



может применяться медработниками первичного звена для оценки степени анемии без обязательного в большинстве случаев лабораторного подтверждения, что значительно упрощает ведение детей с ЖДА.

Проведение только коррекции питания с включением богатых железом ингредиентов, но без назначения препаратов железа, не способствует нормализации показателей красной крови. Для успешного лечения ЖДА различной степени наиболее целесообразным методом является комбинация

назначения препаратов железа с обязательной коррекцией микронутриентного состава пищи. Это позволяет достаточно быстро нормализовать показатели гемоглобина и удерживать их в пределах нормы продолжительное время.

Назначение препаратов железа в виде сиропа значительно снижает риск возникновения у детей в процессе лечения диспепсических нарушений, позволяет получить хороший контакт между родителями и медицинским работником, сформировать мотивацию на продолжение лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гайдукова С.Н., Выдыборец С.Б., Сивак Л.А., Ширинян Т.С. Железодефицитные анемии: современные подходы к диагностике и лечению. К., 2003, 32 с.
2. Захарова И.Н., Заплатников А.И., Малова Н.Е. Выбор препаратов железа для ферротерапии железодефицитной анемии у детей. Русский Медицинский Журнал, 2003, №1(11), 38-41
3. Коровина М.А., Заплатников А.И., Захарова И.Н. Железодефицитные анемии у детей. Руководство для врачей. М., 2001; 56 с.
4. Папаян А.В., Жукова Л. Ю. Анемии у детей. Руководство для врачей. С-П., 2001, 384 с.
5. Iron Deficiency Anemia Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers, WHO, 2001, p. 114
6. Интегрированное ведение болезней детского возраста. Пособие ИВБДВ. ВОЗ, 2008; 225 с.

СОВРЕМЕННЫЕ ВАРИАНТЫ ТЕРАПИИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Д.Т.Нарымбиева

ГККП «Родильный дом № 5» Управления здравоохранения Акимата г.Алматы

С тех пор как в 1980 году Fujiwara впервые успешно использовал препарат экзогенного сурфактанта при лечении болезни гиалиновых мембран [1], эта методика терапии респираторного дистресс-синдрома (РДС) приобрела всеобщее признание и стала использоваться повсеместно. Накопленный опыт позволяет совершенствовать технологии респираторной помощи преждевременно рожденным детям, но, в то же время, демонстрирует ряд проблем, сопровождающих сурфактантную терапию.

Для оказания эффективной помощи недоношенным новорожденным необходимо сложное высокотехнологичное медицинское оборудование. Мировой опыт решения данной проблемы заключается в создании специализированных перинатальных центров. В Республике Казахстан с 2008 года проводится большая работа по формированию трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным. Учреждения 2-3 уровней должны иметь все необходимые условия для приема преждевременных родов и полноценной интенсивной терапии недоношенных детей. Это позволило бы значительно снизить уровень младенческой смертности, увеличить выживаемость недоношенных новорожденных, в том числе глубоконедоношенных, с чрезвычайно низкой массой тела при рождении [2].

Французские исследователи, оценивая эффективность аналогичных организационных мероприятий в Парижском регионе в 1998-2003 годах, констатируют увеличение удельного веса недоношенных детей 24-31 недель гестации, родившихся в учреждениях 3-го уровня, с 67% до 77% [3]. Отмечен рост частоты антенатального использования глюкокортикостероидов (ГКС) для профилактики РДС и препаратов сурфактанта после рождения ребенка. Это привело к снижению летальности и частоты развития внутрижелудочковых кровоизлияний 3-4 степени (ВЖК III-IV). Однако при этом исследователями не отмечено снижения частоты развития бронхолегочной дисплазии (БЛД) и перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ), являющихся тяжелыми инвалидизирующими последствиями выхаживания недоношенных [3].

Восполнение дефицита эндогенного сурфактанта у недоношенного новорожденного с РДС путем его введения в легкие пациента патогенетически оправдано, но не является единственным способом решения всех проблем. Для успешного проведения сурфактантной терапии необходимо сложное медицинское оборудование для последующей респираторной поддержки и выхаживания недоношенного ребенка. Не менее важной составляющей успеха является опыт медицинского персонала, владение



методиками сурфактантной терапии и последующего ведения таких пациентов. Так в той же Франции сравнительный анализ результатов выхаживания недоношенных детей после широкого внедрения сурфактантной терапии в 2003-2005 годах продемонстрировал уже другие, более успешные результаты: помимо дальнейшего снижения летальности недоношенных новорожденных уже отмечено снижение частоты развития БЛД (9% против 19% в 1997г.) и ПВЛ (9% против 18%) [4]. Проводя сравнительный анализ результатов работы между концом 90-х годов и 2003-2005 гг., авторы констатируют значительное увеличение частоты антенатального использования ГКС для профилактики РДС (87% против 61%) и родоразрешения путем операции кесарева сечения (72% против 38%) [4].

Аналогичные результаты, отражающие накопление опыта сурфактантной терапии, приводят исследователи из Таиланда. В этой стране сурфактант долго не использовался из-за высокой стоимости и его применение начато лишь в 2003 году в рамках национальной программы. За три года (2003-2005) 91 ребенок получил сурфактант. При этом отмечено снижение летальности почти в 2 раза, сокращение длительности ИВЛ в 2,5 раза, но при этом отмечен рост частоты развития БЛД в 2,2 раза [5]. Ситуация аналогична описываемой французскими исследователями в конце 90-х годов.

Наш 5-летний опыт работы (родильный дом №5, город Алматы) также демонстрирует, что наличие у неонатальной службы условий для полноценной интенсивной терапии недоношенных новорожденных, в том числе с чрезвычайно низкой массой тела при рождении, позволяет акушерам-гинекологам применять более активную тактику ведения преждевременных родов, включая широкое профилактическое использование ГКС и оперативного родоразрешения, снижающего интранатальную травматизацию недоношенных детей.

Первый наш опыт сурфактантной терапии датируется ноябрем 2003 года. При этом сразу отмечено резкое снижение общей летальности в отделении интенсивной терапии и реанимации новорожденных с 20,74% в 2004 году до 13,9% в 2005 году и 9,0% в 2008 году.

Нами проведен анализ динамики летальности недоношенных детей с очень и чрезвычайно низкой массой тела при рождении и изменение выживаемости новорожденных, получавших сурфактантную терапию препаратом «Курсурф» за 2005 – 2008 годы. Динамика летальности детей с массой тела при рождении менее 1500 грамм и с массой тела при рождении менее 1000 грамм за этот период приведены в таблице 1.

Как следует из данных таблицы 1, несмотря на имеющийся большой опыт заместительной сурфактантной терапии, показатели продолжают улучшаться. Это связано с целым рядом причин, таких как более широкое проведение антенатальной профилактики РДС и корректность респираторной терапии детей в постнатальном периоде. И если ГКС профилактика РДС не вызывает больших разногласий в профессиональной среде, то взгляды на оптимальные варианты респираторной терапии в постнатальном периоде (по данным современной научной медицинской литературы) весьма вариabельны.

Анализ 20-летнего опыта антенатального профилактического использования ГКС в Швеции продемонстрировал его успешность в виде снижения частоты развития РДС и ретинопатии недоношенных. При этом к 9-летнему возрасту катамнез детей, получавших ГКС-профилактику, не сопровождался увеличением частоты нейросенсорных расстройств [6].

Несмотря на широкое использование ГКС для антенатальной профилактики РДС, проблема этой патологии полностью не решена и сурфактантная терапия является стандартом в лечении дыхательной недостаточности у недоношенных детей [7,8]. На сегодняшний день существует две стратегии заместительной терапии препаратами экзогенного сурфактанта. Классическая стратегия предусматривает выборочное введение сурфактанта недоношенному ребенку в случае клинической манифестации и рентгенологической верификации РДС. Приобретающая все большую популярность стратегия раннего (сверххранного) назначения сурфактанта, предусматривает его введение в первые минуты после рождения недоношенного ребенка при первых клинических проявлениях дыхательных расстройств или без них, с профилактической целью с последующей быстрой (менее 1 часа) экстубацией и переводом на спонтанное дыхание под постоянным положительным давлением (CPAP) через назальные канюли. Имеются данные, что при использовании классической стратегии количество детей, находившихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и количество израсходованного сурфактанта ниже [9]. Раннее, сверххранное и профилактическое введение сурфактанта сопровождается необходимостью интубации трахеи и проведения ИВЛ, что сопряжено с риском формирования БЛД. В то же время по статистике РДС развивается у недоношенных новорожденных не в 100% случаев, особенно с учетом проводимой антенатальной ГКС-профилактики, и некоторая часть детей могла бы весьма эффективно лечиться малоинвазивными

Таблица 1. Динамика летальности недоношенных новорожденных

год	Дети с массой тела до 1500г			Дети с массой тела до 1000г		
	Всего	Умерло	Летальность	Всего	Умерло	Летальность
2005	11	3	7,8%	52	11	21,2%
2006	18	5	5,6%	59	8	13,6%
2007	135	5	3,7%	76	12	15,8%
2008	87	2	2,3%	79	5	6,3%



методами, а именно методом CPAP без интубации трахеи и проведения ИВЛ [7,10]. В современной научной медицинской литературе имеется много данных, демонстрирующих эффективность методики неинвазивной респираторной поддержки недоношенных новорожденных в виде стартового

использования назального CPAP. При этом исследователи отмечают более высокую эффективность такого вида респираторной помощи, чем ручная ИВЛ или «мягкая» аппаратная вентиляция, что проявляется снижением частоты потребовавшейся интубации трахеи, введения сурфактанта и ИВЛ [12].

ЛИТЕРАТУРА:

1. Fujiwara T., Maeta H., Chida S. et al. Artificial surfactant therapy in hyaline membrane disease. J. Lancet. 1980; 55.
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 746 «О регионализации перинатальной помощи в Республике Казахстан». www.mz.gov.kz
3. Zeitlin J, Ancel PY, Delmas D et al. Changes in care and outcome of very preterm babies in the Parisian region between 1998 and 2003. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2009; Apr 23.
4. Veit-Sauca B, Boulahtouf H, Mariette JB et al. Regionalization of perinatal care helps to reduce neonatal mortality and morbidity in very preterm infants and requires updated information for caregivers. Arch Pediatr. 2008; 6: 1042-1048.
5. Chotigeat U., Promwong N., Kanjanapattanakul W. et al. Comparison outcomes of surfactant therapy in respiratory distress syndrome in two periods. J. Med Assoc Thai. 2008; 3: 109-114.
6. Eriksson L., Haglund B., Ewald U. et al. Short and long-term effects of antenatal corticosteroids assessed in a cohort of 7,827 children born preterm. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009; Jun 30: 1-6.
7. Sweet D.G., Halliday H.L. The use of surfactants in 2009. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2009; 3: 78-83.
8. Seger N., Soll R. Animal derived surfactant extract for treatment of respiratory distress syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 2: CD007836.
9. Stevens T.P., Blennow M., Soll R.F. Early surfactant administration with brief ventilation vs selective surfactant and continued mechanical ventilation for preterm infants with or at risk for RDS. Cochrane Database Syst Rev. 2002; 2: CD003063.
10. Nowadzky T., Pantoja A., Britton J.R. Bubble continuous positive airway pressure, a potentially better practice, reduces the use of mechanical ventilation among very low birth weight infants with respiratory distress syndrome. Pediatrics. 2009; 6: 1534-1540.
11. Pas A.B., Spaans V.M., Rijken M. et al. Early nasal continuous positive airway pressure and low threshold for intubation in very preterm infants. Acta Paediatr. 2008; 8: 1049-1054.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА СПОНТАННОГО ДЫХАНИЯ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Д.Т.Нарымбиева

ГККП «Родильный дом № 5» Управления здравоохранения Акимата г.Алматы

Респираторная недостаточность является главной причиной смерти новорожденных, в связи с чем ее профилактика и лечение являются крайне актуальными в неонатологии. Проведение инвазивной вентиляции легких является эффективным методом устранения гипоксии, но при длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) индуцируется развитие вентилятор-ассоциированной нозокомиальной пневмонии, а также нарушаются эластические свойства легких, что приводит к бронхолегочной дисплазии.

Постоянное положительное давление в дыхательных путях при спонтанном дыхании, создаваемое через носовые канюли (CPAP) - форма неинвазивной вентиляции легких, которая становится

все более популярным методом респираторной поддержки у новорожденных детей с различной патологией.

Методика известна с середины 70-х годов, но более широкое применение она получила лишь в последнее десятилетие, что обусловлено возрастающей частотой осложнений искусственной вентиляции легких, особенно у детей с экстремально низкой массой тела. Применение метода назального CPAP позволяет в некоторых клинических ситуациях добиться респираторной стабилизации без применения инвазивной вентиляции.

Материалы и методы исследования.

Аппарат NCPAP с переменным потоком (Infant Flow Driver), для неинвазивной респираторной под-