

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ У ПРАКТИКУ

УДК 616.23/.24-007.17-084-053.31+615.23

**Ю.А. Батман, Д.А. Бессонов,
Е.А. Стрюковская,
В.В. Павлюченко**

Донецкий национальный медицинский
университет им.М.Горького
(Украина, г.Донецк)

РОЛЬ РАННЕГО ВВЕДЕНИЯ СУРФАКТАНТА В ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Ключевые слова: недоношенные,
сурфактант, бронхолегочная дисплазия,
профилактика.

Резюме: Эффективность выхаживания недоношенных детей является одним из главных показателей качества современной перинатальной медицинской помощи. Проведение сурфактант – заместительной терапии у 64 недоношенных детей с ранней профилактической целью оказывает существенное влияние на показатели заболеваемости и смертности недоношенных с бронхолегочной дисплазией.

ВСТУПЛЕНИЕ

Респираторная патология занимает ведущее место в структуре заболеваемости детей раннего возраста. Совершенствование неонатальной реанимации приводит к снижению смертности недоношенных детей, нуждающихся в респираторной поддержке при рождении, что сопровождается увеличением числа больных с бронхолегочной дисплазией (БЛД) в отделениях для новорожденных недоношенных детей и в пульмонологических стационарах [1]. Особый интерес представляет изучение структурных изменений внеклеточного матрикса легочной ткани с исходом в пневмофиброз в результате токсического воздействия на незрелые бронхолегочные структуры недоношенного новорожденного высоких концентраций кислорода и баротравмы на фоне дефицита сурфактанта.

Респираторный дистресс-синдром (РДС) новорожденных – самостоятельная нозологическая форма (шифр по МКБ-Х – Р22.0), клинически выражается в виде дыхательной недостаточности (ДН) в результате развития первичных ателектазов, интерстициального отека легких и гиалиновых мембран, в основе появления которых – дефицит сурфактанта, проявляющийся в условиях

дисбаланса кислородного и энергетического гомеостаза [2]. РДС является наиболее частой причиной возникновения ДН в раннем неонатальном периоде. Выявляемость его тем выше, чем меньше гестационный возраст и масса тела ребенка при рождении. Однако на его частоту оказывают влияние также ряд перинатальных факторов. У детей, родившихся ранее 30 недель гестации и не получавших пренатальной профилактики стероидными гормонами, частота РДС составляет около 65 %, при наличии пренатальной профилактики – 35 %; у детей, родившихся на сроке гестации 30-34 недели без профилактики – 25 %, при наличии профилактики – 10 %. У недоношенных детей, родившихся при сроке более 34 недель гестации, его частота не зависит от пренатальной профилактики и составляет менее 5 % [3].

Исследования в данном направлении выявили, что частота развития БЛД по данным различных перинатальных центров существенно варьирует, что объясняется различными подходами к постановке диагноза (диагностическими критериями). Среди пациентов, получавших сурфактантную терапию по поводу РДС, данные о формировании БЛД разнятся от 17 % до 57 %. Следует констатировать тот факт, что улучшение выживаемости

глубоко недоношенных детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении, в том числе связанное и с использованием препаратов сурфактанта, делает проблему БЛД актуальной во всем мире. Однако нужно заметить, что рутинное применение сурфактанта, а также, совершенствование перинатальных технологий дало свои положительные результаты. За последнее десятилетие тяжесть течения БЛД претерпела заметные изменения в сторону более легких («мягких») форм [4].

Повсеместное раннее применение заместительной сурфактантной терапии существенно повысило выживаемость детей с экстремально низкой массой тела, однако результаты динамического наблюдения за ними в условиях поликлиники свидетельствуют о высокой частоте инвалидизации, главным образом за счет неврологических причин и хронических заболеваний легких, в первую очередь – БЛД. В патогенезе БЛД доказано наличие вторичного дефицита сурфактанта – степень выраженности фибропластических процессов при БЛД пропорциональна степени угнетения активности сурфактанта и нарушения содержания различных фракций фосфолипидов в бронхоальвеолярной лаважной жидкости (БАЛ) [5].

Введение экзогенных сурфактантов способствует быстрому улучшению функции дыхания у детей, что подтверждается повышением парциального давления кислорода в артериальной крови, способствуя снижению концентрации кислорода во вдыхаемой газовой смеси и снижению давления при проведении искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ). В конечном итоге, это ведёт к снижению таких осложнений интенсивной терапии, как синдром утечки воздуха, развитие бронхолегочной дисплазии, хронических заболеваний легких (ХЗЛ); кроме того, снижает длительность ИВЛ и смертность детей от РДС [6].

Однако необходимо подчеркнуть, что на фоне уменьшения летальности в настоящее время частота развития ХЗЛ остаётся высокой. Несмотря на то, что антенатальная терапия стероидами и заместительная сурфактантная терапия в раннем постнатальном периоде позволили снизить частоту развития тяжелых форм РДС, у 30-60 % детей с ЭНМТ РДС осложняется развитием ХЗЛ. Поэтому РДС на сегодняшний день занимает существенное место в структуре неонатальной и младенческой смертности, а также приводит к высокой инвалидизации младенцев. Дети с диагнозом БЛД чаще болеют инфекциями респираторного тракта и нуждаются в повторных экстренных госпитализациях, что приводит к большим финансовым затратам на приобретение медикаментов, проведение лечебных и реабилитационных мероприятий [7].

Заместительная терапия сурфактантом – патогенетический метод лечения РДС. Данная терапия направлена на восполнение дефицита сурфактанта и ее эффективность доказана в многочисленных рандомизированных контролируемых исследованиях. Она позволяет отказаться от высоких величин давления и концентраций кислорода при проведении ИВЛ, что способствует значительному снижению риска баротравмы и токсического действия кислорода на легкие, уменьшает частоту развития БЛД, повышает выживаемость недоношенных [8].

Цель исследования

Целью исследования было определение роли раннего введения препарата «Куросурф» в профилактике бронхолегочной дисплазии у недоношенных новорождённых с низкой массой тела.

Материалы и методы

В 2008 г. в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) Донецкого регионального центра охраны материнства и детства был разработан и внедрен протокол сурфактант-заместительной терапии дыхательных расстройств с использованием препарата «Куросурф», внедрение которого позволило оптимизировать и улучшить процесс выживания и выхаживания недоношенных новорожденных детей. Протокол также предусматривает строгие показания и противопоказания для проведения данной методики, особенности повторных введений и дальнейший алгоритм действий врача-реаниматолога после введения сурфактанта.

1. Раннее профилактическое введение «Куросурфа»

- **Категория пациентов:** новорожденные с гестационным возрастом 29 недель независимо от степени дыхательных расстройств.
- **Условия введения:** родильный зал (операционная), в течение 1-2 минут от рождения (до первого механического вдоха), соблюдение критериев «тепловой цепочки».
- **Техника.** Интубация трахеи в родильном зале (операционной) вне зависимости от оценки по шкале Апгар. Инстиляция «Куросурфа» в легкие через интубационную трубку в дозе 100-200 мг/кг. Механическая вентиляция легких мешком Амбу с инспираторным давлением 15-20 см H₂O в течение 3-4 минут или до стабилизации состояния (розовые кожные покровы, стабильные показатели гемодинамики). Перевод в отделение реанимации новорожденных для продолжения интенсивной терапии. Дальнейшая респираторная терапия:

выбор метода и параметров по клиническому статусу ребенка, показателям вентиляции и оксигенации (SaO₂, КОС, АД, ЧСС).

2. Профилактическое введение «Куросурфа»

- **Категория пациентов:** гестационный возраст 30-34 недели с ранними клиническими проявлениями дыхательных расстройств (КОС, оценка по шкале Довнеса 4 балла и более, FiO₂ ≥ 40 %).
- Новорожденные с гестационным сроком 30-34 недели с оценкой по шкале Апгар на 1 минуте 4 балла и менее – использовать технику, описанную в п. 1 «Раннее профилактическое введение «Куросурфа» (см. выше).
- **Условия введения:** отделение интенсивной терапии детей периода новорожденности; 20-60 минут от рождения; доза 100-200 мг/кг.

3. Терапевтическое введение «Куросурфа»

- **Категория пациентов:** все новорожденные вне зависимости от гестационного срока и возраста при наличии признаков сурфактантной недостаточности.
- **Критерий оценки:**
 - Ro-графия органов грудной клетки;
 - FiO₂ ≥ 50-60 %; РЕЕР ≥ 6-7 см H₂O; MAP ≥ 8-9 см H₂O при использовании назального СРАР или ИВЛ;
 - при стабильных показателях центральной и периферической гемодинамики, достаточном диурезе;
 - показатели КОС: допустим респираторный ацидоз, компенсированный метаболический ацидоз.
- Доза 100-200 мг/кг.

4. Повторное введение «Куросурфа»

- **Категория пациентов:** все категории новорожденных с сохраняющимися клиническими и лабораторными признаками сурфактантной недостаточности после первичной сурфактант-заместительной терапии «Куросурфом».
- **Критерии оценки:**
 - Ro-графия органов грудной клетки;
 - FiO₂ ≥ 30 %; РЕЕР ≥ 6-7 см H₂O; MAP ≥ 8-9 см H₂O;
 - КОС – субкомпенсированный и декомпенсированный респираторный ацидоз.
- **Время повторного введения** (отсчет от первичного введения):
 - 29 недель и менее – 4-6 часов;
 - 30-34 недель – 12 часов;
 - 35 недель и более – 12 часов.
- **Условия:** стабильные гемодинамические показатели, компенсированная гиповолемия, нормальная температура тела; КОС – допустим респираторный ацидоз, компенсированный

метаболический ацидоз. По возможности исключить гемодинамически значимый открытый артериальный проток.

- Доза 100-200 мг/кг.

5. Противопоказания к сурфактант-заместительной терапии.

- отсутствие признаков живорожденности;
- видимые врожденные пороки развития, несовместимые с жизнью;
- явные признаки легочного кровотечения.

С внедрением протокола в ОРИТН стало обязательным введение сурфактанта недоношенным новорожденным с массой тела до 1000 г и сроком гестации до 29 недель до первого механического вдоха.

Нами проведен ретроспективный сравнительный анализ заболеваемости, смертности и выживаемости недоношенных новорожденных с массой тела менее 1500 г и менее 34 недель гестации до и после введения протокола. Проведен анализ 122 истории недоношенных новорожденных со сроком гестации менее 34 недель, находившиеся на лечении в неонатальных отделениях Донецкого регионального центра охраны материнства и детства за период 2006-2010 гг. Из них, 58 недоношенных детей (1-я группа) получали сурфактантную терапию при нарастании дыхательной недостаточности и 64 новорожденных (2-я группа) – получали лечение по новой разработанной методике. Отбор больных осуществлялся строго в соответствии с установленными критериями включения и исключения. Критериями включения были: масса тела – менее 1500 г, срок гестации – менее 34 недель, клинические признаки респираторных расстройств. Критерии исключения – несоответствие хотя бы одному критерию включения, масса тела при рождении более 1500 г; срок гестации – более 34 недель, пороки развития, не совместимые с жизнью, врожденные пороки сердца и легких, нестабильная гемодинамика.

Были использованы следующие методы исследования:

1. Клинические: анализ соматического и акушерского анамнеза матери; антропометрические показатели ребенка; динамика состояния новорожденного; метод респираторной терапии; физикальные данные ребёнка (неврологический статус, частота дыхания и сердечных сокращений, аускультация легких и сердца, артериальное давление, пальпация органов брюшной полости, диурез, стул; особенности нутритивной поддержки).
2. Клинико-лабораторные: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, сахар крови, исследование газов крови.

3. Инструментальные: пульсоксиметрия, нейросонография, рентгенография органов грудной полости, эхокардиография, ультразвуковое исследование органов брюшной и грудной клетки, компьютерная томография органов грудной клетки.
4. Микробиологические: бактериологическое исследование соскоба из зева и ануса.
5. Статистические.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В структуре заболеваемости новорожденных обеих групп обследованных доминировали: тяжелая асфиксия в родах (56,0 и 42,0 % соответственно), синдром дыхательных расстройств (93,0 %) в 1-й группе, соответственно во 2-й группе – 73,4 %; перинатальное поражение ЦНС различного генеза – соответственно 100,0 и 93,0 %; внутриутробная инфекция – 74,0 и 58,0 %; первичная персистирующая легочная гипертензия – 10,3 и 9,4 %. В обследованной группе новорожденных было 55 мальчиков и 67 девочек. Среди обследованных превалировала группа детей со сроком гестации 32-34 недели – 60 (49,2 %); далее по частоте были новорожденные со сроком гестации 29-32 недели – 39 (32 %) и дети со сроком гестации менее 29 недель – 23 (18,8 %).

Обследование пациентов проводилось с момента поступления в отделение реанимации и интенсивной терапии. У каждого пациента ежедневно регистрировали результаты клинического и лабораторного наблюдения, включающие показатели КОС, а также основные параметры вентиляции.

Все исследуемые 1-ой группы получали сурфактантную терапию с терапевтической целью по показаниям (новорожденные вне зависимости от гестационного срока и возраста при наличии признаков сурфактантной недостаточности). Критерии оценки сурфактантной недостаточности:

Ro-графия органов грудной клетки; параметры вентиляции ($FiO_2 \geq 50-60\%$; $PEEP \geq 6-7$ см H_2O ; $MAP \geq 8-9$ см H_2O при использовании назального СРАР или ИВЛ); при стабильных показателях центральной и периферической гемодинамики, достаточном диурезе, показатели КОС – допустимо респираторный ацидоз, компенсированный метаболический ацидоз.

Во 2-й исследуемой группе с ранней профилактической целью (до первого механического вдоха в родильном зале или в операционной) проводилась сурфактант-заместительная терапия препаратом натурального сурфактанта – Curosurf (Куросурф), в разовой дозе 200 мг/кг, эндотрахеально. Причем, новорожденные (46 недоношенных) получали в последующем длительную ИВЛ, а у 18 новорожденных использовался метод «INSURE» – интубация, введение эндотрахеально препарата, экстубация и в дальнейшем – респираторная поддержка методом СРАР.

Показателями эффективности и безопасности были следующие критерии: вид респираторной поддержки; продолжительность ИВЛ; применение ВЧО; применение СРАР-терапии; продолжительность нестабильной гемодинамики; продолжительность интенсивного лечения, находящихся на ИВЛ или без ИВЛ; продолжительность применения высоких концентраций кислорода; длительность «жестких» параметров вентиляции; развитие БЛД; развитие других осложнений (пневмоторакс, поствентиляционная пневмония и др.); общая продолжительность курса лечения; летальность.

При оценке состояния на момент рождения: тяжелое состояние регистрировалось у 83 (68 %) новорожденных, что было обусловлено респираторными расстройствами, гемодинамическими нарушениями, синдромом угнетения. В 1-й группе исследуемых наблюдалось прогрессирование явлений дыхательной недостаточности уже в первые

Таблица 1

Параметры искусственной вентиляции легких у новорожденных исследуемых групп

Показатели	Группы сравнения	
	1 группа (N=58)	2 группа (N=64)
ИВЛ	58 (100,0%)	46 (72,0%)
Продолжительность ИВЛ (сут)	9,4±0,6	8,1±3,2*
Величина пикового давления (P in) (см рт ст)	16,5±0,23*	16,1±0,17**
Величина среднего давления (MAP) (см рт ст)	6,2±0,14*	5,9±0,19**
Время вдоха при ИВЛ (сек)	0,48±0,4	0,43±0,02
ВЧО	2 (3,4%)	0
Продолжительность (сут)	7,9±1,15	-
СРАР	58(100%)	57(89%)
Продолжительность СРАР (сут)	3,5±0,29	2,8±0,24
O ₂ выше 50% более 3-х суток	13(22,4%)*	8(17%)

Примечание: достоверность различий $p \leq 0,05^*$, $p \leq 0,01^{**}$, $p \leq 0,001^{***}$

часы жизни, что в свою очередь имело прямые показания для проведения сурфактант-заместительной терапии и переводу детей на продленную ИВЛ. Согласно полученным данным, введение сурфактанта новорожденным с ранней профилактической целью проводилось в 64 (52,0 %) случаев.

Под контролем показателей газов крови отмечалась положительная динамика после введения Куросурфа, в 1-ой группе показатели КЩС стабилизировались на $6 \pm 0,48$ день, во 2-ой – на $4,5 \pm 0,56$ сутки жизни, $p \leq 0,01$.

Все исследуемые новорожденные получали кислородную терапию по показаниям. В 1-ой группе ИВЛ проводилась $9,4 \pm 0,6$ суток с концентрацией кислорода во вдыхаемой смеси $45 \pm 3,6$ %, что достоверно превышает показатели во второй группе, которые во 2-ой группе следующие – длительность ИВЛ составила $8,1 \pm 3,2$ суток, FiO_2 – $35,1 \pm 2,4$ % ($p \leq 0,01$).

При оценке параметров вентиляции в обеих группах практически в равной степени были показатели времени вдоха (tin). Во второй группе использовались достоверно меньшие величины пикового давления (Pin) и среднего давления (MAP), что говорит о более мягких режимах вентиляции – Pin $16,1 \pm 0,17$; MAP $5,9 \pm 0,19$ соответственно. По показаниям пациенты переводились ВЧО ИВЛ до стабилизации состояния, в том числе и кислотно-основного состояния.

В ходе исследования учитывался акушерский анамнез матерей. Отягощенный акушерский анамнез был представлен следующими нозологиями: угроза прерывания беременности и преждевременных родов - 111 случаев (91,0 %), персистирующая TORCH-инфекция – 100 случаев (82,0 %), фетоплацентарная недостаточность – 74 случая (61,0 %), преэклампсия и эклампсия – 52 случая (43,0 %), анемия беременных – 46 случаев (38,0 %), превыченное невынашивание беременности – 24 случая (20,0 %). Также при

анализе соматического состояния у 50 женщин (41,0 %) было выявлено наличие хронической инфекции мочевыводящих путей, у 16 – сахарный диабет (13,0 %).

Под контролем показателей газов крови отмечалась положительная динамика после введения «Куросурфа», в 1-ой группе показатели кислотно-щелочного состояния (КЩС) стабилизировались на $14 \pm 1,4$ день, во 2-ой – на $8 \pm 3,2$ сутки жизни.

При клиническом исследовании учитывались и данные неврологического статуса, результаты нейросонографии. Среди всех исследуемых регистрировались признаки ишемического и геморрагического поражения ЦНС. Так в 1-ой исследуемой группе получены следующие данные: признаки ишемии 41,3 %, СЭК 46,3 %, ВЖК 12,4 %. Во второй группе данные ишемии 54 %, СЭК % 36,3 %, ВЖК 9,7 %.

Все исследуемые новорожденные получали кислородную терапию по показаниям. В 1 группе ИВЛ проводилась $17,2 \pm 4,1$ суток с концентрацией кислорода во вдыхаемой смеси $47,9 \pm 20$ %, а во 2 группе длительность ИВЛ составила $8,1 \pm 3,2$ суток, FiO_2 – $35,1 \pm 1,3$ %. При анализе полученных данных, можно сделать вывод, что пациентам 2-ой группы, получавшим сурфактант-заместительную терапию, проводилась респираторная терапия с более мягкими параметрами и кислородная зависимость была менее выражена по сравнению с пациентами 1-ой группы.

В ходе исследования клинически и лабораторно подтверждено наличие БЛД у 20 пациентов обеих групп, что составило 16,3 % от всей выборки (табл.2). Причем, показатели заболеваемости и смертности детей разных групп с БЛД достоверно отличаются друг о друга. Группа детей с БЛД получала терапию по схеме до достижения стабильных кардио-респираторных показателей. Продолжительность всего курса лечения недоношенных с данной патологией достоверно ниже во второй группе, что говорит об экономическом эффекте.

Таблица 2

Статистические данные заболеваемости, летальности, а также, другие показатели при БЛД у недоношенных новорожденных групп сравнения

Показатели	Группы сравнения	
	1 группа (N=58)	2 группа (N=64)
Пневмоторакс	7 (12,1 %)	1 (1,56 %)
Поствентиляционная пневмония	12 (20,7 %)	5 (7,8 %)
Продолжительность всего курса лечения	55 кд	31 кд
Нестабильная гемодинамика (сут)	$7,4 \pm 1,83$	$5,2 \pm 1,3$
Заболеваемость БЛД	37‰	25‰
Интенсивное лечение после ИВЛ (сут)	$16,2 \pm 3,6$	$15,8 \pm 2,3$
Летальность	4 (33,0 %)	1 (12,5 %)

При проведенні аналізу показателів захворюваності по БЛД в ДРЦОМД за період з 2007-2010 гг. – в першій групі склала 37,0%, що достовірно більше, ніж в групі раннього введення сурфактант-заместительної терапії (25,0%).

Показатель летальності по данній нозології по центру з 2007-2010 гг. в першій досліджуваній групі достовірно більше і складає 33,0 %, а во другій групі – 12,5 %.

Выводы

1. Розробка і впровадження внутрішнього протоколу в ході вихаживання новонароджених, що потребують в проведенні сурфактантної терапії, дозволило суттєво покращити якість надання допомоги недоношеним новонародженим в ОРИТН і зменшити витрати на лікування шляхом скорочення термінів госпіталізації.
2. В результаті проведеного аналізу виявлено, що на фоні проведення ранньої сурфактант – заместительної терапії, відзначається зниження захворюваності серед недоношених з масою тіла менше 1500 г і терміном гестації менше

34 тижнів. Відзначено зменшення тривалості проведення респіраторної терапії і тривалості всього курсу лікування серед данної категорії пацієнтів, що в свою чергу знижує ризик виникнення БЛД.

3. Многофакторна оцінка ризику розвитку БЛД показала інформативність показателів безпечності респіраторної підтримки.
4. Рання заместительна терапія сурфактантом в ранньому постнатальному періоді сприяє проведенню ІВЛ в м'яко-щадячому режимі, що знижує інтенсивність фіброзоутворення і зменшує тяжкість клінічних проявів бронхолегочної дисплазії.

Перспективи дальнейших исследований

Изучение токсического воздействия на незрелые бронхолегочные структуры недоношенных новорожденных высоких концентраций кислорода и баротравмы на фоне дефицита сурфактанта представляет особый интерес и требует дальнейших фундаментальных исследований.

Литература

1. Давыдова И.В. Клинико-функциональные особенности течения бронхолегочной дисплазии в первом полугодии жизни / И.В. Давыдова, Г.В. Яцык, О.Ф. Лукина, О.В. Тресорукова, А.Б. Сугак // Российский педиатрический журнал. – 2008. – №6. – С. 10.
2. Перинатальный аудит при преждевременных родах / В.И. Кулаков, Е.М. Вихляева, Е.Н. Байбарина, З.С. Ходжаева и др. // Москва, 2005. – С. 224.
3. Байбарина Е.Н. Диагностика и лечение респираторного дистресс-синдрома (РДС) недоношенных / Байбарина Е.Н., Верещинский А. М., Горелик К.Д., Гребенников В.А. и др // Интенсивная Терапия. -2007. – № 5. – С. 35-48.
4. Шишко Г.А. Современные подходы к ранней диагностике и лечению бронхолегочной дисплазии: учебно-методическое пособие для врачей / Г.А. Шишко, Ю.А. Устинович. - Мн.: БелМАПО, 2006. – С. 5-6.
5. Володин Н.Н. Использование экзогенного сурфактанта у недоношенных детей при бронхолегочной дисплазии / Н.Н. Володин, Д.Н. Дегтярев, О.А. Бабак, А.В. Левадная // Вестник РГМУ. - 2010. – №2. – С. 41-46.
6. Гребенников В.А. Экзогенные сурфактанты в терапии новорожденных с респираторным дистресс-синдромом // Конгресс «Человек и Лекарство». – Москва (Россия), 2000 г.
7. Панкратов Л.Г. Применение Куросура в неонатологии / Любименко В.А., Панкратов Л.Г., Мостовой А.В. // Лечащий врач. – 2005. – №10. – С. 89-91
8. Володина Н.Н. Принципы ведения новорожденных с респираторным дистресс-синдромом/ Методические рекомендации под ред. Н.Н. Володина. – М., 2009. – С.32.

РОЛЬ РАНЬОГО ВВЕДЕННЯ СУРФАКТАНТУ В ПРОФІЛАКТИЦІ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ ДИСПЛАЗІЇ СЕРЕД НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ С МАЛОЮ ВАГОЮ ТІЛА

Ю.А. Батман, Д.А. Бессонов, Е.А. Стрюковська, В.В. Павлюченко

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького (Україна, м.Донецьк)

Резюме: Ефективність виходжування недоношених дітей є одним з головних показників якості сучасної перинатальної медичної допомоги. Застосування сурфактант-замісної терапії у 64 недоношених дітей з ранньою профілактичною метою суттєво впливає на показники захворюваності та смертності недоношених з бронхолегеневою дисплазією.

Ключові слова: недоношені, сурфактант, бронхолегенева дисплазія, профілактика.

THE ROLE OF EARLY ADMINISTRATION OF SURFACTANT IN THE PREVENTION OF BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA IN PREMATURE NEWBORNS

J.A. Batman, D.A. Bessonov, E.A. Stryukovskaya, V.V. Pavlyuchenko

Donetsk National Medical University, Gorky (Ukraine, Donetsk)

Summary. The effectiveness of mother care of premature infants is one of the main indicators of the quality of modern perinatal care. Conducting of surfactant-replacement therapy in 64 preterm infant like early prevention provide a significant role in morbidity and mortality of bronchopulmonary dysplasia in premature babies.

Key words: preterm newborns, surfactant, bronchopulmonary dysplasia, prevention.

Рецензент: Професор кафедри пропедевтики дитячих хвороб Буковинського державного медичного університету д.м.н., професор Годованець Ю.Д.