

тельности, нарушения сна. Кроме того, ввиду хронической каловой интоксикации у детей отмечается анемия, снижение аппетита, заболевания дыхательной системы, различные кожные проявления в виде сыпи, расчесов.

Для установления причины запоров выделяются две группы заболеваний: 1 — патология, относящаяся к хирургической, 2 — функциональные заболевания. Все заболевания хирургической группы — это большой раздел, включающий все пороки развития аноректальной области и прямой кишки, болезнь Гиршпрунга, мегадолихоколон, а также, как следствие перенесенных ранее оперативных вмешательств и повреждений прямой кишки. К группе функциональных расстройств, которые встречаются наиболее часто, относятся расстройства, связанные с поражением ЦНС, психическими заболеваниями, эндокринной патологией и большой группой заболеваний желудочно-кишечного тракта, объединяющие в себя нарушение проводимости и всасывания кишечного химуса. В плане диагностики и постановки правильного клинического диагноза крайне важно установить причину запоров. Наиболее частой причиной является нерегулярность приема пищи, несбалансированность пищевых компонентов, сознательная задержка стула в виду стеснительности ребенка пользоваться туалетной комнатой во внедомашних условиях, болезненность при дефекациях.

В некоторых случаях таким больным не назначается медикаментозное лечение, поскольку в этом нет необходимости. Определение правильного режима питания и регулирование стула с помощью клизм, как средство выработки и закрепление ежедневной дефекации, приносит выздоровление этой группе больных. В случае дефекации плотными каловыми массами или стула в виде «овечьего кала» необходимо лабораторное обследование на предмет нарушения перевариваемости. Копрологическое исследование дает возможность судить о функциональных нарушениях таких органов как поджелудочная железа и печень, что учитывается в плане назначения лечения. Этой группе больных назначаем ферменты поджелудочной железы, а также желчегонные препараты для улучшения пищеварения, начиная с верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

В план лечения функциональных расстройств дефекации включаем: диетотерапию с повышенным содержанием грубой пищи и клетчатки, физиолечение, ЛФК, препараты, усиливающие моторные функции толстой кишки. В плане назначения слабительных средств в последнее время мы ограничиваем их применение из-за неблагоприятного влияния на слизистую толстой кишки и подслизистых нервных окончаний.

За последние четыре года в клинике детской хирургии ИГМУ проконсультировано 2658 детей с различными расстройствами дефекации, из них 10 % детей получили рекомендации в виде соблюдения режима питания, дефекации и выработки рефлексов; 30 % детей прошли стационарное обследование и лечение по поводу хирургической патологии различных пороков и заболеваний толстой кишки, требующих хирургического вмешательства; у 60 % обнаружены функциональные расстройства дефекации с последующим назначением комплекса консервативных мероприятий; в 25 % случаев однократный курс лечения не дал выраженного клинического улучшения, поэтому курс лечения с интервалом в 3 месяца был проведен двух-, а в некоторых случаях и трехкратно.

**И.Б. Фаткуллина, О.Э. Миткинов, Э.В. Раднаева, Б.Б. Тудупова**

### **АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КУРОСУРФ» У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТОЗОМ**

*Бурятский Государственный университет (Улан-Удэ)  
ГУЗ Республиканский перинатальный центр (Улан-Удэ)*

Гестоз до настоящего времени остается чрезвычайно важной проблемой, так как нередко может привести к повышению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности (Кулаков В.И. и др., 2000; Радзинский В.Е., 2004; Савельева Г.М. и др., 2005). Частота гестозов колеблется от 7 до 16 % и не имеет тенденции к снижению (Стрижаков А.Н., 2000; Сидорова И.С., 2003). Риск перинатальной смертности при данном заболевании увеличивается в 5 раз и колеблется от 10,0 до 30,0 промилей, перинатальная заболеваемость — от 463,0 до 780,0 промилей (Курцер М.А., 2001, Шалина Р.И., 2007). Перинатальная заболеваемость и смертность при гестозах обусловлены недоношенностью (30 %), хронической гипоксией (40 %), внутриутробной задержкой роста плода (30 %) (Мурашко Л.Е., 2001; Кулаков В.И., 2001). Гестоз составляет 15 % в структуре причин преждевременных родов (Макацария А.Д. и соавт., 2006). В нашей стране отмечается увеличение частоты гестозов за счет тяжелых форм (Доброхотова Ю.Э., 2007). Гестоз средней степени тяжести наблюдается у 40 % больных и характеризуется значительной длительностью течения, выраженностью и необратимостью нарушений со стороны фетоплацентарной системы. По данным И.С. Сидоровой (2001), гестозы усугубляют состояние беременных и

их плодов в 64,4 % случаев. Этим обуславливается высокая частота (10 – 35 %) резистентности к проводимой терапии, при которой справедливо ставится вопрос о досрочном родоразрешении.

Изучение перинатальных исходов является чрезвычайно важным. В связи с открытием в родильных домах отделений интенсивной терапии и реанимации новорожденных появилась возможность выхаживания недоношенных детей матерей с гестозом тяжелой степени, что, в свою очередь, сделало досрочное родоразрешение при тяжелом гестозе весьма перспективным, а изучение перинатальных исходов весьма актуальным.

Благодаря совершенствованию работы перинатальной службы родовспомогательных учреждений в последние годы удалось снизить летальность среди недоношенных младенцев. Появившиеся возможности выхаживания недоношенных новорожденных привели к повышению показателей выживаемости этих детей.

Респираторный дистресс-синдром является одной из основных причин дыхательных нарушений и летальности в периоде новорожденности. Чаще он встречается у недоношенных детей, у 15 % из всех детей с весом менее 2,5 кг. Риск развития респираторного дистресс-синдрома выше у более недоношенных детей. Это состояние является причиной 30 % всех неонатальных смертей и 70 % смертей среди недоношенных новорожденных. Причинным фактором развития респираторного дистресс-синдрома является дефицит образования и выброса сурфактанта у недоношенных детей. Легочной сурфактант – это поверхностно активное вещество, выстилающее альвеолярное пространство и препятствующее развитию коллапса в конце выдоха. Введение искусственно выделенного сурфактанта в легкие глубоконедоношенных детей с респираторным дистресс-синдромом является одним из новых методик лечения. «Куросурф» – это природный сурфактант, выделенный из легочной ткани свиньи, который восполняет недостаток эндогенного легочного сурфактанта экзогенным. Он покрывает внутреннюю поверхность альвеол; снижает поверхностное натяжение в легких, стабилизирует альвеолы, предотвращает их слипание в конце экспираторной фазы, способствует адекватному газообмену. У недоношенных детей восстанавливает уровень оксигенации, что требует снижения концентрации вдыхаемого кислорода в газовой смеси; снижает уровень смертности и респираторных заболеваний. Применение сурфактанта значительно снижает тяжесть протекания респираторного дистресс-синдрома. Различают профилактическое введение до первого вдоха и терапевтическое введение.

В 2007 году в Республиканском перинатальном центре родилось 68 недоношенных детей от матерей с гестозом II – III ст. Из них – 29 детей с гестационным возрастом до 32 недель и весом при рождении от 876 до 1800 г. У всех детей этой группы диагностирован синдром дыхательных расстройств I типа или респираторный дистресс-синдром. Основой заместительной лечебной тактики при данной патологии было раннее, до первого вдоха, эндотрахеальное введение «Куросурфа».

В дальнейшем эти новорожденные велись различными методами:

1. профилактическое введение по технологии «insure» до первого вдоха без последующей вентиляции;
2. профилактическое введение «Куросурфа» и перевод на неинвазивную вентиляцию легких аппаратом «Infant Flow TM system» с вариабельным потоком.
3. терапевтическое введение «Куросурфа» на традиционной ИВЛ.

Выбор метода зависел от тяжести состояния ребенка, степени дыхательной недостаточности.

После сурфактантной терапии у 5 детей (17 %) вообще не потребовалась ИВЛ, респираторная поддержка включала оксигенацию в кислородную палатку. В данной группе все дети были переведены в отделение интенсивной терапии на 2 – 4-е сутки жизни. Осложнений не отмечено.

Неинвазивная вентиляция была успешно проведена у 7 (24 %) детей как единственный метод респираторной терапии. Средняя продолжительность вентиляции составила 18 часов. В этой группе детей также не отмечено осложнений, в дальнейшем они были переведены для реабилитации в отделения Детской Республиканской клинической больницы.

При проведении неинвазивной вентиляции легких у 3 детей отмечено нарастание дыхательной недостаточности, потребовавшее интубации трахеи и ИВЛ.

Традиционную ИВЛ применяли у детей с гестационным возрастом менее 30 недель, с массой тела менее 1000 г., у детей с тяжелой асфиксией в родах (всего 17 новорожденных). Средняя продолжительность ИВЛ составила 4 суток. 10 детей из этой группы (34 %) не сняты с ИВЛ и переведены в отделение реанимации Детской Республиканской клинической больницы. Осложнения – открытый артериальный проток, персистирующая легочная гипертензия, легочное кровотечение, внутрижелудочковые кровоизлияния, ДВС-синдром отмечены у 7 детей (24 %). В этой группе был один летальный случай – ребенок с массой тела 916 г.

Таким образом, раннее профилактическое введение «Куросурфа» новорожденным от матерей с гестозом 2 – 3 ст. с риском развития респираторного дистресс-синдрома улучшает клинический результат, ведет к уменьшенному риску повреждения легких (риск пневмоторакса и интерстициальной легочной эмфиземы). Уменьшается риск неонатальной смертности и риск развития хронических заболеваний легких.