

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

О.Ю. Пяхкель, И.П. Королева, Н.В. Туркина, канд. мед. наук
Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург
E-mail: FVSO@mail.ru



Представлены медико-социальные аспекты недоношенности детей и указаны их причины. Приведены результаты опроса медсестер, выхаживающих недоношенных детей.

Ключевые слова: недоношенные дети, медико-социальный аспект, выхаживание, роль медсестер.

Наметившееся в конце 80-х годов ежегодное снижение младенческой смертности (примерно на 5%) прекратилось в 1990 г., и тогда же начался ее рост, в который вносят существенный вклад недоношенные дети.

Недоношенность – одна из основных причин смерти новорожденных. У выживших недоношенных детей значительно повышена вероятность развития острого или хронического заболевания и неврологических нарушений в старшем возрасте. Это заставляет отнести к недоношенности как к проблеме исключительной важности. Статистика свидетельствует о несоразмерно высокой доле в общем числе выживших новорожденных недоношенных детей, которые страдают физической, интеллектуальной и эмоциональной неполноценностью. Недоношенность приводит к возникно-

ванию проблем, связанных со стоимостью и действенностью лечения, с взаимоотношениями в семье, затруднениями при обучении и дальнейшем трудоустройстве, т.е. недоношенность – не только медицинская, но и серьезная социальная проблема [1].

Сокращение рождаемости в 90-е годы было столь значительным, что уместны аналогии с Великой Отечественной войной. В настоящее время Россия по уровню рождаемости сравнялась с экономически развитыми странами, но в последние годы увеличилось число новорожденных с низкой массой тела. Частота преждевременных родов неумолимо растет при полном отсутствии внимания к этому факту (рис. 1). Число недоношенных детей уже так велико, что в отделениях неонатологии часто не хватает мест.

Существуют 2 крайности в отношении к недоношенному ребенку: одни склонны считать его уменьшенной копией ребенка, родившегося в срок, а другие вовсе отказывают ему в праве называться человеком и считают чуть ли не зародышем, который волей судьбы очутился вне материнской утробы. Оба суждения неверны. Недоношенные дети, конечно же, – дети, но нуждающиеся в особом отношении и особом уходе.

К недонашиванию предрасполагают разные патологические и биологические факторы. Нередко

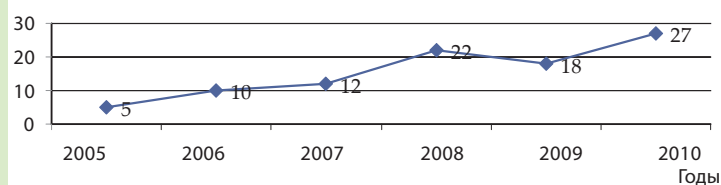


Рис. 1. Число новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении (< 1000 г) в динамике за 2005–2010 гг. (по данным Ленинградского областного государственного учреждения здравоохранения – ЛОГУЗ Детская клиническая больница – ДКБ)

(Продолжение на с. 28.)



Рис. 2. Динамика числа доношенных и недоношенных новорожденных за период 2005–2010 гг. (по данным отделения реанимации и интенсивной терапии – ОРИТ – ЛОГУЗ)

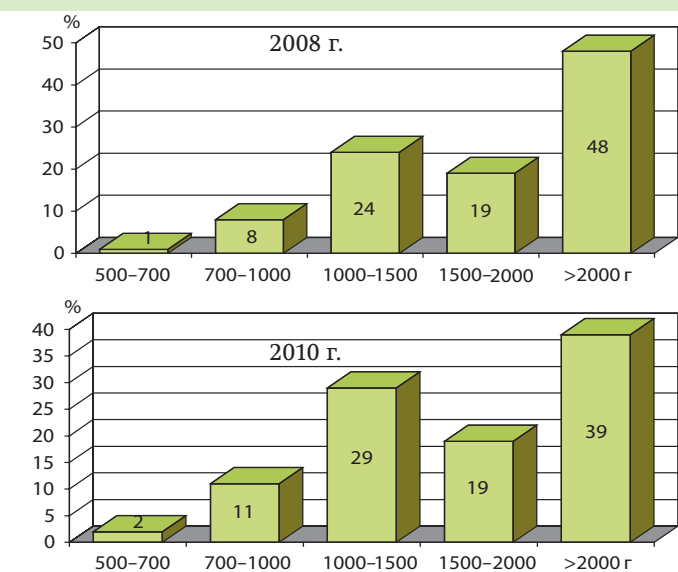


Рис. 3. Распределение (в %) недоношенных детей по массе тела при рождении (в динамике)

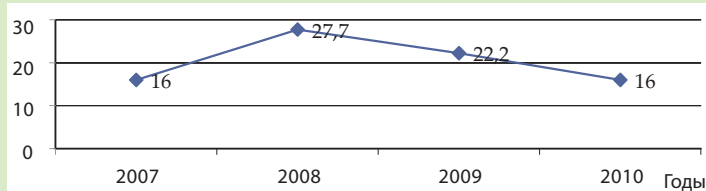


Рис. 4. Летальность (в %) новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении (менее 1000 г) (по данным отделения экстренной и плановой консультативной медицинской помощи – ЭПКМП ЛОГУЗ «ДКБ»)

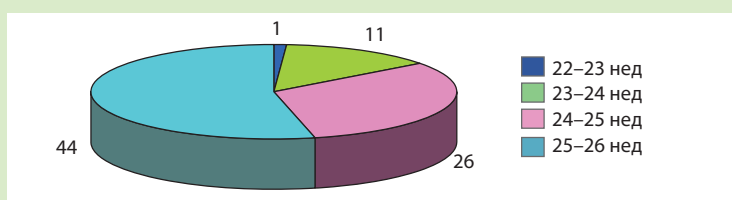


Рис. 5. Выживаемость (в %) недоношенных детей в зависимости от срока гестации при рождении

они сочетаются, причем не всегда можно уточнить роль каждого из них в развитии преждевременных родов.

Специалисты Института медицины труда РАМН утверждают, что будущая мать, продолжая работать до 30-й недели беременности в условиях существующих производств, не может выносить и родить здорового ребенка. Проблема недоношенности приобретает медико-социальное значение.

По данным отделения реанимации ЛОГУЗ, число недоношенных новорожденных с 2005 по 2010 г. увеличилось с 77 до 118 человек (рис. 2).

В 2010 г. через ОРИТ ЛОГУЗ «ДКБ» прошло 165 новорожденных, в том числе 125 (76%) недоношенных; заметно увеличилось в сравнении с 2008 г. число детей с массой тела при рождении от 500 до 1500 г, а число детей с массой тела при рождении > 2000 г – уменьшилось (рис. 3).

Выживаемость недоношенных детей непосредственно зависит от срока гестации и массы тела при рождении. Дети с массой тела 1500 г и ниже (менее 30–31 нед гестации) составляют только 1 % от всех живорожденных, но в то же время 70% случаев смерти в неонатальном периоде (за исключением детей с врожденными аномалиями) приходится на детей с массой тела до 1500 г. По мере накопления опыта интенсивного лечения новорожденных недоношенных детей уровень их смертности прогрессивно снижается (рис. 4).

Общенациональное исследование показало, что доля выживших младенцев среди появившихся на свет на 22–23-й неделе составляет 1%, а среди тех, кто появился на свет в 25–26 нед – уже 44% (рис. 5). Тяжелые и среднетяжелые нарушения развития наблюдаются у 2 из 3 выживших 23–24-недельных младенцев.

Усилия медицинского персонала должны быть направлены на профилактику невынашивания беременности, поскольку выхаживание и последующая реабилитация детей, родившихся с низкой массой тела, требуют больших материальных затрат. По данным Национального центра статистики здравоохранения США, выхаживание 1 недоношенного обходится в 60 тыс. долл., в то время как затраты на лечение доношенных в среднем составляют 4300 долл. В целом США тратят на выхаживание детей, родившихся ранее 37 нед беременности, 11,9 млрд долл. ежегодно и 25 млрд долл. – на оказание медицинской помощи при всех остальных родах. Вряд ли такие затраты под силу российскому бюджету в обозримом будущем. Сейчас на все здравоохранение выделяется не более 2,2–2,9% от ВВП, в то время как в США > 12%, в Великобритании – 7%, в Чехии – до 8%. Поэтому столь важно развитие профилактического направления.

В большинстве случаев при сроке беременности более 22 нед ребенок рождается живым и часто не имеет других отклонений от нормы, кроме экстремально низкой массы тела и связанной с этим незрелостью органов и систем, которая впоследствии может обусловить его смерть. Права новорожденного и действия медицинского персонала в такой ситуации юридически никак не регламентированы. При своевременной и высококвалифицированной помощи эти дети выживают, а ситуация, когда родоразрешение проводилось с целью избавления от нежелательной беременности и ребенка, становится практически неразрешимой в морально-нравственном аспекте. Еще более запутана ситуация, когда прерывание беременности после 22 нед проводилось в связи с внутриутробным заболеванием ребенка, например из-за пороков развития, которые при проведении реанимационных мероприятий в ряде случаев оказываются совместимыми с жизнью. В результате неонатолог получает жизнеспособного ребенка, у которого, кроме врожденного заболевания, констатируется еще и морфофункциональная незрелость. Правовые аспекты таких случаев непонятны, а ситуация, когда прерывание беременности проводилось с целью предотвращения рождения больного ребенка, становится абсурдной (Баранов А.А., 2003).

Для изучения медико-социальных аспектов выживания недоношенных детей с экстремально низкой массой тела было проведено исследование на базе ЛОГУЗ «ДКБ» – одного из крупнейших многопрофильных медицинских комплексов страны. Здесь работают специалисты высокой квалификации, в полном объеме оказывающие специализированную консультативно-диагностическую и лечебную помощь в амбулаторных и стационарных условиях и имеющие возможность выявлять широкий спектр болезней на самых ранних стадиях.

Больница имеет ряд хорошо развитых подразделений, широко известных как в Ленинградской области, так и во всей России, и оказывает медицинскую помощь детскому населению Ленинградской области.

Увеличение числа недоношенных детей обусловлено нарастанием частоты заболеваний у женщин. С другой стороны, этому способствуют достижения в лечении бесплодия и все более широкое внедрение экстракорпорального оплодотворения.

Нами был проведен анализ 60 историй болезни недоношенных детей; использовались также данные анамнеза и выписки из историй родов. 45% женщин, родивших недоношенных детей, – от 26 до 34 лет, т.е. это нормальный детородный возраст.

28% недоношенных детей родились от 1-й беременности, но к этому времени их матери уже имели такие инфекции, как хламидиоз, микоплазмоз, герпес, хронический гепатит С, туберкулез, ВИЧ, сифилис (рис. 6).

30% детей родились от 5-й и большей по счету беременности (женщины рожали детей и от 10, 15, 33-й беременности). 32% 1-х беременностей закончились абортами, что увеличивает возможность осложнений и риск невынашивания в будущем.

Из всех женщин 20% имели вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания – героиновая интоксикация), оказывающие отрицательное влияние на формирование здорового плода, 80% состояли на учете в женских консультациях, но это не помогло им выносить беременность до конца и родить здорового ребенка.

Большинство недоношенных детей, несмотря на ранний срок, родились естественным путем (рис. 7). Представьте себе, какую колоссальную нагрузку испытывает еще не полностью сформировавшийся организм недоношенного ребенка во время родов и как долго он будет восстанавливать затраченные на рождение силы!

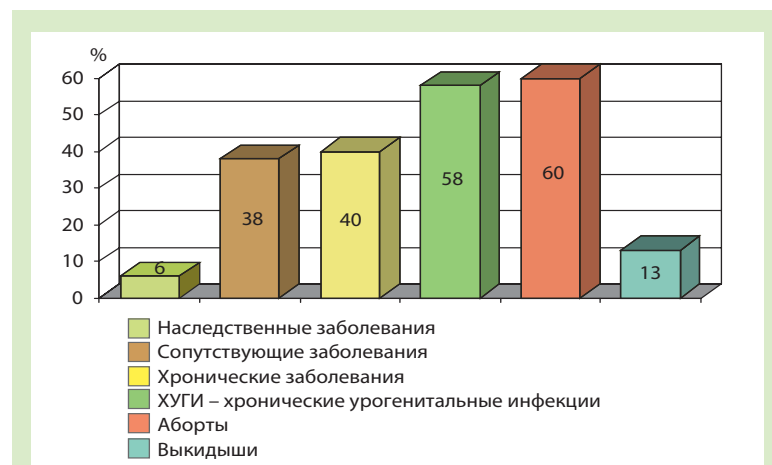


Рис. 6. Распространенность (в %) причин недоношенности

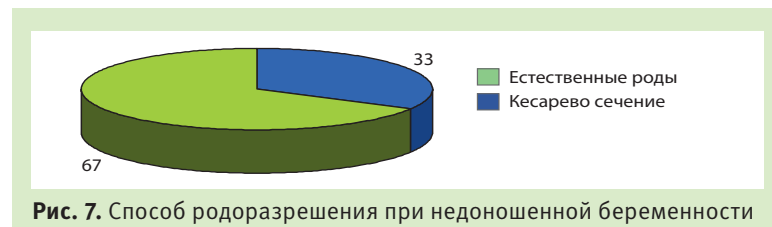


Рис. 7. Способ родоразрешения при недоношенной беременности

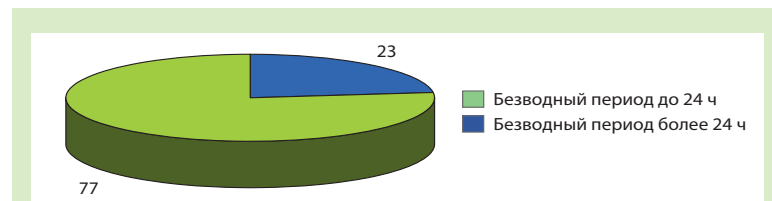


Рис. 8. Длительность безводного периода во время родов

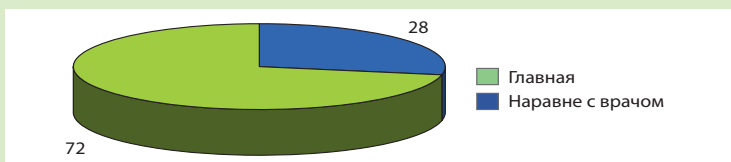


Рис. 9. Роль медсестры в выхаживании недоношенных детей

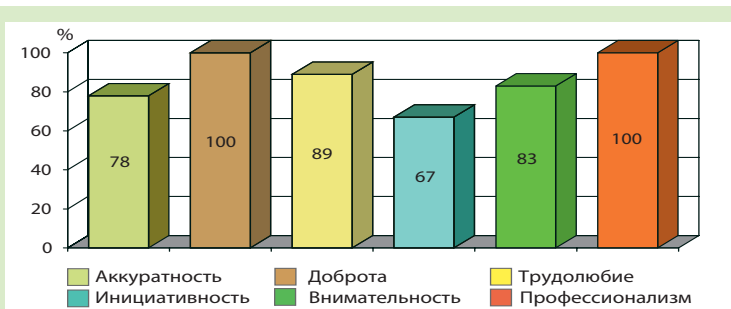


Рис. 10. Мнения (в %) об основных качествах медсестры, работающей с недоношенными детьми

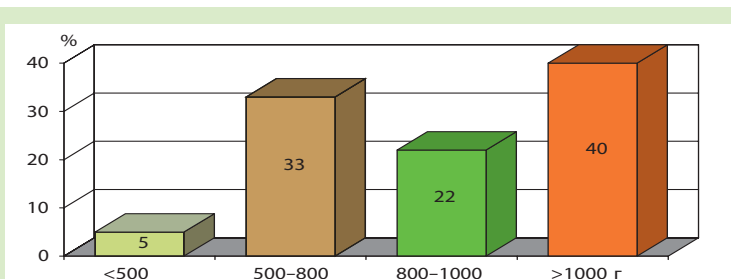


Рис. 11. Мнения медсестер (в %) о целесообразности выхаживания недоношенных детей в зависимости от массы тела при рождении

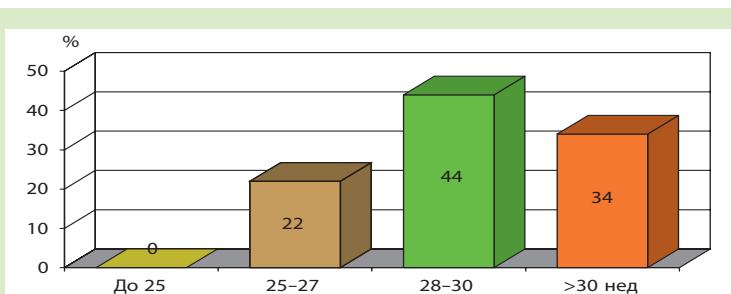


Рис. 12. Мнения медсестер (в %) о целесообразности выхаживания в зависимости от срока гестации

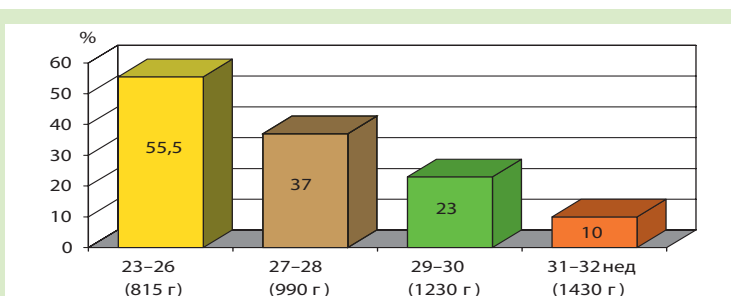


Рис. 13. Частота (в %) инвалидности недоношенных детей в катамнезе

Еще один важный показатель – длительность безводного периода во время родов. Безводный период до 24 ч считается на Западе безрисковым. У части анкетированных женщин безводный период составлял более 72 ч и даже доходил до 4 дней!!! (рис. 8). Это во много раз повышает возможность инфицирования недоношенного ребенка, возникновения септических осложнений и снижает его шансы на выживание.

Поскольку главную роль в выхаживании недоношенных детей играет сестринский уход, был проведен опрос среднего медицинского персонала, работающего с недоношенными детьми (рис. 9). Всего в отделении работает 21 медсестра, и только 63% медсестер – постоянные сотрудники.

В лечебных учреждениях 1-го уровня за недоношенными детьми должны ухаживать наиболее опытные и квалифицированные медсестры или специально подготовленный персонал. Только высококвалифицированный, думающий персонал, любящий детей, может справиться с этой нелегкой задачей. Медсестры, работающие в отделениях новорожденных, – особые, что видно из нашего исследования и так считают они сами.

Всего было опрошено 18 медсестер (отделения РИТ и ЭПКМП), работающих с новорожденными детьми.

Из них основную массу составляют:

- медсестры в возрасте от 30 до 40 лет (77%);
- со стажем работы с новорожденными > 15 лет (83%);
- с высшей категорией (66%).

То есть к работе с недоношенными новорожденными детьми допускаются медсестры, имеющие большой опыт работы и высшую квалификационную категорию.

По мнению медсестер, основные качества, необходимые для работы с глубоконедоношенными детьми, – профессионализм, доброта, трудолюбие, внимательность (рис. 10).

Имея огромный опыт работы с недоношенными новорожденными, 78% медсестер считают неоправданным выхаживание глубоконедоношенных детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Отвечая так, многие медсестры отмечали, что сегодня более эффективно выхаживать глубоконедоношенных детей можно, только, к сожалению, не в нашей стране, учитывая затраченные на это материальные средства, возможность дальнейшей реабилитации и наблюдения таких детей разными специалистами.

Разошлись мнения медсестер по вопросам о том, начиная с какой массы тела и с какого срока гестации целесообразно выхаживать недоношенных детей (рис. 11, 12).

78% респондентов хотят получать больше информации по вопросам неонатологии, готовы обучаться дополнительно. Для этого в отделении разработаны обучающие фильмы и пособия. 73% медсестер считают, что самое главное условие успешного выхаживания недоношенных детей – сочетание всех аспектов сестринского ухода с выполнением врачебных назначений. Однако 56% основную часть своего рабочего времени затрачивают на «интенсивный уход» за недоношенными детьми. Именно «интенсивный уход», по мнению медсестер, – самая трудоемкая часть работы и требует высокого уровня знаний и профессионализма.

Уменьшение нагрузки на медсестринский персонал и повышение заработной платы, по мнению медсестер, помогут повысить качество сестринской помощи.

Большинству медсестер нравится их работа, нравится наблюдать, как поправляются «тяжелые» при рождении дети, им хочется видеть конечный результат своей работы (что, к сожалению, не всегда возможно).

И все-таки, несмотря на повышение опыта интенсивного лечения, снижение уровня смертности, среди недоношенных детей огромный процент инвалидов. И это на фоне того, что смертность по-прежнему превышает рождаемость, и население России в 2010 г. сократилось на 241,4 тыс. человек.

Конечно, мы не можем утверждать, что будущее недоношенного ребенка зависит только от квалификации медицинского персонала. Но от медсестры, участвующей в процессе выхаживания недоношенного ребенка, от ее квалификации, уверенности, личных качеств зависит то, как быстро сумеет он адаптироваться к новым условиям жизни, насколько гладко пройдет этот процесс, сможет ли недоношенный ребенок избежать тяжелых последствий в ближайшем и отдаленном будущем.

Вышеизложенное позволяет сделать следующие выводы:

1. Доля детей с экстремально низкой массой тела в общем числе выживших новорожденных постоянно растет.

2. Основная причина рождения недоношенных детей – урогенитальная инфекция и предшествующие аборт будущим матерей.

3. Главная роль в выхаживании детей с экстремально низкой массой тела принадлежит медсестрам.

4. По мнению медсестер, целесообразно выхаживать недоношенных детей с массой тела при рождении > 1000 г и со сроком гестации более 29 нед.

Выхаживание недоношенных детей – очень трудоемкое и дорогостоящее дело. В Санкт-Петербурге – самая низкая младенческая смертность в РФ. Основными неразрешенными проблемами остаются вопросы здоровья будущих матерей, этические аспекты недоношенности и вопрос о кадрах медицинского персонала, занимающегося выхаживанием таких детей.

Рекомендуемая литература

Антонов А.Г., Сидельникова В.М. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – М.: Гэотар-Медиа, 2006.

Базовая помощь новорожденным / Международный опыт. Под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Суших.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.

Баранов А.А. Медицинская газета. – 2003, № 20, 19.03.

Рациональное вскармливание недоношенных детей: Метод. указания. 2-е изд. – М.: Союз педиатров России, 2010. – 72 с.

Тимошенко В.Н. Недоношенные новорожденные дети. – СПб.: Феникс, 2007.

Шабанов Н.П. Неонатология: Учебное пособие. В 2-х томах. – М.: Медпрессинформ, 2009.

NURSING CARE FOR EXTREMELY-LOW-BIRTH-WEIGHT PREMATURE INFANTS: SOCIOMEDICAL ASPECTS

O.Yu. Pyakhkel, I.P. Koroleva, N.V. Turkina, Cand. Med. Sci

I.I. Mechnikov Saint Petersburg State Medical University

The paper outlines the sociomedical aspects and causes of prematurity. It gives the results of a survey of nurses in caring for premature infants.

Key words: premature infants, sociomedical aspects, nursing care, nurses' role.

Внимание!

Указатель статей, опубликованных в 2011 г., см. № 1 2012 г.