

## АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НОВОРОЖДЕННОГО

**Кокорина В. С., Лалаева Л. Р.**  
**Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина И. В.**

*ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и  
гинекологии  
г. Тюмень*

**Ключевые слова:** преждевременные роды, синдром дыхательных расстройств новорожденных, профилактика дексаметазоном.

**Резюме:** Одной из основных проблем недоношенных детей являются дыхательные нарушения различной степени выраженности. Согласно клиническим протоколам внедрена профилактика синдрома дыхательных расстройств (СДР) новорожденного. Выполнен анализ результатов проведения профилактики СДР. Выявлены клинические различия у недоношенных новорожденных при наличии таковой и без нее.

**Resume:** One of the main problems of premature babies are respiratory disorders of varying severity. The clinical protocols developed and implemented the prevention of the respiratory distress syndrome (SDR) of the newborn. The analysis of the results of SDR prevention was carried out. Clinical differences in preterm infants were revealed in the presence of such and without it.

**Актуальность.** Во всех странах мира несмотря на все усилия акушеров-гинекологов по-прежнему отмечается высокий процент преждевременных родов [1,4]. Интенсивное развитие неонатологической службы бесспорно приносит свои плоды и показатели перинатальной и младенческой смертности постоянно снижаются, чего нельзя сказать о перинатальной заболеваемости [1]. В структуре заболеваемости у недоношенных новорожденных детей респираторные расстройства занимают второе место, и более половины из них - это дети с синдромом дыхательных расстройств (СДР)[3]. Давно отмечена закономерность между сроком гестации и частотой развития СДР: чем ниже срок гестации, тем выше риск развития у новорожденного респираторных расстройств. В этой связи, необходима профилактики как дыхательных расстройств новорожденных, так и преждевременных родов в целом [2].

**Цель:** проанализировать результаты проведения профилактики СДР плода дексаметазоном при преждевременных родах.

**Задачи:** 1. Проанализировать случаи преждевременных родов менее 34 недель гестации. 2. Изучить схему профилактики СДР плода. 3. Проанализировать состояние здоровья недоношенных новорожденных.

**Материалы и методы.** На базе ГБУЗ ТО “Перинатальный центр” (г. Тюмень) проведено сплошное ретроспективное исследование случаев оказания помощи недоношенным новорожденным с октября по декабрь 2017 года. Материалом послужили 33 истории развития новорожденных гестационного возраста 25-33,6 недель, получивших лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). Для обработки материала использована программы Microsoft Excel и Statistica 6.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все новорожденные были разделены на три группы: 1 группа новорожденных антенатально получила полный курс профилактики СДР дексаметазоном; во 2 группе профилактика СДР проведена, но не в полном объеме; в третьей группе профилактика СДР по каким-либо причинам не проводилась (чаще всего по причине преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и необходимости родоразрешения путем операции кесарева сечения в экстренном порядке, либо при поступлении роженицы в потужном периоде). Согласно клиническим протоколам схема профилактики СДР плода включает в себя инъекции дексаметазона по 6 мг через 12 часов №4 (всего на курс 24 мг).

К первой группе было отнесено 19 пациентов, что составило 57,6 %, их гестационный возраст колебался в пределах 25-32 недель. Подавляющее большинство из них были родоразрешены путем операции кесарева сечения в плановом порядке, притом через естественные родовые пути родились 26,3% детей, Всем была проведена профилактика СДР в полном объеме, вследствие риска развития преждевременных родов по схеме, рекомендованной клиническими протоколами [3]. Оценка по шкале Апгар новорожденных в конце первой минуты составляла от 4 до 7 баллов, через 5 минут у всех 7 баллов. Масса тела при рождении в данной группе составила 551-1670 грамм, при росте 30-45 см. Всем пациентам после рождения потребовалась дополнительная вентиляционная поддержка, но различной степени. Так, лишь 31,6% находились на ИВЛ, остальным же 68,4% потребовался только назальный СРАР. Помимо этого, все 100 % пациентов данной группы после рождения пребывали в отделении реанимации от 7 до 60 койко дней, лишь один новорожденный с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), рожденный в 26 недель гестации ввиду исхода СДР в бронхо-легочную дисплазию провел в ОАРИТ 320 койко-дней. При рождении 47,4% детей потребовалось дополнительное введение препарата «Куросурф»: 7 (36,8%) в дозе 200 мг, 1 (5,3%) -220 мг, 1 (5,3%) - 120 мг. В данной группе основной диагноз СДР был поставлен 4 (21%) новорожденным, у 3 (15,8%) пациентов в качестве основного диагноза выступила бронхолегочная дисплазия, некротизирующий энтероколит у 6 (31,6%) новорожденных. У 2 (10,5%) детей с ЭНМТ зафиксирован летальный исход (данные новорожденные родились в сроке гестации 25,1 и 26 недель), причина их смерти внутриутробный сепсис.

Ко второй группе были отнесены 3 (9,1%) пациента с гестационным возрастом 25,4-27,2 недели. Все рождены через естественные родовые пути. Профилактика СДР была начата в связи с угрожающими преждевременными родами, но ввиду развития регулярной родовой деятельности на фоне проводимого токолиза не завершена в полном объеме. Так, 2 новорожденным антенатально успели ввести 2 дозы дексаметазона по 6 мг с интервалом 12 часов, одному однократно 6 мг дексаметазона. Оценка по шкале Апгар в данной группе была 4-6 баллов в конце 1 минуты. Масса тела при рождении составила 630-1230 грамм, при росте 34-43 см. Всем новорожденным потребовалась респираторная поддержка: одному в виде ИВЛ, двоим - назальный СРАР. В отделении реанимации находились 14 - 32 койко-дня. «Куросурф» в дозе 200 мг вводился только одному новорожденному. В

качестве основного диагноза у 2 новорожденных был поставлен некротизирующий энтероколит.

К третьей группе относилось 11 (33,3%) детей, чей гестационный возраст составил 25,3-32,3 недели. Родились через естественные родовые пути 6 (54,5%) новорожденных, остальные 5 (45,5%) путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. Рожденные через естественные родовые пути не получили профилактику антенатально ввиду того, что их матери были доставлены в потужном периоде в стационар. Показанием к кесареву сечению служила преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Оценка по шкале Апгар по сравнению с группами 1 и 2 была ниже и в конце 1 минуты колебалась от 2 до 5 баллов. Масса тела новорожденных составляла 810 - 2140 грамм, рост 32-46 см. При этом инвазивная вентиляционная поддержка в виде ИВЛ потребовалась 6 (54,5%) детям, а остальным 5 (45,5%) - назальный СРАР. «Куросурф» вводили 6 (54,5%) пациентам: 5 из них в дозе 200 мг, 1 в дозе 240 мг. Новорожденные получили лечение в ОРИТН от 3 до 146 койко-дней. В данной группе зафиксирован один летальный исход. В качестве основного диагноза СДР и бронхолегочной дисплазии был поставлен равному числу (18,2%) новорожденных, а 54,5 % детей из данной группы получали лечение некротизирующего энтероколита.

**Выводы:** 1. Своевременное проведение полного профилактики СДР в антенатальном периоде существенно улучшает прогноз недоношенных новорожденных: снижается длительность проведения ИВЛ, СРАР, уменьшается продолжительность пребывания новорожденных в отделении реанимации. 2. Раннее применение сурфактанта («Куросурф») при начальных клинических проявлениях СДР позволяет быстрее и эффективнее стабилизировать состояние новорожденных, уменьшить количество времени респираторной поддержки. 3. Наиболее часто встречающимися осложнениями у недоношенных новорожденных, находящихся на респираторной поддержке, являются бронхолегочная дисплазия и некротизирующий энтероколит.

#### Литература

1. Акушерство. Национальное руководство / ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е Радзинского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. — 189,264 с.
2. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ. Ноябрь 2016 г. [Электронный ресурс]—Режим доступа:[http:// who.int/mediacentre/factsheets](http://who.int/mediacentre/factsheets) (дата обращения 23.01.2018)
3. Преждевременные роды. Клинические рекомендации (протокол) [Электронный ресурс]. —Режим доступа: <http://www.trmo.ru/media/cms-page-media/46> (дата обращения 21.01.2018).
4. Фаткуллин И.Ф. Эффективные практики в диагностике и терапии преждевременных родов [Электронный ресурс]. —Режим доступа: [http://www.arfpoint.ru/ E-ffektivnie-praktiki-v-diagnostike-i-terapii-prejdevremeni-rodov](http://www.arfpoint.ru/E-ffektivnie-praktiki-v-diagnostike-i-terapii-prejdevremeni-rodov) (дата обращения 13.01.2018).