



V ВСЕРОССИЙСКИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ КОНГРЕСС

АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

2012

27–30 ноября



Место проведения
Москва, ул. Академика Опарина, 4
ФГБУ «Научный центр акушерства,
гинекологии и перинатологии
им. В.И. Кулакова»
Минздрава России

Организаторы:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ФГБУ «Научный центр акушерства гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
- Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины
- Федерация анестезиологов-реаниматологов России
- Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»

КОГДА НАЧИНАТЬ ПРОФИЛАКТИКУ БЛД У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ СУРФАКТАНТ-ТЕРАПИИ?

Виноградова И. В., Белова А. Н., Виноградов Д. А., Волчков В. А., Сейлиев А. А., Розенберг О. А.

ГУЗ «Президентский перинатальный центр» МЗ СР Чувашской Республики, г. Чебоксары, ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – хроническое заболевание легких у новорожденных, преимущественно глубоко недоношенных, получавших длительно до 28 дня постнатальной жизни кислородотерапию и ИВЛ с «жесткими» параметрами вентиляции. БЛД обнаруживается у 15–38% детей раннего возраста массой тела при рождении менее 1500 г, нуждав-

шихся в ИВЛ по поводу РДС новорожденных. По данным А. В. Богдановой и соавт. (1998) у детей умерших в неонатальном периоде частота БЛД составила 60%. Развитие технологий выхаживания недоношенных новорожденных привело к снижению смертности и одновременно росту частоты БЛД. В США с 1975 по 1990 гг. смертность детей массой тела при рождении менее

1000 г снизилась с 45 до 13%, а частота развития БЛД увеличилась с 67 до 75%. По данным японских исследователей (обследовано 2500 детей) 90% новорожденных ОНМТ нуждались в кислородотерапии, а диагноз БЛД был установлен только у 28–33% детей [1]. Несмотря на дополнительную кислородную поддержку с помощью СРАР или ИВЛ, заболевание у детей прогрессирует, и явления РДСН осложняются экссудативным бронхолитом и интерстициальным отеком легкого. На 2–3 сутки жизни выявляются типичная нодозно-ретикулярная сеть на рентгенограмме грудной клетки и воздушная бронхограмма (I стадия), а на 4–10-й день жизни (II стадия) обнаруживается уменьшение прозрачности легкого с нечеткостью контуров сердечной тени. Поэтому при разработке способов профилактики БЛД необходимо руководствоваться достоверными критериями повреждения легких на ранних сроках постнатального развития. Такими критериями являются высокий лейкоцитоз в первые сутки жизни (более 30%), указанные выше рентгенологические данные, потребность в дополнительном обеспечении кислородом после сурфактант-терапии РДСН и повышенное давление в легочной артерии. В последние годы предпринимались попытки исследовать возможность профилактики и лечения БЛД с помощью сурфактант-терапии, однако МРКИ синтетического препарата *lucinactant* у глубоко недоношенных детей показали уменьшение потребности в повышенной концентрации кислорода, но недостоверное снижение смертности или развития БЛД [2]. Ранее А.Г. Антонов и А.Ю. Рындин (НЦАГиП РАМН, Москва) представили доказательства эффективности профилактики БЛД путем ингаляций сурфактанта-БЛ детям, находящимся на ИВЛ с повышенной концентрацией кислорода более 10 дней после рождения

[3], а Н.Н. Володин, Д.Н. Дегтярев и соавт. показали возможность быстрого (в течение 2–4 суток) снятия с ИВЛ детей с БЛД, получавших ингаляции сурфактанта-БЛ после 28 дня жизни [4].

Целью настоящего исследования было выяснение наиболее оптимальных сроков начала сурфактант-терапии для профилактики БЛД.

Всего было обследовано 34 ребенка массой тела при рождении от 690 гр. до 2651 гр., в том числе 10 детей массой тела до 999 гр. Всем детям была необходима кислородная поддержка после лечения РДСН препаратом *куросурф* в течение 3 и более суток. Все новорожденные клинически и рентгенологически обнаруживали ранние признаки БЛД, находились на СРАР или ИВЛ и были разделены на 2 группы в зависимости от времени первого введения препарата: детям I группы сурфактант-БЛ (*Биосурф*, Россия) вводили в период с 3 до 8 день жизни (19 новорожденных), а пациентам II группы с 9 до 28 день жизни (15 детей). Препарат вводили в дозе 50–75 мг/кг в сутки однократно в виде ингаляций. Если ребенок продолжал нуждаться в кислородной поддержке (данные газов крови), препарат вводили второй и третий раз с интервалом в 1–3 дня. Оказалось, что при раннем начале сурфактант-терапии (первая ингаляция $4,9 \pm 0,38$ дня) новорожденных выводили из ОРИТ на $19,4 \pm 3,06$ дня, а при позднем начале сурфактант-терапии (первая ингаляция $14,1 \pm 1,52$ дня) на $31,0 \pm 3,37$ дня ($p < 0,01$). Кроме того был проведен анализ сроков перевода новорожденных из ОРИТ в зависимости от необходимости повторных ингаляций. В группе с однократным введением препарата было 22 ребенка, а с 2–3 ингаляциями – 12 детей. Новорожденных, которым было достаточно однократного введения, переводили из ОРИТ через $11,6 \pm 2,07$ дня, а младенцев, нужда-

ющихся в 2–3 ингаляциях, через $30,3 \pm 4,4$ дня ($p < 0,05$). Изучение анамнеза 21 ребенка из обследованных 34 новорожденных в течение первого года жизни (13 не включены в анализ, т.к. не достигли года) показало, что ни у одного из них не выявлено патологии сетчатки глаза, пневмоний, бронхообструктивного синдрома, и какой-либо иной патологии бронхо-легочной системы. Можно сделать вывод о том, что оптимальным сроком начала профилактики БЛД у детей с ранними признаками повреждения легких и высоким риском развития БЛД

при помощи введения сурфактанта-БЛ является 3–8 день нахождения на кислородной поддержке.

1. Kusuda S. *Morbidity and mortality of infants with very low birth weight in Japan: center variation. Pediatrics.* 2006; 118: 1130–1138;
2. M. Laughon, *Pediatrics* 2009, 123, No. 1, 89–96;
3. Антонов А. Г., Рындин А. Ю. *Вопросы практической педиатрии*, 2007, т. 2, № 4, 61–64.;
4. Володин Н. Н., Дегтярев Д. Н. и др. *Вестник РГМУ*, 2010, № 2, 41–46.