**ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ КАК ИСХОД БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ**

*Макеева Н.И., Бирюкова М.К., Алексеева Н.П., Цымбал В.Н.*

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии № 2

Ведущее место в структуре заболеваемости детей занимают болезни органов дыхания. При этом особое место отводится хроническим процессам со стороны бронхолегочной системы, как основным причинам младенческой смертности и детской инвалидности. В последние годы большое внимание уделяется вопросам бронхолегочной дисплазии (БЛД). Актуальность этой проблемы определяется не только клиническими вариантами течения БЛД у детей младшего возраста, но и отдаленными последствиями, а именно формированием различных хронических заболеваний у детей старшего возраста и подростков. На сегодняшний день БЛД определяют как хроническое заболевание легких, развивающееся в процессе терапии респираторных расстройств новорожденных с использованием ИВЛ с высокими концентрациями кислорода, проявляющееся дыхательной недостаточностью различной степени тяжести, гипоксемией, а также стойкими обструктивными нарушениями и характерными рентгенологическими изменениями. По мнению ряда авторов, диагноз БЛД правомерен до 3-х летного возраста. После трехлетнего возраста можно говорить об исходах данного заболевания. На сегодняшний день выделяют следующие основные исходы БЛД: клиническое выздоровление, хронический бронхит, рецидивирующий бронхит, интерстициальное заболевание легких (диффузное паренхиматозное заболевание легких), эмфизема лёгких, облитерирующий бронхиолит, пневмофиброз, бронхоэктатическая болезнь.

Под нашим наблюдением находится мальчик Н., 13 лет. Ребенок родился от 1-ой беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, бессимптомной бактериурии в сроке гестации 10-11 недель, уреоплазмоза, гестационного пиелонефрита, многоводия, стафилококконосительства, вагинального кандидоза, позднего гестоза. Роды в сроке 37-38 недель путем кесарева сечения. Масса тела при рождении 3030 г. В возрасте 15 часов в виду нарастающих симптомом респираторных нарушений (двусторонняя стрептококковая пневмония), прогрессирования неврологической симптоматики ребенок переведен в ОРИТ. В течение 27 суток находился на ИВЛ, в дальнейшем 38 суток сохранялась кислородозависимость (получал дотацию О2 через лицевую маску). Выписан из перинатального центра в возрасте 3 месяцев с диагнозом бронхолегочная дисплазия средней степени тяжести. В дальнейшем находился под наблюдением пульмонолога, невролога. В течение 1,5 лет получал ингаляционные кортикостероиды через спейсер. До 4-х лет отмечались частые респираторные заболевания, бронхиты, в том числе обструктивные бронхиты. После 4-х лет - ОРЗ 2-3 раза в год. В возрасте 12 лет поступил в клинику с жалобами на снижение физической активности, быструю утомляемость, появление одышки после физической нагрузки. При осмотре ребенка: обращала на себя внимание воронкообразная деформация грудной клетки легкой степени, грудная клетка симметрично участвовала в акте дыхания, в покое одышки не было, при аускультации в легких дыхание жесткое, равномерно проводилось во все отделы, хрипы не выслушивались, тоны сердца ритмичные, паренхиматозные органы не увеличены, отеков не выявлено. Клинический анализ крови, мочи, биохимические показатели крови (острофазовые показатели, протеинограмма, электролиты крови) в пределах нормы. При проведении спирограммы выявлены выраженные нарушения бронхиальной проходимости: ПОС - 81%, ОФВ1 - 76%, СОС 25-75 – 44%, МОС 25 - 55%, МОС 50 – 46%, МОС 75- 42%, ФЖЕ 88%. После проведения фармакологического бронходилатационного теста с β-агонистами короткого действия обратимости бронхиальной обструкции не получено: ПОС - 85%, ОФВ1 - 79%, СОС 25-75 – 69%, ФЖЕ 78%. На КТ ОГК – признаки фиброза обоих легких, признаки эмфиземы легких. УЗИ сердца – пролапс митрального клапана, физиологическая регургитация на митральном клапане, среднее давление в легочной артерии - 2,4 мм. рт. ст., ФВ - 73%. На основании анамнестических данных и результатов проведенного обследования выставлен диагноз хроническое обструктивное заболевание легких, период ремиссии. В терапии назначен флютиксон 125 мкг (по 1 вдоху 2 раза в сутки). Терапию ингаляционными кортикостероидами ребенок получал в течение 9 месяцев. При плановом обследовании в стационаре через 1 год и 2 месяца у ребенка сохраняются жалобы на появление одышки, кашля после физической нагрузки. В течение года ребенок перенес 2 эпизода респираторной инфекции в легкой форме. При обследовании ребенка обращает на себя внимание отставание в физическом развитии (масса тела 33 кг. - 10 центилей, рост 146 см. - 10-25 центилей), деформация грудной клетки не увеличилась. При аускультации легких – дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Клинический анализ крови в переделах допустимых границ нормы. По данным спирограммы сохраняются нарушения бронхиальной проходимости. Спирограмма до физической нагрузки: ПОС - 80%, ОФВ1 - 61%, СОС 25-75 – 46%, ЖЕЛ 76%. На спирограмме, проведенной после физической нагрузки выявлено снижение ОФВ1, ПОС, ЖЕЛ: ПОС - 52%, ОФВ1 - 55%, СОС 25-75 – 50%, ЖЕЛ 70%. При проведении теста с бронходилататорами прироста ОФВ1 не получено, что свидетельствует об отсутствии обратимости бронхиальной обструкции. Спирограмма исходная: ПОС - 84%, ОФВ1 - 76%, ЖЕЛ 77%. Спирограмма после пробы с с β-агонистами короткого действия: ПОС - 82%, ОФВ1 - 77%, ЖЕЛ 76%. УЗИ сердца с допплерографией: ложная хорда в полости левого желудочка, показатели сократительной и насосной функции левого желудочка в норме, ФВ 66%. ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС 62 в мин, ЭОС расположена нормально, нарушение процессов реполяризации в миокарде, QT 418 (норма 380). На основании полученных результатов обследования, можно говорить о прогрессировании хронического заболевания легких у данного ребенка, что отражено в сохраняющихся жалобах ребенка, отставании в физическом развитии, в ухудшении показателей функции внешнего дыхания, а также выявленных изменениях на ЭКГ.

Таким образом, анализ данного клинического случая демонстрирует, что проблема БЛД остается достаточно актуальной с точки зрения продолжающегося роста хронических обструктивных заболеваний легких, которые занимают 4-е место среди причин смерти у взрослого населения. Вопросы взаимосвязи БЛД и хронических обструктивных заболеваний легких у детей и подростков остаются недостаточно изученными до настоящего времени и требуют более углубленного исследования.