

* * *

ВВЕДЕНИЕ СУРФАКТАНТА НЕДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ С СИНДРОМОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Темиршиков С.О.

**Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент
С.Т. Кизатова**

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский
университет Караганды», Караганда, Республика
Казахстан

Ключевые слова: обзор; новорождённые;
недоношенные; сурфактант

Актуальность. Неонатальная практика сосредоточена на снижении распространённости бронхолёгочной дисплазии (БЛД) и связанных с ней сопутствующих заболеваний. Доказано, что введение сурфактанта снижает риск смерти и БЛД у недоношенных детей. С момента своего появления в 1980 г. сурфактант произвёл революцию в лечении респираторного дистресс-синдрома (РДС). За прошедшие десятилетия стратегии введения сурфактанта значительно эволюционировали, охватывая целый ряд различных методов — от традици-

онного метода (интубация–введение сурфактанта–экстубация) до менее инвазивного введения сурфактанта (less invasive surfactant administration, LISA).

Цель обзора: определить лучшие методы ранней сурфактантной терапии у недоношенных детей с РДС.

Материалы и методы. Проведён анализ литературы по теме: сурфактантная терапия.

Результаты. В последние годы разработаны и активно применяются методика малоинвазивного введения сурфактанта — LISA в трахею через тонкий катетер под контролем прямой или видеоларингоскопии, которая рекомендована для введения спонтанно дышащим новорождённым, и введение сурфактанта через ларингеальную маску (ЛМ). Метод LISA основан на минимально инвазивном подходе, который позволяет вводить сурфактант через катетер, что снижает необходимость в интубации, обеспечивает более точное распределение сурфактанта по лёгким, что приводит к улучшению оксигенации и уменьшению времени, необходимого для механической вентиляции. Показано, что применение метода LISA способствует быстрому восстановлению лёгочной функции и уменьшению риска развития БЛД. С другой стороны, введение сурфактанта через ЛМ является менее инвазивным и более простым методом, который может быть использован в условиях, где доступ к специализированному оборудованию ограничен. ЛМ обеспечивает адекватную вентиляцию и позволяет быстро вводить сурфактант, что особенно важно в экстренных ситуациях. Это также уменьшает стресс для пациента, т. к. требует меньшего числа манипуляций по сравнению с интубацией. Комбинированный подход, использующий оба метода, может быть особенно эффективен в лечении недоношенных детей с РДС. Например, можно начать с введения сурфактанта через ЛМ в экстренной ситуации, а затем, при необходимости, перейти на метод LISA для дальнейшего лечения. Это обеспечит гибкость в выборе метода и позволит адаптироваться к меняющимся условиям здоровья пациента.

Заключение. Описанные методы введения сурфактанта имеют свои преимущества и могут использоваться в зависимости от клинической ситуации и состояния пациента, позволяют значительно улучшить клинические результаты и качество жизни недоношенных детей.

* * *