Паспортная часть

1.Ф.И.О. - ХХХ

2. Дата рождения -

3. Возраст - 15 лет

4 .Пол - мужской

5. Мама – ХХХ, 35 лет

место работы музыкальная школа, образование среднеспециальное.

6. Папа – ХХХ, 46 лет, 04.08.1964 место работы музыкальная школа, образование среднеспециальное.

8. Брак родителей зарегистрирован, со стороны мамы первый, папы второй.

8. Организованность – СШ №, 9 «» класс

9. Домашний адрес – ХХХ

10. Дата поступления - 06.04.2011,11:30

11. Диагноз при поступлении – Бронхиальная астма атопическая, средней степени тяжести, персистирующее течение, период обострения

12. Направлен - участковый детский врач-аллерголог.

Жалобы

При поступлении в стационар 06.04.2011 больной отмечал следующие жалобы:

-приступы удушья, возникающие при смене метеорологических условий, вдыхание резких запахов, цветение трав;

-одышка с затрудненным выдохом при значительной физической нагрузке;

-периодический кашель;

- ухудшение общего состояния, быстрая утомляемость;

- боль, чувство першения в горле;

- чувство заложенности носа, выделения из носа;

- покраснение глаз, чувство болезненности, жжения в глазах, слезоточивость.

На момент курации отмечал жалобы;

-одышка, затруднение выдоха при физической нагрузке;

- редкий кашель;

- покраснение глаз, слезоточивость;

- быстрая утомляемость.

Anamnesis morbid

Считает себя больным с 12 лет, в течение 3 лет, с весны 2008 года впервые возник приступ удушья по дороге домой из магазина. Возникновение первого приступа связывает с цветением трав. Тогда же стал отмечать одышку при физической нагрузке, кашель, не связанный с ОРЗ, ухудшение общего состояния. Был поставлен диагноз: Бронхиальная астма, приступный период, проходил стационарное лечение в аллергологическом отделении. С 2008 года взят на « Д» учет. Неоднократно проходил лечение в ОДКБ.

Настоящее ухудшение состояния отмечает с конца марта, в течение 2 недель, когда возник приступ удушья, появились одышка, кашель в ночное время, ухудшение общего состояния, слезоточивость чувство жжения в глазах покраснения глаз, заложенность и выделения из носа. Приступы происходят 1-3 раз в месяц, эпизодические, исчезают спонтанно или после однократного приема бронхолитика короткого действия, редкие ночные приступы.

В связи с перечисленными жалобами обратился в поликлинику по месту жительства и был направлен на стационарное лечение.

Ухудшение состояния, возникновение приступа связывает с сезонным цветением трав, изменением метеорологических условий.

Anamnesis vitae

ФИО, 15 лет, родился 25.07.1995 г. в г. Сарань первым ребенком в семье. Беременность протекала спокойно, без осложнений, воздействие вредных факторов не отмечалось. Роды первые, самостоятельные, без осложнений. Вес при рождении 3 500 г., рост 53 см. Вскармливание естественное. Привит по плану. Посещал детский сад. Пошел в школу с 7 лет.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа в 13 лет, фолликулярная ангина, часто ОРВИ, бронхиты. Гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузий, операций не было. Аллергический анамнез: аллергическая реакция на цветение трав (полынь и т.д.), шерсть животных, резкие запахи, проявляющаяся кашлем, одышкой, слезотечением, насморком. Наследственные болезни не отмечает. Имеется наследственная предрасположенность по отцовской линии - бронхиальная астма у дедушки и дяди.

Рос полноценным ребенком, в росте и развитии не отставал. До возникновения основного заболевания активно занимался спортом. В настоящее время в межприступный период занимается волейболом, баскетболом.

Родители здоровы, хронических заболеваний нет, на «Д» учете не состоят.

Место и условия жизни, материальное обеспечение и социальные условия удовлетворительные. Проживает в квартире, помещение не сырое. Имеется домашнее животное – кот.

Вредные привычки отрицает.

Общий осмотр

Состояние средней степени тяжести за счет симптомов основного заболевания. Сознание сохранено, ориентируется в пространстве и во времени. Самочувствие – страдает умеренно. Положение активное. Настроение спокойное, хорошее. Аппетит сохранен.

АД 90/60 мм.рт.ст. Температура тела 36,8. ЧДД 24 дыхательных движений в минуту. ЧСС 110 в минуту.

Конституция нормостенического типа, ПЖК развита слабо. Рост 166 см. ,вес 49 900 г. Больной пониженного питания.

Кожные покровы бледные. Отмечается периорбитальный цианоз, наличие отеков под глазами. Покраснение слизистой глаз.Видимых отеков в других местах нет.

Оценка физического развития

Вес: фактический

долженствующий

центильная оценка

Рост: фактический

долженствующий

центильная оценка

Средняя линия тела: фактическая

долженствующая

Высота головы: фактическая

долженствующая

Соотношение верхних частей лица + длина ног к росту:

фактическая

долженствующая

Филлипинский тест:

Окружность головы:фактическая

долженствующая

центильная оценка

Окружность груди: фактическая

долженствующая

центильная оценка

Заключение по физическому развитию

1)Соответствие массы к достигнутому росту:

2)Соответствие массы и роста к возрасту:

3)Пропорциональность развития:

Нервно-психическое развитие

Эмоциональный статус без нарушений. Статические и речевые навыки развиты в соответствии с возрастом. Интеллектуальное развитие соответствует достигнутому возрасту.

Заключение по нервно-психическому развитию: развитие соответствует возрасту, отклонений нет.

Кожные покровы, ПЖК

Кожные покровы бледные, отмечается периорбитальный цианоз. Видимые слизистые чистые, отмечается гиперемия задней стенки глотки, слизистой глаз. Высыпаний, пятен, следов от расчесов нет. Кожа сухая. Эластичность снижена. Волосы сухие, ломкие. Ногти физиологической окраски, ломкие.

Эндотелиальные симптомы (симптому жгута, щипка, молоточка) в норме.

Дермографизм розовый.

Толщина ПЖК (у пупка, лопатки, на внутренней поверхности бедра, на внутренней поверхности плеча, на груди у соска, с боков, на лице) развита слабо, имеющаяся распределена равномерно.

Отмечаются постоянные отеки под глазами, в других местах видимых отеков нет. Тургор мягких тканей снижен.

Периферические лимфатические узлы не увеличены, не спаяны с кожей, при пальпации безболезненны

Костно-мышечная система

Осанка правильная, походка правильная, свободная. Мышечная масса развита слабо. Тонус скелетной мускулатуры верхних и нижних конечностей сохранен, при пальпации мышечная система безболезненна, мышечная сила сохранена.

Костная система без видимых деформаций и изменений. При пальпации безболезненна. Голова нормальных размеров, правильной формы. Грудная клетка нормостенической формы, без деформаций, эластичность в норме.

Патологических искривлений позвоночника нет, физиологические изгибы сохранены. Искривлений конечностей нет.

Суставы

Форма и величина суставов не изменена, в норме. Движения свободные, безболезненные, сохранены в полном объеме. Кожа над суставами физиологической окраски, гиперемии и отеков нет. Пальпация безболезненна. Зубная формула соответствует возрасту, расстояния между зубами в норме. Плоскостопия нет.

Дыхательная система

Дыхание через нос, затрудненно. Выделения из носа серозного характера. Голос не звучный.

Грудная клетка нормостенической формы, без деформации, эластичность в норме. Правая и левая половины грудной клетки симметричны, симметрично участвуют в акте дыхания. Дыхание ровное, ЧДД 24в минуту. Тип дыхания смешанный. Раздувания крыльев носа, привлечения вспомогательной мускулатуры, периорального цианоза нет. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

Одышка экспираторного характера, умеренная.

При сравнительной перкуссии. Над обоими легкими симметрично определяется коробочный звук. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

При топографической перкуссии.Высота стояния верхушек легких определяется спереди слева на 2,5см. выше ключицы,справа на 2 см.выше ключицы, сзади определяется на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Границы легких при перкуссии

Нижние границы: справа слева

l.mediaclavicularis VI ребро ----

l.axillaris media VIII ребро VIII ребро

l.scapularis X ребро X ребро

l.paravertebralis На уровне остистого отростка XI грудного позвонка

Поля Кренига 4 см 4см

Экскурссия легких 5см 4,5см

Аускультативно. Над легкими выслушивается жесткое дыхание дыхание. Отмечается удлинение выдоха. Хрипы сухие,рассеянные, свистящие. Бронхофония ослаблена.

Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается. Симптомы Филатова, чаши Философова, Аркавина отрицательны.

Сердечно-сосудистая система.

Осмор. Область сердца и крупных кровеносных сосудов визуально не изменена. Грудная клетка над областью сердца не деформирована. Патологической пульсации сосудов в области шеи и в эпигастрии не наблюдается. Венозной сети на груди и животе не обнаружено.

Пальпаторно. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на средне-ключичной линии. Локализованный, площадь 1 см. умеренной силы, высоты и резистентности.

Пульс. Симметричный на обеих руках, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения 76 в минуту.

Перкуторно.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая: правая парастернальная линия.

Верхняя: III ребро

Левая: в V межреберье на средне-ключичной линии

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: левый край грудины

Верхняя:IV ребро

Левая: середина расстояния между левой среднеключичной и парастернальной линиями

Поперечник сердца 9 см.

Аускультативно. Тоны сердца ритмичные, средней громкости, шумы и акценты не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 74ударов в минуту.

Артериальное давление 90/60 мм рт.ст.на обеих руках.

Система органов пищеварения

Аппетит сохранен. Акт глотания не нарушен. Слизистые полости рта бледно-розовой окраски, влажные, чистые, отмечается гиперемия зева задней стенки глотки. Язык не обложен, влажный, обычных размеров и окраски, десны без изменений. Десны и зубы не кровоточат, без воспалительных явлений, кареозных зубов не наблюдается. Зев чистый. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Живот правильной конфигурации, симметричный, пупок втянут, передняя брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Видимых выбуханий и углублений нет. Видимой перистальтики не наблюдается.

Поверхностная ориентировочная пальпация.

Живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Расхождение прямых мышц живота и грыж белой линии живота не выявлены.

Глубокая методическая скользящая пальпация по методу Образцова-Стражеско.

В левой подвздошной области на протяжении 15 см пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа; она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перистальтирует.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого мягко-перистальтического, несколько расширенного книзу цилиндра;

она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом флангах живота в виде подвижных умеренно плотных, безболезненных цилиндров.

Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра; она безболезненна, легко смещается вверх и вниз.

На 2-4 см выше пупка прощупывается большая кривизна желудка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного, безболезненного валика, идущего поперечно по позвоночнику в обе стороны от него.

Печень пальпируется у края реберной дуги, край печени безболезненный. Границы по Курлову 10-9-7 см.Желчный пузырь не пальпируется. Желчнопузырные симптомы отрицательные.

Селезенку пропальпировать не удалось. При перкуссии: верхний полюс - IX ребро; нижний полюс - Х ребро.

Стул регулярный, без патологических примесей.

Мочевыделительная система.

Отмечается периорбитальный цианоз и отеки под глазами. Видимых отеков в других местах нет. Визуально область почек и мочевого пузыря не изменена. В положении лежа и стоя почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Пальпация реберно-позвоночных точек, по ходу мочеточника безболезненна. Мочеиспускание безболезненное, свободное, регулярный.

**Эндокринная система.**

**Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Нарушения роста нет. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно. Угревая сыпь, огрубение, утолщение кожи, растяжки отсутствуют. Щитовидная железа визуально не определяется, не пальпируется, пульсация отсутствует.**

**Половое развитие соответствует возрасту.**

**Нервная система.**

**Гиперкинезов нет. В позе Ромберга устойчива. Пальце-носовая и коленно-пяточная пробы удовлетворительные. Симптомы Черни, Гордона, Филатова отрицательные.**

**Состояние психики не нарушено, Развитие интеллекта соответствует возрасту.**

**Менингиальные симптомы**

**Отрицательные.**

**Органы чувств**

**Состояние органов зрения, слуха, обоняния, осязания, вкуса без особенностей.**

План обследования

1. Клинический анализ крови.

2. Биохимический анализ крови: общ. белок, глюкоза, Ig.

3. Анализ мочи.

4. Анализ мокроты.

5. ЭКГ.

6. Обзорная рентгенограмма органов грудной полости.

7. Спирография.

8. Эхокардиоскопия.

**Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:**

Общий анализ мочи от 06.04.11

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Относительная плотность : 1018

Реакция: кислая

Белок: нет

Плоский эпителий:1-2

Лейкоциты: 1-2

**Заключение: показатели в норме**

Общий анализ крови (06.04.2011)

Эритроциты 4,3\*1012 г/л

Гемоглобин 118г/л

Цв.п. 0,8

СОЭ 3 мм/ч

Лейкоциты 4,6\*109 г/л

Нейтрофилы 2,8\*10^9

Палочкоядерные 1%

Сегментоядерные 52%

Лимфоциты 40%

Моноциты 7%

Эозинофилы 3%

Тромбоциты 268\*103

Заключение:

Биохимический анализ крови 07.04.2011

Мочевина 2,7 ммоль/л

Креатинин 0.07 ммоль/л

АлТ 20 Ед/л

Общий белок 71 г/л

Билирубин 12 ммоль/л

Кальций: 2,3 ммоль/л

Ионизированный кальций: 1,14

Калий 3,8 ммоль/л

Натрий 135 ммоль/л

Холестерин 3,4 ммоль/л

Заключение: показатели в пределах нормы.

Анализ крови на глюкозу от 03.04.2011:

Глюкоза крови – 3,6 ммоль/л

Заключение: в пределах нормы.

Ана

**ЭКГ от 07.04.11: Синусовая брадикардия, не полная блокада правой ножки пучка Гисса.**

**Повышенная электрическая активность левого желудочка. ЧСС 76-63 уд/ мин.**

**Эхо-КС от 07.04.11: без особенностей**

**Спирография 07.04.2011:**

**В пробах вдоха – наблюдается нарушение дыхания смешанного типа крайне резкой степени выраженности. Подозрение на крайне резкую генерализованную обструкцию бронхиального типа, с более выраженными обструктивными изменениями изменениями верхних дыхательных путей. Обструктивные изменения наблюдаются на фоне рестрикции.**

**В пробах выдоха – нарушение дыхания смешанного типа крайне резкой степени выраженности.** Подозрение на крайне резкую генерализованную обструкцию бронхиального типа с более выраженными изменениями верхних дыхательных путей. Обструктивные изменения наблюдаются на фоне рестриктивных ограничений крайне резкой степени выраженности. Снижение ОФВ 80%.

**R-исследование грудной клетки от 30.03.11: ограниченный пневмосклероз нижней доли правого легкого.**

**Кал на яйца глист от 07.04.11: я/г не обнаружен**

Дифференциальный диагноз

**Основным проявлением заболевания является наличие синдрома поражения легких. Дифференциальный диагноз проводится со следующими заболеваниями:**

* **Инородное тело в верхних дыхательных путях**
* **Экзогенный аллергический альвеолит**
* **Сердечная астма**
* **Трахеобронхиальная дискенезия**
* **Бронхиальная астма**

**Инородное тело в верхних дыхательных путях**

**При инородных рентгенографии и спирографии, анализов крови и мокроты подтверждают исключение данного диагноза.телах в верхних дыхательных путях обычно отмечают точное время начала ухудшения ребенка(нередко с точностью до минуты),проявляющегося в виде острого приступа удушья с цианозом или без него,с последующим кашлем. Кашель может быть мучительным, приступообразным. Обычно с инородными телами в дыхательных путях поступают дети младшего возраста,выясняется возможность попадания в рот ребенка мелких предметов. Перечисленных характеристик у моего больного не наблюдается, так же данные**

**Экзогенный аллергический альвеолит**

**Экзогенный аллергический альвеолит- заболевание, вызванное вдыханием пыли с различными антигенами и характеризующееся диффузным поражением альвеолярной и интерстициальной ткани легкого. Типично нарушение общего состояния и возникновения дыхательной недостаточности с экспираторной одышкой. Редко наблюдается наследственное отягощение аллергического анамнеза .Симптомы проявляются спустя 5-8 часов после контакта с аллергенами, аускультативно выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Рентгенологически выявляется симптом матового стекла. При исследовании ФВД определяется нарушение по рестрективному типу. На основании несоответствия анамнестических данных, клинических проявлений, данных спирографии, рентгенографии можно исключить данное заболевание.**

Сердечная астма

Во время приступа удушья, характерного для сердечной астмы больной испытывает резко выраженное удушье, ощущение нехватки воздуха и сильное чувство страха смерти, ведет себя беспокойно, судорожно хватает ртом воздух, занимает вынужденное полувозвышенное или сидячее положение с опущенными вниз ногами. Дыхание частое, поверхностное, одышка носит смешанный или преимущественно инспираторный характер. Обильное количество пенистой мокроты с примесью крови. Кожа покрыта холодным потом. Пульс нитевидный, часто аритмичный. Артериальная гипотензия (однако, у больных артериальной гипертензией возможно высокое артериальное давление). При аускультации глухость сердечных тонов, протодиастолический ритм галопа, акцент II тона на легочной артерии, мелкопузырчатые хрипы и крепитация в нижних отделах легких;

Приступ удушья у моего больного имеет следующую симптоматику. Появляется ощущение нехватки воздуха, сдавление в груди, выраженная экспираторная одышка. Вдох становится коротким, выдох медленный, в 2-4 раза длиннее вдоха, сопровождается громкими, продолжительными, свистящими хрипами, слышимыми на расстоянии.

Больной принимает вынужденное положение, сидит, наклонившись вперед, опираясь локтями на колени, или оперевшись руками о край стола, кровати, ловя ртом воздух. Речь почти невозможна, больной обеспокоен, испуган. Лицо бледное, с синюшным оттенком, покрыто холодным потом. Крылья носа раздуваются при вдохе. Грудная клетка в положении максимального вдоха, в дыхании участвуют мышцы плечевого пояса, спины, брюшной стенки. Межреберные промежутки и надключичные ямки втягиваются при вдохе. Шейные вены набухшие. Во время приступа наблюдается кашель с очень трудно отделяемой вязкой, густой мокротой. После отхождения мокроты дыхание становится более легким. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком, нижние границы легких опущены, подвижность легочных краев ограничена, на фоне ослабленного дыхания во время вдоха, и особенно на выдохе слышно много сухих свистящих хрипов. Пульс учащен, слабого наполнения, тоны сердца приглушены

На основании несоответствия клиники, рентгенографии органов грудной клетки, не выявившей патологии легких и сердца, ЭКГ исключившей сердечную патологию я исключаю данную патологию.

Трахеобронхиальная дискинезия

Особенности клинической картины трахеобронхиальной дискинезии — приступообразно возникающий кашель, переходящий в удушье, и экспираторная одышка. Приступы 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, возможна непродолжительная потеря сознания. Во время приступа наблюдается выраженная одышка экспираторного типа. Аускультативно: сухие, свистящие хрипы в небольшом количестве (могут отсутствовать).

Приступ удушья у моего больного имеет следующую симптоматику. Появляется ощущение нехватки воздуха, сдавление в груди, выраженная экспираторная одышка. Вдох становится коротким, выдох медленный, в 2-4 раза длиннее вдоха, сопровождается громкими, продолжительными, свистящими хрипами, слышимыми на расстоянии.

Больной принимает вынужденное положение, сидит, наклонившись вперед, опираясь локтями на колени, или оперевшись руками о край стола, кровати, ловя ртом воздух. Речь почти невозможна, больной обеспокоен, испуган. Лицо бледное, с синюшным оттенком, покрыто холодным потом. Крылья носа раздуваются при вдохе. Грудная клетка в положении максимального вдоха, в дыхании участвуют мышцы плечевого пояса, спины, брюшной стенки. Межреберные промежутки и надключичные ямки втягиваются при вдохе. Шейные вены набухшие. Во время приступа наблюдается кашель с очень трудно отделяемой вязкой, густой мокротой. После отхождения мокроты дыхание становится более легким. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком, нижние границы легких опущены, подвижность легочных краев ограничена, на фоне ослабленного дыхания во время вдоха, и особенно на выдохе слышно много сухих свистящих хрипов. Пульс учащен, слабого наполнения, тоны сердца приглушены

На основании спирографии и рентгенографии органов грудной клетки, не выявивших патологии, я исключаю данную патологию.

Бронхиальная астма

Приступ при бронхиальной астме имеет следующую симптоматику. Появляется ощущение нехватки воздуха, сдавление в груди, выраженная экспираторная одышка. Вдох становится коротким, выдох медленный, в 2-4 раза длиннее вдоха, сопровождается громкими, продолжительными, свистящими хрипами, слышимыми на расстоянии.

Больной принимает вынужденное положение, сидит, наклонившись вперед, опираясь локтями на колени, или оперевшись руками о край стола, кровати, ловя ртом воздух. Речь почти невозможна, больной обеспокоен, испуган. Лицо бледное, с синюшным оттенком, покрыто холодным потом. Крылья носа раздуваются при вдохе. Грудная клетка в положении максимального вдоха, в дыхании участвуют мышцы плечевого пояса, спины, брюшной стенки. Межреберные промежутки и надключичные ямки втягиваются при вдохе. Шейные вены набухшие. Во время приступа наблюдается кашель с очень трудно отделяемой вязкой, густой мокротой. После отхождения мокроты дыхание становится более легким. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком, нижние границы легких опущены, подвижность легочных краев ограничена, на фоне ослабленного дыхания во время вдоха, и особенно на выдохе слышно много сухих свистящих хрипов. Пульс учащен, слабого наполнения, тоны сердца приглушены.

Приступ удушья у моего больного полностью совпадает с выше изложенной симптоматикой.

Аллергологические заболевания в семье и в личном анамнезе встречаются часто.

Начало приступов острое. Развиваются быстро, малая продолжительность, течение приступа легкое.

В общем анализе крови характерны: эозинофилия

Кожные пробы с неинфекционными аллергенами положительны.

В анализе мокроты эозинофилия.

У моего больного:

Имеются аллергологические заболевания в семье и в личном анамнезе.

Начало приступов острое. Развиваются быстро, малая

продолжительность, течение приступа легкое

В общем анализе крови характерны: эозинофилия

Кожные пробы с неинфекционными аллергенами положительны.

В анализе мокроты эозинофилия

Клинические и лабораторные данные моего больного характерны для данной патологии.

**На основании вышеперечисленных данных я выставляю диагноз- бронхиальная астма.**

Клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб больного: приступы удушья, возникающие при смене метеорологических условий, вдыхание резких запахов, цветение трав; одышка с затрудненным выдохом при значительной физической нагрузке; периодический кашель;

ухудшение общего состояния, быстрая утомляемость; боль, чувство першения в горле;

- чувство заложенности носа, выделения из носа; покраснение глаз, чувство болезненности, жжения в глазах, слезоточивость.

На основании анамнеза настоящего заболевания: ухудшение состояния отмечает с конца марта, в течение 2 недель, когда возник приступ удушья, появились одышка, кашель в ночное время, ухудшение общего состояния, слезоточивость чувство жжения в глазах покраснения глаз, заложенность и выделения из носа. Перенесенного приступа в 2011 году. Приступы происходят 1-3 раз в месяц, эпизодические, исчезают спонтанно или после однократного приема бронхолитика короткого действия, редкие ночные приступы.

На основании анамнеза жизни: аллергическая реакция на цветение трав (полынь и т.д.), шерсть животных, резкие запахи, проявляющаяся кашлем, одышкой, слезотечением, насморком. Имеется наследственная предрасположенность по отцовской линии - бронхиальная астма у дедушки и дяди.

На основании объективного осмотра: ЧДД 24 дыхательных движений в минуту. ЧСС 110 в минуту. Кожные покровы бледные. Отмечается периорбитальный цианоз, наличие отеков под глазами. Покраснение слизистой глаз.

На основании осмотра органов и систем. (дыхательная система): Дыхание через нос, затрудненно. Выделения из носа серозного характера. Голос не звучный. Одышка экспираторного характера, умеренная. При сравнительной перкуссии: над обоими легкими симметрично определяется коробочный звук. Аускультативно: над легкими выслушивается жесткое дыхание. Отмечается удлинение выдоха. Хрипы сухие, рассеянные, свистящие. Бронхофония ослаблена.

На основании данных лабораторно-инструментальных методов исследования:

ОАК:

Анализ мокроты: смешанное обсеменение.

Данные спирографии: **В пробах вдоха – наблюдается нарушение дыхания смешанного типа крайне резкой степени выраженности. Подозрение на крайне резкую генерализованную обструкцию бронхиального типа, с более выраженными обструктивными изменениями изменениями верхних дыхательных путей. Обструктивные изменения наблюдаются на фоне рестрикции. В пробах выдоха – нарушение дыхания смешанного типа крайне резкой степени выраженности.** Подозрение на крайне резкую генерализованную обструкцию бронхиального типа с более выраженными изменениями верхних дыхательных путей. Обструктивные изменения наблюдаются на фоне рестриктивных ограничений крайне резкой степени выраженности. Снижение ОФВ до 80%

**R-исследование грудной клетки: ограниченный пневмосклероз нижней доли правого легкого.**

**Можно поставить** клинический диагноз:

Бронхиальная астма, атопическая форма, средней степени тяжести, персистирующее течение, приступный период (06.04.2011)

Бронхиальная астма выставляется на основании: исследования ФВД: затруднение дыхания по обструктивному типу,

Атопическая форма на основании наличия в общем анализе крови эозинофилии, отягощенный аллергический анамнез, положительные кожные пробы с аллергенам (домашняя пыль) В анализе мокроты эозинофилия

Персистирующее течение легкой степени тяжести выставляется на основании частоты приступов 1-3 раза в месяц, снижение ОФВ 80%,ремиссия более 3 мес.приступ купируется однократным применением бронхолитика короткого действия.

Фаза обострения на основании наличия в общем анализе крови признаков воспаления, появлением приступов, характерной сезонностью.

Средней степени тяжести выставляется на основании наличия синдрома удушья, обуславлеющего тяжесть состояния.

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма представляет собой «хроническое заболевание, основой которого является воспалительный процесс в дыхательных путях с участием разнообразных клеточных элементов — тучных клеток эозинофинов»

Заболевание характеризуется периодически возникающими эпизодами бронхиальной обструкции, частично или полностью обратимыми, сопровождающимися приступообразным кашлем, свистящими хрипами и ощущением сдавления в груди.

Распространённость бронхиальной астмы среди детей в разных странах варьирует от 1,5 до 8-10%. Расхождения между данными официальной статистики по обращаемости и результатами эпидемиологических исследований связаны с гиподиагностикой бронхиальной астмы в различных возрастных группах. Болезнь может начаться в любом возрасте. У 50% больных детей симптомы развиваются к 2 годам, у 80% - к школьному возрасту.

Регистрируемое в настоящее время увеличение распространённости бронхиальной астмы во всех возрастных группах объясняется следующими факторами.

Воздействие воздушных поллютантов внутри жилищ, связанное с особенностями современных строительных материалов и рециркуляцией воздуха (азота диоксид, сигаретный дым и др.), и увеличение в нем количества различных аллергенов (клещей домашней пыли, тараканов, грибов, шерсти животных).

Заболеваемость ОРВИ в раннем возрасте.

Выхаживание глубоко недоношенных детей с недостаточной дифференциацией дыхательной системы, приводящей к развитию патологии органов дыхания (например, синдром дыхательных расстройств, бронхолёгочной дисплазии и др.).

Курение в семьях, особенно беременной и кормящей матери, влияющее на развитие лёгких ребёнка.

Совершенствование диагностики.

Этиология и патогенез

Развитие бронхиальной астмы у детей обусловлено генетической предрасположенностью и факторами окружающей среды. Выделяют три основные группы факторов, способствующих развитию заболевания.

Предрасполагающие (отягощенная аллергическими заболеваниями наследственность, атопия, бронхиальная гиперреактивность).

Причинные, или сенсибилизирующие (аллергены, вирусные инфекции, лекарственные средства).

Вызывающие обострение (так называемые триггеры), стимулирующие воспаление в бронхах и/или провоцирующие развитие острого бронхоспазма (аллергены, вирусные и бактериальные инфекции, холодный воздух, табачный дым, эмоциональный стресс, физическая нагрузка, метеорологические факторы и др.).

Сенсибилизацию дыхательных путей вызывают ингаляционные аллергены (бытовые, эпидермальные, грибковые, пыльцевые). Один из источников аллергенов - домашние животные (слюна, выделения, шерсть, роговые чешуйки, опущенный эпителий). Пыльцевую бронхиальную астму вызывают аллергены цветущих деревьев, кустарников, злаковых. У некоторых детей приступы удушья могут быть обусловлены различными лекарственными средствами (например, антибиотиками, особенно пенициллинового ряда, сульфаниламидами, витаминами, ацетилсалициловой кислотой). Несомненна роль сенсибилизации к промышленным аллергенам. Кроме прямого воздействия на органы дыхания техногенное загрязнение атмосферного воздуха может усиливать иммуногенность пыльцы и других аллергенов. Нередко первым фактором, провоцирующим обструктивный синдром, становятся ОРВИ (парагрипп, респираторно-синцитиальная и риновирусная инфекции, грипп и др.). В последние годы отмечают роль хламидийной и микоплазменной инфекций.

У детей бронхиальная астма бывает проявлением атопии и обусловлена наследственной предрасположенностью к излишней продукции IgE. Хронический воспалительный процесс и нарушение регуляции тонуса бронхов развиваются под влиянием различных медиаторов. Их высвобождение из тучных клеток, активированных IgE, приводит к развитию немедленного и отсроченного бронхоспазма. Ключевую роль в сенсибилизации организма играют CD4+ Т-лимфоциты. Под воздействием аллергенных стимулов происходит активация и пролиферация Тh2-субпопуляции CD4+ Т-лимфоцитов с последующим выделением ими цитокинов (интерлейкин-4, интерлейкин-6, интерлейкин-10, интерлейкин-13), индуцирующих гиперпродукцию общего и специфических IgE. Последние образуются под воздействием различных ингалируемых аллергенов внешней среды. Повторное поступление аллергена приводит к выделению клетками преформированных медиаторов и развитию аллергического ответа, проявляющегося нарушением бронхиальной проходимости и приступом астмы. Бронхиальная обструкция, возникающая во время приступа астмы, - результат кумуляции спазма гладкой мускулатуры мелких и крупных бронхов, отёка стенки бронхов, скопления слизи в просвете дыхательных путей, клеточной инфильтрации подслизистой оболочки и утолщения базальной мембраны. В связи с наличием гиперреактивности бронхов обострения астмы могут возникать под воздействием как аллергических, так и неаллергических факторов.

Клиническая картина астмы у детей

Основные симптомы приступа бронхиальной астмы - одышка, чувство нехватки воздуха, свистящее дыхание, приступообразный кашель с тягучей прозрачной мокротой (мокрота отходит тяжело), экспираторная одышка, вздутие грудной клетки, в наиболее тяжёлых случаях - удушье. У детей раннего возраста эквивалентами приступа бронхиальной астмы могут быть эпизоды кашля ночью или в предутренние часы, от которых ребёнок просыпается, а также затяжной повторный обструктивный синдром с положительным эффектом бронхолитиков. Бронхиальная астма у детей нередко сочетается с аллергическим ринитом (сезонным или круглогодичным) и атопическим дерматитом.

Следует учитывать, что при обследовании больного аускультативных изменений может и не быть. Вне приступа при спокойном дыхании хрипы выслушивают лишь у небольшой части больных.

Тяжёлый приступ сопровождается выраженной одышкой (ребёнок с трудом говорит, не может есть) с ЧДД более 50 в минуту (более 40 в минуту у детей старше 5 лет), ЧСС более 140 в минуту (более 120 в минуту после 5 лет), парадоксальным пульсом, участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (у грудных детей эквивалент участия вспомогательной мускулатуры - раздувание крыльев носа во время вдоха). Положение ребёнка в момент астматического приступа вынужденное (ортопноэ, нежелание лежать). Отмечают набухание шейных вен. Кожные покровы бледные, возможны цианоз носогубного треугольника и акроцианоз. Аускультативно выявляют свистящие сухие хрипы по всем полям лёгких, у детей раннего возраста нередко бывают разнокалиберные влажные хрипы (так называемая «влажная астма»). Пиковая объёмная скорость выдоха (ПОС) составляет менее 50% возрастной нормы. К признакам, угрожающим жизни, относят цианоз, ослабление дыхания или «немое» лёгкое, ПОС менее 35%.

Тяжесть течения астмы (лёгкая, среднетяжелая, тяжёлая) оценивают исходя из клинических симптомов, частоты приступов удушья, потребности в бронхолитических препаратах и объективной оценки проходимости дыхательных путей.

Клиническая классификация бронхиальной астмы

Симптомы появляются

реже I раза в месяц, 3-4 раза в месяц несколько раз в неделю

короткие приступы (часы-дни) тяжёлые приступы, астматические с состояния

Ночные симптомы возникают

редко или отсутствуют 2-3 раза в неделю Частые ночные симптомы

ПОС или ОФВ,

>80% должного >60% и <80% должного <60% должного

Вариабельность ПОС 20-30% Вариабельность ПОС >30%

Вариабельность ПОС >30%

Лечение

Режим общий без значительных физических и эмоциональных нагрузок. Диета гипоаллергенная.

Медикаментозное лечение бронхиальной астмы по GINA

**Для купирования приступа:**

**-В-адреномиметики. Сальбутамол разовая доза 100мг, до 400 мг сутки**

**-Метилксантины. Эуфеллин 2,4% 5,0мг. 3 раза в сутки.**

**-Антихолинергические препараты. Атровент по 1-2 ингаляции 3 раза в день.**

**-Кортикостероиды.Преднизолон 1 мг/кг в сут.**

**Базисное лечение:**

Медикаментозное лечение бронхиальной астмы по GINA

**2 ступень. Применяются в основном кромоны если дают положительный эффект.. Терапия кромонами проводится в течении 6 месяцев. Если кромоны не дают положительный эффект тогда применяются глюкокортикостероиды в стеднетерапевтических дозах в течении 3 месяцев.**

**Ноосмин 0,01 1г х1 р.**

**Амброксол 0.03 х 3р**

**Вентамин.**

Рекомендовано: избератьфакторов, провоцирующих приступы удушья, санаторно-курортное лечение

**Дневник курации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата, АД,  ЧД, Ps, t C | Состояние больного | Назначения |
| 07.04.2011  ЧДД 24  ЧСС 76-  АД - 90/60 мм.рт.ст.  Ps 76  уд./ мин.  t С - 36,8  13.04.2011.  ЧДД - 20 в мин.  ЧСС - 85  АД – 95/65 мм.рт.ст.  Ps85 уд./мин.  tC - 36,6  20.04.2011  ЧДД - 17 в мин.  ЧСС - 80в мин,  АД – 110/70мм.рт.ст.  Ps 80в мин.  tC - 36,6 | Cостояние больного средней тяжести. Сохраняется умеренная слабость ,одышка. Малопродуктивный кашель  Кожные покровы бледные, сухие. Отмечаются периорбитальный цианоз, отеки под глазами. Дыхание через нос затрудненно, серозные выделения. Над легкими выслушивается жесткое дыхание, сухие, свистящие хрипы, Тон коробочный. Ритм сердца правильный. Тоны средней громкости. Язык влажный, не обложен. Отмечается гиперемия задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, стул регулярный  Общее состояние относительно удовлетворительное. На фоне проводимого лечения самочувствие улучшилось, Сохраняется экспираторная одышка при физической нагрузке. Малопродуктивный кашель  Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Над легкими выслушивается жесткое дыхание, сухие, свистящие хрипы, Тон коробочный. Ритм сердца правильный. Тоны средней громкости. Язык влажный, не обложен. Отмечается гиперемия задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, стул регулярный  Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. Сосояние на фоне проводимого лечения улучшилось. Одышка только при значительной физической нагрузке.  Объективно: кожные покровы бледные, видимые слизистые оболочки обычного цвета, чистые. Над легкими выслушивается жесткое дыхание, сухие, свистящие хрипы, Тон коробочный. Ритм сердца правильный. Тоны средней громкости. Язык влажный, не обложен. Отмечается гиперемия задней стенки глотки. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, стул регулярный | 1. Диета гипоаллергенная  2. Режим общий  3. Медикаментозное лечение:  Сальбутамол по 100 мг до 400мг /сут  Эуфеллин 5,0х3 р  Амброксол 0,03 1х 3р  Вентамин ингаляционно  Ноасмин 0,01 1х1р.  1. Диета гипоаллергенная  2. Режим общий  3. Медикаментозное лечение:  Сальбутамол по 100 мг до 400мг /сут  Эуфеллин 5,0х3 р  Амброксол 0,03 1х 3р  Вентамин ингаляционно  Ноасмин 0,01 1х1р.  1. Диета гипоаллергенная  2. Режим общий  3. Медикаментозное лечение:  Сальбутамол по 100 мг до 400мг /сут  Эуфеллин 5,0х3 р  Амброксол 0,03 1х 3р  Вентамин ингаляционно  Ноасмин 0,01 1х1р. |

**Эпикриз**

Больной ХХХ, 15 лет находился на этапном стационарном лечении в аллергологическом отделении с 06.04.2011 по 21.04.2011. Поступил с жалобами: приступы удушья, возникающие при смене метеорологических условий, вдыхание резких запахов, цветение трав; одышка с затрудненным выдохом при значительной физической нагрузке; периодический кашель; ухудшение общего состояния, быстрая утомляемость; боль, чувство першения в горле; чувство заложенности носа, выделения из носа; покраснение глаз, чувство болезненности, жжения в глазах, слезоточивость. Общее состояние при поступлении было средней степени тяжести за счет бронхоспазма, самочувствие нарушено. ЧДД 24 дыхательных движений в минуту. ЧСС 110 в минуту. Кожные покровы бледные. Отмечается периорбитальный цианоз, наличие отеков под глазами. Покраснение слизистой глаз .Кашель малопродуктивный.

Ухудшение состояния отмечает с конца марта, в течение 2 недель, когда возник приступ удушья, появились одышка, кашель в ночное время, ухудшение общего состояния, слезоточивость чувство жжения в глазах покраснения глаз, заложенность и выделения из носа. Перенесенного приступа в 2011 году. Приступы происходят 1-3 раз в месяц, эпизодические, исчезают спонтанно или после однократного приема бронхолитика короткого действия, редкие ночные приступы.

Аллергическая реакция на цветение трав (полынь и т.д.), шерсть животных, резкие запахи, проявляющаяся кашлем, одышкой, слезотечением, насморком. Имеется наследственная предрасположенность по отцовской линии - бронхиальная астма у дедушки и дяди.

Дыхательная система: Дыхание через нос, затрудненно. Выделения из носа серозного характера. Голос не звучный. Одышка экспираторного характера, умеренная. При сравнительной перкуссии: над обоими легкими симметрично определяется коробочный звук. Аускультативно: над легкими выслушивается жесткое дыхание дыхание. Отмечается удлинение выдоха. Хрипы сухие, рассеянные, свистящие. Бронхофония ослаблена.

Данные лабораторно-инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови (06.04.2011):

Эритроциты 4,3\*1012 г/л

Гемоглобин 118г/л

Цв.п. 0,8

СОЭ 3 мм/ч

Лейкоциты 4,6\*109 г/л

Нейтрофилы 2,8\*10^9

Палочкоядерные 1%

Сегментоядерные 52%

Лимфоциты 40%

Моноциты 7%

Эозинофилы 3%

Тромбоциты 268\*103

Заключение:

Общий анализ мочи от 06.04.11

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Относительная плотность : 1018

Реакция: кислая

Белок: нет

Плоский эпителий:1-2

Лейкоциты: 1-2

**Заключение: показатели в норме**

01.04.11

Биохимический анализ крови

Мочевина 2,7 ммоль/л

Креатинин 0.07 ммоль/л

АлТ 20 Ед/л

Общий белок 71 г/л

Билирубин 12 ммоль/л

Кальций: 2,3 ммоль/л

Ионизированный кальций: 1,14

Калий 3,8 ммоль/л

Натрий 135 ммоль/л

Холестерин 3,4 ммоль/л

Заключение: показатели в пределах нормы.

Анализ крови на глюкозу от 03.04.2011:

Глюкоза крови – 3,6 ммоль/л

Заключение: в пределах нормы.

Анализ мокроты: смешанное обсеменение.

**ЭКГ от 07.04.11: Синусовая брадикардия, не полная блокада правой ножки пучка Гисса. Повышенная электрическая активность левого желудочка. ЧСС 76-63 уд/ мин.**

**Эхо-КС от 07.04.11: без особенностей**

**Спирография:**

**В пробах вдоха – наблюдается нарушение дыхания смешанного типа крайне резкой степени выраженности. Подозрение на крайне резкую генерализованную обструкцию бронхиального типа, с более выраженными обструктивными изменениями изменениями верхних дыхательных путей. Обструктивные изменения наблюдаются на фоне рестрикции.**

**В пробах выдоха – нарушение дыхания смешанного типа крайне резкой степени выраженности.** Подозрение на крайне резкую генерализованную обструкцию бронхиального типа с более выраженными изменениями верхних дыхательных путей. Обструктивные изменения наблюдаются на фоне рестриктивных ограничений крайне резкой степени выраженности. Снижение ОФВ 80%.

**R-исследование грудной клетки от 30.03.11: ограниченный пневмосклероз нижней доли правого легкого.**

**Кал на яйца глист от 07.04.11: я/г не обнаружен**

Было назначено лечение: режим общий, без сильных физических и эмоциональных нагрузок, диета гипоаллергенная.

Для купирования приступа:

Режим общий без значительных физических и эмоциональных нагрузок. Диета гипоаллергенная.

Медикаментозное лечение бронхиальной астмы по GINA

**Для купирования приступа:**

**-В-адреномиметики. Сальбутамол разовая доза 100мг ,до 400 мг сутки**

**-Метилксантины. Эуфеллин 2,4% 5,0мг. 3 раза в сутки.**

**-Антихолинергические препараты. Атровент по 1-2 ингаляции 3 раза в день.**

**-Кортикостероиды. Преднизолон 1 мг/кг в сут.**

**Базисное лечение:**

Медикаментозное лечение бронхиальной астмы по GINA

**2 ступень. Применяются в основном кромоны если дают положительный эффект.. Терапия кромонами проводится в течении 6 месяцев. Если кромоны не дают положительный эффект тогда применяются глюкокортикостероиды в стеднетерапевтических дозах в течении 3 месяцев.**

**Ноосмин 0,01 1г х1 р.**

**Амброксол 0.03 х 3р**

**Вентамин.**

**Рекомендации: Следует исключить курение в присутствие ребенка, курение в доме**

**При приготовлении пищи на кухне следует пользоваться вытяжкой, проветривать.**

**Следует избегать контакт с веществами с резким запахом, химическими, природными и пищевыми аллергенами. Избегать контакт с больными ОРВИ.**

Проведена комплексная бронхолитическая терапия. На фоне проводимого лечения состояние больной улучшилось, приступы удушья стали прекратились Выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение и наблюдение у аллерголога и участкового врача по месту жительства.