

Биковська О.А.¹, Яблонь О.С.¹, Моравська О.А.², Гомон Р.О.², Саврун Т.І.¹,
Наліжита Т.С.¹, Берцун К.Т.², Любаренко Н.М.², Якімчук Н.І.²

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ БОЛЮ У НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова¹

Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня²

Вінниця, Україна

Актуальність. Застосування оберігаючих технологій догляду за недоношеними новонародженими є запорукою успішного виходжування та мінімізації несприятливих соматичних та неврологічних наслідків. До них відносяться захист від яскравого світла, шуму та вібрації; створення комфортного фізіологічного позиціонування; присутність мами, метод «мама-кенгуру». До таких оберігаючих технологій виходжування, відповідно до рекомендацій Американської Академії Педіатрії (AAP), належать обмеження маніпулювання і запобігання гострому та хронічному больовому стресу із застосуванням комплексу фармакологічних і нефармакологічних методів знеболення.

Метою дослідження було вивчення впливу нефармакологічних методів знеболення при проведенні малоінвазивних болісних маніпуляцій.

Результати. Вивчення кількості малоінвазивних втручань показало, що в середньому, за період перебування в стаціонарі недоношений новонароджений отримує від 15 до 30 малоінвазивних болісних процедур (забір капілярної крові, катетеризація вени, зміна периферичних катетерів, венепункція, постановка орогастрального зонда). Встановлено, що індикаторами болю у недоношених є зміни поведінкових реакцій та функціональних показників (ЧСС, SaO₂). При оцінці виразності больової реакції, максимальне значення за шкалою PIPP (18-20 балів) спостерігалось у дітей при капілярному заборі крові та венепункції, помірне відчуття болю (14-16 балів) мало місце при постановці та зміні орогастрального зонда. При застосуванні з метою знеболення таких

нефармакологічних методів як контакт «шкіра до шкіри», нехарчове смоктання та введення 20% глюкози сублінгвально, встановлено достовірне зниження інтенсивності болю у дітей основних груп при постановці/зміні орогастрального зонда та при проведенні капілярного забору крові в групі дітей з ММТ ($p < 0,05$). Інтенсивність болю у дітей з ДММТ та ММТ при венепункції знизилась в 1,2 та 1,3 рази, відповідно, проти групи порівняння.

Висновки. Таким чином, комплексне використання суворого охоронного режиму, зменшення частоти неінвазивних та малоінвазивних втручань, застосування знеболення у недоношених новонароджених дає можливість отримати найкращий результат для зменшення та профілактики болю в даній категорії дітей.