Министерство здравоохранения Российской Федерации

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова

Лечебный факультет

Кафедра детских болезней

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Выполнила: студентка V курса лечебного факультета 63 группы

Кочеткова Ярослава Игоревна

Преподаватель: Дагбаева Дарина Владимировна

Москва 2014

# ***История болезни***

Паспортная часть:

**Ф.И. О.:** *П.С.В.*

**Возраст:** *12 лет*

***Пол****: женский*

**Дата поступления в клинику:** *24 ноября 2014 года.*

**Занятие родителей:** *отец - менеджер, на пенсии; мать - работает учителем в школе.*

**Посещает:** *школу № 17 (пятый класс).*

**Адрес:** *г. Москва*

**Клинический диагноз:** *Бронхиальная астма, атопическая, среднетяжелого течения*

**Сопутствующие заболевания:** *Хронический тонзилит.*

*Жалобы на момент поступления:*

· Смешанная одышка при физической нагрузке;

· Периодические приступы удушья;

· Влажный кашель, с отхождением прозрачной мокроты.

*Жалобы на момент курации:*

· Периодический сухой кашель

· Одышка при физической нагрузке

ANAMNESIS MORBI:

***Антенатальный период***

Беременность матери четвертая, проходила без особенностей. Роды на 39 неделе беременности, стремительные.

***Характеристика новорожденного***

Доношенная, по шкале Апгар 9 баллов, вес 2650г., длина тела 49см., окружность головы 34см., окружность груди 33см. Желтуха новорожденного возникла на 3 день, прошла полностью к 7 дню жизни.

***Вскармливание***

Первый раз приложили к груди на первые сутки, сосала охотно, активно.

Находилась на грудном вскармливании до 9 месяцев. Далее находилась на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями. Прикорм с 4,5 месяцев. Профилактика рахита не проводилась.

В настоящий момент питание трехразовое, полноценное, аппетит хороший. Стул устойчивый, регулярный.

***Показатели психомоторного развития***

Масса тела при рождении 2650г., к 1 году 10 кг.

Первые зубы в 9 месяцев, к году - 8 зубов.

С 1 месяцев хорошо удерживает голову лежа на животе, с 2-х месяцев в вертикальном положении. Гулит и улыбается с 2-х месяцев.

Сидит и ползает с 7 месяцев самостоятельно, отдельные слоги произносит с 8 месяцев.

С года начала ходить, говорить отдельные слова.

Развитие по возрасту: зубы в 9 месяцев, ходить начала в год, речь в год.

Ходила в детский сад до 7 летнего возраста, затем в пошла в школу. На данный момент времени является учеником 5 класса, успеваемость в школе хорошая.

***Перенесенные заболевания***

На первом году жизни - не болела.

С 2х лет частые ОРВИ, в 3 года - обструктивный синдром.

С 3 лет - затруднение носового дыхания.

Детскими инфекционными заболеваниями не болела. Экссудативно-катарального диатеза не было.

При аллергообследовании выявлен поллиноз.

***Профилактические прививки***

БЦЖ (+), остальные прививки по возрасту.

Реакция Манту 05.08.2014 - отрицательная.

***Семейный анамнез***

Мать 47 лет, дерматит на биологическую пыль, хронический бронхит, холецистит. Дед здоров. Бабка ИБС, инфаркты. Дяди и тетки здоровы.

Отец 49 лет. Инсульт, язвенная болезнь желудка. Дед-бронхит.

Беременности у матери:

. Девочка 27 лет, здорова (дочка - астматический синдром.

. Девочка 24 года - здорова.

. Девочка 17 лет - высыпания на пыль

. наша больная

***Бытовые условия***

Трехкомнатная квартира (влажная). Режим дня соблюдается, ночной сон около 9 часов. Животных нет. За ребенком ухаживает отец и мать. Посещает школу. Регулярные прогулки отсутствуют. Режим дня соблюдается не всегда.

***Начало и течение настоящего заболевания.***

Со слов больной, а также согласно предоставленной медицинской документации, ребенок с 2х летнего возраста часто болел ОРВИ, лечение проводилось дома, периодически вызывали педиатра. В 3 года впервые развился приступ затрудненного дыхания в утреннее время, купированный в стационаре внутривенным введением эуфиллина. В последствие перенесла повторные бронхиты, лечение которых так же проводилось в больнице. После физической нагрузки нередко возникали экспираторная одышка и дистанционные хрипы. Получала курсы антибиотиков.

В марте 2013 года развился тяжелый приступ удушья, купированный эуфиллином в стационаре, где так же был впервые поставлен диагноз бронхиальной астмы. Лечение в больнице проводилось так же Беротек. После выписки получала Интал с хорошим эффектом, но после его отмены вновь каждую ночь возникали приступы.

В поликлинике наблюдается по данному заболеванию с августа 2013 года. При аллергоисследовании выявлен поллиноз. Обучена БОС, дома получала Интал, приступов с сентября 2013 года не было, но периодически беспокоила одышка, приступы тахикардии 2-3 раза в месяц.

Настоящее ухудшение состояние резкое, 28 ноября 2014 года в утреннее время, после урока физкультуры в школе возник приступ одышки, перешедший в приступ удушья, небольшой продолжительностью. Позже появился влажный кашель, с отхождением прозрачной мокроты. В связи с чем были вызвана скорая помощь и в дальнейшем была осуществлена госпитализации

# ***Данные объективного исследования на день курации***

Дата День болезни 10-й

Т° 36,7 Co

Пульс 76 в минуту

Д 26 в минуту

АД 110/65 мм рт. ст.

STATUS PRAESENS:

Состояние больной удовлетворительное.

***Нервная система:***

Сознание ясное, контакта. Интеллектуальное развитие по возрасту. Внимание стойкое, память хорошая. Наклонности к вымыслам, преувеличению болезни нет. Настроение ровное, мышление логическое. Сон спокойный.

**Черепно-мозговые нервы:**

I - обоняние не нарушено.- ухудшение зрения не отмечается. Цветоощущение не нарушено. Поля зрения при ориентировочной оценке не ограничены., IV, VI - ширина глазных щелей S = D. Птоза, пареза взора, нистагма нет. Подвижность глазных яблок в полном объеме. Зрачки правильной формы, ширина зрачков S=D. Зрачковые рефлексы не ограничены.

Симптомы Горнера, Арджил-Робертсона отрицательные.- а) чувствительность по ветвям тройничного нерва, по зонам Зельдера не нарушена. Болезненности точек выхода ветвей тройничного нерва нет.

Б) напряжения жевательной мускулатуры и ее атрофии нет.

В) корнеальные, нижнечелюстные рефлексы живые.- Лицо в покое симметрично. Мимические пробы не нарушены. Гиперакузии нет, вкусовая чувствительность не нарушена.- гипакузии нет, шума в ушах нет. Головокружений не отмечает. В пробе Ромберга больной устойчив., X - функция глотания не нарушена. Глоточные рефлексы живые, симметричные. При фонации мягкое небо симметрично подвижно. Рефлексов орального автоматизма нет.- повороты головы не ограничены, пожимание плечами не затруднено.- язык по средней линии. Движения языка в полном объеме. Артикуляция не нарушена. Атрофии, фасцикулляций не выявлено.

***Внешний осмотр:***

Атрофии мышц, фасцикулляций не выявлено. Активные движения в достаточном объеме. Мышечная сила - 5 баллов. В пробе по Барре парезов не выявлено. Ригидности затылочных мышц нет, симптом Кернига и нижний симптом Брудзинского отрицательные.

Пальценосовая и пяточно-коленная пробы не нарушены. Гиперкинезы не отмечаются.

Статика сохранена, походка не нарушена.

Пробы на адиадохокинез, дизметрию, мимопопадание не нарушены.

При исследовании поверхностной чувствительности нарушений не выявлено.

При исследовании глубокой чувствительности - суставно-мышечное чувство сохранено. Стереогноз не нарушен.

Сухожильные рефлексы:

С рук - с двуглавой мышцы, с трехглавой мышцы, лучезапястный рефлекс - живые, симметричные, S=D

С ног - коленный и пяточный рефлексы живые, симметричные, S=D

Брюшные рефлексы живые.

Патологических рефлексов не выявлено.

Дермографизм красный, держится в течение 7 секунд.

Повышенная потливость отсутствует.

***Внешний осмотр глаз:***

конъюнктивы чистые.

***Внешний осмотр ушей:***

без деформаций.

***Физическое развитие:***

· Масса 39400г

· Рост 150см

· Окружность груди 71см

· Окружность головы 55см

Физическое развитие соответствует возрастной норме.

***Кожа:***

Бледно-розового цвета, умеренно влажная (в местах физиологической влажности - ладон, подмышки - влажная), сухая в местах физиологической сухости (локти, колени). Эластичность нормальная, рубцов нет, сыпь и участков гиперпигментации и депигментации, кровоизлияния отсутствуют.

Волосы блестящие, неломкие. Небольшой акроцианоз, форма концевых фаланг не изменена

***Подкожно-жировая клетчатка:***

Питание полноценное, подкожно-жировой слой умеренно выражен, распределен равномерно. Пастозность и отеки отсутствуют.

бронхиальная астма хронический тонзиллит

Толщина подкожно-жировой складки на бицепсом - 0,7см., над трицепсом - 1,0см., над остью подвдошной кости - 1,8см., над лопаткой 1,5см.

Тургор тканей не изменен. Отеков нет

***Лимфатические узлы:***

Пальпируются тонзиллярные, подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы единичные, подвижные, безболезненные, мягкоэластической консистенции, размером до 0,5см.

***Мышечная система:***

Развитие мышц хорошее, видимых атрофий и гипертрофий нет. Тонус мышц нормальный. Болезненность при пальпации при активных и пассивных движениях отсутствует. Сила мышц нормальная.

***Костная система:***

Форма головы нормальная, размягчений и деформаций костей нет. Болезненность при надавливании и поколачивании отсутствует. Болезненность и искревления позвоночника отсутствуют. Форма грудной клетки бочкообразная, переднезадний размер увеличен, выбухание верхней половины грудной клетки, "крыловидные" лопатки.

Эригастральный угол 90o. Выбухание надключичных ямок.

Походка ровная. Движения суставов в полном объеме. Деформации суставов нет.

***Система органов дыхани:***

Носовое дыхание сохранено, тип дыхания смешанный. Частота дыхания 26 в’, ритм правильный, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки, одышка экспираторная (выражена очень незначительно).

**Пальпация грудной клетки:**

Резистентность грудной клетки не изменена, болезненность отсутствует, межреберные промежутки расширены, голосовое дрожание не изменено.

**Перкуссия легких:**

При сравнительной перкуссии легких над симметричными участками легких определяется коробочный звук.

При топографической перкуссии выявлено (тихая перкуссия):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Верхняя граница |
| Спереди (над ключицей)  | 3 см | 3 см |
| Сзади | Уровень остистого отросткаVII шейного позвонка | Уровень остистого отросткаVII шейного позвонка |
| Нижняя граница |
| Окологрудинная линия | 5 ребро | - |
| Средне-ключичная линия | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная линия | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная линия | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная линия | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная линия | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких в норме.

**Аускультация легких:**

Дыхание жесткое, свистящие хрипы в небольшом количестве. Шум трения плевры отсутствует. Бронхофония не изменена.

***Сердечно-сосудистая система:***

При осмотре область сердца не изменена, патологическая пульсация отсутствует.

**Пальпация области сердца:**

Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье, на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, локализованный, умеренной высоты, резистентный.

**Перкуссия сердца:**

Границы относительной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| граница | у пациентки:  |
| правая | Выходит за правый край грудины на 1 см |
| верхняя | Третье ребро |
| левая | По срединно-ключичной линии |

**Аускультация сердца:**

Тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается короткий систолический шум на верхушке, мягкого тембера, не проводиться, уменьшается в вертикальном положение и усиливается в момент вдоха.

Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий одинаковый с обеих сторон. Пульс на лучевой артерии ритмичный, частота 78 в 1 минуту, умеренного наполнения и напряжения. АД= 110/65 мм рт. ст.

***Система органов пищеварения:***

**Осмотр ротовой полости:**

Язык, зев, миндалины, глотка без изменений. Слизистые чистые, розовые, влажные. Глотание свободное, безболезненное.

Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. 28 постоянных зуба, - 2 кариозных.

Глотка: слизистая оболочка бледно-розовая, миндалины не гиперемированы, слегка увеличены, дужки и язычок не гиперемированы. Налетов нет. Задняя стенка без патологических изменений.

Слюнные железы не увеличены, безболезненны, кожа в области желез не изменена, боли при жевании и открывании рта нет.

**Осмотр живота**:

Живот нормальной формы, симметричен, не вздут, выпячиваний, западений, видимой пульсации нет. Брюшная стенка участвует в акте дыхания, рубцов нет, видимой перистальтики нет.

При перкуссии и поколачивании над всей поверхностью - тимпанический звук, болезненность, напряжение стенки живота, флюктуация отсутствуют.

При поверхностной пальпации напряжение брюшной стенки отсутствует, болезненность не отмечается, уплотнений нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При специальной пальпации расхождения прямых мышц живота нет.

Аускультация: перистальтика кишечника в норме

**Печень и желчный пузырь.**

При осмотре печень не увеличена.

При перкуссии: границы печени

· верхняя - 7 межреберье по среднеключичной линии

· нижняя - на 0,5 см ниже реберной дуги

Болезненность при перкуссии и поколачивании отсутствует.

Определение размеров по Курлову:

. по срединной линии - 5,5 см

. по среднеключичной линии - 9 см

. по передней подмышечной линии - 10 см

При пальпации край печени острый, безболезненный, мягкоэластический, поверхность ровная, гладкая.

**Селезенка**: видимого увеличения нет.

Размеры при перкуссии: длина - 7,5 см, ширина - 4,5 см. Селезенка не пальпируется.

**Стул:**

регулярный, 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

***Система мочеотделения:***

Выпячиваний над лобком, в области почек не отмечается. Болезненность при поколачивании над лобком отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Цвет мочи - соломенно - желтый, порции средние.

Развитие половых органов. Вторичные половые признаки соответствуют возрасту ребенка.

Заключение по анамнезу и данным объективного исследования.

Со стороны дыхательной системы: эмфизематозная грудная клетка, жесткое дыхание, свистящие хрипы. Со стороны сердечно-сосудистой системы - функциональный систолический шум. Жалобы на экспираторную одышку при физической нагрузке.

План обследования больного.

· Общий анализ крови;

· Биохимический анализ крови;

· Анализ крови на ВИЧ, HbsAg, RW;

· Общий анализ мочи;

· Анализ кала;

· Определение функции внешнего дыхания; спирограмма (проба с вентолином);

· УЗИ органов брюшной полости;

· ЭХО - кардиография; ЭКГ;

· Рентгенография грудной клетки;

· Исследование иммунного статуса больного (определение уровня IgE в сыворотке крови);

· Исследование мокроты;

· Пикфлоуметрия.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования:

# ***Анализы***

Общий анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| параметр | результат |
|  | 24.11.2014 | Норма |
| Гемоглобин | 135г/л | 115-145 г/л |
| Эритроциты | 4,7 ах 1012 /л | 3.7-4,7 х 1012 /л |
| Цветовой показатель | 0,9 | 0,85 - 1,05 |
| Лейкоциты | 11 х 109 /л | 4 - 9.0 х 109 /л |
| Нейтрофилы: Палочкоядерные Сегментоядерные Эозинофилы Лимфоциты Моноциты |  2% 43% 8% 38% 7% |  1 - 6% 45-70% 0-5% 18-40% 2-9% |
| СОЭ | 9 мм/час | 2 - 15 мм/час |

Биохимический анализ крови от 24. ноября 2014 года

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| параметр | результат | норма |
| Общий белок | 79 г/л | 65-85 г/л |
| Мочевина | 5,1 ммоль/л | 2,5 - 8,3 ммоль/л |
| Холестерин общий | 4,8 ммоль/л | До 5.2 ммоль/л |
| Креатинин | 0,079 ммоль/л | До 0,088 ммоль/л |
| Билирубин общий | 13,7 мкмоль/л | 8.5 - 20,5 мкмоль/л |
| АЛТ | 17 ед/л | До 30 ед/л |
| АСТ | 18 ед/л | До 35 ед/л |
| Глюкоза | 4,7 ммоль/л | 3,9 - 5,8 ммоль/л |
| Билирубин свободный | 9.8 мкмоль/л | До 19 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 1.5 усл. ед.  | До 5 усл. ед.  |
| Фосфотаза щелочная | 372 ед. /л | До 800 ед. /л |

Анализ крови на гепатит В (HbsAg) - отриц.,

Анализ крови на гепатит С (анти КС-АТ) - отриц.,

Анализ крови на RW - отриц.,

Анализ крови на ВИЧ - отриц.

Иммуноглобулины сыворотки крови (25.11.14)A - 130 мг%

Ig M - 115 мг%

Ig G - 1150 мг%

|  |  |
| --- | --- |
| Общий анализ мочи (от 24.11.14): Цвет - светло-желтый; Прозрачность - полная Удельный вес - 1015; Реакция - кислая; Белок - отриц.; Глюкоза - отриц.; Эпителий - ед.; Лейкоциты ед в п. /зр.;  | Анализ кала от 25.11.2014 Цвет - коричневый; Форма - оформленный; Консистенция - мягкая; Реакция на стеркобилин - полож.; Мышечные волокна поп. - пол. - полож.; Нейтральный жир - положит.; Клетчатка переваренная - положит.;  |

# ***Диагноз***

Заключение после определения функции внешнего дыхания и пробы с вентолином:

Показатели в норме. После вентолина - без существенной динамики.

Отмечаются вентиляционные нарушения по обструктивному типу, эмфизематозный вариант.

***Рентгеноскопия органов грудной клетки от 25.11.2014:***

На рентгенограмме органов грудной клетки очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Усиленный бронхо-сосудистый рисунок. Корни - неструктурные. Тень средостения - без особенностей.

***Заключения ЭКГ от 24.11.2014:***

Ритм синусовый, правильный. ЭОС отклонена вправо. ЧСС = 78 ударов в минуту

***ЭХОскопическое исследование органов брюшной полости от 25.11.2014:*** Желчный пузырь обычной формы, застоя нет. Печень не увеличена, паренхима зернистая. Поджелудочная железа не увеличена, вирсунгов проток нормальный, дополнительные эхосигналы в паренхиме.

Предварительный диагноз:

Бронхиальная астма, межприступный период, атопическая, средней тяжести. Эмфизема легких.

**Сопутствующие заболевания:** *хронический тонзиллит.*

***Диагноз поставлен на основании:***

1) Жалобы: одышка при нагрузке, периодические приступы удушья.

) Данные анамнеза: с 2 лет часто болеет ОРВИ, в 3 года впервые развился приступ затрудненного дыхания. Повторные бронхиты анамнезе. Отягощенный аллергологический анамнез (в 2013 г. Выявлен поллиноз).

) Объективные данные: бочкообразная грудная клетка, выбухание верхней половины, межреберные промежутки расширены, "крыловидные" лопатки, надключичные лопатки выбухают, что свидетельствует о развитии эмфиземы легких.

Экспираторная одышка характерна для бронхиальной астмы.

Коробочный звук при перкуссии, ограничение подвижности нижних краев легких, жесткое дыхание и свистящие хрипы наблюдаются при эмфиземе.

) Результаты лабораторных и дополнительных методов исследования: в общем анализе крови - эозинофилия и лейкоцитоз.

Функция внешнего дыхания - вентиляционные нарушения по обструктивному типу, эмфизематозный вариант.

Рентгенография грудной клетки: признаки эмфиземы легких.

Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы

**Хронический обструктивный бронхит.** Наиболее часто бронхиальную астму приходится дифференцировать с хроническим обструктивным бронхитом. Существенную помощь в этом отношении может оказать перечень опорных диагностических признаков хронического бронхита по Vermeire (цит. по А.Л. Русакову, 1999):

· собственно бронхиальная обструкция - снижение ОФВ1 < 84% и/или снижение индекса Тиффно < 88% от должных величин;

· необратимость/частичная обратимость бронхиальной обструкции, вариабельность (спонтанная изменчивость) значений ОФВ1 в течение суток < 12%;

· стабильно подтверждаемая бронхиальная обструкция - по крайней мере 3 раза в течение годичного наблюдения;

· возраст, как правило, старше 50 лет;

· часто обнаруживаемые функциональные или рентгенологические признаки эмфиземы легких;

· курение или воздействие производственных аэрополлютантов;

· прогрессирование заболевания, что выражается в нарастающей одышке и неуклонном снижении ОФВ1 (ежегодное уменьшение более, чем на 50 мл).

**Трахеобронхиальная дискинезия.** Синдром трахеобронхиальной дискинезии - это экспираторный коллапс трахеи и крупных бронхов вследствие пролабирования истонченной и растянутой мембранозной стенки, частично или полностью перекрывающей просвет трахеи и крупных бронхов в фазу выдоха или при кашле. Особенности клинической картины трахеобронхиальной дискинезии - приступообразно возникающий кашель и экспираторная одышка. Приступы кашля вызываются физической нагрузкой, смехом, чиханием, острой респираторной вирусной инфекцией, иногда резким переходом из горизонтального положения в вертикальное. Кашель имеет битональный характер, иногда дребезжащий, гнусавый оттенок. Приступы кашля вызывают кратковременное головокружение, потемнение в глазах, непродолжительную потерю сознания. Во время приступа кашля наблюдается выраженная одышка экспираторного типа, вплоть до удушья.

**Заболевания, вызывающие обтурацию и компрессию бронхов и трахеи**

Значительные затруднения дыхания, особенно выдоха, могут возникать при сдавлении (компрессии) трахеи и крупных бронхов доброкачественными и злокачественными опухолями, резко увеличенными лимфоузлами, аневризмой аорты. Опухоли могут вызывать обтурацию бронха при росте в просвет бронха.

При дифференциальной диагностике бронхиальной астмы следует учесть, что при названных выше ситуациях аускультативные симптомы (свистящие сухие хрипы, резко удлиненный выдох) наблюдаются в одной стороны, а не над всей поверхностью легких, как при бронхиальной астме. Необходимо также проанализировать клинические симптомы, характерные для заболеваний, вызывающих окклюзию или компрессию трахеи и бронхов (рак бронха, лимфогранулематоз, лимфолейкоз, опухоль средостения, аневризма аорты). При опухоли средостения характерен синдром верхней полой вены (цианоз и отечность шеи и лица, набухание шейных вен). Для уточнения диагноза проводятся бронхоскопия, рентгенотомография средостения, компьютерная томография легких.

**Карциноид**

Карциноид - опухоль АПУД-системы, состоящая из клеток, продуцирующих серотонин, брадикинин, гистамин, простагландины. Обычно опухоль локализуется в желудочно-кишечном тракте, в 7% случаев - в бронхах. При бронхиальной локализации карциноида появляется клиника бронхоспазма. В отличие от бронхиальной астмы, при карциноидном синдроме наряду с бронхоспазмом наблюдаются приливы крови с выраженным покраснением лица, венозные телеангиэктазии, профузные поносы, эндокардиальный фиброз правых отделов сердца с формированием недостаточности трехстворчатого клапана (диагностируется с помощью эхокардиографии), выделение с мочой большого количества 5-гидроксииндолуксусной кислоты - продукта метаболизма сератонина.

**Сердечная астма**

Сердечная астма является проявлением тяжелой левожелудочковой недостаточности.

**Тромбоэмболия легочной артерии**

При тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) появляются внезапно ощущение нехватки воздуха и выраженная одышка, при аускультации определяются сухие хрипы, что заставляет дифференцировать ТЭЛА и бронхиальную астму.

**Нарушения нервной регуляции дыхания**

У больных, страдающих неврозами, истерией, особенно у женщин, часто возникают приступы одышки, что заставляет дифференцировать это состояние с бронхиальной астмой. Как правило, больные, страдающие неврогенными нарушениями дыхания, связывают ощущение нехватки воздуха и одышку с острой психоэмоциональной стрессовой ситуацией, часто бывают очень невротизированы. Главным диагностическим признаком, отличающим невротическую или истерическую астму от бронхиальной астмы, является отсутствие хрипов при аускультации легких.

**Инородное тело трахеи или бронхов**

При попадании в трахею или бронхи инородного тела возникает приступ удушья, который может напоминать приступ бронхиальной астмы. Однако при наличии инородного тела в дыхательных путях появляются сильный кашель, цианоз; в то же время при аускультации легких не выслушиваются хрипы. В постановке правильного диагноза помогают анамнестические данные и бронхоскопическое исследование.

**Синдром обструкции бронхов при паразитарных инвазиях.** Обструкцией бронхов могут сопровождаться инвазии аскаридами, анкилостомами, шистосомами, филяриями и другими паразитами. Характерными признаками при бронхообструктивном синдроме паразитарной этиологии являются выраженная эозинофилия крови и мокроты, легочные инфильтраты, обнаружение яиц гельминтов при копрологическом исследовании. Необходимо также учитывать соответствующие клинические симптомы паразитарной инвазии и довольно часто исчезновение синдрома бронхиальной обструкции после успешной дегельминтизации.

**Рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма.** Рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма - это приступы удушья, обусловленные аспирацией желудочного содержимого вследствие гастроэзофагеального рефлюкса. Приступ удушья, связанный с аспирацией желудочного содержимого, впервые описал Oder в 1892 г.

Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) среди населения США и в ряде стран Европы составляет 20-40%, а среди больных бронхиальной астмой этот показатель достигает 70-80% (Stanley, 1989). Основными факторами патогенеза ГЭРБ являются снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, повышение внутрижелудочного давления, ослабление перистальтики пищевода, замедление пищеводного клиренса.

Патогенез бронхиальной астмы, возникающей на фоне ГЭРБ, связан со следующими факторами (Goodall, 1981):

· развитие бронхоспазма вследствие заброса (микроаспирации) желудочного содержимого в просвет бронхиального дерева;

· стимуляция вагусных рецепторов дистальной части пищевода и индуцирование бронхоконстрикгорного рефлекса.

Клиническими особенностями бронхиальной астмы, возникающей при ГЭРБ, являются:

· возникновение приступа удушья преимущественно ночью;

· наличие сопутствующих клинических проявлений ГЭРБ: изжоги, отрыжки, срыгиваний, болей в эпигастрии или за грудиной, при прохождении пищи по пищеводу;

· появление или усиление приступов удушья, как симптомов ГЭРБ, под влиянием обильной еды, горизонтального положения после еды, приема лекарственных препаратов, повреждающих слизистую оболочку желудка и пищевода, физической нагрузки, метеоризма и др.;

· преобладание симптомов бронхиальной астмы над другими проявлениями ГЭРБ.

**Ночная бронхиальная астма.** Ночная бронхиальная астма - это возникновение приступов удушья у больных бронхиальной астмой в ночные или ранние утренние часы.

По данным Turner-Warwick (1987) одна треть больных бронхиальной астмой страдает ночными приступами удушья.

Основными патогенетическими факторами ночной бронхиальной астмы являются:

· усиление контакта больного бронхиальной астмой с агрессивными для него аллергенами ночью (высокая концентрация споровых грибков в воздухе в теплые летние ночи; контакт с постельными принадлежностями, содержащими аллергены - перо подушки, клещи - дерматофагоиды в тюфяках, одеялах и т.д.);

· максимальный синтез IgE - антител (реагинов) в период с 5 до 6 ч утра;

· влияние гастроэзофагеального рефлюкса ночью;

· влияние горизонтального положения (в горизонтальном положении и во время сна ухудшается мукоцилиарный клиренс, усиливается тонус блуждающего нерва и, следовательно, его бронхоконстрикторное влияние);

· наличие циркадных ритмов изменения бронхиальной проходимости (максимальная бронхиальная проходимость наблюдается от 13 до 17 ч, минимальная - от 3 до 5 ч утра;

· суточные колебания барометрического давления, относительной влажности и температуры воздуха. Дыхательные пути больных бронхиальной астмой гиперчувствительны к снижению температуры окружающей среды в ночное время;

· циркадный ритм секреции кортизола со снижением его уровня в крови в ночное время;

· понижение в крови концентрации катехоламинов, цАМФ и активности бета 2-адренорецепторов в ночное время и ранние утренние часы;

· наличие синдрома ночного апноэ, особенно обструктивной формы, способствует развитию приступов ночной бронхиальной астмы.

*На основании сравнительной характеристики данных заболеваний и состояния пациентки, можно поставить* ***клинический диагноз****:*

***Бронхиальная астма, межприступный период, атопическая, средней тяжести. Эмфизема легких.***

***Сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит.***

# ***Лечение***

Лечение пациентки:

. Диета. (Стол № 9)

Исключение из рациона продуктов, обладающих высокими аллергенными свойствами (рыба, яйца, цитрусовые, крабы, орехи, курица) и продуктов со свойствами неспецифических раздражителей (перец, острые и соленые блюда).

. Прекращение контакта с аллергенами.

3. Лечение в приступном периоде: теопэк, ингаляционные бронхолитики (беротек).

. Лечение в межприступном периоде: Дитек по 2 дозы аэрозоля 4 раза в сутки

кларитин (по 1 т. утром), дыхательная гимнастика.

. Неспецифическая гипосенсибилизация: супрастин по 1\2 таблетки 2 раза в день.

6. Физиотерапия, массаж.

Обоснование назначенного лечения:

. Диета необходима для исключения попадания аллергена в организм больной и продуктов со свойствами неспецифических раздражителей, который сами по себе могут вызвать обострение заболевания. Для этой же цели необходимо прекратить контакт с аллергенами.

При аллергии к шерсти домашних животных необходимо этих животных удалить из дома или, по крайней мере, не допускать их в спальню и ежедневно мыть. При аллергии к домашней пыли и тараканам следует тщательно и регулярно убирать помещение, а также избавиться от тараканов. При частых острых респираторных вирусных инфекциях, обостряющих течение заболевания, необходима ежегодная противогриппозная вакцинация, профилактическое назначение интерферона местно на слизистую носа.

. Целями долговременного ведения бронхиальной астмы, которые декларируются в международных соглашениях (GINA, 2003), являются:

· достижение и поддержание контроля над симптомами;

· профилактика и эффективная ликвидация обострений;

· коррекция нарушений легочной вентиляции и поддержание ее на нормальном уровне;

· достижение нормального уровня активности пациентов, в том числе и физической;

· упразднение побочных эффектов терапии заболевания;

· профилактика развития необратимой бронхиальной обструкции;

· предотвращение смерти от астмы.

В соответствии с этими рекомендациями, для лечения бронхиальной астмы <http://pulmonolog.com/content/bronkhialnaya-astma>, независимо от причин, которые вызвали заболевание, следует использовать медикаментозные препараты двух групп: средства долговременной противовоспалительной терапии, обеспечивающие контроль болезни (так называемая базисная терапия) - Дитек (Кромоглициевая кислота + Фенотерол)

И симптоматические средства неотложной терапии, направленные на быструю ликвидацию или уменьшение острых симптомов, такие как - теопэк, ингаляционные бронхолитики (беротек).

3. Гимнастика в виде **комплекса дыхательных упражнений** поможет научиться предотвращать приступы бронхиальной астмы, позволит снимать напряжение и стресс, связанные с приступом и не только.

4. Гипосенсибилизирующая терапия необходима для уменьшения воздействия антигена на организм. С этой целью применяют супрастин.

*Фармакологическое действие - антигистаминное, противоаллергическое*.

Механизм действия: Хлоропирамин - хлорированный аналог трипеленамина (пирибензамина) - классический антигистаминный препарат, принадлежащий к группе этилендиаминовых антигистаминных препаратов.

Блокатор H1-гистаминовых рецепторов, оказывает антигистаминное и м-холиноблокирующее действие, обладает противорвотным эффектом, умеренной спазмолитической и периферической холиноблокирующей активностью

5. Физиотерапия и массаж способствуют укреплению организма и борьбе с заболеваниями.

# ***Прогноз***

При соблюдении режима, диеты, рекомендаций и правильного приема лекарственных препаратов - благоприятный.

**Рекомендации**: соблюдение режима, диеты, дозирование физических нагрузок, регулярное наблюдение у врача-аллерголога, санаторно-курортное лечение.