© Коллектив авторов, 2017

DOI: 10.24110/0031-403X-2018-97-1-162-166
https://doi.org/10.24110/0031-403X-2018-97-1-162-166

Т.В. Овчинникова[1,2], Т.Е. Таранушенко[1], А.Б. Салмина[1], Л.Н. Карпова[2]

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

[1]ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» МЗ РФ, Россия, [2]Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства, г. Красноярск, РФ

Частота рождения недоношенных детей в последнее время является серьезной медико-социальной проблемой. Цель исследования: анализ состояния здоровья недоношенных детей, родившихся с очень низкой и низкой массой тела за 2014–2015 гг. (по данным отделения патологии новорожденных и недоношенных детей КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»). Материалы и методы исследования: проспективное исследование, включающее 110 недоношенных новорожденных со сроком гестации от 26 до 36 недель, которые составили 2 группы: 1-я – дети с очень низкой массой при рождении (ОНМТ) и 2-я – с низкой массой тела при рождении (НМТ). Проанализированы особенности интранатального периода, патологические состояния (основные и сопутствующие заболевания), анамнестические сведения, результаты клинического наблюдения, данные параклинических обследований. Результаты: к особенностям интранатального периода недоношенных новорожденных с ОНМТ и НМТ отнесены: низкая оценка по шкале Апгар сразу после рождения, высокая частота зарегистрированных случаев ухудшения состояния на 5-й минуте жизни (снижение оценки по указанной шкале), значительная доля детей с диагностированной задержкой внутриутробного развития, в т.ч. с наиболее неблагоприятным асимметричным вариантом. В структуре заболеваний недоношенных младенцев превалирует синдром дыхательных расстройств (76%), как результат морфофункциональной незрелости легочной ткани и дефицита сурфактанта, без существенных различий в частоте выявляемости у детей с ОНМТ и НМТ. Патология ЦНС гипоксического и особенно гипоксическо-геморрагического генеза у недоношенных детей занимает второе место в структуре выявленных нозологий, преобладает у детей с более выраженным дефицитом массы тела и характеризуется преимущественно перивентрикулярным отеком, внутрижелудочковыми кровоизлияниями и лейкомаляцией.

Ключевые слова: *заболеваемость, недоношенные дети, очень низкая и низкая масса тела при рождении.*

Цит.: *Т.В. Овчинникова, Т.Е. Таранушенко, А.Б. Салмина, Л.Н. Карпова. Структура заболеваемости недоношенных детей, рожденных с очень низкой и низкой массой тела. Педиатрия. 2018; 97 (1): 162–166.*

T.V. Ovchinnikova[1,2], T.E. Taranushenko[1], A.B. Salmina[1], L.N. Karpova[2]

MORBIDITY STRUCTURE OF PREMATURE INFANTS BORN WITH VERY LOW AND LOW BODY WEIGHT

[1]Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky;
[2]Regional Center of Protection of Mothers' and Children's Health, Krasnoyarsk, Russia

Контактная информация:
Овчинникова Татьяна Витальевна – асп. каф. педиатрии ИПО, ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, врач неонатолог отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства
Адрес: Россия, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1
Тел.: (923) 772-73-77,
E-mail: tane4ka092009@rambler.ru
Статья поступила 2.10.17,
принята к печати 10.01.18.

Contact Information:
Ovchinnikova Tatyana Vitalievna – post-graduate student of Pediatrics Department, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky; neonatologist of the Pathology of Newborns and Premature Infants Department, Krasnoyarsk Regional Clinical Center for Maternity and Childhood Protection
Address: Russia, 660022, Krasnoyarsk, Partizana Zheleznyaka str., 1
Tel.: (923) 772-73-77,
E-mail: tane4ka092009@rambler.ru
Received on Oct. 2, 2017,
submitted for publication on Jan. 10, 2018.

Birth of premature infants frequency in recent years is a serious medical and social problem. Objective of the research – to analyze health state of premature infants born with very low and low body weight in 2014–2015 (according to data of Pathology of Newborns and Premature Infants Department, Krasnoyarsk Regional Clinical Center for Maternity and Childhood Protection). Study materials and methods: a prospective study included 110 premature newborns with a gestation period of 26 to 36 weeks, divided into 2 groups: 1st – children with very low birth weight (VLBW) and 2nd – low birth weight (LBW). Intranatal period peculiarities, pathological conditions (basic and concomitant diseases), anamnestic data, results of clinical observation, paraclinical survey data were analyzed. Peculiarities of intranatal period of premature newborns with VLBW and LBW are: a low Apgar score immediately after birth, high incidence of reported condition worsening at the 5th minute of life (a decrease in the scale score), significant proportion of children diagnosed with intrauterine growth retardation, incl. the most unfavorable asymmetric variant. The respiratory distress syndrome prevails in the premature infants diseases structure (76%) as a result of morphofunctional immaturity of pulmonary tissue and surfactant deficiency, without significant differences in the incidence rate in children with VLBW and LBW. CNS pathology of the hypoxic and especially hypoxic-hemorrhagic genesis in preterm infants is the second in the structure of nosology revealed, prevails in children with more severe body weight deficiency and is characterized mainly by periventricular edema, intraventricular hemorrhage and leukomalacia.

Keywords: *morbidity, premature infants, very low and low birth weight.*

Quote: *T.V. Ovchinnikova, T.E. Taranushenko, A.B. Salmina, L.N. Karpova. Morbidity structure of premature infants born with very low and low body weight. Pediatria. 2018; 97 (1): 162–166.*

В связи с переходом на новые критерии живорожденности, принятые ВОЗ, в Российской Федерации приказом от 27 декабря 2011 г. № 1687н [1] отмечается тенденция к увеличению удельного веса недоношенных новорожденных. Данная категория детей по тяжести своего состояния требует интенсивного, длительного и довольно дорогостоящего лечения и медобслуживания, в связи с функциональной незрелостью всех органов и систем и низких адаптационных возможностей организма [2]. Изучение состояния здоровья недоношенных детей, родившихся с очень низкой (ОНМТ) и низкой массой тела (НМТ) необходимо, так как именно среди этого контингента детей высоки показатели младенческой смертности и инвалидизации в раннем возрасте [3].

Накопленный опыт мировой и отечественной медицины по данной проблеме свидетельствует о том, что большинство выживших и выписанных из стационаров новорожденных имеют те или иные проблемы со здоровьем [4, 5]. Однако, не все затраты на выхаживание и реабилитацию недоношенных новорожденных являются потерянными, примерно половина таких детей к году не имеет тяжелых последствий [6].

Первое место в структуре заболеваемости во всех возрастных группах занимают болезни органов дыхания (50,9–80%). Второе место в структуре заболеваемости детей раннего возраста занимают болезни нервной системы и органов чувств. Третье место в ранговой структуре заболеваемости детей принадлежит классу инфекционных и паразитарных болезней [7].

Цель исследования: проанализировать состояние здоровья и структуру заболеваемости недоношенных детей, родившихся с ОНМТ и НМТ.

Материалы и методы исследования

Группу наблюдения составили 110 детей, которые родились и наблюдались в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей за период с 2014 по 2015 гг. (заведующая отделением – к.м.н., врач неонатолог, невролог Л.Н. Карпова) КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (главный врач – А.В. Павлов). Из общего числа 50 новорожденных имели при рождении ОНМТ (1001–1500 г) (1-я группа) и 60 – НМТ (1501–2000 г) (2-я группа). Средний гестационный возраст (ГВ) в 1-й группе составил 30,1±1,7 нед, во 2-й группе – 32,2±1,6 нед.

Проанализированы особенности интранатального периода всех детей из обозначенных групп, а также патологические состояния, сопутствующие раннему неонатальному периоду (основные и сопутствующие заболевания). В основе представленного материала: анамнестические сведения, результаты клинического наблюдения за новорожденными, данные параклинических обследований, рекомендованных протоколами и стандартами обследования с учетом предполагаемой или диагностированной нозологии, выполненные консультации специалистов.

Обработку полученных результатов проводили с помощью программы статистического анализа Analyst Soft Inc., BioStat, версия 5. Для расчета применялись непараметрические методы критерий хи-квадрат Пирсона (χ^2). Данные в тексте представлены в виде средней арифметической и среднеквадратичного отклонения (M±σ). Статистически значимыми считали различия между показателями при уровне вероятности $p<0,05$.

Данная работа одобрена этическим комитетом «Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» (выписка из протокола № 53/2013), на участие в исследовании получено информированное согласие родителей.

Результаты и их обсуждение

По сводным данным частота операций кесарева сечения при недоношенной беременности достигает 34–75% [8], на долю преждевременного разрыва плодных оболочек приходится 20–40% [9, 10]. В ходе наше-

го исследования при анализе интранатального периода установлено, что в 38% от всех изученных случаев родоразрешение осуществлялось оперативным путем по различным показаниям (как со стороны матери, так и плода), причем родоразрешение путем кесарева сечения проводилось чаще во 2-й группе 48,3% ($p<0,05$), чем в 1-й 26%. Преждевременный разрыв плодных оболочек у матерей в обеих группах встречался с одинаковой частотой по 26%. Длительность безводного периода, соответствующего нормальному временному интервалу (менее 12 ч), регистрировалась реже у женщин, детей 1-й группы ($p<0,05$). Слабость родовой деятельности отмечена с одинаковой частотой в обеих группах у матерей, обследованных детей и составила 6 и 8% соответственно, обвитие пуповиной наблюдалось только у новорожденных с НМТ при рождении – в 3% случаев.

Распределение детей по полу в рассматриваемых группах не имело гендерных различий. По сроку гестации среди детей с ОНМТ подавляющее большинство составили дети, родившиеся на 29–31-й неделе, только 6 детей данной группы (12%) родились до 28-й недели внутриутробного развития; в группе новорожденных с НМТ у 60% новорожденных срок гестации составил 32–34 недели и достоверно превысил аналогичный показатель первой группы ($p<0,01$).

По данным литературы частота рождения детей в состоянии асфиксии составляет 1–1,5 % (с колебаниями от 9 % у детей с ГВ менее 36 нед и до 0,5 % — у детей со сроком гестации более 37 нед) [11]. По данным нашего исследования большинство детей рождалось в асфиксии тяжелой и среднетяжелой степени тяжести независимо от принадлежности к группе ОНМТ и НМТ. Отрицательная динамика указывающая на ухудшение состояния в первые минуты после рождения, подтверждена только для 1-й группы детей с ОНМТ ($p<0,01$). При оценке по шкале Апгар на первой минуте в 1-й группе детей с ОНМТ менее 3 баллов (асфиксия тяжелая) имели 8% новорожденных, 3–7 баллов (асфиксия средней степени тяжести) отмечено у большинства новорожденных – 88% и свыше 7 баллов зарегистрировано только в 3% наблюдений; аналогичным было распределение в группе детей с НМТ.

Оценка по Апгар на 5-й минуте показала ухудшение состояния только в 1-й группе: доля детей имеющих менее 3 баллов возросла до 22%; во 2-й группе преобладала положительная динамика оценки по Апгар с возрастанием доли новорожденных, имеющих более 7 баллов, до 47%.

Вместе с тем не установлено значимых различий в рассматриваемых группах по частоте назначения сурфактанта и потребности в кардиотонических препаратах.

Большинство детей нуждались во вспомогательной вентиляции легких (рис. 1), при этом длительность ИВЛ более 5 суток с одинаковой частотой регистрировалась в обеих группах по 6%, до 5 суток – 50 и 31% в группах соответственно. Не нуждались в ИВЛ 24% детей с ОНМТ и 36% – с НМТ.

При анализе антропометрических данных обследованных детей при рождении выявлено: средняя МТ у детей 1-й группы составляла 1294,9±130,1 г,

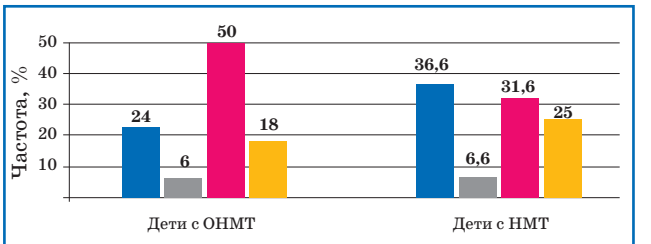

Рис. 1. Распределение детей с учетом сроков пребывания недоношенных детей на ИВЛ.
■ – не нуждались в ИВЛ, ■ – ИВЛ более 5 сут, ■ – ИВЛ 1–5 сут, ■ – ИВЛ до 1 сут.

а во 2-й – 1844±269,5 г, средние показатели роста у детей с ОНМТ составили 39,2±2,5 см и 44±2,6 см у детей с НМТ, средние показатели окружности головы 26,8±4,2 см и 30,3±1,7 см соответственно. Транзиторная потеря МТ составила в обеих группах по 6% (предельно допустимые значения для недоношенных новорожденных 10–14%).

По мнению многих авторов, задержка внутриутробного развития (ЗВУР) является неблагоприятным фоном, влияющим как на заболеваемость и смертность в периоде новорожденности, так и на дальнейшее развитие ребенка. Более чем у половины недоношенных детей со ЗВУР в раннем возрасте отмечается отставание в физическом развитии, у 40–60% задержка интеллектуального развития. В данной группе детей отмечается повышенный риск развития неврологической патологии, такой как детский церебральный паралич, эпилепсия, умственная отсталость [12]. По определению Г.М. Дементьевой [13] ЗВУР диагностируется у детей, имеющих недостаточную МТ при рождении по отношению к их ГВ, т.е. когда величина МТ ниже 10-го перцентиля при сроке беременности матери, и (или) морфологический индекс зрелости, отстающий на 2 и более недели от истинного ГВ. Г.М. Дементьева в своей работе выделяет три варианта ЗВУР: гипотрофический, соответствующий асимметричному варианту; гипопластический – аналог симметричного варианта; диспластический или дистрофический, характеризующийся выраженными диспропорциями, нарушением телосложения, множественными стигмами дисэмбриогенеза, трофическими расстройствами и отеками на фоне значительного снижения МТ, уменьшения длины и окружности головы. Именно эта классификация наиболее часто используется в практике неонатолога.

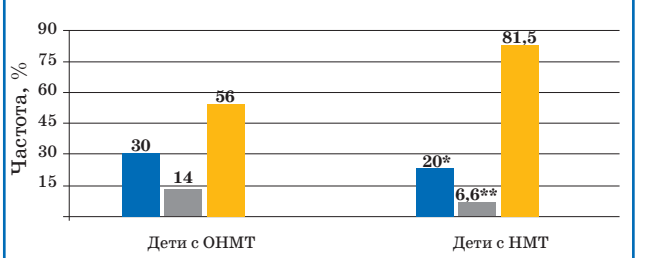

Рис. 2. Распределения недоношенных детей с учетом варианта ЗВУР в исследуемых группах.
■ – асимметричная ЗВУР, ■ – симметричная ЗВУР, ■ – норма; сравнение показателей, измеренных в номинальной шкале, проводили при помощи критерия χ^2 Пирсона (*$p<0,05$; **$p<0,01$).

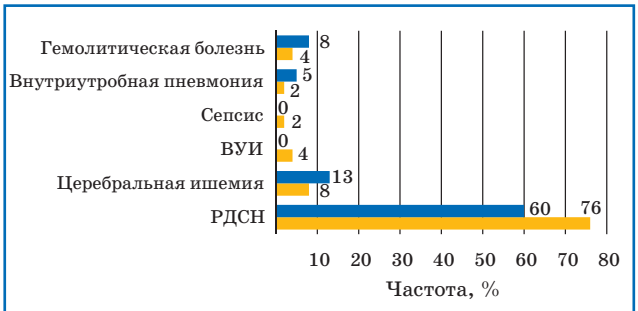

Рис. 3. Показатели выявляемости патологических состояний у недоношенных детей на втором этапе выхаживания (% от числа обследованных).
Здесь и на рис. 4: ■ – дети с НМТ, ■ – дети с ОНМТ; сравнение показателей, измеренных в номинальной шкале, проводили при помощи критерия χ^2 Пирсона (*p<0,05; на данном рисунке достоверность различий отсутствует).

Рис. 4. Показатели выявляемости патологических состояний у недоношенных детей на втором этапе выхаживания (% от числа обследованных).

Многообразие причин обуславливает и гетерогенность патогенеза ЗВУР у разных детей. ЗВУР может возникать на разных сроках внутриутробной жизни. Установлено, что если у ребенка, имеется лишь малая МТ при рождении, то фактор, замедлявший темп внутриутробного развития, действовал в последние 2–3 месяца беременности, но если одновременно регистрируются дефицит МТ и длины тела (ниже 10-го центиля), то неблагоприятные условия для плода возникли во II триместре беременности [14].

ЗВУР рассмотрена нами с учетом МТ и ГВ при рождении у детей с ОНМТ и НМТ. Ассиметричная форма ЗВУР установлена у 30% детей с ОНМТ и в 20% случаев при НМТ. Симметричная форма ЗВУР в 2 раза чаще регистрировалась у детей с ОНМТ и составила 14%, против 6,6% при НМТ. В рассматриваемых группах ЗВУР отсутствовала при ОНМТ у 56% новорожденных, а при НМТ – у 82% (рис. 2). Также не встречался диспластический вариант ни в одной из исследуемых групп.

По данным различных авторов основными заболеваниями неонатального периода у недоношенных новорожденных являются: респираторные расстройства, внутриутробные пневмонии, поражения ЦНС, чаще ишемически-гипоксического генеза, врожденные пороки развития, ЗВУР как результат длительного влияния патологических факторов на плод [15, 16].

По нашим данным ведущей патологией раннего неонатального периода у детей обеих групп был синдром дыхательных расстройств (РДСН), выявленный более чем у 60% недоношенных детей. При этом не установлено существенных различий в частоте выявляемости данного синдрома у детей с ОНМТ и НМТ. Наряду с дыхательными расстройствами, в структуре основной патологии, отягощающей течение раннего неонатального периода, отмечались следующие заболевания: церебральная ишемия различной степени тяжести, внутриутробные инфекции (ВУИ) и сепсис, которые были диагностированы только в группе детей с ОНМТ, а также внутриутробная пневмонияи гемолитическая болезнь новорожденных, преобладающие у детей с НМТ (рис. 3). Среди сопутствующих заболеваний с наибольшей частотой выявлялись конъюгационная желтуха, ретинопатия недоношенных, остеопения недоношенных, внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) и нарушения ритма сердца. По основному диагнозу и выявленной патологии достоверных различий в рассматриваемых группах не установлено (рис. 4).

Учитывая значительную частоту выявляемости церебральных ишемий, проведен анализ нейросонограмм обследованных детей. Выявлено, что чаще у детей встречался выраженный перивентрикулярный отек (42% в 1-й группе, 18% во 2-й), как следствие перенесенной гипоксии при рождении. Одним из грозных сонографических проявлений гипоксии является перивентикулярная лейкомаляция, которая зарегистрирована в 7 случаях (6,3%) от всех обследованных детей обеих групп. По данным литературы у недоношенных детей до 33 недель гестации перивентрикулярная лейкомаляция встречается с частотой 4–10%, тогда как у доношенных – 0,06% [17].

Выводы

1. К особенностям интранатального периода недоношенных новорожденных с ОНМТ и НМТ следует отнести более низкие баллы оценки по шкале Апгар сразу после рождения, высокую частоту зарегистрированных случаев ухудшения состояния на 5-й минуте жизни (снижение оценки по шкале Апгар), а также значительную долю детей с диагностированной ЗВУР, в т.ч. с наиболее неблагоприятным ассиметричным вариантом.

2. В структуре заболеваний недоношенных младенцев превалирует РДСН (76%), как результат морфофункциональной незрелости легочной ткани и дефицита сурфактанта, без существенных различий в частоте выявляемости у детей с ОНМТ и НМТ.

3. Патология ЦНС гипоксического и особенно гипоксическо-геморрагического генеза у недоношенных детей занимает 2-е место в структуре выявленных нозологий, преобладает у детей с более выраженным дефицитом МТ и характеризуется преимущественно перивентрикулярным отеком, ВЖК и лейкомаляцией.

Источники финансирования: *авторы статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки исследования, о которой необходимо сообщить.*

Конфликт интересов: *авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.*

Выражение признательности: *выражаем благодарность Е.М. Васильевой – врачу неонатологу отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства.*

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 27 декабря 2011 г. № 1687н г. Москва «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».

2. *Cassiano RG, Gaspardo CM, Linhares MB.* Prematurity, neonatal health status, and later child behavioral/emotional problems: a systematic review. Infant Ment. Health J. 2016; 37 (3): 274–288. doi: 10.1002/imhj.21563.

3. *Cronin FM, Segurado R, McAuliffe FM, Kelleher CC, Tremblay RE.* Gestational Age at Birth and 'Body-Mind' Health at 5 Years of Age: A Population Based Cohort Study. PLoS One. 2016; 11 (3): e0151222. doi: 10.1371/journal.pone.0151222. eCollection 2016.

4. *Breeman LD, Jaekel J, Baumann N, Bartmann P, Wolke D.* Attention problems in very preterm children from childhood to adulthood: the Bavarian Longitudinal Study. J Child Psychol Psychiatry. 2016; 57 (2): 132–140. doi: 10.1111/jcpp.12456. Epub 2015 Aug 19.

5. *Singh GK, Kenney MK, Ghandour RM, Kogan MD, Lu MC.* Mental Health Outcomes in US Children and Adolescents Born Prematurely or with Low Birthweight. Depress. Res. Treat. 2013; 2013: 570743. doi: 10.1155/2013/570743.

6. *Borradori TC, Barisnikov K, Lejeune F, Hüppi P.* Development of executive functions in preterm children. Arch. Pediatr. 2014; 21 (9): 1035–1040. doi:10.1016/j.arcped.2014.06.011.

7. *Машина Н.С., Галактионова М.Ю.* Состояние здоровья детей первого года жизни и определяющие его факторы. Сибирское медицинское обозрение. 2015; 2: 26–31.

8. *Радзинский В.Е.* Акушерскаяагрессия, v.2.0. М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2017: 872 с.

9. ACOG Practice Bulletin № 127: Management of preterm labor. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstet. Gynecol. 2012; 113 (6): 1308–1317. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics.

10. ACOG Practice Bulletin № 80: Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstet. Gynecol. 2007; 109 (4): 1007–1019. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics.

11. Асфиксия новорожденных. Перинатальная патология нервной системы: учебно-методическое пособие. А.К. Ткаченко. Мн.: БГМУ, 2006: 68.

12. *Гладких О.Ю., Кисляк Г.И., Янчук О.Я.* Показатели здоровья у детей с задержкой внутриутробного развития. В кн.: Материалы I Международного конгресса по перинатальной медицине. М., 2011: 71.

13. *Дементьева Г.М.* Клинико-патогенетическая характеристика и критерии диагностики задержки роста и развития новорожденных детей: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1984: 41.

14. *Slancheva B, Mumdzhiev H.* Small for gestational age newborns-definition, etiology and neonatal treatment. Akush. Ginekol. (Sofiia). 2013; 52 (2): 25–32.

15. *Lawn JE, MwansaKambafwile J, Horta BL, Barros FC, Cousens S.* 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. Int. Jpidemiol. 2010; 39 (Suppl. 1): i144–i154.

16. Павлинова Е.Б., Оксеньчук Т.В., Кривцова Л.А., Синевич О.Ю. Сравнительная характеристика дыхательных паттернов недоношенных детей по результатам бронхофонографии. Педиатрия. 2010; 89 (4): 40–45.

17. *Marret S.* Physiopathology of periventricular leukomalacia. Rev. Med. Brux. 2003; 24 (5): 416–419.

РЕФЕРАТЫ

ОЦЕНКА РЕАНИМАЦИОННЫХ РЕШЕНИЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ОТНОСИТЕЛЬНО НОВОРОЖДЕННЫХ И ДРУГИХ УЯЗВИМЫХ ПАЦИЕНТОВ

Задача исследования: провести структурированную оценку решений педиатров и педиатрических медсестер относительно уязвимых пациентов, включая новорожденных. Участникам исследования было предложено 6 сценариев для критически больных пациентов разного возраста с явно выраженными результатами. Специалистов спрашивали: (1) была ли реанимация в интересах каждого пациента; (2) согласятся ли они с пожеланиями семей по поводу лечения (исключая реанимацию); (3) ранжировать пациентов в порядке приоритетности для реанимации. В структурированном интервью каждый участник объяснял свои действия и их причины, а также отличия в ответах, если речь шла о новорожденных. Интервью проводили в форме аудита; транскрипты анализировали с использованием тематического анализа и смешанных методов. Результаты: в исследовании участвовали 80 человек (коэффициент ответа 74%). При принятии решения участники учитывали (1) характеристики пациента (96%), (2) личный опыт (85%), (3) пожелания семьи (81%), (4) характеристики болезни (74 %) и (5) социальные перспективы (36%). Эти факторы были не в пользу больных новорожденных: 85% участников сообщили о наличии негативных предубеждений относительно новорожденных, а 60% не читали, неверно истолковывали и/или не доверяли статистическим данным о новорожденных. Дополнительные факторы, используемые для обоснования отказа от реанимации новорожденных, включали отсутствие личных привязанностей (73%); приоритет интересов семьи и социальную приемлемость смерти (36%). При обсуждении данных ответов 70% респондентов сообщили, что готовы пересмотреть свои взгляды в пользу новорожденных. Выводы: решения о реанимации новорожденных основаны на многих факторах, таких как личностные соображения и интересы семьи (нетипичные показатели принятия решений), что может объяснить отличие от решений, принятых относительно остальной младенческой популяции.

AmélieDupont-Thibodeau, Jade Hindié, Claude Julie Bourque, Annie Janvier. The Journal of Pediatrics. 2017; 188: 142–147.