

## ВНУТРІШНЬОШЛУНОЧКОВІ КРОВОВИЛИВИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

*Кривцун С.І., Кидик І.М.*

*Сумська обласна дитяча клінічна лікарня*

Структура захворюваності та смертності новонароджених (показник захворюваності у 2006 р. склав 199,67 на 1000, у 2007р. - 168,49 на 1000 живонароджених; показник неонатальної смертності у 2006 р. склав 5,0 на 1000, у 2007р. - 5,8 на 1000, Україна 2006 р. – 5,7 на 1000 живонароджених) свідчить про наявність значних проблем у наданні якісної неонатологічної допомоги новонародженим в області. Основними причинами як захворюваності, так і смертності немовлят є вроджені вади та стани перинатального періоду. Проте поглиблений аналіз вказує на те, що при порівняно невисокому рейтинговому місці у структурі захворюваності той чи інший вид патології стає основною причиною смерті. Це стосується, в першу чергу, внутрішньошлуночкових крововиливів (ВШК).

Аналіз захворюваності та смертності дітей від ВШК показав, що ці показники не лише не зменшились, а навіть збільшуються (2006р – захворюваність 0,8 на 1000, смертність – 0,5 на 1000 живонароджених; 2007р. - захворюваність 1,42 на 1000, смертність – 1,1 на 1000 живонароджених).

В структурі померлих від внутрішньошлуночкових крововиливів 90,9% дітей складають недоношені, з них з вагою до 1000 г - 18,8%, з вагою до 1500 г - 18,8%, з вагою до 2000 г – 36,4%, з вагою до 2500 г – 9%.

Аналізуючи причини смертності від ВШК (за даними реєстраційних талонів), виявлено, що всі діти народились у важкому стані від матерів з обтяженим анамнезом (загроза невиношування, внутрішньоутробне інфікування, передчасне відшарування плаценти та ін.); у 40 % випадків були виявлені недоліки на рівні акушерської служби щодо попередження передчасних пологів. Крім того, було встановлено, що у 100 % випадків під час проведення первинної реанімації та подальшої післяреанімаційної допомоги (штучна вентиляція легень, інфузійна терапія) були допущені помилки і як наслідок: при народженні діти мали помірну (20%) або тяжку (80%) асфіксію; респіраторні розлади тяжкого ступеню (100%) в перші години життя; всім дітям, окрім однієї дитини (пологи вдома), проводилось протезування функції зовнішнього дихання з перших хвилин життя; 6 дітям (54,5%) вводився екзогенний сурфактант у віці до 8 годин життя з профілактичною метою; при проведенні нейросонографії на 1 – 3 добу життя у 95% випадків були діагностовані крововиливи у шлуночки мозку II – III ступеня, в динаміці у 80 % випадків при повторному УЗ обстеженні головного мозку на 5-7 добу життя діагноз ВШК III ступеня підтверджено.

Відбулося також зростання рівня внутрішньо-шлуночкових крововиливів у доношених дітей з 0,4 на 1000 живонароджених у 2006р. до 0,6 на 1000 живонароджених у 2007р., (Україна 2006р. – у доношених 0,88 на 1000 живонароджених), а у недоношених даний показник перевищує аналогічний у доношених на 97%, що свідчить про незадовільний рівень надання медичної допомоги, а особливо первинної реанімації новонароджених. Отже необхідно звернути увагу медичних працівників, що надають медичну допомогу новонародженим на те, що виконання загальноприйнятих медичних заходів (активна санація верхніх дихальних шляхів, швидке внутрішньовенне введення розчинів, ін'єкції, респіраторна підтримка та ін.) передчасно народженим дітям має відбуватись з проведенням ретельної оцінки їх впливу на можливість виникнення ВШК у найважчій категорії новонароджених. Крім цього, навіть незначні порушення вимог клінічного протоколу по догляду за новонародженими з малою масою тіла (недотримання теплового режиму, високий рівень шуму, інтенсивне світло та ін.) підвищують ризик виникнення ВШК на 50-60%.