

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ КЛЕТОЧНОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ МЛАДЕНЦЕВ, ПРЕБЫВАЮЩЕГО НА ДЛИТЕЛЬНОЙ ДОМАШНЕЙ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ

© Чекашкина Виктория Элиадовна, Габлия Елизавета Михайловна

Научный руководитель: ассистент Карпенко М.А.

Кафедра педиатрии

Российский университет дружбы народов

Контактная информация: Чекашкина В.Э., E-mail: Victoriya.stowe@mail.ru

Габлия Е.М., E-mail: eliz.gablia@gmail.com

Ключевые слова: нейроэндокринная гиперплазия младенцев; длительная домашняя кислородотерапия.

Актуальность исследования: нейроэндокринная клеточная гиперплазия младенцев (НЭКГМ) — интерстициальное заболевание легких неизвестной этиологии, возникающее у детей первого года жизни, проявляющееся в виде синдрома персистирующего тахипноэ младенцев и неспецифическими изменениями при биопсии легких в виде гиперплазии бомбезин-положительных нейроэндокринных клеток периферических дыхательных путей [1]. НЭКГМ была описана в 2001 г Deterding R.R. с соавт. Этиология и патогенез неизвестны [2].

Цель исследования: описать клиническое наблюдение ребенка с НЭКГМ, пребывающего на длительной домашней кислородотерапии (ДДК).

Материалы и методы: изучение анализа медицинской документации (история болезни стационарного больного, заключения пульмонолога) пациента с НЭКГМ. Исследование проведено на базе ГБУЗ «Детская инфекционная клиническая больница № 6 ДЗМ» (ДИКБ №6), города Москвы.

Результаты: ребенок Р. от 1 беременности, 1 самостоятельных срочных родов. В возрасте 9 месяцев переболел острым бронхолитом (стационарное лечение, госпитализация в ОРИТ). По окончании лечения сохранялись тахипноэ и втяжение уступчивых мест грудной клетки. В возрасте 1 года 1 месяца состояние ребенка ухудшилось — возникло частое шумное дыхание, в связи с чем ребенок был госпитализирован в ДИКБ №6 с диагнозом «острый обструктивный бронхит, дыхательная недостаточность (ДН) I ст.» Масса тела при госпитализации 8600 гр. (дефицит 18%, что соответствует белково-энергетической недостаточности (БЭН) II степени.).

При оценке по клинической шкале диагностики НЭКГМ у пациента было получено 9 из 10 баллов. По результатам КТ легких выявлено снижение пневматизации с четкими контурами по типу «матового стекла» в средней доле, язычковых сегментах, S7 слева. На основании полученных данных был установлен диагноз «НЭКГМ». Для определения причин БЭН и решения о необходимости ДДК была проведена пролонгированная пульсоксиметрия — показаний для назначения ДДК не было [3]. Через 1,5 месяца, на фоне эпизода ОРВИ, состояние ребенка ухудшилось: участилось дыхание, появилась одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок был повторно госпитализирован в ДИКБ №6 ДЗМ с ДН II степени. За 1,5 месяца ребенок, получая гиперкалорийное питание, прибавил в массе всего 100 гр., поэтому было повторно проведена длительная (12-часовая) пульсоксиметрия: продолжительность времени уровня $SpO_2 < 93\%$ составила 33 минуты (4,5% от времени наблюдения). Учитывая повторную госпитализацию в ДИКБ №6 ДЗМ с ДН II ст., данные пролонгированной пульсоксиметрии ребенку было рекомендовано проведение ДДК. При наблюдении в катамнезе в течение 7 месяцев после начала ДДК, госпитализаций в инфекционное отделение не было, увеличились ежемесячные прибавки в весе.

Выводы: у пациентов с НЭКГМ при решении вопроса о назначении ДДК требуется не только проведение пролонгированной пульсоксиметрии, но и анализ антропометрических и клиничко-anamnestических данных.

Литература

1. Овсянников Д.Ю., Карпенко М.А., Жесткова М.А., Ашерова И.К., Байчикова А.А., Даниэл-Абу М., и др. Трудности диагностики и ведения пациентов с нейроэндокринной клеточной гиперплазией младенцев // Педиатрия. 2020; Т. 99, № 4, С. 78–87.
2. Deterding R.R., Pye C., Fan L.L., Langston C. Persistent tachypnea of infancy is associated with neuroendocrine cell hyperplasia // *Pediatr Pulmonol.* 2005;40:157–165. doi: 10.1002/ppul.20243.
3. Hayes D Jr, Wilson KC, Krivchenia K, Hawkins SMM, Balfour-Lynn IM, Gozal D, Panitch HB, Splaingard ML, Rhein LM, Kurland G, Abman SH, Hoffman TM, Carroll CL, Cataletto ME, Tumin D, Oren E, Martin RJ, Baker J, Porta GR, Kaley D, Gettys A, Deterding RR. Home Oxygen Therapy for Children. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline // *Am J Respir Crit Care Med.* 2019; 199(3):e5-e23. doi:10.1164/rccm.201812-2276ST