

## НОВЫЕ ГОРИЗОНТЫ В ВЫХАЖИВАНИИ И НАБЛЮДЕНИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ № 1 КАЗАНИ

**ЕЛЕНА ВАЛЕРЬЕВНА ВОЛЯНЮК**, канд. мед. наук, ассистент кафедры педиатрии и неонатологии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России, зав. Центром катамнеза ГАУЗ ГДБ № 1, Казань, тел. (843)562-52-66, e-mail: Evalanuk@mail.ru

**ГУЛЬСИНА МУХТАРОВНА ХУЗЕЕВА**, главный специалист отдела детства УЗ ИК муниципального образования г. Казани, тел. (843)264-44-16

**ЕЛЕНА АЛЕКСАНДРОВНА КУЗЬМИНА**, зав. отделом медицинской статистики, врач-статистик ГАУЗ ГДБ № 1, Казань, тел. (843)562-22-11

**ОЛЬГА ВАСИЛЬЕВНА ШАРИПОВА**, зам. главного врача по лечебной части ГАУЗ ГДБ № 1, Казань, тел. (843)562-22-11

**Реферат.** В статье представлены основные проблемы недоношенных детей, выписанных из отделения патологии новорожденных Детской городской больницы № 1, первые результаты работы центра катамнеза недоношенных детей.

**Ключевые слова:** недоношенный новорожденный, катамнестическое наблюдение, реабилитационные мероприятия.

## NEW HORIZONS IN MOTHER CARE AND OBSERVATION OF PREMATURE CHILDREN IN THE CHILDREN'S CITY HOSPITAL № 1

**ELENA V. VOLYANYUK, GULSINA M. KHUZEEVA, ELENA A. KUZMINA, OLGA V. SHARIPOVA**

**Abstract.** This article presents the main problems of premature infants discharged from the neonatal pathology department of Children's Hospital № 1, the first results of the center catamnesis premature babies.

**Key words:** preterm infants, follow-up, rehabilitation activities.

С момента открытия стационара детской городской больницы № 1 в 1983 г. функционирует отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. За 30 лет работы отделения в нем выходили около десяти тысяч детей, которые родились раньше срока. Многие из этих детей уже сами стали папами и мамами. С открытием отделения реанимации новорожденных в 1998 г. расширились возможности для выхаживания глубоконедоношенных детей, благодаря применению высокотехнологичной помощи (сурфактантная терапия, искусственная вентиляция легких, назальный СРАР и т.д.). С этого момента отмечается неуклонный рост количества преждевременно родившихся детей, особенно детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Так за последние 5 лет в отделении патологии новорожденных отмечается увеличение на 60% недоношенных детей. Среди них доля детей менее 1500 г выросла за три года на 5%. Преждевременное отторжение плода — это всегда некий патологический процесс разрушения системы мать-плод. К таким факторам можно отнести инфекцию матери или плода, недостаток поступления питательных веществ или кислорода к плоду, гормональные нарушения или стресс. Таких перечислений может быть гораздо больше, но во всех случаях нарушается функциональное единство матери и плода [1, 3]. Риск развития патологии в последующие периоды жизни напрямую зависит от срока гестации. Так, например, дети, рожденные на сроке от 33 до 37 нед, имеют значительно меньше проблем, чем недоношенные, которые появились на свет в период от 23 до 32 нед беременности. Из отделения патологии новорожден-

ных за последние 3 года на участок было выписано 190 детей, родившихся на сроке менее 32 нед гестации. Именно эта группа детей имеет в последующем высокий риск формирования хронической патологии [2]. Безусловно этому способствуют морфофункциональные особенности недоношенных и маловесных детей, высокая частота врожденной соматической патологии, а также воздействие целого комплекса агрессивных терапевтических мероприятий. Недаром в последние годы активно ведется разработка неинвазивных методов вентиляционной поддержки, стандартов инфузионной терапии, совершенствование мер по профилактике внутрибольничных инфекций. В структуре заболеваемости недоношенных детей по основному заболеванию, выписанных из отделения патологии новорожденных ДГБ № 1 в 2012 г. лидирует патология центральной нервной системы (церебральная ишемия различной степени тяжести, внутрижелудочковые кровоизлияния) — 83%, респираторные расстройства (внутриутробные пневмонии, пневмопатии, бронхолегочная дисплазия) — 10%, язвено-некротический энтероколит — 0,1%, внутриутробная инфекция — 1%. Нужно принять во внимание, что у каждого ребенка патология носит сочетанный характер, поэтому для истинной картины заболеваемости необходим учет всех диагнозов.

Нетрудно представить, что изменения со стороны бронхолегочной системы, нестабильность гемодинамики и регуляции сократительной функции сердечной мышцы, проявления «постгипоксической нефропатии», изменения со стороны желудочно-кишечного тракта, специфический уровень обмена, слабость иммунной

защиты, склонность к анемии и витаминная недостаточность, и главное, несовершенство гуморальной и нервной регуляции в сочетании или без органического гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы никуда не исчезают ни к моменту выписки, ни значительно позже, иногда сохраняя свое влияние на всю жизнь ребенка. Таким образом, высокая частота и комплексность соматической патологии диктует необходимость мультидисциплинарного подхода к тактике выхаживания и катамнестического наблюдения недоношенных детей. Учитывая это, с января 2013 г. при инициативе кафедры педиатрии неонатологии КГМА, зав. кафедрой А.И. Сафиной и поддержке со стороны городского управления здравоохранения на базе Городской детской больницы № 1 был открыт центр катамнеза недоношенных детей. Целью центра является снижение частоты формирования хронических форм заболеваний и уменьшения ранней инвалидности у недоношенных детей, разработка единой комплексной программы наблюдения, оценки динамики и их развития, методов и сроков реабилитационного лечения.

Основными задачами работы центра являются:

- комплексное динамическое наблюдение за недоношенными детьми до достижения ими возраста 3 лет;
- разработка индивидуальных программ лечебно-реабилитационных мероприятий для каждого ребенка.

Алгоритм наблюдения недоношенных детей в отделении катамнеза включает ежемесячные осмотры педиатра, невролога, окулиста, плановые осмотры ортопедом и отоларингологом, мониторинг лабораторных анализов крови и мочи, мониторинг нейросонографии, эхокардиографии, электрокардиографии и проведение электроэнцефалографии. При необходимости могут привлекаться другие специалисты: эндокринолог, хирург, кардиолог. Педиатр при каждом посещении прежде всего оценивает психо-моторное развитие ребенка, наличие и прибавку функций за истекший месяц, параметры физического развития (прибавку массы, длины, окружности головы и груди в сравнении с нормативами ВОЗ для недоношенных детей), и дает рекомендации по вскармливанию с учетом полученных результатов и индивидуальных особенностей ребенка. Обязательно контролируется соматический статус с учетом наличие рахита и анемии, аллергических состояний, частоты и тяжести простудных заболеваний, вегето-висцеральных расстройств.

За прошедший период в центре катамнеза под наблюдением находится 89 детей, родившихся недоношенными, из них 51 (57%) родились на сроке менее 32 нед.

Среди соматической патологии у наблюдаемых детей лидирует бронхолегочная дисплазия — 26 (29%), что сопряжено с высоким риском формирования хронической бронхолегочной патологии. Последствия перинатального поражения центральной

нервной системы у данной группы детей характеризуются большим разнообразием клинической картины: отставание в психо-моторном развитии (14%), гипертензионно-гидроцефальный синдром (7%), эпилептичность (3%). Постнатальная гипотрофия была отмечена в 3% случаев. Явления атопического дерматита отмечались у 6 детей. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта в виде синдрома срыгивания, запоров, кишечных колик отмечалось у 16% детей. Поздняя анемия недоношенных развилась в 5% случаев. Больше половины детей выписана со 2-го этапа с диагнозом: ретинопатия недоношенных, состояние после лазеркоагуляции, что требует постоянного офтальмологического контроля.

При регулярном наблюдении за детьми (ежемесячно до 1 года) детям проводится своевременная коррекция и лечение патологических процессов. Особое место занимает сезонная иммунопрофилактика респираторно-синтициальной инфекции препаратом поливизумаб (синагис). За сезон 2012—2013 г. было привито 6 детей.

Следующим этапом развития планируется создание дневного стационара для проведения лабораторного инструментального обследования и реабилитационных мероприятий.

Важным аспектом в последующем наблюдении недоношенных детей являются вопросы вакцинопрофилактики. Зарубежный опыт показывает, что эта группа детей подлежит обязательной вакцинации, поскольку является особо восприимчивой к инфекционным заболеваниям [3,4]. Однако наличие хронической, а зачастую и комплексной патологии осложняют вакцинальный процесс в амбулаторных условиях. В данном вопросе необходим индивидуальный подход, тщательная обследование и подготовка к вакцинации, использование современных комбинированных безопасных вакцин, наблюдение за отсроченными реакциями.

Таким образом, развитие программы последующего наблюдения за недоношенными детьми, включающей всестороннее и планомерное обследование позволяет на ранних стадиях выявлять любое неблагополучие, проводить своевременную коррекцию и лечение, что снижает риск реализации хронической патологии и инвалидизирующих заболеваний.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Последующее наблюдение недоношенных в клинике развития Университета Эмори (США) / А.И. Сафина, И.Я. Лутфуллин, Н.Л. Рыбкина [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2013. — Т. 6. — С. 86—90.
2. Яцык, Г.В. Проблемы и перспективы выхаживания новорожденных с экстремально низкой массой тела / Г.В. Яцык // Вестник РАМН. — 2008. — № 12. — С. 41—44.
3. Яцык, Г.В. Выхаживание и ранняя реабилитация детей / Г.В. Яцык, Е.П. Бомбардинова, О.В. Тресорукова // Лечащий врач. — 2007. — № 7. — С. 23—27.
4. Sizon, J. Early developmental care for preterm babies: a call for more research / J. Sizon, B. Westrap // Arch. Dis. Child. Fetal and neonatal edition. — 2004. — Vol. 89. — P. 384—388.