

ПЕРИНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ, ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ПНЕВМОНИЙ У ДІТЕЙ

Л.І. Шевченко, Т.К. Знаменська, Н.Я. Митник

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України», м. Київ

Резюме. Стаття присвячена вивченню перинатальних факторів ризику, особливостей клінічного перебігу вродженої пневмонії у новонароджених, діагностичних критеріїв, ефективності лікування при включенні в комплексне лікування імунозамісних і противірусних препаратів.

Ключові слова: новонароджені, вроджена пневмонія, перинатальні фактори ризику, діагностика, лікування, Біовен моно, специфічні імуноглобуліни, Флавозід.

Вроджені пневмонії — одне з найбільш поширених захворювань інфекційної етіології у новонароджених. На пневмонію хворіють 0,5–1% доношених та 10–15% недоношених новонароджених [1,7]. Частота даної патології зростає, а рівень летальності, незважаючи на значні успіхи в лікуванні тяжкохворих новонароджених, залишається високим (9,37%) [2,7]. Вроджену пневмонію діагностують у 15–40% серед мертвонароджених дітей і у 20–38% випадків померлих живонароджених [1,3,4]. В етіологічній структурі смертності новонароджених вроджені пневмонії становлять 9,4% [3–5].

Кількість бактеріальних пневмоній серед померлих у першу добу життя за останні роки зросла вдвічі [4,5]. На першому місці серед чинників дихальної недостатності — внутрішньоутробна пневмонія [2,5,6,8].

В Івано-Франківській області спостерігається зростання рівня захворюваності на вроджену пневмонію — від 5,36‰ в 2002 р. до 7,15‰ в 2007 р. (показник по Україні становить 4,07‰). 80% дітей народжуються доношеними.

Мета роботи — вивчення перинатальних факторів ризику, підвищення ефективності методів ранньої діагностики та лікування вродженої пневмонії у новонароджених.

Матеріал методи дослідження

Проаналізовано 150 медичних карт доношених новонароджених з вродженою пневмонією, які знаходились на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії.

Результати досліджень та їх обговорення

Встановлено, що діти з вродженою пневмонією (частіше хлопчики) народжуються від матерів віком 21–25 років. У всіх жінок спостерігалися несприятливі анте- та інтранатальні фактори. Впливу професійних чинників не виявлено. Обтяжений акушерський анамнез зафіксовано в 18% випадків, з них викидні становили 8%, штучне переривання вагітності — 7%, позаматкову вагітність — 1%, смерть у ранньому неонатальному віці — 2%. Серед екстрагенітальних захворювань найчастіше виявляли анемію різного ступеня — 38%, гострі респіраторні захворювання — 26%, захворювання нирок — 16%, ендокринні захворювання — 13%, захворювання серцево-судинної системи — 9%, захворювання органів травлення — 7%.

Діагностовано акушерську патологію: фетоплацентарну недостатність — 29%, загрозу переривання вагітності — 28%, дистрес плода — 15%, урогенітальні інфекції — 17%, гестози — 14%, багатоводдя — 16%, маловоддя — 7%.

Пологи ускладнювалися передчасним відходженням вод у 23% випадків, слабкістю пологової діяльності з родостимуляцією — у 17%, обвиттям пуповиною — у 14%, гострим дистресом плоду — у 12% випадках. Тривалість безводного проміжку дорівнювала понад 6 год. у 27% випадків. Брудні навколоплодові води, макроскопічні зміни плаценти і оболонки виявлено у 57% роділь. 30% дітей народилися

шляхом операції кесаревого розтину, 70% — з ознаками тяжкої і помірної асфіксії, персистенцію низької оцінки по шкалі Апгар на 5-й хвилині зафіксовано у 40% дітей.

У відділення інтенсивної терапії недоношених дітей новонароджені поступали переважно на 1–3-тю доби життя в тяжкому і дуже тяжкому стані. За даними рентгенологічного обстеження, встановлено пневмонію у 69%, здебільшого двобічну, збагачений легеневиї малюнок зареєстровано у 20%. Ускладнення пневмонії: ателектази становили 7%, пневмоторакс — 2%, плеврит — 0,7%.

Всі діти мали дихальні розлади II–III ступеня. За результатами ехокардіоскопії, переважали такі зміни: перевантаження правих відділів — 70% дітей, відкрита артеріальна протока — 17%, патологія клапанів — 7%, дефект міжшлуночної перетинки — 4%.

На ЕКГ найчастіше виявляли перевантаження правого шлуночка — 68%, порушення процесів реполяризації — 60%, феномен вкороченого PQ — 26%, гіпертрофію правих відділів — 15%. За даними нейросонографії, генералізований чи перивентрикулярний набряк головного мозку виявлено у 87% дітей, кисти в каудаталамічній ділянці та в ділянці судинних сплетінь — в 31%, внутрішньошлункові крововиливи — у 20%, порушення внутрішньомозкового кровообігу — у 19%, вентрикулодилатацію — у 13%.

Клінічно в неврологічному статусі виявляли синдром підвищеної нерво-рефлекторної збудливості — 35%, синдром пригнічення — 30%, загально-мозкових розладів — 13%, судомний — 11% та гіпертензійно-гідроцефальний синдроми — 10%. Пологову травму діагностовано в 3% дітей.

Зміни з боку нирок виявлено в 65% дітей у вигляді підвищення ехогенності паренхіми — 46%, розширення ниркових мисок — 35%, які поєднувалися з протейнурією — 50%, помірною лейкоцитурією — 28%.

За даними офтальмоскопії, патологічні зміни виявлено в 93% дітей: набряк дисків зорових нервів — у 61%, крововиливи — у 28%, ангіоспазм — у 23%, ангіопатію — у 19%, пігментацію на очному дні — у 18%, кон'юнктивіт — у 17%. Серед ускладнень і супутніх синдромів діагностували: синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові — 10%, виразково-некротичний ентероколіт — 6%, крововилив у наднирники — 5%, анемію — 23%, жовтяницю — 65%.

Найчастішими гематологічними порушеннями були анемія, лейкоцитоз зі зсувом формули вліво, тромбоцитопенія. Всім дітям визначались значення лейкоцитарного індексу інтоксикації ($4 \times \text{мієл} + 3 \times \text{юн} + 2 \times \text{пал} + 1 \times \text{сегм}$) \times ($\text{плазм} + 1$) / ($\text{лімф} + \text{мон}$) \times ($\text{еоз} + 1$) та індексу резистентності ($\text{співвідношення лімфоцитів до сегментоядерних} \times 100 \%$). Токсичну зернистість нейтрофілів виявлено в 10 дітей. У біохімічному аналізі переважали гіпопротеїнемія, гіпербілірубінемія, електролітні розлади (гіпернатріємія, гіпокаліємія, гіперхлоремія, гіпокальціємія), зрос-

тання вмісту сечовини та креатиніну. С-реактивний білок виявився позитивним у 53% дітей.

Дослідження рівня сироваткових імуноглобулінів підтвердили зміни імунного статусу в більшості немовлят: збільшення Ig M — 71%, Ig A — 53%, зменшення Ig G — 68%. При дослідженні системи інтерферону виявлено зниження рівнів альфа- та гама-інтерферону в сироватці крові.

Характерним є також зростання активності процесів перекисного окислення ліпідів.

При бактеріологічному дослідженні найчастіше висівали епідермальний стафілокок, клебсієлу пневмонії, гриби роду Кандида, рідше синегнійну паличку.

Лікування вродженої пневмонії включало антибактеріальну терапію, адекватну респіраторну терапію, замісну імунотерапію (Біовен моно), корекцію метаболічних і гемостатичних порушень, нормалізацію гемокардіодинаміки та адекватне білково-енергетичне забезпечення. Антибактеріальну терапію розпочинали з цефалоспоринів III покоління в поєднанні з аміноглікозидами III покоління. При відсутності ефекту та після отримання результатів посівів і чутливості висіяних збудників проводили відповідну заміну антибіотика.

Усім дітям проводилася респіраторна підтримка, 63% дітей потребували проведення штучної вентиляції легень, 40% з них — жорстких параметрів вентиляції, 37% дітей отримували оксигенотерапію через маску чи носові канюлі.

Для замісної імунотерапії застосовували Біовен, 7% дітей отримали специфічні імуноглобуліни (антицитомегаловірусний, протигерпетичний). У 20% дітей у комплексну терапію включено противірусний препарат «Флавозід». З муколітиків перевагу віддавали лазолвану. Для поліпшення гемодинаміки та мікроциркуляції, дезін-

токсикації, корекції гемостазу та електролітичних розладів проводилася інфузія рідини, допаміну, альбуміну, плазми, електролітів. Перевага надавалася ентеральному харчуванню грудним молоком. При неможливості ентерального харчування білково-енергетичне забезпечення проводилось парентерально за рахунок введення розчинів глюкози, амінокислот.

Висновки

Усі новонароджені з проявами вродженої пневмонії народилися від матерів з несприятливими ante- та інтранатальними чинниками. Виявлення та лікування інфекційних захворювань у жінок до та під час вагітності сприятиме зменшенню захворюваності новонароджених.

У всіх новонароджених з вродженою пневмонією спостерігаються зміни імунного статусу: зниження IgG, зростання IgM та IgA, зниження продукції альфа- та гама-інтерферонів, інтенсифікація процесів перекисного окислення ліпідів. Аналіз гематологічних індексів таких, як лейкоцитарного індексу інтоксикації та індексу резистентності, показав, що індекс резистентності є більш перспективним для ранньої діагностики вродженої пневмонії.

Включення в загальноприйнятій комплекс лікування препаратів імуноглобулінів (Біовен моно) та індукторів інтерферону «Флавозід» сприяє швидкій нормалізації імунного статусу, пригнічує процеси перекисного окислення ліпідів, сприяє зростанню рівня інтерферонів, передусім альфа-інтерферону. В результаті запропонованої схеми лікування зменшується тривалість перебування дітей на штучній вентиляції легень на 18 годин, скорочується тривалість лікування у відділенні інтенсивної терапії на 1 добу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аряев М. Л. Неонатология / М. Л. Аряев. — К.: АДЕФ-Україна, 2003. — 756 с.
2. Досвід ведення новонароджених з тяжкими розладами дихання / Г.С. Сенаторова, Ю.С. Парашук, О.О. Ріга [та ін.] // Актуальні питання неонатології: матеріали IV Конгресу неонатологів України. — К., 2006.
3. Ермолаев Д.О. Изучение неонатальной смертности в регионе и ее структура / Д.О. Ермолаев, Г.П. Ермолаева, С.Н. Хазов // Регионализация и совершенствование перинатальной помощи: материалы IV съезда Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, 21—25 октября 2002 г. — М., 2002. — С. 31—32.
4. Основные причины патологии и смерти в перинатальном и младенческом возрасте по результатам патологоанатомического и вирусологического исследования / Л.Л. Нисевич, А.Г. Талалаев, Л.Н. Каск [и др.] // Современные подходы к выявлению, лечению и профилактике перинатальной патологии: материалы V съезда Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, 14—15 ноября 2005 г., Москва. — М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2005. — С. 149—153.
5. Павлишин Г.А. Комплексна патогенетична терапія новонароджених з проявами перинатальних інфекцій / Г.А. Павлишин // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2007. — №1. — С. 19—23.
6. Самсыгина Г.А. Результаты применения отечественного иммуноглобулина для внутривенного введения / Г.А. Самсыгина, Т.А. Дудина, В.В. Алексеева // Педиатрия. — 2000. — №3. — С. 79—80.
7. Суліма О. Г. Сучасні аспекти вродженої пневмонії у новонароджених / О.Г. Суліма // Перинатологія і педіатрія. — К., 2006. — №1. — С. 5—8.
8. Ященко Ю.Б. Діагностичні клінічно-лабораторні показники бактерійної пневмонії у дітей грудного віку / Ю.Б. Ященко, Л.А. Іванова, Л.В. Ященко // Львівський медичний часопис. — 2003. — Т. 9, №3. — С. 27—29.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Л. И. Шевченко, Т.К. Знаменская, Н.Я. Мытнык

Резюме. Статья посвящена изучению перинатальных факторов риска, особенностей клинического течения врожденной пневмонии у новорожденных, диагностических критериев, эффективности лечения при включении в комплексное лечение иммунозаместительных и противовирусных препаратов.

Ключевые слова: новорожденные, врожденная пневмония, перинатальные факторы риска, диагностика, лечение, Биовен моно, специфические иммуноглобулины, Флавозид.

PERINATAL FACTORS OF RISK, FEATURE OF CLINICAL MOTION AND TREATMENT OF CONGENITAL PNEUMONIAS OF NEWBORNS

L.I. Shevchenko, T.K. Znamenskaya, N.Ya. Mytnyk

Resume. The article is devoted the study of perinatal factors of risk, features of clinical motion of congenital pneumonia of newborns, diagnostic criteria, to efficiency of treatment at plugging in the holiatry of immunoproteins and antiviral preparations.

Key words: new-born, congenital pneumonia, perinatal factors of risk, diagnostics, treatment, Bioven mono, specific immunoproteins, Flavozid.