ИММУНОКОРРЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРИ ВЕНТИЛЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ

© Кульчицкий Олег Александрович, Ларина Наталья Евгеньевна

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. 390026 г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: natalyalary1709@yandex.ru

Ключевые слова: бронхолегочная дисплазия; вентиллятор-ассоциированные пневмонии; искусственная вентиляция легких; иммуноглобулины для внутривенного введения.

Введение. В последние 10 лет среди тяжелых бактериальных инфекций увеличился удельный вес пневмонии, развившейся у детей, находящихся на продленной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в отделениях реанимации. В условиях незавершенности становления иммунной системы и развития механизмов местной неспецифической противоинфекционной защиты возможна повышенная микробная колонизация организма ребенка и развитие вентилятор-ассоциированных пневмоний (ВАП). Совершенствование методов антибактериальной терапии тяжелых форм инфекционно-воспалительных заболеваний у детей за счет использования новых поколений антибиотиков не всегда дает ожидаемый положительный результат. В последние годы одним из перспективных методов фармакотерапии является применение стандартных препаратов иммуноглобулинов для внутривенного введения (ИГВВ).

Цель исследования. Провести анализ клинической и лабораторной эффективности комплексного лечения, включающего иммуноглобулины для внутривенного введения, у детей грудного возраста с БЛД тяжелой формы, осложненной ВАП. Изучить динамику развития и среднюю продолжительность ВАП у детей грудного возраста с тяжелой формой БЛД, находившихся на ИВЛ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 20 историй болезни у детей грудного возраста, находящихся на длительной ИВЛ и имеющих тяжелую форму БЛД. Возрастная группа от 1 до 3 месяцев. Гестационный возраст детей при рождении составлял ≈ 28–35 недель. Все обследованные дети были подразделены на группы в зависимости от проведения иммунокоррекции. Для коррекции иммунного статуса у детей использовались препараты «Пентаглобин», «Габриглобин». Первая группа включала в себя 13 детей, которым была проведена иммунокоррекция. Из них у 8 детей использовался пентаглобин, а 5 детей получали габриглобин. Вторая группа состояла из 7 детей, которые в комплексе лечения не получали иммуноглобулины для внутривенного введения. Оценка эффективности препаратов ИГВВ осуществлялась посредством анализа продолжительности пневмонии, длительности искусственной вентиляции легких, изменениях лабораторных показателей, распространенности инфекционно-воспалительного процесса в легких.

Результаты. Из трахеобронхиального аспирата у обследованных пациентов были выделены следующие возбудители: *Pseudomonas aeruginosa* — 57%; *Klebsiella pneumonia* — 24%; *Acinetobacter* spp. — 16%; *Staphylococcus aureus* — 3%. У 7 детей с проводимой иммунокоррекцией удалось достичь более быстрого регресса инфекционно-воспалительного процесса в легких. Из них 4 детей получали габриглобин, а 3 пентаглобин. Продолжительность регресса инфильтративных изменений в легких у детей, получавших иммунокоррекцию, составляла 5±1 день, а у детей без иммунокоррекции 9±1 день. По клиническому анализу крови у детей с проводимой иммунокоррекцией отметили более быстрое снижение показателей воспалительного процесса. Из 20 детей отлучить от аппарата ИВЛ и перевести на самостоятельное дыхание удалось 8 детей, из которых 5 детям проводилась иммунокоррекция. Длительность вентиляции в 1-й группе составила 15±3 дней, а во 2 — 17±3 дней.

Выводы. Учитывая полученные данные, отмечена эффективность проведения иммунокоррекции при лечении ВАП у детей с тяжелой формой БЛД, находящихся на длительной ИВЛ. На фоне применения ИГВВ в 53,8% детей наблюдается более быстрый регресс ин-

фильтративно-воспалительных изменений. Включение иммуноглобулинов для внутривенного введения в комплекс лечения грудных детей с тяжелой формой БЛД, находящихся на ИВЛ, позволяет снизить продолжительность и тяжесть пневмонии, в том числе с исходом в сепсис, по сравнению с детьми, которым иммуноррекция не проводилась.