

Респираторная помощь при бронхолегочной дисплазии недоношенным детям с экстремально низкой массой тела при рождении

Талабаева Мария Михайловна, Саханова Юлия Валерьевна

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук Сапотницкий Алексей Вячеславович, Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) часто развивается у недоношенных детей и ведет к повышению риска ранней инвалидизации. Поэтому изучение факторов, повышающих риск развития БЛД важно для снижения риска возможных инвалидизирующих осложнений.

Цель исследования

Сравнительный анализ типов, характеристик и длительности респираторной помощи при БЛД у недоношенных новорожденных с ЭНМТ.

Материалы и методы

Было обследовано 27 недоношенных детей с ЭНМТ при рождении, выхаживавшихся на базе РНПЦ «Мать и дитя» в 2013-2014 годах. В первую группу было включено 18 детей, у которых была зарегистрирована БЛД средней степени тяжести. Во вторую группу вошли 9 недоношенных младенцев, у которых развилась БЛД тяжелой степени.

Результаты

Количество дней, проведенных в ОИТРН во второй группе составила 75,0 (69,0 – 85,0) дней, что было достоверно выше ($p=0,0015$) чем в первой 42,0 (36,0 – 50,0) дней. Величина средней длительности ИВЛ во второй группе составила 60,0 (45,0 – 61,0) дней, что было достоверно выше ($p=0,049$) чем в первой 14,5 (9,0 – 17,0) дней. Средняя длительность СРАР не имела статистически значимых отличий. Дети второй группы также нуждались в достоверно более длительной оксигенотерапии ($p=0,029$): средние показатели составили 48,0 (66-97,5) дней, в то время как у детей первой группы 40,0 (23,5 – 49,0) дней. Также им потребовалась более высокая средняя концентрация кислорода, которая составила 0,475 (0,30 – 0,85) против 0,25 (0,21 – 0,40) в первой группе. При анализе типов ИВЛ выявлено, что из 17 детей первой группы 11 нуждались во вспомогательной контролируемой вентиляции, а 6 только в неинвазивной вентиляции по системе СРАР. В то время как во второй группе из 8 детей одному ребенку потребовалась ИВЛ в контролируемом режиме, 7 нуждались во вспомогательной контролируемой вентиляции. При этом в группе не было ни одного ребенка, которому удалось бы провести вентиляцию по типу СРАР, что было достоверно меньше, чем группе детей с БЛД средней тяжести ($\chi^2=9,24$, $p=0,0024$).

Выводы

1. У недоношенных детей с тяжелой степенью БЛД выявлена необходимость в более продолжительных ИВЛ и оксигенотерапии и более высоких концентрациях кислорода.
2. Дети с тяжелой степенью БЛД чаще нуждались в контролируемых режимах ИВЛ, а также более длительно находились в отделении интенсивной терапии и реанимации.