

Заключение. В настоящее время в Гродненской области смертность среди ВИЧ – инфицированных пациентов у мужчин выше в 2 раза, чем у женщин. Основной причиной смерти у мужчин является туберкулез, у женщин ведущая причина смертности - декомпенсация цирроза печени различной этиологии (ВГС, алкоголизм, наркопрепараты). Обоснованным является проведение химиопрофилактики туберкулеза у всех ВИЧ-инфицированных с целью снижения смертности.

Литература

1. Эпидситуация по ВИЧ-инфекции на территории Республики Беларусь // <http://www.hiv-by/info>.
2. Пархоменко Ю.Г. Анализ аутопсий при ВИЧ-инфекции / Ю.Г. Пархоменко, О.А. Тишкевич, В.И. Шахгильдян // Архив патологии. – 2003. - № 3. – С. 24-29.
3. Клинико-морфологические особенности и проблемы диагностики генерализованного гематогенного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов / Н.В. Матиевская, Е.Н. Кроткова, Н.И. Прокопчик [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2010. - № 4. – С. 49-52.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УЗ «ГОКПЦ»

*Пальцева А.И., Козич А.А. *, Пономаренко С.М. **

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

Согласно данным статистики, удельный вес недоношенных новорожденных в популяции не имеет существенной динамики к снижению и составляет от 5,5% до 6% [2]. В УЗ «ГОКПЦ» в течение последних 6 лет также сохраняется достаточно высокий (7,8-8,0%) удельный вес недоношенных. Современные технологии выхаживания недоношенных позволяют в подавляющем большинстве случаев вырастить им здоровыми, полноценными и приносить радость семье и пользу обществу. Сохранение жизни и здоровья недоношенных детей продолжает оставаться одной из первоочередных задач перинатологии и неонатологии.

Цель исследования - оценка эффективности организации медицинской помощи недоношенным новорожденным на этапе выхаживания в УЗ «ГОКПЦ».

Материал и методы. Клинико-лабораторное наблюдение, функциональные методы обследования, специализированная помощь смежных специалистов (кардиологов, неврологов, офтальмологов), консультативная помощь сотрудников второй кафедры детских болезней УО «ГрГМУ».

Под нашим наблюдением находилось 823 недоношенных новорожденных.

Число детей с низкой и экстремально низкой массой тела за последние годы значительно выросло. Тем не менее, заболеваемость и смертность среди них значительно снизилась, благодаря внедрению современных технологий выхаживания недоношенных в УЗ «ГОКПЦ».

Результаты и обсуждения. Современные технологии выхаживания детей с ОНМТ и ЭНМТ, прежде всего, включают в себя антенатальную профилактику РДС при угрозе преждевременных родов; раннюю респираторную поддержку с использованием технологии спонтанного дыхания с положительным давлением (Continuous Positive Airway Pressure, СРАР); заместительную сурфактантную терапию; сердечно-сосудистую поддержку; профилактику нозокомиальной инфекции; обеспечение развивающего ухода и раннюю профилактику БЛД.

Разработана и применяется в клинике антенатальная профилактика РДС дексаметазоном у беременных с гестозом средней и тяжелой степени, внедрен протокол первичной реанимации недоношенных новорожденных.

Принимая во внимание данные собственного анализа применения сурфактантной терапии, мы используем стратегию сверххранного (первые 15 минут после рождения) и раннего (первые 2 часа) их введения.

Методика сверххранного введения «Куросурфа» заключалась в том, что новорожденным со сроком гестации до 32 нед. с ОНМТ и ЭНМТ в родильном зале сразу после рождения проводили эндотрахеальное введение «Куросурфа» в дозе 200 мг/кг и налаживали оксигенотерапию методом спонтанного дыхания под повышенным давлением выдоху (СРАР). В дальнейшем, в случае увеличения потребности в кислороде до 45-50%, обсуждали вопрос о проведении ИВЛ. Показаниями для

перевода на ИВЛ являлись: дыхательный ацидоз ($pH < 7,2$ и $pCO_2 > 55$ мм рт. ст.) или частые длительные эпизоды апноэ.

При сверхраннем введении «Куросурфа» новорожденным с ОНМТ и ЭНМТ удавалось в течение 45 минут жизни обеспечить достаточную поставку кислорода благодаря нормализации ключевых параметров кислородного статуса.

Достоверно улучшались аналогичные показатели и при раннем введении «Куросурфа», однако при сверхраннем его введении нормализация кислородного статуса происходила быстрее, что позволяло снизить потребность в проведении ИВЛ. Так, 3 (9,7%) новорожденным I группы не понадобилось проведение инвазивной ИВЛ, в то время как всем детям II группы выполнялось протезирование дыхательной функции. Сверхраннее введение «Куросурфа» дало возможность значительно снизить агрессию проводимой ИВЛ, смягчив основные ее параметры в течение 45 минут постнатальной жизни ребенка. Нормализация газового состава крови и снижение потребности в ИВЛ, а также уменьшение степени ее агрессии способствовали значительному снижению частоты неврологических осложнений РДС. Так, геморрагические и структурно-сосудистые повреждения головного мозга диагностированы у 3 (9,6%) новорожденных I группы и у 6 (18,7%) – II группы ($p < 0,05$). Новорожденные I группы в 3 раза реже нуждались в повторном введении «Куросурфа» по сравнению с детьми II группы (5-16,1% и 15-46,8% соответственно, $p < 0,05$).

Средняя продолжительность пребывания на ИВЛ новорожденных I группы составила $52,2 \pm 4,8$ часа, что на 54,4 часа меньше, чем в группе с более поздним введением препарата. Длительность лечения в отделении реанимации снизилась на 8,8 суток: с $18,9 \pm 3,2$ суток до $10,1 \pm 1,2$ суток ($p < 0,05$).

В I группе значительно реже регистрировались случаи проявления госпитальной инфекции, что позволило на 38% реже использовать третий и четвертый курсы антибактериальной терапии. Осложнений от сверхраннего введения препарата «Куросурф» нами не зарегистрировано.

В отделении постоянно проводится микробиологический мониторинг с индивидуальным подбором антибактериальной

терапии с учетом чувствительности выделенного патогена.

Основой успеха, возможно, его первым и главным звеном по-прежнему является лечебно-охранительный режим и температурный комфорт ребенка, необходимость которых была научно обоснована еще 150 лет назад.

Важной составляющей высокого искусства выхаживания недоношенных с ОНМТ и ЭНМТ является их адекватное энергетическое обеспечение. В ОИТРН постоянно совершенствуется методика энтерального вскармливания. Энтеральная нагрузка подбирается индивидуально для каждого ребенка при соблюдении общепринятых принципов: раннее энтеральное кормление и парентеральная поддержка основными ингредиентами (глюкоза и аминокислоты). Раннее энтеральное кормление (1-3 день жизни) – минимальное трофическое питание применяется с целью функционального и морфологического созревания ЖКТ.

Непременным условием успешного выхаживания новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ является использование методики неонатального индивидуального развивающего ухода – NIDCAP.

Манипуляции забора крови проводятся в щадящем режиме, с целью обезболивания перед болезненной процедурой в рот ребенку капается 1 капля 30% раствора глюкозы.

Несмотря на то, что в центре родоразрешаются женщины из групп высокого риска, за последние годы удалось значительно снизить перинатальную заболеваемость и стабилизировать раннюю неонатальную смертность на уровне 1,2-1,5‰ в течение последних 3 лет.

Таким образом, современные технологии выхаживания недоношенных, включающие антенатальную профилактику, раннюю заместительную сурфактантную терапию, адекватную респираторную поддержку, неонатальный индивидуальный развивающий уход позволяют значительно снизить заболеваемость, смертность новорожденных и способствуют решению демографической проблемы в РБ и повышению качества медицинской помощи новорожденным.