

шаткого равновесия транзиторных состояний периода новорожденности. Отображены изменения в органах и системах, которые ассоциируются с желтухой новорожденных детей.

Ключевые слова: неонатальная желтуха, клиническое мышление, семейный доктор, новорожденные дети.

Lysunets O.V.

NEONATAL BILIOUSNESS IN FAMILY PHYSICIAN'S PRACTICE

Summary. In the article clinico-anamnestic peculiarities of run of long-lasting neonatal biliousness of newborns with a period of gestation of 35-40 weeks have been presented. The important clinical determinants that influence on precarious balance of transitory states of neonatal period have been determined. The changes in organs and systems associating with biliousness of newborns have been displayed.

Key words: neonatal biliousness, clinical thought, a family physician, newborns.

Стаття надійшла до редакції 27.03.2014 р.

Лисунець Оксана Василівна - кандидат мед. наук, асистент кафедри пропедевтики дитячих захворювань і догляду за хворими дітьми Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова; +38 098 455-29-38; lysunets@mail.ru

© Смолко Д.Г.

УДК: 616.89-008.19-053.9

Смолко Д.Г.

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 109, м. Вінниця, Україна, 21005)

ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ТА СОМАТИЧНА КОМОРБІДНІСТЬ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЮ ІШЕМІЄЮ

Резюме. З метою дослідження ризику розвитку депресивних розладів у хворих з хронічною церебральною ішемією з соматичними супутніми захворюваннями і без таких, нами було обстежено 325 хворих (середній вік 59,2±8,6 років). Наявність соматичних коморбідних захворювань асоціюється з підвищеним ризиком депресивних розладів у хворих з хронічною церебральною ішемією, проте, вірогідність діагностування депресії та її лікування є вищою у хворих з соматичною супутньою патологією, ніж без такої.

Ключові слова: хронічна церебральна ішемія, депресія, соматична коморбідність.

Вступ

В Україні, як і в усьому світі зростає поширеність нейродегенеративних захворювань, які призводять не лише до порушення когнітивних та рухових функцій, але й до розвитку депресії [Huang et al., 2011; Winter et al., 2011]. Поширеність депресій серед населення старших вікових груп становить, за даними різних дослідників, від 9 до 30%. При цьому, за результатами дослідження The epidemiologic study of the elderly (EPESE) поєднання трьох і більше судинних факторів ризику достовірно підвищує ризик розвитку депресивної симптоматики [Zimmerman et al., 2009].

Крім зниження якості життя [Winter et al., 2010], депресія має інші негативні наслідки, зокрема, наявність депресивних симптомів майже вдвічі підвищує ризик розвитку когнітивних порушень у людей похилого віку [Panza et al., 2008; Rosenberg et al., 2010]. Незважаючи на визнану поширеність і негативний вплив депресії у хворих з цереброваскулярною патологією, її часто розглядають як реакцію на наявність хронічного захворювання і це, в свою чергу, призводить до недостатньої діагностики та лікування депресії у таких пацієнтів.

Серед населення старших вікових категорій є поширеними також і соматичні супутні захворювання, багато з яких підвищують ризик розвитку депресії. Так, у США серед пацієнтів віком ≥ 65 років від 55 до 80% мають ≥ 2 захворювання із хронічним перебігом

[Marengoni et al., 2011], а за результатами дослідження D. Campbell-Scherer (2010) поширеність коморбідних станів становить 93% у пацієнтів середнього віку і 98% - у пацієнтів похилого віку [Campbell-Scherer, 2010].

На теперішній час про вплив коморбідності на ризик розвитку депресії у хворих з хронічною ішемією головного мозку та її вплив на результати лікування депресивних розладів відомо мало.

Мета роботи - встановити вплив соматичних коморбідних захворювань на ризик розвитку депресії, а також вірогідність встановлення діагнозу депресивних розладів та їх лікування у хворих з хронічною церебральною ішемією.

Матеріали та методи

Обстежено 325 (167 чоловіків, 158 жінок) хворих із хронічною церебральною ішемією (атеросклеротичною, гіпертонічною, дисметаболічною), котрі спостерігались і лікувались у КЗ "Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О.І. Ющенка". Вік пацієнтів коливався від 55 до 76 років (середній вік - 59,2±8,6 років; $M\pm StD$). Медіана віку склала 61,5 роки. Критеріями включення в дослідження слугували: 1) наявність клінічних ознак ХІМ [Гусев и др., 2009]; 2) наявність лакунарних та/або територіальних інфарктів або дифузних змін білої речовини (лейкоареозу) на МРТ; 3) оцін-

ка за Шкалою короткого дослідження психічного статусу (Mini Mental State Examination - MMSE) від 30 до 24 балів.

Діагноз депресії встановлений згідно з критеріями депресивного розладу МКХ-10. Для дослідження афективних порушень проведено тестування хворих за шкалою оцінки вираженості депресії Центра епідеміологічних досліджень США (Center for Epidemiological Studies Depression Scale - CESD), шкалою оцінки вираженості депресії Гамільтона (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS), Госпітальною шкалою тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), шкалою депресії Бека (The Beck Depression Inventory), шкалою оцінки вираженості депресії Монтгомері-Асберг (Montgomery-Asberg Depression Scale). Всі застосовані тести мали найбільш високі характеристики валідації та надійності, що підтверджено численними дослідженнями. Проте, відмінності між ними за цими показниками залишалися і могли вплинути на результати дослідження використання вказаної батареї тестів ми вважали за доцільне для забезпечення його надійності.

Статистичну обробку даних виконували у статистичному пакеті SPSS 13 (©SPSS Inc.). Статистично значущими вважалися відмінності при $p < 0,05$ (95%-й рівень значущості) і при $p < 0,01$ (99%-й рівень значущості).

Результати. Обговорення

Нами проведено когортне дослідження за участю 325 хворих з хронічною церебральною ішемією. З цих хворих соматичні супутні захворювання/стани мали 231 (71,1%) респондент. Достовірної відмінності за статтю, віком, стадіями захворювання між пацієнтами з/без коморбідної патології виявлено не було.

119 (36,6%) досліджуваних пацієнтів повідомили на момент огляду про наявність депресії (постійної чи короткочасної). Провідними скаргами цих пацієнтів були втрата інтересів, ініціативи, психомоторна загальмованість, зниження настрою, песимізм, дратівливість, нездатність до роботи, порушення сну і т. п. Про наявність депресії повідомляли 41,6% (96/231) пацієнтів з соматичними супутніми захворюваннями/станами та 24,5% (23/94) осіб без таких ($p = 0,0018$). При багатofакторному аналізі ($n = 325$) встановили, що наявність будь-якого коморбідного стану є достовірним і незалежним фактором підвищеної вірогідності діагностованої депресії у пацієнтів з наявною хронічною недостатністю мозкового кровообігу. Співвідношення ризику (СР): 1,698; 95% довірчий інтервал (ДІ): [1,154-2,5].

В загальній когорті пацієнтів ($n = 325$) оцінка вираженості депресивних розладів за рядом міжнародних психологічних шкал склала: середній бал ($\pm SD$) за HADS - $8,02 \pm 3,55$ балів (від 2 до 15), за CESD - $19,24 \pm 3,61$ балів (від 9 до 27), за шкалою депресії Гамільтона - $11,09 \pm 5,98$ балів (від 4 до 22), за шкалою депресії Бека - $16,98 \pm 5,19$ балів (від 3 до 29), за шкалою Монтгомері-Асберг - $17,34 \pm 3,56$ балів (від 6 до 33). Використа-

на нами батарея шкал дозволила встановити, що пацієнти з коморбідною патологією мають достовірно вищу ступінь вираженості депресії, ніж пацієнти без супутніх захворювань. Значущі результати були отримані при використанні HADS (відповідно: $8,31 \pm 4,99$ проти $7,57 \pm 3,86$ бали; $p = 0,029$), CESD ($19,67 \pm 4,27$ проти $18,38 \pm 3,39$ бали; $p = 0,029$) та шкали Гамільтона ($11,09 \pm 6,76$ проти $9,97 \pm 6,74$ бали; $p = 0,007$).

Тестування за зазначеними шкалами дозволило встановити, що клінічно значущий рівень депресії мали 78 (31,3%) учасників дослідження (HADS ≥ 11 балів, CESD ≥ 21 балів та оцінка за шкалою Гамільтона ≥ 16 балів). Порівняно з пацієнтами без коморбідних захворювань (11,7%), серед респондентів з соматичною коморбідністю було достовірно більше осіб з високими оцінками за цими шкалами (29,0%, $p = 0,0006$). Серед респондентів з високою оцінкою за шкалами HADS, CESD та шкалою Гамільтона пацієнти, котрі мали соматичну коморбідність, частіше повідомляли про наявність у них депресії, порівняно з пацієнтами без супутніх захворювань (75,9% проти 45,5%; $p = 0,043$). Так, наявність соматичної коморбідної патології асоціюється з більш ніж 3-кратним збільшенням шансів встановлення діагнозу депресії у хворих з наявною депресивною симптоматикою (співвідношення шансів (СШ): 3,529, ДІ: [1,15-13,06]). Особи з високим балом за цими шкалами, але без діагнозу депресії на момент огляду, були віднесені до респондентів з недиагностованими депресивними розладами.

Таким чином, ми встановили, що в загальній когорті депресивні розлади були у 142 пацієнтів (43,7%), з них: 119 осіб, котрі повідомили про наявність у них депресії (діагностована депресія), та 23 хворих з високими оцінками застосованих шкал та без діагнозу депресії котрим виставлено не було (недиагностована депресія). Порівняно з пацієнтами без коморбідності (30,9%), респонденти з соматичними супутніми захворюваннями достовірно частіше мають депресивні розлади (48,9%), і діагностовані, і недиагностовані ($p = 0,0032$). Ризик діагностованої та недиагностованої депресії був більш ніж в 1,5 рази більшим у пацієнтів з наявною коморбідною патологією (СР: 1,586; ДІ: [1,14-2,206]).

Цікаво, з точки зору внутрішніх зв'язків і залежностей, оцінити асоціацію між специфічними соматичними коморбідними захворюваннями/станами та ризиком депресії у пацієнтів з хронічною церебральною ішемією (табл. 1).

Як видно з таблиці, при однофакторному регресійному аналізі виявили, що найбільш значущими факторами ризику розвитку депресивних розладів були наявність у досліджуваних пацієнтів цукрового діабету (СШ: 4,65; ДІ: [2,75-7,86]; $p < 0,001$) та артеріальної гіпертензії (СШ: 8,98; ДІ: [2,5-32,25]; $p < 0,001$). В меншому ступені шанси виникнення депресії підвищує наявність у цих пацієнтів серцева недостатність, гіперхолестеринемія, патології щитовидної залози, виразкової хво-

Таблиця 1. Асоціації між специфічними соматичними коморбідними станами та ризиком депресії у хворих з хронічною цереброваскулярною ішемією.

Коморбідність	СШ	95% ДІ	χ^2
Цукровий діабет	9,67	[1,12-83,8]	6,28
Артеріальна гіпертензія	4,65	[2,75-7,86]	35,44
Гіперхолестеринемія, дисліпідемія	1,46	[1,13-1,99]	4,99
Хронічна серцева недостатність	1,58	[1,41-3,87]	5,17
Захворювання легень	1,34	[0,67-2,66]	0,7
Виразкова хвороба	2,72	[1,06-6,98]	4,64
Запальні захворювання кишечника	2,06	[1,07-3,96]	4,77
Патологія щитоподібної залози	2,3	[1,16-4,55]	5,88
Захворювання нирок, сечовидільної системи	2,16	[0,89-5,25]	2,21
Ревматоїдний артрит	5,83	[1,16-29,37]	4,1
Артрити	2,94	[1,02-8,49]	4,32
Фіброміалгії	2,14	[0,97-4,73]	2,91
Катаракта	8,98	[2,5-32,25]	13,76

роби, запальних захворювань кишечника, артритів, фіброміалгії, катаракти ($p < 0,05$). У результаті дослідження отримано неочікуване спостереження: наявність захворювань легень і нирок асоціювалась із більш низькою частотою депресивних розладів у нашій когорті хворих. Окремо ми проаналізували факт наявності антидепресантної медикації у 55 учасників дослідження, котрі мали високу оцінку депресії по застосованим шкалам та усвідомлювали наявність у себе депресивної симптоматики. З'ясовано, що 10 (18,2%) цих пацієнтів не отримували антидепресантної терапії. Згідно даних регресійного аналізу пацієнти з коморбідними патологіями достовірно частіше отримували антидепресанти (СШ: 9,21; ДІ: [1,299-65,37]). Шанси призначення антидепресантної терапії були вищими серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією (СШ: 9,33; ДІ: [1,07-38,62]).

Поширеність коморбідних станів серед населення старших вікових категорій становить, за даними різних дослідників, від 55 до 98% [Campbell-Scherer, 2010; Marengoni et al., 2011]. При цьому провідною причиною коморбідності і поліморбідності у людей похилого віку є атеросклероз судин. Останній призводить до розвитку поліморбідності за патогенетичним принципом: церебральної ішемії, ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії, атеросклерозу мезентеріальних судин, ішемії кишечника тощо [Лазебник, 2007].

Хронічна церебральна ішемія асоціюється не лише з порушеннями когнітивних та рухових функцій, але й достатньо високою частотою депресії [Huang et al., 2011; Winter et al., 2011], до того ж пізній вік розглядається як піковий відносно частоти депресивних розладів у пацієнтів загальносоматичної практики [Коломоець, Вашеняк, 2012].

Використана нами батарея міжнародних шкал дозволила практично по всіх позиціям клінічних проявів

депресії встановити наявність депресивної симптоматики у 43,7% з 325 обстежуваних нами пацієнтів. На жаль, як показали результати нашого дослідження, депресивні розлади часто ігноруються як лікарями сімейної практики, так і самими пацієнтами. Депресивна симптоматика таких хворих маскується соматичними і когнітивними порушеннями [Сосницькая, Байдина, 2012], а її патогенетична роль недооцінюється. Тоді як у хворих з хронічною церебральною ішемією наявність некоригованих депресивних симптомів є пов'язаною із зниженням соціальної адаптації і якості життя [Сосницькая, Байдина, 2012; Winter et al., 2010] та підвищенням ризику розвитку когнітивних порушень у людей похилого віку [Копчак, 2012; Barnes et al., 2006]. За даними Н. Lavretsky et al. [2010] депресивні розлади, когнітивні порушення, наявність лакунарних інфарктів в білій речовині головного мозку підвищують ризик смертності від цереброваскулярної патології. В цьому аспекті корекція депресивних розладів здійснює значний позитивний вплив на поліпшення якості життя хворих та зниження смертності від цереброваскулярних захворювань [Lavretsky et al., 2010]. Отже, дуже важливим завданням є визначення ризику депресії у конкретного пацієнта та призначення адекватної терапії.

Наявність захворювань легень і нирок асоціювалась із більш низькою частотою депресивних розладів у нашій когорті. Можливо такий результат пояснюється відсутністю стратифікації хворих з урахуванням структури цих двох категорій коморбідності за окремими нозологіями, а, отже, поряд з хронічними захворюваннями ми ймовірно включили в аналіз і гострі хвороби, такі як, наприклад, гострий пієлонефрит, нефролітаз і т. п., тоді як гостра і хронічна патологія має різні асоціації з ризиком депресивних і, взагалі, ментальних розладів і ці питання вимагають проведення подальших досліджень.

Депресія недостатньо добре діагностується у пацієнтів наявними когнітивними порушеннями [Rickards, 2005], нерідко психічні симптоми відносять до проявів або необоротних вікових змін, або хронічних соматичних захворювань. Зокрема, втрату цікавості та апатію у осіб із нейродегенеративними захворюваннями часто помилково плутають із проявами когнітивного дефіциту [Winter et al., 2011]. Всупереч зазначеним припущенням, вірогідність встановлення діагнозу і призначення антидепресантної медикації у учасники нашого дослідження була вищою за наявності соматичної супутньої патології, ніж без такої. Це може бути наслідком більш частого звертання осіб з множинними супутніми захворюваннями за медичною допомогою, що, без сумнівів, забезпечує більш широкі можливості для ідентифікації та лікування депресії.

Наші пацієнти з супутніми захворюваннями також частіше отримували медикаментозне лікування депресії, зокрема, з'ясовано, що наявність артеріальної гіпертонії та патології щитоподібної залози асоціюється із

збільшенням шансів наявності терапевтичної корекції депресивної симптоматики.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. На основі отриманих нами результатів можна зробити висновок, що наявність соматичних коморбідних захворювань/станів підвищує ризик розвитку депресивних розладів у хворих з хронічною церебральною ішемією, проте, вірогідність встановлення діагнозу і призначення антидепресантної медикації є вищою у хворих з соматичною супутньою патологією, ніж без такої.

2. Пацієнти з хронічною церебральною ішемією та соматичними супутніми захворюваннями/станами потребують обов'язкового обстеження щодо наявності можливих депресивних розладів, оскільки останні є факто-

ром негативної динаміки якості життя цих хворих. Наявність депресивної симптоматики при хронічній ішемії мозкового кровообігу потребує застосування антидепресивної терапії, що зумовлює зменшення вираженості депресивних розладів, а, отже, і якості життя хворих. Не виключено, що адекватна терапія коморбідної патології сприятиме зниженню частоти депресивних порушень.

Отримані дані про вплив соматичної коморбідності на ризик депресії у хворих з хронічною церебральною ішемією дозволять розробити послідовні підходи щодо покращення ідентифікації та лікування депресивних розладів у цієї категорії хворих. Важливим також є дослідження впливу методів лікування соматичних коморбідних захворювань на ризик розвитку депресивних розладів у хворих з хронічною недостатністю мозкового кровообігу.

Список літератури

- Коломоєць М. Ю. Коморбідність і поліморбідність у терапевтичній практиці / М. Ю. Коломоєць, О. О. Вашеняк // Український медичний часопис. - 2012. - № 5. - С. 140-143.
- Копчак О. О. Особливості депресивних розладів та когнітивних порушень у хворих із дисциркуляторною енцефалопатією / О. О. Копчак // Укр. мед. часопис. - 2012. - № 6. - С. 129-132.
- Лазебник Л. Б. Старение и полиморбидность / Л. Б. Лазебник // ости медицины и фармации. - 2007. - № 1. - С. 10-11.
- Неврология : национальное руководство / Под ред. [Гусева Е. И., Коновалова А. Н., Скворцовой В. И., Гехт А. Б.]. - М. : ГЭОСТАР-Медиа, 2009. - 1040 с.
- Сосницкая Д. М. Особенности депрессивного синдрома у больных дисциркуляторной энцефалопатией старческого возраста / Д. М. Сосницкая, Т. В. Байдина // Бюллетень медицинских Интернет конференций. - 2012. - Т. 2, № 92. - С. 643-645.
- Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature / A. Marengoni, S. Angleman, R. Melis [et al.] // Ageing Res. Rev. - 2011. - Vol. 10, № 4. - P. 430-439.
- Association of depressed mood and mortality in older adults with and without cognitive impairment in a prospective naturalistic study / H. Lavretsky, L. Zheng, M. W. Weiner [et al.] // Am. J. Psychiatry. - 2010. - Vol. 167, № 5. - P. 589-597.
- Campbell-Scherer D. Multimorbidity: a challenge for evidence-based medicine / D. Campbell-Scherer // Evid. Based Med. - 2010. - Vol. 15, № 6. - P. 165-166.
- Cognitive function and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature / C. Q. Huang, Z. R. Wang, Y. H. Li [et al.] // Int. Psychogeriatr. - 2011. - Vol. 23, № 4. - P. 516-525.
- Depression in elderly patients with Alzheimer dementia or vascular dementia and its influence on their quality of life / [Winter Y., Korchounov A., Zhukova T. V., Bertschi N. E. // J. Neurosci. Rural Pract. - 2011. - Vol. 2, № 1. - P. 27-32.
- Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women / [Rosenberg P. B., Mielke M. M., Xue Q. L., Carlson M. C.] // Am. J. Geriatr. Psychiatry. - 2010. - Vol. 18, № 3. - P. 204-211.
- Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the Cardiovascular Health Study / D. E. Barnes, G. S. Alexopoulos, O. L. Lopez [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. - 2006. - Vol. 63, № 3. - P. 273-279.
- Depressive symptoms, vascular risk factors and mild cognitive impairment. The Italian longitudinal study on aging / F. Panza, A. D'Introno, A. M. Colacicco [et al.] // Dement Geriatr Cogn Disord. - 2008. - Vol. 25, № 4. - P. 336-346.
- Longitudinal study of the socioeconomic burden of Parkinson's disease in Germany / Y. Winter, M. Balzer-Geldsetzer, A. Spottke [et al.] // Eur. J. Neurol. - 2010. - Vol. 17, № 9. - P. 1156-1163.
- Rickards H. Depression in neurological disorders: Parkinson's disease, multiple sclerosis, and stroke / H. Rickards // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 2005. - Vol. 76, Suppl 1. - P. 148-152.
- Vascular risk and depression in the hispanic established population for the epidemiologic study of the elderly (EPESE) / J. A. Zimmerman, B. T. Mast, T. Miles T. [et al.] // Int. J. Geriatr Psychiatry. - 2009. - Vol. 24, № 4. - P. 409-416.

Смолко Д. Г.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И СОМАТИЧЕСКАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

Резюме. С целью исследования риска развития депрессивных расстройств у больных с хронической церебральной ишемией с соматическими сопутствующими заболеваниями и без таковых нами было обследовано 325 больных (средний возраст 59,2±8,6 лет). Наличие соматических коморбидных заболеваний ассоциируется с повышенным риском депрессивных расстройств у больных с хронической церебральной ишемией, однако, вероятность установления диагноза депрессии, и ее лечение выше у больных с соматической сопутствующей патологией, чем без таковой.

Ключевые слова: хроническая церебральная ишемия, депрессия, соматическая коморбидность.

Smolko D. G.

DEPRESSION AND SOMATIC COMORBIDITIES IN PATIENTS WITH CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

Summary. To investigate the risk of depression in patients with chronic cerebral ischemia with somatic comorbidities and without them,

we examined 325 patients (mean age 59,2±8,6 years). Any physical comorbidity associated with an increased risk of being diagnosed with depression in patients with chronic cerebral ischemia, but they are more likely to be diagnosed and treated than patients without it.

Key words: chronic cerebral ischemia, depression, comorbidities.

Стаття надійшла до редакції 28.02.2014 р.

Смолко Дмитро Геннадійович - к.мед.н, доцент кафедри нервових хвороб ВНМУ імені М.І. Пирогова; +38 066 41-01-801; psychvin@gmail.com.

© Ізюмець О.І., Лайко Л.І., Добіжа М.В., Гомон Р.О., Недільська О.М.

УДК: 616.831-053.31

Ізюмець О.І.¹, Лайко Л.І.², Добіжа М.В.³, Гомон Р.О.³, Недільська О.М.³

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра дитячих хвороб №2¹, кафедра пропедевтики дитячих хвороб з доглядом за хворими дітьми², Вінницька обласна дитяча лікарня³ (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ДІАГНОСТИКА СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ АСПІРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ ПОШКОДЖЕННЯМ ЦНС

Резюме. Аспіраційний синдром та його наслідки залишаються дуже актуальною темою. По офіційним статистичним даним в структурі головних причин загибелі плоду аспірація навколоплідних вод займає 5-те місце поряд з пологовим травматизмом. Тому, дуже важливим завданням неонатологів є вдосконалення клінічних і рентгенологічних методів діагностики як аспіраційного синдрому, так і його ступенів важкості у новонароджених в перші години життя.

Ключові слова: новонароджені, аспіраційний синдром, рентгенографія органів грудної клітини, перинатальне пошкодження ЦНС.

Вступ

Аспіраційний синдром - це патологія, яка проявляється респіраторним дистрес-синдромом, який характеризується обструкцією дихальних шляхів внаслідок попадання в трахео-бронхіальне дерево плода навколоплідних вод.

По офіційним статистичним даним в структурі головних причин загибелі плоду аспірація навколоплідних вод займає 5 місце поряд з пологовим травматизмом. В той же час серед причин ранньої неонатальної смертності новонароджених синдром масивної аспірації займає 7 місце (2,5%). Тенденція до зниження відмічається при запровадженні нових моніторних методів контролю стану плоду під час пологів, а також збільшення частоти кесаревого розтину, що виконується по різним показам. Середня частота аспіраційного синдрому, по даним різних авторів, коливається від 2 до 3%, в той час як пологи з меконіальними навколоплідними водами спостерігаються у 9-15% породіль. Рання діагностика та профілактика аспіраційного синдрому залишаються резервом для зниження показників перинатальної захворюваності та смертності [Дементьева і др., 2001; Аряєва, 2005].

Ведучою патогенетичною ланкою розвитку аспіраційного синдрому у новонароджених є гостра чи прогресуюча хронічна гіпоксія плоду. Здавлення судин пуповини чи навіть короточасне їх стиснення супроводжується гіпоксичним станом плоду, що викликає спазм мезентеріальних судин, підвищення перистальтики кишечника та відходження меконію. Одночасно гіпоксія плоду виступає дихальним стимулом, що викликає збільшення частоти, амплітуди дихальних рухів та появу патологічних форм дихальних рухів, при яких час-

тинки меконію потрапляють в дихальні шляхи, викликаючи релаксацію гладком'язової структури трахеї шляхом дії проміжних продуктів обміну циклооксигенази, білків та жирних кислот. Подальша дія частинок меконію викликає хімічні та морфологічні зміни легеневої тканини, обструкцію дихальних шляхів, порушення газообміну і, як наслідок, тяжкі респіраторні розлади, спазм судин та зміни мікроциркуляції в легенях, розвиток легеневої гіпертензії та екстрапульмональних шунтів. За останніми літературними даними, частинки меконію в малих розведеннях не мають токсичного впливу на пневмоцити 2 порядку, а компоненти меконію такі як протеїни навіть збільшують секрецію сурфактанту, що пояснює часті недіагностовані випадки аспірації меконіальними аспіраційними водами [Михельсон і др., 1998; Крамний, 2006].

Перинатальними факторами ризику для розвитку аспіраційного синдрому у новонароджених є захворювання вагітних (гестози, серцево-судинні та хронічні легеневі захворювання, цукровий діабет, хвороби нирок), резус-конфлікт, а також пізній вік матері, що сприяють розвитку фетоплацентарної недостатності різного ступеня важкості. До інтранатальних факторів ризику аспірації навколоплідними водами належать переносження вагітності більше 40 тижнів, пізні пологи, аномалії пологової діяльності (слабкість або дискордантна), тривалий перебіг пологів у жінок з хронічною гіпоксією плоду, тривале та нераціональне використання утеротонічних засобів у пологах при вже порушеному стані плоду, крупний плід, обвиття пуповини.

Клінічні прояви аспіраційного синдрому в постнатальному періоді. В залежності від кількості аспірованих мас може настати несподівана смерть, колапс або