

пупочной и нижней полой вены при длительном использовании пупочного катетера в неонатальном периоде, даже несмотря на отсутствие каких-либо воспалительных изменений в системе, а также в пупочной ране.

Список литературы:

1. Кирилочев О.К. Тромбоз нижней полой вены и воротной вены у новорожденных / О.К. Кирилочев - Педиатрия -2015- том 94-№1- С.76-78
2. Кузнецов Н.Н. Протокол диагностики и лечения тромбозов у детей: международный исследовательский опыт- в реальную клиническую практику [Электронный ресурс] // Екатеринбург: Уральский государственный медицинский университет, ГБУЗ СО ОДКБ №1 URL <http://www.2mforum.ru/uploads/files/кузнецов.pdf>
3. Суворова А.В., Лечение неонатальных тромбозов. Проект клинического протокола/ А.В. Суворова, А.П. Жарков, П.В. Свириц, С.А. Румянцев// Неонатология: новости, мнения, обучение – 2013 - №1 – С.76-85
4. Игнатьева Н.С. «Ранняя диагностика тромбозов у новорожденных» / Н.С. Игнатьев, В.М. Вейсгейм, В.А. Евсеева – Барнаул: Алтайская краевая клиническая детская больница – 2009 – С.41-43

УДК 616.24-008.4

**Кекель Н.С., Паньшина А.А., Горбушина Е.А., Баженова Ю.Л.
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ
ДИСПЛАЗИИ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕЕ ТЕРАПИИ В
СОЧЕТАНИИ С ВАКЦИНАЦИЕЙ ПАЛИВИЗУМАБОМ**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kekel N.S., Panshina A.A., Gorbushina E.A., Bazhenova Y.L.
CLINICAL CHARACTERISTICS OF BRONCHOPULMONARY
DYSPLASIA, EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THERAPY IN
COMBINATION WITH PALIVIZUMAB VACCINATION**

Department of outpatient pediatrics
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: moskvinanadya@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены клинические проявления бронхолегочной дисплазии, ее диагностика и лечение с оценкой эффективности, специфическая профилактика респираторно-синцитиальной инфекции.

Annotation. The article deals the clinical manifestations of bronchopulmonary dysplasia, its diagnosis and treatment with an assessment of effectiveness, specific prevention of respiratory syncytial infection.

Ключевые слова: бронхо-легочная дисплазия, паливизумаб, респираторно-синцитиальная инфекция, ингаляционные кортикостероиды.

Key words: broncho-pulmonary dysplasia, palivizumab, respiratory syncytial infection, inhalation corticosteroids.

Введение

В настоящее время бронхолегочная дисплазия (БЛД) относится к заболеваниям, характерным для глубоко недоношенных детей, детей с экстремально низкой массой тела и связана с морфологической незрелостью легких и проведением интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома. Лечение БЛД зависит от ее формы (классическая или новая), клинических проявлений, тяжести течения (легкая, средняя или тяжелая степень тяжести) и предполагает назначение ингаляционных кортикостероидов. Течение БЛД осложняется развитием бронхообструктивного синдрома вызванного респираторно-синцитиальной инфекцией. [1]

Цель исследования - проанализировать эффективность вакцинации против рино-синцитиальной инфекции при различных формах БЛД.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ анамнестических данных (форма 112/у) 20 детей в возрасте от 8 месяцев до 3 лет с различной формой БЛД: классическая - 55% (n=11), новая - 45 % (n=9). Критерии включения: дети раннего возраста (0-3 года), наличие БЛД различной формы и степени тяжести, гестационный возраст детей до 32 недель. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы описательной статистики MicrosoftExcel 2010 и статистической программы Statistica, версия 6.0.

Результаты исследования и их обсуждения

При анализе анамнестических данных у всех детей выявлен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (100%). Наиболее часто в анамнезе у матери регистрировались инфекционные поражения, такие как бактериальный вагиноз (25%), кольпит и токсоинфекция (22%), многоплодная беременность (12%), истмико-цервикальная недостаточность (12%). Все пациенты были рождены раньше положенного срока, а именно с 24 по 31 недели беременности, средний срок родоразрешения (Me) составил 27,75 недель. У детей с гестационным возрастом 24-28 недель одинаково часто регистрировалась как новая, так и классическая форма БЛД (30% в обеих группах наблюдений), а со сроком гестации 29-32 недели - в 25% случаев развивали классическую и в 15% новую форму. По данным литературы новая форма БЛД развивается при сроке гестации 24-28 недель, а классическая 24-32 недели беременности, что было получено при анализе анамнестических данных [4]. Масса при рождении у 85% (n=17) детей от 600 гр до 1000 гр, у 15% (n=3) от 1000гр до 1500 гр.

Мальчики составили 50% (n=10), девочки - 50% (n=10). Длительность респираторной поддержки в среднем составила 14 дней. Детям с новой формой БЛД в период новорожденности проводилась СРАР в среднем 6 дней (77,8%), у двух детей респираторная поддержка сопровождалась сочетанием СРАР с ИВЛ продолжительностью 60 и 91 день, что предполагает развитие тяжелого течения заболевания [5]. С классической формой БЛД у всех детей было сочетание СРАР и ИВЛ, длительность которой, в среднем, составила 19 и 16,7 дней соответственно. Отмечено, что у 90% детей период новорожденности сопровождался наличием ФОО, 30% детей имели ОАП (дети с классической формой БЛД), 10% - стеноз легочной артерии (дети с новой формой БЛД). Сочетание патологического процесса бронхо-легочной и сердечно-сосудистой систем может усугублять течение заболевания [1]. Перинатальное повреждение ЦНС было зарегистрировано у 15,7% детей с классической формой БЛД независимо от тяжести ее течения. Инфекционный процесс (пневмония, сепсис) зафиксирован у детей с классической формой в 50% наблюдений, при новой форме в 30% наблюдений. Кислородозависимость на 28 сутки была выявлена у 25% (n=5). Течение классической формы БЛД сопровождалось развитием бронхообструктивного синдрома в 27,3% (n=3), легочная гипертензия формировалась при новой форме легочной гипертензия в 11,1% (n=1) наблюдений. В зависимости от степени БЛД наблюдаемые пациенты распределились: легкая (35%, n=7), среднетяжелая (40%, n=8), тяжелая (25%, n=5).

Лечение БЛД, согласно клиническим рекомендациям, проводят ингаляционными кортикостероидами при классической тяжелой форме заболевания, при наличии респираторных симптомов, осложнении БЛД легочной гипертензией, отсутствии иммунопрофилактики РСВ-инфекции. Новая форма БЛД требует назначения ингаляционных ГКС в случае ее тяжелого течения, сопровождающегося развитием бронхообструктивного синдрома. Продолжительность базисной терапии должна составлять не менее 3 месяцев, при этом необходим ежемесячный осмотр у врача-пульмонолога [4].

Анализ проводимой терапии у детей с БЛД показал, что будесонид (пульмикорт) применялся у 40% больных в постоянном режиме в дозе 500 мкг/сут и 1000 мкг/сут при развитии симптомов бронхиальной обструкции, в сочетании с беродуалом (фенотерол+ипратропия бромид) 1 кап/кг массы тела 3-4 раза в сутки. Из них у 37,5% со среднетяжелой и с у 50% тяжелой БЛД терапия ИГКС проводилась независимо от ее формы. Эффективность терапии ИГКС определяется снижением частоты обострений заболевания и снижением тяжести его течения и их использованием в период обострения заболевания [1]. В данной группе пациентов динамику эффективности терапии ИГКС оценить трудно, в связи с применением их в постоянном режиме, что может свидетельствовать о недооценке тяжести течения БЛД и ее формы.

Отечественными исследованиями установлено, что применение паливизумаба для пассивной иммунопрофилактики РСВ-инфекции эффективно

и безопасно. [3] Вакцинация против респираторно-синцитиального вируса проводилась всем детям до 2-х лет в период подъема респираторных заболеваний, что приводит к снижению развития синдрома бронхообструкции. В рассматриваемой нами группе пациентов вакцинировано было 45% (n=9). У пациентов с классической формой (n=5) частота обострений (формирование бронхообструктивного синдрома) уменьшилась на 80%, в группе с новой БЛД (n=4) на 75% (в средних величинах уменьшение развитие ОРВИ в 6 раз – сокращение заболеваемости с 2-3 раза в месяц до 1 раза в 2-3 месяца). Распределение по тяжести течения заболевания на фоне вакцинации поливизумабом осталось прежним.

Выводы:

1. Течение БЛД сопровождается структурными нарушениями сердца – ФОО и ОАП, которые возможно влияют на тяжесть течения заболевания.
2. Терапия ИГКС проводится в постоянном режиме, что не соответствует рекомендациям согласительных документов.
3. Применение вакцины паливизумаба у детей с бронхолегочной дисплазией ведет к снижению заболеваемости респираторными вирусными инфекциями, сопровождающихся развитием бронхообструктивного синдрома и не влияет на тяжесть течения заболевания и не зависит от ее формы.

Список литературы:

1. Овсянников Д.Ю. Бронхолегочная дисплазия. Клиническое руководство/ Овсянников Д.Ю., Геппе Н.А., Малахов А.Б., Дегтярев Д.Н. – М.:2020. - 125 с.
2. Баранов А.А. Современные подходы к профилактике, диагностике и лечению бронхолегочной дисплазии / Под ред. А.А. Баранова, Л.С. Намазовой-Барановой, И.В. Давыдовой. - М.: ПедиатрЪ, 2013. - 176с.
3. Баранов А.А. Иммунопрофилактика тяжелого течения респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у детей с бронхолегочной дисплазией: результаты четырех эпидемических сезонов./ Давыдова И.В., Турти Т.В., Намазова-Баранова Л.С. // Педиатрическая фармакология. – 2012. – Т.9. - №6. – С. 48-52
4. Баранов А.А. Ведение детей с бронхолегочной дисплазией/ А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Н.Н. Володин, И.В. Давыдова// Педиатрическая фармакология. – 2016. – Т.13. - №4.- С. 319-333
5. Казакова К.А. Бронхолегочная дисплазия : современный взгляд на течение и исходы/ Педиатрическая фармакология.- 2016.- Т.13. -№4. – С.367-372

УДК 61: 616-056

**Кузнецова Я.В., Орлова И.С., Саидова П.А.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И
ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХМАО-ЮГРЕ**