

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛИ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ОТВЕТ НА РАЗЛИЧНЫЙ БОЛЕВОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ

Логинова И.А, Зенкович Н.Г.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Актуальность. Новорожденные дети не могут сообщить о своей боли, и их самочувствие всецело зависит от медицинского персонала, который должен вовремя выявить, оценить и скорректировать уровень боли. Поэтому, только измеряя поведенческие и физиологические параметры, врач может вовремя диагностировать и уменьшить уровень боли.

Цель: изучить методы диагностики и нефармакологические методы профилактики боли у новорожденных с оптимальным и патологическим течением периода новорожденности в ответ на различный болевой раздражитель.

Материалы и методы исследования: Были оценены болевые реакции у 110 новорожденных детей в УЗ «5-ая ГКБ», УЗ «3-я ДКБ», УЗ «2-ой ГРД» г. Минска., вызванные различными болевыми раздражителями. Оценка проводилась с помощью шкал измерения интенсивности боли FLACC, N-PASS, NIPS. Исследуемые дети были разделены на три группы: к первой группе были отнесены здоровые дети 1-х суток жизни (n=25). Болевым раздражителем у данной группы была внутримышечная инъекция – вакцинация против гепатита В. Вторая группа - дети с острой инфекционной патологией 16-28-х суток жизни (n=57), болевым раздражителем послужили внутримышечные и внутривенные инъекции, постановка периферического катетера. К третьей группе были отнесены дети после травматичных родов 1-х суток жизни (n=28), а болевым раздражителем были сами травматичные роды и вакцинация против гепатита В. Группы детей были сравнимы по сроку гестации и антропометрическим данным. Нами было принято, что оценка по шкалам FLACC, N-PASS 1-3 балла – лёгкая болевая реакция, 4-6 – умеренная, 7-10 баллов – сильная болевая реакция; по шкале NIPS – 3 балла – лёгкая степень, 4-5 баллов – умеренная, 6-7 – сильная. Нами был выбран нефармакологический метод анальгезии – пероральное введение 25% р-ра глюкозы 1мл/кг за 2 минуты до инъекции, показаниями для при-

менения анальгезии – умеренная и сильная степень болевой реакции.

Результаты и их обсуждение: При оценке острой боли у детей 1-ой группы (n=25) чаще встречалась лёгкая степень болевой реакции (FLACC - 60%, N-PASS – 64%, NIPS – 72% детей). При оценке острой боли у детей 2-ой группы (n=57) по шкале FLACC и NIPS чаще встречалась умеренная степень болевой реакции (FLACC – 59.6%, NIPS – 68.4% детей), а по шкале N-PASS – сильная (47.3%). У детей 3-ей группы (n=28) по шкале FLACC и NIPS чаще встречалась лёгкая степень (FLACC – 75%, NIPS – 78.5% детей), а по шкале N-PASS – сильная (50%).

Данные результаты были подвержены статистическому анализу - программа Statistica 8.0, Chi-square test, вероятность безошибочного прогноза 95% (p=0,005).

Лёгкая степень болевой реакции достоверно чаще встречалась у здоровых детей 1-х суток жизни (n=25) по сравнению с детьми позднего неонатального периода с острой инфекционной патологией (n=57) (FLACC: Chi-square=23,2; p=0,00001, N-PASS: Chi-square=30,6; p=0,00001, NIPS: Chi-square=44,2; p=0,00001). Тяжелая степень болевой реакции достоверно чаще встречалась у детей позднего неонатального периода с острой инфекционной патологией (n=57), чем у здоровых детей первых суток жизни (n=25) (FLACC: Chi-square=8,72; p=0,0032, N-PASS: Chi-square=17,66; p=0,00001, NIPS: Chi-square=8,72; p=0,0032). Уровень боли у детей с острой инфекционной патологией (n=57) в ответ на внутримышечное введение цефотаксима в утреннее и вечернее время достоверно отличался при оценке по шкале N-PASS: умеренный болевой ответ чаще регистрировался в вечернее время, чем в утреннее (Chi-square=7,14; p=0,0075). Сильный болевой ответ регистрировался чаще в утреннее время (Chi-square=7,89; p=0,0050).

При сравнительной оценке боли у детей с острой инфекционной патологией (n=30 – дети, испытывающие умеренную и сильную боль в ответ на болевой раздражитель до и после проведения анальгезии) было обнаружено, что если без предварительной дотации высоко концентрированного раствора глюкозы новорожденные испытывали преимущественно умеренную и сильную боль в ответ на болезненную инъекцию, то после нефарма-

кологической аналгезии физиологические параметры (по шкале N-PASS) изменились в пользу преимущественно умеренного болевого синдрома ($\chi^2=3,59$; $p=0,0581$). Сильная болевая реакция регистрировалась вдвое реже (N-PASS: $\chi^2=6,70$; $p=0,097$). Согласно данным поведенческих шкал FLACC, NIPS, убедительных различий до и после аналгезии не было получено.

При сравнительной оценке боли у детей 3-ей группы ($n=28$) в ответ на болевой раздражитель до и после проведения аналгезии было обнаружено, что после аналгезии степень болевой реакции, согласно данным шкалы N-PASS, оказалась сильной у 82,1% детей. Поведенческие реакции после проведенной аналгезии в одной трети случаев свидетельствовали о сильной боли, в то время как сразу после травматичных родов поведенческие болевые эквиваленты сводились к минимальным.

Выводы:

1. Наиболее полная оценка болевого синдрома у новорожденных возможна при комплексном исследовании физиологических и поведенческих болевых реакций. Шкалами выбора могут быть FLACC и NIPS, как поведенческие болевые эквиваленты, и N-PASS – для оценки физиологических параметров.

2. Здоровые доношенные новорожденные первых суток жизни не отвечают на инъекционный раздражитель сильной болевой реакцией, а колебания поведенческих и физиологических параметров умеренно или слабо выражены.

3. В позднем неонатальном периоде новорожденные дети реагируют на инъекционный раздражитель преимущественно умеренной и сильной болью. Этот установленный факт позволяет нам рекомендовать применение нефармакологической аналгезии новорожденным этой группы до проведения инъекционных процедур.

4. Дети, перенесшие гипоксически-ишемически-травматический интранатальный дистресс, не всегда способны демонстрировать адекватный болевой ответ сразу после рождения в виде поведенческих реакций, поэтому акцентировать внимание следует на физиологических показателях, колебания которых могут свидетельствовать о степени острой боли.

5. Новорожденные, перенесшие травматичные роды, бесспорно нуждаются в нефармакологической аналгезии, хотя о сте-

пени ее эффективности судить сложно. Возможно, следует иметь в виду фармакологические методы обезболивания, как более эффективные.

Литература

1. Жиркова Ю.В., Михельсон В.А. Особенности восприятия боли у новорожденных детей // Анестезиология и реаниматология. – 2009. - №1. – С.69-71
2. Идам-Сюрюн Д.И., Жиркова Ю.В., Михельсон В.А., Хаматканова Е.М. Профилактика боли при манипуляциях у новорождённых детей// Росс. Вестн. Перинат. И педиатр. – 2007. – Т.52. - №2. – С.16-19
3. American Academy of Pediatrics, Canadian Pediatric Society Prevention and management of pain in the neonate: an update// Pediatrics. – 2006. – Vol.118. P/ 2231-2241

КЛИНИКО – МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Ломако С.В., Миронов Л.Л., Васильцева А.П., Анисимова Е.В.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. Язвенно-некротический энтероколит (ЯНЭК) одна из сложных, мало изученных проблем современной неонатологии [1, 2, 3]. Отсутствует общепринятая концепция патогенеза ЯНЭК у новорожденных [2, 3]. Ведущим механизмом патогенеза этого заболевания рассматривается инфекция, являющаяся в последующем «мотором» сепсиса [2]. Артериальная гипотензия, гипотермия, анемия вызывают нарушение кровоснабжения кишечника, приводящее к ишемии и некрозу. Подобная реакция на гипоксию может отмечаться уже у плода. Значительную роль в патогенезе ЯНЭК играют процессы патологической гипердинамии, централизации кровообращения, кровоизлияния в кишечную стенку и тромбоз ее сосудов, возникающие вследствие перенесенной перинатальной гипоксии и асфиксии [1, 3, 4]. Осложнения общего заменного переливания крови и инфузионной терапии, осуществлявшихся через пупочные сосуды; декомпенсация кровообращения при врожденных пороках сердца, токсико-септических состояниях, неадекватном вскармливании – наиболее известные причины ЯНЭК [2, 3, 4, 5]. Особое место в возник-