Саратовский Государственный Медицинский Университет

Кафедра факультетской педиатрии

Заведующий кафедрой:

д.м.н., профессор Горемыкин В.И.

Преподаватель:

к.м.н., ассистент Волкова Л.Н.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 3 лет 5 месяцев

**Диагноз:** бронхиальная астма, смешанная форма, среднетяжелое течение, период ремиссии.

**Сопутствующий:** экзогенно-конституциональное ожирение II степени. Малая аномалия развития сердца (открытое овальное окно, дополнительная трабекула левого желудочка). Диффузное увеличение щитовидной железы I степени. Пиелоэктазия справа.

Куратор

студентка 4 курса

педиатрического факультета

11 группы

Тимофеева Е.С.

**Саратов 2009**

**I Паспортные данные**

**Ф.И.О. ребенка:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст:** 3 года 5 месяцев

**Дата и год рождения:** 06.12.05г.

**Адрес постоянного места жительства**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Национальность:** русская

**Дата и время поступления в клинику:** 19.05.09г.

**Каким учреждением направлен:** ММУ «Детская поликлиника №11»

**II Анамнез**

**Жалобы при поступлении:** на редкий сухой кашель.

**Жалобы на момент курации:** на редкий сухой кашель.

**Сведения о развитии настоящего заболевания:**

Со слов матери, девочка больна с марта 2006 года (1 год 3 мес.), когда по истечении трех месяцев после перенесенной очаговой пневмонии стал отмечаться частый сухой кашель, экспираторная одышка, приступы удушья с частотой до 1 раза в неделю. После обследования в ММУ «Городская клиническая больница №3» поставлен диагноз бронхиальная астма, назначена базисная терапия и терапия для купирования астматических приступов. С апреля 2006 года состоит на инвалидности по бронхиальной астме. Частота обострений до 1 раза в месяц, приступы купируются ингаляциями беродуала, получает базисную терапию – серетид в дозе 25\250 по 2 дозы 2 раза в день. При стационарном обследовании в 2008 году выявлена аллергия на шерсть кошки и собаки, яичный белок, домашнюю пыль. 19.05.2009 поступила в Клинику факультетской педиатрии ММУ «Городская клиническая больница №3» для стационарного обследования перед прохождением ВТЭК.

**Анамнез жизни:**

**1. Антенатальный период:**

Девочка от II беременности, I родов. Беременность протекала на фоне гестоза второй половины беременности, отечного варианта, хронической внутриутробной гипоксии плода. Роды в срок, родоразрешение консервативное с применением перинеотомии. Оценка по шкале Апгар составила 7-8 баллов. Околоплодные воды без особенностей. Предыдущая беременность закончилась искусственным прерыванием на сроке 10 недель.

Заключение о развитии ребенка в антенатальном периоде: беременность протекала неблагоприятно на фоне гестоза второй половины беременности, хронической внутриутробной гипоксии плода.

**2. Период новорожденности:**

Девочка доношенная, родилась с массой 4200г. и ростом 51 см. Закричала сразу, крик интенсивный, громкий. Физиологическая желтуха появилась на 4-ый день умеренной интенсивности, исчезла к 10-ому дню. Родовых травм не было, на 5-ый день выписана домой. Остаток пуповины отпал на 3-ий день, пупочная ранка зажила на 10-ый день. В период новорожденности ребенок ничем не болел.

Заключение о развитии ребенка в период новорожденности: период новорожденности протекал благоприятно.

**3. Вскармливание ребенка:**

До 1 года девочка находилась на естественном вскармливании. В период лактации мать ребенка старалась придерживаться гипоаллергенной диеты, сбалансированной по углеводному, белковому и жировому компонентам. С 5 месяцев было введено кабачковое пюре, с 6 месяцев безглютеновые каши и фруктовые соки и пюре, с 7 месяцев мясо в виде мясного пюре, с 8 месяцев кисломолочные продукты. С 1 года и по настоящее время девочка получает пищу с общего стола.

Заключение по рациональному вскармливанию ребенка: на 1 году жизни питание было сбалансированным и полностью удовлетворяло потребностям ребенка в пищевых ингредиентах и килокалориях. В настоящее время питание ребенка сбалансировано и полностью удовлетворяет потребностям ребенка в основных пищевых ингредиентах и килокалориях.

**4. Сведения о динамике физического, психомоторного развития ребенка:**

На предметы стала фиксировать взгляд с 1 месяца, держать голову с 2 месяцев, узнавать мать с 3 месяцев, сидеть с 8 месяцев, стоять с 11 месяцев. Гуление появилось с 3 месяцев, первые слоги стала произносить с 6 месяцев, первые слова стала говорить с 1 года, первые предложения стала составлять с 2 лет. С 3 лет имеет адекватный возрасту словарный запас. Динамику нарастания массы и роста по месяцам мама не помнит. В настоящее время вес девочки 24 кг, рост 106 см. Детские дошкольные учреждения не посещает в связи с основным заболеванием. К другим детям относится доброжелательно.

Заключение о психомоторном и физическом развитии ребенка: физическое развитие выше среднего, дисгармоничное, ожирение II степени. Психомоторное развитие соответствовало возрасту ребенка на всех этапах развития.

**5. Сведения о профилактических прививках:**

БЦЖ сделана ребенку в роддоме на 4-ый день. Побочных реакций на вакцинацию не было. Остальные профилактические прививки в соответствии с прививочным календарем до возраста 1 года. С данного возраста имеет медицинский отвод в связи с основным заболеванием.

**6. Перенесенные заболевания:**

Болеет ОРВИ 2-3 раза в год, в 2006 году перенесла очаговую бронхопневмонию, с марта 2006 года страдает бронхиальной астмой. С 2006 года состоит на диспансерном учете у эндокринолога с диагнозом экзогенно-конституциональное ожирение II степени, с 2008 года с диагнозом диффузное увеличение щитовидной железы I степени, у кардиолога с диагнозом малая аномалия развития сердца, у нефролога с диагнозом врожденная аномалия мочевыделительной системы, пиелоэктазия справа. Аллергических реакций на лекарственные препараты не наблюдалось. Имеется аллергическая реакция на шерсть кошки, собаки, яичный белок, домашнюю пыль.

**7. Жилищно-бытовые условия:**

Семья живет 2-ух комнатной квартире, площадью 42 кв.м., центрального отопления, хорошей вентиляции, умеренной влажности. В квартире проживают: двое взрослых и один ребенок. За девочкой ухаживает мама. Ребенок имеет отдельную кровать и обеспечен всем необходимым бельем и игрушками. Купания и прогулки регулярные. Режим дня соблюдает, дневной сон 1-1,5 часа. Уровень культуры семьи средний.

**8. Сведения о семье больного ребенка:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ф.И.О** | **Возраст** | **Образование** | **Профессия** | **Число детей в семье** |
| Землянская Ольга Юрьевна | 25 лет | Высшее | экономист | 1 |

По отцовской линии имеется бронхиальная астма и хронический пиелонефрит (более точную информацию мама сообщить затрудняется), состояние остальных кровных родственников удовлетворительное.

**III Объективное исследование**

Общее состояние ребенка удовлетворительное. Вес 24 кг, рост 106 см, окружность головы 48 см, грудной клетки – 54 см.

Кожные покровы бледно-розового цвета, умеренной влажности, теплые, тургор сохранен. Пигментаций, петехий, высыпаний, кровоизлияний, опрелостей, пиодермии, потливости, экземы нет. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, чистые, влажные, без патологических изменений. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена на лице, туловище и конечностях равномерно. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности, отеков, склеремы, склеродемы нет.

Мышечная система развита удовлетворительно, пороков развития, атрофии, параличей, парезов нет.

Затылочные, заушные, подбородочные, передние и задние шейные, надключичные и подключичные, локтевые, торакальные и паховые не пальпируются. Пальпируются единичные поднижнечелюстные лимфатические узлы диаметром до 2мм, мягкоэластической консистенции, подвижные, не спаянные между собой и окружающими тканями, безболезненные.

Костный скелет развит хорошо, пропорционально, симметрично, телосложение нормостенического типа. Голова округлой формы, увеличения лобных и затылочных бугров нет. Роднички закрыты. Костные швы не расходятся. Краниостеноза нет. Видимых деформаций конечностей, позвоночника нет. Суставы обычные, форма и размер не нарушены, пассивные и активные движения в полном объеме.

***Органы дыхания:***

Грудная клетка имеет бочкообразную форму, ход ребер почти горизонтальный, межреберные промежутки расширены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носа нет. Дыхание средней глубины, ритмичное. Отмечается грудной тип дыхания. Частота дыхательных движений 26 в минуту. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки нет. Дыхательной недостаточности нет. При пальпации грудная клетка резистента, безболезненна, голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки. Гиперстезии и отечности мягких тканей нет. При перкуссии над всеми полями легких выявляется легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации по всем легочным полям определяется везикулярное дыхание, хрипов нет.

***Органы кровообращения:***

Деформации грудной клетки в виде сердечного горба нет. Визуально область сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в V левом межреберье на 1 см кнаружи от средней ключичной линии, локализованный, умеренной силы и высоты. Систолического и диастолического дрожания нет. Граница относительной тупости сердца: правая – на расстоянии между правой стернальной и парастернальной линиями, верхняя – 2 межреберье, левая – на 1 см кнаружи от средней ключичной линии. Границы абсолютной тупости сердца: правая – по левому краю грудины, верхняя – 3 ребро, левая на 1,5 см кнаружи от левой средней ключичной линии. При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушенные, отмечается систолический шум на верхушке сердца. Пульс ритмичный, синхронный, с частотой 105 ударов в минуту, умеренно напряженный, полный.

***Органы пищеварения и брюшной полости:***

Слизистые оболочки полости рта бледно-розового цвета, чистые. Высыпаний и язв нет. Слизистая мягкого неба розового цвета, без налета, не отечна. Язык обычного размера, обложен белым налетом, сосочки не увеличены, трещин нет. Зубы молочные – 20. Признаков кариеса нет. Зубная формула:

|  |  |
| --- | --- |
| 54321 | 12345 |
| 54321 | 12345 |

Миндалины рыхлые, гипертрофированны, фолликулы не изменены, налеты и изъязвления отсутствуют.

Жидкости в брюшной полости нет. Печень выступает из-под правой реберной дуги на 0,5 см, край ее закругленный, мягко-эластической консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 6х6х5 см. Селезенка не пальпируется.

***Мочеполовая система:***

Дневной диурез преобладает над ночным, их соотношение 3:1. Объем мочи на сутки до 1000 мл. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвета. Дизурических расстройств нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Внешне не изменены. Вторичные половые признаки отсутствуют. Ао Моо Ро Мео – I стадия по Таннеру.

Нервная система: девочка уравновешена, нарушения психики нет. Дермографизм: розовый, интенсивный, появляется через 15 секунд, исчезает через 30 секунд. Рефлексы сохранены. Признаков поражения нервной системы не выявлено.

Менингиальные симптомы (ригидность затылочных мышц, с. Кернига, с. Брудзинского) отрицательные.

***Органы чувств:***

Зрительный анализатор: движения глазных яблок в полном объеме. Конъюнктивальный, зрачковый и мигательный рефлексы сохранены. Аккомодация и конвергенция не нарушены. Глазные щели симметричны;

Слуховой анализатор: ушные раковины правильной формы, среднего размера, расположены симметрично. Наружные слуховые проходы не изменены. Реакция на звук дифференцирована.

Обонятельный анализатор: дифференцирует запахи на приятные и неприятные, реагирует адекватно.

Чувствительная реакция на болевое, тактильное, температурное раздражение не изменена. Гиперстезий, парастезий нет.

**Предварительный диагноз**

***Диагноз***: бронхиальная астма, смешанная форма, среднетяжелое течение, период ремиссии.

***Сопутствующий***: экзогенно-конституциональное ожирение II степени, малая аномалия развития сердца, пиелоэктазия справа, диффузное увеличение щитовидной железы I степени.

Основной диагноз поставлен на основании: жалоб на редкий сухой кашель; данных анамнеза настоящего заболевания: больна с марта 2006 года (1 год 3 мес.), когда по истечении трех месяцев после перенесенной очаговой пневмонии стал отмечаться частый сухой кашель, экспираторная одышка, приступы удушья с частотой до 1 раза в неделю. После обследования в ММУ «Городская клиническая больница №3» поставлен диагноз бронхиальная астма. С апреля 2006 года состоит на инвалидности по бронхиальной астме. Частота обострений до 1 раза в месяц, приступы купируются ингаляциями беродуала, получает базисную терапию – серетид в дозе 25\250 по 2 дозы 2 раза в день. При стационарном обследовании в 2008 году выявлена аллергия на шерсть кошки и собаки, яичный белок, домашнюю пыль. Также диагноз поставлен на основании анамнеза жизни: отягощенный генеалогический анамнез по бронхиальной астме; и на основании данных объективного обследования: грудная клетка бочкообразной формы, ход ребер горизонтальный, межреберные промежутки расширены, при перкуссии выявляется легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации везикулярное дыхание.

**IV Данные лабораторных и инструментальных исследований**

Общий анализ крови от 20.05.09г.:

Эритроциты: 4,5х1012/л;

Гемоглобин: 127 г/л;

Лейкоциты: 8х109/л;

Эозинофилы 3%; Палочкоядерные: 3%; Сегментоядерные: 35%; Лимфоциты: 62%; Моноциты: 7%;

СОЭ 6мм/ч.

Тромбоциты 320х109/л;

Заключение: лейкопения.

Общий анализ мочи от 20.02.09г.:

Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Удельный вес: 1019;

Белок: отрицательный;

Сахар: отрицательный;

Эпителий плоский: ед в п\зр

Лейкоциты: 1-3 в поле зрения.

Заключение: анализ мочи без патологии.

Анализ кала от 20.02.09г.: Соскоб на яйца глистов отрицательный.

ЭКГ от 20.05.09г.: Ритм синусовый с частотой 100-109 ударов в минуту. Электрическая ось сердца отклонена вправо. Умеренные обменные нарушения в миокарде.

Рентгенограмма органов грудной клетки от 19.05.09г.: корни не расширены, структурны. Умеренно усилен легочный рисунок в прикорневых базальных отделах. Синусы плевры свободны. Тень средостения в пределах нормы.

УЗИ органов брюшной полости от 20.05.09г.

Заключение: ЭХО-признаки, характерные для пиелоэктазии справа.

УЗИ щитовидной железы от 20.05.09г.

Заключение: V щитовидной железы 5,3 мл.

Доплер-ЭХО-КГ от 21.05.09г.

Заключение: малая аномалия развития сердца. Открытое овальное окно. Дополнительная трабекула левого желудочка.

Консультация детского эндокринолога от 21.05.09г.

Диагноз: экзогенно-конституциональное ожирение IIстепени, простая форма, медленно прогрессирующее течение. Диффузный эутиреоидный зоб I степени.

Консультация аллерголога от 28.05.09г.

Диагноз: бронхиальная астма, смешанная форма, среднетяжелое течение, стадия ремиссии.

**V Дневники**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Данные обследования больного | Назначения |
| 36,636 25.05.09г. T 36,6 T 36,6оС P 72у P 106 уд\мин ЧДД 2 ЧДД 24 в 1 минАД 11 АД 110/70 мм.рт.ст.  | Состояние удовлетворительное. Жалобы на редкий сухой кашель. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. В легких аускультативно по всем полям везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Стул, диурез в норме.  | Диета IIРежим общийRp: Aerosolum “Seretidum” по 25\250 по 2 дозы ингаляционно 2 раза в деньФизиопроцедуры |
| 2836,6 28.05.09г. T 36,6оС P 72у P 104уд\мин ЧДД 2 ЧДД 24 в 1 минАД 11 АД 110/70 мм.рт.ст.  | Состояние удовлетворительное. Жалобы на редкий сухой кашель. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. В легких аускультативно по всем полям везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Стул, диурез в норме. | Диета IIРежим общийRp: Aerosolum “Seretidum” по 25\250 по 2 дозы ингаляционно 2 раза в деньФизиопроцедуры |
| 28.02.09г.T 36о T 36,6оС P 98 уд\минЧДД 2 ЧДД 24 в 1 минАД 11 АД 110/70 мм.рт.ст.  P  | Состояние удовлетворительное. Жалобы на редкий сухой кашель. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. В легких аускультативно по всем полям везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Стул, диурез в норме. | Диета IIРежим общийRp: Aerosolum “Seretidum” по 25\250 по 2 дозы ингаляционно 2 раза в деньФизиопроцедуры |

Заключение: На фоне проведенного лечения достигнуто пролонгирование состояния ремиссии бронхиальной астмы.

**VI Дифференциальный диагноз**

Диагноз: бронхиальная астма, смешанная форма, среднетяжелое течение необходимо дифференцировать с внебольничной очаговой пневмонией, острое течение.

Причинами развития острой внебольничной пневмонии являются инфекционные агенты, такие как вирусы – респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус, вирус гриппа и парагриппа; а также бактерии – S.pneumonie, Chlamidia pneumonie, Mycoplasma pneumonie, Legionella, гемолитический стрептококк. Причинами же развития заболевания в нашем случае являются наследственная предрасположенность к атопии, индивидуальная гиперреактивность бронхов, а повышенная индивидуальная чувствительность организма к бытовым аллергенам, таким как шерсть кошек, собак, домашняя пыль и пищевым аллергенам – яичному белку.

В основе патогенеза внебольничной пневмонии лежит дисфункция ресничного эпителия, нарушение мукоцилиарного клиренса, адгезия и колонизация эпителиальных клеток возбудителем, выделение токсинов, повреждение мембран клеток, что ведет к токсикозу, гипоксии, нарушению вентиляции и микроциркуляции.

В нашем случае в патогенезе заболевания ведущую роль играют индивидуальная бронхиальная гиперреактивность и развитие под действием сенсибилизирующих веществ отека, клеточной инфильтрации слизистой оболочки бронхов, а также бронхоспазма, что приводит к обструктивному синдрому, нарушению вентиляции, микроциркуляции и гипоксии.

Ведущим клиническим синдромом острой пневмонии является синдром интоксикации, который проявляется гипертермией, бледностью, потерей аппетита, общим недомоганием. В нашем случае проявления синдрома интоксикации отсутствуют. В клинической картине пневмонии важную роль играет респираторный синдром, для которого характерно наличие в начале заболевания сухого кашля, который по мере развития процесса переходит во влажный. У нашей больной кашель редкий сухой длительный. При пневмонии перкуторно определяется локальное укорочение звука над зоной инфильтрации легочной ткани, в нашем случае определяется ясный легочный звук с коробочным оттенком по всем легочным полям. Аускультативно при пневмонии выслушивается в начале процесса ослабленное дыхание над очагом поражения, затем влажные молкопузырчатые хрипы, крепитация. У нашей больной по всем легочным полям выслушивается везикулярное дыхание.

Для острой пневмонии в общем анализе крови характерны лейкоцитоз, ускорение СОЭ. В нашем случае наблюдается лейкопения, СОЭ находится в пределах нормы.

На рентгенограмме при пневмонии определяется инфильтрация легочной ткани. В нашем случае легочная ткань прозрачна.

На основании вышеуказанного диагноз внебольничной очаговой пневмонии, острое течение считать маловероятным.

**VII Диагноз и его обоснование**

***Диагноз***: бронхиальная астма, смешанная форма, среднетяжелое течение, период ремиссии.

***Сопутствующий***: экзогенно-конституциональное ожирение IIстепени малая аномалия развития сердца, пиелоэктазия справа, диффузное увеличение щитовидной железы I степени.

Основной диагноз поставлен на основании: жалоб на редкий сухой кашель; данных анамнеза настоящего заболевания: больна с марта 2006 года (1 год 3 мес), когда по истечении трех месяцев после перенесенной очаговой пневмонии стал отмечаться частый сухой кашель, экспираторная одышка, приступы удушья с частотой до 1 раза в неделю. После обследования в ММУ «Городская клиническая больница №3» поставлен диагноз бронхиальная астма. С апреля 2006 года состоит на инвалидности по бронхиальной астме. Частота обострений до 1 раза в месяц, приступы купируются ингаляциями беродуала, получает базисную терапию – серетид в дозе 25\250 по 2 дозы 2 раза в день. При стационарном обследовании в 2008 году выявлена аллергия на шерсть кошки и собаки, яичный белок, домашнюю пыль. Также диагноз поставлен на основании анамнеза жизни: отягощенный генеалогический анамнез по бронхиальной астме; и на основании данных объективного обследования: грудная клетка бочкообразной формы, ход ребер горизонтальный, межреберные промежутки расширены, при перкуссии выявляется легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации везикулярное дыхание. На рентгенограмме органов грудной клетки: корни не расширены, структурны. Умеренно усилен легочный рисунок в прикорневых базальных отделах. Синусы плевры свободны. Тень средостения в пределах нормы.

**VIII Лечение и его обоснование**

Диета: питание ребенка должно соответствовать возрасту, быть полноценным. Рекомендуется калорийная, легкоусвояемая пища, фрукты и овощи, обильное питье (соки, компоты, морсы, чай с лимоном). Рекомендуется исключить из диеты цитрусовые, шоколад, острые и копченые продукты. Режим общий. Необходимо ежедневное проветривание палаты, кварцевание палаты 3-4 раза в день по 10 минут.

Медикаментозная терапия:

1. Серетид - комбинированный противоастматический препарат для ингаляционного применения. Оказывает противоастматическое, бронходилатирующее, противовоспалительное средство. Действие Серетида обусловлено свойствами активных компонентов. Салметерол предотвращает возникновение бронхоспазма, флутиказона пропионат улучшает легочную функцию, подавляет воспаление и предотвращает обострения бронхоспазма.

Rp.: Aerosolum “Seretidum”

D.t.d. № 1

S. Применять в дозе 25\250 по 2 дозы ингаляционно 2 раза в день.

2. Для купирования приступа бронхиальной астмы Беродуал (фенотерол + ипратропиума бромид) - комбинированный бронхолитик для предупреждения и лечения удушья при хронических обструктивных заболеваниях дыхательных путей.

Rp.: Aerosolum “Berodualum”

D.t.d. №1

S. Применять по 2 дозы препарата ингаляционно для купирования приступа бронхиальной астмы.

3. Физиотерапия:

- фонофорез с гидрокортизоном на сегментные зоны грудной клетки

- индуктотермия на область надпочечников

4. Лечебная физкультура

**IX Литературные сведения по настоящему заболеванию**

Бронхиальная астма принадлежит к числу наиболее распространенных заболеваний. По данным ВОЗ заболеваемость в ряде стран бронхиальной астмой превышает таковую туберкулезом, ревматизмом, злокачествннными опухолями.

На распространенность бронхиальной астмы у детей влияют следующие факторы:

1. климато-географические (D.J. Lane, A.Storr, 1979)

2. степень загрязнения окружающей среды (W. Thall et all, 1977)

3. влажность воздуха ( Адо А.Д., 1970)

4. расположение местности по отношению к поверхности моря (Пагава И.К. и др, 1974)

5. материально-бытовые условия (Н.А. Тюрин, 1974)

6. социальные факторы (D.J. Lane, A.Storr, 1979)

Согласно литературным данным, заболеваемость бронхиальной астмой приходится преимущественно на первые годы жизни. ( M.L. Peltonen, 1956)

Основу формирования бронхиальной астмы составляет развитие сенсибилизации организма к веществам экзогенного и эндогенного происхождения, обладающих антигенными свойствами. Согласно классификации, предложенной А.Д. Адо и А.А. Польпером, все экзогенные аллергены делятся на следующие группы:

1. неинфекционного происхождения:

- бытовые (домашняя пыль и т.д.)

- эпидермальные (шерсть животных)

- пыльцевые (пыльца трав, цветов, деревьев)

- пищевые аллергены животного и растительного происхождения

- лекарственные и другие химические вещества

2. инфекционного происхождения:

- патогенные и непатогенные бактерии и продукты их распада и жизнедеятельности

- грибковые (патогенные и непатогенные)

- вирусные (различные варианты вирусов и продукты их взаимодействия с тканями)

Образование эндоаллергенов в большинстве случаев является следствием повреждающего воздействия на ткани тех или иных факторов окружающей среды (бактерии, вирусы, высокие и низкие температуры, химические вещества, травмы).

На формирование и течение бронхиальной астмы существенное влияние оказывают преморбидные факторы, в том числе и наследственная предрасположенность к аллергическим реакциям. По механизму реализации генетических факторов аллергические заболевания относятся к полигенным формам болезней с наследственным предрасположением. При этих формах болезнь передается не сама как таковая, а совокупность патогенетических звеньев, способствующих развитию заболевания (А.Д. Адо и Н.А. Адрианова, 1976)



Перенесенная в антенатальном и интранатальном периодах гипоксия способствует раннему возникновению и более тяжелому течению бронхиальной астмы. Кроме того, формирование бронхиальной астмы легче происходит при наличии аллергического диатеза. Вирусная инфекция является в большинстве случаев пусковым фактором в развитии обострений у больных бронхиальной астмой (Sheinmann P. et all, 1983).

Возникновение приступа бронхиальной астмы у детей является следствием аллергической реакции в бронхолегочном аппарате при повторном контакте с этиологически значимыми аллергенами. Результатом аллергической реакции у больных в ее патофизиологическую фазу является повышение возбудимости дыхательных путей с формированием обструктивного синдрома, развивающегося в результате спазма гладкой мускулатуры бронха, отека и воспалительной инфильтрации слизистой оболочки бронхиального дерева. В условиях развившегося аллергического воспаления динамическое равновесие между холинергическими и адренергическими процессами смещается в сторону первых. Это находит свое отражение в повышении синтеза простагландина F2a и циклического ГМФ, что приводит к избыточному накоплению ионов кальция и спазму гладкой мускулатуры бронхов.

Классификация бронхиальной астмы.

Форма:

- атопическая

- неатопическая

- смешанная

По степени тяжести:

- легкая (эпизодическая, персистирующая)

- средней тяжести

- тяжелая

Период болезни:

- обострение

- ремиссия

Возникновению бронхиальной астмы у детей предшествуют острые респираторные вирусные заболевания, которые нередко сопровождаются бронхитами и пневмониями. В течении бронхиальной астмы выделяют периоды: предприступный, приступный, постприступный и межприступный.

В предприступном периоде меняется общее состояние ребенка: он становится капризным, раздражительным, снижается аппетит. Может появляться заложенность носа, чихание, кашель. Продолжительность различна.

Приступный период характеризуется появлением симптомов бронхообструкции: экспираторная одышка, кашель на высоте приступа вязкой стекловидной мокротой. Грудная клетка расширяется, перкуторно определяется легочный звук с коробочным оттенком и опущение нижних границ легких. При аускультации определяются множественные свистящие приступы на фоне удлиненного выдоха. Границы абсолютной сердечной тупости не определяются. Рентгенологически определяется повышение прозрачности легочной ткани и усиление легочного рисунка. Продолжительность приступа от 10-15 минут до нескольких часов. Легкий приступ характеризуется возникновением небольшого затруднения дыхания при ненарушенном общем состоянии ребенка. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует, цианоза нет. Среднетяжелый приступ характеризуется выраженным астматическим удушьем. Ребенок принимает вынужденное положение, участвует в акте дыхания вся дополнительная мускулатура, цианоз носогубного треугольника. Тяжелый приступ характеризуется появлением признаков дыхательной недостаточности на фоне астматического удушья. Астматический статус обусловлен глубокой блокадой b2-адренорецепторов. Первая стадия – относительной компенсации – представляет затянувшийся приступ. Вторая стадия характеризуется нарастанием дыхательной недостаточности вследствие тотальной обструкции бронхов вязкой стекловидной мокротой. Третья стадия – глубокая дыхательная недостаточность с синдромом тотального молчания по всем легочным полям.

В постприступном периоде в течение 2-4 дней сохраняются рассеянные мелкопузырчатые хрипы.

В межприступном периоде физикально определяемые признаки бронхообструкции отсутствуют.

Диагностика бронхиальной астмы складывается из выяснения аллергологического анамнеза, постановки кожных проб, клинического и параклинического обследования.

Лечение бронхиальной астмы складывается из терапии приступов и базисной терапии. Для лечения приступов используются ингаляционные агонисты бета2-адренорецепторов. Для базисной терапии используют пролонгированные симпатомиметики и глюкокортикостероиды. Используется физиолечение и лечебная физкультура. Проводится первичная и вторичная профилактика приступов бронхиальной астмы.

**X Эпикриз**

Больная Землянская Кристина Сергеевна 3 лет 5 месяцев находилась в КФП с 19.05.09г по 06.06.09. Девочка поступила в клинику с диагнозом: бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое течение. Клинический диагноз: бронхиальная астма, смешанная форма, среднетяжелое течение, период ремиссии. Сопутствующий: экзогенно-конституциональное ожирение IIстепени, малая аномалия развития сердца, пиелоэктазия справа, диффузное увеличение щитовидной железы I степени.

 Основной диагноз поставлен на основании: жалоб на редкий сухой кашель; данных анамнеза настоящего заболевания: больна с марта 2006 года (1 год 3 мес), когда по истечении трех месяцев после перенесенной очаговой пневмонии стал отмечаться частый сухой кашель, экспираторная одышка, приступы удушья с частотой до 1 раза в неделю. После обследования в ММУ «Городская клиническая больница №3» поставлен диагноз бронхиальная астма. С апреля 2006 года состоит на инвалидности по бронхиальной астме. Частота обострений до 1 раза в месяц, приступы купируются ингаляциями беродуала, получает базисную терапию – серетид в дозе 25\250 по 2 дозы 2 раза в день. При стационарном обследовании в 2008 году выявлена аллергия на шерсть кошки и собаки, яичный белок, домашнюю пыль. Также диагноз поставлен на основании анамнеза жизни: отягощенный генеалогический анамнез по бронхиальной астме; и на основании данных объективного обследования: грудная клетка бочкообразной формы, ход ребер горизонтальный, межреберные промежутки расширены, при перкуссии выявляется легочный звук с коробочным оттенком, при аускультации везикулярное дыхание. На рентгенограмме органов грудной клетки: корни не расширены, структурны. Умеренно усилен легочный рисунок в прикорневых базальных отделах. Синусы плевры свободны. Тень средостения в пределах нормы.

Проведено лечение:

1. Диета II
2. Режим общий
3. Серетид 25\250 по 2 дозы 2 раза в день

Физиотерапия:

- фонофорез с гидрокортизоном на сегментные зоны грудной клетки

- индуктотермия на область надпочечников

1. Лечебная физкультура

На фоне проведенного лечения достигнуто пролонгирование состояние ремиссии бронхиальной астмы. Девочка выписана домой с рекомендациями: продолжать базисную терапию серетидом 25\250 по 2 дозы 2 раза в день, при обострении купировать приступы ингаляциями 2 доз Беродуала.

Прогноз для жизни благоприятный.