История болезни

Бронхиальная астма, атопическая (спектр сенсиблизации бытовой), инфекционно-зависимая, легкая степень

Дата рождения: 22.08.1997 года (16 лет)

Проживает:

Поступил в плановом порядке в СПб ГБУЗ "Детская больница №2 Святой Марии Магдалины 21.08.2013.

Диагноз при поступлении: БА, атопическая (спектр сенсибилизации бытовой), инфекционно-зависимая, легкая степень.

1. Анамнез жизни

бронхиальный астма заболевание

Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала без осложнений. Роды в срок. При рождении вес 4200гр, рос 57см.

Находился на грудном вскармливании до 1г7мес. Докормы и прикормы вводились в назначенные сроки.

Привит по возрасту.

Наследственность: мать - хронический тонзиллит, аллергодерматит, пищевая аллергия на облигатные аллергены; отец - здоров.

Перенесенные заболевания и травмы: ОРВИ после 10 лет 3-4 раза в год. В 2012 году закрытый оскольчатый перелом правой ключицы со смещением, по поводу которого проводился открытый остеосинтез спицей, иммобилизация гипсовой повязкой типа Дезо. В 2012 году были поставлены диагнозы: головные боли напряжения (жаловался на мучительные продолжительные головные боли после ОРВИ), астеноневротический синдром; аллергический ринит, по поводу чего состоял на учете у аллерголога. Аллергоанамнез: Первый случай атопии - 2 года на мед, в виде крапивницы. Аллергические реакции на шерсть гладкошерстных кошек, бытовую пыль - чихание, новокаин - периоральный зуд, фитотерапию. Приступы бронхиальной астмы чаще возникали на фоне ОРВИ.

Социальные условия: проживает в 2хкомнаной квартире, в квартире 3 человека. Есть собака, подушки и одеяла пуховые, ковры, имеются растения.

2. Анамнез болезни

Диагноз бронхиальная астма (легкое течение) впервые был поставлен в 2011 году (14лет).С зимы 2009 года отмечали свистящее дыхание на фоне ОРВИ. Далее при каждом заболевании ОРВИ отмечались приступы свистящего дыхания с экспираторной отдышкой. Амбулаторно лечился по поводу обострений каждый год, в стационаре находился в 2011,2012 и 2013 гг. Последний приступ наблюдался зимой 2012 года, в 2013 году находится без лекарственной терапии. Настоящая госпитализация плановая в связи с необходимостью проведения скарификационных аллергических проб и спирометрического обследования.

3. Данные объективного осмотра

Состояние удовлетворительное. Катаральных явлений нет. Длина тела - 178 см, вес -61 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые удовлетворительной влажности, эластичные. Склеры белые, слизистые конъюнктив обычного цвета, чистые влажные. Дёсны не гиперемированы, язык розовый, не обложен, влажный. Миндалины не увеличены, без налётов. Преддверие носа обычного цвета, носовых выделений нет. Придатки кожи без видимых изменений. Периферические лимфоузлы мягкие эластичные подвижны безболезненны. Периферических отёков нет, эндотелиальные пробы отрицательные.

Достаточная общая двигательная активность, пассивный мышечный тонус удовлетворительный, телосложение правильное по нормостеническому типу.

Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. Дыхание свободное с частотой 20 в минуту. Соотношение дыхания к пульсу - 1:5. Болезненности при пальпации грудной клетки нет. Эластичность сохранена. Голосовое дрожание симметрично проводится с обеих сторон. Верхушка лёгких симметрично выступает над ключицами на 3 см. Нижний край лёгкого - среднеключичная линия - 6 м.р справа, среднеподмышечная - 8 м.р справа и слева, лопаточная - 10 м.р. Подвижность нижнего лёгочного края- 6 см. Перкуторно -коробочный оттенок перкуторного звука. Аускультативно - дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Паратрахеальные, бронхопульмональные лимфоузлы не определяются.

Область сердца не изменена, визуально сердечного толчка, патологической пульсации сосудов нет. Пальпаторно сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок ограниченный, локализован снаружи от среднеключичной линии в 6межреберье, средней силы, средней высоты. Пульс на лучевой артерии симметричен, сохраняется при поднятии рук, ритмичен, с частотой 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Перкуторно правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя по 3ребру, левая совпадает с верхушечным толчком. Аускультативно тоны сердца ясные звучные. Артериальное давление на левой руке - 130/80 мм рт ст. Живот правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. Поверхностная пальпациябезболезненная. Живот мягкий, не вздут. Печень по краю реберной дуги, нижний край печени заострен, мягкоэластичен, безболезненный. Перкуторно размеры печени 10:9:8 см. Селезенка не пальпируется, перкуторно размеры 8:7 см. Аускультативно на всей поверхности брюшной стенки - активные шумы перистальтики. Симптомы холецистопатии отрицательны. Стул визуально оформлен (со слов), 1 раз в сутки без патологических примесей.

Область почек не изменена, пальпация почек безболезненная, патологическая подвижность почек не определяется. Мочевой пузырь не пальпируется, пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание в норме.

Заключение

Имеются патологические изменения со стороны дыхательной системы (коробочный оттенок перкуторного звука).

4. Лабораторные данные

Клинический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | 22.08 | 3.09 |
| Нв (г/л) | 166 | 154 |
| Эр (\*1012) | 4,83 | 4,59 |
| Нt (%0) | 0,465 | 0,445 |
| Tr( \*109) | 228 | 278 |
| Leuc(\* 109) | 10,7 | 6,5 |
| Лейк формула | Neut | п/я | 0 | 1 |
|  |  | с/я | 62 | 50 |
|  | Eos | 5 | 4 |
|  | Bas | 0 | 0 |
|  | Lymph | 28 | 38 |
|  | Mon | 5 | 7 |
|  | СОЭ (мм/час) | 6 | 10  |

Заключение: при поступлении в стационар наблюдалось незначительное повышение гемоглобина, а также лейкоцитоз с незначительным сдвигом вправо, вследствие отсутствия палочкоядерных клеток. На фоне терапии ситуация стабилизировалась, хотя недостаток палочкоядерных форм остался.

Биохимический анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | 22.08 | 29.08 |
| Кальций общ | 1,86 |  |
| глюкоза | 4,5 |  |
| Альбумины | 40,0 |  |
| Общий белок | 77,5 |  |
| Амилаза | 41 |  |
| Фосфор | 1,58 |  |
| Холестерин | 4,17 |  |
| Калий | 4,1 |  |
| Натрий | 139 |  |
| Хлориды | 104 |  |
| Ig M | 263 |  |
| Ig G | 1291 |  |
| Ig A | 212 | Секреторный - 1,8 |
| Ig E общий |  | 375,6 |

Заключение: наблюдается увеличение IgM (N=40-230 mg\dL), а также общего IgE (0.1-100.0 kE\л), что говорит об аллергическом характере заболевания.

Риноцитограмма от 22.08:

В анализе наблюдается слизь, эпителиальные клетки, умеренное количество нейтрофилов, единичные эозинофилы.

Что говорит скорее о вазомоторном характере ринита.

Цитологический анализ мокроты от 28.08

Кол-во: 1 мл

Цвет: желтоватый

Консистенция: слизисто-гнойная

Альвеолярные макрофаги - малое количество

Мерцательный эпителий - 5 в п/зр

Обилие нейтрофилов, эозинофилы - единичные в п/зр

Бак.посев на флору от 23.08:

Выделены: Str. Uridans - обильно, Staph. Aureus - умеренно, H.parainfluenzaeумеренно, единичные дрожжеподобные грибы р. Candida.

Скарификационные пробы

|  |  |
| --- | --- |
| Пыль домашняя С. 316 | 5/30 |
| Библиотечная пыль | 4/30 |
| Ш. кошки | 5/30 |
| Коровье молоко | 3/30 |
| Гистамин | 6/35 |

Повышенная реакция на бытовую пыль, шерсть кошки.

Спирометрия:

От 21.08: при поступлении вне приступа обнаруживается легкая рестрикция, за счет незначительного снижения ФЖЕЛ (79% от нормы).

От 27.08: пришел в приступе. До приема бронходилятаторов значительные обструктивные изменения (ЖЕЛ 50%, ОФВ1 46%, МОС25 45%, МОС50 34%, МОС75 30%). После приема бронходилятаторов (беродек+атровент, а заем в 15.00 дополнительно вентолин 2,5) показатели увеличились, а увеличение скоростных показателей МОС 25-75 на 51% в сумме говорит о полной обратимости обструкции (ЖЕЛ 59%, ФЖЕЛ 54%, ОФВ1 56%, МОС25 63%, МОС50 46%, МОС75 41%).

От 4.09: наблюдается спирометрия без отклонений (ЖЕЛ 100%, ФЖЕЛ 92%, ОФВ1 104%, индекс Тиффно 103, МОС25 103%, МОС50 106%, МОС75 110%).

Пикфлоуметрия

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | 7 | 12 | 17 | 21 |
|  22.08 | 320 | 460 | 470 | 440 |
| 23.08 | 300 | 420 | 450 | 500 |

Рост: 178 см.

Норма: 480 л/мин

ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА: 120-80% (576-384 л/мин)

ЖЕЛТАЯ ЗОНА: 80-50% (384-240 л/мин)

КРАСНАЯ ЗОНА: <50% (<240 л/мин)

Заключение: показатели пикфлоуметрии в утренние часы снижались до желтой зоны однако к 12ти часам поднимались до зеленой, где сохранялись весь оставшийся день.

5. Дневник курации

Осмотр 6.09.13:

Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Катаральных явлений нет. Кожные покровы обычной окраски, чистые удовлетворительной влажности, эластичные. Склеры белые, слизистые конъюнктив обычного цвета, чистые влажные. Дёсны не гиперемированы, язык розовый, не обложен, влажный. Миндалины не увеличены, без налётов.Периферические лимфоузлы мягкие эластичные подвижны безболезненны. Периферических отёков нет, эндотелиальные пробы отрицательные.

Грудная клетка правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. Дыхание свободное с частотой 20 в минуту. Соотношение дыхания к пульсу - 1:5. Болезненности при пальпации грудной клетки нет.Перкуторно -коробочный оттенок перкуторного звука. Аускультативно - дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Паратрахеальные, бронхопульмональные лимфоузлы не определяются.

Область сердца не изменена, визуально сердечного толчка, патологической пульсации сосудов нет. Пальпаторно сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок ограниченный, локализован снаружи от среднеключичной линии в 6 межреберье, средней силы, средней высоты. Пульс на лучевой артерии симметричен, сохраняется при поднятии рук, ритмичен, с частотой 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Аускультативно тоны сердца ясные звучные. Артериальное давление на левой руке - 130/80 мм рт ст.

Живот правильной формы, симметрично участвует в акте дыхания. Поверхностная пальпация безболезненная. Живот мягкий, не вздут. Стул визуально оформлен (со слов), 1 раз в сутки без патологических примесей.

Область почек не изменена, пальпация почек безболезненная, патологическая подвижность почек не определяется. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание в норме.

На момент осмотра получаемая терапия:

стол №15

с 3.09: Теотард 200 1капс х 2 раза/день, 9.00 и 21.00 peros

Пульмикорт 500 мг х 2 раза/день, 7.30 и 17.30

Атровент 20 х 4 раза/день

Вентолин через небулайзер 2,3 х 5 раз/день

с 4.09: Теотард 200 1капс х 2 раза/день, 9.00 и 21.00 peros

Пульмикорт 500 мг

Атровент 20 х 2 раза/день

Вентолин через небулайзер 2,3 х 4 раз/день

с 6.09: Будесонид 200 2 капс х 2 раза/день, 8.30 и 20.30

Формотерол 1 капс х 2 раза/сутки, 8.00 и 20.00

6. Обоснование диагноза

За аллергическую природу заболевания говорит анамнез заболевания пациента (пищевая и лекарственная аллергия с детсва), лабораторные данны (скарификационные тесты. Повышение в крови уровня иммуноглобулинов Е, М). На обструктивностьзаболеания указывают данные анамнеза (бр. астма с 2011 г), данные объктивного осмотра (коробочный тон перкуторного звука).

Установлено по данным анамнеза, что заболевание инфекционно-зависимо (частые ОРВИ, на фоне которых наблюдалось ухудшение состояния). Так как приступов бронхообструкции до поступления в стационар у пациента не было с зимы 2012 года можно оценить легкость течения заболевания. На основании перечисленных данных поставлен диагноз: Бронхиаьная астма, атопическая, легкой степени тяжести, инфекционно-зависимая.

Так как степень тяжести легкая, пациент не получает базисную терапию вне госпитализации. В период обострения купировал приступы с помощью Сальбутамола.

Рекомендации:

Устранение факторов риска (аллергены и другие экзогенные раздражители)

Наблюдение у аллерголога, обследование раз в год.