

Раздел II

## РАЗНОЕ

### ИЗМЕНЕНИЕ ДАВЛЕНИЯ В ПИЩЕВОДЕ КАК МЕТОД ВЫБОРА ТАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Биченов Р.Г., Елоев А.О., Нафадзоков Н.М.

г. Владикавказ

**Цель исследования.** І изучить изменение внутрипищеводного давления у новорождённых детей с дыхательной недостаточностью. Использовать показатель давления в пищеводе для выбора тактики респираторной поддержки.

**Материалы и методы.** Обследовано 15 новорождённых детей с синдромом дыхательных расстройств и 12 здоровых новорождённых. Всем новорождённым проводилось измерение внутрипищеводного давления сразу после рождения. Наличие кислородозависимости и снижении давления в пищеводе ниже 30 мм H<sub>2</sub>O являлось показанием к проведению респираторной поддержки методом назального СРАР. Далее измерение внутрипищеводного давления выполнялось через 1 час после рождения и на втором часу жизни. Продолжающееся снижение давления в пищеводе являлось показателем неэффективности СРАР и служило показанием к переводу на ИВЛ. Проводилась интенсивная терапия, включающая следующие компоненты: респираторная поддержка, антибактериальная терапия, инфузионная терапия (гидроксиэтилкрахмалы, глюкозо-солевые растворы), коррекция нарушений активной реакции внутренней среды, мониторинг ЧСС, SaO<sub>2</sub>, АД, ЧДД. После стабилизации состояния проводилась межгоспитальная транспортировка новорождённых. Исследуемые дети были разделены на три группы: 1 группа – новорождённые дети, находившиеся на СРАР, 2 группа новорождённые дети, переведённые с СРАР на ИВЛ, 3 группа – здоровые новорождённые.

**Результаты исследования.** Достоверных различий в значениях внутрипищеводного давления после рождения и через 1 час после рождения между детьми первой и второй групп не выявлено. Отсутствие различий можно объяснить тем, что внутриплевральное давление во время первого вдоха перед поступлением воздуха в легкие может падать до

40 см вод. ст. Известны случаи, когда при первых нескольких вдохах это давление достигало 100 см вод.ст (Физиология дыхания. Основы. Уэст Дж. 1988). Подтверждением этого могут служить данные полученные в третьей группе новорождённых, где значения внутрипищеводного давления колебались от 24 до 37 мм  $H_2O$ . Такие усилия частично связаны с намного большей, чем у воздуха вязкостью заполняющей легкие жидкости. Большой интерес представляют данные полученные на втором часу исследования. Выявлены достоверно значимые ( $p<0,05$ ) различия в значениях внутрипищеводного давления между новорождёнными первой и второй групп: в первой группе отмечается повышение внутрипищеводного давления, тогда как во второй группе происходит дальнейшее снижение давления в пищеводе. Данный факт может быть использован для оценки эффективности назального СРАР и как критерий для своевременного перевода на ИВЛ. После устранения нарушений вентиляции и газообмена производился межгоспитальный трансфер. Был проведен анализ течения заболевания у новорождённых подготовленных к транспортировке и у поступивших в отделение реанимации без предварительной коррекции нарушений витальных функций. Выявлено, что больные поступившие с некоррегированными нарушениями дыхания более длительно находились на искусственной вентиляции лёгких ( $p<0,05$ ).

**Заключение:**

1. Показатели внутрипищеводного давления после рождения были низкими во всех трёх исследуемых группах, но в 1 и 3 группах отмечалось повышение давления в пищеводе к второму часу жизни, что являлось признаком регрессии явлений ДН.
2. Мониторинг внутрипищеводного давления является достаточно простым и надёжным методом для оценки эффективности респираторной терапии и выбора тактики респираторной поддержки.
3. Прогрессирующее снижение внутрипищеводного давления можно использовать в качестве одного из критериев для перевода на ИВЛ
4. Подготовка новорождённых к межгоспитальной транспортировке включающую в себя стабилизацию витальных функций, в частности коррекцию дыхательной недостаточности, позволяет снизить длительность респираторной поддержки.