

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ  
ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ПЕРИНАТОЛОГИИ  
И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В НЕОНАТОЛОГИИ**

**Г.А. ШИШКО, Ю.А. УСТИНОВИЧ, А.В. САПОТНИЦКИЙ, С.П. ГОРЕТАЯ,  
М.В. АРТЮШЕВСКАЯ, И.М. КРАСТЕЛЕВА**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,  
г. Минск, Республика Беларусь*

Младенческая смертность в 2008 году в Республике Беларусь составила 4,5 на 1000 родившихся живыми, что является одним из самых низких уровней этого показателя в мире. Расценивая этот уровень, как несомненный успех отечественного здравоохранения, необходимо констатировать, что результат достигнут на фоне высокой заболеваемости новорожденных - 212 на 1000 родившихся живыми. Сочетание низкой младенческой смертности и высокой заболеваемости новорожденных определяют высокий риск роста ранней инвалидизации. Так первичная детская инвалидность в 2000г. составляла 15,12 на 10000 детского населения, а в 2005г. -17,56. В ее структуре - врожденные аномалии развития, болезни нервной системы, психические расстройства [1]. Болезни нервной системы и психические расстройства у детей имеют прямую связь с многофакторным действием на мозг ребенка патологических процессов в перинатальном периоде

В связи с этим, стратегическим направлением работы службы охраны материнства и детства в обеспечении демографической безопасности страны следует считать стабилизацию младенческой смертности и снижение инвалидизации.

Одним из важнейших факторов решения этой проблемы является оптимизация ранней интенсивной терапии новорожденных именно в первые часы жизни, которые оказывают существенное влияние на состояние здоровья человека во всей последующей жизни. И не случайно в первом десятилетии XXI века в клинической практике первые часы жизни оцениваются как «золотой час». Приоритетными контингентами новорожденных являются дети с такими заболеваниями, как врожденные аномалии развития, асфиксия новорожденного, респираторный дистресс-синдром (РДС), врожденная пневмония, инфекции специфичные для перинатального периода, кровотечения и внутричерепные кровоизлияния, в частности, желтухи.

Анализ данных статистики (форма №32) свидетельствует о тенденции к уменьшению за последние 5 лет числа заболевших врожденными аномалиями развития и асфиксией новорожденного и увеличению остальных нозологических форм при значительном снижении летальности.

Выбор тактики лечения с целью минимизации потенциальных осложнений в перинатальном периоде основан на констатации того факта, что инфекции и гипоксические состояния – частые комбинации в неонатологии и перинатологии. Это объясняет то, что оперативное родоразрешение не решает проблему асфиксии, так как асфиксия новорожденного может быть следствием полиорганной дисфункции плода из-за внутриутробного инфицирования. Для решения этой проблемы необходимо:

1. Формирование прегавидарного здоровья детей и молодежи, как результат здорового образа жизни (ЗОЖ), но это более социальная и морально-этическая проблема, чем медицинская.
2. Микробиологический скрининг GBS всех беременных для принятия решения о превентивной терапии плода и новорожденного.
3. Внедрение новых технологий для диагностики гипоксии плода (КОС плода) для принятия решения об оперативном родоразрешении.

Нашими исследованиями доказана эффективность ранней сурфактантной терапии РДС еще в прошлом веке [2,3]. Доказано, что на современном этапе необходимо начать использовать сурфактантную терапию у недоношенных детей, родившихся в тяжелой асфиксии, а также при аспирации мекония в ходе первичной реанимации в родблоке.

Ранняя (в первые минуты) сурфактантная терапия позволяет сократить длительность искусственной вентиляции легких (ИВЛ); «смягчить» параметры; избежать применения ИВЛ, ограничившись СРАР; снизить частоту развития и степень тяжести БЛД.

Перинатальный контекст оптимизации сурфактантной терапии:

1. Прогнозирование развития РДС и обоснование ранней сурфактантной терапии на основании экспресс-анализа амниотической жидкости.

2. Особое внимание беременным с сахарным диабетом и нарушением жирового обмена.

Нарушения в системе гемостаза являются общепатологической закономерностью тяжелых состояний. Исследования системы гемостаза и нейросонография должны стать urgentными методами мониторинга реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Цель – неотложная коррекция нарушений гемостаза для снижения риска трансформации внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) первой степени в ВЖК второй, третьей и четвертой степеней.

Токсичность билирубина для доношенных детей может проявляться в диапазоне от 25 до 30 мг% (425- 510 мкмоль/л), но имеются когортные исследования, указывающие на возможную токсичность билирубина, проявляющуюся в дальнейшем снижением IQ и глухотой при уровне 20 мг% (340 мкмоль/л). Для недоношенных детей токсические уровни билирубина гораздо ниже. Риск неврологических осложнений для недоношенных детей с массой 1250-2500грамм при гестационном возрасте 28-36 недель возникает при уровне билирубина 18-20 мг% (306-340 мкмоль/л), а у младенцев с массой тела менее 1250грамм – при уровне билирубина 10-20 мг% (170-340 мкмоль/л). Нечеткость диапазонов токсического уровня билирубина связана с проницаемостью гематоэнцефалического барьера, которая зависит от многих факторов (срок гестации, ацидоз, гипоксия, инфекции и вероятно многие другие до конца не исследованные факторы). Гипербилирубинемия свыше 200 мкмоль/л увеличивает риск развития ДЦП в 4,6 раза для детей с РДС с массой тела менее 1500г. [Г.А. Шишко, Ю.В. Рожко, 2004г.]

Необходимо исключить из практики (при гипоксии и инфекции) случаи гипербилирубинемии свыше 340 мкмоль/л у доношенных и свыше 200 мкмоль/л у недоношенных.

Следует особо подчеркнуть, что отсутствие контроля за болевой реакцией у новорожденных может привести к негативным как к непосредственным (тахикардия, гипоксия, ВЖК, гипотензия), так и отдаленным результатам, касающимся неврологического развития детей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Жарко, В.И. Состояние здоровья женщин и детей Республики Беларусь / В.И. Жарко, Л.А. Постоляко, И.В. Митрошенко, К.У. Вильчук // Здоровая мать – здоровый ребенок. Сборник материалов VIII съезда педиатров Республики Беларусь. – 2006. – С.8–12
2. G. Shishko, O. Svirskaja, S. Riabekov. Alveofact usage in therapy of respiratory distress syndrome. III Alveofact workshop. Abstracts. Visegrad 18-19 April 1999 – p.16.
3. Шишко, Г.А. Влияние терапии экзогенным сурфактантом на течение респираторного дистресс-синдрома у недоношенных новорожденных / Г.А. Шишко, Ю.А. Устинович, О.Я. Свирская // 7 съезд педиатров Республики Беларусь. – Минск, 1999. – С. 177–178.

## THE MAIN DIRECTIONS OF OPTIMISATION OF MEDICAL-DIAGNOSTIC PROCESS IN PERINATOLOGY AND INTENSIVE THERAPY IN NEONATOLOGY

**G.A. SHISHKO, J.A. USTINOVICH, A.V. SAPOTNITSKIJ, S.P. GORETAJA,  
M.V. ARTJUSHEVSKAJA, I.M. KRASTELEVA**

### *Summary*

The combination of low infantile death rate and high disease of newborns predetermine high risk of growth early disablement. Illnesses of nervous system and mental frustration at children have a direct bond with multifactorial action on a brain of the child of pathological processes in a perinatological period. In this connection, a strategic direction of work of a protection service of motherhood and the childhood is necessary to consider a stabilisation of infantile death rate and decrease disablement.

*Поступила в редакцию 11 мая 2009г.*