



Дело Жизни

№2 (22) 2017

медицинский журнал

ДРКБ – флагман детского
здравоохранения РТ

Клиническая интерпретация
ЭКГ в практике неонатолога

Актуальные вопросы
профилактики детского
кариеса

содержание:

ОФИЦИАЛЬНО

Конференции, события, мероприятия	6
Адель Вафин: «В 2016 году медикам Татарстана удалось сохранить жизнь 1589 людей».....	8
ДРКБ – флагман детского здравоохранения РТ. Шавалиев Р.Ф.	10
Нейрореабилитация детей раннего возраста: проблемы и достижения. Гайнетдинова Д.Д.	12

НЕОНАТОЛОГИЯ

Клиническая интерпретация ЭКГ в практике неонатолога. Садыкова Д.И.	15
Принципы терапии и профилактики острого респираторного дистресс-синдрома новорожденных. Рыбкина Н.Л.	18
Особенности грудного вскармливания и введения прикорма недоношенным детям. Волгина С.Я.	21

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ

Дисбиозы у детей и принципы их коррекции. Николаева И.В.	26
Клинические проявления и терапия ОРВИ у детей. Мамлеев Р.Н.	29

ДЕТСКАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Рациональные подходы к диагностике и терапии аденоидитов у детей. Мосихин С.Б.	32
Принципы подбора и настройки слуховых аппаратов в детском возрасте.	34

ДЕТСКАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Этиология внебольничной пневмонии у детей – современный взгляд на проблему. Вахитов Х.М., Ибрагимова Ж.Р., Сафиуллин Т.Р.	36
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Актуальные вопросы профилактики детского кариеса. Сафина Р.М.	38
----------------------------------------------------------------------------	----

ДЕТСКАЯ ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

Лечение врожденной косолапости методом Понсети. Лобашов В.В.	40
---------------------------------------------------------------------------	----

Медицинский журнал «Дело Жизни» №2 (22) 2017 16+
Рекламно-информационное издание для специалистов
в области медицины

Учредитель: ООО «АльфаМед Пресса»

Директор: Дамир Мансурович Буреев

Издатель: ООО «АльфаМед Пресса»

Адрес издателя и редакции:

420012, г. Казань, ул. Шапова, д. 26, корпус Б, офис 105

Тел.: (843) 2 333 197, 2 333 198

e-mail: info.alfamp@mail.ru

Руководитель проекта:

Альбина Габдулхаковна Гиниятуллина

amp-albina@mail.ru

Главный редактор:

Елена Валерьевна Павлова

amp-red@yandex.ru

Отдел рекламы:

тел.: (843) 2 333 879/amp-delo@mail.ru

Дизайн и верстка:

Диана Шафикова

Журналисты:

Елена Рычкова, Эмма Ситдикова

Корректор:

Людмила Краснова

Отдел подписки и распространения:

тел.: (843) 2 333 197

Адрес типографии: ООО «Карти»

г. Казань, ул. Восстания, д. 100

Заказ №0088

Дата сдачи в печать: 24.02.17

Дата выхода: 28.02.2017

Тираж: 30 000 экземпляров

Периодичность: ежемесячно

Распространяется бесплатно
среди специалистов в области медицины

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ16-01330 от 11.02.2015 г. выдано Управлением Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Республике Татарстан (Татарстан).

Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов. Исключительные (имущественные) права с момента получения материалов принадлежат редакции.

Полная или частичная перепечатка материалов без письменного разрешения редакции не допускается. За содержание рекламных материалов ответственность несет рекламодатель. Все рекламируемые в журнале товары и услуги подлежат обязательной сертификации и лицензированию.

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС- СИНДРОМА НОВОРОЖДЕННЫХ



Рыбкина Надежда Леонидовна

врач-неонатолог отделения для новорожденных детей ГАУЗ РКБ МЗ РТ, доцент кафедры педиатрии и неонатологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, кандидат медицинских наук

Острый респираторный дистресс-синдром у новорожденных – серьезная проблема, особенно если учесть, что неонатологи сегодня занимаются выживанием новорожденных детей с экстремально низкой массой тела (от 500 г и более, а в случае двойни, тройни – от 400 г и более), и таких детей достаточно большое количество. Риск респираторного дистресс-синдрома высок у всех недоношенных детей, а это порядка 8-10% ранних недоношенных детей от общего числа новорожденных и порядка 70% детей, рожденных на 34–37-й неделе гестации. При этом срок гестации и риск дистресс-синдрома напрямую связаны, поскольку сурфактант, необходимый для нормального функционирования органов дыхания, у ребенка начинает вырабатываться с 24-й недели гестации.

О современном подходе к респираторному дистресс-синдрому у новорожденных и методах терапии данного синдрома рассказала врач-неонатолог отделения для новорожденных детей ГАУЗ РКБ МЗ РТ, доцент кафедры педиатрии и неонатологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ Надежда Леонидовна Рыбкина.

– Надежда Леонидовна, что сегодня понимается под термином «респираторный дистресс-синдром новорожденного»? Какие причины и факторы провоцируют его развитие?

– Респираторный дистресс-синдром определяется как расстройство дыхания у недоношенных детей в первые дни жизни, обусловленное первичным дефицитом сурфактанта и незрелостью легких. Респираторный дистресс-синдром – наиболее частая причина, по которой у недоношенных новорожденных детей в раннем неонатальном периоде возникает дыхательная недостаточность. Основной причиной развития синдрома является нарушение синтеза и экскреции сурфактанта альвеолоцитами 2-го типа, связанное с функциональной и структурной незрелостью легочной ткани. Крайне редко респираторный дистресс-синдром связан с врожденным качественным дефектом структуры сурфактанта.

Факторами, предрасполагающими к возникновению этого синдрома у новорожденных, являются: развитие респираторного дистресс-синдрома у сибсов; гестационный диабет и сахарный диабет 1-го типа у матери; гемолитическая болезнь новорожденного; преждевременная отслойка плаценты; преждевременные роды; и в особенности – мужской пол плода при преждевременных родах; кесарево сечение до начала родовой деятельности; асфиксия новорожденного.

– Чем характеризуется специфическая клиническая картина респираторного дистресс-синдрома новорожденных?

– Характерная клиническая картина дистресс-синдрома у новорожденного – это возникающая в первые минуты (часы) жизни одышка; обусловленные развитием компенсаторного спазма голосовой щели на выдохе экспираторные шумы («стонущее дыхание»); западение грудной клетки на вдохе (втягивание мечевидного отростка грудины, подложечной области, межреберий, надключичных ямок) с одновременным возникновением напряжения крыльев носа, раздувания щек («дыхание трубочка»); цианоз при дыхании воздухом. Для синдрома также свойственны ослабление дыхания в легких, крепитирующие хрипы при аускультации, а также нарастающая потребность в дополнительной оксигенации.

Клиническая оценка степени тяжести дыхательных нарушений проводится по шкале Сильверман (Silverman) у недоношенных и по шкале Доунс (Downes) у доношенных новорожденных как с диагностической целью, так и для оценки эффективности проводимой респираторной терапии или в качестве показателя для ее начала (наряду с оценкой потребности новорожденного в дополнительной оксигенации может являться критерием для изменения тактики лечения).

Рентгенологическая картина респираторного дистресс-синдрома зависит от тяжести заболевания – от небольшого изменения пневматизации до «белых легких». Характерные признаки: диффузное снижение прозрачности легочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области

корня легкого (воздушная бронхограмма). Рентгенологическое исследование показано в первые сутки жизни всем новорожденным с нарушениями дыхания. Следует, однако, заметить, что данные изменения неспецифичны и могут выявляться также при раннем неонатальном сепсисе и врожденной пневмонии.

Всем новорожденным с дыхательными нарушениями в первые часы жизни, помимо рутинных анализов крови на кислотно-основное состояние, общий анализ крови и уровень глюкозы, рекомендовано проведение: анализа маркеров инфекционного процесса с целью исключения инфекционного генеза дыхательных нарушений; определение С-реактивного белка в крови; микробиологический посев крови. Респираторный дистресс-синдром характеризуется отрицательными маркерами воспаления и отрицательным результатом микробиологического исследования крови. Дифференциальная диагностика респираторного дистресс-синдрома проводится с такими состояниями, как транзиторное тахипноэ новорожденных, ранний неонатальный сепсис, врожденная пневмония, синдром мекониальной аспирации, пневмоторакс, персистирующая легочная гипертензия новорожденных, аплазия/гипоплазия легких, врожденная диафрагмальная грыжа.

– Какие методы сегодня применяются для профилактики синдрома?

– Развитие респираторного дистресс-синдрома можно и нужно профилактировать, и это задача акушера-гинеколога, наблюдающего женщину во время беременности. Существуют известные методы фармакопрофилактики респираторного дистресс-синдрома. Так, беременным женщинам на сроке гестации 23-34 недели при угрозе преждевременных родов следует назначать профилактический курс кортикостероидов по одной из альтернативных схем пренатальной профилактики респираторного дистресс-синдрома. Это может быть бетаметазон 12 мг внутримышечно через 24 часа (всего 2 дозы на курс) либо дексаметазон 6 мг внутримышечно через 12 часов (всего 4 дозы на курс). Максимальный эффект терапии стероидами развивается через 24 часа от начала терапии и продолжается в течение недели, значительно снижаясь к концу второй недели. Второй курс профилактики кортикостероидами показан спустя 2-3 недели после первого в случае повторной угрозы преждевременных родов на сроке гестации не менее 33 недель (класс доказательности – А).

Считается, что эффективность профилактических мер высока в случае, если они были проведены правильно и не менее чем за сутки до родов: в случае более позднего введения гормоны не успевают оказать свое действие по причине незрелости легких у плода. К сожалению, несмотря на обширную доказательную базу этих методов, большое количество женщин до сих пор не получают эту терапию. Хотя нужно отметить, что число беременных, у которых были приняты меры профилактики респираторного дистресс-синдрома, неуклонно растет.

– Какие мероприятия составляют основу фармакотерапии синдрома, если меры пренатальной профилактики не были приняты?

– В этом случае должна быть проведена сурфактантная терапия. В соответствии с протоколом ведения новорожденных с респираторным дистресс-синдромом введение сурфактанта может быть рекомендовано: профилактически в первые 20 минут жизни всем детям, родившимся на сроке гестации 26 недель (при условии, что полный курс антенатальной про-

филактики стероидами не был проведен и при невозможности проведения неинвазивной респираторной терапии в родильном зале); всем детям гестационного возраста менее 30 недель, потребовавшим интубации трахеи в родильном зале (наиболее эффективное время введения – также первые 20 минут жизни); недоношенным детям, рожденным более чем на 30-й неделе гестации, потребовавшим интубации трахеи в родильном зале при сохраняющейся зависимости от FiO_2 более 0,3-0,4 (наиболее эффективное время введения – первые два часа жизни); недоношенным детям на стартовой респираторной терапии методом СРАР (continuous positive air way pressure – постоянное давление в дыхательных путях) в родильном зале при потребности в FiO_2 0,5 и более для достижения $SpO_2=85\%$ к 10-й минуте жизни и отсутствии регресса дыхательных нарушений, а также улучшения оксигенации в последующие 10-15 минут.

Детям, родившимся на сроке гестации менее 28 недель, на стартовой терапии методом СРАР, при наличии показаний в родильном зале сурфактант может быть введен неинвазивным методом. Детям большего гестационного возраста при тех же условиях – традиционным методом. Также сурфактантная терапия проводится в отделении реанимации детям, родившимся на сроке менее 31 недели, на респираторной терапии методом СРАР/неинвазивной ИВЛ при оценке по шкале Сильверман более трех баллов в первые 3-6 часов жизни и/или потребности в FiO_2 до 0,35 у пациентов менее 1000 г и до 0,4 у детей более 1000 г.

Необходимо отметить, что повторно вводить сурфактант по показаниям следует только после проведения рентгенографии органов грудной клетки (детям на ИВЛ с тяжелым течением респираторного дистресс-синдрома может быть показано и третье введение сурфактанта). Противопоказаниями к сурфактантной терапии служат профузное легочное кровотечение, пневмоторакс.

К препаратам экзогенного сурфактанта, зарегистрированным на территории РФ и рекомендованным сегодня к применению, относятся порактант альфа (курсорф), сурфактант БЛ, бовактант (альвеофакт). В нашей клинической практике наиболее распространенным в настоящее время является препарат «Курсорф». Как отмечается в протоколе ведения новорожденных с респираторным дистресс-синдромом, препараты сурфактанта не одинаковы по своей эффективности, а исход лечения во многом зависит от режима дозирования препаратов. Так, рекомендуемая стартовая дозировка порактанта альфа составляет 200 мг/кг – это более эффективная дозировка, нежели 100 мг/кг (также рекомендованная производителем), которая приводит к наилучшим результатам лечения недоношенных с респираторным дистресс-синдромом (класс доказательности – А).

Что касается бовактанта, то рекомендованная производителем дозировка составляет 50 мг/кг, и на сегодняшний день эта доза является стандартной. Вместе с тем стоит отметить, что, по данным некоторых исследований, при использовании дозировки 100 мг/кг бовактанта у недоношенных с респираторным дистресс-синдромом отмечалось снижение частоты интестициальной эмфиземы в два раза по сравнению со стандартной дозировкой. Антибактериальная терапия новорожденным при респираторном дистресс-синдроме не показана. Однако в период проведения дифференциальной диагностики указанного синдрома с врожденной пневмонией или с ранним неонатальным сепсисом, проводимой в первые

48-72 часа жизни, целесообразно назначение антибактериальной терапии с последующей быстрой ее отменой в случае получения отрицательных маркеров воспаления и отрицательного результата микробиологического исследования крови.

Назначение антибактериальной терапии на период проведения дифференциальной диагностики может быть показано детям с массой тела менее 1500 г, детям, находящимся на инвазивной ИВЛ, а также детям, у которых результаты маркеров воспаления, полученные в первые часы жизни, сомнительны. Препаратами выбора может являться сочетание антибиотиков пенициллинового ряда и аминогликозидов или один антибиотик широкого спектра из группы защищенных пенициллинов. При этом не следует назначать амоксициллина клавуланат в связи с возможным неблагоприятным воздействием клавулановой кислоты на кишечную стенку у недоношенных.

— С помощью каких методов может быть произведено введение сурфактанта?

— В родильном зале могут использоваться два основных метода введения: традиционный (через интубационную трубку) и «неинвазивный» (или «малоинвазивный»). Сурфактант можно вводить через интубационную трубку с боковым портом или при помощи катетера, введенного в обычную однопросветную интубационную трубку. Болюсное введение обеспечивает наиболее эффективное распределение сурфактанта в легких. У детей массой тела менее 750 г допустимо разделить препарат на две равные части, которые следует ввести одну за другой с интервалом в 1-2 минуты. Экстубация, как правило, проводится после транспортировки пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) при отсутствии противопоказаний.

Неинвазивный метод введения сурфактанта может быть рекомендован к использованию у детей, родившихся на сроке гестации 28 недель и менее. Этот метод позволяет избежать интубации трахеи, снизить потребность в проведении инвазивной ИВЛ у глубоко недоношенных и, как следствие, минимизировать ИВЛ-ассоциированное повреждение легких. Неинвазивный метод проводится на фоне самостоятельного дыхания ребенка, респираторная терапия которому осуществляется методом СРАР. Во время введения сурфактанта продолжается респираторная терапия СРАР. При регистрации апноэ, брадикардии следует временно прекратить введение и возобновить после нормализации уровня ЧСС и дыхания. После введения сурфактанта и извлечения зонда следует продолжить СРАР или неинвазивную ИВЛ.

В ОРИТН детям на СРАР при наличии показаний к введению сурфактанта рекомендуется введение сурфактанта методом INSURE (INtubate-SURfactant-Extubate). Метод заключается в интубации пациента под контролем прямой ларингоскопии, верификации положения интубационной трубки, быстром болюсном введении сурфактанта с последующей быстрой

экстубацией и переводом ребенка на неинвазивную респираторную поддержку. Метод INSURE может быть рекомендован к использованию у детей, родившихся на сроке более 28 недель.

— Какие новые тенденции в понимании и терапии респираторного дистресс-синдрома появились в последнее время?

— Клинические рекомендации по ведению новорожденных с респираторным дистресс-синдромом необходимо строго соблюдать во избежание развития осложнений данного состояния в будущем: у недоношенных детей, перенесших острый респираторный дистресс-синдром, высок риск развития бронхолегочной дисплазии, заболеваний легких. Данный протокол переживает уже не первое издание, и каждый его новый выпуск обогащается свежими данными. Так, исследования последних лет показали необходимость в изменении подхода к респираторной терапии, проводимой в родильном зале, что отразилось в последних клинических рекомендациях по ведению новорожденных с респираторным дистресс-синдромом.

Так, если в прошлые годы рекомендовалось начинать стартовую респираторную терапию с неинвазивной ИВЛ (маской), а метод СРАР использовать уже после стабилизации сердечной деятельности и дыхания, то в настоящее время у недоношенных более предпочтительной считается стартовая терапия методом СРАР с предшествующим продленным раздуванием легких. Создание и поддержание непрерывного положительного давления в дыхательных путях является необходимым элементом ранней стабилизации состояния глубоко недоношенного ребенка, как при спонтанном дыхании, так и при проведении ИВЛ.

Постоянное положительное давление в дыхательных путях способствует созданию и поддержанию остаточной емкости легких, препятствует ателектазированию, снижает работу дыхания. Результаты исследований показали эффективность так называемого продленного раздувания легких в качестве старта респираторной терапии у недоношенных новорожденных.

Достичь оптимальных результатов призвана и специальная современная аппаратура, которой оснащаются сегодня ОРИТН и родзалы в клиниках третьего уровня, занимающихся выхаживанием новорожденных: при респираторном дистресс-синдроме крайне важно сохранять тепловую цепочку, поэтому при ожидающихся преждевременных родах температура в родильном зале должна составлять не менее 26-28°C, а при проведении реанимационных мероприятий аппаратура должна находиться в непосредственной близости от матери во избежание временных потерь на транспортировку. К слову, транспортировке из родительского зала в ОРИТН сейчас также придается огромное значение – она производится в специально оборудованных кюветках с возможностью проведения ИВЛ.

Елена Рычкова