

Статья поступила в редакцию 10.05.2016 г.

Затолюкина А.О., Белоусова Т.В., Лоскутова С.А., Андриушина И.В.
*Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск*

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Проблема БЛД является актуальной в педиатрии и, в частности, в детской пульмонологии. Это связано с тем, что данная патология является распространенной формой среди хронических заболеваний бронхолегочной системы в раннем возрасте и второй по частоте после бронхиальной астмы в последующие периоды детства. Согласно действующей отечественной классификации БЛД, выделяют следующие формы заболевания – классическая и новая БЛД недоношенных, БЛД доношенных, а также анамнестические, клинические и рентгенографические критерии тяжести БЛД. По достижению пациентами 3-х летнего возраста, диагноз БЛД считается неправомерным, констатируются функциональные последствия в виде клинического выздоровления, либо выставляется другой диагноз, согласно существующей классификации болезней органов дыхания у детей.

Целью данного исследования явился анализ функциональных последствий различных форм БЛД и заболеваний бронхолегочной системы у детей, родившихся недоношенными и доношенными, достигших 3-х летнего возраста, проживающих на территории Новосибирской области.

Проведенное катаранестическое исследование показало, что у всей группы детей с БЛД в анамнезе наиболее часто регистрируемым функциональным последствием были клиническое выздоровление, а из заболеваний бронхолегочной системы – атопическая бронхиальная астма. В группе пациентов с классической формой БЛД в анамнезе преимущественно регистрировались бронхиальная астма, хронический и рецидивирующий обструктивный бронхит. У пациентов с новой формой БЛД недоношенного в анамнезе в большинстве случаев документировано клиническое выздоровление несмотря на то, что эти дети имели более «низкий» гестационный возраст на момент рождения и более длительную респираторную поддержку.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: бронхолегочная дисплазия (БЛД); недоношенные дети; катаранез; функциональные последствия бронхолегочной дисплазии; структура бронхолегочной патологии.

Zatolokina A.O., Belousova T.V., Loskutova S.A., Andriushina I.V.
Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk

OUTCOMES BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA IN CHILDREN IN THE NOVOSIBIRSK REGION

BPD is a pressing problem in pediatrics and in particular in pediatric pulmonology. This is due to the fact that this disease is quite common form of chronic lung diseases including early and second frequency after bronchial asthma in childhood subsequent periods. According to the current national classification of BPD, highlighted some form of the disease (classic and new BPD in preterm, term BPD) and established medical history, clinical and radiographic criteria for BPD severity. Upon reaching patients 3 years of age, the diagnosis of BPD is considered illegal, stated clinical recovery or exhibiting other diagnosis, according to the current clinical picture.

The aim of this study was to analyze the outcomes of various forms of bronchopulmonary dysplasia (classic and new children born preterm and BPD in children born full-term) reached three years of age, residing in the territory of the Novosibirsk region.

Conducted a follow-up study showed that all groups of children with BPD is the most frequently reported outcome was recovery and atopic asthma. In the group of patients with the classical form of BPD mainly recorded bronchial asthma, chronic bronchitis and obstructive. Patients with BPD premature new form in most cases documented cure, despite the fact that these children had lower gestational age and longer respiratory support.

KEY WORDS: bronchopulmonary dysplasia (BPD); premature infants; catamnesis; outcomes of bronchopulmonary dysplasia.

В условиях сложившейся неблагоприятной демографической ситуации и значительного ухудшения состояния здоровья женщин фертильного возраста особую актуальность приобретает сохранение жизни и здоровья каждого родившегося ребенка [1, 2]. В последние 5 лет, в связи с переходом нашей страны на новые критерии регистрации рождения (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи»), отмечается увеличение количества детей, родившихся недоношенными и, в частности, с экстремально низкой и очень низкой массой тела (ОиЭНМТ).

Недоношенность — одна из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Это связано с высоким уровнем смертности и инвалидизации детей, а также высокой стоимостью оказываемой им медицинской помощи. Частота недоношенности составляет в России — 5-10 %, в США — 8,9 %, в Швеции — 5,4 %, во Франции — 5,6 % [3].

Современные достижения в неонатологии и акушерстве позволяют обеспечить выживание все большего количества недоношенных детей, снизить показатели смертности среди данной группы пациентов [4, 5]. В этой связи подходы к сохранению здоровья данной категории детей являются наиболее актуальными для современной педиатрии.

На территории Новосибирской области, как и в других регионах России, были внедрены современные перинатальные технологии, широко используются методы интенсивной терапии в лечении недоношенных новорожденных, что способствовало существенному повышению выживаемости этих детей. Так, в 2015 г. на территории Новосибирской области родились недоношенными 2242 ребенка, что составило 5,9 % от всех родившихся. Из их числа с массой тела до 1000 г родилось 149 детей, из них выжили 83,2 %, с массой тела до 1499 г — 259 детей, из них выжили 95,8 %.

По мере снижения показателей неонатальной смертности, все большее влияние на дальнейший прогноз для жизни и здоровья таких детей в другие возрастные периоды оказывает бронхолегочная дисплазия (БЛД) [1, 2].

БЛД — это полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных, главным образом глубоко недоношенных детей, в результате интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома (РДС) и/или пневмонии. Это заболевание протекает с преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, развитием эмфиземы, фиброза и/или нарушением репликации альвеол; проявляется зависимостью от кислорода в возрасте 28 суток жизни и старше, бронхообструктивным синдромом и симптомами дыхательной недостаточности (ДН), характеризуется специфичными рентгенографическими изменениями в первые месяцы жизни и регрессом клинических проявлений по мере роста ребенка [1].

Первое описание БЛД было опубликовано в 1967 г. W.H. Northway и представляло собой обзор историй болезней, данных рентгенограмм и патологоанатомических заключений 32 недоношенных детей, перенесших синдром дыхательных расстройств и требовавших искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и кислородной поддержки в течение 24 часов и более [6].

Клиническая картина БЛД представлена симптоматикой хронической ДН у детей, родившихся недоношенными, зависимых от высоких концентраций кислорода во вдыхаемом воздухе и ИВЛ в течение более или менее продолжительного времени [7, 8]. Исхода из современных представлений о механизмах развития БЛД, стойкая дыхательная недостаточность развивается после первичного улучшения состояния на фоне пребывания на ИВЛ. При попытке уменьшить инспираторное давление (PIP) или снизить концентрацию кислорода (FiO₂) во вдыхаемой кислородно-воздушной смеси развивается дыхательная недостаточность с гипоксемией и гиперкапнией. Необходимость высокого PIP у этой категории пациентов обусловлена повреждением и деструкцией воздухоносных путей, уменьшением легочной растяжимости из-за фиброза и потери эластических волокон. Зависимость от высокой FiO₂ связана со снижением количества легочных капилляров и артериол, их облитерацией, нарушениями капиллярно-альвеолярного обмена газов при отеке интерстиция, фиброзе легочной ткани [6].

Дальнейшее, после неонатального периода и ближайшего к нему, клиническое течение БЛД волнообразное, зависит от выраженности морфологических и функциональных нарушений. У большинства больных отмечаются медленное, но четкое улучшение и нормализация состояния через 6-12 месяцев, но у части больных нарушения сохраняются более дли-

Корреспонденцию адресовать:

ЗАТОЛОКИНА Анастасия Олеговна,
630091, г. Новосибирск, Красный пр., д. 52,
ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России.
Тел.: +7-913-934-12-54.
E-mail: a.o.zatolokina@gmail.com

тельное время [7, 9]. Течение БЛД у детей в возрасте старше одного месяца характеризуется хронической респираторной недостаточностью, рецидивирующим бронхообструктивным синдромом (БОС), эпизоды которого рассматриваются как обострения заболевания, а также рецидивами острых респираторных заболеваний и пневмоний [10].

Первые публикации по наблюдениям за недоношенными детьми в нашей стране были осуществлены Г.М. Дементьевой (1997). По представленным данным у 16-20 % детей, выписанных из отделений для недоношенных, сохранялись патологические изменения легких и в более старшем возрасте — на 1-3 годах жизни, а у 4 % больных БЛД в дальнейшем привели к инвалидности [3].

По результатам катamnестического исследования медицинской документации пациентов с БЛД, опубликованных Д.Ю. Овсянниковым (2010), у всех детей в течение первых 3-х лет жизни отмечались эпизоды БОС, частота и тяжесть которых зависела от тяжести БЛД. Также у данной категории пациентов отмечались эпизоды внебольничной пневмонии (у 11 % детей из общей группы), преимущественно у больных со средней степенью тяжести БЛД, что достоверно не повлияло на исходы заболевания. Кроме этого, динамические исследования показали, что у детей с БЛД легочная функция улучшалась с возрастом, но повышенная резистентность дыхательных путей сохранялась не менее 3-х лет [2, 3, 11, 12]. Обобщая современные сведения о катamnезе детей с БЛД, были выделены следующие варианты функциональных последствий при данном заболевании: 1) клиническое выздоровление; 2) хронический бронхит; 3) интерстициальный пневмонит грудного ребенка; 4) эмфизема легких; 5) облитерирующий бронхолит; 6) рецидивирующий бронхит; 7) пневмосклероз; 8) бронхоэктазы [1, 9].

Цель исследования — в связи с вышеизложенным, представляет интерес анализ функциональных последствий различных форм БЛД и заболеваний бронхолегочной системы у детей с БЛД в анамнезе, достигших 3-х летнего возраста, проживающих на территории Новосибирской области. В этой связи, а также для оптимизации медицинского сопровождения детей с формирующейся БЛД, был изучен катamnез.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом наблюдения в катamnезе в течение 3-х летнего периода жизни, явился 51 ребенок с докумен-

тированным диагнозом БЛД. Данная группа детей родилась в Новосибирском областном перинатальном центре и/или находилась в отделении патологии новорожденных, отделении раннего детского возраста, детском пульмонологическом отделении ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2009 по 2013 годы. В дальнейшем пациенты наблюдались амбулаторно участковыми педиатрами, узкими специалистами по месту жительства и/или в поликлинике ГБУЗ НСО ГНОКБ. Для изучения катamnеза были проанализированы амбулаторные карты по месту жительства и истории болезни в случае госпитализации этих детей в детские отделения ГБУЗ НСО «ГНОКБ», проведена оценка состояния их здоровья при непосредственном осмотре.

Цифровой материал обработан математически с применением прикладных программ MS Excel, Bios-tat. Использовался метод статистической проверки гипотез — критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По гендерному признаку все наблюдаемые пациенты распределились следующим образом: 31 мальчик (61 %) и 20 девочек (39 %). Состояние при рождении у всех детей было расценено как тяжелое, что было обусловлено наличием дыхательной недостаточности и патологической неврологической симптоматикой.

Критерием отбора в группы наблюдения послужило наличие документированного в возрасте 28 суток жизни диагноза бронхолегочной дисплазии. В целом по группе больных с БЛД у 9 (17 %) течение заболевания было расценено как тяжелое, у 38 (75 %) — средней степени тяжести, 4 ребенка (8 %) имели легкое течение БЛД (табл. 1). При этом 48 больных (94 %) имели БЛД недоношенного ребенка и 3 (6 %) — БЛД доношенного ребенка.

В зависимости от формы БЛД все пациенты были распределены на 3 группы. В 1-ю группу были включены 28 детей (55 %), родившихся с гестационным возрастом менее 32 недель, для профилактики РДС у некоторых из них (13 чел., 46 %) использовались препараты сурфактанта, а респираторная поддержка была падающей (FiO_2 во вдыхаемой смеси была менее 30-40%, вентиляция с постоянным положительным давлением в дыхательных путях через носовые катетеры — NCPAP, далее догация O_2 через маску или палатку). Пациенты этой группы имели средний гестационный возраст на момент рождения 27-28 недель. Минимальный гестационный возраст

Сведения об авторах:

ЗАТОЛОКИНА Анастасия Олеговна, ассистент, кафедра педиатрии и неонатологии, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия. E-mail: a.o.zatolokina@gmail.com

БЕЛОУСОВА Тамара Владимировна, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой педиатрии и неонатологии, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия. E-mail: belousovavt@ngs.ru

ЛОСКУТОВА Светлана Александровна, доктор мед. наук, профессор, кафедра педиатрии и неонатологии, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия. E-mail: kafokb@yandex.ru

АНДРЮШИНА Ирина Владимировна, канд. мед. наук, доцент, кафедра педиатрии и неонатологии, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, г. Новосибирск, Россия. E-mail: iva_m@ngs.ru

Таблица 1
Структура пациентов с БЛД в зависимости от формы и степени тяжести, n (%)

БЛД недоношенного [48 (94 %)]			БЛД доношенного [3 (6 %)]		
Легкой ст. тяжести	Средней ст. тяжести	Тяжелой ст. тяжести	Легкой ст. тяжести	Средней ст. тяжести	Тяжелой ст. тяжести
3 (6 %)	37 (77 %)	8 (17 %)	1 (33 %)	1 (33 %)	1 (33 %)

составил 24-25 недель, максимальный – 29-30 недель. Средняя масса тела при рождении составила 1195 ± 157 г (минимальная 600 г, максимальная 1890 г). Особенности течения заболевания и результаты рентгенологического исследования позволили верифицировать у них новую форму БЛД.

У 20 больных (39 %), рожденных на сроке гестации менее 36 недель, развился РДС, требующий респираторной поддержки в виде ИВЛ с высоким PIP и FiO₂. Они были отнесены ко 2-й группе. Пациенты этой группы родились в среднем на сроке гестации 35-36 недель, минимальный гестационный возраст составил 28-29 недель, максимальный – 36-37 недель. Средняя масса тела при рождении в среднем составила 1960 ± 243 г (минимальная 770 г, максимальная 2780 г). У них диагностирована классическая форма БЛД.

В 3-ю группу наблюдения включены 3 пациента (6 %) с БЛД доношенного ребенка. Это были дети, рожденные на сроке гестации 38-40 недель, с различными врожденными пороками развития (ВПР). БЛД у данной категории детей развилась вследствие длительной респираторной поддержки с помощью традиционной ИВЛ, проводившейся в связи с наличием ВПР, в частности, атрезии пищевода, диафрагмальной грыжи, а также релаксацией правого купола диафрагмы.

В 1-й группе преобладали пациенты со средней степенью тяжести БЛД – 21 ребенок (75 %), 3 детей (11 %) имели легкую степень и 4 (14 %) – тяжелую степень заболевания. Во 2-й группе 16 детей (80 %) имели среднюю степень тяжести и 4 (20 %) – тяжелую степень заболевания. Легкого течения БЛД у детей с классической формой не отмечено ни в одном случае. В 3-й группе пациентов с легкой, сред-

ней и тяжелой степенью БЛД было по одному (табл. 2).

У всех больных степень выраженности ДН в период их пребывания в ОРИТН потребовала проведения респираторной поддержки в виде ИВЛ и СРАР. В 1-й группе респираторная поддержка осуществлялась преимущественно режимом СРАР, с FiO₂ не более 0,4. Средняя продолжительность респираторной поддержки составила 185 ± 19 часов. Во 2-й группе респираторная поддержка состояла преимущественно из традиционной ИВЛ с высоким PIP и FiO₂ 0,5 и более. В дальнейшем, по мере купирования респираторных нарушений, пациенты переводились на СРАР, либо на самостоятельное дыхание. Длительность респираторной поддержки в среднем составила 95 ± 15 часов. В 3-й группе ИВЛ продолжалась в среднем $8 \pm 0,7$ часов.

Базисная терапия БЛД ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС – будесонид) в дозе 250-500 мкг/сутки назначена 18 пациентам (33 %) из общего числа больных с диагнозом БЛД (с учетом формы заболевания и рецидивов БОС).

Коморбидная патология у 21 пациента (41 %) с диагнозом БЛД на момент их рождения представлена патологией сердечно-сосудистой системы: 14 (27 %) из них имели гемодинамически значимый функционирующий артериальный проток (ГЗФАП), который «утяжелял» дыхательные расстройства, 7 (13 %) из них проведено лигирование ГЗФАП в возрасте 2-4 недель постнатального возраста. У 8 пациентов (15 %) диагностированы различные врожденные пороки сердца (ДМЖП, ДМПП, клапанный и подклапанный митральный стеноз, гипоплазия дуги аорты). У 35 детей (68 %) была документирована генерализованная врожденная инфекция, которая проявлялась интерстициальной пневмонией, энтероколитом, гепатитом, а также ранним неонатальным сепсисом. У 8 пациентов (15 %) тяжесть состояния определялась не только дыхательной, но и полиорганной недостаточностью. У 30 детей (60 %) в раннем возрасте была документирована анемия смешанного генеза и разной степени тяжести. У всех больных отмечалось перинатальное поражение ЦНС средней и тяжелой степени смешан-

Таблица 2
Распределение пациентов по группам в зависимости от степени тяжести БЛД

1 группа, n = 28 (55 %)			2 группа, n = 20 (39 %)			3 группа, n = 3 (6 %)		
Легкой ст. тяжести	Средней ст. тяжести	Тяжелой ст. тяжести	Легкой ст. тяжести	Средней ст. тяжести	Тяжелой ст. тяжести	Легкой ст. тяжести	Средней ст. тяжести	Тяжелой ст. тяжести
3 (11 %)	21 (75 %)	4 (14 %)	0	16 (80 %)	4 (20 %)	1	1	1

Information about authors:

ZATOLOKINA Anastasia Olegovna, assistant, department of pediatrics and neonatology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: a.o.zatolokina@gmail.com

BELOUSOVA Tamara Vladimirovna, doctor of medical sciences, professor, department chair of pediatrics and neonatology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: belousovatv@ngs.ru

LOSKUTOVA Svetlana Aleksandrovna, doctor of medical sciences, professor, department of pediatrics and neonatology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: kafokb@yandex.ru

ANDRYUSHINA Irina Vladimirovna, edging. medical sciences, associate professor, department of pediatrics and neonatology, Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia. E-mail: iva_m@ngs.ru

ного, гипоксически-ишемического, в том числе геморрагического генеза. В дальнейшем 7 пациентам (13 %) в течение первого года жизни выставлен диагноз детский церебральный паралич.

По достижении 3-х летнего возраста 17 пациентам (33 %) из общего числа констатировано клиническое выздоровление от БЛД. Из общей группы 9 пациентам (18 %), с учетом рецидивов БОС, выставлен диагноз рецидивирующего бронхита. У 7 детей (14 %) эпизоды БОС сочетались со стойкими морфологическими изменениями в бронхах (рентгенологические и эндоскопические) — им был выставлен диагноз хронический бронхит. По совокупности анамнестических данных, клинико-лабораторных проявлений 18 пациентам (35 %) был документирован диагноз атопической бронхиальной астмы. При этом у 5 больных (9 %) диагноз документирован еще до достижения 3-х летнего возраста, остальным детям диагноз бронхиальная астма выставлен после 3-х летнего возраста. Один пациент имел легкое персистирующее течение бронхиальной астмы и получал терапию блокаторами лейкотриеновых рецепторов (сингуляр). Остальные 17 пациентов (33 %) имели среднетяжелое течение, использовали в качестве базисной терапии фликсотид. Все пациенты в терапии обострения бронхиальной астмы использовали ИГКС (будесонид в дозе 500-1000 мкг/сутки), а также комбинированный бронхолитик (беродуал), в зависимости от возраста и степени тяжести бронхообструктивного синдрома.

Характеристика функциональных последствий БЛД в зависимости от принадлежности к группам наблюдения представлена следующим образом: в составе 1-й группы у 12 детей (43 %) документировано клиническое выздоровление от БЛД ($p = 0,037$), у 4 детей (14 %) — рецидивирующий обструктивный бронхит. Одному пациенту выставлен диагноз хронического бронхита. 11 пациентам (39 %) с БЛД в анамнезе диагностирована бронхиальная астма атопическая.

Среди пациентов 2-й группы в структуре функциональных последствий БЛД у 5 детей (25 %) документирован хронический бронхит, у 5 (25 %) — ре-

цидивирующий обструктивный бронхит. Диагноз бронхиальной астмы атопической выставлен 7 пациентам (35 %).

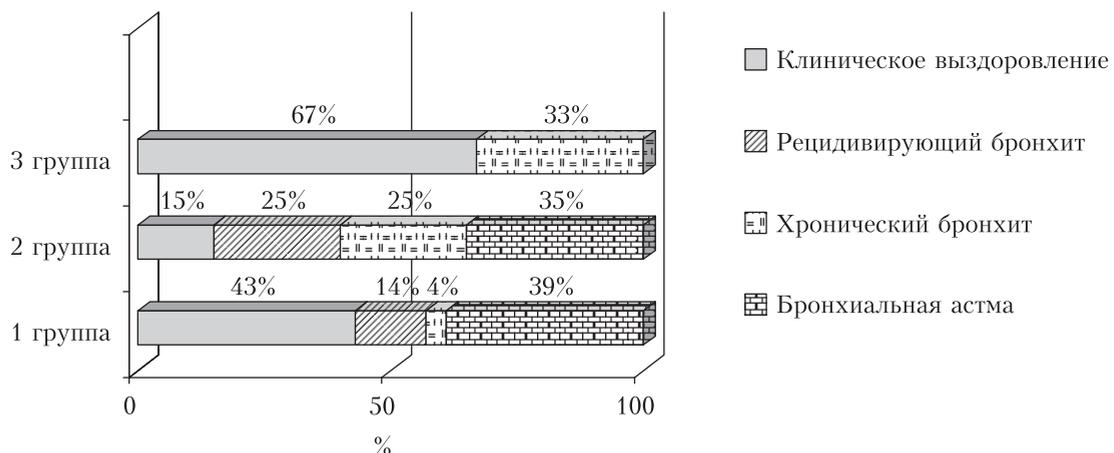
Таким образом, наибольшее число пациентов, которым по достижению 3-х летнего возраста выставлен диагноз хронического бронхита, отмечено во 2-й группе (с классической формой БЛД недоношенного). Установленная закономерность позволяет предположить, что такого рода последствия связаны с более выраженными морфологическими изменениями в бронхолегочной системе, обусловленными, в том числе, повреждениями респираторного тракта, обусловленными жесткими параметрами ИВЛ, использованием высоких концентраций O_2 во вдыхаемой смеси, необходимостью продолжительной респираторной поддержки. И только 3 пациентам (15 %) из этой группы выставлено клиническое выздоровление.

Среди больных с БЛД доношенного последствия представлены следующим образом: одному пациенту с тяжелой БЛД, с релаксацией правого купола диафрагмы при рождении, перенесшему тяжелую ИВЛ-ассоциированную пневмонию (ВАП), с длительной кислородозависимостью, сохранявшейся до пяти месяцев жизни, документирован хронический бронхит. У остальных пациентов функциональным последствием БЛД было клиническое выздоровление.

Данные по частоте регистрации различных бронхолегочных заболеваний, в том числе функциональных последствий БЛД, представлены на рисунке 1.

Среди пациентов 1-й группы в течение первых 3-х лет жизни, 10 (35 %) требовались госпитализации, из них 8 (80 %) по поводу рецидива БОС. Также в 1-й группе один ребенок был госпитализирован с диагнозом внебольничная пневмония, у одного ребенка с диагнозом ДЦП, выраженным неврологическим дефицитом, осложнением явилась аспирационная пневмония. Во 2-й группе наблюдения потребность в госпитализации была у 5 пациентов (25 %): 4 из них были госпитализированы по поводу внебольничной пневмонии, у одного из них выявлен также верхнедолевой фиброателектаз, один пациент получал терапию по поводу рецидива БОС.

Рисунок 1
Структура бронхолегочных заболеваний у детей с БЛД в анамнезе



Среди пациентов 3-й группы, до достижения 3-х летнего возраста, в пульмонологическое отделение госпитализировался только один ребенок с атрезией пищевода в анамнезе, которому проводилась многоэтапная хирургическая коррекция ВПР, поводом для экстренной госпитализации была внебольничная пневмония.

ВЫВОДЫ

Среди наблюдаемых в катамнезе пациентов с БЛД, по достижении ими 3-х летнего возраста, с учетом сохраняющихся эпизодов БОС, наличия соответствующего анамнеза, рентгенологической и эндоскопической картины, документированы следующие функциональные последствия БЛД и заболевания бронхолегочной системы: клиническое выздоровление в 33 % случаев, хронический бронхит в 14 % случаев, рецидивирующий бронхит в 18 % случаев. У 35 % детей с БЛД в анамнезе диагностирована бронхиальная астма

Среди пациентов с БЛД преобладали дети с новой формой БЛД, они составили 55 % от всей группы с данным диагнозом.

Среди факторов риска развития БЛД доминирует длительно проводимая ИВЛ и другие виды респираторной поддержки, они имели место у 64 % больных. Осуществление респираторной поддержки преимущественно с использованием современных щадящих стратегий, в частности в режиме СРАР, отмечено у

35 % пациентов и с использованием низких концентраций кислорода с FiO_2 менее 0,4.

Дети с гестационным возрастом на момент рождения менее 32 недель, родившиеся с ОиЭНМТ, имели более высокий риск развития БЛД, их было в общей группе 53 %. Однако именно у этих пациентов отмечено наибольшее число «благополучных» функциональных последствий БЛД в виде клинического выздоровления – 24 % ($p = 0,542$). Данные представлены на рисунке 2.

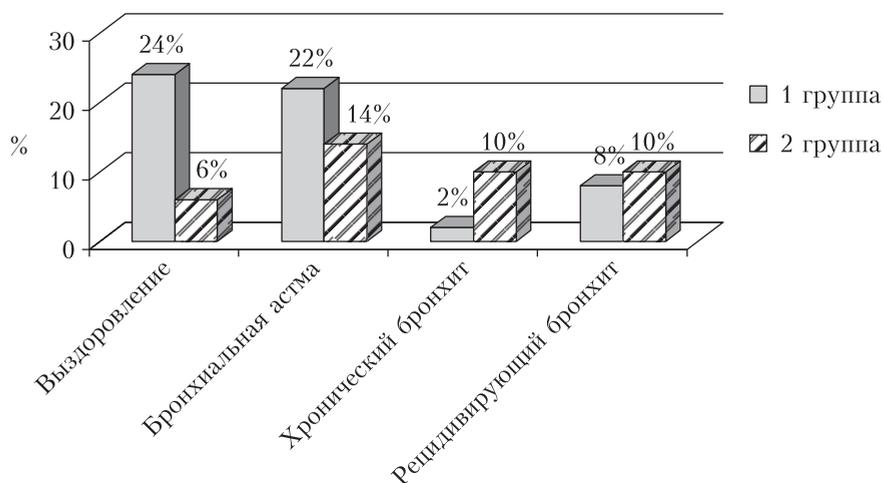
У детей с классической формой БЛД недоношенного, несмотря на более короткие сроки респираторной поддержки и назначение базисной терапии будесонидом, преобладали функциональные последствия БЛД в виде хронического бронхита в 10 % случаев, рецидивирующего обструктивного бронхита также у 10 % пациентов. Диагноз атопической бронхиальной астмы документирован у 14 % детей из общей группы больных с БЛД в анамнезе.

Только одному из трех детей с БЛД доношенного в анамнезе выставлен диагноз хронического бронхита.

Потребность в повторной госпитализации в стационар превалировала у детей с новой формой БЛД в анамнезе. Поводом для госпитализации у этих пациентов в подавляющем большинстве случаев (80 %) явился бронхообструктивный синдром. В то же время, у детей с классической формой БЛД поводом для госпитализации в основном (80 % случаев) была внебольничная пневмония.

Рисунок 2

Сравнительная характеристика функциональных последствий БЛД и бронхолегочной патологии



ЛИТЕРАТУРА:

1. Союз педиатров России. Федеральные клинические рекомендации по ведению детей с бронхолегочной дисплазией. Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. – М.: Педиатр, 2014. – 52 с.
2. Овсянников, Д.Ю. Бронхолегочная дисплазия: естественное развитие, исходы и контроль /Овсянников Д.Ю. – Педиатрия. – 2011. – № 1. – С. 141-150.
3. Овсянников, Д.Ю. Бронхолегочная дисплазия у детей первых трех лет жизни: Автореф. дис. ... докт. мед. наук /Овсянников Д.Ю. – М., 2010. – 48 с.
4. Баранов, А.А. Недоношенные дети в детстве и отрочестве /Баранов А.А., Волгина С.Я., Менделевич В.Д. – М.: Информпрес-94, 2001. – 188 с.
5. Алямовская, Г.А. Особенности физического развития глубоко недоношенных детей на первом году жизни /Алямовская Г.А., Кешишян Е.С., Сахарова Е.С. //Вестник современной клинической медицины. – 2013. – Т 6, № 6. – С. 6-14.
6. Neonatal respiratory disorders /A. Greenough, A.D. Milner. – London, 2013.

7. Володин, Н.Н. Бронхолегочная дисплазия: учеб.-метод. пособие /Володин Н.Н. – М.: ГОУ ВПО «РГМУ» Росздрава, 2010.
8. Богданова, А.В. Система оказания помощи детям с бронхолегочной дисплазией на различных этапах ведения больных: Методические рекомендации МЗ РФ /Богданова А.В., Бойцова Е.В., Старевская С.В. – СПб., 2004. – 16 с.
9. Геппе, Н.А. Новая рабочая классификация бронхолегочных заболеваний у детей /Геппе Н.А., Розина Н.Н., Волков И.К. //Доктор. Ру. – 2009. – № 1. – С. 7-13.
10. Шабалов, Н.П. Неонатология /Шабалов Н.П. – М: МЕДпрессинформ, 2004. – Т. 1. – 608 с.
11. Bankalary, E. Bronchopulmonary dysplasia /Bankalary E., Gerhardt T. //Pediatr. Clin. J. Amer. – 2010. – V. 33(1). – P. 1-23.
12. Kair, L.R. Bronchopulmonary Dysplasia /L.R. Kair, D. Leonard, J. Anderson //Pediatrics in Review. – 2012. – V. 33. – С. 255.

