

Л.Л. Ратникова, О.А. Ермолаева

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Кафедра педиатрии педиатрического факультета

## **ЭКСТРАПУЛЬМОНАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, СОПУТСТВУЮЩИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ**

**Ключевые слова:** дети, бронхолегочная дисплазия, респираторный дистресс-синдром, осложнения

**Резюме:** в статье представлен клинический случай отдаленного катамнеза ребенка, родившегося с экстремально низкой массой тела, перенесшего бронхолегочную дисплазию. Приводятся данные по экстрапульмональной патологии, имеющейся у пациента со стороны щитовидной железы, а также динамика изменений со стороны ЦНС, органа зрения, дыхательной системы.

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) одна из актуальных проблем педиатрии. Значение данной патологии выходит за пределы неонатологии и рассматривается как болезнь, приводящая к хроническим заболеваниям легких, инвалидности, что в свою очередь приводит к снижению качества жизни детей [1].

Недоношенность, а также осложнение респираторного дистресс-синдрома новорожденных и респираторной терапии в неонатальном периоде – бронхолегочная дисплазия – в настоящее время рассматривается как высоковероятный фактор риска развития хронической обструктивной болезни легких у взрослых [1,2]. Персистирующие уменьшение размеров легких у недоношенных и патогистологические изменения, свойственные БЛД, обуславливают нарушения вентиляционной способности легких и клинические симптомы хронической дыхательной недостаточности и / или бронхиальной обструкции как в детском возрасте, так и нередко у подростков и взрослых [3,5].

По экстрапульмональным состояниям, сопутствующим БЛД, имеются лишь единичные немногочисленные исследования; это в основном ретроспективный анализ историй болезней. Наиболее часто описаны перинатальные поражения нервной системы с низкой частотой встречаемости – гидроцефалия и высокой – детского церебрального паралича, а также нарушения со стороны органа зрения (58%), нарушения питания, и другие нарушения физического развития (27-29%), патология со стороны сердечно-сосудистой системы (59-63%) [4,5]. Безусловно, организация качества медико-социальной помощи детям этой категории очень важна [7,8].

Вашему вниманию предоставляется клинический случай. Ребенок 3., 2012 года рождения. Из анамнеза известно: ребенок родился от 2-й беременности на фоне хронического сальпингоофорита, в 22 недели отмечен синдром задержки развития плода (СЗРП), лечение в 22 и в 27 недель в стационаре. По УЗИ нарушение маточно-плацентарного кровообращения, СЗРП 3

степени, гипоплазия плаценты. От вторых оперативных родов в 28 недель путем кесарева сечения. Масса тела при рождении 780 грамм, оценка по Апгар 6/7 баллов.

В период новорожденности ребенку выставлен диагноз: респираторный дистресс-синдром, перинатальное поражение нервной системы 2 степени, синдром угнетения, задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу 2 степени, Экстремально низкая масса тела (ЭНМТ) при рождении, глубокая морфофункциональная незрелость, ранняя анемия недоношенных, конъюгационная желтуха, открытое овальное окно. До 2 лет наблюдался у невролога по поводу гидроцефалии и синдрома двигательных нарушений и задержки формирования психических процессов. До 2 лет наблюдался у окулиста по поводу астигматизма и патологии на глазном дне. Наблюдается у ортопеда по поводу контрактуры левого голеностопного сустава. Наблюдается у медицинского психолога по поводу изменения психических процессов по органическому типу. С 6 лет наблюдается у невролога по поводу полиморфизма фоновых ритмов на ЭЭГ с изменением биоэлектрической активности с акцентом на диэнцефальном уровне. Судорог не отмечалось. Менингеальных явлений не было. Консультирован в Москве по поводу резидуальной энцефалопатии и легкого нижнего пирамидного синдрома.

За время наблюдения у пульмонолога у ребенка сохранялись признаки бронхолегочной дисплазии до 3 лет, затем снят с учета. Перенес трижды полисегментарную пневмонию, однократно осложненную междолевым плевритом. Ребенок относится к группе часто болеющих детей.

В возрасте 8 лет у ребенка впервые выявлены изменения со стороны щитовидной железы в виде гипоплазии левой доли, формирующийся коллоидный узел правой доли. Этому обследованию предшествовали следующие жалобы: повышенная утомляемость, неврозоподобные состояния, эпилептиформные эпизоды – замирание взора (на ЭЭГ изменений не отмечено). В мае 2023 года ребенку выставлен диагноз: аутоиммунный тиреоидит, гипотрофический вариант. Гипотиреоз. Ребенок получает L-тироксин. В настоящее время ребенку 11,5 лет, вес 50 кг. Успешно учится в общеобразовательной школе, активный. Посещает центры дополнительного образования.

**Заключение.** В данном случае, по-видимому, повторные эпизоды гипоксических состояний, возникающих у глубоко недоношенного ребенка по разным причинам (неврологическим, трофическим, сосудистым, эндемическим), могли привести к эндокринной патологии.

По литературным данным, вопросами эндокринной патологии у детей, родившихся глубоко недоношенными и перенесшими бронхолегочную дисплазию, занимаются в Белорусском государственном медицинском университете: описан случай развития сахарного диабета у ребенка, перенесшего БЛД [9]. В Пермском государственном медицинском университете у детей с БЛД в анамнезе описаны 2 случая эндемического зоба [10].

У детей, родившихся глубоко недоношенными и перенесшими БЛД, в качестве потенциальных отдаленных последствий следует ожидать патологию не только дыхательной и нервной системы, нарушения зрения, но и патологию эндокринной системы, в частности щитовидной железы, что демонстрирует данный клинический случай.

Список литературы:

1. Бойцова Е.В., Титова О.Н., Овсянников Д.Ю., Богданова А.В. Респираторные последствия бронхолегочной дисплазии у детей, подростков и взрослых. Пульмонология 2017. Т. 27, № 1. С. 87 – 96.
2. Запевалова Е.Ю. Исходы бронхолегочной дисплазии у детей и подростков. Автореферат диссертации к.м.н. 2022.
3. Казакова К.А., Намазова-Баранова Л.С., Давыдова И. В. и др. Экстрапульмональные состояния, сопутствующие бронхолегочной дисплазии, у детей первых 3 лет жизни: результаты ретроспективного одномоментного исследования. Педиатрическая фармакология. 2016, 5, с. 431-435.
4. Казакова К.А., Цицинадзе В.Д. Коморбидная патология и инвалидизация при бронхолегочной дисплазии у детей. Российский педиатрический журнал. 2022, № 4, 262-263.
5. Козарезов С.Н., Войтович Т.Н. Бронхолегочная дисплазия в стадии хронической болезни. Учебно-методическое пособие. Минск. БГМУ, 2009.
6. Мерзлова Н.Б., Курносков Ю.В., Винокурова Л.Н., Батулин В.И. Катамнез детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Фундаментальные исследования. 2013. -№3 (часть 1). - с. 121-125.
7. Овсянников Д.Ю., Жесткова М.А. Ведение детей с бронхолегочной дисплазией на амбулаторном этапе. Status Praesens. 2022.
8. Овсянников Д.Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией. Руководство для практических врачей. М. МДВ. 2010.
9. Хабиева Т.Х., Утиулиев Е.С., Санранкызы С. Организация качественной медико-социальной помощи в катамнезе детям с бронхолегочной дисплазией. Вестник Казахстанского ГМУ. 2023, №1.
10. Хаштилова П.Б., Сергиенко Д.Ф. Влияние различных факторов на формирование исходов бронхолегочной дисплазии у детей. Фарматека. 2021, №1, стр. 86-90.