

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

Д.А. Шкурупій

Синдром поліорганної недостатності (СПОН) є відносно новою, малодослідженою нозологічною формою. Його розвиток тісно пов'язаний з удосконаленням надання медичної допомоги пацієнтам в критичних станах, має високу летальність і часто ігнорується практичними лікарями як своєрідна нозологічна одиниця. В той же час, роботи, присвячені вивченню цього синдрому, свідчать про те, що СПОН є не просто сукупністю порушень декількох органів і систем, а уявляє собою єдиний універсальний патофізіологічний процес згасання вітальних функцій у пацієнтів в критичних станах.

Розвиток СПОН у новонароджених повинен мати деякі відмінності від свого розвитку у хворих більш старших вікових груп. Пов'язано це, по-перше, з анатомо-фізіологічними особливостями неонатального періоду; по-друге – з тим, що ушкоджуючий фактор, як правило, діє внутрішньоутробно – тобто, новонароджений вже з перших хвилин життя може мати ознаки наявності СПОН.

Метою даної роботи стало визначення прогностичних факторів розвитку СПОН у новонародженого на основі анамнестичних та клінічних даних.

Було проведено обстеження та вивчення історій хвороб 70 новонароджених віком від 1 до 19 діб, які були пацієнтами відділення анестезіології з ліжками інтенсивної терапії Полтавської дитячої міської клінічної лікарні. До групи досліджень увійшли новонароджені, які перенесли перинатальні гіпоксичні ураження та внутрішньоутробне інфікування. Стан всіх дітей був розцінений як тяжкий. В процесі дослідження були сформовані дві групи новонароджених: основна – діти, які мали ознаки СПОН (Суліма О. Г., 2003) та діти без таких ознак.

Пошук факторів ризику розвитку СПОН проводився за такими характеристиками: стать дитини, перебіг вагітності і пологів, число попередніх вагітностей і пологів у матері, термін гестації новонародженого, маса тіла при народженні, початок і тривалість природного вигодовування, характеристика терапії, фінал захворювання.

Статистичні дослідження проводились обчисленням критеріїв χ^2 Пірсона та t Стьюдента.

Серед 70 обстежених немовлят ознаки СПОН мали 50 дітей (71,4%). Структура нозологій в групі дітей, які мали СПОН була такою: 14 (28%) новонароджених із внутрішньоутробним інфікуванням і 36 (72%) – з наслідками перинатальних гіпоксичних уражень.

Дослідження перебігу вагітності і пологів довели значимість їх якісних характеристик для розвитку СПОН. У новонароджених з даним синдромом достовірно частіше зустрічався ускладнений перебіг вагітності і пологів ($\chi^2=7,4$; $p<0,05$ і $\chi^2=4,3$; $p<0,05$ відповідно).

Серед основних причин розвитку СПОН під час вагітностей були відмічені хронічна фетоплацентарна недостатність (32%), інфекційні захворювання під час вагітності (28%), анемія вагітних (24%), нефропатія вагітних (16%).

Серед особливостей пологів, які могли сприяти розвитку СПОН слід відмітити пологи шляхом кесарського розтину (10%), стимуляція пологової діяльності (4%), позалікарняні пологи (4%), застосування акушерських щипців (4%).

Слід зазначити, що розвиток СПОН не залежав від кількості вагітностей і пологів ($\chi^2=3,4$; $p>0,05$ і $\chi^2=3,78$; $p>0,05$ відповідно).

При аналізі впливу гестаційного віку і маси тіла дитини при народженні було встановлено, що розвиток СПОН мало залежить від терміну гестації ($\chi^2=1,2$; $p>0,05$), але залежить від маси тіла при народженні ($\chi^2=4,0$; $p<0,05$).

Останнім часом висловлюються думки щодо можливості участі генетичного фактору у розвитку СПОН. Посередньо ця гіпотеза може бути підтверджена отриманими нами результатами. Під час статистичного аналізу була виявлена висока частота розвитку СПОН у новонароджених чоловічої статі. В групі дітей з проявами СПОН переважали хлопчики – 32 особи (64%), в той час, як групу дітей без проявів цього синдрому переважно складали дівчатка – 12 осіб (60%). При обчисленні критерію Пірсона значимість різниці між цими показниками в групах дослідження була достовірно високою: $\chi^2=14,0$; $p<0,01$.

За даними проведених досліджень можна твердити, що на розвиток СПОН впливає відсутність чи невелика тривалість природного вигодовування. Так, серед дітей із СПОН природне вигодовування не проводилось взагалі у 28 дітей (56%), а середня його тривалість складала $3,32 \pm 0,86$ діб; серед дітей де СПОН не був встановлений, природне вигодовування не проводилось у 6 дітей (30%), а його тривалість складала $6,6 \pm 1,5$ діб ($t=2,0$; $p<0,05$).

СПОН має велику частоту летального закінчення. В групі дітей із СПОН смертність складала 36% (18 осіб), в той час, як в групі дітей без СПОН летальних випадків не було.

За даними проведених досліджень не було визначено достовірної різниці в оцінці за шкалою Апгар в групі дітей із СПОН та без нього ($t=1,8$; $p>0,05$). Це підтверджує думку про те, що шкала Апгар не може слугувати фактором прогнозу фіналу захворювання.

В групі дітей із СПОН штучна вентиляція легень проводилась у 42 дітей (84%), в той час, як в групі дітей без цього синдрому штучна вентиляція легень була використана у 1 дитини (5%;

$p < 0,05$). Тобто, діти, які потребують проведення штучної вентиляції легень можуть розглядатись, як потенційно загрозливі по розвитку СПОН.

Таким чином, СПОН є синдромом з високою летальністю, а його розвитку сприяють ускладнений перебіг вагітності і пологів, відсутність або раннє переривання природного вигодовування, належність до чоловічої статі. Потенційно загрозливими по розвитку СПОН є діти, які потребують проведення штучної вентиляції легень.