# Паспортная часть:

### Ф.И.О.: *…*

### Возраст: *8 лет*

### Дата поступления в клинику:

### Занятие родителей: *отец – театральный актер; мать – домохозяйка.*

### Посещает: *школу № (третий класс).*

### Адрес: *Московская область*

### Клинический диагноз: *Бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое течение. Аллергический ринит, отечная форма, круглогодичное течение. Аденоиды III степени.*

# Жалобы на момент поступления:

на возникновение приступов удушья, купирующееся принятием вентолина; кашель сухой в течение недели; на затруднение носового дыхания. Жалобы на энурез, который за последний месяц участился до 4-5 раз/неделю.

# Жалобы на момент курации:

на сухой кашель, затруднение носового дыхания.

# ANAMNESIS MORBI:

## Антенатальный период

Во время беременности - угроза прерывания беременности в 10-11 недель и 5-6 месяцев. На 7 месяце беременности – острая пневмония у мамы. Роды вторые, срочные 03.01.1995 г.

## Характеристика новорожденного

Родился доношенным. Вес 2900 гр., рост 47 см. Других сведений в истории болезни нет.

## Вскармливание

Находился на грудном вскармливании до 2.5 месяцев. Далее находился на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями. Сведений о сроке прикорма в истории болезни нет. В настоящий момент питание трехразовое, полноценное, аппетит хороший. Стул устойчивый, регулярный.

## Показатели психомоторного развития

Детские дошкольные учреждения не посещал. В школу пошел в 6 лет, в данный момент является учеником третьего класса. Успеваемость хорошая.

Данных физического развития за первый год жизни нет.

## Перенесенные заболевания

На первом году жизни – не болел.

На втором году – с 1 года частые ОРВИ, с 1,5 лет – обструктивный синдром.

С 3 лет – затруднение носового дыхания.

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

Медикаментозной и пищевой аллергии нет.

## Профилактические прививки

БЦЖ (+), остальные прививки по возрасту.

Реакция Манту (в 1999 году) – папула 12 мм.

## Семейный анамнез

Мать – 40 лет, здорова. Отец – 40 лет, болеет бронхиальной астмой, миеломной болезнью. По линии матери: дед – Желчно-каменная болезнь; бабка – ИБС. По линии отца: бабка – ИБС.

Число беременностей у матери – 2, закончились срочными родами. Первый ребенок – дочь 17 лет, здорова. Наш больной – второй ребенок в семье

## Бытовые условия

Трехкомнатная квартира (влажная) на четырех человек (взрослых трое, один ребенок). Режим дня соблюдается, ночной сон около 9 часов. Животных нет. Отец курит.

## Начало и течение настоящего заболевания.

Болен в течение шести лет, когда впервые появилось чувство нехватки воздуха, частые эпизоды кашля ночью, экспираторная одышка, в сочетании с затруднением носового дыхания. Больной принимал вынужденное положение, лежать было тяжело. Впервые был госпитализирован в КДБ ММА им. Сеченова в 1999 году, затем в ноябре 2000 года с жалобами на приступы удушья, особенно по ночам, затруднением дыхания, в т.ч. и носового, сухой кашель, одышку при физической нагрузке. Начало заболевания связано (со слов матери) с реакцией на имевшихся на тот момент дома животных (попугай, кошка). Далее в течение полугода принимал серетид (наблюдался амбулаторно), затем флексотид по 250 мкг/сут постоянно. В последние два года не госпитализировался, но обострения бронхиальной астмы происходят практически ежемесячно, легко купируются в домашних условиях флексотидом. Одышка при нагрузке постоянно. В апреле 2003 года была переоформлена инвалидность по бронхиальной астме (имеет с 1998 года). В последний месяц флексотид не принимал (не было). Редкие эпизоды энуреза были всегда, в последние месяцы участились до 3-4 раз в неделю (ночью). В июле 2003 года был эпизод немотивированного однократного повышения температуры до 39.6.

## Данные объективного исследования на момент курации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ДАТА 17сентября2003 | День болезни 20-й | Назначения |
| Состояние удовлетворительное. Т- 36.5. Пульс 86 ударов в минуту. Частота дыхания 20 в минуту. АД рассчитывается по формуле: систолическое = 90 + 2n,; диастолическое = 60 + n, где n – возраст в годах. В норме АД для данного возраста 106/68 мм рт.ст. Кожа чистая, бледная. Умеренная заложенность носа. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул был. Диурез достаточный. Энуреза не было. | | стол 5  режим внепаланый  фликсотид 125 мг по 1 ингаляции 2 раза в день  теопэк 0,1 х2 р.  мукалтин 1т. х 3 р.  беродуал через небулайзер по 10 кап. х3 раза (до фликсотида)  Альдецин в нос по 1 ингаляции в каждый носовой ход 2 раза в день  Мезим форте 1тх3 р.  ЛФК, массаж грудной клетки. |
| ДАТА  18 сентября 2003 | День болезни 21-й | Назначения |
| Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Т- 36.7. Пульс 88 ударов в минуту Частота дыхания 20 в минуту. АД рассчитывается по формуле: систолическое = 90 + 2n,; диастолическое = 60 + n, где n – возраст в годах. В норме АД для данного возраста 106/68 мм рт.ст. Кожа чистая, бледная. Умеренная заложенность носа. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечные тоны звучные, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул был. Диурез достаточный. Энуреза не было. | | стол 5  режим внепалатный  фликсотид 125 мг по 1 ингаляции 2 раза в день  теопэк 0,1 х2 р.  мукалтин 1т.х3 р.  беродуал через небулайзер по 10 кап.х3 раза (до фликсотида)  Альдецин в нос по 1 ингаляции в каждый носовой ход 2 раза в день  Мезим форте 1тх3 р.  ЛФК, массаж грудной клетки. |

# STATUS PRAESENS:

Состояние больного удовлетворительное.

## Нервная система:

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

### Черепно-мозговые нервы:

I – обоняние не нарушено.

II –ухудшение зрения не отмечается. Цветоощущение не нарушено. Поля зрения при ориентировочной оценке не ограничены.

III, 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.

V – 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.

VII- Лицо в покое симметрично. Мимические пробы не нарушены. Гиперакузии нет, вкусовая чувствительность не нарушена.

VIII – гипакузии нет, шума в ушах нет. Головокружений не отмечает. В пробе Ромберга больной устойчив.

IX, X - функция глотания не нарушена. Глоточные рефлексы живые, симметричные. При фонации мягкое небо симметрично подвижно. Рефлексов орального автоматизма нет.

XI – повороты головы не ограничены, пожимание плечами не затруднено.

XII – язык по средней линии. Движения языка в полном объеме. Артикуляция не нарушена. Атрофии, фасцикулляций не выявлено.

### Внешний осмотр:

Выраженной 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 розовый, держится несколько секунд. Потливость не повышена.

## Внешний осмотр глаз:

конъюнктивы чистые.

## Внешний осмотр ушей:

без деформаций.

## Физическое развитие:

Масса тела 26 кг, рост 135 см. Окружность головы 52 см, окружность груди 62 см.

## Кожа:

бледная, сухая, чистая, эластичная. Периорбитальные тени. Волосы и ногти не изменены.

## Подкожно-жировая клетчатка:

Питание умеренно снижено. ПЖК развита недостаточно. Толщина кожных складок: над бицепсом 0.5 см, над трицепсом 1 см, над остью подвздошной кости 1см, над лопаткой 1 см. Тургор тканей на плече снижен. Отеков нет.

## Лимфатические узлы:

Пальпируются единичные затылочные, множественные переднешейные, подмышечные и паховые лимфоузлы размером 3-5 мм, подвижные, безболезненные, не спаянные между собой и кожей, плотные.

## Мышечная система:

Мышечный тонус умеренно снижен. Боли в мышцах нет. Пассивные и активные движения выполняются в полном объеме. Сила мышц хорошая.

## Костная система:

Форма головы округлая. Грудная клетка конической формы, без деформаций, западения грудины нет. Эпигастральный угол острый. Нижние края грудной клетки развернуты. Гаррисонова борозда отсутствует. Утолщения ребер на границе костной и хрящевой части нет. Позвоночник – умеренно нарушена осанка (сколиоз). Походка ровная. Движения суставов в полном объеме. Деформации суставов нет.

## Система органов дыхани:

Дыхание через нос умеренно затруднено, слизистого отделяемого нет. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный, дыхание глубокое, аритмичное. Частота дыхания 20 в минуту. Одышки нет.

### Пальпация грудной клетки:

грудная клетка умеренно ригидна, голосовое дрожание одинаково на симметричных участках грудной клетки. Межреберные промежутки расширены.

### Перкуссия легких:

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

Топографическая перкуссия легких: определение нижних границ легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 8 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушки легкого спереди справа и слева 2 см выше уровня ключицы, сзади справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига справа и слева 4 см.

Подвижность нижних краев легких (суммарная) (см.):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| L. medioclavicularis | 3 | - |
| L. axillaris media | 4 | 4 |
| L. scapularis | 3 | 3 |

### Аускультация легких:

дыхание жесткое. Хрипов нет. Бронхофония (симптом Д’Эспина) 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 | местонахождение |
| правая | Выходит за правый край грудины на 0.5 см |
| верхняя | Третье ребро |
| левая | По срединно-ключичной линии |

### Аускультация сердца:

тоны сердца ясные, ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий одинаково с обеих сторон. Пульс на лучевой артерии ритмичный, частота 88 в 1 минуту, умеренного наполнения и напряжения. АД= 90/60 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. Имеются кариозные зубы.

### Живот.

Форма живота округлая. Перистальтика не нарушена. Живот участвует в акте дыхания. При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная, выпячиваний, втяжений, видимой пульсации и перистальтики не отмечается. Рубцов нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Расхождения прямых мышц живота нет.

При глубокой скользящей пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции, гладкая сигмовидная кишка диаметром 2 см. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в форме гладкого мягкоэластичного цилиндра диаметром 3 см, безболезненная, умеренно подвижная, урчащая при надавливании. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом фланках живота в виде умеренно плотных и безболезненных цилиндров диаметром около 2 см. Поперечно ободочная кишка определяется в пупочной области в виде умеренно плотного цилиндра диаметром около 2 см, безболезненная, легко смещается вверх и вниз.

При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная. Границы печени по правой срединно-ключичной линии: верхняя - на VI ребре, нижняя – по краю правой реберной дуги. Печень не пальпируется. Край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Пальпация в точке желчного пузыря безболезненная. Симптомы Ортнера, Кера, Мюсси, Мерфи отрицательные

### Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии - 9 см

по срединной линии - 8 см

по левой реберной дуге - 7 см

### Размеры селезенки по Курлову:

4/8 см, селезенка не пальпируется.

### Стул:

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

## Система мочеотделения:

При осмотре области почек патологических изменений не определяется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, 4-5 раз в сутки, иногда бывает энурез. Почки не пальпируются.

# Заключение по анамнезу и данным объективного исследования:

Мальчик с тяжелой формой бронхиальной астмы, непрерывно-рецидивирующего течения, находится на инвалидности. Приступы частые Поступил для коррекции терапии. Получал серетид, фликсотид 250 мкг/сут., последний месяц без базисной терапии..

При оценке физического развития выявлено незначительное снижение показателя массы тела – 26 кг (вес ребенка должен быть 26.5 кг в данном возрасте, с учетом акселерации – 30.5 кг). Рост ребенка соответствует его возрасту – 135 см (рост ребенка данного возраста должен быть около130-133 см ± 5%) . Окружность головы соответствует возрасту (52 см). Физическое развитие данного ребенка является диспропорциональным – при нормальной длине тела масса тела снижена более чем на 10%. У ребенка выявлена также дистрофия I степени, т.к. снижен тургор ткани и недостаточен подкожно-жировой слой на животе. При исследовании органов дыхания выявлено затруднение носового дыхания, что связано с аллергическим ринитом. Аускультативно выявлено жесткое дыхание, при перкуссии – коробочный звук, т.к. при бронхиальной астме эластичность легочной ткани ослаблена, а ее воздушность повышена. Незначительное уменьшение подвижности легочных краев также обусловлено потерей эластичности легочной ткани, что характерно для эмфиземы при бронхиальной астме. Умеренно расширены межреберные промежутки. При аускультации сердца слышен систолический шум на верхушке. При исследовании лимфатических узлов выявлена микрополиадения. При оценке костной системы выявлен умеренный сколиоз. В биохимическом анализе крови выявлено увеличение показателя тимоловой пробы до 6,5 усл.ед. ( в норме до 5 усл.ед.), что говорит о патологическом процессе в желчевыводящих путях.

# План обследования больного.

* клинический анализ крови;
* общий анализ мочи;
* определение функции внешнего дыхания; спирограмма (проба с вентолином);
* биохимический анализ крови;
* суточная моча на свободный кортизол и 11-ОКС;
* кровь на ВИЧ, HbsAg, RW;

копрограмма;

* УЗИ органов брюшной полости;
* ЭХО - кардиография; ЭКГ;
* рентгенография грудной клетки;
* исследование иммунного статуса больного (определение уровня IgE в сыворотке крови);
* консультация ЛОР.

# Данные лабораторных и инструментальных методов обследования:

## Клинический анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| параметр | результат | | норма |
| 28/08/03 | 09/09/03 |
| Гемоглобин | 120 г/л | 115 г/л | 115-145 г/л |
| Эритроциты | 4,9 ах 1012 /л | 4,7 х 1012 /л | 3.7-4,7 х 1012 /л |
| Цветовой показатель | 0,9 | 0,85 | 0,85 – 1,05 |
| Лейкоциты | 8 х 109 /л | 9 х 109 /л | 4 – 9.0 х 109 /л |
| Нейтрофилы:  Палочкоядерные  Сегментоядерные  Эозинофилы  Лимфоциты  Моноциты | 2%  62%  1%  28%  7% | 2%  61%  3%  25%  9% | 1 –6%  45-70%  0-5%  18-40%  2-9% |
| СОЭ | 6 мм/час | 8 мм/час | 2- 15 мм/час |

## Биохимический анализ крови от 09/09/03

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| параметр | результат | норма |
| Общий белок | 84.2 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 | 9.8 мкмоль/л | 8.5 – 20,5 мкмоль/л |
| Билирубин связанный | 0 мкмоль/л | До 5,16 мкмоль/л |
| АЛаТ | 17 ед/л | До 30 ед/л |
| АСаТ | 18 ед/л | До 35 ед/л |
| Глюкоза | 4,6 ммоль/л | 3,9 – 5,8 ммоль/л |
| Билирубин свободный | 9.8 мкмоль/л | До 19 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 6.5 усл. ед. | До 5 усл.ед. |
| Фосфотаза щелочная | 372 ед./л | До 800 ед./л |
|  |  |  |

## Анализ крови на свободный кортизол – 603.9 (норма 150-660)

## 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.

## Анализ крови на Ig – IG А – 190 (норма 80);

## Анализ крови на IgM - 90 (норма 110);

## Анализ крови на Ig C - 1120 (норма 900).

## Анализ крови на Комплемент – 34.0 (норма 23.2)

## Анализ мочи на свободный кортизол от 03.09.2003 – 381.7 (норма 120-400 ммоль/сек)

## Иммунологический анализ крови на Ig E – 508 Ке/л (норма 100 Ке/л)

## Спиро-тест от 10.09.2003:

|  |  |
| --- | --- |
| Общий анализ мочи (от 28.08.03):  Цвет – светло-желтый;  Прозрачность - полная  Удельный вес – 1017;  Реакция – кислая;  Белок – отриц.;  Глюкоза - отриц.;  Эпителий – ед.;  Лейкоциты – 1-2 в п./зр.; | Анализ кала от 29.08.2003  Цвет – коричневый;  Форма – оформленный;  Консистенция - мягкая;  Реакция на стеркобилин – полож.;  Мышечные волокна поп. - пол. - полож.;  Нейтральный жир - положит.;  Клетчатка переваренная – положит.; |

## Заключение:

Показатели в норме. После вентолина – без существенной динамики.

## Рентгеноскопия органов грудной клетки от 29.09.2003:

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

## Заключения ЭКГ от 29.08.2003:

Синусовая аритмия, вертикальное направление электрической оси сердца. Укорочена атриовентрикулярная проводимость. Умеренно нарушены окислительные процессы миокарда.

## ЭХОскопическое исследование органов брюшной полости от 05.09.03:

Желчный пузырь натощак. Деформаций нет – физиологический изгиб в шейке. Содержимое – рыхлый пристеночный осадок. Дискинезия желчного пузыря гипотонического типа. Стенка неплотная, 1 мм. Общий желчный проток в норме.

Портальная вена – ствол 9 мм (норма), кровоток в прав. направлении прослеживается до периферии, умеренно расширены ветви.

Печень – правая доля – 103 мм (норма), левая – 61 мм (+0.5 см). Паренхима «пестрая» за счет сосудистого рисунка. Углы печени не увеличены.

Поджелудочная железа – контуры четкие, ровные. Головка – 16 мм (ув.), тело 10 мм (ув.), хвост 14 мм (ув.). Паренхима изоэхогенна печени, с мелкими линейными дополнительными эхосигналами. Вирсунгов проток – 1 мм.

Селезеночные контуры четкие. Угол верхнего полюса умеренно закруглен. Размеры 80 х 39 мм (норма). Сосуды прослеживаются. Vena lienalis – 6 мм.

Мочевой пузырь заполнен недостаточно. Правая почка неправильной формы, чашечно-лоханочная система глубоко расщеплена. Левая почка – без особенностей. Дифференцировка слоев сохранена. Кровоток в режиме ЦДК до капсулы. Оси обеих почек развернуты более вертикально. Нельзя исключить неполное удвоение обеих почек. Собирательная система до и после микции не расширена.

## Эхоскопическое исследование сердца от 05.09.03

Митральный клапан – умеренно нарушено распределение хорд передней. МР 0-I ст. Основание аорты – 24 мм (норма). Смыкание аортального клапана полное. Трикуспидальный клапан – регургитация I степени. Створки легочного клапана не изменены, легочная регургитация I степени. Диаметры полостей, толщина миокарда в пределах нормы. Насосная и сократительная функция левого желудочка удовлетворительная. Давление в а.pulmonalis в пределах нормы. Кровоток в дуге, восходящей и нисходящей аорте – в пределах нормы.

# Обоснование диагноза:

На основании данных анамнеза заболевания – в течение последних 6 лет больного стали беспокоить приступы удушья по ночам с затрудненным выдохом, сухой кашель, свистящие дистанционные хрипы. Возникновение первых приступов связано с наличием на тот момент домашних животных (кошка, попугай), купирование приступа было вызвано принятием вынужденного положения; после удаления данного аллергенного фактора приступов затрудненного дыхания не возникало в течение нескольких недель. Шерсть животных является триггерным фактором, стимулирующим воспаление в бронхах и провоцирующее развитие острого бронхоспазма. Имеет значение и частые ОРВИ в раннем возрасте, аллергический ринит круглогодичного течения рассматривается как предшественник атопической астмы. Пассивное курение (отец больного курит дома) - фактор, предрасполагающий к неконтролируемому течению астмы у детей. Приступы удушья возникают более 6 раз в год, купируются вентолином. Одышка при физической нагрузке постоянная. Последний приступ был в конце июля 2003 года. Сейчас больной находится во внеприступном периоде.

На основании семейного анамнеза – отягощенная аллергическими заболеваниями наследственность (отец больного страдает бронхиальной астмой).

На основании жалоб больного - на возникновение приступов удушья в ночное время, купирующееся вентолином; сухой кашель; на затруднение носового дыхания.

На основании данных объективного исследования – умеренное расширение межреберных промежутков; при аускультации выявлено жесткое дыхание, перкуторно – коробочный звук над всей поверхностью легких; подвижность нижних краев легких умеренно ограничена.

На основании лабораторных методов исследования:

В иммунологическом анализе крови – повышение уровня Ig Е до 508 Ке/л при норме 100 Ке/л; повышение уровня Ig А до 190 при норме 80, что говорит о ЛОР-патологии.

R-исследование - усиленный бронхо-сосудистый рисунок корней легких;

Спирография – в норме, после вентолина без существенной динамики.

Все выше перечисленные признаки и данные свидетельствуют в пользу постановки диагноза.

# Клинический диагноз

Бронхиальная астма, атопическая форма, тяжелое течение, внеприступный период. Аллергический ринит, отечная форма, круглогодичное течение.

Аденоиды III степени. Дискинезия желчевыводящих путей.

# Лечение больного:

Режим 3 (внепалатный), диета 5 (по Певзнеру) – молочно-растительная, химически и механически щадящая, с исключением жареной, жирной пищи. Соотношение белков: жиров: углеводов должно быть 1:1:4.

**ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ :**

1. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РАЗВИТИЯ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЙ И ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ.
2. ЛИКВИДАЦИЯ ИЛИ СМЯГЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ.
3. УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ И ВЫРАЖЕННОСТИ ОБОСТРЕНИЙ.
4. НОРМАЛИЗАЦИЯ ИЛИ УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ.
5. ВОССТАНОВЛЕНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ЖИЗНЕННОЙ АКТИВНОСТИ (СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ВОЗРАСТУ), ВКЛЮЧАЯ ПЕРЕНОСИМОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК.
6. ОТМЕНА ИЛИ СНИЖЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В БРОНХОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.
7. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ.
8. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ИНВАЛИДИЗАЦИИ.

Фликсотид 125 мкг по 1 ингаляции 2 раза в день.

При тяжелом течении БА применяют ингаляционные глюкокортикостероиды (ИКС). Глюкокортикостероиды обладают наибольшей противовоспалительной активностью. Доза ИКС титруется в зависимости от тяжести БА и может даваться с равной эффективностью от 2 до 4 раз в день. В рекомендуемых дозах системный эффект ИКС наблюдается редко, однако, учитывая возможные влияния на рост детей, при длительном применении предпочтение отдается низким и средним дозам ИКС. В настоящее время в лечении БА у детей широко применяются различные группы ИКС: беклометазона дипропионат, флутиказона пропионат, флунизолид, будесонид. Фармакокинетика ИКС является определяющим эффективность фактором, так как она обусловливает концентрацию препарата в тканях бронхов, его долю в системном кровотоке и соответственно степень выраженности побочных эффектов. ИКС флютиказон пропионат (ФП) обладает высокой местной активностью, обусловленной селективностью и аффинностью к глюкокортикоидным рецепторам. Сродство ФП с глюкокортикоидными рецепторами в 30–100 раз выше, чем с другими стероидными рецепторами. Препарат отличается своей липофильностью, способностью проникать сквозь клеточную мембрану, удерживаться в тканях. При ингаляции 10–15% лекарства попадает в легкие, 80% от ингалируемой дозы проглатывается. Низкая биодоступность ФП определяется минимальной абсорбцией (не более 1%) и быстрой инактивацией в печени при первом прохождении. ФП проявляет высокую противовоспалительную активность уже в дозе 100 мкг/сут, что позволяет использовать этот препарат в лечении тяжелого течения БА у детей с 4 лет. Препарат улучшает легочную функцию, уменьшают количество приступов, и соответственно потребность в бронхолитиках. В то же время отмечено более быстрое наступление эффекта при использовании ФП и в дозе в 2 раза меньше, а также значительно меньший риск развития системных эффектов. У детей начальные дозы ФП могут составлять 200–400 мкг/сут. При недостаточной эффективности доза ФП может быть повышена. Длительность терапии зависит от конкретного больного и определяется достижением стабильного состояния и ремиссии заболевания. У детей с тяжелой формой БА продолжительность терапии составляет не менее 6–12 мес.

Беродуал (В2- адреномиметик короткого действия фенотерол + холиноблокатор ипратропиума бромид (атровент)) – через небулайзер по 10 капель 3 раза в день (до фликсотида). При назначении ингаляционных симпатомиметиков следует более пристальное внимание уделять технике проведения ингаляций. Это связано с тем, что успех терапии на 80–90% зависит от правильного вдоха.

Проблема синхронизации вдоха с моментом поступления лекарственного препарата оказалась одной из самых важных. Определенное число детей оказываются не в состоянии правильно освоить и согласовывать дыхательный маневр. В зависимости от возраста могут быть использованы различные ингаляционные способы доставки: (спейсеры, небулайзеры, либо ингаляции лекарственных препаратов в порошкообразной форме с помощью спинхалеров, дискхалеров и турбохалеров. К современным эффективным способам доставки относится небулайзер, в котором распыление препарата в форме влажного аэрозоля происходит с помощью сжатого воздуха, подаваемого компрессором. В небулизированном растворе образуются частицы 2–5 мкм, оптимальные для поступления в дыхательные пути. Небулайзерная терапия может использоваться как в стационаре, так и в домашних условиях обученными родителями и особенно эффективна у детей раннего возраста.

Альдецин по 1 ингаляции в каждый носовой ход 2 раза в день – глюкокортикостероид, для купирования симптомов аллергического ринита.

Таблетки Теопэк по 0.1 2 раза в день – это лекарственная форма теофиллина пролонгированного действия, бронхолитическое средство. Используют в целях сокращения числа возникающих приступов бронхиальной астмы и, в частности, для предупреждения приступов, возникающих в вечерние и ночные часы.

Таблетки Мукалтин по 1т. 3 раза в день – в качестве отхаркивающего средства.

Т. Никодин – ½ таблетки 3 раза в день за 30 минут до еды – холеретик, стимулирует образование желчи, обладает бактерицидным действием. Назначен в связи с обнаружением у ребенка дискинезии желчевыводящих путей.

Т. Мезим форте - по 1 т. 3 раза в день - ферментный препарат для улучшения процессов пищеварения.

# Список используемой литературы:

1. Бронхиальная астма. / Под ред. акад. РАМН А. Г. Чучалина: В 2 т. М.: Агар, 1997. 432 стр.
2. Геппе Н.А., Колосова Н.Г., Букатян А.Ф., Ильин А.Г., Беда М.В., Медникова О.Б. Дифференцированный подход к назначению ингаляционных кортикостероидных препаратов при бронхиальной астме у детей. Пульмонология. – 1999. –№ 4.–С. 71–76.
3. Каганов С.Ю. Бронхиальная астма у детей. М.: Медицина,1999. – 366 с.
4. Карпушкина А.В. Ингаляционные кортикостероидные препараты при бронхиальной астме у детей. Пульмонология. – 1997.–№ 4.–С.–28.
5. Национальная программа “Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика”. Рус. мед. журн.–1997.
6. Петров В.И., Смоленов И.В.Бронхиальная астма у детей.– Волгоград: ВГУПП,1998.– 140 с.