

Н.А. Ковригина, В.В. Попов

МЛПУ Городская детская клиническая больница № 4,
г. Новокузнецк,
ГУ НППЛРХСС СО РАМН,
г. Кемерово

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ

Исследовано 13 новорожденных детей с коарктацией аорты в возрасте от 30 часов до 1 месяца. Оказалось, что своевременная диагностика, использование вазопростана позволяют стабилизировать состояние больных и транспортировать их в кардиохирургическое отделение. В ситуациях, где нет возможности перевести новорожденных с аппарата искусственной вентиляции легких на самостоятельное дыхание, единственным способом помощи может быть оперативное лечение в условиях реанимационного отделения выездной бригадой кардиохирургов.

Ключевые слова: коарктация аорты, вазопростан.

13 newborn children with coarctation aortas in the age of from 30 hours till 1 month are investigated. Appeared, that duly diagnostics, use vasoprostan allows to stabilize a condition of patients and to transport them in cardiosurgery branch. In situations where there is no opportunity translate newborns from the device of artificial ventilation easy on independent breath by unique way of the help there can be an operative treatment in conditions reanimation branches an exit brigade cardiosurgeons.

Key words: coarctation aortas, vasoprostan.

Высокая смертность новорожденных при естественном течении некоторых, так называемых, критических врожденных пороков сердца (ВПС) обусловлена рядом патофизиологических феноменов, когда время для терапевтической коррекции ограничено и эффективность хирургического вмешательства зависит от своевременной первичной диагностики, адекватности интенсивной терапии и транспортировки пациентов в кардиохирургический центр. Риск неотложной операции декомпенсированных больных возрастает в 5-10 раз.

За период с 1996-2007 гг. в отделение реанимации новорожденных госпитализировано 13 детей, которым диагностирована коарктация аорты (КоА). Возраст пациентов колебался от 30 часов до 1 месяца. 10 детей были оперированы по экстренным показаниям в НИИ патологии кровообращения г. Новосибирска, один ребенок — в НИИ кардиологии г. Томска. Транспорт больных осуществлялся в условиях реанимобиля.

Операционная летальность составила 9 % (1 ребенок). Один ребенок умер до операции в отделении патологии новорожденных.

ВПС диагностирован в 1-2-е сутки пребывания в отделении. Топика порока и нарушения гемодинамики устанавливались при обследовании на аппарате «Асисон 1280». Расхождения клинического и операционного диагнозов не было.

В течении данного порока различают ранний (злостатический) и поздний дебют. При раннем дебю-

те, до двух недель жизни, с выраженной КоА и раннем закрытием артериального протока (ОАП), очень быстро (молниеносно) прогрессирует сердечная недостаточность вследствие низкой адаптационной способности миокарда новорожденного, стойкой артериальной гипоксемии, когда выраженная постнагрузка создает критические условия для функции левого желудочка.

В отделении используется лечебно-диагностический алгоритм для ВПС. Сущность алгоритма состоит в разделении всех ВПС новорожденных на две большие группы: дуктус-зависимые и дуктус-независимые. К дуктус-зависимым относятся такие из них, при которых жизнеспособность ребенка обеспечивается фетальными коммуникациями (ОАП и ООС).

Состояние всех детей оценивалось как тяжелое и крайне тяжелое. В клинике: бледность кожи, грудная клетка увеличена в объеме, тахипноэ до 70-80 дыхательных движений в минуту, кардиомегалия, тахикардия, часто акцент второго тона, систолический шум по левому краю грудины, гепатомегалия, олигоанурия (у одного ребенка развилась ОПН — анурия 10 суток).

Ключевым клиническим симптомом диагностики является разница артериального давления: на верхних конечностях — гипертензия 130-120 мм рт. ст.; на нижних — давление низкое 70-0 мм рт. ст. или не определялось. Пульс на бедренной артерии крайне низкий.

Данные инструментального исследования: ЭКГ — гипертрофия правого желудочка или бивентрикулярная гипертрофия с прогрессирующей ишемией миокарда. Рентгенография грудной клетки — кардиомегалия, признаки отека легких. Допплер-эхокардиография — гипертрофия в 100 % случаев, дилатация левого желудочка — в 60 %, снижение фракции выброса до 45-57 % — у 80 %, увеличение сферичности миокарда — у 80 %, легочная гипертензия, расчетное давление в правом желудочке — 50 мм рт. ст.

Место КоА лоцировано не у всех детей. При возможности локации диаметр сужения составил около 2 мм. Градиент давления на месте КоА составил 50 ± 7 мм рт. ст. У большей части детей определялся турбулентный ток через ОАП и сброс через овальное окно.

Тяжесть состояния больных определяла недостаточность кровообращения IIБ (НК IIБ). Данные кислотно-щелочного состояния (гипоксия: $\text{pH} < 7,3$; $\text{PO}_2 < 45$ мм рт. ст.; $\text{PCO}_2 > 60$ мм рт. ст.) в 100 % случаев потребовали проведения ИВЛ длительностью от 12 до 30 дней, кардиотонической терапии (добутрекс 5-10 мкг/кг в минуту).

Четырем больным (37 %) в возрасте до 2-х недель жизни, у которых остро нарастала НК, назначался вазопростан в дозе 0,05 мкг/кг в минуту для сохранения функции ОАП (снижения постнагрузки на левый желудочек).

Состояние больных на момент транспортировки оставалось очень тяжелым и требовало сохранения терапии кардиотониками и вазопростаном.

ВЫВОДЫ:

1. Своевременная диагностика, адекватная интенсивная терапия с использованием вазопростана (с целью сохранения дуктус-зависимого кровотока), ИВЛ позволяют стабилизировать состояние больного и транспортировать его в кардиохирургическое отделение.
2. Новорожденным, которых невозможно перевести с ИВЛ на самостоятельное дыхание, единственным способом помощи может быть оперативное лечение в условиях реанимационного отделения детской больницы выездной бригадой кардиохирургов.

* * *

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ НЕ ЗАЩИЩАЕТ ОТ АСТМЫ И АЛЛЕРГИИ

Исследование, проведенное канадскими учеными в Белоруссии, не подтверждает предположения о том, что длительное грудное вскармливание способно снизить риск развития астмы или аллергии у ребенка. Отчет об исследовании опубликован в онлайн-версии British Medical Journal.

В исследовании приняли участие 13889 женщин с новорожденными детьми, родившимися в Белоруссии в конце 90-х годов прошлого века. Оценка состояния здоровья детей проводилась с 2002 по 2005 гг., когда они достигли возраста 6,5 лет.

Большинство женщин, участвовавших в исследовании, принимали решение о прекращении грудного вскармливания самостоятельно, однако экспериментальная группа испытуемых продолжала кормить детей грудью так долго, насколько это было возможно, стараясь воздерживаться от использования молочных смесей и детского питания.

Несмотря на ожидаемый положительный эффект продолжительного кормления грудью, в экспериментальной группе детей не было обнаружено снижения уровней заболеваемости астмой, а также поллинозом и экземой. Более того, по словам ведущего автора исследования Майкла Крамера (Michael Kramer), в экспериментальной группе была отмечена повышенная частота положительных тестов на аллергические реакции.

Бывшая советская республика была выбрана учеными не случайно, признает Крамер. В настоящее время в западных странах практически невозможно разделить новорожденных на экспериментальные группы со столь сильно отличающимися инструкциями по вскармливанию и уходу за ребенком.

Как и все бывшие республики СССР, Белоруссия существенно отстает от стран Запада по уровню детских аллергических заболеваний. Тем не менее, результаты нового исследования подтверждаются данными, полученными ранее в Новой Зеландии и Канаде.

Женщинам ни в коем случае не стоит отказываться от грудного вскармливания, подчеркивает Крамер. Известно, что оно снижает риск кишечных инфекций и атопического дерматита у детей первого года жизни, а также обладает рядом других преимуществ.

Источник: Medportal.ru