

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ТРАНЗИТОРНОГО ТАХИПНОЭ У НОВОРОЖДЁННОГО. ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Шестак Евгений Вячеславович, Ковтун Ольга Петровна

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области Екатеринбургский клинический перинатальный центр. 620137, Екатеринбург, ул. Коммунальная, д. 3

E-mail: shestakev@yandex.ru

Ключевые слова: ТТН; дыхательная недостаточность; родовой зал; новорождённый; лечение; респираторная терапия; СРАР

Введение. Транзиторное тахипноэ новорождённых (ТТН) — это заболевание характеризующееся задержкой удаления фетальной жидкости из лёгких. Частота ТТН не превышает 1% среди живорождённых новорождённых, но при сочетании факторов риска повышается до 5–6%. Прогрессирование ТТН может приводить к госпитализации в ОРИТН, ИВЛ и даже смерти по некоторым источникам. В настоящее время подходы к терапии данного заболевания крайне гетерогенны и требуют дополнительного изучения.

Цель исследования. Оптимизация ранней респираторной стратегии лечения ТТН на этапе родового зала

Материалы и методы. Настоящее исследование выполнено на кафедре поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России в период с 2020 по 2022 гг. Набор клинического материала, лабораторные и инструментальные исследования осуществлялись на базе ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» акушерский стационар №1 (АС№1 ГБУЗ СО «ЕКПЦ») (главный врач, к.м.н. Мартиросян С.В.). Исследование разделено на 2 периода: ретроспективное и проспективное исследование. Дизайн: когортное, одноцентровое.

Критерии включения в исследование: доношенные новорождённые (с ГВ от 37⁰ до 41⁶ недель); диагноз ТТН; проведение респираторной поддержки любого вида в первые часы жизни; дата рождения в период с 01.01.2020 по 31.12.2020 в АС№1 ГБУЗ СО «ЕКПЦ». Критерии исключения: тяжёлая асфиксия при рождении (любой из критериев: оценка по шкале Апгар ≤ 5 на 10 минуте; сохраняющаяся потребность в ИВЛ на 10 минуте жизни; ацидоз в первом анализе крови (пуповинной, капиллярной или венозной), взятых в течение первых 60 минут жизни, pH < 7.0 или BE ≥ 16 ммоль/л); ранняя или поздняя неонатальная инфекция; клинически выраженные судороги (тонические, клонические, смешанные); потребность в сердечно — лёгочной реанимации после рождения (ИВЛ и непрямой массаж сердца; введение адреналина, как в/в, так и в ЭТТ); диагностируемые в процессе госпитализации значимые врождённые пороки развития дыхательной системы, сердца и другие пороки развития, которые могли бы оказывать влияние на ход исследования; отказ законного представителя от госпитализации, и ранняя выписка из МО; перевод в другую МО (медицинскую организацию) по поводу выявленной хирургической патологии.

На ретроспективном этапе проведён анализ факторов риска ТТН, особенностей терапии и клинического течения заболевания. Всего за 2020 год в ГБУЗ СО «ЕКПЦ» АС№1 родилось 4669 детей. Доношенных 3901 (83,5%). В окончательном ретроспективном анализе принял участие 201 ребёнок.

Проспективное исследование заключалось в создании протокола терапии СРАР на этапе родового зала, с оценкой дыхательных нарушений новорождённого по шкале Downes. Прописаны критерии как к началу СРАР, так и прекращению СРАР-терапии, а также критерии маршрутизации пациента из родового зала и условия транспортировки. Набор пациентов в проспективный этап исследования происходил в период с 01.07.2021 по 31.12.2021 года на базе ГБУЗ СО «ЕКПЦ» АС№1. Всего за 2021 год в ГБУЗ СО «ЕКПЦ» АС№1 родилось 5144 ребёнка. Из них доношенных 4259 (82,8%) детей. За период проведения исследования с 01.07.2021 по

31.12.2021 родилось 2463 детей, из них в доношенном сроке 2057 (83,5%) детей. В группу исследования включены 126 пациентов.

Результаты. При сравнении двух групп (Группа 2020 — до введения Протокола и Группа 2021 — после введения Протокола) (Таблица 1) не отмечено достоверных различий в анамнезе беременности и родов, по большинству исследуемых критериев ($p > 0,05$). Сравнительный анализ общих характеристик исследуемых групп не показал достоверных различий по ГВ, массе тела при рождении и полу ($p > 0,05$). Далее на этапах НО, ОРИТН и ОПН следовала значительная статистическая разница в клиническом течении ТТН между группами с $p < 0,001$. Пациенты в Группе 2020 чаще госпитализировались из родового зала в ОРИТН (54,2% против 16,7%) и из НО в ОРИТН (15% против 3,2%), общее количество, соответственно общее число пациентов госпитализированных в ОРИТН оказалось больше в Группе 2020 (69,7% против 19%). Также пациенты в Группе 2020 чаще требовали установки венозных доступов (88,6% против 11,1%), в том числе пупочного венозного катетера (24,4% против 0%), и периферического венозного катетера (74,6% против 11,1%), выше процент назначения АБТ (33,8 против 4%), и проведения парентерального питания (87,6% против 10,3%). Дети в Группе 2020 более чем в 2 раза чаще госпитализировались в ОПН (82,1% против 35,7%), с более продолжительным нахождением в ОПН (8 (6–10) дней против 7 (5–10); $p = 0.009$) и более чем в 3 раза более продолжительным общим сроком госпитализации (10 (8–12) дней против 3 (2–8) дней; $p < 0,001$).

Заключение. Введение в рутинную практику стандартизированного подхода к респираторной терапии ранних дыхательных нарушений на этапе родового зала пациентам с ТТН позволило значительно уменьшить тяжесть заболевания, частоту церебральной ишемии, а также снизить продолжительность общей госпитализации и снизить продолжительность