

начала эпидемического подъема обычно являлись сентябрь–ноябрь.

Среди обследованных целевых пациентов РСВ-инфекция была выявлена примерно у 1/3. При этом основными ее клиническими признаками оказались невысокая температурная реакция (примерно у половины больных температура тела оставалась нормальной), умеренный катаральный синдром со стороны слизистой оболочки верхних дыхательных путей, существенное ухудшение дыхательной функции: выраженная одышка, цианоз, эпизоды апноэ. Рентгенологически у части детей была диагностирована двусторонняя очаговая пневмония. Практически у всех детей клинические подозрения на присоединение РСВ-суперинфекции отсутствовали и ухудшение объяснялось в рамках неблагоприятного течения основного процесса. У 4 детей, из них у 3 с бронхолегочной дисплазией, заболевание закончилось

летально. Период роста числа больных с РСВ-инфекцией в отделениях реанимации совпадал со временем эпидемического повышения уровня заболеваемости в общей детской популяции.

Таким образом, РСВ-инфекция представляет собой распространенное заболевание среди пациентов отделений реанимации с тяжелой сопутствующей патологией, клиническая диагностика которого представляет значительные трудности. На основании полученных результатов была разработана инструкция на метод «Первичная профилактика респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей из групп риска», регламентирующая основные противоэпидемические мероприятия и использование специфических гуманизированных моноклональных антител к РСВ «Синагис» (паливизумаб) у детей раннего возраста с тяжелой сопутствующей патологией.

Эффективность применения ингаляционных бронходилататоров у детей с бронхолегочной дисплазией

Е.Н. Охотникова, Е.Е. Шунько, Е.В. Шарикадзе

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Развитие технологий выхаживания глубоко недоношенных детей привело к снижению летальности и выживанию детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. В то же время внедрение новых методов интенсивной терапии и реанимации новорожденных, включающих применение современной дыхательной аппаратуры, использование инвазивных диагностических и лечебных процедур, «агрессивной» медикаментозной терапии, наряду с повышением выживаемости, привело к появлению целого ряда болезней, которых не наблюдалось в дореанимационную эру, вплоть до середины XX столетия. Это относится к такой специфической патологии недоношенных, как бронхолегочная дисплазия, ретинопатия недоношенных, некротический энтероколит, которые существенно ухудшают состояние ребенка в ближайший и отдаленный периоды жизни.

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – хроническое заболевание легких, формирование которого начинается в период новорожденности, а последствия сохраняются в течение всей жизни, остается частой причиной летальности и заболеваемости недоношенных детей. Диагноз БЛД устанавливают при потребности в кислородной поддержке более 36 нед концептуального возраста или более 28 дней жизни в сочетании с патологическими изменениями на рентгенограмме легких. В основе БЛД лежит воспалительная реакция, возникающая в ответ на действие факторов, повреждающих легочную ткань. Основные причины этого заболевания – незрелость легочной ткани, ante- и постнатальная инфекция, действие ятрогенных повреждающих факторов – баротравмы и токсичности кислорода. По данным многочисленных публикаций, БЛД является одним из самых значимых факторов, ухудшающих неврологический и функциональный исход у глубоко недоношенных детей. При БЛД отмечают неврологические нарушения, сенсорные расстройства, снижение росто-массовых показателей к концу 1-го года жизни. Несмотря на то что БЛД более 30 лет служит предметом пристального внимания и изучения неонатологами, эффектив-

ность применяемых методов терапии ее мало изучена. До настоящего времени не разработаны общепринятые схемы лечения БЛД. Мало публикаций, посвященных ее комплексному лечению в Украине и странах СНГ. По результатам зарубежных исследований, удовлетворяющих критериям доказательной медицины, эффективность применяемых медикаментов признается неудовлетворительной или сомнительной. Основными группами используемых в лечении БЛД препаратов являются различные диуретики, бронходилататоры, кислород и глюкокортикостероиды (ГКС).

В настоящее время в терапии БЛД достаточно широко используют различные бронходилататоры: ингаляционные бета-2-адреномиметики (сальбутамол – вызывает расслабление гладкомышечных тканей бронхов) и системные бронходилататоры – наиболее часто метилксантины – эуфиллин, теофиллин, кофеин (реже). Поскольку при проведении терапии у детей предпочтение отдают использованию ингаляционных форм препаратов, все шире внедряются новые комбинированные бронходилататоры, одним из представителей которых является беродуал, представляющий собой комбинацию ипратропия бромид и фенотерола гидробромид. На сегодняшний день это единственный препарат, который разрешено использовать у детей с массой тела – 1000 г.

Так как, по данным литературы, сальбутамол в первые недели жизни неэффективен, беродуал является препаратом выбора при лечении БЛД.

Использование данного препарата в комплексной терапии статистически достоверно улучшает легочную функцию, чему способствует антихолинергический его компонент. Снижает риск повторных госпитализаций у детей, находящихся на этапе реабилитации. Комбинация действующих веществ потенцирует бронхолитическое действие и пролонгирует время действия, поэтому для достижения эффекта возможно использование более низкой дозы β_2 -агониста, что позволяет практически полностью избежать осложнений. Это имеет существенное значение с учетом осо-

бенности терапії БЛД (кількість і дози використовуваних препаратів).

Заключення

Застосування профілактичних методів ведення дітей з БЛД привело до зниження ступеня її тяжкості та частоти летальних ісходів. Сьогодні переважають випадки легкого перебігу БЛД, при якому звичайно залежить від невисоких концентрацій кисню, схильність до затримки рідини в легенях, а рентгенологічно іноді є лише незначальне зниження пневматизації легочних полів і хороша реак-

ція на діуретики. Однак незважаючи на тенденцію до зниження частоти важких форм БЛД, все ж вони мають місце в реальній практиці і можуть в майбутньому викликати формування хронічної обструктивної патології легень, ведуче до важкої інвалідизації і соціальної дезадаптації дітей. Тому актуальним і перспективним є пошук безпечних і ефективних лікарських препаратів, дозволених до застосування у дітей навіть з дуже низькою масою тіла. Наш досвід застосування одного з таких препаратів комбінованого бронходилататора – будесоніда внушає певний оптимізм.

Новонароджена дитина – безпечний початок життя

Є.Є. Шунько, О.О. Костюк, Ю.Ю. Краснова

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ

Сучасні принципи ефективної організації медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим за міжнародними рекомендаціями ґрунтуються на створенні системи регіоналізації перинатальної допомоги з впровадженням нових технологій, заснованих на принципах доказової медицини, створення перинатальних центрів для надання базової, кваліфікованої та високоспеціалізованої медичної допомоги, безперервного професійного розвитку, проведення наукових досліджень.

Забезпечення базової, кваліфікованої та високоспеціалізованої медичної перинатальної допомоги відповідно до рівня медичного закладу, материнського, фетального та неонатального ризику згідно зі стандартами допомоги, підготовлений медичний персонал, що володіє сучасною практикою перинатальної допомоги, необхідне транспортування пацієнта з дотриманням медико-технологічних стандартів дає можливість надання своєчасної ефективної, доступної та безпечної медичної допомоги.

Безпечний початок життя новонародженої дитини визначається прогнозованим ризиком або його відсутністю, а також пренатально діагностованою проблемою розвитку дитини, що потребує госпіталізації вагітної в медичний заклад відповідного рівня перинатальної допомоги. Безпечний початок життя визначає медичний догляд здорової дитини або інтенсивна терапія та виходжування недоношених дітей з дотриманням клінічних протоколів та стандартів з необхідним контролем якості медичної допомоги.

На стан новонародженої дитини впливають стан здоров'я матері, перебіг вагітності, умови внутрішньоутробного розвитку дитини, генетичні фактори, ведення пологів, оцінка стану дитини при народженні та необхідна медична допомога.

Народження здорової дитини потребує створення умов для фізіологічної адаптації, що досягається шляхом контакту матері та дитини «шкіра до шкіри» відразу після народження, раннього початку грудного вигодовування, забезпечення теплового захисту, спільного перебування матері та дитини. Безпечний початок життя має важливе значення як для здорової дитини, так і для дитини з перинатальною патологією та для недоношеної дитини.

Важливими складовими безпечного початку життя є грудне вигодовування та оптимальний перинатальний біоценоз організму дитини. У здорових жінок мікрофлора родових шляхів представлена в основному ацидофільними лактобактеріями, які запобігають розвитку патогенних мікроорганізмів та сприяють колонізації новонароджених лакто- та біфідофлорою. Цей природний ме-

ханізм спрямований на фізіологічну колонізацію організму новонародженого з перших хвилин життя нормальною материнською мікрофлорою, яка здійснює захист, імунну, вітамінсинтезувальну та інші життєво важливі для організму функції. Несприятлива дія на організм людини чинників навколишнього середовища, інфекцій, що передаються статевим шляхом, бактеріальний вагіноз, хронічний пієлонефрит та інші урогенітальні інфекції підвищують частоту невиношування вагітності, народження дітей з перинатальною патологією та порушенням біоценозу організму. Важливим компонентом ранньої адаптації новонародженого є фізіологічна підготовка організму вагітної до пологів, яка включає застосування мультипробіотика Симбітер з метою колонізації родових шляхів та кишечника майбутньої матері корисними біфідо- лакто- і пропіоновокислими бактеріями, які отримав дитина при народженні. Мультипробіотик Симбітер рекомендовано також новонародженим з перинатальною патологією та недоношеним дітям в комплексі інтенсивної терапії та виходжування.

Для підтримки ефективного грудного вигодовування у новонароджених з перинатальною патологією та у здорових доношених новонароджених в разі недостатньої кількості або відсутності молозива безпечним продуктом з доведеною ефективністю є поживна добавка «Доповнення до молозива» НіРР для доношених новонароджених на грудному вигодовуванні в перші дні життя.

Поживна добавка «Доповнення до молозива» НіРР подібна за складом до материнського молозива, забезпечує потреби дитини в основних нутрієнтах та рідині, добре засвоюється, сприяє фізіологічному перебігу адаптації новонароджених. Поживна добавка містить довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти, які сприяють розвитку нервової системи та формуванню адекватної імунної відповіді, а також виключно глибоко гідролізований білок сироватки. Сироватковий білок є основним білком молозива.

Таким чином, грудне вигодовування та корисна мікрофлора матері захищають новонароджену дитину від інфекцій та інших порушень здоров'я, сприяють фізіологічній адаптації дитини та оптимальному розвитку.

Результатом подальшого впровадження нових перинатальних та неонатальних технологій щодо покращання організації та забезпечення медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим буде зниження показників неонатальної та малюкової захворюваності та смертності, покращання якості надання медичної допомоги дітям та матері.