

Особенности раннего неонатального периода и первого года жизни детей, родившихся у матерей с плацентарной недостаточностью инфекционного генеза

В.В.Зубков, О.И.Михайлова, В.Л.Тютюнник

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Росмедтехнологий, Москва

Проведен анализ исхода беременности и родов для плода и новорожденного у 417 женщин с плацентарной недостаточностью инфекционного генеза. У 115 новорожденных изучены особенности физического и нервно-психического развития, а также заболеваемость в возрасте до 1 года. Установлено, что у детей, матери которых перенесли плацентарную недостаточность инфекционного генеза, в течение первого года жизни были выявлены задержка физического, нервно-психического развития и повышенная частота заболеваемости. Преобладание того или иного инфекционного фактора в развитии плацентарной недостаточности у беременной обуславливает осложнения в неонатальном периоде, нарушение развития детей на первом году жизни.

Ключевые слова: ранний неонатальный период, катамнез, плацентарная недостаточность, инфекция

Specific features of the early neonatal period and the first year of life in children born by mothers with placental insufficiency of infectious genesis

V.V.Zubkov, O.I.Mikhaylova, V.L.Tyutyunnik

V.I.Kulakova Scientific Center of Obstetric, Gynecology and Perinatology
Federal Agency of High-Technological Medical Care, Moscow

The authors analyzed outcomes of pregnancy and labor for the fetus and neonate in 417 women with placental insufficiency of infectious genesis. In 115 neonate, specificities of physical and neuro-psychic development and also morbidity at the age less than 1 year were studied. As was found, in children, whose mothers had a history of placental insufficiency of infectious genesis, delays of physical, neuropsychic development and higher morbidity were revealed during the first year of life. Prevalence of some infectious factor or another in the development of placental insufficiency in pregnant women is a condition for complications in the neonatal period and developmental disorders in children during the first year of life.

Key words: early neonatal period, catamnesis, placental insufficiency, infection

Заболевания и патологические состояния плода и новорожденного при бактериальной и/или вирусной инфекции у беременных с плацентарной недостаточностью являются одной из ведущих проблем современного акушерства и перинатологии и во многом зависят от уровня компенсаторно-защитных механизмов в целостной системе «мать–плацента–плод» [1–8].

Становление системы иммунитета новорожденного начинается с первых недель внутриутробного развития [9–12]. К моменту рождения иммунная система практически сформирована, однако высокий иммуносупрессорный

потенциал, обусловленный в основном воздействием гормонов и продуктов метаболизма, предотвращает полноценное развитие иммунитета. Иммунодефицитное состояние новорожденного зависит от срока беременности, уровня компенсаторных реакций в плаценте и клинически проявляется повышенной чувствительностью к вирусно-бактериальным инфекциям [1, 13, 14]. Помимо способности к иммунному ответу, для развития инфекционного процесса у новорожденного большое значение имеют его защитные резервы, а также вид возбудителя, его вирулентность, пути проникновения инфекции от матери к плоду, тропизм возбудителя к органам и тканям плода и новорожденного [2, 5].

Цель исследования – определение влияния плацентарной недостаточности инфекционного генеза у матери на адаптацию новорожденных в раннем неонатальном периоде и в течение первого года жизни.

Для корреспонденции:

Зубков Виктор Васильевич, кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения патологии новорожденных Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Росмедтехнологий
Адрес: 117997, Москва, ул. Академика Опарина, 4
Телефон: (495) 438-2266

Статья поступила 10.11.2009 г., принята к печати 25.03.2010 г.

Пациенты и методы

Проведен анализ исхода беременности и родов для плода и новорожденного у 417 женщин с плацентарной недостаточностью (ПН) инфекционного генеза. Первую группу составили 139 беременных с хронической ПН и обострением инфекции урогенитального тракта; 2-ю – 111 женщин с хронической ПН без сопутствующей инфекции. В 3-ю группу вошли 114 беременных без признаков ПН с обострением хронических инфекционных заболеваний и острой респираторно-вирусной инфекцией. Контрольную группу (условно здоровые) составили 53 женщины. Всего родилось 420 детей (соответственно по группам 142, 111, 114 и 53).

Срок беременности у большинства исследованных матерей составлял 24–35 нед. Обострения герпетической, цитомегаловирусной инфекции, пиелонефрита, а также острая респираторно-вирусная инфекция были подтверждены клиническими и лабораторными исследованиями.

Диагноз хронической ПН устанавливали, опираясь на:

- клинические данные;
- результаты ультразвуковой фетометрии (задержка роста плода, изменение толщины плаценты, количество и качество околоплодных вод);
- параметры доплерометрического исследования (нарушение фето- и/или маточно-плацентарного кровотока);
- данные кардиотокографии (хроническая внутриутробная гипоксия плода);
- морфологическое исследование последа.

Определение маркеров инфекционного процесса (выявление IgM, IgG, вирусных антигенов и ДНК) проводили методом иммуноферментного анализа, дот-гибридизации, полимеразной цепной реакции.

Для изучения отдаленных последствий ПН инфекционного генеза у 115 детей (35 от матерей 1-й группы, 30 – от матерей 2-й группы, 30 – от матерей 3-й группы и 20 – от условно здоровых беременных) совместно с психоневрологом было проведено сравнение особенностей физического и нервно-психического развития, а также числа случаев заболеваний в течение первого года жизни.

Оценка состояния детей включала: данные динамического наблюдения по возрастным периодам жизни до 1-го года; антропометрию; характеристику неврологического статуса; возрастные показатели развития статика, речи, навыков; особенности поведения. Кроме того, учитывали кратность заболеваний детей, а также нозологические формы заболеваний.

Статистическую обработку полученных результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ и теста Стьюдента. Различия между сравниваемыми величинами считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Гестационный возраст плода к моменту рождения колебался от 32 до 40 нед. Масса доношенных новорожденных находилась в пределах 2850–3900 г и составила в среднем 3445 ± 121 г, масса недоношенных – 1100–2350 г, в среднем – 1844 ± 77 г. Массо-ростовые показатели новорожденных представлены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, масса тела новорожденных 1-й группы (и доношенных и недоношенных) была достоверно ниже, чем в группе контроля. Обращал на себя внимание тот факт, что в этой группе 31,7% родов были преждевременными, что обусловлено сопутствующими инфекционными заболеваниями матерей.

Недоношенных детей в этой группе было 33,1% (во 2-й и 3-й группах – 14,4 и 11,4%, соответственно). В группе контроля все новорожденные были доношенными. Среди недоношенных детей 1-й группы доля новорожденных с гестационным возрастом менее 32 нед более, чем в 2,5 раза превышала этот показатель в популяции.

Воздействие пре- и интранатальных факторов риска и осложнений в течение беременности и родов также оказывало влияние на состояние новорожденных.

Асфиксия различной степени тяжести и нарушения состояния новорожденных, выявленные в дальнейшем при функциональных методах исследования, достоверно чаще имели место при ПН, что связано с осложненным течением гестационного периода и высокой частотой преждевременных родов [1, 2, 14].

Для решения вопроса о влиянии хронической ПН и инфекции на состояние новорожденных и их способность адекватно приспособиться к внеутробным условиям существования был проведен анализ течения раннего неонатального периода. На начальном этапе исследования все дети были распределены по группам здоровья, учитывающим как состояние самого новорожденного, так и течение гестационного процесса у матери.

Как видно из табл. 2, к группе здоровья 1 были отнесены 46 детей, родившихся у матерей контрольной группы. Большинство новорожденных у матерей 2-й группы были отнесены к группам здоровья 2 и 3, в то время как дети 1-й группы – только к 4-й.

Дети, родившиеся у матерей 3-й группы, чаще попадали в группу здоровья 4. Это является еще одним доказательством негативного влияния, которое оказывает инфекция, независимо от характера и тяжести ее проявления в течение беременности, на показатели перинатальной заболеваемости. Новорожденные всех исследуемых групп имели различные по степени выраженности нарушения процессов адаптации в раннем неонатальном периоде.

Таблица 1. Антропометрические показатели новорожденных детей

Показатель	Группы				
	1-я (n = 142)	2-я (n = 111)	3-я (n = 114)	Контроль (n = 53)	
Доношенные	Масса тела, г	$2879,7 \pm 110,1^*$	$3070,2 \pm 150,4$	$3207,1 \pm 177,2$	$3485,7 \pm 188,4$
	Длина тела, см	$48,7 \pm 2,2$	$50,2 \pm 2,4$	$52,1 \pm 2,6$	$54,1 \pm 2,7$
Недоношенные	Масса тела, г	$1610 \pm 65,2^*$	$1807,7 \pm 77,8$	$2001,2 \pm 130,2$	$2200,4 \pm 1104$
	Длина тела, см	$44,1 \pm 2,4$	$46,5 \pm 2,6$	$47,6 \pm 2,1$	$49 \pm 2,5$

* $p < 0,05$ по сравнению с показателями группы контроля.

Таблица 2. Распределение новорожденных по группам здоровья

Группы здоровья	Группы пациентов							
	1-я (n = 142)		2-я (n = 111)		3-я (n = 114)		Контроль (n = 53)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Здоровый ребенок у здоровой матери	–	–	–	–	–	–	46	86,8
Ребенок здоров, мать больна или имело место осложнение периода беременности	45	31,7	43	38,7	73	64,0#	–	–
У ребенка имели место дезадаптационные явления раннего неонатального периода, исчезнувшие к концу 1-й нед жизни	31	21,8*,#	41	36,9**	6	5,3	3	5,7
Ребенок болен, дезадаптационные явления сохраняются к концу раннего неонатального периода	66	46,5*,**,#	27	24,4*	35	30,7*	4	7,5

* $p < 0,05$ по сравнению с показателями группы контроля; ** $p < 0,05$ между показателями 1-й и 2-й группы; # $p < 0,05$ между показателями 1-й и 3-й группы.

У большинства (66,8%) детей, родившихся на 38–40-й нед гестации, нарушений в течение раннего неонатального периода не было выявлено. В 33,2% случаев у доношенных детей имели место некоторые нарушения периода ранней адаптации (снижение двигательной активности, вялость, заторможенность); потеря массы тела в этой группе составляла 8% и более, а в дальнейшем масса тела нарастала медленно. Указанные отклонения от нормы были выражены умеренно, и мы трактовали их как пограничные состояния, не требующие лечения, что указывает на относительно удовлетворительное течение раннего адаптационного периода у доношенных новорожденных.

У всех детей, родившихся преждевременно, адаптационные процессы были нарушены и характеризовались большей потерей массы тела (12–14%) по отношению к первоначальной. Снижение массы тела было более длительным; восстановление ее происходило ко 2–3-й нед жизни. Эти нарушения достоверно чаще имели место у пациентов 1-й группы, что связано с большим числом недоношенных детей в ней.

Нарушения, свидетельствующие о несовершенстве реакций, поддерживающих гомеостатическое равновесие организма (метаболический ацидоз, гипоксемия, гипогликемия, гипербилирубинемия, нарушения водно-солевого обмена и др.), были выявлены во всех трех основных группах достоверно чаще, чем в контрольной. Это указывает на отрицательное влияние как инфекционного, так и гипоксического факторов на становление гомеостаза организма новорожденного.

При этом нарушения микроциркуляции (акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, «мраморный» рисунок кожных покровов) чаще были отмечены у детей, перенесших внутриутробно гипоксию (ПН).

Большинство детей с клиническими проявлениями высокого уровня катаболических процессов в организме (потеря массы тела более 8% от исходной), большими энергетическими затратами (уровень глюкозы крови ниже 3 ммоль/л), признаками недостаточности метаболизма (восстановление первоначальной массы тела в сроки, превышающие 2 нед) и снижением репаративных процессов (запоздалое отпадение остатка пуповины, длительное заживление пупочной раны) были рождены матерями, которые перенесли во время беременности обострение инфекционного процесса.

Интерес представляет сравнение зависимости массы тела новорожденных от их гестационного возраста у матерей 1-й и 2-й групп (ПН различного генеза). Большинство новорожденных этих групп с задержкой внутриутробного развития средней степени тяжести и массой тела в пределах 10–3-го перцентилей родились в срок при гестационном возрасте более

37 нед. Признаки тяжелой степени задержки внутриутробного развития (≤ 3 -го перцентиля) были отмечены у 16 (11,3%) недоношенных детей 1-й группы и 5 (4,5%) – 2-й группы.

Следует отметить, что у 5 доношенных новорожденных 1-й группы тяжелая степень задержки развития плода (3-я степень – масса тела ≤ 3 -го перцентиля) совпала с первичным инфицированием вирусом герпеса их матерей во 2–3-м триместрах беременности. В 2 случаях была обнаружена цитомегаловирусная инфекция, в 2 – атипичная и в 1 – типичная форма генитального герпеса.

Интерес представляет характеристика состояния здоровья новорожденных в раннем неонатальном периоде (табл. 3) – гипотрофия достоверно чаще была диагностирована у детей 1-й и 2-й групп; причем при сочетании ПН и инфекционного процесса она встречалась в 2 раза реже, чем при изолированной ПН.

При изучении особенностей течения инфекционного процесса у детей по аналогии с герпетической и цитомегаловирусной инфекциями, принятой в МКБ-10 и Национальном руководстве по неонатологии, мы выделили следующие формы:

- висцеральная (преимущественное поражение висцеральных органов – легкие, печень, селезенка, надпочечники);
- сочетанная (церебральные и висцеральные повреждения);
- локализованная (энцефалиты, поражение кожи, слизистых оболочек полости рта и глаз).

Внутриутробное инфицирование плода и реализация инфекции достоверно чаще (в 61 случае – 42,9%) произошло у детей, рожденных матерями 1-й группы.

В 3-й группе частота внутриутробных инфекций (ВУИ) составила 17,5% (20 детей); основные их проявления имели место в раннем неонатальном периоде.

При анализе особенностей течения беременности у этих женщин выявлена высокая частота рецидивов инфекции в последние недели беременности. При морфологическом исследовании последов в 100% случаев поражения были обусловлены смешанной вирусно-вирусной или вирусно-бактериальной инфекцией. Невысокая частота реализации инфекции в раннем неонатальном периоде у этой группы имела прямую выраженную корреляционную зависимость ($r = 0,89$) с проведением у женщин комплексной предгравидарной подготовки, своевременной диагностики и лечения рецидивов инфекционных заболеваний (антибактериальная, иммуномодулирующая терапия, плазмаферез и др.) [9, 13].

При анализе ВУИ у новорожденных в 1-й и 2-й группах было выявлено преобладание воспалительных заболеваний бронхолегочной системы и генерализованных форм инфекции (полиорганное поражение). Необходимо отметить, что тяжелое

Таблица 3. Характеристика здоровья новорожденных в раннем неонатальном периоде

Заболевания и патологические состояния	Группы							
	1-я (n = 142)		2-я (n = 111)		3-я (n = 114)		Контроль (n = 53)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипотрофия	50	35,2*,**,#	25	22,5*	6	5,3	1	1,9
Малые формы инфекции (конъюнктивит, омфалит, везикулез)	18	12,7*,**	3	2,7	31	27,2*,#	1	1,9
Пневмония	34	23,9**	–	–	24	21,1	–	–
Сочетанные формы инфекции	18	12,7**	–	–	9	7,9	–	–
Гепатомегалия	13	9,1**,#	5	4,5	6	5,3	–	–
Субэпидимальные кисты, кисты сосудистых сплетений боковых желудочков мозга	43	30,3**,#	3	2,7	13	11,4*	–	–
Транзиторные неврологические изменения (синдром гипертонической возбудимости, синдром угнетения, синдром мышечной дистонии)	97	68,3*,#	54	48,6*	41	35,9*	4	7,5

* $p < 0,05$ по сравнению с показателями группы контроля; ** $p < 0,05$ между показателями 1-й и 2-й группы; # $p < 0,05$ между показателями 1-й и 3-й группы.

течение пневмонии мы наблюдали у детей, матери которых входили в 1-ю и 2-ю группы (ПН); у них же были более выражены дыхательные нарушения и инфекционный токсикоз [5, 12].

Результаты наблюдения за физическим и нервно-психическим развитием 115 детей в течение 1-го года жизни отражены в табл. 4. Физическое и нервно-психическое развитие доношенных детей из 3-й группы достоверно не отличались от популяционных данных [1, 2]. Отклонения были выявлены в основном у недоношенных 1-й и 2-й групп (ПН). У детей, родившихся преждевременно, достоверно чаще происходила задержка физического и нервно-психического развития.

Наиболее часто отклонения в нервно-психическом статусе проявлялись в виде перинатального поражения нервной системы (церебральная ишемия различной степени тяжести, церебральная возбудимость, церебральная депрессия, минимальные мозговые дисфункции) и были более выражены у детей 2-й группы. Своевременно начатая корригирующая терапия у большинства детей приводила к исчезновению проявлений перинатального поражения нервной системы. Признаки минимальных мозговых дисфункций и повышение нервно-рефлекторной возбудимости к концу первого года жизни сохранялись лишь у 7,5% пациентов.

Анализ числа случаев заболеваний детей в течение 1-го года жизни представлен в табл. 5. Значительная частота инфекционных заболеваний (острые респираторные заболевания, тонзиллиты, ангины) была выявлена практически у каж-

дого второго ребенка 1-й и у каждого третьего – в 3-й группе; уровни заболеваемости достоверно превышали популяционные данные [1, 5, 9]. Необходимо отметить, что различные инфекции с более тяжелым и длительным течением достоверно чаще были отмечены у детей, исходно имевших изменения иммунной системы (снижение уровня общих иммуноглобулинов, изменения в клеточном звене иммунитета и интерфероновом статусе), особенно в 1-й группе и у недоношенных.

Кроме того, обращает на себя внимание высокая частота развития атопического дерматита и дисбактериоза кишечника у детей 1-й группы.

Таким образом, полученные результаты указывают на несомненную роль инфекции в формировании заболеваний и патологических состояний плода и новорожденного, особенно при сочетании ее с хронической ПН.

Симптомокомплекс «плацентарная недостаточность и инфекция» у беременных отягощает течение периода гестации, неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода и вносит свой негативный вклад в показатели перинатальной и детской заболеваемости.

У новорожденных, родившихся от матерей с этим симптомокомплексом, достоверно чаще было отмечено: снижение массы тела; недоношенность (каждый третий новорожденный); афиксия различной степени тяжести; дизадаптационные явления в раннем неонатальном периоде и длительное их течение, внутриутробная гипотрофия. Реализация инфек-

Таблица 4. Физическое и нервно-психическое развитие детей в течение первого года жизни (а – гармоничное, б – с задержкой)

Развитие		Группы							
		1-я (n = 35)		2-я (n = 30)		3-я (n = 30)		Контроль (n = 20)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Физическое	а	22	62,9*	25	83,3	28	93,3	20	100,0
	б	13	37,1**	5	16,7	2	6,7	–	–
Нервно-психическое	а	20	57,1*	24	80,0	27	90,0	19	95,0
	б	15	42,9*	6	20,0*	3	10,0	1	5,0

* $p < 0,05$ по сравнению с показателями 2-й, 3-й группы и группы контроля; ** $p < 0,05$ по сравнению с показателями 2-й и 3-й группы.

Таблица 5. Частота случаев заболеваний детей на первом году жизни

Заболевание	Группы							
	1-я (n = 35)		2-я (n = 30)		3-я (n = 30)		Контроль (n = 20)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Частые ОРВИ	18	51,4*,**	2	6,7	10	33,3	–	–
Герпес-вирусная инфекция (простой герпес, опоясывающий лишай, ветряная оспа)	7	20,0*,**	1	3,3	3	10,0	–	–
Атопический дерматит	17	48,6*,**,#	3	10,01	9	30,0#	1	5,0
Тимомегалия	5	14,3*,#	2	6,7	3	10,0#	1	5,0
Рахит средней степени тяжести	5	14,3#	4	13,31	4	13,3#	1	5,0
Дисбактериоз кишечника	24	68,6*,**,#	2	6,71	12	40,0#	1	5,0

$p < 0,05$ по сравнению с показателями группы контроля; * $p < 0,05$ между показателями 1-й и 2-й группы; ** $p < 0,05$ между показателями 1-й и 3-й группы.

ции в неонатальном периоде происходила в виде заболева- ний бронхолегочной системы и генерализованных форм, носила при этом преимущественно смешанный характер (вирусно-вирусный, вирусно-бактериальный). Длительное, вялотекущее течение инфекционного процесса происходило на фоне снижения общей иммунореактивности организма.

Также у детей этой группы в течение 1-го года жизни были выявлены задержка физического и нервно- психического развития, они чаще болели.

Это потребовало в последующем регулярного диспансер- ного наблюдения за ними педиатра, невропатолога и, при необходимости, врачей других специальностей.

Преобладание того или иного инфекционного фактора в развитии ПН у беременной обуславливает осложнения в неонатальном периоде, нарушение развития детей на 1-м году жизни.

Литература

1. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. Руководство для врачей. М., 2004; 494.
2. Тютюнник В.Л. Хроническая плацентарная недостаточность при бактериальной и вирусной инфекции (патогенез, диагностика, профилактика, лечение). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2002; 49.
3. Driul L., Londero A.P., Della Martina M., et al. Intrauterine growth restriction and pregnancy outcome. *Minerva Ginecol.* 2008; 60(3): 231–8.
4. Miller J., Turan S., Baschat A.A. Fetal growth restriction. *Semin Perinatol.* 2008; 32(4): 274–80.
5. Серов В.Н., Тютюнник В.Л., Зубков В.В. и др. Перинатальные исходы у беременных с инфекционными заболеваниями и плацентарной недостаточностью. *Акушерство и гинекология* 2002; 3: 16–21.
6. Baschat A.A., Hecher K. Fetal growth restriction due to placental disease. *Semin Perinatol.* 2004; 28(1): 67–80.
7. Neerhof M.G., Thaete L.G. The fetal response to chronic placental insufficiency. *Semin Perinatol.* 2008; 32(3): 201–5.
8. Reynolds L.P., Redmer D.A. Angiogenesis in the placenta. *Biol Reprod.* 2001; 64(4): 1033–40.
9. Зубков В.В. Клинико-диагностическая характеристика пневмонии у новорожденных детей при герпес- и цитомегаловирусной инфекциях. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1999; 19.
10. Anzivino E., Fioriti D., Mischitelli M., et al. Herpes simplex virus infection in pregnancy and in neonate: status of art of epidemiology, diagnosis, therapy and prevention. *Virology* 2009; 6: 40.
11. Gencay M., Koskiniemi M., Fellman V., et al. Chlamydia trachomatis infection in mothers with preterm delivery and in their newborn infants. *APMIS.* 2001; 109(9): 636–40.
12. Machlitt A., Wauer R., Chaoui R. Longitudinal observation of deterioration of doppler parameters, computerized cardiotocogram and clinical course in a fetus with growth restriction. *J Perinat Med.* 2001; 29(1): 71–6.
13. Gagnon R. Placental insufficiency and its consequences. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003; 110(Suppl. 1): S99–107.
14. Turan O.M., Turan S., Gungor S., et al. Doppler abnormalities in intrauterine growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008; 32 (2): 160–7.

Информация о соавторах:

Михайлова Ольга Игоревна, аспирант Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Росмедтехнологий
Адрес: 117997, Москва, ул. Академика Опарина, 4
Телефон: (495) 438-0988

Тютюнник Виктор Леонидович, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник акушерского наблюдательного отделения Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Росмедтехнологий
Адрес: 117997, Москва, ул. Академика Опарина, 4
Телефон: (495) 438-0988

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПЕЧАТЬ

Побочные действия лекарственной терапии у детей в амбулаторной практике – результаты 11-летнего анализа

Побочные действия (ПД) фармакотерапии – распространенная в клинической практике ситуация, зачастую требующая неотложных лечебных мероприятий. По данным статистики, ПД лекарственных средств (ЛС) являются причиной около 5% всех случаев госпитализации, а в течение стационарного периода лечения 6,5% пациентов страдают от ПД лекарственной терапии. До настоящего времени сведений о распространенности ПД ЛС у детей, частоты и особенностей их проявлений в возрастном аспекте недостаточно. Дополнительная информация по данным разделам могла бы помочь в разработке действенных мер профилактики.

По результатам ретроспективного анализа, проведенного в США за последние 11 лет, установлено, что ПД ЛС – распространенное осложнение фармакотерапии у детей. В США ежегодно более полумиллиона детей обращаются за медицинской помощью по поводу ПД ЛС. Самый уязвимый в отношении ПД ЛС возраст – первые 4 года жизни. Дети младше 5 лет составляют наиболее многочисленную группу пациентов (43%), нуждающихся в оказании помощи вследствие различных ПД. В среднем примерно 13 из 1000 детей от 0 до 4 лет имеют какие-либо ПД в результате применения ЛС. Самая частая (56%) причина обращений за медицинской помощью по поводу ПД – различные аллергические, чаще кожные, реакции, в том числе отек, сыпь и другие неспецифические аллергические симптомы. Угрожающая статистика требует от врача особых мер предосторожности при назначении лекарственных препаратов. Кроме того, полученные данные указывают на необходимость специфических подходов как к выбору ЛС в зависимости от возраста пациента, так и постоянного мониторинга с целью повышения эффективности лекарственной терапии при минимальном количестве ее негативных последствий.

*Bourgeois F.T., Mandl K.D., Valim C., Shannon M.W.
Pediatric Adverse Drug Events in the Outpatient Setting: An 11-Year National Analysis.
Pediatrics 2009; 124; 744–50.*