I**. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.**

Ф.И.О.:

Возраст: 17 лет(24.04.92)

Адрес:,

 Дата поступления в клинику: 21.12.09 года, 9ч.30мин.

Родители:мама

 Папа—

Посещает школу(ср.шк.№1 11 кл)

Гр.крови I(0)

Клинический диагноз:

Основной:Бронхиальная астма атопическая,тяжелое течение.Неконтролируемая.

Сопутствующий:Хронический гастрит,стадия ремиссии.Аллергический ринит,персистирующий.Вегетососудистая дистония

Осложнения:ДН 1ст

**II. АНАМНЕЗ.**

 Жалобы при поступлении: на сухой редкий кашель преимущественно в ночное время,периодическую заложенность носа,одышку при физической нагрузке и в покое

 Жалобы на момент курации: на сухой редкий кашель преимущественно в ночное время,периодическую заложенность носа,одышку при физической нагрузке и в покое

 ***Анамнез жизни***.

 Ребенок от первых родов.роды срочные,путем кесарева сечения.Вес при рождении 3600гр,рост 53 см.Вскармливалась искусственно.посещает школу с 7 лет,успеваемость хорошая

**Перенесенные заболевания**:Бронхиальная астма атопическая с двух лет,тяжелое течение.Хр.гастрит,ВСД,ДЖВП,фарингит,ларингит,гайморит,аллергический ринит

**Аллергическая реакция** на мед,шоколад,цитрусовые,пыльцу растений,шерсть животных,порошок расторопши.спиртовые настойки.антибиотики ряда пенициллинов.Проявляется приступами одышки,сухим кашлем.

**Профилактические прививки** :привита согласно календарю прививок.

АДСМ 20.03.06 5 мм

Полиомиелит 20.03.06

Краснуха 13.10.05

Геп В 1-7.09.06

 2-11.10.06

 3-2.04.07

Гриппол 13.10.09

Р.Манту 26.11.07 9 мм

 2.12.08 6 мм

 22.09.09 6 мм

**Семейный анамнез**

Мама, лет,хр.инф.заболевания отрицает,профессиональных вредностей нет,аллергия на с мед,шерсть животных,цитрусовые,пыльцу,Болеет хр.бронхитом.Прабабушка болеет бронхиальной астмой.

Бытовые условия и уход.

Материально обеспечена удовлетворительно,бытовые условия-частный дом,холодная и горячая вода,отопление.Посещает школу.Имеет отдельную кровать,режим дня соблюдает,длительность ночного сна 8 часов.

Эпидемиологический анамнез:с инфекционными больными за последние 3 недели,включая грипп и ОРЗ не контактировала

**Аллергоанамнез**: мед,шоколад,цитрусовые,пыльцу растений,шерсть животных,порошок расторопши.спиртовые настойки.антибиотики ряда пенициллинов .Проявляется приступами одышки,сухим кашлем.

Наркологический анамнез:наркотические и психотропные препараты не принимала,вредных привычек нет.профессиональных вредностей родителей нет.

**Экспертный анамнез:**с двух лет на инвалидности.Срок окончания последнего переосвидетельствования 20.04.2010

Трансфузионный анамнез-переливаний крови и ее компонентов не было

**Начало и течение настоящего заболевания**

Первые жалобы на кашель и одышку появились в 1 год 7 месяцев.При обследовании впервые был поставлен диагноз Бронхиальная астма атопическая тяжелая степень течения,назначено соответствующее лечение.В 2 года,при прохождении экспертного анализа,девочке дали группу инвалидности.Ребенок наблюдался врачами,ежегодно а плановом порядке госпитализировалась для обследования и лечения.Проводилась аллергодиагностика.В течение жизни перенесла фарингит,ларингит(в 2007 году).Состоит на учете в детской поликлинике с заболеваниями:хр.гастрит,ВСД,ДЖВП,аллергический ринит.Дискинезия желчевыводящих путей снята с Д-учета. В настоящее время поступила в плановом порядке,четвертый раз за 2009 год,последняя госпитализация в августе с диагнозом: Бронхиальная астма атопическая,тяжелое течение.Хронический гастродуоденит,стадия обострения.

Приступы удушья возникают после физической нагрузки,психоэмоционального перенапряжения,в покое чаще в ночное время,2-3 раз в неделю.Приступы купирует препаратом Беродуал.

***III. ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.***

 21.12.09. назначения:

Т=36,6С,

Р=86в мин, день болезни первый

ЧД=20 в мин,

АД=110/70мм.рт.ст

на обеих руках.

 Общее состояние среднетяжелое.(по шкале Кусельмана 8баллов за счет незначительной одышки и бледности кожи лица) Положение - активное.

Поведение - обычное. Отношение к осмотру - адекватное. Сознание - ясное.

**Нервная система**

Сознание ясное,положение активное,поведение обычное,реакция на осмотр адекватная,общительна.Состояние брюшного рефлекса и сухожильных(коленных и ахилловых) в норме.Менингеальные симптомы(ригидность затылочных мыщц,Брудзинского,Кернига)отрицательные.Координационные пробы:пальце-носовая,пяточно-коленная,поза Ромберга) в норме.Походка ровная.Дермографизм белый(5 сек).Потливость :кожа тела умеренной влажности,повышенная влажность ладоней.

**Внешний осмотр глаз**:склеры чистые,коньюктивы нормальной окраски.движения глазных яблок безболезненны,

**Внешний осмотр ушей**:кожа наружного слухового прохода телесного цвета,надавливание на козелок безболезненно

**Физическое развитие**:

Масса 66кг

Рост169см

Оценка развития:ИМТ=1,69/66\*66=23.1 что соответствует Р50-Р75 по центильным таблицам

 **Кожные покровы** бледные,цианотичные.Кожа эластична,тургор сохранен,умеренной влажности.На груди угри в виде розовых узелков – папул диаметром от 2-5 мм,красного цвета,расположены разобщено.

**Волосы,пальцы,ногти**:волосы блестящие,пальцы обычной формы,ногтевое ложе нормальном состоянии

**Лимф.узлы**:тонзиллярные,подчелюстные,заднее-шейные.затылочные,подмышечные,паховые,кубитальные, не пальпируются.

**Мыщцы:** развиты хорошо, тонус нормальный, при пальпации безболезненны.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно.Толщина складки на животе 2.5 см.,жировой слой распределен равномерно.

**Костная система**:форма головы обычная,деформаций черепа нет,болезненности при пальпации нет,Позвоночник без искривлений.Суставы не изменены.кожа над ними нормальная,при пальпации безболезненны.активные и пассивные движения свободные.

Форма гр.клетки:гр.клетка симметрична,без деформаций.эпигастральный угол 90гр.

слизистые - влажные.Зев не гиперемирован.

 **Система органов дыхания**.

Дыхание pитмичное, частота дыхательных движений - 20/мин., дыхание чеpез нос затруднено. В покое – одышки нет.Дыхание жесткое, вдох удлиннен.

Гpудная клетка симметpичная. При пальпации – грудная клетка эластичная.безболезненная,симметричная. Пpи сpавнительной пер-

куссии хаpактеp пеpкутоpного звука над соответсвующими участками легких -

одинаковый. Перкуторный звук с коробочным оттенком.Голосовое дрожание одинаково со всех сторон.

*При перкуссии границы легких определяются на обычном уровне, высота стояния верхушек легких спереди – 3,5 см от ключицы справа и 3 см слева. Поля Кренига справа – 5,5 см , слева - 5 см .*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Нижние границы легких:* | *справа* | *слева* |
| *Среднеключичная линия* | *6 ребро* | *-* |
| *среднеподмышечная линия* | *9 ребро* | *9 ребро* |
| *лопаточная линия* | *10 межреберье* | *10 межреберье* |
| *позвоночная линия* | *Остистый отросток 11 грудного позвонка* | *Остистый отросток 11 грудного позвонка* |

*Дыхательная экскурсия нижнего края легкого 4 см с обеих сторон.*

*Границы легких соответствуют возрастной норме.*

*Топографическая перкуссия легких:*

 **Система органов кровобращения**. Пульс - 85/мин, ритмичный, синхрон-

ный,удовлетворительного наполнения и напряжения. . АД= 110/70 мм рт ст на обеих руках Стенка артерии эластич-на. Пульсаций и выбуханий шейных вен не наблюдается, "сеpдечный гоpб"отсутствует. Пpекаpдиальная область пpи пальпации безболезненна.

Веpхушечный толчок находится в V межpебеpье слева по сpеднеключичной

линии, неpазлитой, pезистентный, невысокий, площадью 2 квадpатных см.

 Перкуссия:

 Границы относительной сердечной тупости:

-правая граница - 4м/р на 1см к наружи от правого края грудины

-верхняя - по верхнему краю 3 ребра в проекции левой окологрудинной линии

-левая - в 5 м/р на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Поперечник сердца 12 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: по левому краю грудины на уровне 4 м/р

Верхняя: на уровне хряща 3 ребра слева

Левая: на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье 5 см.

 Hа веpхушке и основании сеpдца выслушиваются 2 тона: I тон - низкий,

пpодолжительный, ясный; IIтон - высокий, коpоткий, ясный. Тоны pитмичные,

побочных шумов нет.

 **Система органов пищеварения**. Аппетит нормальный. Акты жевания,

глотания и пpохождения пищи по пищеводу не наpушены. Отpыжки, изжоги,

тошноты и pвоты - нет. Губы розового цвета,влажные,язык розового цвета,влажный,с бело-желтым налетом.Зубы постоянные,28,

Десны.Глотка :слизистая розовая,миндалены не увеличены.Зев не гиперемирован.

Фоpма живота – окpуглый,симметричен. Пеpистальтика не наpушена. Асцита - нет.Видимая пульсация в эпигастральной области.Пупок не выпуклый.

Пpи повеpхностной пальпации - живот мягкий, спокойный, безболезненный. По

pезультатам пальпации слепой, сигмовидной кишок, желудка, пилоpо-дуоде-

нальной зоны патологических изменений не обнаpужено.Напряжения передней брюшной стенки живота не выявлено. Желчный пузырь не прощупывается, область проекции безболезненна, симптомы Ортнера и Образцова-Мерфи отрицательные. Селезенку пропальпировать не удалось. При перкуссии:поперечник 5 см,длинник 7 см. Поджелудочная железа не пальпируется.

 Размеpы печени по Куpлову: 9-8-7см.Видимого увеличения нет.

 Из под края реберной дуги не выступает.

Стул оформленный.

 **Мочевыделительная система**. Пpипухлостей, кpасноты в области пpоекции

почек нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 3-4 pаза в сутки,

цвет мочи соломенно-желтый, без патологических пpимесей. Утренняя порция

мочи - более темного цвета. Почки пальпатоpно не опpеделяются. Симптом колачивания отpицательный с обеих стоpон

**Эндокринная система**: нарушений сна, памяти не отмечается. Аномалий телосложения, признаков тиреотоксикоза нет. Щитовидная железа не пальпируется.

**Развитие половых органов:**вторичные половые признаки соответствуют возрасту ребенка

 **Предварительный диагноз и его обоснование**:

**Основное заболевание**:*Бронхиальная астма атопическая,тяжелое течение,неконтролируемая.*

 Поставлен на основании анамнеза заболевания:болеет с двух лет бронхиальной астмой,имеет инвалидность. Приступы удушья возникают после физической нагрузки,психоэмоционального перенапряжения,в покое чаще в ночное время,2-3 раз в неделю.Приступы купирует препаратом Беродуал. Обьективно: при аускультации легких выслушивается жесткое дыхание и сухие хрипы,перкуторный звук с коробочным оттенком.

Анамнеза жизни:Аллергическая реакция на мед,шоколад,цитрусовые,пыльцу растений,шерсть животных,порошок расторопши.спиртовые настойки.антибиотики ряда пенициллинов(проявляется одышкой,сухим кашлем)

Наследственный фактор-у прабабушки –бронхиальная астма.у мамы аллергия на мед,шоколад,цитрусовые,пыльцу растений,шерсть животных.

**Сопутствующие заболевания**: *Аллергический ринит,персистирующий*.

На основании жалоб на периодическую заложенность носа

Обьективно:затруднение носового дыхания в обеих ноздрях

*Хронический гастрит,фаза ремиссии:* на основании анамнестических данных-стоит на диспансерном учете в поликлинике,последнее обострение в августе 2009г

*Вегетососудистая дистония: на основании анамнестических данных:*стоит на диспансерном учете в поликлинике

**Осложнения**:*ДН 1ст* на основании жалоб на одышку в покое и после физической нагрузки.Обьективно:цианотичность кожных покровов.

***План обследования***

ОАК

ОАМ

Копрограмма

Риноцитограмма

Спирограмма

б/х крови(общий белок,глюкоза,АЛТ,АСТ,тимоловая проба)

ЦИК

АСЛО

Ig E

Консультация Лор-врача,

Консультация физиотерапевта

IV. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ.

 Анализ крови от 17.12.09г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | **интерпретация** |
| **в норме** | **у больного** |
| эритроциты | 3,7 – 4,7 | 5,33\*1012/л | норма |
| гемоглобин | 120 – 140 | 132 г/л | норма |
| цвет. показатель. | 0,8 – 1,0 | 0,86 | норма |
| тромбоциты | 180 - 350 | 310/мм3 | норма |
| лейкоциты | 4,0 – 9,0 | 4,2\*109/л | норма |
| палочкоядерные | 1 - 4 | 1 | норма |
| сегментоядерные | 45 - 70 | 40 | норма |
| лимфоциты | 18 - 40 | 38 | норма |
| моноциты | 6 - 8 | 5 | норма |
| эозинофилы | 0-1 | 16 | повышено |

 СОЭ 8мм /ч

Заключение: в крови эозинофилия

ОАМ 17.12.09

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | **интерпретация** |
| **в норме** | **у больного** |
| удельный вес | 1010 – 1020 | 1017 | норма |
| цвет | светло-желтый | светло-желтый | норма |
| реакция | нейтр./сл. кисл. | кислая | норма |
| белок | 0 | 0 | норма |
| эпителий плоский | 0 - 3 | 0 | норма |
| лейкоциты | 1 - 2 | 0-2 в поле зр. | норма |

Заключение:показатели от нормы не отличаются

 **Копрограмма** от 22.12.09г.

 Консистенц. оформленный

 Цвет коричневый

 Соед. ткань ---

 Мыш. волокна + (перевар.)

 Нейтральн. жиры ---

 Жир. кислоты ---

 Мыла +

 Неперев. клетчатка +

 Перевар. клетчатка +

 Крахмал ---

 Слизь ---

 Лейкоциты частицы

 Эпителий ---

 Простейшие --

Заключение:показатели от нормы не отличаются

 23.12.09 Консультация Лор-врача

закл:аллергический ринит.Обострение .

б/х крови(общ белокюглюкоза.АЛТ,АСТ,тимоловая проба) 22.12.09

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | **интерпретация** |
| **в норме** | **у больного** |
| Общий белок | 65-85г/л |  70 | норма |
| глюкоза натощак | 3,33 – 5,55  | 4, 2ммоль/л | норма |
| АЛТ | 0.1-0,68  | 0,5 | норма |
| АСТ | 0,1-0,45 | 0,31 | норма |

Тимоловая проба 2.5(в норме о-4)

Заключение:показатели от нормы не отличаются

23.12.09 Физиотерапевт:магнитоИК-лазерная терапия по схеме лечения аллергического ринита-8 процедур

Массаж гр.клетки-10 процедур

Кислородный коктейль 10 процедур

ЛФК

**22.12.09**

**Серологический анализ крови**

С-РБ отриц

ЦИК-41 у.е Норма до 20 у.е.

Закл:ЦИК повышены

**Анализ на IgE 23/12/09**

IgE=1005

Закл:повышено

**Обзорная рентгенограмма грудной клетки от 17.12.0**9.

Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Корни легких структурны. Диффузно усилен легочный рисунок. Синусы свободны.

V. ДНЕВНИКИ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата21.12.09Т=36,6СЧД=20 в минАД 110/70 мм.рт.ст.ЧСС=80 | Жалобы на редкий сухой кашель,затруднение носового дыхания.Состояние средней степени тяжести (по шкале Кусельмана 8 б,за счет бледности кожных покровов и одышки).Сознание ясное. Кожные покровы чистые,слизистые розовые.Серд.тоны ритмичные,шумов нет.В легких дыхание жесткое.Живот безболезненный,мягкий.Стул оформленный.Мочеиспускание регулярное,безболезненное.Пикфлоуметрия веч-300  | НазначенияРежим палатныйДиета гипоаллергенаяСеретид25/250 по 2 дозы 2 р/дАльдецин 50мкг 2 р/д в нос |
| Дата22.12.09Т=36,7СЧД=19 в минАД=110/70мм.рт.ст.на обеих рукахЧСС=86 |  Жалобы на редкий сухой кашель,затруднение носового дыхания.Состояние средней степени тяжести (по шкале Кусельмана 8 б,за счет бледности кожных покровов и одышки).Кожные покровы чистые,слизистые розовые.Серд.тоны ритмичные,шумов нет.В легких дыхание жесткое.Живот безболезненный,мягкий.Стул оформленный.Мочеиспускание регулярное,безболезненное.Пикфлоуметрия утро 350 Веч 260  | Режим палатныйДиета гипоаллергеннаяСеретид 25/250 по 2 дозы 2 р/дАльдецин 50мкг 2 р/д в нос |
| Дата24.12.09Т=36,6СЧД=20АД=110/70мм.рт.ст.ЧСС 85  | Жалобы на редкий сухой кашель,незначительное затруднение носового дыхания. Состояние средней степени тяжести (по шкале Кусельмана 8 б,за счет бледности кожных покровов и одышки)Кожные покровы чистые,слизистые розовые.Серд.тоны ритмичные,шумов нет.В легких дыхание жесткое.Живот безболезненный,мягкий.Стул оформленный.Мочеиспускание регулярное.безболезненное.Пикфлоуметрия утро360 Веч 265 | Режим палатныйДиета гипоаллергеннаяСеретид 25/250 по 2 дозы 2 р/дАльдецин 50мкг 2 р/д в носЛФК,массаж грудной клетки,магнитоИК-лазерная терапия по схеме аллергического ринитаЦетрин 10мг 1 р/дНафтизин 0.1% в нос по 2-3 капли |

***Обоснование клинического диагноза***

На основании :

-жалоб на сухой редкий кашель преимущественно в ночное время,периодическую заложенность носа,одышку при физической нагрузке и в покое

-анамнеза заболевания :впервые выявлена бронхиальная астма в 2 года,ежегодно проходит стационарное лечение.Приступы возникают 2-3 раза в неделю,чаще в ночное время.Предшествуют приступу физическая нагрузка,нервно-эмоциональный стресс,контакт с аллергенами.Купируется ингаляциями беродуала.

Обьективных данных:

 Общее состояние среднетяжелое.(по шкале Кусельмана 8баллов за счет незначительной одышки и бледности кожи лица).Носовое дыхание затруднено обеими ноздрями.При аускультации легких-дыхание жесткое,при перкуссии –звук с коробочным оттенком.

-Аллергоанамнеза- мед,шоколад,цитрусовые,пыльцу растений,шерсть животных,порошок расторопши.спиртовые настойки.антибиотики ряда пенициллинов.(проявляется приступами сухого кашля и одышки)

-семейного анамнеза-у мамы аллергия на мед,шерсть,пыль и пыльцу,у прабабушки бронхиальная астма.

За время наблюдения положительной в стационаре положительной динамики не наблюдалось

-лабораторные данные-эозинофилия в ОАК.Серол.анализ-повышен уровень ЦИК.Повышен уровень IgE

***Выставляется Клинический диагноз:***

***Основной: Бронхиальная астма атопическая,тяжелое течение,неконтролируемая.***

На основании жалоб на периодическую заложенность носа.обьективно-затруднение носового дыхания в обеих ноздрях . Заключение лор-врача:аллергический ринит персистирующий.Стадия обострения.

**Сопутствующий: *Аллергический ринит, персистирующий.***

Из данных анамнеза жизни-состоит на учете по поводу хронического гастрита(последнее обострение в августе 2009года,была госпитализирована)

**Хронический гастрит.стадия ремиссии.**

Из данных анамнеза-состоит на учете в поликлинике.Обьективно-повышенная влажность ладоней

**Вегето-сосудистая дистония.**

На основании жалоб на одышку в покое(до 23) и при физической нагрузке,акроцианоз)

**Осложнения:Дыхательная недостаточность 1 ст**

***VI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.***

| Признаки | **Приступ БА** | **Приступ сердечной астмы** |
| --- | --- | --- |
| Предшествующие заболевания | Хронические бронхолегочные заболевания, вазомоторный ринит, др.аллергические заболевания | Ревматический порок сердца, ГБ, ИБС, хронический гломерулонефрит |
| Причина приступа | Обострение воспалительного процесса в органах дыхания, контакт с аллергеном, психогенный фактор, метеофакторы | Физическое и психическое напряжение, острый ИМ |
| Характер приступа | Экспираторная одышка | Испираторная одышка |
| Характер цианоза | Центральный  | Выраженный акроцианоз |
| Аускультация  | Обильные рассеяные сухие свистящие и жужжащие хрипы преимущественно на выдохе | Влажные хрипы преимущественно в нижних отделах легких |
| Пульс  | Частый, слабого наполнения, ритм правильный | Часто аритмичный |
| Перкуторные размеры сердца | Уменьшены  | Увеличены  |
| Отеки  | Отсутствуют  | Нередко имеется |
| Мокрота  | Густая, вязкая, отделяется с трудом в малом количестве | Жидкая, пенистая, иногда розовая, легко отделяется |
| Размеры печени | Не изменены | Часто увеличены |
| Лечебный эффект | От бронхолитиков | От морфина, кровопускания, сердечных гликозидов, мочегонных средств |

**Дифференциально-диагностические признаки**

**инфекционно-аллергической и инфекционной астмы**

| Признаки | **Неинфекционно-аллергическая астма** | Инфекционная астма |
| --- | --- | --- |
| Аллергические заболевания в семье | Часто | Редко (кроме астмы) |
| Атопические заболевания в личном анамнезе | Часто | Редко |
| Связь приступов с определенным аллергеном | Часто | Отсутствует |
| Начало заболевания | Обычно в детстве или юности | Обычно после 30 лет |
| Особенности приступа | Острое начало, быстрое развитие, обычно малая длительность, чаще легкие | Постепенное начало, большая длительность, часто тяжелые, персистирующие |
| Патология носа и околоносовых пазух | Аллергический риносинуит без признаков инфекции | Синуит, часто полипоз, признаки инфекции |
| Бронхолегочный инфекционный процесс | Обычно отсутствует | Часто хронический бронхит, пневмония |
| Эозинофилия крови и мокроты | Как правило, умеренная | Часто высокая |
| Тип аллергической реакции | Реагиновый, иммунокомплексный | Замедленный  |

Дифференциально-диагностические критерии ХОБ и БА

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Бронхиальная астма, атопическая | Рецидивирующий обструктивный бронхит | У больного |
| Характер обструкции | Имеет приступообразный характер, связан с воздействием неинфекционного аллергена | Постепенное развитие,не связан с воздействием неинфекционного аллергена | Имеет приступообразный характер, связан с воздействием пищевых и бытовых аллергенов, физической или эмоциональной нагрузкой |
| Этиология | Наследственность, атопия, гиперреактивность бронхов, аллергены | Инфекционные агенты | Атопия, аллергены |
| Температура | Не характерна | Часто субфебрильная, м. б. фебрильная | Нет |
| Кашель | Обычно сухой, в конце приступа может отходить вязкая мокрота | В начале заболевания сухой, затем становится влажным с отделением слизистой, слизисто-гнойной мокроты | Сухой,редкий |
| Хрипы | Рассеянные, сухие, свистящие | Влажные мелко- или среднепузырчатые, грубые сухие. | сухие  |
| Уровень IgE | Значительно повышен | В норме | Значительно повышен |
| Рентгенограмма | усилен легочный рисунок | Усиление лёгочного рисунка, расширение корней | усилен легочный рисунок |
| Эозинофилия в периферической крови | Характерна | Не характкрна | Значительно повышена |

VIII. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ.

 Основу формирования бронхиальной астмы составляет развитие сенсибили-

зации организма к веществам, обладающим антигенными свойствами. В

настоящее время известны экзогенные и эндогенные аллергены. Экзогенные ал-

лергены делятся на аллергены инфекционного происхождения и аллергены

неинфекционного происхождения. Доказано, что в формировании бронхиальной

астмы ведущую роль играет сенсебилизация к экзоаллергенам. Различают

неинфекционно-аллергическую (атопическую), инфекционно-аллергическую и

смешанную формы бронхиальной астмы. Ведущим звеном в формировании неинфек-

ционно-аллергической формы бронхиальной астмы является развитие гипер-

чувствительности к неинфекционным экзоаллергенам. Наиболее частой причиной

является сенсибилизация к аллергенам домашней пыли, главным антигенным

компонентом которой являются бытовые клещи и, особенно, клещи рода Derma-

phagoides.

 Весьма существенна в развитии бронхиальной астмы у детей роль пыльце-

вой аллергии. Чаще всего вызывается пыльцой луговых трав семейства злако-

вых (тимофеевка, овсянница) и деревьев (дуб, береза, ольха). При пыльцевой

астме у детей чаще всего выявляется поливалентная сенсебилизация к пыльце-

вым аллергенам.

 При неинфекционно-аллергической бронхиальной астме у детей так же

есть этиологическая значимость пищевых аллергенов. Чаще всего приступы

бронхиальной астмы наблюдаются на такие пищевые продукты, как рыба, цитру-

совые, шоколад, курица, яйцо, мед, орехи. Реже - коровье молоко. У боль-

шинства больных детей имеет место поливалентная пищевая сенсебилизация.

 Реже причиной возникновения приступов бронхиальной астмы является

лекарственная аллергия. В половине случаев - на введение пенициллина, в

остальных случаях возникновение их связано с назначением антибиотиков

тетрациклинового ряда, сульфанидамидов.Многое из вышеперечисленных аллергенов вызывает реакцию у нашей пациентки(мед,шоколад,цитрусовые.пыль,шерсть.пенициллины,травы)

 Основу инфекционно-аллергической формы бронхиальной астмы составляет

развитие гиперчувствительности к бактериальным аллергенам. Наиболее частой

причиной ее развития является гемолитический стафилококк, реже - стрепто-

кокк, кишечная палочка.

 В основе смешанной формы бронхиальной астмы лежит сочетанная сенсеби-

лизация бактериальными и неинфекционными аллергенами.

 Обструкция дыхательных путей при бронхиальной астме обусловлена соче-

танием несколькох факторов, включающих 1) спазм гладкой мускулатуры дыха-

тельных путей; 2) отек их слизистой; 3) повышенную секрецию слизи; 4) ин-

фильтрацию их стенок клетками, особенно эозинофилами; 5) повреждение и

слущивание эпителия дыхательных путей.

 Пржде основным фактором обструкции дыхательных путей считался бронхо-

спазм, обусловленный сокращением гладкой мускулатуры. Позднее стало понят-

но, что бронхиальная астма - воспалительное заболевание бронхиального

дерева. Даже при легкой форме астмы выявляется воспалительная реакция с

инфильтрацией главным образом эозинофилами и лимфоцитами, а также с деск-

вамацией эпителиальных клеток. Для всех больных характерна гиперчувстви-

тельность или гиперреактивность дыхательных путей, что проявляется в виде

резкого сужения бронхов в ответ на разнообразные воздействия.

 Основу бронхиальной астмы составляет аллергический характер реактив-

ности, развивающийся в результате сенсебилизации к аллергенам.

 Аллергические реакции в своем развитии проходят три стадии: иммуноло-

гическую, патохимическую и патофизиологическую. В иммунологической стадии

происходит взаимодействие аллергенов с аллергическими антителами или сен-

себилизация лимфоцитами. Патохимическая стадия характеризуется высвобожде-

нием медиаторов аллергического воспаления либо из клеток-мишеней (тучных

клеток, базофилов при ГНТ), либо из сенсебилизированных лимфоцитов ( при

контакте с Т-лимфоцитами в условиях ГЗТ). Для патофизиологической стадии

характерно возникновение в организме функциональных и морфологическох из-

менений вследствие воздействия на ткани и органы комплекса антиген-антите-

ло и освобождающихся БАВ, результатом чего является возникновение клини-

ческих признаков болезни.

 По характеру тканевых повреждений выделяют 4 типа аллергических реак-

ций: 1- анафилактический (атопический). Образующиеся под воздействием ал-

лергена гуморальные антитела-реагины, представляющие собой в основном IgE

и в меньшей степени IgA и IgG4, фиксируются в легких, коже, тонком кишеч-

нике на базофилах, тучных клетках. IgE связывается с рецепторами клеток-

мишеней, тем самым осуществляя сенсебилизирующее действие. Взаимодействие

аллергена с IgE приводит к изменению структурно-функциональных свойств

мембран и последующему высвобождению медиаторов из клетки. Этот тип реак-

ции лежит в основе неинфекционно-аллергической (атопической) бронхиальной

астмы.Данный тип реакции характерен для нашей больной.в подтверждение чему является повышенное количество Ig E.

 2- цитотоксический или цитолитический тип. Возникает в результате

взаимодействия антитела с антигеном клетки или аллергеном, находящимся в

тесной связи с мембраной клетки. Эти реакции протекают с участием компле-

мента, аллергических антител, связанных с иммуноглобулинами классов G,M,A.

В развитии этих реакций возможно участие лимфоцитов. Этот тип реакций ле-

жит в основе при формах бронхиальной астмы, протекающих с присоединением

аутоиммунных процессов.

 В настоящее время вероятно участие в развитии некоторых форм бронхи-

альной астмы аллергических реакций 3-го типа, вызываемых иммунными комп-

лексами. Этот тип характеризуется образованием в сосудистом русле иммунных

комплексов из антигенов и антител IgG, которые откладываются на клеточные

мембраны кровеносных сосудов мелкого калибра. Это приводит к образованию

конгломератов лейкоцитов и тромбоцитов с последующим возникновением тром-

бозов. Реакция протекаетс участием комплемента.

 При инфекционно-аллергической форме бронхиальной астмы преимуществен-

ное значение имеет ГЗТ (4-й тип аллергических реакций). Ведущим звеном ее

является образование сенсебилизированных Т-лимфоцитов при контакте со спе-

цифическим антигеном. Возникновение патологических изменений в тканях

обусловлено как влиянием медиаторов, высвобождаемых лимфоцитами -лимфоки-

нов, а через них и вовлечение в процесс макрофагов, так и непосредственное

цитолитическое и цитотоксическое действие сенсебилизированных лимфоцитов.

Возможно сочетание разных типов аллергических реакций.

 Одним из ведущих звеньев патогенеза бронхиальной астмы является бло-

када В2-адренорецепторов, т.е. аденилатциклазы, что приводит к низкому

уровню цАМФ в клетке, повышению проницаемости мембран и высокой чувстви-

тельности к медиаторам анафилаксии. В то же время блокада В2-адренорецеп-

торов ведет к низкой чувствительности клеток к гормонам. У детей с брон-

хиальной астмой, особенно в момент приступа, в лейкоцитах крови отмечается

повышение уровня цГМФ, простагландина F, снижение цАМФ и активности адени-

латциклазы, простагландина Е1, а в сыворотке крови значительный подъем

концентрации гистамина, брадикинина, серотонина. Простагландины группы Е

снимают нарушение бронхиальной проходимости, а группы F - наоборот, вызы-

вают. Вещество лейкотриен С ответственно за развитие бронхоспазма у боль-

ных астмой.

 На формирование и течение бронхиальной астмы у детей существенное

влияние оказывают преморбидные факторы. Развитию этого заболевания прежде

всего способствует наследственная предрасположенность. Чаще она обнаружи-

вается при смешанной и атопической формах бронхиальной астмы.

 Клинические наблюдения также свидетельствуют о значении в развитии

бронхиальной астмы и наследственного предрасположения к болезням обмена,

нейроэндокринным, сердечно-сосудистым заболеваниям и нарушениям со стороны

желудочно-кишечного тракта.

 Значительно влияние на развитие заболевания перенесенной анте- и инт-

ранатальной гипоксии. Наиболее частой причиной гипоксии плода служат позд-

ние токсикозы беременности, угроза выкидыша.

 Формирование бронхиальной астмы происходит легче при наличии аллерги-

ческого диатеза.

 Существенную роль играют вирусные заболевания. Они нередко являются

пусковым механизмом обострения бронхиальной астмы.

IX. ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Цели терапии БА у детей (Национальная программа БА у детей):

1. Ликвидация или смягчение клинических проявлений заболевания
2. Уменьшение частоты и выраженности обострений
3. Предотвращение угрожающих жизни состояний и летальных исходов
4. Нормализация или улучшение показателей внешнего дыхания
5. Восстановление и поддержание жизненной активности, включая переносимость физических нагрузок
6. Отмена и ограничение потребности в бронхиальной терапии
7. Предупреждение инвалидизации

1)Диета.

Исключение из рациона продуктов, обладающих высокими аллергенными свойствами для данного ребенка (мед,цитрусовые, шоколад ),

 2. Прекращение контакта с аллергенами.(шерсть животных,пыль,пыльца растений)

3)Патогенетическая терапия-(противовоспалительная)-ингаляционные кортикостероиды (альдецин) Оказывает выраженное противовоспалительное, антиэкссудативное и противоаллергическое действие. Стабилизирует клеточные мембраны, уменьшает отек эпителия и секрецию слизи бронхиальными железами. Применение препарата улучшает показатели функции внешнего дыхания, восстанавливает реакцию бронхов на бронходилататоры. 4)Бронхорасширяющая терапия для длительного применения –м холиноблокатор+в2адреномиметик. Комбинированный препарат с выраженным бронхолитическим эффектом,-Беродуал.

 5) Серетид – комбинированный препарат, содержит салметерол и флутиказона пропионат, которые обладают разными механизмами действия. Салметерол предотвращает возникновение бронхоспазма, флутиказона пропионат улучшает легочную функцию и предотвращает обострения. Серетид может быть альтернативой для пациентов, которые одновременно получают агонист бета2-адренорецепторов и ингаляционный глюкокортикостероид

6) блокатор Н1 гистаминовых рецепторов (Цетрин)Снижает гистаминоиндуцированную бронхоконстрикцию. Предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций.

7)симпатомиметик-местное сосудосуживающее действие –нафтизин капли в нос 0,1%

8)ЛФК

9)массаж грудной клетки

10) магнитоИК-лазерная терапия по схеме лечения аллергического ринита-8 процедур

Rp: Sprei «Aldecinum» 100 dosis № 1 (0.05mg/dosis)

 D.S. Принимать по1 дозе в каждый носовой ход 2 раза в день

Rp:Seretid 25|250

D.S по 2 дозы 2 раза в день(7.00 и 20.00)

Rp:Cetirizine 0.01

D.S.принимать 1 раз в день(13.00)

Rp:Sol. Naphthyzini 0.1 %

D.S интраназально (7.00,12.00,20.00)по 1-2 капли в каждую ноздрю

Rp:Beroduale

D.S. По 1 дозе 3 раза в день

Профилактика

Профилактика бронхиальной астмы: исключить контакты аллергеном; неспецифическая гипосенсибилизация; борьба с хронической легочной инфекцией, синуситами и др.; общее закаливание организма (сон на открытом воздухе круглый год), самомассаж, дыхательная гимнастика ( пародоксальная гимнастика Стрельниковой, использование небуляторов и др.), иглоукалывание. Исключить курение и употребление крепких алкогольных напитков.

Вне обострения - санитарно-курортное лечение в Прибалтике (гг.Юрмала, Паланга), Туркмении, Кисловодске.

Показана спелеотерапия (пребывание в соляных пещерах).

обучение пациентов грамотному приему препаратов, правильному использованию приспособлений для введения препаратов (дозированных аэрозолей, спейсеров, дискхалеров, турбухалеров, спинхалеров, циклохалеров) и для контроля пиковой скорости выдоха (пикфлуометров) *“ПСВ”* *Пациенты должны регулярно посещать врача (несколько раз в месяц - при подборе терапии и режима больному; один раз в 2 - 6 месяцев, после достижения контроля астмы) во время которых необходимо не только контролировать изменения в состоянии пациентов, но и проверять правильность использования препаратов и приспособлений для их введения.*

*Прогноз*

Прогноз для жизни и трудоспособности при адекватной терапии условно благоприятный.

 **ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Больная В.Н ,17лет,поступила в пульмонологическое отделение в плановом порядке 21.12.09 с жалобами на на сухой редкий кашель преимущественно в ночное время,периодическую заложенность носа,одышку при физической нагрузке и в покое.Из анамнеза –Атопическая бронхиальная астма тяжелой степени тяжести с двух лет.По решению КЭК поставлена на инвалидность.Отягощен аллергоанамнез(мед,шоколад,цитрусовые,пыльцу растений,шерсть животных,порошок расторопши.спиртовые настойки.антибиотики ряда пенициллинов .Проявляется приступами одышки,сухим кашлем)и наследствееный(у мамы аллергия на теже аллергены.у прабабушки бронхиальная астма).Состоит на диспансерном учете по поводу хронического гастрита,аллергического ринита,вегетососудистой дистонии.

Обьективно:состояние средней степени тяжести(по шкале кусельмана 8 б за счет одышки и бледности),носовое дыхание затруднено,в легких-жесткое дыхание,перкуторно-звук с коробочным оттенком

Лабороторно:в ОАК эозинофилия-16!(17.12.09),уровень ЦИК повышен-41уе(22.12.09)и уровень Ig E повышен-1005ме/мл(23.12.09),конс Лор-аллергический ринит,персистирующий(23.12.09).Ro-графия-диффузное усиление легочного рисунка(17.12.09).

Клинический диагноз:

Основной:Бронхиальная астма атопическая,тяжелое течение.Неконтролируемая.

Сопутствующий: Хронический гастрит,стадия ремиссии.Аллергический ринит,персистирующий.Вегетососудистая дистония.

 Осложнения: ДН1ст

Назначено соответствующее лечение:

Диета Гипоаллергенная

Альдецин по 50 мкг в нос.ход 2 р/Д,

Беродуал по 1 дозе 3 раза в день

 Серетид 25мкг по 2 дозы 2 р/д

Цетрин 10 мг 1 р/д

нафтизин капли в нос 0,1% 3 раза/д по 1-2 капли в каждую ноздрю

ЛФК ежедневно в теч 10 дней

массаж грудной клетки ежедневно в теч 10 дней

За время пребывания в стационаре(4 дня)приступов бронхиальной астмы у пациентки не было.что подтверждает адекватность назначенного лечения.В плане ведения больной продолжить наблюдение,провести назначенные лабораторные(риноцитограмма,АСЛО) и функциональные(спирограмма) исследования,продолжить лечение по настоящей схеме.

 ***Учебная история болезни***

Больной [[[ 17 лет

Пульмонологическое отделение

Дата поступления 21.12.2009

Дата курации 21.12.09

**Клинический диагноз:**

***Основной***: Бронхиальная астма атопическая,тяжелое течение.Неконтролируемая.

***Сопутствующий***: Хронический гастрит,стадия ремиссии.Аллергический ринит,персистирующий.Вегетососудистая дистония.

 ***Осложнения***: ДН1ст