

6. При организации работы Школ здоровья, в т.ч. школ диабета, необходимо учитывать появившуюся потребность пациентов в on-line обучении.

Литература

1. Глобальный доклад по диабету [Global report on diabetes]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Режим доступа: <https://www.who.int/diabetes/global-report/ru/>. Дата доступа: 15 янв. 2020

ПРОБЛЕМА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Синица Л. Н., Пальцева А. И., Новосад Е. А.*, Пархоменко А. В.*

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь
Гродненский областной клинический перинатальный центр, г. Гродно, Республика Беларусь*

Резюме. В статье проанализированы некоторые аспекты проблемы бронхолегочной дисплазии, которая формируется у глубоко недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, что связано с увеличением частоты выхаживания данной группы пациентов.

Ключевые слова: недоношенный ребенок, дыхательные расстройства, бронхолегочная дисплазия.

THE PROBLEM OF BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA IN PREMATURE INFANTS AT THE PRESENT STAGE

Sinitsa L. N., Paltseva A. I., Novosad E. A.*, Parkhomenko A. V.*

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Grodno Regional Clinical Perinatal Center, Grodno, Belarus*

Summary. The article analyzes some aspects of the problem of bronchopulmonary dysplasia, which is formed by deeply premature infants with extremely low body weight, which is associated with an increase in the frequency of nursing of this group of patients at the present stage.

Key words: premature infant, respiratory distress, bronchopulmonary dysplasia.

Введение. В современном мире частота преждевременных родов составляет 5-7% и тенденции к снижению этого показателя не отмечается [1, 2].

В Республике Беларусь удельный вес преждевременных родов стабилизировался на уровне 4,0-5,0% [2].

Заболевания бронхолегочной системы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности новорожденных и грудных детей [1, 3, 4]. Для неонатального периода характерно развитие такой патологии как бронхолегочная дисплазия (БЛД), которая формируется преимущественно у недоношенных детей, имеет хроническое течение и может стать причиной отдаленной летальности от легочных причин [1, 4].

Частота БЛД в последние годы остается неизменной за счет последствий двух разнонаправленных тенденций современной неонатальной реанимации. С одной стороны, совершенствование методов респираторной поддержки приводит к повышению частоты выживаемости недоношенных детей с экстремально низкой массой тела при рождении энмт) очень низкой массой тела (ОНМТ), но ведет к увеличению числа новорожденных, у которых формируется бронхолегочная дисплазия [1, 3, 4].

У детей с ЭНМТ при рождении частота формирования БЛД достигает 50% и является одной из основных причин смертности этих пациентов [1, 3, 4]. В настоящее время в США около 26,0% детей, рожденных с ЭНМТ или ОНМТ, формируют БЛД, несмотря на то, что в 95,0% случаев они получают заместительную терапию сурфактантом и в 89,0% – респираторную поддержку. У детей с гестационным возрастом менее 29 нед и массой при рождении менее 750,0 г частота формирования БЛД может достигать 65-67%, в то время как у детей с гестационным возрастом более 32 нед и массой при рождении более 1250,0 г – всего лишь 1-3,6% [1, 4, 5].

Цель: показать проблему БЛД в разрезе необходимой респираторной поддержки у недоношенных детей с бронхолегочной дисплазией и без нее в современных условиях.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 150 медицинских карт стационарного пациента детей в неонатальном периоде, которые разделены на 2 группы. Все недоношенные дети родились в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», являющийся 3-м уровнем оказания перинатальной помощи в Гродненском регионе. Основную группу (1) составил 91 недоношенный ребенок (65 мальчиков и 26 девочек, $p < 0,05$) с клиническим диагнозом «бронхолегочная дисплазия». Частота формирования бронхолегочной дисплазии составила 6,6% среди всех недоношенных детей. При анализе частоты заболеваемости недоношенных новорожденных БЛД в зависимости от массы тела при рождении получены следующие результаты: у младенцев с массой тела до 1000,0 г – 50,0%, у детей от 1000 до 1500,0 г – 12,6%, а у недоношенных с массой тела более 1500,0 г – 1,2%. Согласно критериям оценки степени тяжести, легкая степень тяжести заболевания диагностирована у 14 (15,4%) детей, средняя степень у 61 (67%) детей и тяжелая – у 16 (17,6%) детей.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica-10.0», Microsoft Excel 2010

в соответствии с принципами доказательной медицины. Проверку на нормальность распределения статистических показателей проводили путем построения гистограмм в программе «Statistica-10.0», а также с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. При соответствии данных нормальному распределению значения количественных признаков представляли в виде $M \pm SD$, где M – среднее значение количественного признака, SD – стандартное отклонение среднего. Различия между группами выявлялись при помощи критерия χ^2 , критерия Стьюдента. При отклонении количественных признаков от нормального распределения данные представляли в виде Me (25;75 перцентили), где Me – медиана. Использовались методы непараметрической статистики с применением U-критерия Манна-Уитни (сравнение двух независимых переменных). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Дети 1 группы родились у женщин, средний возраст которых составил 27 (16;39) лет, в группе 2 – 26 (19;36) лет. Количество беременностей в группе детей с БЛД в среднем – 3 (1;13), родов 2 (1;6), в группе сравнения 2 (1;6), 1 (1;6) соответственно.

Установлено, что статистически чаще на внутриутробном этапе у детей основной группы развивалась хроническая внутриутробная гипоксия плода ($p=0,0002$). Синдром задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) был в группе детей, сформировавших БЛД, у 25 (27,2%) младенцев, против 9 (14,7%) в группе сравнения ($p=0,04$). При этом ЗВУР 3 степени встречалась у 7 (7,4%) детей, развивших в дальнейшем БЛД ($p=0,02$).

При анализе гестационного возраста в 1-й группе в сроке 28 нед и менее родилось 60,6% детей, 29–31 нед – 33,1%, более 32 нед – 6,3%. Вторая группа сравнения была сопоставима по гестационному возрасту с основной группой: 31 нед и менее – 90,05%, более 32 нед – 6,7%.

При анализе массы тела при рождении установлено, что в 1-й группе с массой тела, равной 1000,0 г и менее родилось 54,5% детей; с массой более 1000,0 г – 54,5%. Однако с массой более 1250,0 г – только 15,2% новорожденных. В группе сравнения дети с ЭНМТ составили 66,7%, более 1000,0 г – 33,3%. Среди детей с массой более 1000,0 г 60% детей имели массу более 1250,0 г и 40% – от 1000,0 до 1250,0 г. Таким образом, большая часть младенцев, у которых сформировалась БЛД, имели экстремально низкую массу тела.

На следующем этапе нами изучено течение раннего неонатального периода у недоношенных детей. Состояние при рождении у всех недоношенных детей оценено как тяжелое, обусловлено развитием дыхательной недостаточности с первых минут жизни, неврологическими проявлениями (симптом угнетения ЦНС, реже в сочетании с судорожным синдромом), морфофункциональной незрелостью на фоне недоношенности. Оценка по шкале Апгар на первой минуте у детей основной группы составила $7,1 \pm 1,8$ баллов, в группе сравнения $7,8 \pm 1,6$ баллов ($p > 0,05$), к 5 минуте на фоне проведения первичной реанимационной помощи оценка повысилась в основной

группе до $8,02 \pm 1,6$ и до $8,53 \pm 1,4$ в группе сравнения ($p > 0,05$). Асфиксия усугубляла состояние тяжести ребенка при рождении и является одним из факторов риска тяжелого респираторного дистресс-синдрома (РДС) у недоношенных и поражения центральной нервной системы.

Клиническая картина РДС развивалась у 135 детей (90,0%) в течение первых часов жизни после рождения в виде прогрессирования дыхательной недостаточности: одышка 70–90 дыхательных движений в минуту, усиление цианоза, в легких на фоне неравномерно ослабленного дыхания, крепитирующие хрипы. В группе детей, сформировавших БЛД, РДС развился в 98,2% случаев, в группе сравнения у 46 (78%) пациентов ($p < 0,05$).

Сурфактантную терапию получили все дети из 1-й группы; 93,2% детей второй группы. Все дети получили сурфактант в дозе 100–200 мг/кг по фосфолипидам. Проведен анализ количества потребовавшихся введений одному ребенку (таблица 1).

Таблица 1– Анализ необходимости в сурфактантной терапии у недоношенных детей, абс. (%)

Количество введений сурфактантов	1 группа n=91	2 группа n=59	p
1 раз	46 (50,5)	51 (92,7)	<0,001
2 раза	37 (40,7)	1 (1,8)	>0,05
3 раза	8 (8,8)	3 (5,5)	>0,05

Всем детям сурфактантная терапия проводилась в первые 4 дня жизни, причем 1-е введение у 87,9% детей 1-й группы и у 90,0% новорожденных 2-й группы выполнено в течение 1-го часа жизни. Таким образом, каждый второй ребенок из сформировавших в дальнейшем БЛД потребовал повторных введений сурфактанта. В тоже время дети второй группы в подавляющем большинстве не нуждались в повторной терапии сурфактантом.

В связи с развитием тяжелой дыхательной недостаточности новорожденные дети требовали проведения ИВЛ, чаще в основной группе – 86 (94,2%) младенцев; в группе сравнения ИВЛ проводилась у 30 (50,8%) новорожденных ($p < 0,05$).

При оценке сроков вентиляции, отмечено, что более длительная ИВЛ у детей основной группы, средние сроки составили $21,8 \pm 5,1$ дней, в группе сравнения $7,7 \pm 2,1$ дней, что является одним из прогностических факторов риска для формирования БЛД ($p < 0,05$). Обращало на себя внимание, что дети, у которых сформировалась БЛД, за период нахождения в стационаре в 55 случаях (64,0%) имели факт повторных реинтубаций по поводу дыхательной недостаточности, против 4 (7,3%) случаев в группе сравнения ($p < 0,05$). Так же в группе детей, развивших БЛД, имело место осложнение ИВЛ в виде развития пневмоторакса у 4 младенцев. После инвазивной вентиляции 78 (64,4%) новорожденным проводилась вспомогательная вентиляция легким назальным СРАР, средние сроки составили $3,4 \pm 1,9$ дней в группе детей с БЛД, против $1,7 \pm 0,4$ дней в группе сравнения ($p = 0,007$). В дальнейшем 97 (84,2%) детей

требовали проведение пролонгированной оксигенотерапии через маску : средние сроки составили $18,7 \pm 6,1$ дней в основной группе и $3,6 \pm 1,0$ дней в группе сравнения ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что в настоящее время проблема бронхолегочной дисплазии в большей степени касается глубоко недоношенных младенцев. Установлено, что 90,0% случаев БЛД регистрируется у детей, родившихся в сроке 31 неделя и менее и до 50,0% недоношенных детей с ЭНМТ имеют тяжелое поражение легких. Дети с БЛД достоверно чаще нуждались в повторном использовании сурфактантной терапии, длительном проведении ИВЛ и кислородотерапии, следовательно увеличивались экономические затраты на выхаживание данной группы пациентов.

Литература

1. Avery's diseases of the newborn / [edited by] C. A. Gleason, S. U. Devaskar. – 9th ed. – 2012. – P. 659, 665-666, 670.
2. Вильчук, К. У. Роль РНПЦ «Мать и дитя» в организации разноуровневой системы оказания перинатальной помощи в Республике Беларусь / К. У. Вильчук // Современные перинатальные технологии в решении проблем демографической безопасности. Современные технологии диагностики и лечения патологии плода : сб. науч. тр. и материалов междунар. науч. симп. и науч.-практ. конф. – Минск, 2010. – С. 10-20.
3. Бронхолегочная дисплазия у детей. Современный взгляд на проблему диагностики и лечения / А. С. Сенаторова [и др.] // Совр. педиатрия. – 2010. – № 1 (29). – С. 105-112.
4. Cooke, R. J. Postnatal growth and development in the preterm and small for gestational age infants. Importance of growth for health and development / R. J. Cooke // Nestle Nutrition Institute Workshop Series : Pediatrics Program. – 2010. – Vol. 65. – P. 85-98.
5. European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants / D. Sweet [et al.] // Neonatology. – 2010. – Vol. 97. – P. 402-417.

ЭМПАТИЯ И СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Смирнова Г. Д., Губарь Л. М.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

Резюме. Синдром профессиональной дезадаптации имеет высокую тропность к специальностям, связанным с проявлением эмпатии. С учетом специфичности профессиональной деятельности уровни выраженности эмпатии и синдрома эмоционального выгорания могут быть показателями профессиональной дезадаптации медицинских работников.

Ключевые слова: профессиональная дезадаптация, эмпатия.