

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ТА НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДІВ
У ДІТЕЙ, ЯКІ НАРОДИЛИСЯ З МАСОЮ ТІЛА МЕНШЕ ЗА 1500 Г

В. К. Козакевич, О. Б. Козакевич, М. Є. Фесенко, Л. С. Зюзіна, О. І. Мелашенко

Полтавський державний медичний університет (м. Полтава, Україна)

Вступ. На сьогодні кількість передчасно народжених дітей зростає в усьому світі [1, 2, 3]. Розвиток технологій виходжування передчасно народжених дітей з дуже малою (ДММТ) та надзвичайно малою масою тіла (НММТ) при народженні зумовив значне зниження показників летальності даної категорії новонароджених [4, 5]. У той же час спостерігається зростання показників захворюваності в глибоко недоношених немовлят [6, 7]. Віддалені наслідки та зниження якості життя дітей, народжених передчасно, визначає хронічна патологія, яка виникає у даній категорії дітей в результаті перенесених захворювань у перші місяці життя [3]. Тому, з'ясування причин такої ситуації потребує подальших наукових досліджень щодо вивчення частоти, структури патології передчасно народжених дітей з ДММТ та НММТ при народженні в неонатальному стаціонарі.

Метою дослідження було вивчити особливості перебігу перинатального анамнезу, діагнозів, з якими діти з масою тіла менше за 1500 г при народженні лікувались у відділенні інтенсивної терапії новонароджених (ВІІН) та базових лікувальних технологій, що застосовувались їм під час лікування.

Таблиця 1 – Характеристика стану обстежених дітей відразу після народження

Показники	Усього (n=178)	Дівчата (n=92)	Хлопчики (n=86)	p
Оцінка за шкалою Апгар на 1 хв., бали Ме [Q ₁ -Q ₃]	6 (4-7)	6 (4-6)	6 (4-7)	0,967
Оцінка за шкалою Апгар на 5 хв., бали Ме [Q ₁ -Q ₃]	6 (6-7)	6 (6-7)	6 (6-7)	0,971
Проведення реанімації, n (%)	129 (72,9)	68 (74,7)	61 (70,9)	0,570
ШВЛ під час реанімації, n (%)	114 (64,0)	58 (63,0)	56 (65,1)	0,773

Таблиця 2 – Основні захворювання, з якими діти лікувались у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених, n (%)

Захворювання	Усього (n=178)	Дівчата (n=92)	Хлопчики (n=86)	p
РДС	131 (73,6)	68 (73,9)	63 (73,2)	1,00
Ступінь: I	45 (25,3)	27 (29,4)	18 (20,9)	0,540
II	37 (20,8)	19 (20,7)	18 (20,9)	
III – IV	49 (27,5)	22 (23,9)	27 (31,4)	
Бронхолегенева дисплазія	35 (19,7)	17 (18,5)	18 (20,9)	0,681
Пневмонія вроджена	35 (19,7)	17 (18,5)	18 (20,9)	0,681
Сепсис неонатальний	26 (14,6)	12 (13,0)	14 (16,3)	0,541
Анемія недоношених	86 (48,3)	50 (54,4)	36 (41,9)	0,096
ВШК I-II ступеня	41 (23,0)	16 (17,4)	25 (29,1)	0,07
ВШК III-IV ступеня	31 (17,4)	17 (18,5)	14 (16,3)	0,699
Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія	92 (51,7)	46 (50,0)	46 (53,5)	0,642
Некротизуючий ентероколіт	7 (3,9)	2 (2,2)	5 (5,81)	0,212

Основна частина. У ході дослідження проведено когортне проспективне дослідження, до якого залучено 155 дітей з ДММТ та НММТ при народженні, які спостерігалися в Центрі розвитку дітей Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні. Статистичний аналіз проводили з використанням програми STATA версії 11 для Windows (StataCorp, Техас, США).

Дослідження перебігу вагітності матерів обстежених дітей показало, що 61,2% жінок мали загрозу переривання вагітності, 26,4% жінок – передчасне виліття навколоплідних вод, 22,5% жінок – анемію та 21,4% жінок – преєклампсію. Аналіз перебігу пологів у матерів обстежених дітей виявив, що половина малюків народилися шляхом операції кесарського розтину. Слабкість пологової діяльності і відповідно стимуляцію пологів зафіксовано у 10,7% жінок, відшарування плаценти спостерігалось у 16,3% жінок.

Варто відзначити, що медіанний показник оцінки за шкалою Апгар, як на 1, так і на 5 хвилинах, був менше за 7 балів, що свідчить про порушений стан передчасно народженої дитини відразу після народження (табл. 1).

Зважаючи на те, що середнє значення оцінки за шкалою Апгар було нижче за 7 балів, 72,9% дітей потребували стабілізації стану та проведення реанімаційних заходів.

На підставі проведеного обстеження основним захворюванням передчасно народжених дітей, яке стало, окрім їх морфо-функціональної незрілості, показанням до госпіталізації у ВІІН був РДС (73,6%). При цьому важкий перебіг РДС (III–IV ступінь) зафіксовано у 27,5% дітей (табл. 2). Бронхолегенева дисплазія сформувалась у 35 (19,7%) малюків. З наведених у таблиці 2 даних видно, що рання анемія недоношених новонароджених розвилася у 86 (48,3%) дітей.

При оцінці неврологічного статусу у 51,7% дітей виявлялися зміни з боку ЦНС, що стало підґрунтям для постановки діагнозу гіпоксично-ішемічної енцефалопатії. Ураження шлунково-кишкового тракту у вигляді некротизуючого ентероколіту НЕК мало місце у 3,9% обстежених дітей.

Більшість дітей мала дихальні розлади, які потребували проведення респіраторної підтримки. З однаковою частотою застосовувалася штучна вентиляція легень (ШВЛ) як дівчаткам, так і хлопчикам (70,7% та 70,9% відповідно) (табл. 3). Проте тривалість ШВЛ була достовірно більшою у хлопчиків, ніж у дівчаток

(Me=9 проти Me=5, $p=0,012$). Можливо, це зумовлено тим, що більшій частці дівчаток вводилися сурфактант-замісні препарати (67,4% та 59,3%), хоча ця різниця є не достовірною.

Висновки. За результатами проведеного аналізу можна стверджувати, що проблема дітей з ДММТ та НММТ виходить на перший план у галузі неонатологічних досліджень та перинатальної допомоги передчасно народженим дітям. Виявлена патологія в неонатальному стаціонарі у дітей, які народились з масою тіла менше за 1500 г, дозволяє віднести їх до групи високого ризику формування важкої патології, в тому числі неврологічної, що призводить до інвалідності. Подальші дослідження

Таблиця 3 – Характеристика респіраторної терапії у обстежених дітей

Респіраторна терапія	Усього (n=178)	Дівчата (n=92)	Хлопчики (n=86)	p
Застосування сурфактанту, n (%)	113 (63,5)	62 (67,4)	51 (59,3)	0,263
ШВЛ, n (%)	126 (70,8)	65 (70,7)	61 (70,9)	0,967
Тривалість ШВЛ, діб Me [Q ₁ -Q ₃]	7 (3-11,5)	5 (2-10)	9 (4-12)	0,012

варто спрямувати на більш детальне вивчення віддаленого катамнезу новонароджених, особливо передчасно народжених, які перебували на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії новонароджених.

Література

1. Avilov OV, Kosymov EA, Vanin EYu, Rybakova OV. Faktory riska razvitiya invalidnosti u detey. rozhdenykh s ekstremalno nizkoy i ochen nizkoy massoy tela. *Zdorovye i obrazovaniye v XXI veke*. 2017;12:63-67. [in Russian].
2. Znamenska TK, Vorobiova OV, Dubinina Tlu. Stratehichni napriamky rekonstruktsii systemy okhorony zdorovia novonarodzhenykh ta ditei Ukrainy. *Neonatalogiia, khirurgiia ta perynatalna medytsyna*. 2017;4(26):5-11. DOI: <https://doi.org/10.24061/2413-4260.VII.4.26.2017.1>. [in Ukrainian].
3. Kozakevych VK, Ziuzina LS. Otsinka ryzyku zatrymky movlennievoho rozvytku ditei, yaki narodylys z duzhe i nadzvychaino maloiu masoiu tila. *Suchasna pediatriia*. 2019;1(97):36-40. [in Ukrainian].
4. Shunko Yele, Bielova OO, Laksha OT, Orlova TO, Staren'ka SYA. Analiz perynatalnoi patolohii ditei, yaki narodylys z duzhe maloiu masoiu tila, i stanu zdorovia yikh materiv. *Zdorovye zhenshchiny*. 2016;1(107):176-179. [in Ukrainian].
5. Yablpon OS, Bondarenko TV, Savrun TI, Bykovska OA, Moravs'ka OA, Homon RO, et al. Dosvid roboty tsentru katamnesticnoho sposterezhennia u Vinnytskyi oblasti. *Neonatalogiia, khirurgiia ta perynatalna medytsyna*. 2018;4(30):5-9. [in Ukrainian].
6. Betty RV. Follow-up of Extremely Preterm Infants; the Long and the Short of It. *Pediatrics* [Internet]. 2017 [cited 2018 Sep 29];139(6):e20170453. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/6/e20170453.full.pdf>.
7. Spittle A, Orton J, Anderson PJ, Boyd R, Doyle LW. Early developmental intervention programmes post-hospital discharge to prevent motor and cognitive impairments in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Nov 24;2015(11):CD005495. Available from: <http://summaries.cochrane.org>.