

ФУНКЦИОНИРУЮЩИЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

По мере совершенствования методов выхаживания недоношенных детей с экстремально низкой массой тела, функционирующий артериальный проток (ОАП) становится существенной проблемой. Возможности Эхо-КГ-исследования сделали диагностику этой патологии значительно более точной. Если рекомендации по консервативному лечению ОАП в настоящее время используются во всех неонатальных отделениях, то хирургическое закрытие ОАП возможно в стационарах, где есть специализированные «кардиохирургические» отделения.

Цель исследования — диагностика функционирующего артериального протока, определение эхокардиографических параметров, значимости гемодинамических нарушений и возможности хирургического закрытия ОАП у отдельных больных в условиях неонатального отделения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Был проведен анализ 46 историй новорожденных детей с ОАП, находившихся на стационарном лечении в отделениях реанимации новорожденных и патологии новорожденных МЛПУ ДГКБ № 4 в 2006 году.

Всем детям проводилось плановое общеклиническое обследование с обязательным включением ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки, проведение Эхо-КГ на портативном аппарате с цветным доплеровским датчиком Acuson 1280.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Большая часть обследуемых детей (31 человек — 67 %) — это недоношенные дети с различным сроком гестации (27–36 недель). Проведения ИВЛ требовали 29 детей (93,5 %). Среднее пребывание на ИВЛ — 7 дней (интервал 1–23 дня). Повторного взятия на респираторную поддержку потребовали 3 ребенка (10 %). 15 доношенных новорожденных (33 %) составили вторую группу. Здесь проведения ИВЛ требовали 10 человек (70 %). Среднее пребывание на ИВЛ — 3,5 дня (интервал 1–9 дней). Повторных эпизодов ИВЛ не отмечено.

По структуре заболеваемости можно выделить три группы. Большинство детей страдали респираторной патологией (78 %). Поражение ЦНС различной степени тяжести выявлено у 11 %, инфекционная патология — у 7 % больных.

Состояние большинства больных расценивалось как тяжелое. Дети находились на ИВЛ или имели высокую зависимость от кислорода. У всех пациентов длительно отмечалась тахикардия, у части детей регистрировались эпизоды апное. До 60 % детей не имели шума или отмечался непостоянный систолический шум. У всех детей выявлены рентгенологические признаки пневмопатии: снижение пневматизации легких, у части детей ателектазы верхушечных долей. При этом кардиомегалия была достаточно редким признаком. Данные ЭКГ неспецифичны: гипоксическое поражение миокарда с удлинением интервала Q-T, перегрузка правых отделов сердца. ОАП подтверждался методом цветной доплерографии локацией цветного турбулентного потока в легочном стволе и расчетом градиента давления свыше 4 мм рт. ст., скорости систолического потока выше 1,2 м/с, наличием турбулентности в диастолу, увеличением левого предсердия относительно диаметра аорты > 30 %, дилатацией левого желудочка, снижением контрастности менее 65 %.

Результаты консервативного лечения представлены за достаточно короткий период времени, с сентября 2006 года, в связи с появлением в больнице портативного аппарата с цветным доплеровским датчиком и возможностью визуализации «цветного» турбулентного тока в систолу и диастолу у ребенка в критическом состоянии.

Показаниями для проведения консервативной терапии служили наличие открытого артериального протока по данным Эхо-КГ, возраст ребенка до 10 дней, высокая зависимость от респираторной поддержки и высоких концентраций кислорода, отсутствие дуктус-зависимых пороков сердца, отсутствие противопоказаний для назначения НПВС. Последние исследования доказали, что нет статистически достоверной разницы в эффективности между индометацином и ибупрофеном. Однако при применении ибупрофена отмечается увеличение риска развития ХЗЛ. Индометацин остается препаратом выбора при лечении ОАП. Актуально стоит вопрос о введении в формулярный список парентеральной формы индометацина, так как на фармацевтическом рынке России на сегодняшний

день не зарегистрирована парентеральная форма препарата.

Нами пролечено пять детей. Все дети получали «Nurofen» в форме сиропа по традиционной схеме 10 мг/кг — 5 мг/кг — 5 мг/кг каждые 24 часа. Эффект от проведенной терапии получен у 3 детей (60 %). В эту группу вошли 2 недоношенных ребенка (срок гестации 27 и 30 недель гестации) и 1 доношенный ребенок. Сроки начала терапии — 8-9-й день. У двух детей проток продолжал функционировать. Из них, один ребенок недоношенный 32 недели гестации и 1 доношенный ребенок. Предполагаем, что отсутствие эффекта можно объяснить поздним началом лечения.

Зная опыт неонатальных центров в России, в частности Санкт-Петербурга, где накоплен достаточно большой опыт хирургической коррекции протока, получая осложнения длительной респираторной терапии (бронхолегочная дисплазия, различные виды поражения ЦНС, в том числе внутрижелудочковые кровоизлияния, ретинопатия), которые в будущем у части детей приводят к инвалидизации, перед нами встает вопрос о необходимости оперативного лечения. Это дети, у которых не отмечается эффекта от 2 курсов медикаментозного лечения в оптимальные сроки, требующие длительной респираторной поддержки, повторных эпизодов взятия на аппарат, имеющие высокий риск осложнений и отсутствие противопоказаний для проведения торакотомии. Ре-

шение должно приниматься коллегиально, индивидуально для каждого ребенка: врач-реаниматолог, кардиохирург и врач функциональной диагностики.

По окончании стационарного лечения закрытие протока отмечено у 6 детей. 40 детей переданы под диспансерное наблюдение кардиолога.

Наши задачи в будущем — проведение консервативного лечения в оптимальные сроки. Детям, которым будет показано срочное оперативное лечение, необходимо выполнять хирургическую коррекцию на базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных с последующим катамнестическим наблюдением.

В ходе совместной работы было получено согласие Кемеровского кардицентра на проведение оперативного лечения в условиях отделения реанимации новорожденных нашей больницы.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Overmeire, Van Сравнение ибупрофена и индометацина для закрытия ОАП /Van Overmeire, B. Smets //New England Journal of Medicine. — 2000. — Sep. — P. 674-681.
2. Lee, J. Рандомизированное исследование продленной и обычной дозы индометацина для лечения ОАП у новорожденных с ОНМТ /Lee J., Rajadurai V.S., Tan K.W. //Pediatrics. — 2003. — Aug. — P. 345-350.
3. http://www.medico.ru/discussion/cardiosurgery/cs_013.htm.
4. <http://www.aroup.com/heart/p=54>.



КУРЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ - ЭТО СЕРДЕЧНЫЕ БОЛЕЗНИ ЕЕ РЕБЕНКА В БУДУЩЕМ

Женщины, которые курят в течение беременности, увеличивают риски сердечных заболеваний у своего ребенка, сообщают голландские исследователи. У детей курящих матерей наблюдается укрепление артерий и, соответственно, увеличивается риск атеросклероза в будущем. Кроме того, курение в течение беременности может привести к угрозе низкого веса при рождении. Исследователи из Медицинского Центра Утрехта собрали данные относительно 732 человек, рожденных между 1970 и 1973 годами. Выяснилось, что дети 215 курящих во время беременности матерей, достигнув 30-летия, имели более толстые стенки сосудов каротидных артерий в шее - ранний признак атеросклероза. Причем чем больше мать курила, тем толще были стенки ее ребенка к среднему возрасту.

Кроме того, если в течение беременности матери курили оба родителя, в 30 лет их дети имели еще более утолщенные стенки артерий, чем люди с одним курящим родителем или родителями, которые вообще не курили.

Источник: News.Battery.Ru