

Karki R., Das S., Mahapatra S., Liu T. C. [et al.] // Bioorg Med Chem. – 2014. – Vol. 22, № 2. – P. 673–683.

Siddikuzzaman G., Guruvayoorappan C., Berlin Grace V. M. All trans retinoic acid and cancer // Immunopharmacol Immunotoxicol. – 2011. – Vol. 33, № 2. – P. 241–249.

The place of selective progesterone receptor modulators in myoma therapy / Donnez J., Donnez O., Courtoy G. E., Dolmans M. M. // Minerva Ginecol. – 2016. – Vol. 68. – P. 313–320.

Transcriptional regulation of plasminogen activator inhibitor-1 by transforming growth factor-beta, activin A and microphthalmia-associated transcription factor / Murakami M., Ikeda T., Saito T., Ogawa K., Nishino Y., Nakaya K., Funaba M. // Cell. Signal. – 2006. – Vol.18. – P. 256–265.

Walton K. L., Johnson K. E., Harrison C. A. Targeting TGF- β Mediated SMAD Signaling for the Prevention of Fibrosis // Front Pharmacol. – 2017. – № 8. – P. 461.

ПОРАЖЕНИЕ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, ВЫЗВАННОЕ ГРИППОМ А, У КИСЛОРОДОЗАВИСИМОГО РЕБЕНКА С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Зюкина Зоя Викторовна

студентка

*Российский университет дружбы народов
г. Москва*

Кршеминская Ирина Владимировна

ассистент кафедры педиатрии

*Российский университет дружбы народов
г. Москва*

Гитинов Шамиль Абдулвахидович

ассистент кафедры педиатрии

*Российский университет дружбы народов
г. Москва*

DOI: [10.31618/nas.2413-5291.2020.3.52.150](https://doi.org/10.31618/nas.2413-5291.2020.3.52.150)

LOWER RESPIRATORY TRACT LESION CAUSED BY INFLUENZA A IN AN OXYGEN-DEPENDENT CHILD WITH BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA

Zyukina Zoya Viktorovna

Student

*People's Friendship University of Russia
Russia, Moscow*

Krsheminskaya Irina Vladimirovna

*assistant of the Department of Pediatrics
People's Friendship University of Russia*

Russia, Moscow

Gitinov Shamil Abdulgamidovich

*assistant of the Department of Pediatrics
People's Friendship University of Russia*

Russia, Moscow

Аннотация

Актуальность исследования обусловлена тем, что бронхолегочная дисплазия (далее БЛД) – самое частое хроническое заболевание легких у детей до 3-х лет. Частота БЛД у детей с очень низкой массой тела при рождении – 18 - 76%. Младенцы с БЛД чаще регоспитализируются в течение первого года жизни, особенно в связи с респираторными инфекциями, которые занимают 1-е место в структуре заболеваемости у детей до 14 лет. Основная причина повторных госпитализаций детей с БЛД – респираторные инфекции, обусловленные респираторно-синцитиальным вирусом и вирусом гриппа. 63% детей с БЛД повторно госпитализируются в связи с респираторными заболеваниями, одним из факторов риска повторных госпитализаций является домашняя кислородотерапия (частота госпитализации в связи с респираторными инфекциями в этой группе детей – 58%, у детей, кому не требуется домашняя кислородотерапия – 18%).

Abstract

The relevance of the study is due to the fact that bronchopulmonary dysplasia (bpd) is the most common chronic lung disease in children under 3 years of age. The frequency of BPD in children with very low birth weight is 18-76%. Infants with BPD are more likely to be rehospitalized during the first year of life, especially in connection with respiratory infections, which occupy the 1st place in the structure of morbidity in children under 14 years of age. The main reason for repeated hospitalizations of children with BPD is respiratory infections caused by the respiratory syncytial virus and the flu virus. 63% of children with BPD are re-admitted due to respiratory diseases, one of the risk factors for re-hospitalizations is home oxygen therapy (the frequency of hospitalization

due to respiratory infections in this group of children is 58%, in children who do not require home oxygen therapy – 18%).

Ключевые слова: бронхолегочная дисплазия; респираторные инфекции; вирус гриппа; кислородотерапия.

Keywords: bronchopulmonary dysplasia; respiratory infections; the flu virus; supportive care.

Цель статьи: показать тяжесть вызванного вирусом гриппа А поражения нижних дыхательных путей у кислородозависимого ребенка грудного возраста с бронхолегочной дисплазией.

Ведущими материалами и методами изучения данной проблемы является анализ истории болезни пациента с 9 месяцев.

Результаты взяты из анамнеза:

– Недоношенный мальчик (дата рождения 18.12.17) от 1-х оперативных родов путем кесарева сечения на сроке 30-31 неделя.

– При рождении по Апгар 5/6 баллов, масса тела 1060 гр., рост 37 см (соответствует гестационному возрасту).

– Дыхательная недостаточность вследствие респираторного дистресс- синдрома.

– Диагностирована врожденная пневмония, синдром угнетения.

Находился в стационаре с 18.12.17 по 29.03.18 по поводу врожденной пневмонии; проводилась этиотропная терапия, искусственная вентиляция легких, далее – оксигенотерапия через назальные канюли. Диагностирована БЛД; получал бронхолитическую терапию, глюкокортикостероиды. С рождения – анемия, переливалась эритроцитарная масса, вводился эритропоэтин. Пневмония разрешилась, оставался кислородозависимым. Выписан, оксигенотерапия продолжена на дому.

11.04.18 отмечалось нарастание дыхательной недостаточности, субфебрилитет, кашель. Дома – контакт по ОРВИ. Госпитализирован в отделение интенсивной терапии в тяжелом состоянии с ДН III ст. (SpO_2 65-70%), переведен на ИВЛ. Аускультативно: дыхание ослаблено, крепитирующие хрипы с обеих сторон. В анализе крови при поступлении – нейтрофилез, моноцитоз, повышение С-РБ до 0,1 (норма до 0,005). Расценено как проявление вирусно-бактериальной инфекции, назначена антибактериальная терапия.

12.04.18 лабораторно подтвержден грипп А, назначен осельтамивир в возрастной дозе. Дважды проводилось переливание эритроцитарной массы (анемия тяжелой ст.). На фоне ИВЛ сохранялись эпизоды десатурации с цианозом, расценены пульмонологом как проявления легочной гипертензии, назначен силденафил в дозе 1,5-2 мг х 3 раза в сутки.

Изначально ребенок был выписан домой на кислородотерапии, но без легочной гипертензии, а

ЛГ уже потом развилась на фоне поражения нижних дыхательных путей вирусом гриппа А.

На серии рентгенограмм органов грудной клетки – признаки интерстициальной эмфиземы, пневмофиброза (картина БЛД); подтверждается данными компьютерной томограммы.

На данных рентгенограммах уже видна положительная динамика.

На фоне терапии (противовирусной, антибактериальной, иммуностропной, ингаляционной, лечения ЛГ и оксигенотерапии) состояние улучшилось, SpO_2 93-98%, ИВЛ прекращена, кислородотерапия продолжена через назальные канюли.

10.05.18 переведен в состоянии средней тяжести в отделение пульмонологии.

31.05.18 с улучшением выписан домой, продолжена оксигено- (поток до 2 л/мин) и ингаляционная (беродуал, будесонид) терапия под контролем пульсоксиметрии. При осмотре на дому в динамике – потребность в кислороде прежняя, сохраняются свистящие и крепитирующие хрипы в легких, по данным ЭХОКГ – давление в легочной артерии в норме.

Заключение.

– Вирусные инфекции с поражением нижних дыхательных путей у детей с БЛД могут провоцировать развитие легочной гипертензии, что усугубляет кислородозависимость.

– «Своевременная профилактика респираторных инфекций (соблюдение неспецифических мер профилактики, вакцинация от гриппа родственников и детей с 6 месяцев, пассивная иммунизация от РСВ - инфекции) позволит избежать повторных госпитализаций и развития осложнений» [3, с. 149].

Литература:

1. Богданова А. В., Бойцова Е. В., Картавова Е. А. Система оказания помощи детям с БЛД на различных этапах ведения больных. // Метод. Рекомендации. СПб. – 2000. – 26 с.

2. Овсянников Д. Ю. Бронхолегочная дисплазия / Медицинская газета. – 2011. - № 11. – С.8 – 9.

3. Овсянников Д. Ю. Бронхолегочная дисплазия: естественное развитие, исходы и контроль / Педиатрия. – 2011. - № 1. – С. 141 – 150.