

*Дедухова М. О., Спиридонов Д. С.*

## **ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫЕ ВИДЫ ПОМОЩИ ПРИ МНОГОПЛОДНЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНО РАНИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ**

*Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Шалина Р. И.*

*Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета  
Российский национальный исследовательский медицинский университет  
имени Н.И. Пирогова, г. Москва*

**Актуальность.** Благодаря достижениям медицины стало возможно выхаживание недоношенных новорожденных, в том числе, после экстремально ранних преждевременных родов (ЭРПР). Однако, наряду с выживаемостью, важной проблемой у этих детей является заболеваемость и неблагоприятные отдаленные исходы. В связи с этим важен поиск путей снижения частоты заболеваемости и смертности среди детей, рожденных до 28.0 недель, особенно при многоплодии.

**Цель:** изучить ближайшие и отдаленные исходы детей после многоплодных ЭРПР, получивших высокотехнологичные виды помощи внутриутробно и на этапах выхаживания.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные 68 беременных (двоен – 64 – 94,1%, троен – 4 – 5,9%): характер течения беременности и родов, особенности тактики, направленной на пролонгирование беременности. В связи с выявлением синдрома фето-фетальной трансфузии пациенткам (8 из 24 бихориальных двоен) проведена фетоскопическая лазерная коагуляция фето-фетальных анастомозов (ФЛКА). Изучено состояние 53 (37,9%) живорожденных детей (24.0-27.6 недель) до выписки со II этапа выхаживания. Новорожденным выполнялось клинико-лабораторное обследование, нейросонография, эхография, рентгенография, исследование органов зрения; консультации детского хирурга, кардиолога, офтальмолога, невропатолога, педиатра.

**Результаты и их обсуждение.** При развитии дыхательной недостаточности у 44 (83,0%) детей в качестве метода респираторной поддержки применялась искусственная вентиляция легких (ИВЛ), у 9 (17,0%) – infant flow™. Продолжительность лечения – 12,2±5,7 и 14,6±5,2 суток, соответственно. Максимальная продолжительность ИВЛ составила 46-50 суток (у 3). Наиболее часто (28 – 52,8%) в структуре патологий центральной нервной системы (ЦНС) встречались внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК). Из них у 7 (25,0%) сразу после рождения, 21 (75,0%) – на 2-3 сутки. Во многом исход детей определялся частотой ВЖК II-III степени. ВЖК II в 3 раза чаще диагностировался у выживших. ВЖК III – у погибших детей (3 из 5). ВЖК III определялся в 2,8 раза реже (5 из 23) среди детей, переведенных на II этап выхаживания. Состояние детей на II этапе удалось проследить у 35 (81,4%) из 43. Почти у всех определялась патология ЦНС: гидроцефалия – 6 (17,1%), перивентрикулярная лейкомаляция – 5 (14,3%), судороги – 5 (14,3%). При гидроцефалии проводилось создание искусственного вентрикулоперитонеального шунта. Эффект был достигнут у всех 6 детей. Поражение дыхательной системы характеризовалось бронхо-легочной дисплазией (БЛД) – 20 (57,1%) и дыхательной недостаточностью – 10 (28,6%). У 4 из 20 детей по поводу БЛД выполнена лобэктомия на 1-2 месяце жизни. У всех с положительным эффектом. Ретинопатии недоношенных выявлена у 24 (68,6%), активная форма заболевания – 8 (22,9%). Всем детям выполнена лазеркоагуляция сетчатки для остановки прогрессирования заболевания. К моменту выписки со II этапа выхаживания погибло 9 (25,7%), выписан – 26 (74,3%) ребенок. Их возраст составлял 4-5 месяцев.

**Выводы.** Использование современных медицинских технологий на всех этапах лечения и выхаживания детей при многоплодных ЭРПР снижает летальность от тяжелой органической патологии на 17,1%, но не исключает заболеваемость, способствующую инвалидизации. Наибольшее влияние ( $p < 0.05$ ) на перинатальные исходы глубоко недоношенных детей оказывают: гестационный возраст менее 26.0 недель, внутриутробное инфицирование, дистресс плода (асфиксия), длительность респираторной поддержки, ВЖК, внедрение новых технологий.