

* * *

ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ АСФИКСИИ ПРИ РОЖДЕНИИ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Хохлова А.П., Прошина М.Л., Фадюхина Д.И.,
Хан А.Д., Чотчаева А.Х.

Научный руководитель: доцент Е.А. Саркисян

Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова
Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети; бронхолёгочная дисплазия;
асфиксия; респираторная поддержка; респираторные
расстройства

Актуальность. Благодаря развитию неонатологии увеличилась выживаемость недоношенных детей. Однако часто сопровождающая таких детей асфиксия требует проведения респираторной поддержки, что негативно влияет на ещё не сформированную дыхательную систему и продлевает длительность кислородозависимости. **Цель:** определить влияние тяжести асфиксии при рождении на продолжительность респираторной поддержки и исходы у детей с бронхолёгочной дисплазией

Материалы и методы. Обследовано 40 детей с диагнозом Р27.1 Бронхолёгочная дисплазия. Выборка была разделена на 2 группы: 1-ю группу составили 18 детей со средним сроком гестации $31,8 \pm 5,7$ нед, средней оценкой по шкале Апгар более 6 баллов и массой тела при рождении $1638,8 \pm 1042,9$ г. Вторую группу составили 22 ребёнка со средним сроком гестации $26,5 \pm 1,2$ нед, средней оценкой по шкале Апгар менее 6 баллов и массой тела при рождении $826,5 \pm 194,9$ г.

Результаты. Основной диагноз: респираторный дистресс-синдром: у детей 1-й группы — 3 (16,7%), 2-й группы — 8 (36,4%); врождённая пневмония: у детей 1-й группы — 11 (61,1%), 2-й группы — 12 (54,5%); ателектаз: у детей 1-й группы — 1 (5,5%), 2-й группы — 1 (4,5%). Респираторная поддержка на момент поступления: у детей 1-й группы — 16 (88,9%), 2-й группы — 21 (95,5%); средняя концентрация кислорода: у детей 1-й группы — $51,5 \pm 21\%$, 2-й группы — $64,7 \pm 28,6\%$. По данным рентгенограммы лёгких: гиперинфляция: у детей 1-й группы — 8 (44,4%), 2-й группы — 13 (59,1%); интерстициальные изменения: у детей 1-й группы — 9 (50%), 2-й группы — 12 (54,5%); ателектазы: у детей 1-й группы — 3 (16,7%), 2-й группы — 2 (9,1%). По данным нейросонографии: гипоксически-ишемические изменения: у детей 1-й группы — 13 (72,2%), 2-й группы — 22 (100%); внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК): у детей 1-й группы — 9 (50%), 2-й группы — 18 (81,9%), в том числе III степени — у детей 1-й группы — 4 (22,2%), 2-й группы — 8 (36,4%). Некротизирующий энтероколит (НЭК): у детей 1-й группы — 7 (38,9%), 2-й группы — 12 (54,5%). Число койко-дней: у детей 1-й группы — $55,1 \pm 41$, 2-й группы — $87,6 \pm 59,3$, при этом сохранение кислородозависимости: у детей 1-й группы — 8 (44,4%), 2-й группы — 12 (54,5%). Летальный исход: у детей 1-й группы — 0, 2-й группы — 4 (18,2%).

Выводы. Дети с тяжёлой асфиксией при рождении нуждаются в длительной респираторной поддержке большими концентрациями кислорода. Помимо респираторных расстройств, у таких детей в структуре заболеваемости увеличена частота НЭК и ВЖК, что обусловлено гипоксией. У детей с низкими оценками по шкале Апгар чаще сохраняется кислородозависимость и наблюдаются летальные исходы, что определяет необходимость разработки новых методов лечения.

* * *