

ПРОБЛЕМЫ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Е. В. Белогорская, Л. Я. Александрова, В. М. Локотунина,
Г. З. Юсупова, Т. И. Иванова, А. А. Новожилова*

*Кафедра детских болезней лечебного факультета (зав.— проф. Е. В. Белогорская)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Куршова,
1-я детская клиническая больница (главрач — М. Ш. Уразаева) г. Казани*

Частота преждевременных родов не имеет тенденции к снижению и варьирует от 4 до 14% [3]. Уровень невынашиваемости по ТАССР колеблется от 5,7 до 6%, однако в Казани, Набережных Челнах, Нижнекамске он превышает среднереспубликанский показатель [2].

Важность этой проблемы состоит в том, что недоношенность влияет на показатели детской смертности. Так, риск смерти недоношенного ребенка в 34—37 раз выше, чем у доношенного [4]. Недоношенные дети составляют около 70% среди новорожденных, умерших в возрасте до 7 дней жизни, причем около половины из них «маловесные дети», то есть те, масса тела которых равна или менее 1500 г [3]. У детей именно этой группы летальность достигает 40% более.

Анализ структуры детской смертности в Волго-Вятском районе показал, что недоношенные составляют 40—60% среди всех умерших детей [1].

В целях улучшения выхаживания недоношенных детей и дальнейшего снижения перинатальной и ранней детской смертности в Казани на базе 1-й детской клинической больницы в конце 1983 г. было открыто специализированное отделение для новорожденных. Нами проанализированы 214 историй болезни недоношенных детей, находившихся на втором этапе выхаживания.

I степень недоношенности была у 33,2% детей, II— у 43%, III— у 18,2%, IV— у 5,6%. Поскольку для преждевременных родов характерна многофакторность причин как медицинских, так и социальных, проведен анализ факторов риска при невынашивании беременности. Среди родивших недоношенных детей 57,9% матерей были первородящими, 42,1% — повторнородящими. Из первородящих 73% женщин были первобеременными. У большинства был отягощенный акушерский анамнез: у 41,5% — многократные аборт, у 14,4% — выкидыши. Причины недонашивания были тесно связаны с состоянием здоровья матери и во многом определяли зрелость и вес ребенка к моменту рождения. Так, экстрагенитальная патология выявлена у 19,6% женщин, из них у 7% были заболевания сердечно-сосудистой системы, у 5,7% — болезни по-

чек и мочевыводящих путей, у 2,8% — патология ЛОР-органов, у 2,0% — патология легких, у 2,1% — заболевания желудочно-кишечного тракта. В анамнезе у 23% женщин с преждевременными родами были заболевания гениталий.

Данные относительно влияния возраста на возникновение преждевременных родов разноречивы. По нашим наблюдениям, преждевременные роды были у женщин зрелого детородного возраста: у 38% — в возрасте от 18 до 25 лет, у 36,2% — от 25 до 30, у 14,1% — от 30 до 35, у 4,2% — до 18 лет и у 7,5% — старше 35 лет.

Среди факторов прерывания беременности большое место занимает патология беременности. Так, у $1/5$ женщин с преждевременными родами был гестоз, у $1/3$ — угроза прерывания беременности. Каждая восьмая женщина, родившая недоношенного ребенка, перенесла во время беременности острое респираторное заболевание. Такие вредные факторы, как заболевание матери, осложнения в течении беременности, влияют не только на вынашивание беременности, но и сказываются на состоянии и здоровье ребенка после рождения.

Изучение причин недонашивания беременности показало, что значительная роль принадлежит социальным факторам. У 45% женщин имели место профессиональные вредности и тяжести условия труда (вибрация, химическое производство, высокая температура, подъем тяжестей), большинство женщин (58%) были рабочими. Частота недонашивания у незамужних была в 2 раза выше, чем у замужних. По нашим данным, каждая шестая-седьмая женщина с преждевременными родами была незамужней, у 14 женщин ребенок был нежеланным. Анализ полученных данных свидетельствовал о возможности выделения групп риска по преждевременным родам.

Большие трудности в выхаживании недоношенных детей связаны с незрелостью органов и систем, которая проявляется неадекватной реакцией организма на условия среды. Это обуславливает высокую частоту синдрома нарушения ранней адаптации — синдрома дыхательных расстройств. В его основе лежат морфологическая и функциональная незрелость легких, внутри-

утробная гипоксия, дефицит сурфактанта и неспособность легких к полному расправлению. Синдром дыхательных расстройств отмечался в первые дни после рождения у 50—70% недоношенных детей. По данным отделения патологии новорожденных, данный синдром наблюдался лишь у 10% недоношенных детей, так как они поступали из родильных домов на 2-й неделе жизни. Непосредственными причинами развития этого синдрома были пневмопатия в виде ателектазов легких и натальная травма центральной нервной системы. Отечный синдром был диагностирован у 28% недоношенных.

Ателектазы легких являются самой частой формой пневмопатии у недоношенных детей. Они были диагностированы клинически и рентгенологически у 60% детей, причем при I степени недоношенности — у 36,6%, при II — у 58,7%, при III — у 94,8%, при IV — у 100%. Таким образом, частота пневмопатии зависела от степени зрелости недоношенного ребенка.

У $\frac{1}{3}$ детей на фоне ателектазов легких развилась пневмония. Она проявлялась усилением симптомов интоксикации, появлением приступов асфиксии, выслушиванием мелкопузырчатых влажных хрипов. У $\frac{1}{3}$ детей ателектазы легких сочетались с натальной травмой центральной нервной системы. Ее частота у недоношенных, по данным отделения патологии новорожденных, составляла 48%. У большинства детей состояние было тяжелым. Отмечались выраженные вялость, адинамия, диффузная мышечная гипотония, гипорефлексия, снижение активности сосания или отсутствие сосательного и глотательного рефлексов.

Изучение развития недоношенных на первом месяце жизни показало, что первоначальная потеря массы тела до 5% наблюдалась у 12% детей, до 10—15% — у 59%, свыше 15% — у 29%; последнее объяснялось тяжелым заболеванием ребенка, частыми срыгиваниями или спадением отеков. У большинства детей первоначальная масса тела восстанавливалась ко 2—3-й неделе жизни.

Внутриутробное развитие задерживалось у 36% недоношенных детей. Для них было характерно снижение массы тела по отношению к гестационному сроку. Высокая частота врожденной гипотрофии была обусловлена, по-видимому, тем, что эта патология является универсальной реакцией плода в ответ на неблагоприятные условия внутриутробного развития.

Средняя прибавка массы тела за 1-й месяц жизни при I степени недоношенности составляла 240 г, при II—310 г, при III—160 г, при IV—190 г. Наименьшая прибавка массы за 1-й месяц жизни у недоношенных по сравнению с доношенными была связана с особенностями процесса адаптации к новым условиям существования и с

более значительной первоначальной потерей массы тела.

Прибавка массы тела за 2-й месяц жизни при всех степенях недоношенности была равна в среднем 500 г. Незрелость организма недоношенных и быстрая истощаемость основных физиологических процессов вызывают необходимость создания для них особого щадящего режима, предусматривающего вскармливание грудным молоком, соблюдение температурного режима и асептического ухода.

Все недоношенные на втором этапе выхаживания получали нативное или донорское грудное молоко. Отсутствие или угнетение сосательного и глотательного рефлексов требовало специальных методов вскармливания (зонд — соска — грудь). Продолжительность вскармливания через зонд определялась степенью незрелости и общим состоянием ребенка. Длительность пребывания ребенка с III—IV степенью недоношенности в закрытом кузове была индивидуальной и составляла не более 7 дней.

Инфузионную терапию проводили с учетом расстройств гемодинамики, нарушения водно-электролитного и билирубинового обменов, симптомов инфицирования, а также с целью парентерального питания. Все недоношенные получали оксигенотерапию, глутаминовую кислоту, витамины С, группы В (В₁ и В₆) с обязательным назначением затем витамина Е. Выписывали детей из отделения второго этапа выхаживания при достижении массы тела 2 кг. Дети с недоношенностью I степени находились в отделении патологии новорожденных 16 дней, II—30, с III—50, с IV—70 дней.

Этиотропную и посиндромную терапию назначали в зависимости от диагноза заболевания. Анализ летальных исходов в отделении патологии новорожденных показал, что недоношенные дети составляют большой удельный вес среди умерших: в 1985 г. их было 42%, в 1986 г.—61%, в 1987 г.—71%, в 1988 г.—50%.

Летальность среди недоношенных была равна в 1985 г. 6,6% (8 умерших из 121 недоношенного ребенка), в 1986 г.—4,2% (соответственно 8 из 191), в 1987 г.—5,5% (10 из 180), в 1988 г.—1,8% (4 из 218). Летальные исходы в 60% случаев были у недоношенных III и IV степени.

В структуре летальности, по данным патологоанатомического вскрытия, доминировал сепсис: он был зарегистрирован у половины умерших детей. В 1987 г. 5 из 6 детей, поступивших из observationalного отделения родильных домов, умерли от сепсиса. Высокая летальность от сепсиса у недоношенных детей объясняется поздним созреванием защитных систем организма, большим полиморфизмом клинических симптомов, генерализованной реакцией всех органов и сис-

тем и, следовательно, трудностью диагностики.

На втором месте в структуре летальности была патология органов дыхания (синдром дыхательных расстройств, пневмония, гидронефроз). Кроме того, по одному случаю были представлены гемолитическая болезнь новорожденного (отечная форма), герпетическая инфекция, глубокая недоношенность, гидроцефалия, множественные пороки развития. Клинический и патологоанатомический диагнозы совпали в 92—93% случаев.

С целью оценки физического и психомоторного развития недоношенных детей первого года жизни были проанализированы истории развития 205 таких детей по материалам 2-й детской поликлиники. Удвоение массы тела во всех весовых группах происходило к 3, утроение — к 5—6 мес. К году масса тела увеличивалась в 4—6 раз и составляла для детей с I степенью недоношенности 9,8 кг, со II—9 кг, с III—8,6 кг, с IV—8,5 кг. Рост недоношенного ребенка в возрасте одного года достигал в среднем 70—73 см. Психомоторное развитие недоношенных и доношенных детей различалось. Уровень психомоторного развития зависел от степени зрелости. Так, у детей с I степенью недоношенности не было выявлено отклонений в психомоторном развитии. При II степени недоношенности дети начинали удерживать голову в вертикальном положении в 2 мес, сидеть в 7—8 мес, ходить — в 12—14 мес, произносить первые слова — к году; при III степени — соответственно в 3, 8—10, 14—15, 12—13 мес; при IV степени — в 3—3,5, 8—10, 14—15, 12—14 мес. Прорезывание зубов происходило в более поздние сроки. У детей с I степенью недоношенности первые зубы прорезывались в 7—9 мес (у 4,3% детей в возрасте одного года не было зубов), со II степенью — в 7—10 мес (у 9,5% детей в возрасте одного года не было зубов); при III степени — лишь 30% детей имели зубы к одному году. У детей с IV степенью недоношенности первые зубы появились в возрасте одного года.

В течение первого года жизни отмечалась высокая частота заболеваний органов дыхания. Так, пневмонией болели 10% детей с I степенью недоношенности, 25% — со II, 50% — с III—IV степенью. На втором году жизни сохранялась высокая заболеваемость ОРЗ и пневмонией.

Последствия натальной травмы центральной нервной системы в виде миотонического синдрома были выявлены у 13% детей, спастического тетрапареза — у 7%, гипертензионно-гидроцефального синдрома — у 8,5%. Эпилепсия была диагностирована у 1,4% детей.

В возрасте одного года анемия была обнаружена у 42% детей с I степенью недоношенности, у 50% — со II и у 80% — с III—IV степенью. Дистрофия типа гипотрофии I—II степени пре- и постнатальной этиологии была констатирована у 25% детей с I степенью недоношенности, у 30% — со II и у 50% — с III—IV степенью.

Анализ историй развития показал, что в поликлинических условиях наблюдается гиподиагностика рахита, несмотря на распространенность рахита именно у недоношенных детей. $\frac{2}{3}$ детей в первый год жизни находились на искусственном вскармливании.

В заключение следует подчеркнуть, что в общем объеме мероприятий по снижению детской смертности значительное место должны занимать меры по снижению невынашиваемости, а также клинические и организационные проблемы выхаживания и реабилитации недоношенных детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю. // Педиатрия. — 1988. — № 9. — С. 85—88.
2. Бардина Г. А., Никольская Л. А., Фаттахова Ф. А., Миннекаев Х. Х. // Казанский мед. ж. — 1988. — № 3. — С. 161—163.
3. Вельтишев Ю. Е., Дементьева Г. М. // Вопр. охр. мат. — 1988. — № 6. — С. 7—12.
4. Яцык Г. В. // Педиатрия. — 1987. — № 4. — С. 17—21.

Поступила 06.02.89.

УДК 616.127—005.8

ТРАНСФОРМАЦИЯ МЕЛКООЧАГОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ

И. А. Латфуллин, М. Н. Гаянова, В. М. Белопухов, Р. Ш. Миннетдинов

Кафедра внутренних болезней № 2 (зав.— доктор мед. наук И. А. Латфуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В широко распространенной классификации ишемической болезни сердца не случайно выделяются две формы инфаркта миокарда — крупноочаговый и мелкоочаговый. Эти формы требуют и соответствующей ле-

чебной тактики [4]. Многолетний клинический опыт создал представление о более легком течении и благоприятном прогнозе мелкоочагового инфаркта миокарда, но время от времени появляются сообщения [2, 3],