

ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2008. – №3. – С.20-22.

5. Миланов Н.О., Зелянин А.С., Симаков В.И. Реконструкция дистального отдела плевой кости при нероскопических и неправильно сросшихся внутрисуставных переломах с использованием надкостно-кортикальных имплантатов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2002. – №2. – С.49-53.

6. Науменко Л.Ю., Носивец Д.С. Оперативное лечение пациентов с переломами дистального метаэпифиза плечевой кости методом комбинированного остеосинтеза // Травматология и ортопедия России. – 2009. – №1. – С.16-20.

7. Haasper C., Jagodzinski M., Krettek C., Zeichen J. Hinged external fixation and closed reduction for distal humerus fracture // Archives of orthopaedic and Trauma surgery. – 2006. – Vol. 126. №3. – P.188-191.

8. Ji F., Tong D., Tang H., Cai X., et al. Minimally invasive

percutaneous plate osteosynthesis (MIPPO) technique applied in the treatment of humeral shaft distal fractures through a lateral approach // International orthopaedics. – 2009. – №33. – P.543-547.

9. Kraus E., Harstall R., Borisch N., Weber D. Primärer endoprothetischer Ellbogelenkersatz bei komplexen intraartikulären distalen // Unfallchirurg. – 2009. – Vol. 112. №8. – P.692-698.

10. Partenheimer A., Voigt C., Lill H. Versorgungsstandards bei distalen Humerusfrakturen im Erwachsenenalter // Obere Extremität. – 2006. – Vol. 1. №1. – P.89-97.

11. Patton M.S., Johnstone A.J. The role of total elbow arthroplasty in complex distal humeral fractures // European Journal of trauma and emergency surgery. – 2008. – Vol. 34. №2. – P.99-104.

12. Rueger J.M., Janssen A., Barvencik F., Briem D. Distale Humerusfraktur // Unfallchirurg. – 2005. – Vol. 108. – P.49-58.

Информация об авторах: 654034, Кемеровская область, г. Новокузнецк, ул. Шестакова, 14, e-mail: imtamed@mail.ru;

Сытин Лев Владимирович – проректор по науке, к.м.н.; Цыганов Анатолий Арсентьевич – заведующий отделением; Агафонов Николай Евгеньевич – врач травматолог-ортопед; Петряков Михаил Николаевич – врач травматолог-ортопед; Поляков Дмитрий Вячеславович – врач-травматолог

© КРИВИГИНА Е.В., ЖИГАЕВ Г.Ф., ЛУДУПОВА Е.Ю. – 2010.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЭРОЗИВНОЙ ФОРМОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев, Е.Ю. Лудупова

(Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, г.Улан-Удэ, гл. врач – к.м.н. Е.Ю. Лудупова)

Резюме. Представлены данные рандомизированного контролируемого исследования двух групп больных с неэрозивной формой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: 1 группа (n=40) получала рабепразол 20 мг 1 раз в сутки, 2 (n=40) – омепразол 20 мг 2 раза в сутки. Уже на 3 день приема рабепразола существенно снизилась частота эпизодов болей в левой половине грудной клетки некоронарогенного характера, повысилась толерантность к нагрузке. Чувствительность теста с рабепразолом составила 81,6%, специфичность – 80,6%, а теста с омепразолом – 73,5% и 77,4% соответственно.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, внепищеводные проявления, пищеводные проявления, рабепразол, омепразол.

ESTIMATION OF TREATMENT EFFICACY OF PATIENTS WITH NOT EROSIIVE FORM OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

E. V. Krivigina, G. F. Zhigaev, E. Y. Ludupova
(Republican Hospital, Ulan-Ude)

Summary. The analysis of estimation of treatment efficacy of patients with not erosive form of gastroesophageal reflux disease is presented.

Key words: reflux, extraesophageal manifestations, esophageal manifestation.

Проводящиеся в мире эпидемиологические исследования свидетельствуют: распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), включая ее неэрозивную форму (НЭРБ), сохраняется стабильно высокой на протяжении последних десятилетий – заболевание обнаруживается приблизительно у 2/5 взрослого населения. Во всяком случае, именно до 40% лиц в популяции периодически беспокоит изжога и другие, обусловленные ГЭРБ, симптомы. В США, например, 44% жителей хотя бы 1 раз в месяц испытывают изжогу, у 7% она регистрируется ежедневно, причём, не менее 30% взрослого населения вынуждены раз в месяц или чаще принимать антациды. Что касается эрозивной формы ГЭРБ, то её частота в популяции составляет около 3-4%. При этом среди всех лиц, подвергнутых эндоскопическому исследованию, эрозивный рефлюкс-эзофагит диагностируется у 6-12% [1,2,4]. Отечественная статистика аналогично указывает на высокую частоту заболевания. В целом распространенность заболевания среди взрослого населения России колеблется в пределах от 40 до 60%, причем у 45-80% больных обнаруживается рефлюкс-эзофагит [3,5,6].

Типичными симптомами ГЭРБ являются изжога и отрыжка кислым содержимым, позволяющие в по-

давляющем большинстве случаев заподозрить заболевание. Однако у части больных клиническая картина может быть не типичной, при этом выделяют, так называемые внепищеводные или супраэзофагеальные ее проявления (табл. 1). Подобный вариант течения болезни часто недооценивается врачами, что подчас приводит к ошибкам в диагностике и малоэффективному лечению.

Некоронарогенные боли в грудной клетке (НКБГ) являются одним из наиболее частых внепищеводных клинических проявлений (ГЭРБ) [7,8]. В последние 30 лет были подвергнуты серьёзному изучению взаимосвязи между патологическими процессами верхних отделов пищеварительного тракта и нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Было установлено, что заброс кислого желудочного содержимого является причиной различных внепищеводных проявлений, развитие которых более вероятно у лиц с ранее установленным диагнозом ГЭРБ. По данным эпидемиологических исследований распространенность НКБГ в популяции составляет от 23 до 33% [9,10]. НКБГ характеризуются приступами болей за грудиной стенокардического характера у больных, у которых тщательное кардиологическое обследование не выявило патологии [4,11,12].

Пищеводные и внепищеводные проявления ГЭРБ

Пищеводные	Внепищеводные
- Изжога - Регургитация - Одинофагия - Дисфагия - Боль в эпигастрии	1) Кардиальный синдром - Некоронарогенные боли - Нарушение ритма сердца
	2) Бронхопульмональный синдром - Неаллергическая астма (бронхоспазм) - Бронхит (хронический кашель) - Аспирационная пневмония
	3) Отоларингологический синдром - Хронический фарингит - Хронический ларингит (в том числе, дисфония) - Ларингоспазм - Globus hystericus (ощущение инородного тела в глотке) - Полипы голосовых связок и другие новообразования гортани - Хронический средний отит
	4) Стоматологический синдром - Эрозии эмали зубов - Кариес - Периодонтит - Стоматит (поражение слизистой)

Для установления возможной патогенетической взаимосвязи жалоб со стороны сердечно-сосудистой

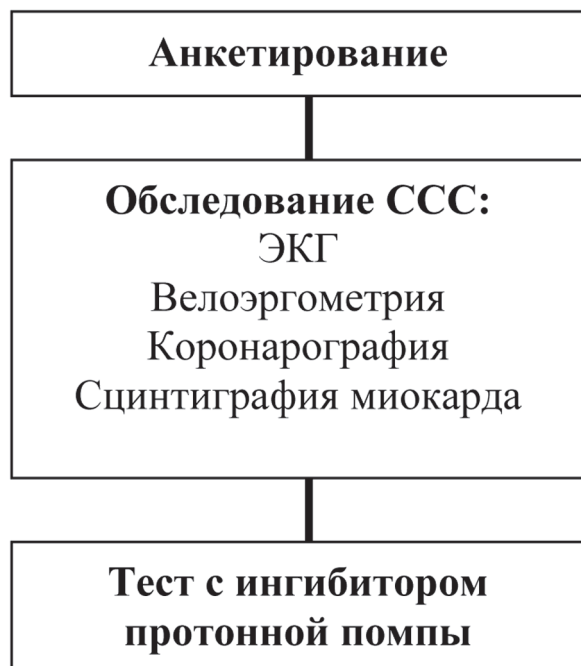


Рис. 1. Диагностика кардиальных проявлений ГЭРБ.

системы (ССС) с ГЭРБ, помимо стандартных методов диагностики последней (ЭГДС, суточная рН-метрия), необходимо дополнительно использовать специальные

Таблица 1

методики. В том числе, анкетирование (анкета для больных, дающая возможность выявить взаимосвязь между ГЭР, ГЭРБ и ее внепищеводными проявлениями). Помимо этого для исключения ишемической болезни сердца больным выполняют нагрузочные тесты (велоэргометрия, проба на тредмиле), коронарографию, позволяющую убедиться в отсутствии морфологических изменений в венечных сосудах сердца и радиоизотопного исследования перфузии миокарда (рис. 1).

Кроме того, учитывают ряд клинических нюансов болевого синдрома (табл. 2).

Недостаточно изученным остаётся механизм, объясняющий, почему воздействие кислоты на слизистую оболочку пищевода ощущается одними больными как изжога, а другими как боль в грудной клетке [13]. Известно, что часть больных с НКБГ предъявляют жалобы как на изжогу, так и на ретростеральные боли.

Однако проведённые исследования продемонстрировали что среди всех больных с НКБГ, у которых были выявлены нарушения при эндоскопии и/или при проведении 24-часовой рН-метрии пищевода, около 80% положительно отвечают на мощное антирефлюксное лечение [14,15]. Это позволяет предположить ГЭРБ в качестве наиболее вероятной причины возникающих у них болей в грудной клетке.

Вместе с тем диагноз внепищеводных проявлений ГЭРБ часто вызывает затруднения. Даже если проводилось всестороннее инструментальное обследование, практически невозможно полностью исключить вероятность диагностических ошибок, поскольку чувствительность и специфичность большинства применяемых методов не слишком высоки. Именно поэтому для выявления внепищеводных проявлений ГЭРБ признана необходимость использования суточной рН-метрии с оценкой эффективности лечебного эффекта антисекреторных средств, или проведение теста с ингибитором протонной помпы (ИПП). Суть последнего состоит в попытке купировать изжогу (основной симптом ГЭРБ) путём назначения ИПП в виде диагностики *ex juvantibus*. Поскольку для данной группы препаратов характерен быстрый, выраженный, стабильный и продолжительный антисекреторный эффект, то в случае успешного проведения теста делается вывод, что купированные симптомы были индуцированы ГЭР. Таким образом, появляется возможность в дальнейшем подтвердить или опровергнуть диагноз ГЭРБ.

В настоящее время ИПП занимают лидирующие позиции в терапии кислотозависимых заболеваний. Начало их широкого использования было положено после того, как были продемонстрированы клинические преимущества данной группы лекарственных средств над H_2 -блокаторами. Так, по данным метаанализа 33

Таблица 2

Дифференциальный диагноз болевого синдрома при ИБС и ГЭРБ

Признаки	ИБС, стенокардия	ГЭРБ
Локализация	За грудиной или в области сердца, иррадирует в шею, челюсть, спину, левую руку	
Характер болей	Сжимающие, давящие, жгучие, ощущение тяжести за грудиной	Жгучие, иногда сжимающие, раздражающие.
Продолжительность болей	От 1-3 до 20 мин.	Различная
Боли провоцируют	Физическая и эмоциональная нагрузка, холод.	Переедание, кислая и острая пища, горизонтальное положение тела
Боли купируют	Покой, нитраты	Изменение положения тела, антисекреторные препараты, антациды
Сопутствующие симптомы	Страх, тревога, одышка, тошнота	Иногда изжога, отрыжка, дисфагия

рандомизированных исследований, ИПП способствовали достижению клинической ремиссии и улучшению качества жизни у 83% больных ГЭРБ, тогда как H_2 -блокаторы и плацебо у 60% и 27%, соответственно [15,16].

Шкала оценки выраженности симптомов (по Лайкерту)

Количество баллов	Выраженность симптома	Описание выраженности симптома
0 баллов	Отсутствует	Отсутствуют
1 балл	Слабая	Можно не замечать, если не думать
2 балла	Умеренная	Не удается не замечать, но не нарушает дневную активность или сон
3 балла	Сильная	Нарушает дневную активность или сон
4 балла	Очень сильная	Значительно нарушает дневную активность или сон

При выборе ИПП для проведения теста следует отдавать предпочтение наиболее быстродействующим и эффективным средствам, поскольку это сократит время диагностического поиска и обеспечит более высокую чувствительность всего исследования [18,19].

Цель исследования: данная работа посвящена анализу данных литературы и результатов собственных клинических наблюдений по изучению распространенности, особенностей диагностики и лечения внепищеводных кардиальных проявлений ГЭРБ.

Материалы и методы

В проведенном нами собственном исследовании, посвященном сравнительной оценке эффективности рабепразола и омепразола в условиях диагностического теста у больных ГЭРБ, ассоциированной с НКБГ, приняли участие 80 больных, от которых было получено письменное информированное согласие. Больных беспокоили боли в грудной клетке, возникающие не менее 3-х раз в неделю, генез которых оставался неясен, в том числе после всестороннего кардиологического обследования, включавшего велоэргометрию, коронарографию и скинтиграфию миокарда с Технецием 99m тетrafosмином.

Поражение слизистой оболочки пищевода выявлялось с помощью эзофагогастродуоденоскопии, проводимой вслед за 24-часовой рН-метрией пищевода. Наличие эрозивного эзофагита, обнаруженного при ЭГДС и/или отклонений, выявленных при 24-часовой рН-метрии пищевода, подтверждали наличие ГЭРБ, и такие больные относились к рефлюкс-положительным – 49 (61%) больных. При этом степень рефлюкс-эзофагита определялась в соответствии с Лос-Анджелесской классификацией [19], а рефлюкс, выявленный при 24-часовой рН-метрии пищевода, считался патологическим, если суммарная продолжительность рефлюкса в течение суток превышала 60 минут. Если оба метода исследования (ЭГДС и 24-часовая рН-метрия пищевода) не выявляли никакой патологии, то такие лица классифицировались как рефлюкс-отрицательные – 31 (39%) больной.

Рандомизированные на две равные группы больные получали рабепразол по 20 мг утром или омепразол по 40 мг утром течение 7 дней. Затем после периода «отмывки» в течение 1 недели, когда никто из участников исследования не получал никаких антисекреторных препаратов, больных, в отношении проводимого лечения, меняли местами (получавшим ранее омепразол назначался рабепразол и наоборот), и этот период также продолжался 7 дней. Обследуемые вели дневник, в котором ежедневно оценивали тяжесть и частоту возникновения болей в грудной клетке. Другие симптомы, такие как дневная изжога, ночная изжога, кислотная регургитация, дисфагия и одиофагия также подвергались оценке. По двум последним симптомам различие между группами было статистически не значимо ($p > 0,05$). Изжога и кислотная регургитация значимо чаще встречались в группе рефлюкс-позитивных больных ($p < 0,05$). Однако следует отметить, что и в группе рефлюкс-отрицательных больных было существенное количество лиц с изжогой: у 14 (45%) больных в дневное время и у 12 (39%) – в ночные часы. Такая изжога расценивалась нами как

функциональная [21].

Для определения степени выраженности каждого симптома использовалась шкала Лайкерта, представленная в таблице 3.

Показатель интенсивности симптомов (ПИНС) для каждого признака в отдельности рассчитывался в виде произведения выраженности симптома (в баллах по вышеуказанной шкале) на частоту повторений данного симптома в течение суток. Тест любым из назначавшихся препаратов признавался положительным, если индекс болей в грудной клетке снижался не менее чем на 50% от исходного уровня. При выполнении диагностического теста с ИПП значение ПИНС боли в грудной клетке определялось ежедневно для оценки скорости наступления эффекта.

Данные представлялись в виде относительных величин. Статистическая обработка полученных результатов выполнялась в программном пакете Statistica v. 6.0 (StatSoft, USA, 1999). Критический уровень значимости при проверке гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Исходная оценка показателей интенсивности НКБГ не выявила статистически значимых различий между рефлюкс-положительными и рефлюкс-отрицательными больными ($p > 0,05$). Сравнение исходных значений ПИНС боли в грудной клетке перед началом исследования и после перекреста также продемонстрировало отсутствие значимых различий в каждой из двух групп: как среди рефлюкс-положительных, так и у рефлюкс-отрицательных больных.

В группе рефлюкс-положительных лиц на фоне приема рабепразола имела место более быстрая динамика купирования симптомов, с достижением эффекта (снижение показателя интенсивности НКБГ на $\geq 50\%$ от исходного уровня) у максимального количества – 40 (81,6%) больных – уже к третьему дню. В то время как в группе обследуемых, получавших омепразол, наилучшие результаты – 36 (73,5%) больных со снижением ПИНС боли в грудной клетке на $\geq 50\%$ от исходного

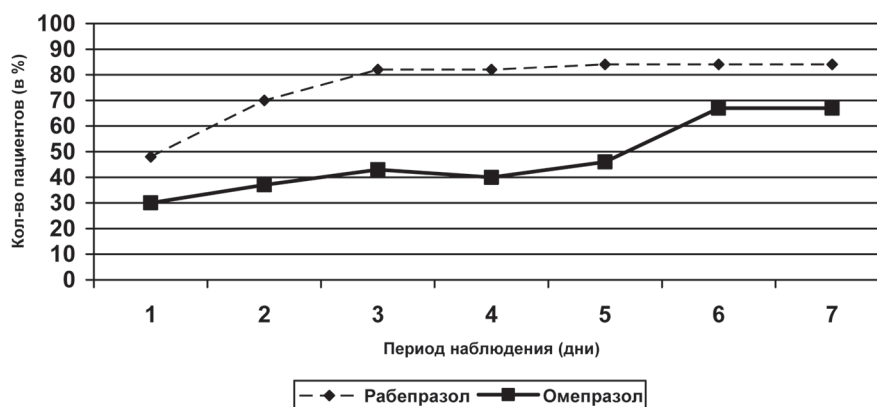


Рис. 2. Динамика купирования НКБГ у рефлюкс-положительных больных при выполнении диагностических тестов с ИПП.

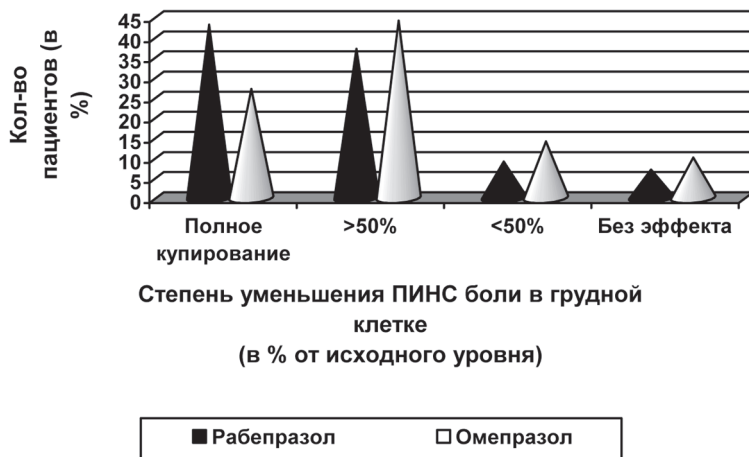


Рис. 3. Изменение интенсивности НКБГ у рефлюкс-положительных больных, (n=49) при проведении диагностических тестов ИПП (p>0,05).

уровня – были достигнуты только к шестому дню. При этом с 1 по 5 день проведения теста различие между двумя группами больных было статистически значимо (p<0,05), и только лишь к шестому дню исследования картина несколько выравнилась (p>0,05) (рис. 2).

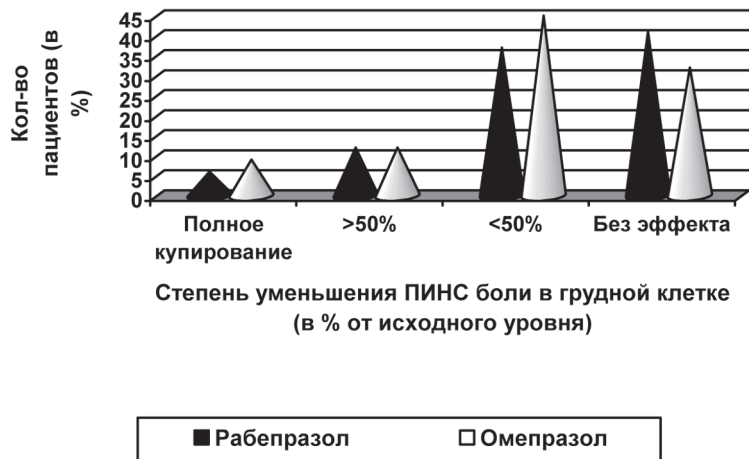


Рис. 4. Изменение интенсивности НКБГ у рефлюкс-отрицательных больных, (n=31) при проведении диагностических тестов ИПП (p>0,05).

Также отметим, что среди больных с положительным результатом рабепразолового теста полное купирование НКБГ имело место почти у половины – у 21

(42,9%) больного. Тогда как на фоне положительного эффекта от приёма омепразола полное разрешение болей в грудной клетке было выявлено только у 14 (28,6%) больных (p>0,05) (рис. 3).

В группе рефлюкс-отрицательных больных различие в динамике изменения показателя интенсивности НКБГ на фоне применения рабепразола и омепразола было статистически не значимо (p>0,05). У 6 (19,4%) больных был зарегистрирован положительный ответ на рабепразол, и у 7 (22,6%) больных имел место эффект от омепразола (рис. 4).

Чувствительность и специфичность теста с рабепразолом, составили 81,6% и 80,6%, соответственно. Чувствительность и специфичность теста с омепразолом, составили 73,5% и 77,4%, соответственно.

По существу на сегодняшний день в практике, больные с НКБГ, как правило, подвергаются комплексному обследованию, включающему ЭГДС, 24-часовую рН-метрию, пищеводную манометрию, различные провокационные тесты, такие как тест Берштейна и др. [22,23]. Многие из этих методов диагностики инвазивны, достаточно дороги и не в полной мере доступны. Кроме того, чувствительность этих тестов для диагностики именно обусловленных ГЭРБ болей в грудной клетке требует уточнения, поскольку сам факт наличия патологической кислотной экспозиции при проведении рН-метрии и факт обнаружения эрозивного эзофагита при проведении ЭГДС не всегда подразумевают их этиологическую роль в возникновении синдрома НКБГ. В противоположность этому, диагностический тест с ИПП обеспечивает простоту, лёгкость в использовании, высокую диагностическую точность, а также существенное снижение стоимости обследования [24].

Как было отмечено выше, в нашем исследовании у большинства больных, положительно ответивших на рабепразол в диагностическом тесте, эффект уменьшения болей в грудной клетке был выявлен уже к 3-му дню приёма препарата. В клинической практике это выгодно отличает рабепразол от других препаратов из группы ИПП при осуществлении диагностики обусловленных ГЭРБ случаев НКБГ, поскольку именно быстрое действие данного препарата позволяет сократить период времени, необходимый для установления причины болей в грудной клетке.

ЛИТЕРАТУРА

- Иванова О.В., Исаков В.А., Морозов С.В. Внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Болезни органов пищеварения. – 2004. – №2. – С.15-21.
- Ивашкин В.Т. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. – М., 2002. – 128 с.
- Калинин А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Методические указания. – М., 2004. – 40 с.
- Калягин А.Н. Нетипичные внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Современные проблемы гастроэнтерологии: Материалы межрегиональной научно-практической конференции / Под ред. А.Н. Калягина. – Иркутск: ИГМУ, 2008. – С.43-56.
- Лечение рефлюксной болезни. Отчёт о рабочей встрече в Генвале (Бельгия) // Клин. фармакология и терапия. – 2001. – №1. – С.16-21.
- Трухманов А.С., Маев И.В. Неэрозивная рефлюксная болезнь с позиций современной гастроэнтерологии: клинические особенности и влияние на качество жизни пациентов // Русский медицинский журнал. – 2004. – С.1344-1348.
- Barry O'Connor J., Provenzale D., Brazer S., et al. Economic

Consideration in the Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease // A Review. Am. J. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 95. – P.3356-3364.

- Dickman R., Fass R. Noncardiac chest pain // Clinical gastroenterology and hepatology. – 2006. – Vol. 4. – P.558-563.
- Eslick G.D., Talley N.J., Young L.J., et al. Non-cardiac chest pain in the population; prevalence and impact // J. Gastroenterol. Hepatol. – 1999. – Vol. 14. – P.179.
- Eslick G.D., Fass R. Noncardiac chest pain: evaluation and treatment // Gastroenterol. Clin. N. Am. – 2003. – Vol. 32. – P.531-552.
- Fass R., Malagon I., Schmulson M. Chest pain of esophageal origin // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2001. – Vol. 17. – P.376-380.
- Fass R. Chest pain of esophageal origin// Curr. Opin. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 18. – P.464-470.
- Fass R., Fennerty M.B., Ofman J.J., et al. The clinical and economic value of a short course of omeprazole in patients with noncardiac chest pain // Gastroenterology. – 1998. – Vol. 115. – P.42-49.
- Fass R., Winters G.F. Evaluation of the patient with noncardiac chest pain: is gastroesophageal reflux disease or an esophageal motility disorder the cause? // Medscape. – 2001. –

Vol. 3. – P.1-7.

15. Fass R. Empirical trials in treatment of gastroesophageal reflux disease // Dig. Dis. – 2000. – Vol. 18. – P.20-26.

16. Fock K.M., Teo E.K., Ang T.L., et al. Rabeprazole vs esomeprazole in non-erosive gastro-esophageal reflux disease; a randomized, double-blind study in urban Asia // World J. Gastroenterol. – 2005. – Vol.11. – P.3091-3098.

17. Galmiche J.P., Clouse R.E., Balint A., et al. Functional esophageal disorders (Review) // Gastroenterology. – 2006 Apr. – Vol. 130. №5. – P.1459-1465.

18. Heartboni across America: a Gallop Organization National Survey. – Princeton, NY: Gallop Organyzation, 1998.

19. Husser D., Bollmann A., Kuchne C., et al. Evaluation of noncardiac chest pain: diagnostic approach, coping strategies and

quality of life // European Journal of Pain 10 (2006). – P.51-55.

20. Nandurkar S., Tallay N.J. Epidemiology and natural history of reflux disease // Baillieres Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 5. – P.743-757.

21. Ofman J.J., Garinek I.M., Udani J., et al. The cost-effectiveness of the omeprazole test in patients with noncardiac chest pain // Am. J. Med. – 1999. – Vol. 107. – P.219-227.

22. Pantoflickova D., Dorta G., Ravic M., et al. Acid inhibition on the first day of dosing: comparison of four proton pump inhibitors // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2003. – Vol. 17. – P.1507-1514.

23. Stanghellini V., Cogliandro R., Cogliandro L., et al. Unsolved problems in the management of patients with gastro-oesophageal reflux disease // Digestive and Liver Disease. – 2002. – Vol. 34. – P.843-848.

Информация об авторах: 670047, Улан-Удэ, ул. Павлова 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, тел. (3012) 23-36-24, Лудупова Евгения Юрьевна – главный врач, к.м.н., Жигаев Геннадий Федорович – профессор, д.м.н., Кривигина Елена Владимировна – врач-эндоскопист.

© ВАНЯРКИНА А.С., ГОЛУБ И.Е., МАРТЫНОВИЧ Н.Н., СОРОКИНА Л.В. – 2010

АНАЛЬГЕЗИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМАТИЧНЫХ РОДОВ

А.С. Ваныркина^{1,2}, И.Е. Голуб¹, Н.Н. Мартынович¹, Л.В. Сорокина¹

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра анестезиологии и реаниматологии, зав. – д.м.н., проф. И.Е. Голуб, кафедра педиатрии №1, зав. – д.м.н., проф. Н.Н. Мартынович; ²МУЗ «Городской перинатальный центр», гл. врач – И.В. Ежова)

Резюме. Проведено исследование эффективности анальгезии ацетаминофеном в сочетании с нефармакологическими методами обезболивания у 90 доношенных новорожденных с болевым синдромом вследствие травматичных родов. Показано, что этот способ обезболивания обеспечивает эффективную анальгезию. Об этом свидетельствует уменьшение поведенческих характеристик боли, стабильность гемодинамики и концентрация маркеров боли (кортизола и глюкозы).

Ключевые слова: новорожденный, боль, ацетаминофен, анальгезия.

ANALGESIA IN NEWBORNS WITH PAIN SYNDROME OWING TO TRAUMATIC DELIVERY

A.S. Vanyarkina^{1,2}, I.E. Golub¹, N.N. Martynovich¹, L.V. Sorokina¹

(¹Irkutsk State Medical University, ²Irkutsk Municipal Perinatology Center)

Summary. The aim of this study was to evaluate the efficacy of analgesia with acetaminophen in combination with nonpharmacological methods in the 90 mature neonates after trauma during the birth process. We revealed that this type of analgesia provides an effective pain relief. The pain reduction was confirmed by the decrease of the behavioural pain indicators, the stable hemodynamics indices and concentration of pain markers (glycose and cortisol level).

Key words: newborn, pain, acetaminophen, analgesia.

Актуальность диагностики и лечения боли у новорожденных остается одной из значимых проблем. Многие врачи убеждены, что новорожденные дети не чувствуют боли или менее чувствительны к ней. Однако особенности системы восприятия ноцицептивных импульсов (низкий порог боли, широкие ноцицептивные поля, пересечение рецепторных полей, несовершенная антиноцицептивная система) свидетельствуют о высокой чувствительности детей данной возрастной группы к болевым раздражителям [5,7,8,10,15,16,17]. В связи с внедрением высокотехнологичных методов диагностики и лечения в неонатологической практике, внимание исследователей сосредоточилось на изучении послеоперационного болевого синдрома [1,3], обезболивания у недоношенных детей в условиях отделения реанимации новорожденных [2,4]. Однако в доступных литературных источниках нет информации об адекватной стратегии анальгезии при механическом повреждении тканей у доношенных новорожденных.

Цель работы: оценить эффективность анальгезии ацетаминофеном у новорожденных с болевым синдромом вследствие травматичных родов.

Материалы и методы

В условиях стационара соматических отделений но-

ворожденных (обсервации и физиологии) муниципального учреждения здравоохранения «Перинатальный центр» города Иркутска проведено проспективное (2005–2008 годы) контролируемое рандомизированное («метод конвертов») одноцентровое исследование. Под наблюдением находилось 120 новорожденных в раннем неонатальном периоде. Рандомизация проводилась по порядковому номеру родов. Критериями включения в исследование являлись: гестационный возраст новорожденных (>37 недель), характер родоразрешения (роды через естественные родовые пути), наличие признаков механического повреждения тканей вследствие травматичных родов (нарушение динамики родового акта, аномалии предлежания, конфликт по пуповине). Из исследования исключены дети с тяжелой асфиксией в родах (Апгар к 5-й мин после рождения <5 баллов и рН пуповинной крови <6,9), с врожденными пороками развития, признаками внутриутробной инфекции и/или с нарушением витальных функций неуточненной генеза, требующих терапии в условиях отделения реанимации новорожденных. Критерием исключения являлось также отказ матерей новорожденных от участия в исследовании.

Клинический осмотр 90 детей в первые минуты после рождения выявил ряд признаков механического повреждения тканей, косвенно указывающие на то, что