

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

РЕФЕРАТ

ТЕМА: БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Эркинов С.

САМАРКАНД-2016

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Бронхиальная астма (БА) — часто встречающееся заболевание. Распространенность БА составляет не менее 10—12%, значительно чаще болеют люди, проживающие в экологически неблагоприятных районах, крупных промышленных городах, в условиях приморского климата. В структуре хронических **bronхолегочных** заболеваний на долю БА приходится 60%, из которых на тяжелые и умеренно тяжелые формы БА приходится по 20%, на легкие формы — около 60%. Наиболее эффективно лечение легких форм БА, однако именно легкие формы астмы поздно диагностируются.

ЭТИОЛОГИЯ

Изучение этиологии БА привело к уточнению и определению ряда факторов риска ее возникновения у детей. По материалам национального консенсуса по БА (1997 г.), к факторам риска возникновения БА у детей относят:

Факторы, предрасполагающие к развитию БА:

- Атопия- измененная чувствительность организма
- наследственность;

гиперреактивность бронхов. Причинные (сенсibilизирующие) факторы:

- бытовые аллергены (домашняя пыль, клещи);
- эпидермальные аллергены животных, птиц, насекомых (жучков, тараканов и др.);
- грибковые аллергены;
- пыльцевые аллергены;
- пищевые аллергены;
- лекарственные средства;
- вирусы и вакцины;
- химические вещества.
-

Факторы, способствующие возникновению БА, усугубляющие действие причинных факторов:

- вирусные респираторные инфекции;
- патологическое течение беременности у матери ребенка;
- недоношенность;
- нерациональное питание;
- атопический дерматит;
- различные поллютанты;

- табачный дым.

Факторы, вызывающие обострение БА, — триггеры:

- аллергены;
- вирусные респираторные инфекции;
- психическая и физическая нагрузки;
- изменение метеоситуации;
- экологические воздействия (ксенобиотики, табачный дым, загрязнение);
- непереносимые продукты, лекарства и вакцины.

Семейный аспект. БА — мультифакториальное заболевание с полигонным наследованием. В семьях больных БА более чем в 70% случаев выявляются различные аллергические заболевания (нейродермит, крапивница, отек Квинке и др.). Чем больше степень предрасположенности к аллергии, тем меньшее внешнее воздействие способно вызвать проявления болезни. При массивном действии аллергенных факторов даже дети с малой предрасположенностью могут заболеть БА.

Возрастной аспект. БА может наблюдаться в любом возрасте, но чаще — у детей 2—5 лет.

ПАТОГЕНЕЗ

В основе новой концепции патогенеза БА — аллергическое воспаление дыхательных путей и связанная с ним гиперреактивность бронхов. Эта концепция предопределила новую стратегию лечения БА, основанную на проведении противовоспалительной терапии.

Патогенез БА является многозвеньевым; ведущими звеньями являются следующие: генетическое, иммунологическое, морфологическое (клеточное и тканевое). Звенья патогенеза БА можно представить в виде следующей схемы (схема 1).

Схема Звеня

патогенеза бронхиальной астмы

1. Генетическое звено.

1. HLA-AГ принадлежность (в антигенном наборе главного комплекса гистосовместимости превалируют антигены риска по развитию аллергии и отсутствуют антигены, обладающие протекторными свойствами).

2. Неблагополучие фенотипически к воздействию способствует проникновению антигенов в ткани (пусковой механизм для иммунологического звена),

II. Иммунологическое звено.

Существует 3 класса субпопуляции Т-хелперов (Th): Th1), Th1 и Th2. У

детей с аллергической конституцией при воздействии экзогенных аллергенов дифференцировка T1\0 имеет девиацию в сторону Th2, формирующих гуморальный вариант иммунного ответа (за счет продукции Th2 интерлейкина 4 (IL4), IL5 и IL13. IL4 и IL13 переключают ВL-клетку на синтез антител класса IgE. IL5 является основным фактором, активирующим эозинофилы, которые продуцируют IL8 — цитокин хемо-таксического свойства, за счет высвобождения которого в очаг аллергической реакции мобилизуются нейтрофилы. В свою очередь, активированные нейтрофилы в очаге аллергического воспаления продуцируют протеиназы, повреждающие эпителий дыхательных путей, — объект для макрофагального процесса. Итак, вследствие иммунологических реакций в слизистой оболочке бронхов возникает клеточный воспалительный инфильтрат, состоящий из эозинофилов, нейтрофилов и макрофагов. Формируется следующее звено патогенеза БА — морфологическое.

///. Морфологическое звено.

Данное звено характеризуется:

- дестабилизацией тучных клеток (с изменением функций мембранных рецепторов и развитием дисбаланса и синтезе внутриклеточных нуклеотидов);
- тканевыми нарушениями: снижением содержания в тканях лазоинтестинального пептида, обуславливающего склонность бронхов к бронхоконстрикции, и увеличением в тканях количества субстанции Р, оказывающей провокационное действие.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- *Бронхиальная астма у детей* — заболевание, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью и периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов. Бронхиальная обструкция (под влиянием лечения или спонтанно) обратима.

- ***КЛАССИФИКАЦИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ.***

- *Для индивидуальной характеристики БА у детей принято выделить следующие 5 признаков: форму, этиологические факторы, степень тяжести, период, осложнения.*

- ***1. Форма***

- ***а. Иммунопатологическая:***

- -атопическая
- -иммунокомплексная
- -сочетанная

- ***б. Неиммунная:***

- -паторецепторная:
- -дисметаболическая:

•2. Этиологические факторы

- а сенсibilизация:
- -неинфекционная (пылевые, эпидермальная, пищевая, пыльцевая, поливалентная):
- -инфекционная(грибковая, бактериальная)
- б. Ифекционная зависимость:
- -психогенная зависимость :
- -зависимость от неантигенных воздействий.

•3. Степень тяжести

- а. легкая
- б. среднетяжелая
- в. Тяжелая (непрерывно рецидивирующий вариант)

•4. Период

- а. предприступный
- б. приступный
- в. Астматический статус
- -1 стадия
- -2 стадия
- -3 стадия
- г. постприступный
- д. ремиссия.

-5. Осложнения

- а. ателектаз.
- б. пневмоторакс.
- В. Пневмомедиастинум.
- Г. хроническая эмфизема легких.
- Д. правожелудочковая сердечная недостаточность:
 - латентная;
 - явная;
- е. надпочечниковая недостаточность.
- Ж. психоневрологические нарушения.

ЛЕЧЕНИЕ

Выбор лечения должен быть сделан с учетом тяжести течения и периода бронхиальной астмы. Однако в любом случае необходим индивидуальный подход при выборе средств и методов лечения.

Рабочая группа экспертов национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Лечение, стратегия и профилактика» следующим образом определила *основные цели терапии БА у детей*:

- ликвидация или смягчение клинических проявлений заболевания;
- уменьшение частоты и выраженности обострений;
- предотвращение угрожающих жизни состояний и летальных исходов;
- нормализация или улучшение показателей внешнего дыхания;
- восстановление и поддержание жизненной активности (соответствующей возрасту), включая переносимость физических нагрузок;
- отмена или снижение потребности в бронхолитической терапии;
- предупреждение инвалидизации.

Терапия БА складывается из *терапии обострения заболевания*, направленной на купирование уже возникших симптомов, и *базисной терапии*, проводимой с целью предупреждения возникновения обострений и облегчения течения БА.

ПРОФИЛАКТИКА

Первичная профилактика Г>Л заключается в предотвращении ее возникновения, необходимо ограничение воздействий на организм ребенка вирусных респираторных инфекций, нерационального питания, различных поллютанов, пассивного курения и др.

Цель *вторичной профилактики* состоит в предупреждении приступов астмы и утяжеления ее течения.

ПРОГНОЗ

У половины детей, **заболевших** БА в детстве, к 10—20 годам симптомы БА исчезают, но у многих лиц астма рецидивирует в более старшем возрасте. Более тяжелые формы БА, начавшиеся на первом году жизни, или **формы** БА с гормональной зависимостью имеют неблагоприятный прогноз. БА в таких случаях продолжается во взрослом периоде жизни, часто приводит к инвалидности.

Литература:

1. Справочник врача общей практики. Под редакцией акад. РАМН. Н.Р.Палеева. ЭКСМО 2002 г
- 2 . Т.В.Парийская. Справочник педиатра. ЭКСМО. Москва 2004 г.
3. Руководство по детской артрологии. Под ред.акад. АМН СССР М.Я. Студеникина и порф. А.А.Яковлевой. – Л. 1987. – С . 162- 170.
4. Н.П.Шабалов. Детские болезни. Санкт-Петербург, Москва Харьков. Минск 2000 г