

Уласевич Д.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И КОРРЕКЦИЯ БОЛИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОПТИМАЛЬНЫМ И ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Логина И.А.

Кафедра 2-ая детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Причины и источники боли у новорожденных самые разнообразные. Традиционно ведущее место занимают так называемые «процедурные боли», связанные с манипуляциями, проводимыми медицинским персоналом. Болевые реакции новорожденных могут быть выражены поведенческими стимулами, физиологическими, нейроэндокринными и обменными изменениями. На основе этих реакций разработаны специальные шкалы оценки болевого синдрома новорожденного, анализ которых представлен в данном исследовании.

Цель: провести сравнительную оценку различных болевых шкал у новорожденных детей в раннем и позднем неонатальном периоде.

Материалы и методы. В исследование было рекрутировано 110 новорожденных детей, испытавших боль вследствие различных причин, которые затем были разделены на 3 группы: здоровые новорожденные первых суток жизни ($n=25$); новорожденные в позднем неонатальном периоде с острым инфекционным заболеванием либо нарушением пигментного обмена ($n=57$); новорожденные, перенесшие гипоксически-травматическую атаку в интранатальном периоде ($n=28$).

Поскольку оптимальное измерение боли возможно при комплексной оценке и поведенческих, и физиологических параметров, выбор нами шкал оценки острой боли пал на следующие: FLACC, N-PASS и NIPS.

Результаты и их обсуждение. Согласно полученным результатам, здоровые доношенные новорожденные в первые часы жизни в ответ на болевой раздражитель демонстрируют ответ преимущественно легкой и умеренной степени тяжести, причем это касается как поведенческих, так и физиологических параметров.

В позднем неонатальном периоде младенцы реагируют на болевой раздражитель преимущественно умеренной болевой реакцией поведенческого характера, а вот физиологические параметры (ЧСС, ЧД, Sat) демонстрируют с равной частотой умеренный и сильный болевой ответ. После нефармакологической аналгезии физиологические параметры изменились в пользу преимущественно умеренного болевого синдрома, а сильная болевая реакция регистрировалась вдвое реже. Согласно данным поведенческих шкал, убедительных различий до и после аналгезии не было получено.

Что же касается новорожденных, перенесших гипоксически-травматическую атаку в интранатальном периоде, то сразу после рождения поведенческий болевой ответ у них был невыраженным. Однако результаты оценки боли по N-PASS убедительно доказывают, что 50% травмированных в родах новорожденных способны отвечать на родовой дистресс сильной болью, что находит выражение в изменении физиологических параметров. После нефармакологической аналгезии нами было выявлено, что преобладающая степень болевой реакции, согласно данным шкалы N-PASS, оказалась сильной. Да и поведенческие реакции в одной трети случаев свидетельствовали о сильной боли.

Выводы: наиболее полная оценка болевого синдрома у новорожденных возможна лишь при комплексном исследовании физиологических и поведенческих болевых реакций. Шкалами выбора могут быть FLACC и NIPS, как поведенческие болевые эквиваленты и N-PASS – для оценки физиологических параметров. Плановые болезненные манипуляции у новорожденных лучше проводить во второй половине дня, когда болевой ответ выражен меньше.