

Пикалова Л.П., Бибикова А.А

ВВЕДЕНИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Цель: Провести анализ этиологических и предрасполагающих факторов бронхолегочной дисплазии у детей (БЛД).

Задачи: изучить проблемы и модель организации специализированной медицинской помощи детям грудного и раннего возраста, страдающим БЛД.

Материалы и методы: Оценка обострений БЛД производилась на основании выписных эпикризов из историй болезней пациентов, прошедших обследование и лечение БЛД в педиатрическом отделении Областной детской клинической больницы г. Твери.

Материалом исследования являются: 14 выписных эпикризов из историй болезней с впервые установленным диагнозом, осмотр врача - пульмонолога в период неполной и полной ремиссии в условиях амбулаторного наблюдения.

Критериями включения в группу БЛД явились бронхолегочная дисплазия, возраст старше 1 мес. и до 3 лет, с длительностью болезни от 1 месяца до 2-х лет. Критериями исключения из основной группы БЛД явились возраст меньше 1 мес., независимость от кислорода в возрасте 28 сут. жизни, наличие других хронических заболеваний легких (БА, муковисцидоз).

Результаты исследования: Проведенный анализ семейно-генеалогического и акушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения настоящей беременности и родов, а также течения неонатального периода у 14 детей с БЛД позволил установить частоту этиологических и предрасполагающих факторов заболевания:

- РДС новорожденных (92,8% больных);
- недоношенность (92,8%);
- средний гестационный возраст больных составил 27,4 нед.;
- дети с ЭНМТ 50%, с ОНМТ 35,7%, с НМТ 14,2%;
- врожденная пневмония (85,7%);
- ИВЛ в неонатальном периоде 92,8%;
- респираторная терапия с помощью НСРАР (50%);
- открытый артериальный проток (28,5%);
- анемия различного генеза (50%), врожденные токсоплазмоз (7,1%), ВУИ неуточненной этиологии (21,4%).

По клинической картине (обострения заболевания, пневмонии, персистирующие физикальные данные и симптомы ХДН) и рентгенологической картине (гиперинфляция, буллы, фиброз/интерстициальные изменения) новая форма БЛД недоношенных протекала более благоприятно, чем ее классическая форма.

Одной из причин более легкого течения БЛД недоношенных, ассоциированной с меньшим ГВ и массой тела при рождении, может быть недоразвитие у этих детей механизмов воспаления, лежащего в основе патогенеза заболевания.

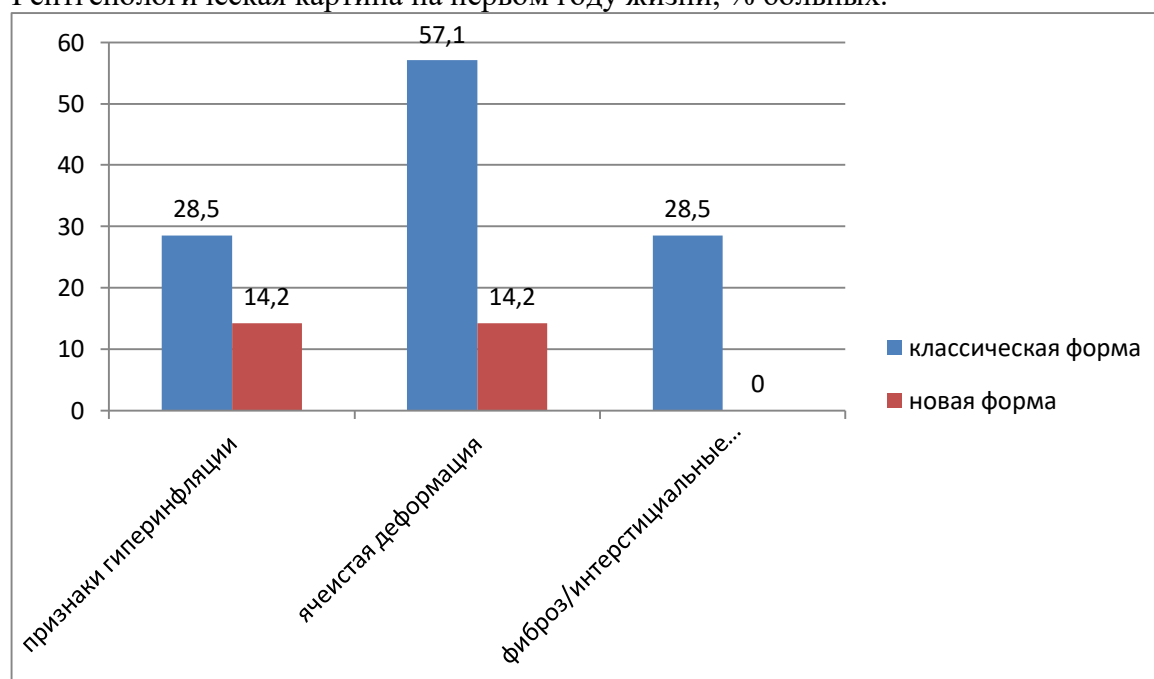
Различия между классической и новой БЛД недоношенных.

Таблица 1

Признак	Классическая БЛД недоношенных	Новая БЛД недоношенных
Частота в структуре БЛД, %	42,8	57,2
Факторы риска		
Пол мужской: женский	6:0	0:8
Открытый артериальный проток, %	21,4	7,1

Анемия	28,5	28,5
Семиотика заболевания на первом году жизни, % больных		
Одышка вне обострения БЛД	42,8	14,2
БОС (обострения БЛД)	42,8	14,2
Хрипы вне обострения БЛД	21,4	0
Жесткое дыхание вне обострения БЛД	91,8	21,4
Пневмония	71,4	71,4
Рентгенологическая картина на первом году жизни, % больных		
Признаки гиперинфляции (счет по передним и задним отрезкам ребер больше 14)	28,5	14,2
Ячеистая деформация	57,1	14,2
Фиброз/интерстициальные изменения	28,5	0
Линейные ателектазы	0	28,5

Рентгенологическая картина на первом году жизни, % больных.



При анализе рентгенограмм не учитывалось наличие пневмонической инфильтрации в легких.

Патология сопутствовавшая бронхолегочной дисплазии.

Таблица 2.

Заболевание	Абс. число	%
Органическое поражение ЦНС	1	7,1
Внутриутробная инфекция	4	28,5
Функциональное нарушение ЖКТ	6	42,8
Перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС	13	92,8
Открытое овальное окно	4	28,5
Дисфункция гепато билиарной системы	4	28,5
Эозинофилия	2	14,2
Ретинопатия недоношенных	6	42,8
АХЛЖ	2	14,2
Анемия	6	42,8

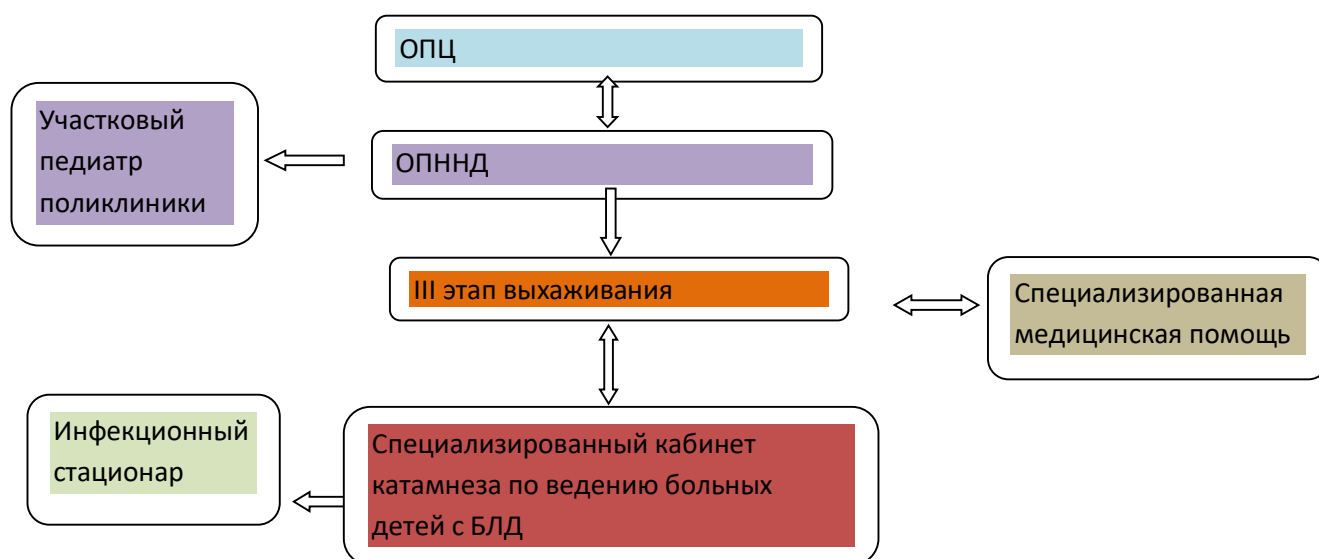
Пролонгированное наблюдение за детьми первых лет жизни, страдающих БЛД, позволило выявить ряд проблем их ведения после выписки со II этапа выхаживания, сформулировать предложения по диспансерному наблюдению данных пациентов, представленные в практических рекомендациях, и предложить модель организации специализированной медицинской помощи детям грудного и раннего возраста, страдающим БЛД.

К проблемам ведения детей с БЛД после выписки со II этапа выхаживания по данным нашего исследования можно отнести следующие:

- неправильная формулировка диагноза и его «потеря» в истории болезни к моменту выписки ребенка;
- отсутствие в большинстве выписок со II этапа выхаживания анамнестической оценки тяжести заболевания на основании состояния кислородозависимости в важные для определения тяжести БЛД сроки;
- трактовка одышки и тахипноэ у глубоко недоношенных детей как физиологических, а не как проявления ХРН;
- гипердиагностика БЛД у пациентов;
- отсутствие преемственности в ведении детей с БЛД между неонатологами и участковыми педиатрами, понимания нозологической самостоятельности данного хронического заболевания легких, объема обследований и обоснованности назначения базисной терапии;
- медико-социальные проблемы (с оформлением инвалидности, льготным лекарственным обеспечением, обеспечением компрессионными ингаляторами, концентраторами кислорода, пульсоксиметрами, ведением детей с БЛД, находящихся в домах ребенка).

Решению данных проблем может способствовать разработанная модель организации специализированной медицинской помощи детям грудного и раннего возраста, страдающих БЛД, которая включает взаимодействие различных звеньев системы здравоохранения.

Схема организации медицинской помощи детям грудного и раннего возраста с бронхолегочной дисплазией.



Выводы: Факторами риска развития БЛД являются: РДС новорожденных (92,8% больных), недоношенность (92,8%; средний гестационный возраст больных составил 27,4нед.); дети с ЭНМТ 50%, с ОНМТ 35,7%, с НМТ 14,2%; врожденная пневмония (85,7%); ИВЛ в неонатальном периоде 92,8%; респираторная терапия с помощью НСРАР (50%); открытый артериальный проток (28,5%); анемия различного генеза (50%), врожденные токсоплазмоз (7,1%), ВУИ неуточненной этиологии (21,4%). Происходит патоморфоз заболевания в сторону новой («постсурфактантной») формы в результате изменения ведения больных с РДС новорожденных (профилактическое применение сурфактанта). У пациентов с БЛД с высокой частотой встречается анемия, ретинопатия недоношенных, перинатальные поражения нервной системы.

Список литературы:

1. Антонов А. Г., Гепше Н. А. Бронхолегочная дисплазия // национальная программа. – М. – 2013. – 48 с.
2. Ахмадеева Э. Н., Кривкина Н. Н., Брюханова О. А. Соматическое здоровье детей на первом году жизни с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, перенесших респираторный дистресс-синдром // Вестник РГМУ. – 2008. – Т 63, № 4. – С. 11–12.
3. Воеводина Е. В., Зубцова Т. И., Костычева Н. В. Течение неонатального периода у недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела // Материалы девятого Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М, 2010. – С. 184.
4. Голобородько М. М. Распространенность и факторы риска формирования болезней мелких бронхов у детей на примере г. Санкт-Петербурга и Ленинградской области: автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 20 с.
5. Заболеваемость населения России в 2010 году. – Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава. – М., 2011. – С. 78.
6. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. – М.: Российское респираторное общество, 2009. – С. 18.
7. Овсянников Д. Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией: руководство для практикующих врачей / под ред. профессора Л. Г. Кузьменко. – М.: МДВ, 2010. – 152 с.
8. Романенко В. А., Романенко К. В., Аверин А. П. и др. Оценка встречаемости синдрома утечки воздуха и бронхолегочной дисплазии при проведении искусственной вентиляции легких // Вопросы практической педиатрии. – 2008. – Т. 3, № 5. – С. 46.

9. Хронические заболевания легких у детей / под ред. Н. Н. Розиновой, Ю. Л. Мизерницкого.
– М.: Практика, 2012. – 224 с.