

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ

Ш. Х. Миллиева, В. И. Лим, М. Ф. Усманова, Ш. М. Набиева, Р. Х. Хамдамова
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: глубоко недоношенные новорожденные, синдром дыхательных расстройств.

Таянч сўзлар: чуқур чала туғилган чақалоқлар, нафас бузилиш синдроми.

Keywords: deeply premature infants, respiratory distress syndrome

Обследовано 20 глубоконедоношенных с синдромом дыхательных расстройств. Выявлено, что данный синдром у глубоконедоношенных в раннем неонатальном периоде характеризуется изменением в системе сурфактанта, клиническая картина которых характеризуется пролонгированным развитием симптомов дыхательной недостаточности, рассеянными мелкими аталектазами, и симптомами воздушной бронхограммы с первых дней жизни.

ЧУҚУР ЧАЛА ТУВИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА НАФАС БУЗИЛИШ СИНДРОМИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ш. Х. Миллиева, В. И. Лим, М. Ф. Усманова, Ш. М. Набиева, Р. Х. Хамдамова
Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Нафас бузилиш синдроми билан 20 нафар чуқур чала туғилган чақалоқлар ўрганилганда аниқландики, бу синдром чуқур чала туғилган чақалоқларда эрта неонатал даврда сурфактантнинг ҳосил бўлишида ўзгаришлар билан характерланади, ҳаётининг 1 – кунларидан узоқ давом этувчи нафас етишмовчилиги, тарқалган кичик аталектазлар ва ўпкада ҳаволи бронхограмма симптомларининг ривожланиши билан намоён бўлади.

PECULIARITIES OF THE RESPONSE OF THE RESPIRATORY DISORDER SYNDROME IN DEEPLY-DISEASED

Sh. Kh. Millieva, V. I. Lim, M. F. Usmanova, Sh. M. Nabiyeva, R. Kh. Khamdamova
Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Twenty deeply depressed with respiratory distress syndrome were examined. It was revealed that this syndrome in deeply premature in the early neonatal period is characterized by a change in the surfactant system, the clinical picture of which is characterized by a prolonged development of respiratory failure symptoms, disseminated small atelectasis, and air bronchogram symptoms from the first days of life.

Актуальность проблемы. Респираторный дистресс – это синдром у новорожденных является одним из самых главных проблем в раннем неонатальном периоде. Развитие РДС возникает из-за морфофункциональных особенностей дыхательной системы новорожденного ребенка, особенно недоношенного. Так как сохраняется высокая летальность от РДС, в настоящее время интерес к изучению данного заболевания не иссякает [1, 3].

Частота встречаемости РДС тем выше, чем меньше гестационный возраст ребенка и масса тела при рождении [3]. Так, частота развития РДС при сроке гестации до 28 недель составляет 78-88%. При этом главным этиологическим фактором в развитии РДС у глубоконедоношенных новорожденных является недостаточность выработки и экскреции сурфактанта альвеолоцитами II типа, что связано с морфофункциональной незрелостью легочной ткани. Большое значение имеет быстрая инактивация сурфактанта на фоне тяжелой гипоксии и инфекции [1, 2, 3].

В связи с этим перед нами была поставлена **цель** по изучению особенностей клинического течения синдрома дыхательных расстройств у детей на современном этапе.

Материалы и методы: на базе отделения патологии новорожденных областного детского специализированного многопрофильного центра Самаркандской области было обследовано 20 глубоконедоношенных новорожденных со сроками гестации 28-32 недели и дыхательными расстройствами, которые были представлены РДС, преходящим тахипноэ новорожденных, врожденной и неонатальной пневмонией. Обследование включало определение общего состояния новорожденного, оценка по шкалам Апгар и Сильверман, общий и био-

химический анализ крови, а также по показаниям рентгенологическое исследование легких.

Результаты исследования. Все новорожденные с РДС рождаются в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, обусловленном дыхательной недостаточностью, неврологической симптоматикой, степенью перенесенной гипоксии и выраженной незрелостью при недоношенности.

Однако дети, что родились глубоконедоношенными значимо чаще имеют крайне тяжелое состояние при рождении по сравнению с детьми сравниваемых групп (65%).

Всем детям при рождении для определения тяжести асфиксии проводилась оценка по шкале Апгар, а тяжести дыхательной недостаточности - по шкале Сильверман. В асфиксии средней степени (по Апгар 4-5 баллов) родились 45%, в тяжелой асфиксии (по Апгар 3 и менее баллов) - 55%. К концу 5-й минуты жизни оценку по шкале Апгар 6-7 баллов имели всего 5% детей, 4-5 баллов—45%. Низкая оценка по шкале Апгар (3 и менее баллов) к концу 5-й минуты жизни сохранялась в основном у глубоко недоношенных детей (50%).

При оценке тяжести дыхательных нарушений по шкале Сильверман выявлено, что у детей с глубокой недоношенностью отмечалась тяжелая дыхательная недостаточность (50%).

На основании данных материнского анамнеза, клинической картины заболевания и результатов лабораторно-инструментальных исследований был выставлен диагноз РДС. Следует отметить, что у 15 (75%) глубоконедоношенных наблюдались признаки первичной сурфактантной недостаточности, а у 5 (25%) детей отмечались признаки врожденной пневмонии.

Все глубоконедоношенные новорожденные с РДС имели клинические признаки дыхательной недостаточности, при этом у глубоконедоношенных детей наиболее ранним признаком РДС был разлитой цианоз на багряно-красном фоне, который определялся сразу после рождения, затем появлялось вздутие грудной клетки в передне-верхних отделах, позже - вовлечение нижних межреберий и западение грудины, наличием парадоксального дыхания, экспираторных шумов, эпизодами апноэ, изменением цвета кожных покровов в виде общей цианотичности кожи, цианоза носогубного треугольника, акроцианоза, бледности и мраморности кожных покровов, потребностью в дополнительных концентрациях кислорода. У глубоконедоношенных детей встречались такие симптомы, как раздувание крыльев носа, звучный выдох, дыхание "трубача", выраженная одышка. Несмотря на вздутие грудной клетки, перкуторный тон был укороченный, при аускультации дыхание было резко ослабленным, проводилось плохо, на высоте вдоха с первых часов жизни у всех больных выслушиваются крепитирующие хрипы.

Все новорожденные данной группы имели лабораторные признаки дыхательной недостаточности, которые, по данным кислотно-щелочного состояния крови, оказывались гипоксемией, гиперкапнией и ацидозом.

В общеклинических анализах крови, полученных в первый день жизни, ни у одного ребенка не было признаков воспаления. В дальнейшем у 5 (25%) новорожденных с врожденной пневмонией наблюдалась отрицательная динамика показателей крови в виде нейтрофилеза, появления юных форм нейтрофилов, при этом отмечались клинические признаки нарастания тяжести дыхательной недостаточности. В ходе проведения дополнительных диагностических исследований 1 (5%) ребенку был выставлен диагноз некротизирующего энтероколита, 2 (10%) - острого пиелонефрита.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки на 1-2-е сутки жизни проводилось всем детям с РДС. Наиболее частым признаком РДС на рентгенограмме было диффузное снижение прозрачности легочных полей, реже наблюдались полосы просветлений в области корня легкого (воздушная бронхограмма), а также наблюдались участки рассеянных мелких аталектазов, что подтверждало первичную сурфактантную недостаточность у глубоконедоношенных.

Все глубоконедоношенные дети с РДС при рождении имели клинические признаки

перинатального поражения ЦНС (ПП ЦНС) гипоксического генеза. Основными причинами явились перенесенная внутриутробная гипоксия различной степени тяжести, интранатальная асфиксия.

Наиболее часто в группе детей с глубокой недоношенностью диагностировалась церебральная ишемия 2 степени (50%), тогда как церебральная ишемия III степени встречалась значительно реже, чем в группе доношенных детей (15% против 25% в 3 группе).

Внутричерепные кровоизлияния (ВЧК) диагностировали у всех детей данной группы и были представлены преимущественно желудочковыми кровоизлияниями (ВЖК). У подавляющего большинства новорожденных (85%) был диагностирован ВЖК III степени, а тяжелые формы ВЧК (ВЖК II- III степени, кровоизлияние в заднюю черепную ямку, в паренхиму мозга) в группах были обнаружены в единичном количестве. Преобладающим неврологическим синдромом у детей с РДС был синдром угнетения (100,0%).

Постгипоксические нарушения сердечно-сосудистой системы оказывались во всех обследуемых этой группы, в том числе у 1 ребенка был диагностирован гемодинамически значимый открытый артериальный проток.

Анемия смешанной этиологии была обнаружена у 8 (40%) детей с РДС, у 3 (15%) - легкая, у 3—среднетяжелая (15%) и у 2 (10%) - тяжелая. Конъюгационная желтуха была диагностирована у 7 (35%) новорожденных данной группы. Патология почек отмечалась у 2 (10%) детей данной группы и была представлена острым пиелонефритом. Патология органов желудочно-кишечного тракта в виде энтероколита была обнаружена у 1 (5%) ребенка. У всех обследованных глубоконедоношенных с РДС имел место дисбактериоз кишечника.

Лечение глубоконедоношенных детей с РДС проводилось в соответствии с методическим письмом. Матери 4 (20%) новорожденных получили полный курс стероидной профилактики РДС, 3 (15%) женщинам в связи с декомпенсированной фетоплацентарной недостаточностью и развитием острой гипоксии плода антенатальная профилактика РДС не проводилась.

С целью купирования симптомов дыхательной недостаточности все дети с РДС получали респираторную терапию. Выбор метода респираторной поддержки определялся тяжестью дыхательных нарушений.

Вспомогательная ИВЛ с концентрацией кислорода во вдыхаемой воздушной смеси 40-50% проводилась 4 (20%) глубоконедоношенным детям с тяжело протекающей РДС, неинвазивная ИВЛ методом nCPAP с использованием биназальной канюли с концентрацией кислорода во вдыхаемой воздушной смеси 21-35% - 16 (80 %). Средняя продолжительность респираторной терапии методом традиционной ИВЛ составила двое суток (48 часов), методом nCPAP - 2,8 суток (67,2 часа).

Стартовая антибактериальная терапия была назначена всем глубоко недоношенным детям с РДС. Кроме того, большинство детей (15 - 75%) получили один курс антибактериальной терапии, 5 (25%) новорожденным с инфекционно-воспалительной патологией почек и желудочно-кишечного тракта в связи с нарастанием тяжести клинической картины заболевания и воспалительных изменений в крови, выявленных при общем анализе, потребовалось 2 курса антибактериального лечения. Средняя продолжительность антибактериальной терапии в данной группе составила 16 суток. Летальность в этой группе составила 10%. Умерло 2 ребенка в раннем неонатальном периоде. Бронхолегочная дисплазия как результат ИВЛ была сформирована у 2 детей находящихся на ИВЛ (10%).

Выводы: Синдром дыхательных расстройств у глубоконедоношенных в раннем неонатальном периоде характеризуется изменением в системе сурфактанта, клиническая картина которых характеризуется пролонгированным развитием симптомов дыхательной недостаточности, рассеянными мелкими аталектазами, и симптомами воздушной бронхограммы с первых дней жизни.

Использованная литература:

1. Володин, Н.Н. Неонатология : нац. рук-во / под ред. Н. Н. Володиной. ГЭОТАР –Медиа, 2007.
2. Респираторный дистресс синдром у новорожденных.Методические рекомендации. // Гулямова М.А. с соав.Ташкент. 2010.
3. Фомичев, М.Б. Респираторный дистресс у новорожденных /под ред. М.Б.Фомичева. Екатеринбург, 2007.