

Вопросы практической педиатрии

2008 • том 3 • № 5

Н а у ч н о - п р а к т и ч е с к и й ж у р н а л
д л я н е о н а т о л о г о в и п е д и а т р о в

Материалы III Ежегодного конгресса
и VI Съезда Российской ассоциации
специалистов перинатальной медицины
«Современная перинатология:
организация, технологии и качество»
(Москва, 29–30 сентября 2008 года)

On-line версия журнала
www.phdynasty.ru

Опыт применения Сурфактанта-БЛ у недоношенных детей старше 3 недель жизни

Володин Н.Н., Левадная А.В., Бабак О.А., Дегтярев Д.Н.

Российский государственный медицинский университет,
Москва;
Городская больница №8, Москва

Актуальность. Бронхолегочная дисплазия является одной из основных причин хронической легочной недостаточности у недоношенных детей с очень низкой массой тела. Нарушение синтеза сурфактанта в легких, а также повышенное разрушение его отдельных фракций при длительной респираторной терапии диктует необходимость проведения заместительной сурфактантной терапии у детей с ранним формированием бронхолегочной дисплазии (БЛД).

Цель исследования. Оценка эффективности отсроченных ингаляций Сурфактанта-БЛ в комплексной терапии детей с ранними признаками БЛД.

Пациенты и методы. Под наблюдением в ОРИН №2 ГБ №8, г. Москвы находилось 10 детей с ранними признаками БЛД, которым в комплексную терапию были включены ингаляции Сурфактанта-БЛ. Критериями включения была длительная искусственная вентиляция легких (более 2 нед после рождения), ранние рентгенологические признаки БЛД, масса тела при рождении менее 1500 г. Гестационный возраст составил $27,4 \pm 1,5$ нед, масса тела 1105 ± 248 г. Препарат вводился ингаляционно в дозе 75 мг\кг, в течение от 3 до 5 дней, с промежутком в 24 ч. Все дети находились

под тщательным клинико-лабораторным наблюдением; в процессе лечения проводился мониторинг основных физиологических параметров, включая показатели механики дыхания. 8 детям ингаляции начинались на фоне традиционной ИВЛ, 2 – на фоне СРАР через биназальные канюли.

Результаты. У всех детей до начала лечения была выраженная зависимость от кислорода (40-60%), низкие значения комплаенса. У 7 детей зависимость от дополнительного кислорода существенно уменьшилась через 2–7 дней от начала ингаляций. У 8 детей на фоне ингаляций Сурфактанта-БЛ отмечено увеличение комплаенса, снижение резистентности и увеличение объема вдоха. К концу курса заместительной сурфактантной терапии комплаенс увеличивался на 26–260%, объем вдоха – на 15–281%, резистентность снижалась на 11–114% по сравнению с исходными показателями. 4 ребенка были экстубированы во время курса лечения сурфактантом, 1 ребенок, получавший ингаляции на фоне СРАР, переведен на кислородную палатку. В то же время, у 3 детей ингаляции Сурфактанта-БЛ были приостановлены в связи с плохой их переносимостью (падением SatCO_2 , нарастанием бронхообструктивного синдрома и др.).

Выводы. Ингаляции Сурфактанта-БЛ, проводимые глубоко-недоношенным детям с ранними признаками БЛД, способствуют улучшению механических свойств легких и уменьшению зависимости детей от ИВЛ и дополнительного кислорода. Ингаляции Сурфактанта-БЛ могут быть предварительно рекомендованы к включению в комплексную терапию ранних стадий БЛД, при условии их хорошей индивидуальной переносимости. Требуется продолжение исследований в данной области.