

УДК 616.235-002.18-053.2

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. ОСТРЫЙ БРОНХИОЛИТ У РЕБЕНКА С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ

Левакова Д.В., Балабанов В.Ю.

*Научный руководитель: Дюсенова С.Б., д.м.н., профессор, преподаватель,
завуч кафедры детских болезней №2*

*Карагандинский государственный медицинский университет,
г. Караганда, e-mail: levakova.dasha@mail.ru*

Острый бронхиолит (воспалительное заболевание бронхиол) чаще всего развивается у детей первых лет жизни и является в этой возрастной группе одной из самых тяжелых инфекций дыхательных путей. Как правило, этиология заболевания связана с вирусной инфекцией. Респираторный синцитиальный вирус (RSV) является наиболее распространенным возбудителем заболевания, вызывая 50-90% случаев. Гиперпродукция слизи в совокупности с отеком бронхиол вызывает сужение и обструкцию дыхательных путей малого калибра. Особенно неблагоприятно бронхиолит протекает у недоношенных, детей с бронхолегочной дисплазией и на искусственном вскармливании, а также у новорожденных с врожденными пороками развития и сниженным иммунным статусом (иммунодефициты). Приводим случай острого бронхиолита у ребенка 2 месяцев, тяжелое течение которого связываем с неблагоприятным преморбидным фоном.

Ключевые слова: бронхиолит, педиатрия.

CLINICAL CASE. ACUTE BRONCHIOLITIS IN A CHILD WITH AN UNFAVORABLE PREMORBID CONDITION

Levakova D.V., Balabanov V.Yu.

*Scientific adviser: Dusenova S.B., D-r of med. sci., Professor
Karaganda State Medical University, Children's diseases department № 2,
Karaganda, e-mail: levakova.dasha@mail.ru*

Acute bronchiolitis (inflammatory disease of bronchioles) often develops in children of the first years of life and is one of the most severe respiratory tract infections in this age group. This disease is usually due to a viral infection of the bronchioles. Respiratory syncytial virus (RSV) is the most common pathogen, causing 50-90% of cases. A combination of increased production of mucus, cell and oedema produces narrowing and obstruction of small airways. Premature infants, children with bronchopulmonary dysplasia, bottle-fed children, and patients with congenital malformations and immunodeficiencies undergo bronchiolitis especially hard. We have described the case of acute bronchiolitis in a child whose severe course is associated with an unfavorable premorbid condition.

Keywords: bronchiolitis, pediatrics.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ истории болезни, клиническое наблюдение, данные амбулаторных исследований 2017г.

Актуальность

Острый вирусный бронхиолит признан наиболее распространенным заболеванием нижних дыхательных путей и наиболее частой причиной госпитализаций детей первого года жизни[3]. Распространенность заболевания 1000-1500 на 100 000 детей. Около половины детей, перенесших острый бронхиолит, в дальнейшем могут иметь эпизоды бронхиальной обструкции. [1] В связи с чем, делаем вывод, что проблема острого бронхиолита у детей младшего возраста все еще актуальна.

Цель: продемонстрировать связь тяжелого течения бронхиолита с неблагоприятным преморбидным фоном.

Результаты и их обсуждение

Пациент К., 2 мес. Мать ребенка обратилась в приемный покой с жалобами на частый, влажный кашель, с трудноотделяемой мокротой, одышку, затрудненное, свистящее дыхание, повышение температуры тела максимально до 37,6С, заложенность носа, с обильным слизистым отделяемым.

Из анамнеза заболевания

Со слов матери ребенок в течении дней, когда после контакта со старшим ребенком болеющим ОРВИ, впервые отметили появление насморка, редкого сухого кашля. Самостоятельно обратились к врачу, лечение назначено. В поликлинике сделан рентген снимок, заключение: острая левосторонняя пневмония. Дано направление в областную детскую клиническую больницу. Мать в больницу не обратилась. На следующее утро отметили появление одышки, свистя-

щего дыхания, вызвали СМП. Госпитализированы в отделение пульмонологии для детей младшего возраста.

Из анамнеза жизни

Ребенок от 6 беременности, 2 срочных родов на 34 неделе +1 день гестации, вес при рождении - 2000, рост при рождении - 41см. Во время беременности преэклампсия тяжелой степени, токсикоз в 3 триместре. Перенесенные заболевания – заболел в третий раз, два раза был на стационарном лечении с диагнозом: ОРВИ. Привит в роддоме. На «Д» учете у невропатолога с рождения с диагнозом: Гипоксическо-ишемическое поражение ЦНС. Синдром нейрорефлекторной возбудимости 2 степени. Наследственность отягощена: у дедушки СД I типа. Аллергоанамнез – аллергическая реакция по типу диатеза на сладкое. Контакт с туберкулезными и инфекционными больными исключают. Контакт с больным ОРВИ (старший ребенок).

Объективный статус при поступлении: Чдд 66 в минуту, чсс 155 в минуту, Т 36,7С

Состояние ребенка ближе к тяжелому, за счет дыхательной недостаточности II степени, бронхообструкции, катаральных явлений. Ребенок беспокоен. Сознание ясное. Аппетит снижен, сосет вяло. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. Конечности на ощупь прохладные. Видимые слизистые чистые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без деформации, движения в суставах в полном объеме. Грудная клетка цилиндрической формы, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. Носовое дыхание затруднено за счет обильного слизистого отделяемого. Зев гиперемирован по задней стенке. Кашель малопродуктивный, частый. Одышка смешанного характера с выраженным втяжением уступчивых мест грудной клетки, участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно мозаичный тон. Аускультативно в легких жесткое дыхание, хрипы влажные мелкопузырчатые и крепитирующие на вдохе и на выдохе, сухие свистящие на выдохе. Область сердца на вид не изменена. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул кашицеобразный, желтого цвета, 3-4р/д. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Рост 47 см Вес 3200 г ДВ -2; МВ -3; ДМ1; ИМТ - 2;

Заключение: Не соответствует возрасту по ИВБДВ (имеются задержка в росте, недостаток в весе).

При обследовании

ОАК от 13.11.2017: ЦП 0,9; сегм.нейтр. 46,0 %, моноциты 20,2%, баз. 0,3%, эрит. 4,2*10¹² л, тром. 343*10¹² л, СОЭ 8 мм/ч, лимф. 32,6%, эоз. 0,9% лейкоц. 10,5*10⁹л, гемоглобин 139 г/л. Заключение: моноцитоз, что говорит о наличии инфекционного процесса в организме. Рентгенография грудной клетки от 13.12.2017г: легочные поля равномерно прозрачны, сосудистый рисунок усилен. Корни за сог, диафрагма ровная, синусы плевры свободны. Сог на месте, гиперплазия тимуса 1-2 степени. Заключение: Острый бронхолит на фоне вирусной инфекции. **SaO₂ от 13.12.17 – 76%**. ОАМ от 14.12.17 – кол-во 20 мл, цвет желтый, лейкоц. 1-2 в поле зрения, белок отр. Заключение: ОАМ без патологии. Бак.посев мокроты от 15.12.17. St. aureus 10*5. Копроскопия 14.12.2017–лейкоциты единичные в п/зрения, жир кислоты +, яйца гельминтов не обнаружены, бактерии ++, нейт. жир +, мыла +

На основании клинической картины и проведенного обследования выставлен клинический диагноз: Острый бронхолит. J21.8. ДН 1-2 степени. J96.0. (Тяжелая пневмония по ИВБДВ).

Ребенку назначена терапия: режим свободный; диета: грудное вскармливание; Амбробене 1мл*2р/д № 7, с муколитической целью; Преднизолон по 0,2 мл х 2 р/сут № 5, с бронхолитической целью; Сальбутамол по 3дозы х 3 р/сут № 7с бронхолитической целью; Ингаляции с физ.р-ом 4*р/д № 7для улучшения реологических свойств мокроты; Ингаляции с кислородом для уменьшения дыхательной недостаточности каждый час в течении первых суток, каждые 2 часа в течении последующих 2 суток; Туалет верхних дыхательных путей 2 р/сут № 7 для улучшения носового дыхания; УФО зева, нос №5; УВЧ грудной клетки №5; Вибрационный массаж грудной клетки №7.

В отделении на фоне терапии состояние с положительной динамикой за счет купирования симптомов дыхательной недостаточности, бронхообструкции и улучшения аускультативной картины легочных полей.

Состояние при выписке: Чдд 46 в минуту, чсс 145 в минуту, Т 36,6С

На фоне проводимого лечения состояние ребенка улучшилось. Ребенок актив-

ный, эмоциональный тонус положительный, кашля нет. Температура тела на нормальных цифрах. Дыхание через нос не затруднено, зев спокоен. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, стул оформленный, мочится свободно, безболезненно. Сатурация кислорода в крови: 97%. Выписывается с улучшением рекомендации даны.

Исход лечения: выздоровление.

Выводы: анализируя данный клинический случай можно установить связь тяжелого течения острого бронхолита у ребенка с неблагоприятным преморбидным фоном (недоношенность при рождении, частые рецидивирующие вирусные заболевания, задержка физического развития), мы можем наблюдать, что от, казалось бы, кратковременного контакта ребенка с больным ОРВИ организм дал ответ в виде бронхолита, течение которого направившие врачи рассмотрели как пневмонию, однако в связи с углубленной диагностикой был выставлен клинический диагноз: бронхолит. Думаем, что у здорового, доношенного ребенка с соответствующим возрасту весом и ростом, вероятнее всего, не развился бы бронхолит, тем более в тяжелой форме как в данном случае. Из этого можем сделать вывод, что дети с неблагоприятным преморбидным фоном нуждаются в более тщательном уходе и внимании со стороны родителей и лечащего врача, необходимо проводить профилактику различных соматических заболеваний, особенно во время сезонных обострений; наблюдать за иммунным статусом ребенка; коррелировать вес ребенка, его физическое и эмоциональное развитие. К сожалению, случаи летального исхода при таком заболевании все еще имеют место быть, и тем более высока вероятность развития этого грозного осложнения при неблагоприятном преморбидном фоне, предшествующим частым вирусным заболеваниям, сниженном иммунитете. Далее приводим некоторые статистические данные.

Бронхолит – воспалительное заболевание мельчайших бронхов и бронхиол с выраженным отеком слизистой оболочки, перибронхиальными лимфоцитарными инфильтратами, десквамацией клеток в просвет бронха [2]. Чаще всего бронхолит

встречается у детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет, а пик заболеваемости приходится на период между 2-м и 8-м месяцем жизни[2]. Следует отметить, что тяжесть заболевания коррелирует с возрастом: чем младше ребенок, тем тяжелее течение[2]. Новорожденные и дети старше 2 лет болеют редко. У новорожденных это обусловлено пассивным (трансплацентарным) иммунитетом [2].

Согласно данным ВОЗ, в среднем только около 7–13% детей нуждаются в госпитализации в связи с тяжестью состояния[2]. Тяжелое течение бронхолита проявляется респираторным дистресс-синдромом или выраженными дыхательными расстройствами, затрудняющими полноценное кормление ребенка. Даже в развитых странах от бронхолита умирает 0,2–7% госпитализированных больных. В США ежегодно респираторно-синцитиальная вирусная (РСВ) инфекция уносит жизнь 400–500 детей[2]. Самый высокий уровень летальности регистрируется у детей с неблагоприятным преморбидным фоном. Летальность определяется предшествующим статусом ребенка: при благоприятном предшествующем статусе летальность составляет 0,2–1%, при наличии предшествующих заболеваний легких и/или сердца – 5–7%[2]. Смертность от бронхолита, вызванного РСВ, среди детей первых 12 мес. – 8,4:100 000 популяции. 80% всех случаев смерти приходится на детей первых 6 мес. жизни. Мальчики гибнут в 1,5 раза чаще, чем девочки[2].

Главной целью врача является правильная и своевременная постановка диагноза заболевания, определение степени тяжести, назначение адекватной терапии и профилактика развития грозных осложнений заболевания (летальность и тяжелые хронические заболевания легких).

Список литературы

1. А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.К. Таточено, Е.А. Вишнева, Л.Р. Селимзянова, А.С. Полякова. Острый бронхолит у детей. Современные подходы к диагностике и терапии. Педиатрическая фармакология /2015/ том12/№4 с. 445
2. Делягин В.М. Острый бронхолит у детей // журнал Медицинский совет № 1. М.: Медицинский совет, 2013 – с.64, 65, 66, 68
3. Исакова Д.В. Клиника острого бронхолита у детей // Научное сообщество студентов XXI столетия. Естественные науки: сб. ст. по мат. XV междунар. студ. науч.-практ. конф. № 1(15). URL: [http://sibac.info/archive/nature/1\(15\).pdf](http://sibac.info/archive/nature/1(15).pdf) (дата обращения: 08.01.2018).