

Сиволяс-Романова А.С.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГАСТРО-ЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ, У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Научный руководитель: д-р.м.н., доцент Клименко В.А.

Кафедра пропедевтики педиатрии №2

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Девочка М., 1 год 5 мес. госпитализирована с жалобами матери на затрудненное дыхание, сухой навязчивый кашель, беспокойство. Заболела в течение суток до госпитализации, когда во время ночного сна внезапно появились вышеуказанные жалобы.

Из анамнеза известно, что ребенок в 1 год 3 мес. перенесла острое респираторное заболевание, острый обструктивный бронхит на фоне нормальной температуры, лечилась стационарно. В 1 год 4 мес. – острый обструктивный бронхит, ателектаз левого легкого, левосторонняя очаговая пневмония, домашняя, средней степени тяжести. Находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии, получала искусственную вентиляцию легких в течение 2 суток. Все три эпизода бронхообструкции начались во время ночного сна. Из анамнеза жизни известно, беременность, роды и период грудного возраста – без особенностей. Аллергические заболевания у ребенка и родственников не было. Отец и старший брат страдают хроническим гастродуоденитом.

При поступлении состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности II степени. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Слизистые розовые. Экспираторная одышка, выдох фиксирован, дистанционные хрипы, кашель сухой, навязчивый. Дыхание до 50 в мин. с участием вспомогательной мускулатуры, сатурация 90 %. Перкуторно коробочный звук, аускультативно дыхание ослаблено на всем протяжении, сухие и влажные хрипы с обеих сторон. Частота сердечных сокращений до 160 в мин., артериальное давление 96/38 мм.рт.ст. Живот мягкий, не вздут.

В клиническом анализе крови – дефицитная анемия I степени, умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. КЩС венозной крови: pH снижен до 7,13, парциальное давление углекислого газа и кислорода повышено pCO_2 73,3 mmHg, pO_2 70,0 mmHg. При рентгенологическом исследовании легких в прямой проекции – очагово-инфильтративные изменения в легких не выявлены.

В течение трех часов пребывания в отделении интенсивной терапии состояние девочки ухудшилось переведена на искусственную вентиляцию легких, которую получала в течение 3-х дней.

Хламидиоз psittaci, pneumonia, микопlasma pneumoniae - отрицательно. Бак посев отделяемого из трахеи – S.epidermidis со среды накопления. Хлорида пота 3-кратно – норма. Иммунограмма: без патологических изменений, IgE-26,5МЕ/мл (до 60МЕ/мл). Осмотрена отоларингологом, неврологом – без патологии.

У ребенка был заподозрен гастро-эзофагеальный рефлюкс. Проведена эзофагогастродуоденоскопия – слизистая пищевода в нижней трети отечна, тотальная гиперемия, в просвете пищевода – много слизи. Хиатус замыкается полностью. Слизистая оболочка желудка умеренно отечная, отмечается мелкоочаговая гиперемия. Складки слизистой обычных размеров, пилорический отдел обычных размеров, имеется рефлюкс желчи. Заключение: дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс, поверхностный эзофагит.

Таким образом, был выставлен диагноз гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь, дуоденогастральноэзофагеальный рефлюкс, поверхностный эзофагит. Назначена терапия: антирефлюксная диета и режим, ограничить прием препаратов, которые снижают тонус нижнего пищеводного отверстия (теофиллин, простагландины, бета-блокаторы, транквилизаторы и т.д.); домперидол, фосфалюгель, ранитидин в возрастных дозировках. После назначенной антирефлюксной терапии приступы бронхообструкции не возобновлялись.