

control group was represented by apparently healthy blood donors between the ages of 25 to 37 years (12 men and 10 women).

At the admission to the hospital all patients of the main group had III - IV fc by NYHA: 46 patients (58,97%) – III fc by NYHA, 32 patients (41,03%) – IV fc of NYHA. Canadian angina classification of these patients were distributed as follows: II fc – 43 patients (55,1%), fc III – 35 patients (44,9%)

Besides routine clinical indicators at admission, the patients' target examination included determining endothelial function (nitrate levels in plasma and red blood cells, the L-arginine, the number of desquamated endothelial (DE) in the blood plasma).

The findings suggest that the patients with CHD demonstrated severe endothelial dysfunction that was proven by the low indicators of NO₃⁻ and L-arginine on the background of a higher number of ED compared with the control group. In patients with unstable angina the level of endothelial dysfunction was more pronounced compared to patients with stable angina, which was reflected in the reduction of NO₃⁻, indicators of L-arginine and increasing the number of ED. Changes in the above indicators of endothelial dysfunction as a directly dependent on the number of diseased coronary arteries, and the degree of the identified stenosis.

УДК 618.3-06:616.366-002-036.12-085.244-085.322

Александрова Н.К., Вовк К.В., Сокруто О.В., Ніколенко Є.Я., Ларичева Л.В., Філіпповська О.О.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Харківська міська поліклініка № 22

Дана стаття демонструє ефективність використання «Хофітолу» в комплексному лікуванні хронічних холециститів у вагітних. У дослідженні брала участь 41 вагітна, що страждає на хронічний некалькульозний холецистит. Основні клінічні симптоми - біль (88%), диспепсія (90%), астеновегетативний синдром (100%). Використання «Хофітолу» у вагітних мало позитивний клінічний ефект, сприяло нормалізації функції печінки й жовчовивідної системи, поліпшує самопочуття та стан фетоплацентарної системи.

Ключові слова: хронічний некалькульозний холецистит, вагітність, лікування, хофітол.

Вступ

За літературними даними відомо, що в індустріально розвинутих країнах у теперішній час до 20% дорослого населення страждає на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ), та частота цього захворювання має тенденцію до подальшого росту. Жінки хворіють у 2-7 разів частіше за чоловіків. Вплив вагітності на розвиток ХНХ має певне значення [7, 8]. Серед гастроентерологічних захворювань у вагітних найчастіше зустрічаються дискінезії та запальні ураження, такі як: ХНХ, жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) та запальні захворювання жовчних протоків [2, 5].

Захворювання органів травлення виявляються майже у 170 із 1000 вагітних [3, 10]. Патологія органів травлення превалює над іншою екстрагенітальною патологією. Наприклад, вадами серця страждають близько 0,5% вагітних, бронхіальною астмою – близько 0,2%, а ХНХ – близько 3,8%.

На теперішній час лікування вагітних із ХНХ недостатньо ефективне, про що свідчить часта хронізація процесу після закінчення вагітності [1]. Крім того, до призначення жовчогінних препаратів при вагітності часто підходять емпірично, без урахування супутніх порушень функціонального стану печінки та жовчного міхура (ЖМ), наявності патогенної флори та її чутливості до

антибіотиків. Не всі жовчогінні препарати, навіть рослинного походження, можна призначати при вагітності у зв'язку з їх можливим негативним впливом на перебіг вагітності та розвиток плоду. Наприклад, не слід призначати холагогн, до складу якого поряд з куркумою входить крушина, що протипоказана при вагітності [11].

Мета роботи

Вивчення ефективності використання препарату «Хофітол» у лікуванні патології ЖМ та ХНХ у вагітних.

Об'єкт і методи дослідження

В умовах амбулаторного нагляду вагітних, що звернулися до консультативної допомоги до лікаря гастроентеролога КЗОЗ «Харківська міська поліклініка № 26» та лікаря гінеколога «Харківська міська поліклініка № 22» було обстежено 41 вагітну з ХНХ: у I триместрі вагітності – 14 вагітних, у II – 17, у III – 10. У всіх вагітних мала місце фетоплацентарна недостатність. Контрольну групу склали 10 вагітних без наявності будь-якої екстрагенітальної патології.

Верифікація діагнозу ХНХ під час вагітності проводилася за допомогою клініко-анамнестичних даних та результатів додаткових методів дослідження.

Специфіка екстрагенітальних захворювань у вагітних така, що ризик розвитку різного роду ускладнень дуже великий, а арсенал діагностичних заходів різко обмежений, бо одні з них є важкими для вагітних, а інші мають протипоказання (рентгенологічні дослідження) [6, 9].

У II–III триместрі вагітності загострення ХНХ розвивається найчастіше. При цьому вагітність може бути збережена, але її перебіг ускладнюється. Також вагітність сприяє маніфестації прихованої ЖКХ найчастіше у II триместрі.

Також використовували ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини. Ультразвукове дослідження ЖП, жовчовивідних шляхів і печінки здійснювали методом суцільного динамічного сканування на сканері SL- 450 "Siemens" (№ 14944172) в режимі реального часу. Ехосонографії проводили вранці, натщесерце, після нічного голодування при утриманні від їжі протягом 11-12 годин. За кілька днів до проведення дослідження пацієнта переводили на зредуковану дієту: з раціону виключали бобові, капусту, виноград, незбиране молоко, чорний хліб та інші продукти, що сприяють газоутворення в кишечнику.

Щодо клінічних досліджень крові – то вони не могли достовірно оцінюватись, бо нейтрофільний лейкоцитоз часто супроводжує вагітність.

При біохімічному дослідженні визначали ферменти сироватки крові (аспарагінова амінотрансфераза (АСТ), аланінова амінотрансфераза (АЛТ), лужна фосфатаза (ЛФ), загальний білірубін та його фракції, стан перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) оцінювали за допомогою визначення малонового діальдегіду (МДА), систему антиоксидантного захисту (АОЗ) – за допомогою визначення каталази (Кт), церулоплазміну (ЦП) та супероксиддисмутази (СОД), а також гострофазові показники – С-реактивний протеїн (СРП).

Результати досліджень та їх обговорення

До лікування в обстежених вагітних у клінічній картині захворювання переважали больовий

(88%), диспепсичний (90%), та астеновегетативний (100%) синдроми. Больовий синдром характеризувався тупим ниючим або гострим болем, у залежності від виду дискінезії ЖМ. У 21 вагітної (51,2%) пов'язували появу або посилення болю з погіршенням в харчуванні, а 20 жінок (48,8%) – з ворушінням плоду та його положенням у матці (II позиція).

Диспепсичний синдром характеризувався гіркотою в роті (57%), відрижкою гірким (42%), нудотою (63%), блюванням (27%), здуттям живота (76%).

Об'єктивно визначалися біль у правому підребер'ї у 100% хворих, позитивні симптоми Кера – у 15 хворих (36,6%), Ортнера – 21 (51,2%), Мерфі – 17 (41,5%), Мюссе-Георгієвського – у 10 (24,4%) хворих, у 40 хворих (97,5%) визначалися зони шкіряної гіперестезії Захар'їна-Геда в правому підребер'ї.

Результати проведених біохімічних досліджень показали, що у вагітних з ХНХ спостерігалися вірогідні зміни серед показників сироватки крові, що визначають функціональний стан гепатоцитів: відмічалось збільшення активності АЛТ та АСТ (у 9 вагітних – 21,9%), ЛФ (у 4 – 9,5%), помірна гіпербілірубінемія (у 11 – 26,8%). У 23 вагітних (56%) з ХХ було виявлено підвищення рівня малонового діальдегіду у сироватці крові та еритроцитах у 1,7 – 1,9 раза. Зміни рівнів АОЗ були різними. Практично у всіх хворих спостерігалось зниження показників супероксиддисмутази в 1,7-1,8 раза порівняно з нормою, а показники каталази та церулоплазміну або зовсім не знижувалися (11 осіб — 26,8%), або їх зниження було досить незначним — у 1,2-1,3 рази (30 хворих — 73,1%) (табл. 1).

Вміст СРП у сироватці крові у 100% обстежених вагітних був підвищеним (4,2±1,71 мг/л, норма 1,1±0,39 мг/л), але цей показник не є вірогідним щодо наявності запалення у вагітних, оскільки він може підвищуватися при вагітності.

Таблиця 1.
Показники функціонального стану гепатоцитів та системи ПОЛ-АОЗ у вагітних, які хворіють на ХНХ, у динаміці лікування хофітолом

№ п/п	Показники	Контрольна група (n = 10)	Вагітні жінки (n = 41)	
			До лікування	Після лікування
1	АлАТ (ммоль/л)	0,83±0,02	1,44±0,03*	0,65±0,04**
2	АсАт (ммоль/л)	0,68±0,04	1,13±0,05*	0,77±0,05**
3	ЛФ (ммоль/л)	1,75±0,29	2,37±0,25*	1,59±0,31**
4	Заг. білірубін (мкмоль/л)	21,8±0,04	23,6±0,03*	19,6±0,05**
5	МДА сир-ки (мкмоль/л)	0,82±0,08	1,79±0,16*	0,76±0,21**
6	МДА еритр. (мкмоль/л)	8,31±0,58	16,4±1,21*	8,4±0,34**
7	СОД (УО/мл)	3,5±0,1	2,1±0,06*	3,7±0,08**
8	Каталаза (мг)	16,4±0,36	11,8±0,34*	17,2±0,37*
9	ЦП (мкмоль/л)	1,82±0,11	1,14±0,12*	1,94±0,13*

Примітка: * – (p < 0,05) – вірогідність різниці в порівнянні з контролем; ** – (p < 0,05) – вірогідність різниці до та після лікування.

При біохімічному дослідженні жовчі було виявлено підвищення вмісту холестерину та жовчних кислот у міхуровій та печінковій порціях жо-

вчі. При мікроскопічному дослідженні жовчі у всіх хворих ніяких патологічних змін виявлено не було.

За даними різних авторів доведена відсутність несприятливої дії ультразвукових хвиль малої інтенсивності на організм людини й повна безпека даного методу дослідження для плода [4]. Точність ультразвукової діагностики ХНХ у період вагітності складає 97 – 98%. Проведене УЗД вагітних дозволило об'єктивно оцінити стан моторної функції ЖМ та підтвердити клінічні прояви дискінетичних порушень. Стан стінки ЖП, яке визначається за допомогою ультразвукового сканування, дозволяло побічно визначити вираженість фібротичних змін останньої, поширеність запального процесу (дифузний або локальний), втягнення перивезикулярних тканин. Ступінь дисперсності вмісту ЖП не тільки характеризувала вираженість запального процесу, але і дозволяла оцінити ризик трансформації ХБХ в жовчнокам'яну хворобу.

У 38 вагітних (92,7%) виявлено потовщення стінки ЖМ більше 2 мм, що свідчило про тривале його запалення. У 28 хворих (68,3%) виявлено деформацію, перекути та перетяжки ЖМ, у 11 (26,8%) — подвоєння контуру стінки ЖМ, у 9 (21,9%) — неомогенність порожнини ЖМ, у 15 (36,6%) — інфільтрація стінки ЖМ та навколومیхурової тканини. У 4 вагітних (9,5%) у III триместрі вагітності виявлена ЖКХ, яка не мала клінічних проявів до вагітності. Найбільш часто неомогенне вміст ЖП визначалося у пацієнтів третьому триместрі, найменш часто - у першому. Гіперехогенність перивезикулярних тканин і відсутність дихальних екскурсій ЖП спостерігалися переважно у вагітних жінок в третьому триместрі. Дані симптоми були проявами значного залучення в запальний і фібротичних процес перивезикулярних тканин і спостерігалися переважно у пацієнтів зі стажем захворювання, що перевищує 5 років (рис. 1).

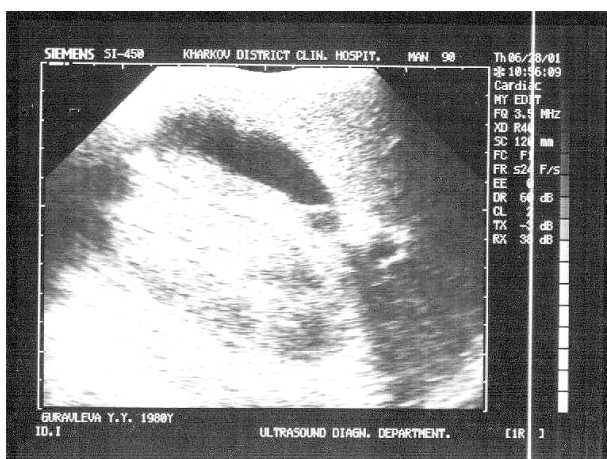


Рис. 1. Ультразвукове дослідження ЖМ вагітної Ж., медична картка № 2234.

Принципи лікування ХНХ у вагітних суттєво не відрізняються від загальноприйнятих. Оскільки, при гіпомоторній дискінезії ЖМ тривалий ліж-

ковий режим недоцільний, у період загострення хворим призначали несуворий ліжковий режим протягом 7-10 днів.

Призначалася дієта згідно стола № 5 за Певзнером при дотриманні оптимальних для кожного терміну вагітності співвідношень між жирами, білками, вуглеводами. При наявності гіпомоторної дискінезії показано неміцні м'ясні та рибні бульйони, вершки, сметану, рослинну олію. Необхідно використовувати продукти, що містять велику кількість ліпотропних речовин, — білкові омлети, сир. При використанні такої дієти в 29 вагітних стан значно поліпшився: зменшився болювий синдром, диспепсичні явища, відчуття тяжкості в правому підребер'ї.

Частині вагітних призначали антибактеріальну терапію, керуючись наявністю вираженого запального процесу в ЖМ. При цьому вибір антимікробного препарату був зумовлений не тільки урахуванням чутливості до нього мікрофлори, а й можливою несприятливою дією його на плід. Використовували антибіотики групи напівсинтетичних пеніцилінів (ампіокс, оксацилін) у 14 вагітних протягом 7 діб у середніх терапевтичних дозах.

Усім вагітним, які страждають на ХНХ, рекомендуються жовчогінні препарати, переважно рослинного походження. Оскільки в обстежених хворих у клінічній картині переважали симптоми гіпомоторної дискінезії ЖМ, найбільш показані препарати, що мають холекінетичну дію, підвищують тонус ЖМ та знижують тонус сфінктера Одді.

Хофітол — засіб рослинного походження, що випускається в таблетках по 0,2 г, які містять 0,2 г сухого водяного екстракту із соку свіжих листків артишоку польового (*Cynara Scolymus*). Фенольне з'єднання цинарін у сполученні з фенокислотами, біофлавоноїдами та іншими речовинами чинить жовчогінну, сечогінну та гепатопротекторну дію. Препарат сприяє виведенню з організму сечовини, токсинів (у тому числі нітросполучень, алкалоїдів, солей важких металів). Аскорбінова кислота, каротин, вітаміни В, та В₂, інулін, що містяться в артишоку, сприяють нормалізації обмінних процесів. Завдяки вказаним властивостям препарат поліпшує стан фетоплацентарної системи, усуває дискінезію жовчних шляхів за гіпотонічно-гіпокінетичним типом, що переважає у вагітних жінок, зменшує внутрішньопечінковий холестаза, виявляє антиоксидантну активність. Він рекомендований для профілактики гестозів у жінок з високим ризиком їх розвитку, для усунення блокування у вагітних та профілактики фетоплацентарної недостатності у складі комплексного лікування.

Хофітол призначали по 2 таблетки 3 рази на добу протягом 20 днів.

На 3—5 добу після початку лікування самопочуття хворих поліпшувалося, що виявлялося значним зменшенням або повним усуненням

больового синдрому та диспепсичних явищ.

У більшості вагітних після лікування відзначалася нормалізація активності АЛТ та АСТ ($p < 0,05$), ЛФ ($p < 0,05$) та білірубіну сироватки крові ($p < 0,05$). Рівень МДА сироватки крові та еритроцитів нормалізувався. У всіх хворих значно поліпшилися показники ферментів АОЗ (СОД, Кт та ЦП) (табл. 1).

Проведене біохімічне дослідження жовчі показало достовірне зниження вмісту холестерину ($p < 0,05$) та підвищення вмісту жовчних кислот у міхуровій та печінковій порціях жовчі ($p < 0,05$), що сприяло нормалізації холатохолестеринового коефіцієнту і зменшенню літогенних властивостей жовчі.

Ознаки фетоплацентарної недостатності у вагітних після лікування значно зменшилися.

При використанні хофітолу побічних дій препарату відмічено не було, препарат добре переносили всі вагітні.

Таким чином, призначення хофітолу (рослинного жовчогінного препарату, який має комплексну дію) є обґрунтованим, тому що він поліпшує стан фетоплацентарної системи, усуває дискінезію жовчних шляхів, знижує ризик розвитку ЖКХ у вагітних з ХНХ.

Висновки

1. Призначення хофітолу вагітним з ХНХ спричиняє позитивний клінічний ефект, поліпшує самопочуття та стан фетоплацентарної системи.

2. Використання жовчогінних препаратів комплексної дії (хофітол) позитивно впливає на процеси ПОЛ та стан системи АОЗ.

3. Призначення хофітолу в комплексному лікуванні ХНХ у вагітних сприяє нормалізації функціонального стану печінки.

Перспективи подальших досліджень

Перспективними в даному напрямку є розробка уніфікованих програм, які були б спрямовані на своєчасне виявлення даної патології та лікування на етапі обстеження жінки до запліднення.

Література

1. Галкин В.А. Современные методы диагностики дискинезий желчного пузыря и некалькулезного холецистита / В.А. Галкин // Тер. архив. — 2001. — № 8. — С. 37-48.

2. Дзяк Г.В. Современные аспекты диагностики и лечения дискинезий желчевыводящих путей: Метод. реком. / Г.В. Дзяк. — Днепропетровск, 2004. — 20 с.
3. Кузьмин В.Н. Острый жировой гепатоз беременных в практике акушера-гинеколога / В.Н. Кузьмин, А.Г. Серобян // Новости медицины и фармации. — 2004. — № 5 (145). — С. 15-25.
4. Лемешко З.А. Стандартные протоколы ультразвукового исследования желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков / З.А. Лемешко, З.Я. Дубов // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2001. — № 2. — С. 88-95.
5. Минущкин О.Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта (патофизиология, диагностика и лечебные подходы) / О.Н. Минущкин. — М.: Москва. — 2004. — 23 с.
6. Скляр С.І. Післягоспітальне реабілітаційне лікування дискінезій жовчних шляхів із застосуванням фітотерапії у практиці лікаря сімейної медицини / С.І. Скляр, Т.П. Гарник, І.М. Шуліпенко // Фітотерапія. Часопис. — Київ: Видавництво ПП «Поліум». — 2004. — № 4. — С. 10-15.
7. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок, Дж. Дули. — М.: Гэотар Медицина, 2009. — 864 с.
8. Шехтман М.М. Болезни органов пищеварения у беременных / М.М. Шехтман, Г.М. Бурдули. — М.: Триада-Х, 2007. — 302 с.
9. Bateson M.C. Advances in gastroenterology and hepatology / M.C. Bateson // Postgrad. Med. J. — 2000. — Vol. 76, № 8. — P. 328-335.
10. Dordercht A.N. Bile Acids and Cholestasis / A.N. Dordercht // J. Kiwer Academic Publishers. — 2005. — 291 p.
11. Woods C.M. Effects of bioactive agents on biliary motor function / C.M. Woods // Curr. Gastroenterol. Rep. — 2003. — № 5 (2). — P. 154-159.

References

1. Galkin V.A. Sovremennyye metody diagnostiki diskinezij zhelchnogo puzyrja i nekal'kuleznogo holecistita / V.A. Galkin // Ter. arhiv. — 2001. — № 8. — S. 37-48.
2. Dzjak G.V. Sovremennyye aspekty diagnostiki i lechenija diskinezij zhelchevyvodjashih putej: Metod. rekom. / G.V. Dzjak. — Dnepropetrovsk, 2004. — 20 s.
3. Kuz'min V.H. Ostryj zhirovoj gepatoz beremennyh v praktike akushera-ginekologa / V.H. Kuz'min, A.G. Serobjan // Novosti medicyny i farmacii. — 2004. — № 5 (145). — S. 15-25.
4. Lemeshko Z.A. Standartnye protokoly ultrazvukovogo issledovaniya zhelchnogo puzyrja i vnepechenochnyh zhelchnyh protokov / Z.A. Lemeshko, Z.Ja. Dubov // Ros. zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. — 2001. — № 2. — S. 88-95.
5. Minushkin O.N. Disfunkcional'nye rasstrojstva biliarnogo trakta (patofiziologija, diagnostika i lechebnye podhody) / O.N. Minushkin. — M.: Moskva. — 2004. — 23 s.
6. Skljар S.I. Pisljagospital'ne reabilitacijne likuvannya diskinezij zhovchnih shljahiv iz zastosuvannjam fitoterapii u praktiki likarja simejnoi medicini / S.I. Skljар, T.P. Garnik, I.M. Shhulipenko // Fitoterapija. Chasopis. — Kiiv: Vidavnicтво PP «Polium». — 2004. — № 4. — S. 10-15.
7. Sherlock Sh. Zaboлевaniya pečeni i zhelchnyh putej / Sh. Sherlock, Dzh. Duli. — M.: Gjeotar Medicina, 2009. — 864 s.
8. Shehtman M.M. Bolezni organov pishhevarenija u beremennyh / M.M. Shehtman, G.M. Burduli. — M.: Triada-H, 2007. — 302 s.
9. Bateson M.S. Advances in gastroenterology and hepatology / M.S. Bateson // Postgrad. Med. J. — 2000. — Vol. 76, № 8. — P. 328-335.
10. Dordercht A.N. Bile Acids and Cholestasis / A.N. Dordercht // J. Kiwer Academic Publishers. — 2005. — 291 p.
11. Woods S.M. Effects of bioactive agents on biliary motor function / S.M. Woods // Curr. Gastroenterol. Rep. — 2003. — № 5 (2). — P. 154-159.

Реферат

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Александрова Н.К., Вовк К.В., Сокруто О.В., Николенко Е.Я., Ларичева Л.В., Филипповская О.А.

Ключевые слова: хронический некалькулезный холецистит, беременность, лечение, хофитол.

Данная статья демонстрирует эффективность использования «Хофитола» в комплексном лечении хронических холециститов у беременных. В исследовании участвовала 41 беременная, страдающая хроническим холециститом. Основные клинические симптомы – боль (88%), диспепсия (90%), астено-вегетативный синдром (100%). Использование «Хофитола» у беременных имело положительный клинический эффект, способствовало нормализации функции печени и желчевыделительной системы, улучшает самочувствие и состояние фетоплацентарной системы.

Summary

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH CONCOMITANT CHRONIC NON-CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN GENERAL MEDICAL PRACTICE

Aleksandrova N.K., Vovk K.V., Sokruto O.V., Nikolenko Ye.Ya., Laricheva L.V., Filippovskaya O.A.

Key words: chronic non-calculous cholecystitis, pregnancy, treatment, «Chophytol».

According to the data available it is known that nowadays in the industrialized countries 20% of the adult population is suffering from chronic non-calculous cholecystitis (HNC), and the incidence of the disease is tending to further growth. Women suffer in 2-7 times more often than men. Pregnancy also influences the development HNC. Dyskinesia and inflammatory conditions as HNC, gallstone disease (GSD) and inflammatory disease of the bile ducts are most diagnosed gastrointestinal diseases in pregnant women. This article describes the effectiveness of «Chophytol» and its role in the complex treatment of chronic cholecystitis in pregnant women. 41 pregnant women with chronic cholecystitis were investigated. Main clinical syndromes described were pain (88 %), dyspepsia (90%), and asthenia (100 %). The therapy with «Chophytol» provided positive clinical effect manifested by the normalization of liver functioning and functioning of biliary system in pregnant women with chronic cholecystitis.

УДК 612.216.2:616-053.32

Асадова С.И.

УРОВЕНЬ ОКСИГЕНАЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ НА ФОНЕ РАННЕЙ НАЗАЛЬНОЙ СРАР И СУРФАКТАНТА

Научно-исследовательский институт педиатрии имени К. Фараджевой, г. Баку, Азербайджан

Обследовано 90 недоношенных новорожденных. Дети поступали в отделение реанимации в первые 24-72 часов жизни. В зависимости от гестационного возраста новорожденные были разделены на 3 группы: I группа - 30 новорожденных в возрасте 28-30 нед. гестации; II группа - 30 новорожденных в возрасте 31-33 нед. гестации и III группа - 30 новорожденных в возрасте 34-36 нед. гестации. На 5-ой и 10-й минутах жизни новорожденных с РДС и контрольной группы достоверной разницы в изменении показателя оксигенации крови не отмечалось. Однако к 3-м в контрольной группе SpO₂ приближается к нормальным значениям, а в основной группе изменений практически не отмечается. На 5-е сутки в контрольной группе тенденция сохраняется, а в основной группе средний показатель оксигенации снижается. Сравнительный анализ показал, что величина SpO₂ в основной группе на 5 и 10 минутах жизни была ниже соответственно на 15% и 15,2%, а на 1, 3 и 5 сутки - на 13,8%, 12,9% и 16,8% соответственно. Минимальный уровень кислорода в крови при сравнении с контролем отмечался у недоношенных новорожденных с РДС и поражением ЦНС на 5 сутки. После терапии назальным СРАР с ранним введением сурфактанта индекс оксигенации снизился в 2,0 раза (p<0,05), после назальной СРАР с поздним введением сурфактанта - в 1,7 раза (p<0,05), после ИВЛ в сочетании с сурфактантом и без сурфактанта - в 1,7 раза (p<0,05) соответственно. При этом значительное снижение индекса оксигенации отмечалось при ранней назальной СРАР и введении сурфактанта.

Ключевые слова: недоношенные новорожденные, респираторный дистресс-синдром, сатурация, индекс оксигенации, СРАР, сурфактант.

Данная работа является фрагментом выполняемой диссертации на соискание ученой степени доктора философии по медицине «Оценка состояния недоношенных детей при респираторном дистресс-синдроме и оптимизация инвазивных и неинвазивных методов лечения».

Респираторный дистресс-синдром (РДС) новорожденных и его последствия занимают одно из ведущих мест в структуре причин неонатальной смертности при недоношенности, и относятся к числу заболеваний, приводящих к критическим состояниям у недоношенных новорожденных, в частности тяжелой дыхательной недостаточности [4,5,11].

Частота развития РДС зависит от степени недонашивания, она тем выше, чем меньше гестационный срок [1,6]. Выявлено, что этот синдром отмечается в среднем у 60% детей, родившихся при сроке беременности менее 28 недель, у 15-20% детей - при сроке 32-36 недель и у 5% - при сроке 37 недель и более [3].

Несмотря на произошедший в последнее время прогресс в перинатальной помощи новорожденным детям с РДС, в отношении ряда те-

рапевтических и профилактических стратегий при данном заболевании до настоящего времени существуют противоречивые мнения. Многие методики, применяющиеся для стабилизации состояния недоношенных новорожденных при рождении, не имеют достаточной доказательной базы, включая введение кислорода и раздувание легких положительным давлением, и иногда могут вызывать неблагоприятные эффекты.

В литературе имеются рекомендации по использованию назального СРАР (Continuous Positive Airway Pressure) у недоношенных новорожденных со сроком гестации 28-31 неделя с профилактической целью [7-9,12]. В этом случае назальная СРАР является стартовым методом респираторной поддержки. Однако данный подход в настоящее время методически окончательно не разработан.