

Данные отдаленного катамнеза детей, перенесших в неонатальном периоде тяжелые дыхательные нарушения с применением интенсивной вентиляции легких

Т.В.Празникова¹, С.В.Зайцева¹, Н.В.Александрина¹, О.В.Зайцева¹, Т.П.Рубцова², О.Б.Воронина²

¹Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра педиатрии, Москва (зав. кафедрой – проф. С.В.Зайцева);

²Детская клиническая больница №38 – Центр экологической педиатрии ФМБА России, Москва (и.о. главного врача – С.Ю.Тараканова)

В статье представлены результаты пятилетнего катамнестического наблюдения за 97 детьми, перенесшими в раннем неонатальном периоде тяжелые дыхательные расстройства, сопровождавшиеся аппаратной искусственной вентиляцией легких. Проведена оценка состояния системы органов дыхания и исхода с формированием бронхолегочных заболеваний у этих детей в зависимости от сроков гестации при рождении. Установлено, что дети, имеющие тяжелые респираторные расстройства в раннем неонатальном периоде, сопровождавшиеся применением ИВЛ, нуждаются в своевременном комплексном обследовании, что требует изменения алгоритмов обследования и диспансерного наблюдения этой группы пациентов с использованием современных методов диагностики уже в первые годы жизни ребенка.

Ключевые слова: неонатальный период, искусственная вентиляция легких, бронхолегочные заболевания

Data on the remote catamnesis in children having severe respiratory disorders with the use of intensive ventilation of lungs in the neonatal period

T.V.Praznikova¹, S.V.Zaytseva¹, N.V.Aleksandrina¹, O.V.Zaytseva¹, T.P.Rubtsova², O.B.Voronina²

¹Moscow State Medical-Dental University, Department of Pediatrics (Head of the Department – Prof. S.V.Zaytseva);

²Children Clinical Hospital № 38 – Center of Ecological Pediatrics of FMBA of Russia, Moscow (Acting Chief Doctor – S.Yu.Tarakanova)

In the article the results of the five-year catamnestic supervision over 97 children with severe respiratory frustration accompanied by hardware-based artificial ventilation of lungs (ALV) in the early neonatal period are presented. There was assessed the state of the respiratory organs and the outcome with formation of broncho-pulmonary diseases in these children at delivery depending on terms of gestation. As a result it was established that children with heavy respiratory frustration in the early neonatal period, accompanied by hardware-based artificial ventilation of lungs, are in need of timely complex inspection that demands changing of algorithms of examination and regular medical check-up of this group of patients using modern methods of diagnostics in the first years of a child's life.

Keywords: neonatal period, artificial pulmonary ventilation, broncho-pulmonary diseases

В последние годы, в связи с внедрением в медицину новых технологий и совершенствованием методов интенсивной терапии и реанимации, возросла выживаемость новорожденных с респираторными расстройствами, нуждающихся в проведении аппаратной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Вместе с этим, у этой категории пациентов уве-

личилось число случаев хронической бронхолегочной патологии. По данным литературы, эта тенденция связана с выживанием глубоко недоношенных детей с экстремально низкой массой тела при рождении и чаще обусловлена незрелостью легочной ткани [1, 2]. В то же время не менее интересна группа доношенных детей, перенесших в неонатальном периоде дыхательные расстройства с проведением ИВЛ. Фоном, на котором развиваются респираторные заболевания у этих больных, является как незрелость легких, так и особенности их формирования во внутриутробном периоде [2].

Целью нашего исследования стала оценка в отдаленном катамнезе состояния системы органов дыхания у детей, перенесших в раннем неонатальном периоде тяжелые дыхательные расстройства, сопровождавшиеся аппаратной ИВЛ.

Для корреспонденции:

Зайцева Светлана Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии Московского государственного медико-стоматологического университета

Адрес: 115409, Москва, ул. Москворечье, 20

Телефон: (495) 324-2189

E-mail: zcv16@mail.ru

Статья поступила 10.09.2008 г., принята к печати 08.04.2009 г.

Работа выполнялась на базе отделения катамнеза 7-й Городской клинической больницы и аллерго-пульмонологического отделения Детской клинической больницы №38 – Центра экологической педиатрии. В исследовании использованы данные проспективного 5-летнего катамнестического наблюдения 97 детей, перенесших в раннем неонатальном периоде респираторные нарушения, потребовавшие проведения аппаратной вентиляции легких. Все дети (49 мальчиков и 48 девочек) наблюдались нами с первых дней жизни до 5-летнего возраста. Критерием включения детей в исследование было наличие у них в неонатальном периоде респираторных расстройств, сопровождавшихся аппаратной ИВЛ. Критериями исключения детей из исследования были тяжелые перинатальные гипоксические и травматические поражения центральной нервной системы, имеющие клинические проявления комы I–II степени, а также выявленные в раннем неонатальном периоде пороки развития и генетическая патология.

В зависимости от гестационного возраста при рождении были сформированы три группы пациентов. Первая группа была представлена 51 ребенком, рожденным на 28–32-й неделе беременности (глубоко недоношенные дети). Во вторую группу вошли 25 детей со сроком гестации 33–37 нед. В третью группу был включен 21 ребенок; дети родились на сроке беременности 38–41 нед. Все исследования проводились с учетом особенностей вышеуказанных групп.

Дети были обследованы в условиях стационара по единой программе. Обследование включало физикальный осмотр, анализ лабораторных показателей (клинический анализ крови, биохимический анализ сыворотки крови), иммунологические показатели (иммуноглобулины А, М, G, Е, клеточный иммунитет, фагоцитоз), серологическое исследование сыворотки крови на инфекции (ЦМВ, ВПГ, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidophila pneumoniae*), исследование функции внешнего дыхания, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, консультации специалистов. По показаниям были проведены бронхологическое обследование, радиоизотопное исследование легких, спиральная компьютерная томография.

В результате клинико-лабораторного и инструментального обследования, проведенного в возрасте 5 лет, у 41,2% (40) детей нами не было выявлено проблем со стороны органов дыхания. Эти пациенты составили группу «условно здоровые дети». При этом нами оценивалось состояние здоровья только системы органов дыхания, наличие иной сопутствующей соматической или неврологической патологии не учитывалось.

В ходе проведенного обследования также установлено, что 58,8% (57) пациентов к 5-летнему возрасту сформировали рецидивирующие респираторные заболевания (РРЗ). Из них

24,7% (24) детей нуждались в диспансерном наблюдении в группе «часто болеющие дети», у 30,9% (30) пациентов был установлен диагноз бронхиальной астмы, у 3,09% (3) больных верифицировано наличие врожденной патологии легких (табл. 1).

Таким образом, можно отметить, что спустя 5 лет после перенесенных в неонатальном периоде тяжелых дыхательных расстройств у 41,2% детей отсутствовали рецидивирующие респираторные заболевания. При этом наличие РРЗ не было установлено у половины (51%) детей, рожденных с гестационным возрастом 28–32 нед; среди детей, рожденных с гестационным возрастом 33–37 нед, «условно здоровых» было 40%, в то время как среди доношенных детей только у 19,1% в 5-летнем возрасте не выявлено РРЗ.

Изучая группу «условно здоровые дети», можно отметить, что по данным анамнеза у них отсутствовали РРЗ, в объективном статусе у пациентов этой группы не выявлено принципиальных нарушений в состоянии здоровья. Физическое развитие как недоношенных, так и доношенных пациентов этой группы по массе тела и росту в 96,9% случаев соответствовало нормальным показателям. У 3,1% из группы доношенных детей отмечалось опережение сверстников в физическом развитии.

Острые респираторные заболевания у пациентов данной группы отмечались 1–2 раза в год и протекали без осложнений. У 47,5% детей имел место изолированный синдром ринита, у 32,5% детей – синдром фарингита. В терапии ОРЗ у них использовались, как правило, только симптоматические средства. Лишь у 20% детей в течение 5 лет наблюдения в лечении респираторных заболеваний применялись антибактериальные препараты.

В клиническом анализе крови и биохимических показателях сыворотки крови на момент финального обследования нами не отмечено отклонений от возрастных норм у всех детей. Серологическое исследование на инфекции выявило у 15,4% пациентов из группы глубоко недоношенных антитела класса G к ВПГ 1–2 типа в титрах 1:400, сохраняющиеся в динамике. Показатели функции внешнего дыхания у данной группы пациентов не выявили отклонений от нормы.

Таким образом, в ходе проведенного катамнестического комплексного обследования в возрасте 5 лет у 41,2% пациентов, перенесших в раннем неонатальном периоде синдром респираторных расстройств, нами не выявлено изменений со стороны органов дыхания. При этом 90% этих детей были рождены недоношенными и только 10% детей относились к группе доношенных детей.

У 58,8% наблюдаемых нами пациентов были установлены «рецидивирующие респираторные заболевания», представ-

Таблица 1. Структура заболеваний органов дыхания у детей в возрасте 5 лет, рожденных на разных сроках гестации и перенесших в неонатальном периоде респираторные расстройства, сопровождавшиеся аппаратной ИВЛ

Группы детей	Дети, рожденные на сроке гестации 28–32 нед, n = 51		Дети, рожденные на сроке гестации 33–37 нед, n = 25		Доношенные дети, n = 21		Всего, n = 97	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Условно здоровые дети	26	51*	10	40	4	19,1	40	41,2
Часто болеющие дети	15	29,4	7	28	2	9,5*	24	24,7
Дети с бронхиальной астмой	10	19,6	8	32	12	57,1*	30	30,9
Дети с врожденными пороками развития органов дыхания	0	0	0	0	3	14,3*	3	3,09

* p < 0,05

Таблица 2. Тяжесть течения бронхиальной астмы у детей в возрасте 5 лет, рожденных на разных сроках гестации и перенесших в неонатальном периоде респираторные расстройства, сопровождавшиеся аппаратной ИВЛ

Степень выраженности бронхиальной астмы	Дети, рожденные на сроке гестации 28–32 нед, n = 10		Дети, рожденные на сроке гестации 33–37 нед, n = 8		Доношенные дети, n = 12		Всего, n = 30	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Бронхиальная астма легкая, интермиттирующая, ремиссия	2	20	2	25	2	16,7	6	20
Бронхиальная астма легкая, персистирующая	3	30	3	37,5	3	25	9	30
Бронхиальная астма среднетяжелого течения	4	40	2	25	5	41,6	11	36,7
Бронхиальная астма тяжелого течения	1	10	1	12,5	2	16,7	4	13,3

ленные частыми острыми респираторными инфекциями («часто болеющие дети» – ЧБД), бронхиальной астмой и врожденной патологией органов дыхания.

Группа «часто болеющие дети» в нашем исследовании была представлена 24 пациентами (24,7% всех наблюдаемых). Критерием включения детей в эту группу было наличие у ребенка в возрасте от 4 до 5 лет пяти и более эпизодов острой респираторной инфекции в год [3]. Эти дети не имели наследственных, врожденных или хронических заболеваний, способствующих частому развитию у них респираторных инфекций. Среди пациентов диспансерной группы ЧБД 15 (29,4%) детей были рождены глубоко недоношенными, на сроке гестации 28–33 нед; 7 (28%) пациентов – умеренно недоношенными (на сроке гестации 33–37 нед) и двое (9,5%) детей были рождены доношенными.

Проведенный нами анализ респираторных заболеваний среди «часто болеющих детей» показал, что 41,6% этой группы составили пациенты с рецидивирующим обструктивным бронхитом (РОБ), причем 53,3% из них были рождены глубоко недоношенными. Представляется важным, что 7 детей данной группы в первые годы жизни наблюдались с диагнозом бронхолегочной дисплазии, бронхообструктивный синдром у них в течение первых 4 лет рецидивировал до 6 раз в год. В последующем рецидивы бронхообструкции стали реже – 1–2 раза в год.

При обследовании детей группы ЧБД нами не выявлено отягощенного аллергологического семейного или личного анамнеза. По лабораторным данным показатели общего IgE были в пределах нормы. Показатели специфического IgE и кожное тестирование не выявили специфически значимого аллергена. При исследовании функции внешнего дыхания у детей из группы ЧБД нами не получено достоверных нарушений бронхопроходимости.

Таким образом, у часто болеющих детей, перенесших в раннем неонатальном периоде синдром респираторных расстройств, в возрасте 5 лет в 41,6% случаев рецидивировал бронхообструктивный синдром. Надо отметить, что в основном это были дети, рожденные глубоко недоношенными, и дети с диагнозом бронхолегочной дисплазии в анамнезе. Однако с учетом полученных клиничко-анамнестических и инстру-

ментальных данных у этих пациентов нами не было выявлено клинических, функциональных и лабораторных критериев для диагностики бронхиальной астмы.

Аденоидные вегетации I–III степени у пациентов в возрасте 5 лет были выявлены у 25% часто болеющих детей. У этих пациентов ОРЗ отмечались до 7–8 раз в год и сопровождались длительным, рецидивирующим приступообразным кашлем во время сна и в утренние часы.

Рецидивирующие ларинготрахеиты в анамнезе имели 25% детей группы ЧБД. При обследовании у этих пациентов не было отмечено отягощенного аллергоанамнеза, аллергологическое обследование не выявило специфически значимого аллергена.

У одного ребенка из группы ЧБД отмечались частые ОРЗ, дважды осложненные острой правосторонней пневмонией. Комплексное обследование, включая иммунологические, бронхологические методы, спиральную компьютерную томографию, не выявило органических изменений бронхолегочной системы, что позволило нам наблюдать данного пациента в группе ЧБД.

Пациенты с диагнозом бронхиальной астмы (БА) из группы детей, перенесших в раннем неонатальном периоде синдром респираторных расстройств, составили 30,9%. Было установлено, что доношенные дети, имеющие в раннем неонатальном периоде синдром респираторных расстройств, сопровождавшийся аппаратной ИВЛ, при наблюдении в 5-летнем катамнезе сформировали бронхиальную астму в 57,1% случаев, что достоверно чаще, чем у недоношенных детей. Среди глубоко недоношенных детей бронхиальная астма была диагностирована у 19,6%, а у детей, рожденных на сроке гестации 33–37 нед, – в 25% случаев (табл. 2).

В ходе обследования детей с бронхиальной астмой было установлено, что в 70% случаев у них имел место отягощенный аллергологический анамнез, патологическое течение первой половины беременности отмечалось у 73,3%, второй половины – у 63,3% матерей. Сопутствующая аллергическая патология (аллергический ринит, поллиноз, конъюнктивит) выявлена у 50% детей с бронхиальной астмой. Вместе с этим, важно отметить, что у недоношенных детей достоверно чаще, по сравне-

Таблица 3. Результаты обследования детей с бронхиальной астмой, перенесших в раннем неонатальном периоде дыхательные расстройства, сопровождавшиеся ИВЛ (5-летний катамнез)

Факторы риска	Дети, рожденные на сроке гестации 28–32 нед, n = 10		Дети, рожденные на сроке гестации 33–37 нед, n = 8		Доношенные дети, n = 12		Всего, n = 97	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Отягощенная по аллергии наследственность	7	70	6	75	8	66,7	21	70
Отягощенная по бронхиальной астме наследственность	3	30	2	25	4	33,3	9	30
Отягощенная первая половина беременности	8	80	6	75	8	66,7	22	73,3
Отягощенная вторая половина беременности	6	60	7	87,5	6	50	19	63,3
Оперативные вмешательства в родах	4	40	2	25	2	16,7	8	26,7
Длительность ИВЛ	11,2 ± 4,1 сут		3,4 ± 1,4 сут		3,6 ± 1,7 сут			
Сопутствующие аллергические заболевания	6	60	3	37,5	6	50	15	50

Таблица 4. Возраст дебюта БОС у детей с БА, перенесших в раннем неонатальном периоде дыхательные расстройства с применением ИВЛ

Дебют БОС	Дети, рожденные на сроке гестации 28–32 нед, $n = 10$		Дети, рожденные на сроке гестации 33–37 нед, $n = 8$		Доношенные дети, $n = 12$		Всего, $n = 30$	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Дебют бронхообструктивного синдрома до 1 года	6	60	2	25	5	41,6	13	43,3
Дебют бронхообструктивного синдрома с 1 года до 2 лет	2	20	4	50	5	41,6	11	36,7
Дебют бронхообструктивного синдрома с 2 до 3 лет	2	20	2	25	2	16,7	6	20

нию с доношенными, применялись оперативные вмешательства в родах, ребенок более длительно пребывал на ИВЛ (табл. 3).

Анализируя особенности дебюта бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей, перенесших в раннем неонатальном периоде дыхательные расстройства с применением ИВЛ и сформировавших в исходе бронхиальную астму, можно отметить ранний возраст дебюта БОС. Так, у 43,3% детей БОС рецидивировал уже в возрасте до 1 года, у 36,7% пациентов бронхообструкция возникла в возрасте от 1 года до 2 лет, у 20% – в возрасте от 2 до 3 лет (табл. 4).

Рассматривая причины обострения БА, можно отметить, что у 60% пациентов развитие приступа было связано с неспецифическими факторами и чаще всего с ОРЗ. У 23,3% детей с бронхиальной астмой причиной обострения была поллиноз. Приступы бронхообструкции при контакте с бытовыми аллергенами отмечались у 20% и при контакте с животными – у 26,7% пациентов.

Таким образом, дети, перенесшие в раннем неонатальном периоде тяжелые респираторные расстройства, сопровождавшиеся аппаратной ИВЛ, в трети случаев к 5-летнему возрасту формируют в исходе бронхиальную астму. Причем у 80% детей дебют заболевания приходится на возраст до 2 лет. Установлено, что БА достоверно чаще встречалась у детей, рожденных доношенными, причем степень тяжести заболевания у них была более тяжелой.

Больные с врожденными пороками развития легких среди группы детей с «рецидивирующими респираторными заболеваниями» составили 5,3%. Среди всех наблюдаемых нами детей врожденные пороки бронхолегочной системы были выявлены в 3,1% случаев (у 3 из 97 детей). Как показали наблюдения, своевременный диагноз у этих больных оказался сложным. Обращает внимание, что в нашем исследовании все дети с врожденными пороками развития легких родились доношенными.

В анамнезе у детей данной группы было характерно наличие жалоб на повышенную утомляемость, слабость. На первый план выступали жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке, в то же время отсутствовали жалобы на развитие бронхообструкции на специфические факторы. Пациенты с врожденными пороками бронхолегочной системы, как правило, длительно болели ОРЗ уже на первом году жизни. Для купирования респираторного синдрома им часто назначались антибактериальные препараты (в сред-

нем 5 раз в год). У 2 детей в возрасте до 2 лет отмечалась деструктивная пневмония.

При объективном осмотре необходимо отметить, что все дети данной группы имели дисгармоничное развитие с дефицитом массы тела. При физикальном осмотре у детей в легких были выявлены локальные влажные хрипы. Лабораторное исследование данной группы пациентов не выявило принципиальных отличий в период вне обострения заболевания.

Характерными для пациентов данной группы явились показатели функции внешнего дыхания (ФВД). Так, отмечено снижение жизненной емкости легких (ЖЕЛ), косвенно свидетельствующее о рестриктивных нарушениях, и выраженные генерализованные нарушения бронхопроходимости (табл. 5).

Проба с бронхолитиком у всех пациентов была отрицательной (прирост объема форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) составил в среднем $6,44 \pm 2,9\%$).

Надо отметить, что при проведении у этих пациентов рентгенографии грудной клетки в прямой проекции у 1 ребенка изменений выявлено не было, у 2 детей отмечались деформация легочного рисунка, неоднородность пневматизации легочных полей и спайки в плевральной полости.

С учетом клинической картины заболевания, данных осмотра и обследования было решено в план обследования включить бронхоскопию, спиральную компьютерную томографию и сцинтиграфию легких. В результате была выявлена врожденная патология органов дыхания: у одного ребенка – аномалия развития правого бронха, у второго – простая гипоплазия правого легкого, у третьего – кистозная гипоплазия верхней доли правого легкого.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о необходимости своевременного комплексного обследования пациентов, перенесших в раннем неонатальном периоде респираторные расстройства с применением аппаратной ИВЛ. Особенно важно отметить, что наибольшее внимание следует уделять группе детей, родившихся доношенными, у которых синдром дыхательных расстройств, развившийся в раннем неонатальном периоде, нельзя объяснить только незрелостью легочной ткани. По-видимому, у этих детей уже внутриутробно могут иметь место врожденные дефекты бронхолегочной системы, которые способствуют развитию тяжелых респираторных нарушений в неонатальном периоде.

Таблица 5. Показатели функции внешнего дыхания у детей в возрасте 5 лет, перенесших в раннем неонатальном периоде дыхательные расстройства, сопровождавшиеся ИВЛ

Группы детей	ЖЕЛ	ОФВ1	ПСВ	МОС25	МОС50	МОС 75
Здоровые дети ($n = 31$)	$112 \pm 14,11$	$97,51 \pm 12,8$	$93,78 \pm 11,03$	$83,98 \pm 18,57$	$78,05 \pm 9,95$	$74,89 \pm 14,07$
Часто болеющие дети ($n = 19$)	$106,69 \pm 9,04$	$96,60 \pm 12,7$	$87,39 \pm 9,06$	$81 \pm 12,8$	$77,60 \pm 12,9$	$67,34 \pm 10,8$
Бронхиальная астма ($n = 21$)	$100,57 \pm 9,9$	$91,31 \pm 12,6$	$88,69 \pm 7,6$	$80,31 \pm 13,3$	$77,65 \pm 11,03$	$67,62 \pm 9,11$
ХЗЛ ($n = 3$)	$72,25 \pm 7,12^*$	$72,01 \pm 13,4^*$	$59,97 \pm 16,04^*$	$51,11 \pm 10,88^*$	$47,42 \pm 11,05^*$	$41,56 \pm 10,9^*$

* $p < 0,05$

Результаты нашего исследования убедительно продемонстрировали, что дети, имеющие тяжелые респираторные расстройства в раннем неонатальном периоде, сопровождавшиеся применением аппаратной ИВЛ, нуждаются в своевременном комплексном обследовании, что требует изменения алгоритмов обследования и диспансерного наблюдения этой группы пациентов с использованием современных методов диагностики уже в первые годы жизни ребенка.

Литература

1. Лекции по педиатрии. Патология новорожденных и детей раннего возраста. В 2 т. / Под ред. В.Ф.Демина, С.О.Ключникова, Г.А.Самсыгиной. – М.: РГМУ, 2002. – Т.2. – 440 с.
2. Неонатология: национальное руководство / Под ред. Н.Н.Володина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 848 с.
3. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. – В кн.: Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления. – Саратов, 1986.

Информация об авторах:

Празникова Татьяна Викторовна, заочный аспирант кафедры педиатрии Московского государственного медико-стоматологического университета
Адрес: 107014, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, 1/3
Телефон: (499) 268-7295

Александрова Наталья Валерьевна, аспирант кафедры педиатрии Московского государственного медико-стоматологического университета
Адрес: 115409, Москва, ул. Москворечье, 20
Телефон: (495) 324-2189

Зайцева Ольга Витальевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой педиатрии Московского государственного медико-стоматологического университета
Адрес: 107014, Москва, ул. Рубцовско-Дворцовая, 1/3
Телефон: (499) 268-7295

Рубцова Татьяна Павловна, заведующая отделением аллергологии Детской клинической больницы №38 – Центра экологической педиатрии ФМБА России
Адрес: 115409, Москва, ул. Москворечье, 20
Телефон: (495) 324-2189

Воронина Ольга Борисовна, врач Детской клинической больницы №38 Центра экологической педиатрии ФМБА России
Адрес: 115409, Москва, ул. Москворечье, 20
Телефон: (495) 324-2189

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

Бронхолегочная дисплазия у детей

Проблема наблюдения детей, перенесших в раннем неонатальном периоде синдром респираторных расстройств и сформировавшихся в исходе бронхолегочную дисплазию (БЛД), становится актуальной в практике врача-педиатра. Это обусловлено тем, что у 16–20% детей, выписанных из отделения недоношенных, сохраняются патологические изменения в легких в возрасте до 4 лет. Врачи проводят огромный диагностический поиск, устанавливают несуществующие диагнозы и назначают неадекватную терапию, не получая при этом стойкого положительного эффекта лечения.

В связи с этим в 2008 г. на специальном заседании XVIII Национального конгресса по болезням органов дыхания БЛД была введена в рабочую классификацию бронхолегочных заболеваний у детей. Согласно определению, бронхолегочная дисплазия (P27.1) – это полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных, главным образом, глубоко недоношенных детей, получающих кислородотерапию и искусственную вентиляцию легких. БЛД протекает с преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, развитием эмфиземы, фиброза и нарушением репликации альвеол; проявляется зависимостью от кислорода в возрасте 28 суток жизни и старше, бронхообструктивным синдромом и симптомами дыхательной недостаточности с регрессом клинических проявлений по мере роста ребенка. Немаловажным является наличие специфических рентгенографических изменений.

В документе определены критерии диагностики БЛД. Среди клинических критериев диагностики выделены: ИВЛ на первой неделе жизни или респираторная терапия с постоянным положительным давлением в дыхательных путях через носовые катетеры; терапия кислородом более 21% в возрасте 28 дней и старше; дыхательная недостаточность, бронхиальная обструкция в возрасте 28 дней и старше, зависимость от кислорода, развивающаяся при проведении кислородотерапии. Рентгенологическими критериями являются интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения.

Необходимо отметить, что диагноз БЛД правомерен в качестве самостоятельного только у детей до 3-летнего возраста. В более старшем возрасте БЛД указывается лишь как заболевание, имевшее место в анамнезе.

Лечение пациентов с бронхолегочной дисплазией в амбулаторных условиях представляет достаточно сложную задачу. Она требует сотрудничества врача и родителей для достижения благоприятного прогноза. Важно объяснить родителям необходимость проведения мониторинга состояния ребенка, а также определить порядок их действий в период ухудшения состояния, чаще всего возникающего при ОРЗ. От врача требуется искусство лечения таких пациентов в амбулаторных условиях, так как госпитализация чревата реинфекцией и ухудшением состояния. Медикаментозная терапия детей с бронхолегочной дисплазией в первые годы жизни основана на использовании топических ингаляционных стероидов. Препараты назначаются в минимально эффективной дозе и продолжают до достижения стойкой клинической и рентгенологической ремиссии заболевания на протяжении от 1 мес до 2,5 года. Параллельно с топическими стероидами назначаются ингаляционные бронхолитики сроком от нескольких дней до 3 мес.

Прогноз БЛД относительно благоприятен. По некоторым данным, более 60% детей были клинически здоровы после 3-летнего возраста при своевременной терапии и наблюдении. В то же время при отсутствии адекватного лечения у этих пациентов формируются хронические бронхолегочные заболевания, нередко приводящие к инвалидизации пациентов. Именно поэтому необходимо правильно оценивать состояние пациентов, перенесших в раннем неонатальном периоде синдром дыхательных расстройств, помнить о диагнозе БЛД и проводить комплексную терапию.

Канд. мед. наук С.В.Зайцева

Московский государственный медико-стоматологический университет, кафедра педиатрии