ГОСУДАРСТВЕННОЕТ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

"БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра детских болезней

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Острый простой бронхит.

Куратор:

студент Л-501В группы

лечебного факультета

Тухватуллина Н.В.

Сроки курации: 10.11.14 - 17.11.14

Преподаватель: к. м. н., доцент Орлова Н.А.

Уфа - 2014 год

# ***Паспортная часть***

ФИО ребенка:

Возраст: 10 лет (24.11.2003)

Домашний адрес:

Организованность:

Дата поступления в клинику: 08.11.14

Сроки курации: 10.11.14 - 17.11.14

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры до 38, сухой приступообразный кашель, насморк, осиплость голоса, головные боли, слабость, сонливость.

**Жалобы** на момент курации на приступообразный кашель, насморк, головные боли.

# ***История настоящего заболевания***

Заболела 7 ноября 2014 года - поднялась температура до 39, возникла сильная головная боль, кашель. За три дня до этого появился насморк. Обратилась в медпункт гимназии, медсестра дала жаропонижающее. Машиной скорой помощи доставлена в ГКБ № 6.

# ***История жизни***

**Акушерский анамнез**

Ребенок родился от 2 беременности и 2 родов. 1 беременность завершилась родами - 20.08.2000 - срочные роды на 40 неделе беременности. 2 беременность - срочные роды на 39 неделе беременности. Первый ребенок здоров.

Состояние здоровья матери во время беременности:

Два раза лежала на сохранении - в первый раз на сроке 4-5 недель с угрозой выкидыша, второй раз - 21-22 недели - гипоксия плода.

Перенесенных заболеваний во время беременности нет.

Режим дня во время беременности правильный, питание - рациональное. Принимала комплекс витаминов "Витрум пренаталь", препараты железа, курантил.

Роды происходили через естественные родовые пути, плод находился в головном предлежании.

# ***Период новорожденности***

Срок гестации - 39 недель

Масса тела - 3080, рост - 53 см при рождении

Оценка по шкале Апгар - 8/8

Ребенок закричал сразу

Пуповинный остаток отпал на 5-е сутки

Пупочная ранка эпителизировалась быстро, кровоточивости, нагноений не отмечалось

Физиологическая убыль массы - 300 г на 3 сутки.

Физиологическая желтуха не наблюдалась. Вакцинация против гепатита В и туберкулеза проведена.

Выписана из роддома на 5 сутки с массой 3000 г.

Была осмотрена участковым педиатром на 15 сутки.

Перенесенные заболевания: ОРЗ в 4 месяца.

# ***Развитие ребенка на первом году жизни***

Помесячные прибавки массы тела

месяц - 600г

месяц - 800г

месяц - 800г

месяц - 750г

месяц - 750г

месяц - 650г

Голову удерживала с 1 месяца, поворачивалась со спинки на живот с 5 месяцев, начала ползать в 7 месяцев, самостоятельно сидеть в 7 месяцев, стоять - в 8 месяцев, ходить - в 1 год.

первая улыбка появилась в 1,5 месяца, комплекс оживления в ответ на разговор - в 2 месяца

начала фиксировать взгляд на блестящем предмете - с 3 недель, следить глазами за движущимися игрушками с 2 месяцев.

Начала фиксировать взгляд на неподвижных предметах с 4 месяцев

Узнавать маму и отличать своих от чужих начала в 4 месяца.

Прислушиваться к звукам начала в 2 месяца, сосредотачиваться - в 2,5, поворачивать голову на звук - 3 месяца различать тон с которым к нему обращаются - в 3 месяца

Начала произносить звуки, гулить в 2 месяца, произносить слоги - в 7 месяцев, отдельные слова - в 1 год

Зубы прорезываться начали в 4 месяца. Сначала - 2 внутренних нижних и внутренних верхних резца, 2 наружных верхних и наружных нижних резца, передние коренные зубы, верхние клыки. Всего - 28 коренных зубов.

От груди отняли на 10-е сутки в виду отсутствия у матери молока. Вскармливание смесью "Малютка". Первый прикорм - овощное пюре в 6 месяцев. В 7 месяцев - мясное пюре, в 8 - фруктовое.

БЦЖ и первая вакцинация гепатита сделаны в роддоме.

# ***Развитие ребенка после года***

ДДУ не посещала

Перенесенные заболевания: ОРЗ, ветряная оспа, краснуха

**Данные о профпрививках:**

|  |  |
| --- | --- |
| В первые 24 часа | 1-я вакцинация против вирусного гепатита В |
| 3-7 день | Вакцинация против туберкулеза (БЦЖ) |
| 1 мес | 2-я вакцинация против гепатита В |
| 2 мес | 3-я вакцинация против гепатита В |
| 3 мес | 1-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита (АКДС) 1-я вакцинация против полиомиелита |
|  | 2-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита (АКДС) 2-я вакцинация против полиомиелита |
| 4,5 мес | 3-я вакцинация против гепатита В |
| 6 мес | 3-я вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка (АКДС) 3-я вакцинация против полиомиелита |
| 7 мес | 2-я вакцинация против гемофильной инфекции |
| 12 мес | Вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита |
| 18 мес | Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, полиомиелита, Вакцинация против гемофильной инфекции; |
| 20 мес | Вторая ревакцинация против полиомиелита |
| 6 лет | Ревакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита |
| 7 лет | Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка Первая ревакцинация против туберкулеза |

# ***Аллергологический анамнез***

Индивидуальный: Непереносимость пищевых продуктов - отмечалась сыпь на мед, на лекарственные средства - не имеется;

Семейный анамнез не отягощен.

Жилищно-бытовые условия: живет в доме, сырости и плесени в помещении нет. В доме имеются ковры, мягкая мебель, цветы. Постель у ребенка синтетическая. На данный момент проживает в интернате, сырости и плесени нет. Постель синтетическая.

**Семейный анамнез**

Возраст родителей ребенка.

мать - 38 лет

отец - 38 лет

Наследственных заболеваний, злокачественных новообразований в семье нет.

Отец курит.

# ***Объективное исследование***

Общий осмотр:

Состояние больной средней тяжести, сознание ясное, положение активное, реакция на осмотр живая.

Кожа

Осмотр: кожа бледно-розового цвета, эластичная, теплая, чистая. Расширения вен, подкожных капилляров, сыпи, кровоизлияний, рубцов, пигментированных и депигментированных участков не наблюдается. Шелушения, молочных корок на щеках, гнейса на волосистой части головы, расчесов, потницы, опрелости нет. Рост волос на голове правильный, волосы русые, мягкие. Ногти без изменений.

Пальпация: кожа умеренной влажности, нормальной температуры. Эластичность нормальная. Пробы "щипка", "жгута", "молоточка" отрицательные. Дермографизм белый.

Подкожно-жировой слой

Осмотр: подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо, распределена равномерно. Жироотложение нормальное.

Пальпация: толщина подкожно-жирового слоя на животе - 0,8 см, на спине - 1 см, на груди - 0,7 см, на внутренней поверхности плеча - 1 см, бедра - 1,2 см, на лице - 1 см. Тургор нормальный. Отеков и уплотнений нет.

Лимфоузлы

Осмотр: увеличенных, видимых на глаз лимфоузлов нет. Небные и язычная миндалины не увеличены, без гнойных пробок.

Пальпация: Пальпируются подчелюстные, увеличенные шейные лимфоузлы, мягкие, эластичные, не спаяны с окружающими тканями, умеренно болезненные, 0,5\*0,5см. Затылочные, заушные, околоушные, подбородочные, подмышечные, торакальные, локтевые, паховые, подколенные лимфоузлы не пальпируются.

Мышечная система

Осмотр: мускулатура имеет выраженный рельеф, мышцы достаточно упруги и большие по объему, углы лопаток подтянуты к грудной клетке, живот подтянут.

Пальпация: тонус мышц нормальный

Костная система

Осмотр: форма головы - округлая, положение головы правильное, контур и уровень плеч - симметричные. Грудная клетка цилиндрической формы. Обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания.

Форма живота - выпуклая, не выступает за плоскость грудной клетки;

Форма ног - прямая.

Эпигастральный угол прямой, конституция нормостеническая.

Осмотр сзади:

Положение лопаток: уровень плеч и лопаток одинаковый, нижние углы лопаток симметричные, расстояние от внутренних углов лопаток до позвоночника. Треугольники талии симметричные.

Нижние конечности прямые, складки на внутренней поверхности бедер симметричные.

Осмотр сбоку: форма головы - округлая, положение головы правильное. Форма живота - выпуклая, выступает за плоскость грудной клетки

Осанка правильная.

Осмотр стопы: без патологий.

Пальпация ребер и грудины безболезненна.

острый бронхит диагностирование лабораторный

Пальпация конечностей: температура кожи обычная, чувствительность сохранена, кожа над суставами подвижная, толщина - 0,5 см. Уплотнений, утолщений, деформаций, отечности, болезненности не выявлено.

Дыхательная система

Осмотр: слизистая зева умеренно гиперемирована. Дыхание осуществляется через нос, имеется отделяемое из носовых ходов слизисто-серозного характера. Форма грудной клетки цилиндрическая. Тип дыхания - смешанный.

Частота дыхания - 20 в минуту. Дыхание ритмичное.

В акте дыхания вспомогательная мускулатура не участвует. Тахипное, одышки, дыхательной недостаточности нет.

Пальпация: Болезненности при пальпации нет. Голосовое дрожание без отклонений.

При сравнительной перкуссии: Перкуторный звук ясный легочный.

При топографической перкуссии: Нижняя граница правого легкого определяется по срединно-ключичной линии - 7 ребро, по средней подмышечной линии - 8 ребро, по задней подмышечной - 9 ребро, по лопаточной линии - 10 ребро. Подвижность легочного края - 4 см. Аускультация: Дыхание жесткое, выслушиваются непостоянные единичные сухие свистящие хрипы, лучше выслушивающиеся на высоте вдоха. Шума трения плевры нет

Система кровообращения

Осмотр: пульсации сонных артерий и набухания шейных вен нет. Пульсация сердца не определяется

Пальпация: Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье, на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, 1\*1 см, умеренной высоты, умеренной силы.

Пульс ритмичный, нормального напряжения, наполнения и величины, равномерный, число колебаний сосудистой стенки на одно сокращение сердца = 1, уменьшение пульса на выдохе. Частота пульса - 90 ударов в минуту. АД - 110/70 мм. рт. ст.

Перкуссия:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Граница | правая | верхняя | левая |
| Относительной тупости сердца | На 0,5 см кнаружи отправого края грудины | 3 ребро | На 1см кнутри от среднеключичной линии |
| Абсолютной тупости сердца | Левая стернальная линия | 4 ребро | Кнутри от левой среднеключичной линии |

Аускультация сердца и крупных сосудов; Тоны ясные, ритмичные, без изменений. ЧСС 90 уд/мин. Дополнительные тоны не выслушиваются.

Пищеварительная система и органы брюшной полости

Осмотр: Губы розовой окраски, умеренно влажные, слизистая оболочка ротовой полости и десны розового цвета, влажные; кровоизлияний, язвочек, пятен Филатова не отмечается. Язык розового цвета, влажный, отмечается умеренная гипертрофия сосочков. Зубы коренные, 28 шт. Миндалины не увеличены. Глотка без изменений.

Живот правильной, округлой формы, не увеличен, симметричный, в полном объеме участвует в акте дыхания, без видимой перистальтики. Выпячиваний, западений, видимой пульсации, послеоперационных рубцов нет.

Пальпация.

Поверхностная: живот мягкий, безболезненный; расхождения прямых мышц живота, грыжи белой линии живота и пупочного кольца, опухолевидные образования отсутствуют; перитониальные симптомы отрицательны.

Данные глубокой пальпации: сигмовидная кишка умеренной плотности, гладкая, безболезненна, подвижна, урчания нет. Слепая кишка безболезненна, мягкая, эластичная, гладкая, малоподвижная, слегка урчит. Восходящая и нисходящая части ободочной кишки мягкие, безболезненные, гладкие, подвижные, без урчания. Поперечно-ободочная кишка безболезненна, подвижна, мягкая, не урчит. Привратник не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется.

Аускультация: Перистальтика кишечника умеренно выраженная. Нижняя граница желудка методом аускультафрикции на 2 см выше пупка.

Печень и желчные пути.

Осмотр: выпячивания в области печени отсутствует.

Пальпация. Нижняя граница печени по срединно-ключичной линии - на 0,5 см ниже края реберной дуги. При пальпации край печени закругленный, мягкий, гладкий, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется, болевые симптомы отрицательны.

Перкуссия: Размеры печеночной тупости по Курлову - по правой срединно-ключичной линии - 8 см, по передней срединной линии - 7 см., по левой реберной дуге - 6 см.

Селезенка

Осмотр. Выпячиваний в области селезенки нет.

Пальпация. Селезенка не пальпируется, не выходит из под края левой реберной дуги.

Перкуссия. Поперечник 5 см, длинник 6,5 см.

Мочевыделительная система

Осмотр: В области лобка, наружных поясничной области, наружных половых органов выпячиваний и гипертермии не наблюдается.

Пальпация: Почки в положениях лежа и стоя не пальпируются; мочевой пузырь не пальпируется; мочеточники при пальпации - безболезненные. В мочеточниковых точках и болевых точках почек болезненность отсутствует.

Перкуссия: Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Оценка физического развития:**

Методом эмпирических формул:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Показатели | Фактические показатели | Показатели нормы | Отклонения +/- |
| 1 | Длина тела | 142 см | 145 см (130+5\*3) | +/-3 см |
| 2 | Масса тела | 31 кг | 35 кг (5\*11-20) | +/ - 4 кг |
| 3 | Окружность груди | 63 см | 66 см (63+ (3\*11-10)) | +/ - 3 см |
| 4 | Окружность головы | 53 см | 53,6 см (50+0,6\*6) | 0,6 см |

Заключение: длина тела и масса тела, ОГК, окружность головы меньше нормы

Центильным методом

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Показатели | Фактические показатели | Центильный коридор |  |
| 1 | Рост | 142 см | 4 коридор | "средний" |
| 2 | Масса | 31кг | 4 коридор | "средний" |
| 3 | Окружность груди | 63 см | 3 коридор | "ниже среднего" |
| 4 | Окружность головы | 53 см | 5 коридор | "средний" |

Соматотип = длина тела + окружность грудной клетки + масса тела = 4+4+3=11 (мезомикросоматический). Так как разность "коридоров" между любыми двумя из трех показателей не превышает 3, можно говорить о гармоничном развитии.

Заключение: Физическое развитие гармоничное, мезомикросоматотип.

# ***Предварительный диагноз***

На основании

*Жалоб*: на повышение температуры до 38, сухой приступообразный кашель, насморк, осиплость голоса, головные боли, слабость, сонливость.

*Данных анамнеза заболевания*: Заболела 7 ноября 2014 года - поднялась температура до 39, возникла сильная головная боль, кашель. За три дня до этого появился насморк. Обратилась в медпункт гимназии, медсестра дала жаропонижающее. Машиной скорой помощи доставлена в ГКБ № 6.

*Данных объективного исследования*:

Лимфоузлы - пальпируются подчелюстные, увеличенные шейные лимфоузлы, мягкие, эластичные, не спаяны с окружающими тканями, умеренно болезненные, 0,5\*0,5см.

Дыхательная система - слизистая зева умеренно гиперемирована. Дыхание осуществляется через нос, имеется отделяемое из носовых ходов слизисто-серозного характера.

Аускультация: Дыхание жесткое, выслушиваются непостоянные единичные сухие свистящие хрипы, лучше выслушивающиеся на высоте вдоха

выставлен диагноз:

Основного заболевания: Острый простой бронхит.

Осложнений: -

Сопутствующих: -

# ***Дифференциальная диагностика***

Острый простой бронхит следует дифференцировать с обструктивным бронхитом, бронхиолитом и острой пневмонией.

При обструктивном бронхите у больного - экспираторная одышка с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, возможно умеренное вздутие грудной клетки, при перкуссии - коробочный оттенок звука, при аускультации - дыхание с удлиненным выдохом, жесткие, сухие, свистящие хрипы. При бронхиолите в клинической картине преобладают симптомы нейротоксикоза, иногда приступы асфиксии и апноэ, экспираторный характер одышки с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Перкуторно-коробочный звук, уменьшение относительной сердечной тупости, опущение границ печени и селезенки, аускуальтативно - дыхание с удлиненным свистящим выдохом, крепитирующие мелкопузырчатые хрипы как на вдохе, так и на выдохе, на рентгене возможны ателектазы.

При острой пневмонии - часто длительно сохраняющаяся лихорадка, значительно выраженные симптомы недостаточности, синдром дыхательной недостаточности, смешанная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, уменьшение соотношения между пульсом и частотой дыхательных движений, укорочение перкуторного звука соответственно очагу поражения, коробочный оттенок над другими участками (локальная симптоматика).

Аускультативно - хрипы, выслушивающиеся на определенном участке. В крови - выраженная воспалительная реакция (нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ > 20 мм/ч). На рентгенограмме - очагово-инфильтативные тени.

У курируемой больной не наблюдается одышка, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Перкуторных отклонений не выявлено. При аускультации - дыхание жесткое, хрипы - единичные, сухие, свистящие.

**План исследования:**

Лабораторное исследование:

. Общеклинический анализ крови.

. Биохимический анализ крови.

. Общеклинический анализ мочи

Инструментальное исследование

. Рентгенография грудной клетки

. ЭКГ

**Данные лабораторного исследования:**

1. *Общеклинический анализ крови от 10.11.14*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результат на 10.11.14 г. | Пределы | Ед. измерения | Замечания |
| Лейкоциты | 12,6 | 4,5-10,0 | 109/л | Выше нормы |
| Эритроциты | 4,22 | 3.50-4,7 | 1012/л |  |
| Тромбоциты | 185 | 160-380 | 109/л |  |
| Гемоглобин | 119 | 110-145 | г/л |  |
| Гематокрит | 34,6 | 34-49 | % |  |
| Лимфоциты | 38 | 24-54 | % |  |
| Эозинофилы | 2 | 0,5-5 | % |  |
| СОЭ | 7 | 4-12 | мм/ч |  |
| Нейтрофилы сегментоядерные | 57 | 35-65 | % |  |
| Моноциты | 3 | 2-10 | % |  |

Заключение: увеличение числа лейкоцитов.

. *Биохимический анализ крови от 10.11.14г.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результат на 10.11.14 г. | Пределы | Ед. измерения | Замечания |
| Общий белок | 71,1 | 62-82 | г/л |  |
| Общий билирубин | 7,7 | 3,4-13,7 | Мкмоль/л |  |
| Тимоловая проба | 1,3 | 0-4 | Ед/л |  |
| АЛТ | 17 | 5-40 | Ед/л |  |
| АСТ | 37 | 5-40 | Ед/л |  |

Заключение: показатели БХ в норме.

. *Общеклинический анализ мочи от 10.11.14*

Глюкоза - 0 мг/дл

Белок - 0 мг/дл

Цвет - желтый

Прозрачность - прозрачная

Кислотность - 5,0

Удельный вес - 1,025

Лейкоциты - отр

Эритроциты - 0 мг/дл

Нитриты - отр

Кетоны ++

Уробилиноген - о мкмоль/л

Билирубин - 0 мг/дл

Вывод: показатели в пределах нормы.

# ***Данные дополнительного исследования***

1. ЭКГ

Заключение: Синусовая аритмия с ЧСС 85 уд/мин. Вертикальная ЭОС.

. Рентгенография ОГК

Заключение: Усиленный легочный рисунок в прикорневых зонах

**Клинический диагноз:**

На основании

*Жалоб*: на повышение температуры до 38, сухой приступообразный кашель, насморк, осиплость голоса, головные боли, слабость, сонливость.

*Данных анамнеза заболевания*: Заболела 7 ноября 2014 года - поднялась температура до 39, возникла сильная головная боль, кашель. За три дня до этого появился насморк. Обратилась в медпункт гимназии, медсестра дала жаропонижающее. Машиной скорой помощи доставлена в ГКБ № 6.

*Данных объективного исследования*:

Лимфоузлы - увеличенных, видимых на глаз лимфоузлов нет. Пальпируются подчелюстные, увеличенные шейные лимфоузлы, мягкие, эластичные, не спаяны с окружающими тканями, умеренно болезненные, 0,5\*0,5см.

Дыхательная система - слизистая зева умеренно гиперемирована. Дыхание осуществляется через нос, имеется отделяемое из носовых ходов слизисто-серозного характера.

Аускультация: Дыхание жесткое, выслушиваются непостоянные единичные сухие свистящие хрипы, лучше выслушивающиеся на высоте вдоха.

*Лабораторных данных и данных дополнительного исследования*: отмечается воспалительный процесс (увеличение числа лейкоцитов); наличие воспалительного процесса в легких (на рентгенограмме определяется усиленный легочный рисунок в прикорневых зонах).

выставлен диагноз:

Основного заболевания: Острый простой бронхит.

Осложнений: -

Сопутствующих: -

**Этиология заболевания:**

В зависимости от этиологического фактора выделяют острые бронхиты инфекционного, неинфекционного, смешанного и неизвестного генеза.

Ведущим механизмом развития острого бронхита является инфекция. Возбудители:

Вирусы: PC-вирус, вирус гриппа, парагриппа, аденовирус, цитомегаловирус, энтеровирус;

Бактерии: Strept. Pneumoniae, Haemoph. Influenzae, Moraxella catarrhalis, Staph. aureus Enterococcus

Klebsiella pneumonia, Pseudomonas aeruginos;

Внутриклеточные возбудители: Mycoplasma pneumonia, Mycoplasma hominis, Chlamydia trachomatis;

Грибы: Candida albicans, Aspergillius.

Этиология бронхита представляет определенный клинический интерес, так как каждый возбудитель оказывает свое повреждающее воздействие на слизистую оболочку трахеи и бронхов, тем самым определяя тяжесть и характер течения заболевания. Что касается бактериальной этиологии бронхитов, то на долю *Haemophilus influenzae* приходится от 45,9% до 48,7%, на *Streptococcus pneumoniae -* от 16,5% до 25,5%, на *Moraxella catarralis -* от 13,4% до 14,2%.

В качестве самостоятельного этиологического фактора могут выступать также внутриклеточные возбудители и грибы.

Высокая частота заболеваемости бронхитами среди детей обусловлена анатомо-функциональными особенностями бронхолегочной системы у детей.

**Анатомо-функциональные особенности бронхолегочной системы у детей характеризуются:**

узостью дыхательных путей

мягкостью и податливостью хрящевого каркаса

склонностью слизистой оболочки к отеку

медленной скоростью движения трахеобронхиального **секрета**

слабостью дыхательных мышц

слабым кашлевым толчком

низкой возбудимостью дыхательного центра.

Причиной неинфекционных острых бронхитов становятся физические и химические факторы (пыль, дым, холодный или горячий сухой воздух, хлор, аммиак, сероводород, пары кислот и щелочей). Кроме того, острый бронхит может развиваться при сочетании инфекции и действия физико-химических раздражителей. Острые аллергические бронхиты возникают, как правило, у генетически предрасположенных к аллергическим реакциям пациентов.

Факторами, снижающими общую и местную резистентность организма и способствующими возникновению острого бронхита, являются частые переохлаждения, очаги хронической инфекции в носоглотке и нарушение носового дыхания, застойные явления в малом круге кровообращения, перенесенные тяжелые заболевания, нерациональное питание. Острый бронхит чаще наблюдается в детском и пожилом возрасте.

Воспалительный процесс при остром бронхите вирусной этиологии начинается обычно в верхних дыхательных путях: носоглотке, миндалинах, постепенно распространяясь на гортань, трахею, и далее на бронхи. Активация условно-патогенной микрофлоры отягощает катаральные и инфильтративные изменения слизистой оболочки бронхов, обуславливая затяжное течение или осложнения острого бронхита.

**Патогенез заболевания:**

Воспалительный процесс при остром бронхите начинается, как правило, с поражении носоглотки, распространяясь в дальнейшем на нижележащие дыхательные пути - гортань, трахею, бронхи, бронхиолы. Попавший в дыхательные пути вирус внедряется в клетки эпителия, нарушая обменные процессы в них, что приводит к гибели клеток. Количество разрушенных эпителиальных клеток обычно пропорционально патогенности вируса.

Гибель поврежденного эпителия открывает дорогу вглубь тканей бактериальной инфекции - наиболее часто пневмококку и гемофильной палочке, реже - стафилококку. Бактериальная флора обычно присоединяется к вирусному поражению дыхательных путей со 2-3-го дня. Это определяет дальнейшее течение возникшего воспаления, которому способствуют изменения в сосудах (нарушения микроциркуляции, микротромбозы) и нервных клеток (нарушение трофики).

Затяжное течение острого бронхита чаще наблюдается при вирусно-бактериальной его природе. Ему способствует также и нарушение бронхиальной проходимости в результате предшествовавшего поражения бронхов. Осложнения бронхита (острая пневмония и др.) обусловлены, как правило, бактериальной инфекцией (пневмококк, гемолитический стрептококк, золотистый стафилококк и др.).

# ***Лечение***

Режим. Общий

Стол № 15

Медикаментозная терапия:

. Rp:. Susp. "Pancef" 100 mg-5ml

D. t. d. N.7. Внутрь по 15мл 1р/д в течение 7 дней. Разбавить в 40 мл кипяченой воды, взболтать.

2. Rp:. Sir. "Lasolvan" 100 ml. t. d. N.1

S. Внутрь по 5мл 3 р/сут. в течение 7 дней.

. Rp:." Tyzine Xylo Bio" 0,05 %. S. По 1-2 впрыскивания в каждый носовой ход 3 р/сут. в течение 7 дней.

. Rp:. Tab. Suprastini 0,05

D. t. d. N.10

S. Внутрь по ½ таб.1р/сут в течение 5 дней

5. Rp:. Tab. "Vitrum Junior". t. d. N.30. Внутрь, во время еды, по 1 таб в день в течение 1 месяца.

. Ингаляции с физ. раствором 3 р/сут.

. УВЧ на грудную клетку.

**Дневник:**

10.11.14.

На момент осмотра жалобы на сухой приступообразный кашель, головную боль, насморк, слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура тела 38°С. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистая зева гиперемирована, дыхание через нос, несколько затруднено, имеется отделяемое слизисто-серозного характера. Аускультативно дыхание в легких - жесткое, выслушиваются сухие непостоянные свистящие хрипы в области проекции долевых бронхов. ЧД= 20 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 90 уд в минуту, АД - 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Стул, диурез адекватные. Лечение получает.

.11.14.

Жалобы на кашель с отхождением мокроты слизистого характера.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Температура тела 37°С. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистая зева гиперемирована, носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Аускультативно в легких выслушиваются единичные сухие хрипы в области проекции долевых бронхов. ЧД - 19 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС - 88 уд. в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Стул, диурез адекватные. Лечение получает.

.11.14.

Больная жалоб не предъявляет. Отмечает улучшение самочувствия, значительное уменьшение кашля, легче отходит мокрота. Общее состояние удовлетворительное. Дыхание через нос свободное, выделений из носа нет. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Аускультативно в легких - везикулярное дыхание. ЧД - 19/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 87/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание не нарушено.

Выписывается на дальнейшее амбулаторное долечивание.

# ***Выписной эпикриз***

Больная, 10 лет (24.11.2003 г) поступила в ГКБ № 6 с бригадой скорой медицинской помощи 8.11.14. с жалобами на повышение температуры до 38, сухой приступообразный кашель, насморк, осиплость голоса, головные боли, слабость, сонливость.

В стационаре находилась 10 дней (по 17.04.14)

На основании

*Жалоб*: на повышение температуры до 38, сухой приступообразный кашель, насморк, осиплость голоса, головные боли, слабость, сонливость.

*Данных анамнеза заболевания*: Заболела 7 ноября 2014 года - поднялась температура до 39, возникла сильная головная боль, кашель. За три дня до этого появился насморк. Обратилась в медпункт гимназии, медсестра дала жаропонижающее. Машиной скорой помощи доставлена в ГКБ № 6.

*Данных объективного исследования*:

Лимфоузлы - пальпируются подчелюстные, увеличенные шейные лимфоузлы, мягкие, эластичные, не спаяны с окружающими тканями, умеренно болезненные, 0,5\*0,5см.

Дыхательная система - слизистая зева умеренно гиперемирована. Дыхание осуществляется через нос, имеется отделяемое из носовых ходов слизисто-серозного характера.

Аускультация: Дыхание жесткое, выслушиваются непостоянные единичные сухие свистящие хрипы, лучше выслушивающиеся на высоте вдоха.

*Лабораторных данных и данных дополнительного исследования*: отмечается воспалительный процесс (увеличение числа лейкоцитов); наличие воспалительного процесса в легких (на рентгенограмме определяется усиленный легочный рисунок в прикорневых зонах).

выставлен диагноз:

Основного заболевания: Острый простой бронхит.

Осложнений: -

Сопутствующих: -

Проводилось лечение:

Антибиотик (панцеф), муколитик (лазолван), сосудосуживающий препарат местно (тизин ксило био), десенсибилизирующая терапия (димедрол), витаминный препарат (Витрум юниор). Проводились ингаляции с физ. раствором, УВЧ-терапия на грудную клетку.

Лечение принесло эффект в виде устранения катаральных явлений, уменьшения кашля, ослабления хрипов в легких.

Прогноз благоприятный. Течение болезни как правило заканчивается полным выздоровлением.

Даны рекомендации:

) ограничение физической нагрузки - в течение 2 недель (в дальнейшем физическую нагрузку увеличивать постепенно);

) отмена профилактических прививок в ближайшие 3 месяца;

) реабилитационное лечение (санаторно-курортное);

) лечебная гимнастика, массаж.

) закаливание

) витаминотерапия

# ***Литература***

1. Лекционный материал по детским болезням;

. Методические пособия по оформлению истории болезни ребёнка и по методике обследования детей;

. Учебник. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми, М., Изд. "МЕДпресс-информ", 2009 год.

. Учебник " Детские болезни" под редакцией А.А. Баранова., М., Издат. дом "ГЭОТАР-МЕД", 2012 г.

. Никитин А.В., Переверзев Б.М., Гусманов В.А. Основы диагностики заболеваний внутренних органов: Учебное пособие. - 2-е изд., испр. и доп. - Воронеж: Издательство Воронежского государственного университета, 1999.

. Руководство по медицине. Диагностика и терапия. Т.1.: Пер. с англ. /Под ред.Р. Беркоу, Э. Флетчера. - М.: Мир, 2001

. С.В. Рачинский, В.К. Таточенко "Болезни органов дыхания у детей" М. "Медицина" 1997г.

Интернет источники:

www.eurolab.ua <http://www.eurolab.ua>.pulmonology. eurodoctor.ru <http://www.pulmonology.eurodoctor.ru>

www.mediklive.ru <http://www.mediklive.ru>