низкая масса тела при рождении.

Осложнения: Синдром дыхательных расстройств у новорожденных, дыхательная недостаточность 3 степени.

Новорожденному назначили лечение и план обследований:

1. Режим лечебно-охранительный, кувет, мониторное наблюдение, фиксация шейного отдела головы, учет диуреза.
2. Респираторная терапия: Высокочастотная осцилляторная ИВЛ, под контролем газов крови, сатурации гемоглобина, санация верхних дыхательных путей и трахеобронхиального дерева.
3. Энтеральное питание: «Нутрилон Пре 0».
4. Инфузионная терапия по физиологической потребности (ФП) глюкозо-электролитными растворами: 90мл/кг/сутки в объеме 80,9 мл/сутки.
5. Парентеральное питание: Аминовен 10% из расчета по ФП по белкам, Смофлипид 20% из расчета по ФП по жирам
6. Антибактериальная терапия: Ампициллин/Сульбактам 75мг/кг/с Гентамицином 5мг/кг в течение 48 часов.
7. Аналептическая терапия: Кофеин – бензоат натрия 20% нагрузочная доза 20 мг/кг однократно.
8. Профилактика геморрагического синдрома: Менадиона натрия бисульфит 1% 0,1 мг/кг.

Одновременно с назначенной терапией ребенку назначили лабораторные обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмму, посев крови на стерильность, посев мокроты на стерильность, общий анализ мочи, копрограмму и бактериальный посев кала. В этот же день назначены инструментальные методы: электрокардиография, доплер-эхокардиография, ультразвуковое исследование внутренних органов, нейросонография, рентгенография органов грудной клетки и обзорную рентгенографию органов брюшной полости.

В результате полученных результатов лабораторных и инструментальных исследований через 3 дня был выставлен окончательный диагноз и скорректирована терапия недоношенного:

Основной диагноз: Крайняя незрелость, недоношенность, срок гестации 25 4/7 недели. Экстремально низкая масса тела при рождении. Конкурирующее заболевание: Ранний неонатальный сепсис. Осложнения: Синдром дыхательных расстройств у новорожденных, дыхательная недостаточность 3 степени. Септический шок (полиорганная недостаточность, геморрагический синдром). Сопутствующие заболевания: Внутривентрикулярное кровоизлияние 2 степени с обеих сторон. Церебральная ишемия. Сопор. Открытое овальное окно.

С учетом полученных лабораторных, инструментальных данных, клинической картины состояния недоношенного – крайняя незрелость, недоношенность, срок гестации 25 4/7 недели, экстремально низкая масса тела при рождении, дыхательная недостаточность 3 степени, полиорганная недостаточность, геморрагический синдром, внутривентрикулярное кровоизлияние 2 степени с обеих сторон, церебральная ишемия, ребенка перевели на ИВЛ в режиме SIMV с соответствующими параметрами, провели коррекцию терапии. С антибактериальной целью на 12 суток назначен Меронем 20 мг/кг в течение 12 часов – внутривенно (с 01.10.2023 по 12.10.2023), Линезолид 10 мг/кг в течение 12 часов – внутривенно (с 01.10.2023 по 12.10.2023); скорректирована аналептическая терапия с целью возбуждения дыхательного и сосудодвигательного центра продолговатого мозга: кофеин – бензоат натрия 20% в поддерживающей дозе 10 мг/кг в сутки – внутривенно.

Добавлена кардиотоническая терапия для купирования сердечной недостаточности:

Добутамин 1,25% с титрованием по эффекту (с 01.10.2023 по 08.10.2023)

Допамин 4% с титрованием по эффекту (с 01.10.2023 по 08.10.2023)

Адреналин 0,1% с титрованием по эффекту (с 01.10.2023 по 06.10.2023)

Норадреналин 0,2% с титрованием по эффекту (с 01.10.2023 по 06.10.2023).

Кроме этого, назначена гемостатическая терапия (Этамзилат 0,1 мл/кг каждые 6 часов с 01.10.2023 по 05.10.2023), системная глюкокортикостероидная терапия с целью потенцирования эффекта кардиотоников (Дексаметазон 0,5 мг 4 раза/сутки с 01.10.2023 по 04.10.2023). А также назначена медикаментозная седация (Мидазолам 0,2 мг/кг в час с 01.11.2023 по 03.11.2023)

На 19.10.2023 масса ребенка составляет 1035 г. Состояние тяжелое за счет септического процесса, дыхательной недостаточности, неврологической симптоматики на фоне глубокой недоношенности. Сознание формальное. На осмотре реагирует вялой двигательной активностью кистей и стоп. Глаза закрыты, мышечный тонус снижен. Физиологические рефлексы угнетены.

Кожа чистая, розово-субиктеричная, теплая. На коже правой конечности экхимозы в стадии разрешения. Видимые слизистые оболочки влажные, розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка отсутствует, позиционные отеки.

Продолжается ИВЛ в режиме SIMV с параметрами соответствующие состоянию, с аппаратом синхронен, респираторно компенсирован.

Гемодинамика компенсирована, стабильна, в кардиотонической поддержке не нуждается. Энтеральное питание в трофическом объеме усваивает.

На 29.10.2023 масса ребенка 1255 г. Состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности, неврологической симптоматики на фоне крайней незрелости. На осмотр реагирует вялой двигательной активностью конечностей, гримасой недовольства. Глаза открывает редко. Видимых судорог нет.

Кожа чистая, розовая с субиктеричным оттенком, теплая. Видимые слизистые влажные, розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка отсутствует.

Продолжается ИВЛ в режиме SIMV с параметрами соответствующие состоянию, с аппаратом синхронен, респираторно компенсирован.

Гемодинамика компенсирована, стабильна, в кардиотонической поддержке не нуждается. Энтеральное питание в трофическом объеме усваивает. Мочеиспускание свободное.

Благодаря правильно подобранной терапии и контролю клинических данных к данному периоду удалось купировать и разрешить такие состояния, как ранний неонатальный сепсис, септический шок (полиорганная недостаточность, геморрагический синдром), внутрижелудочковое кровоизлияние 2 степени с обеих сторон, церебральная ишемия. Поэтому лечение к 30 дню жизни было скорректировано.

Отменены кардиотоническая, гемостатическая, системная глюкокортикостероидная терапия с целью потенцирования эффекта кардиотоников терапии и медицинская седация.

Антибактериальная терапия продолжается («Меронем» 20 мг/кг каждые 8 часов, «Линезолид» 10 мг/кг каждые 8 часов) с 12.10.2023 по 02.11.2023.

Для профилактики анемии новорожденных назначен «Эпокрин» 200 Ед/кг.

У недоношенных детей повышен риск развития бронхолегочной дисплазии, в соответствии с этим назначены «Дексаметазон» 0,02 мл 2 раза в сутки, «Пульмибуд» 250 мкг 2 раза в сутки через небулайзер.

06.11.2023 масса ребенка 1415. Ребенок был экстубирован и переведен в режим nCPAP, так как по данным кислотно-основного состояния газовый обмен был компенсирован на минимальных параметрах ИВЛ. Энтеральное питание усваивает в полном назначенном объеме.

Отменена антибактериальная терапия. Для профилактики анемии продолжается подкожное введение препарата «Эпокрин» в дозировке 200 Ед/кг 3 раза в неделю. Также назначен «Мальтофер» 4 мг/кг/с. Продолжается терапия бронхолегочной дисплазии («Дексаметазон» 0,01 мл 2 раза в сутки, «Пульмибуд» 250 мкг 1 раз в сутки через небулайзер, «Верошпирон» 2,5 мг 2 раза в сутки). Кроме этого, добавлена терапия для профилактики рахита («Аквадетрим» 1000 МЕ 1 раз в сутки).

Состояние ребенка тяжелое, стабильное. Неврологический статус прежний. Кожа бледно-розовая, теплая, чистая. Дыхание спонтанное с респираторной поддержкой в режиме nCPAP с соответствующими параметрами, проводится над всеми полями легких.

11.11.2023 у ребенка наблюдается восстановление спонтанного дыхания, вследствие этого nCPAP отменен, налажена подача увлажненного кислорода в кувез. Лекарственная терапия сохраняется в таком же объеме.

23.11.2023 масса ребенка составляет 1479 г. Состояние тяжелое за счет дыхательных расстройств, неврологической симптоматики на фоне крайне незрелости. В сознании, поза вялой экстензии. На осмотр реагирует двигательной и эмоциональной активностью. Мышечный тонус снижен, физиологические рефлексы фрагментированы. Кожа бледно-розовая, теплая, видимы слизистые оболочки влажные, розовые, чистые. Дыхание спонтанное с дотацией увлажненного кислорода через лицевую маску до 2-3 л/мин. Ритм синусовый, тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул самостоятельный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное.

Энтеральное питание усваивает в полном объеме через желудочный зонд, калораж на данном этапе составляет 140 ккал/сутки.

На данном этапе сохраняется инфузионная терапия: Sol. Glucosae 10% - 60 мл, Sol. Glucosae 40%-5 мл, Magnesiisulfatis 25% - 0,3 мл, Kaliichloridi 7,5% - 4,5 мл. Также сохраняется аналептическая терапия («Кофеин бензоат натрия 20%» - 0,03 мл 2 раза в сутки, п/к), терапия для профилактики железодефицитной анемии («Мальтофер» 6,0 мг 1 раз в сутки),

терапия бронхолегочной дисплазии («Верошпирон» 3 мг 2 раза в сутки), терапия для профилактики рахита (Колекальциферол «Аквадетрим» 1000 МЕ 1 раз в сутки).

По решению врачебной комиссии 29.11.2023 ребенок может быть переведен в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ГУЗ «КПЦСО», так как urgentные состояния, требующие наблюдения в палате интенсивной терапии, купированы.

Диагноз при выписке из отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных:

Основной: Крайняя незрелость, недоношенность, срок гестации 25 4/7 недели. Экстремально низкая масса тела при рождении.

Осложнения: Бронхолегочная дисплазия. Дыхательная недостаточность 1 степени.

Сопутствующие заболевания: Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС средней степени тяжести. Открытое овальное окно.

Заключение: В заключении хочется отметить, что вопрос рождения недоношенных детей является сложным и многогранным. Необходим тщательный анализ факторов риска, таких как история преждевременных родов, медицинские состояния матери и социальные аспекты, подчеркивает необходимость активного вмешательства для предотвращения этого явления.

На примере вышеописанного клинического случая можно сделать вывод, что лечение недоношенных детей длительный и сложный процесс, который предусматривает различные виды терапии и использование большого количества лекарственных препаратов. Кроме этого, длительное пребывание ребенка в палате интенсивной терапии приводит к появлению различных сопутствующих заболеваний в будущем. И к сожалению, на данный момент отсутствует универсальный метод лечения, который может предупредить развитие осложнений.

В связи с этим, мы считаем, что важность предотвращения факторов риска рождения недоношенных детей не может быть недооценена. Разработка и внедрение эффективных стратегий профилактики, укрепление антенатальной заботы, поощрение здорового образа жизни у будущих матерей, а также активная работа по ранней диагностике и мониторингу беременностей являются ключевыми компонентами снижения риска преждевременных родов.

Особое внимание следует уделить внедрению системы ранней постановки на учет, обеспечивающей своевременное выявление потенциальных рисков и целенаправленное вмешательство. Такие меры не только содействуют уменьшению случаев недоношенности, но и способствуют повышению качества материнского и детского здоровья.

Список литературы:

1. Алсет Дема, Генетические аспекты задержки развития плода. Обзор // «Живые и биокосные системы». – 2021. – № 35.
2. Информационно-аналитический доклад «О положении детей и семей, имеющих детей, в Саратовской области», Правительство Саратовской области, 2022 [Электронный ресурс]. URL: https://social.saratov.gov.ru/statisticheskaya_informatsiya_o_deyatelnosti_ministerstva/statistichesk_ie_dannye/doklad_o_polozhenii_detej/ (Дата обращения 01.12.2023)
3. Землянская Н.В. Международный день недоношенного ребенка - светлый праздник! // Главврач Юга России. 2015. №1 (42). – С. 9 – 11.
4. Скрипниченко Ю. П., Баранов И.И., Токова З.З. Статистика преждевременных родов. Проблемы репродукции. 2014;(4). – С. 11-14.
5. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. –URL: <https://www.who.int/>

ru/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies. (Дата обращения 01.12.2023)