

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ОТ МАТЕРЕЙ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

¹Парамонова Н.С., ¹Пальцева А.И., ²Кузьмич И.И., ²Пономаренко С.М.

¹УО “Гродненский государственный медицинский университет”

²УЗ “Гродненский областной клинический перинатальный центр”

В последние годы в многочисленных докладах говорится об увеличении числа женщин репродуктивного возраста, употребляющих запрещенные опиаты (1). Кроме того, употребление наркотиков очень часто скрывается, соответственно, высокие скрытые цифры. Психофармакологическим препаратом, применение которого во время беременности наиболее изучено, является метадон (2), он наиболее часто применяется в качестве стандартной терапии для беременных с опиоидной зависимостью. Приблизительно у 70 % детей, рожденных от матерей с наркотической зависимостью, развивается синдром отмены (3). Корреляция между дозой наркотика и риском развития синдрома отмены небольшая. НАС (неонатальный абстинентный синдром) характеризуют такие симптомы как – тремор, беспокойство, мышечная гипертония, ненормальный плач, зевота, чихание, учащенное дыхание, рвота, диарея, повышение температуры, плохое сосание, и в очень редких случаях - судороги (3). На фоне метадола риск развития синдрома отмены 60-80%, развивается в течение 48 часов и продолжается особенно долго.

Цель исследования. Оценка параметров физического развития новорожденных от матерей с опиатной зависимостью и оценка ранней неонатальной адаптации, заболеваемости НАС, сроков возникновения клинических проявлений, интенсивности и продолжительности у требующих лечения новорожденных.

Материалы и методы. Материалом работы послужили результаты комплексного клинического и инструментального обследования 3 новорожденных от родителей с метадоновой зависимостью, а также данные анализа 3 историй родов (Ф № 096/у) и 3 медицинских карт стационарного пациента (Ф № 003/у-07). Оба родителя, наблюдаемых нами новорожденных, - опиоидные наркоманы, которые находились под наблюдением психиатра-нарколога и получали лечение метадоном. Возраст матерей составил 24-35 лет, отцов 32-36 лет.

Результаты и обсуждение. Оценка физического развития новорожденных проводилась по перцентильным таблицам, оценка клинического статуса проводилась 3-4 раза в день между кормлениями с помощью шкалы Финнегана. Начало или увеличение медикаментозной терапии проводили при сумме баллов >10, а снижение при сумме <9 баллов. В целях сведения к минимуму субъективных искажений оценки клинического статуса пациентов по шкале Финнегана команда специально обученных медсестер и неонатологов, работающих с этой шкалой, оставалась постоянной в течение всего периода наблюдения. Как правило, с пациентом работали заведующая отделением и старшая медсестра. Градацию синдрома отмены проводили с помощью трехступенчатого клинического деления: “беспокойный”, “гипервозбудимый” и “невозможно успокоить”. Лабораторная диагностика включала: газы крови, глюкозу, электролиты, общий анализ крови, серологию на ВИЧ, гепатиты, мониторинг ЭКГ и контроль дыхания. Энтеральное питание проводилось малыми объемами, к новорожденным применялся развивающий уход.

Мальчик Д. родился кесаревым сечением у 23 – летней женщины в сроке гестации 38 недель от III беременности. Мать носитель HCV антигена с 20 недель беременности принимала метадон. Роды 2-е срочные. Состояние ребенка после рождения удовлетворительное. Физическое развитие ребенка соответствовало гестационному возрасту. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Сразу после рождения выставлен диагноз: Морфо-функциональная незрелость, группа риска по реализации внутриутробной инфекции. Клинические проявления НАС появились на 4–е сутки жизни (тремор, спонтанный рефлекс Бабинского, частота дыхания > 60, заложенность носа, укорочение продолжительности сна – ребенок “гипервозбудимый”), неонатальная желтуха. Оценка по шкале Финнегана не превышала 10 баллов. В общем анализе крови в первые 5 суток – тромбоцитоз. При нейросонографии выявлена киста в каудола-таламической вырезке. В лекарственной терапии НАС ребенок не нуждался. В детском отделении ребенок провел 1 месяц 19 дней, с прибавкой в массе тела 1600 г. переведен в Дом ребенка. Группа здоровья ребенка Пб.

Ребенок Я. мужского пола родился путем операции кесарева сечения у 27 – летней женщины (в течение года получавшей ме-

тадон) от I-й беременности 1-х родов в сроке гестации 33 недель. Мать носитель HCV антигена. Во время беременности хроническая фето-плацентарная недостаточность (ФПН), компенсированная форма, хроническая гипоксия плода. Роды осложнены преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Состояние ребенка после рождения средней степени тяжести. Физическое развитие ребенка соответствовало сроку гестации. Оценка по Апгар 8/9 баллов. После рождения у ребенка развился респираторный дистресс – синдром 1 типа с ДН II степени. С первых часов жизни у недоношенного ребенка имели место клинические симптомы синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Клинические проявления НАС появились на 2–е сутки жизни (ребенок “невозможно успокоить”). На 14-е сутки жизни у ребенка появился судорожный синдром. Оценка по шкале Финнегана превышала 14 баллов. В общем анализе крови – тромбоцитоз. При нейросонографии выявлены зоны повышенной эхогенности в перивентрикулярных областях. Результаты лабораторных исследований показали, что все дети имели положительные ИФА на HCV антиген. Ребенку обеспечен развивающийся уход, судорожный синдром купирован диазепамом с последующим переводом на фенобарбитал. Ступенчатое снижение дозы фенобарбитала на 10 % проводилось каждые 3-5 дней. В возрасте 1,5 месяца с прибавкой в массе тела 1200 г ребенок переведен в Дом ребенка. Группа здоровья ребенка IIб.

Мальчик С. родился путем операции кесарева сечения у 36 – летней женщины, страдающей хроническим вирусным гепатитом С, сенсорной тугоухостью, F11.22 от IV беременности, 2-х преждевременных родов в сроке гестации 36 недель. Беременность осложнена ФПН, компенсированная форма. Антенатально диагностировано гипотрофия плода I степени, врожденный порок сердца (ВПС). Состояние ребенка после рождения тяжелое, параметры физического развития ниже 3 перцентили. Оценка по Апгар 8/8 баллов. Выставлен диагноз: РДС 1 типа, РАЛ ДН I. Малый к сроку гестации. Недоношенность 36 недель. ВПС. Стеноз 1-2-й степени восходящей и клапанной части аорты. Н0. Клинические проявления НАС появились на 2–е сутки жизни (ребенок “гипервозбудимый”). Максимальная оценка по шкале Финнегана 9 баллов. В общем анализе крови - нормобластоз. На ЭКГ снижен

вольтаж. При нейросонографии выявлена вентрикуло-дилатация. В детском отделении ребенок провел 5 суток и переведен в ГОДКБ. В лекарственной терапии НАС ребенок не нуждался.

Всем новорожденным обеспечены минимизация раздражителей окружающей среды, сокращение автостимуляции, пеленание ребенка. Группа здоровья ребенка Пб.

Таким образом, у женщин с опиатной зависимостью беременность протекала с осложнениями, роды чаще преждевременные, а у всех новорожденных развился НАС с наиболее тяжелыми проявлениями у недоношенных. Ранними клиническими проявлениями НАС являются тремор, беспокойство, мышечная гипотония. Для новорожденных от матерей с опиатной зависимостью характерны другие риски: инфекции, постнатальные нарушения дыхания, эмбриопатии, пороки сердечно-сосудистой системы.

Литература

1. EMCDDA, 1996 URL: <http://www.emcdda.europa.eu/news/> 1996.
2. Kaltenbach et'al, 1998 URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64148/>
3. Р. Рооз, О. Генцель-Боровичени, Г. Прокитте, 2011 URL: <http://bookmed.by/pediatriya-i-neonatalogiya/neonatalogiya-rooz-r-prakticheskie-rekomendatsii.html>.

ПРИЧИНЫ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В РОДЗАЛЕ

¹Парамонова Н.С., ²Домаренко Т.Н.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

В последние десятилетия в нашей стране неуклонно снижается перинатальная смертность, однако заболеваемость младенцев имеет тенденцию к росту [1]. Проблема изучения перинатальной патологии нервной системы у детей раннего возраста остается актуальной, что обусловлено прогрессирующим ростом частоты церебральных нарушений у новорожденных – 80%. В формировании данной патологии большое значение придают антенаталь-