

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ СТАРТОВОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ У «ПОЗДНИХ» НЕДОНОШЕННЫХ

Ускова С. Ю. Васильев Н. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Солодкова И.В.

Кафедра госпитальной педиатрии

Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской университет

Отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных Всеволожской клинической больницы
(зав.отд. Шакалис Д. В.)

Контактная информация: Ускова Светлана Юрьевна-студентка 6 курса, педиатрический университет.

E-mail: suskovamiss@gmail.com

Ключевые слова: «поздние» недоношенные, респираторная недостаточность, дыхательная поддержка, СРАР-терапия.

Актуальность исследования: «поздние» недоношенные (ПН) — новорожденные с гестационным возрастом (ГВ) 34 0/7 — 36 6/7 недель. Это «почти доношенные» дети, высокой группы риска по постнатальной заболеваемости (более 13%), на первом месте стоит респираторный дистресс-синдром (РДС).

Цель исследования: для улучшения оказания качества помощи провести СРАР-терапию через лицевую маску Т-коннектором в течении 30 минут в условиях родильного зала всем недоношенным из группы риска.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ влияния стартовой респираторной поддержки у ПН за период с января 2017 г по декабрь 2018 г в ОРИТМ в ГБУЗ ЛО «Всеволожская КМБ» по 341 истории новорожденного и 341 медицинской карте стационарного больного. Изучались зафиксированные в медицинской документации техники начальной дыхательной поддержки (согласно вкладыш-картам по первичной реанимации) и дальнейшая респираторная поддержка (РП) в течении 72 часов после рождения (согласно ежесуточным реанимационным листам в историях). Учитывался метод родоразрешения — роды через естественные родовые пути, оперативные путем операции «кесарево сечения». Учет антенатальной кортикостероидной профилактики не проводился, поскольку по акушерским клиническим рекомендациям по ведению преждевременных родов, женщинам со сроком беременности более 34х недель, она не показана.

Критериями включения в исследование были ПН с признаками дыхательной недостаточности (ДН) не тяжелой степени, с ГВ при рождении 34 0/7 — 36 6/7 недель. Критерии исключения: ПН с ГВ 34 0/7 — 36 6/7 недель с ДН тяжелой степени (потребовавшие для стабилизации проведения интубации трахеи на первых минутах после рождения), рожденные в состоянии асфиксии тяжелой степени (оценка по Апгар 3 и менее баллов в конце 1й минуты), имеющие значимые аномалии развития сердечно-сосудистой и/или дыхательных систем.

Всем новорожденным соответствующим критериям включения с первых минут (после проведения начальных мероприятий и с появившимися признаками ДН) проводился СРАР-терапия через лицевую маску Т-коннектором (FiO_2 -0,21; СРАР +6 см H_2O) в течении 30 минут в условиях родильного зала/операционной. Время наблюдения за потребностью в дальнейшей РП — 72 часа.

Результаты: из 341 новорожденного, стартовую РП СРАР получили — 100%. Доля пациентов получивших неинвазивную принудительную РП или механическую пациент-триггерную ИВЛ через эндотрахеальную трубку составила — 8% в 2017 г и 4% в 2018 г. То есть уменьшилась доля развития РДС до 18%, а так же необходимость в проведении механической пациент-триггерной ИВЛ через эндотрахеальную трубку до 3%. Сократилось время пребывания новорожденных в ОРИТН в среднем на 3 койко-дня.

Выводы: стартовая РП у ПН, путём создания постоянного положительного давления в дыхательных путях, является безопасным и эффективным методом, позволяющим уменьшить количество новорожденных с тяжелым РДС, и, соответственно, сократить время их пребывания

в ОРИТН для новорождённых с повышением экономической эффективности при лечении таких пациентов.

Литература

1. Респираторный дистресс у новорожденных. Под ред., М.В. Фомичева. Изд. «МЕДпресс-информ» 2017г.
2. Управление неонатальным респираторным дистресс-синдромом у недоношенных детей (европейское консенсусное руководство-обновление 2015 года) S Sakonidou et al. Arch Dis Child Education Pract Ed.2015 Oct.
3. Клинические рекомендации. Ведение новорожденных с респираторным дистресс-синдромом. 2015г.