

© Коллектив авторов, 2014

А.М. Болибок^{1,2}, Д.Ю. Овсянников^{1,2,3}, И.В. Кршеминская^{1,2}, Е.С. Павлова²,
Н.А. Комлева^{4,5}, О.Л. Чугунова⁴, И.Г. Солдатова⁴, А.Б. Дуленков⁵, Н.Л. Вальц³,
Е.А. Дегтярева^{1,2}

ЧАСТОТА, ТЕЧЕНИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ И ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ: ЭВОЛЮЦИЯ ЗА 15 ЛЕТ

¹Российский университет дружбы народов, ²Детская инфекционная клиническая больница № 6 ДЗ г. Москвы, ³Морозовская городская детская клиническая больница ДЗ г. Москвы, ⁴Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, ⁵Городская больница № 8 ДЗ г. Москвы, Москва

В 1995 г. бронхолегочная дисплазия (БЛД) была включена в отечественную классификацию болезней органов дыхания у детей, затем при пересмотре данной классификации в 2009 г. определение и критерии диагноза БЛД были обновлены, предложена классификация БЛД, предусматривающая выделение клинических форм болезни (классическая и новая БЛД недоношенных), а также разделяющая больных по тяжести. Это было связано с тем, что с появлением новых технологий перинатальной медицины претерпели изменения эпидемиология, патоморфология и клиническая картина болезни.

Целью исследования явились оценка и определение динамики частоты БЛД на различных этапах оказания медицинской помощи детям (отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных, ОРИТ – инфекционный стационар – пульмонологический прием), тяжести, клинических форм, последствий и показателей летальности от БЛД у детей грудного возраста, частоты осложнений заболевания и особенностей терапии.

Для определения частоты БЛД на данных этапах проводили ретроспективный анализ историй болезней 2077 детей, находившихся на лечении в ОРИТ № 2 ГБ № 8 г. Москвы за период с 2003 по 2008 гг., 2376 детей, госпитализированных с инфекциями нижних дыхательных путей (ИНДП) в инфекционно-боксованное отделение МГДКБ за период с 2001 по 2006 гг., и 1348 детей с рецидивирующими и хроническими заболеваниями органов дыхания, наблюдавшихся пульмонологом в дневном стационаре ДИКБ № 6 в период с 2005 по 2013 гг. Летальность у детей с БЛД оценивали в группах детей различного возраста – до 3 месяцев (439 детей, находившихся на лечении в ОРИТ № 2 и в отделениях II этапа выхаживания ГБ № 8, пациенты 2003–2008 гг. рождения) и до 1 года (272 ребенка 1999–2009 гг. рождения с известным катамнезом).

Частота БЛД у новорожденных детей, находившихся в ОРИТ, из которых 77% находились на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), а остальные получали другие виды респираторной поддержки, соста-

вила 21% и была обратно пропорциональна массе тела при рождении. Так, среди детей с экстремально низкой массой тела при рождении частота БЛД составила 47%, среди детей с очень низкой массой тела при рождении – 41%, среди детей с низкой массой тела при рождении – 12%. В структуре ИНДП острые бронхиолиты (обострения БЛД), а также пневмонии у детей с БЛД составили 1,7%. В структуре рецидивирующих и хронических заболеваний органов дыхания, включавших, помимо БЛД, бронхиальную астму, рецидивирующий бронхит, врожденные пороки развития легких, облитерирующий бронхиолит, бронхоэктатическую болезнь, синдром Вильсона–Микити, на специализированном пульмонологическом приеме частота данного заболевания составила 49%. Поводом для консультации пульмонолога явилась персистенция респираторных симптомов (одышка, хрипы) у больных БЛД после выписки из неонатологического стационара, отмеченная примерно в половине случаев.

За анализируемый период частота БЛД уменьшилась на этапе ОРИТ новорожденных с 20,3 (2003 г.) до 13,5% (2008 г.), несколько увеличилась на этапе оказания помощи в связи с обострениями заболевания в инфекционном стационаре – с 1,8 (2001 г.) до 2,5% (2006 г.) и на специализированном пульмонологическом приеме – с 44,7 (2005 г.) до 47% (2013 г.). Летальность у детей с БЛД в возрасте до 3 мес составила 4,1%, в возрасте до 1 года – 2,6%.

Анализ развития осложнений у 272 детей с БЛД 1999–2010 гг. рождения позволил установить следующую их частоту: постнатальная гипотрофия (29%), хроническая дыхательная недостаточность (54,8%), обострения заболевания (65,9%). 4% детей с БЛД нуждались в проведении домашней оксигенотерапии. Задержка психомоторного развития была диагностирована у 44,5% пациентов, детский церебральный паралич – у 13,6%. Частота легочной гипертензии (ЛГ) у 100 обследованных методом ЭХОКГ детей с БЛД составила 23%, легочного сердца – 9%.

При анализе выписок из неонатологического стационара 657 детей с БЛД 2000–2013 гг. рождения только в 281 выписке имелась информация, позво-