

БІЛЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінниця, Україна

Застосування сучасних оберігаючих технологій догляду за недоношеними новонародженими є запорукою успішного виходжування та мінімізації несприятливих соматичних та неврологічних наслідків. До них відносяться: захист від яскравого світла, створення комфортного фізіологічного позиціонування (формування флексорної пози в «гніздечку», за допомогою спеціальних укладок); захист від шуму, вібрації (екранування кувету, навушники, зміни стереотипів поведінки персоналу), присутність мами, метод «мама-кенгуру»; до таких оберігаючих технологій виходжування, відповідно до рекомендацій ААП, належать обмеження маніпулювання і запобігання гострому та хронічному больовому стресу. Згідно з минулими уявленнями про больову чутливість у новонароджених вважалось, що недоношені не відчувають біль та не запам'ятовують його. Але насправді, 100% медичних втручань - джерело болю для маленьких пацієнтів.

Профілактика та полегшення болю в новонароджених, особливо недоношених дітей, важливі не тільки тому, що відповідають нормам етики, а й тому, що неодноразовий вплив больових подразників у ранньому віці, як відомо, призводить до коротко- та довготривалих негативних наслідків. Серед них – фізіологічна нестабільність, порушення розвитку мозку й нервової системи, соматосенсорні аномалії, змінені стресові реакції, які можуть спостерігатися в дитинстві.

На сьогодні численними дослідженнями з анатомії та нейрофізіології доведено, що ноцицептивна система при народженні анатомічно і функціонально добре підготовлена для сприйняття болю, навіть у глибоко недоношених дітей. Онтогенез больової чутливості починається з 7 тижня гестації, коли з'являються перші шкірні рецептори на обличчі, у 8 тижнів починає формуватися кора мозку і плід реагує на дотик рухом, у 15 тижнів наявні больові рецептори на всій шкірі та слизових; ноцицептивні шляхи активуються й починають функціонувати вже на 25-му тижні гестації, що може зумовлювати генералізовану або гіпертрофовану відповідь на больові стимули в незрілих новонароджених. У 26-27 тижнів дитина дає чіткі синхронні сигнали ЕЕГ на больові подразники. У 30 тижнів відбувається мієлінізація шляхів больової чутливості.

Але, навіть у дорослих больові імпульси часто проводяться немієлінізованими волокнами.

В стаціонарі недоношені діти підлягають величезній кількості больових маніпуляцій: венепункція, прокол і взяття крові з п'ятки, постановка периферичного венозного катетера, ендотрахеальна санація, імунізація, огляд офтальмолога, планова інтубація/переінтубація, механічна вентиляція, постановка пупочного катетера, зміна пластиря.

Згідно з рекомендаціями ААП, які базуються на принципах доказової медицини, при оцінці болю є важливим його визначення з використанням оціночних шкал, що залишається проблематичним, оскільки більшість з них містять, так звані, суб'єктивні критерії оцінки болю та не можуть бути уніфікованими. Утрудненою та необ'єктивною є оцінка болю у глибоко недоношених та у дітей з важкою перинатальною патологією. Біль – це суб'єктивне переживання, тому самооцінка заслуговує довіри і є головним критерієм, але новонароджені не здатні повідомити про свій біль.

Аналіз частоти рутинних втручань, таких як забір капілярної крові, катетеризація вени, зміна периферичних катетерів, венепункція, у недоношених показав, що в середньому, за період перебування в стаціонарі дитина отримує від 15 до 30 малоінвазивних болісних процедур. 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 б) спостерігалось у дітей при капілярному заборі крові та венепункції, помірне відчуття болю (14-16 б) мало місце при постановці та зміні гастрального зонда.

Враховуючи актуальність проблеми, доведеність того факту, що діти відчувають біль гостро і це призводить до формування наближених та віддалених несприятливих наслідків, пріоритетним серед сучасних технологій виходжування є профілактика болю, яка передбачає застосування комплексу фармакологічних і нефармакологічних методів знеболення. Якщо фармакологічне знеболення, яким опікуються анестезіологи, є більш вивченим, то нефармакологічне знеболення залишається проблемою неонатальних стаціонарів. А між тим, ці методи доступні, дешеві, не мають побічних реакцій. До них відносяться, наприклад, застосування розчинів сахарози/глюкози, нехарчове смоктання, присутність батьків, шкірний контакт.