**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ**

**У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ**  
Сенаторова А.С., Черненко Л.Н., Шипко А.Ф.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии № 1 и неонатологии

Благодаря тесной морфофункциональной взаимосвязи изменения при бронхолегочной дисплазии (БЛД) приводят к ранним нарушениям легочно-сердечных отношений, результатом которого является гипоксическая легочная вазоконстрикция, механическое сужение сосудов и обструкция сосудистого легочного ложа, что, в свою очередь, приводит к легочной гипертензии и формированию хронической сердечной недостаточности.

*Цель* - определить маркеры формирования кардиоваскулярных осложнений у детей с бронхолегочной дисплазией.

*Материалы и методы.* Обследовано 83 ребенка в возрасте от 1 месяца до 3 лет с бронхолегочной дисплазией. Анализировались анамнестические и клинические данные. Компьютерная томография органов грудной полости осуществлялась на аппарате «HiSpeed ​​Dual» фирмы General Electric в условиях физиологического или медикаментозного сна. Рентгенологические изменения оценивали с помощью 10-балльной шкалы тяжести БЛД, предложенной D.K.Edwards. Эхокардиография сердца с доплеровским эффектом проводилась на ультразвуковом аппарате «AU 3 Partner» фирмы «Esaote Biomedica» (Италия). В ходе исследования оценивали показатели, отражающие линейные размеры полостей сердца и магистральных сосудов с последующим расчетом центральной гемодинамики, диастолический трансмитральный кровоток определялся по методике L.K.Hattle, B.Angelsen, среднее давление в стволе легочной артерии оценивали по методу Сitabataky. С целью определения прогноза формирования патологической геометрии правых камер и диастолической дисфункции левого желудочка выполнена процедура множественного логистического регрессионного анализа. За независимые переменные избраны как количественные, так и качественные признаки, которые являются наиболее доступными для врача при наблюдении за ребенком с БЛД.

*Результаты.* У подавляющего большинства больных бронхолегочной дисплазией (75,9 ± 4,7%; F=49,2, р<0,001) зарегистрировано вторичную легочную гипертензию преимущественно 1-й степени и наличие диастолической дисфункции левого желудочка (F=40,0, р<0,001). С целью определения прогноза формирования патологической геометрии правых камер и диастолической дисфункции выполнена процедура множественного логистического регрессионного анализа. За независимые переменные избраны как количественные, так и качественные признаки, которые являются наиболее доступными для врача при наблюдении за ребенком с БЛД. Количественными предикторами избрано среднее давление в легочной артерии, срок гестации, массу тела при рождении, длительность ИВЛ, ЧСС. Было выяснено, что к факторам, значение которых следует учитывать при прогнозировании формирования дилатации или гипертрофии правых камер, относятся срок гестации (р=0,009) и масса тела при рождении (р=0,044). Маркерами прогнозирования диастолической дисфункции является наличие значительного фиброза легких по данным компьютерной томографии (р=0,045), среднее давление в легочной артерии (р=0,020), ЧСС (р=0,048)

*Вывод.* Маркерами прогнозирования кардиоваскулярных осложнений у детей с бронхолегочной дисплазией следует считать малый срок гестации, низкую массу тела при рождении, значительный фиброз легочной ткани, среднее давление в легочной артерии, ЧСС. Возрастание среднего давления в легочной артерии свидетельствует о прогрессировании вторичной легочной гипертензии, что можно считать предиктором формирования кардиоваскулярных событий.