История болезни.

Фамилия: ...................

 Имя: ..........................Александра

Отчество: ..............

 Возраст: ......................15 лет 06 мес ...дней

День/Месяц/Год рождения: 27/03/2000 года

Пол: ..........................женский

Время поступления в клинику: .......10 сентября 1998 г.

Занятия родителей: мать - домохозяйка, отец - инженер- строитель.

Учится в школе.

Домашний адрес: ....г. Москва,

Телефон:

Клинический диагноз: Бронхиальная астма средней тяжести, смешанной формы

Сопутствующие заболевания: эмфизема легочной ткани

Жалобы больной:

Обратился в клинику с жалобами на: практически ежедневные приступы одышки, купирующиеся ингаляциями сальбутамола.

Жалобы на момент курации: не предъявляет

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:

1) Антенатальный период:

Особенности течения беременности: Роды III, срочные (в 38 недель), стремительные. Токсикоз I половины беременности. Вес при рождении 2550 гр; Рост: 50 см, закричала сразу, имела грудное вскармливание до 6 месяц, с 3,5 месяцев - смешанное. Прикорм проводился по возрасту. Впервые села в 6 месяцев, стала ходить в 11 Первая речь в 1 год и 1 мес. Посещала ясли и детский сад, с 6 лет читает и осваивает школьную программу. Успеваемость при обучении удовлетворительная. Учиться легко.

Перенесённые заболевания:

На 1 году жизни -с первых месяцев детская экзема => диффузный нейродермит. Страдает до настоящего времени.

На 2 году - Частые ОРВИ, обструктивный бронхит.

В 7 лет эпидемический паротит, ветряная оспа.

Аллергологический анамнез:

Поливалентная аллергия на цитрусовые, шоколад, рыбу, молоко, куриный бульон, шерсть кошачьих, домашнюю пыль, цветение растений, выражающаяся приступом удушья. Кожные высыпания на анальгин и сульфаниламиды.

Профилактические прививки:

БЦЖ в роддоме. Со слов матери, противодифтерийная прививка в 3 года.

IV 1996 года прививка п/в полиомиелита.

Семейный анамнез:

Матери 53 года - нейродермит

Отец 52 года - экзема.

Сестра 18 лет конъюнктивит на шерсть кошки.

Брат 17 лет - здоров.

Бытовые условия и уход:

 Семья состоит из 5ти членов, из них: 2е -взрослые,3е - дети. Материально-бытовые условия неудовлетворительные, проживают в отдельной 2х комнатной квартире. Домашних животных и растений дома нет.

 Ребёнок обслуживает себя самостоятельно. Прогулки регулярно. Сон: нормальный, продолжительность в среднем 8,5 часов.

Курение, злоупотребление алкоголем, наркотическими и психотропными веществами отрицает.

Начало и течение настоящего заболевания:

 Заболевание манифестировало летом 1987 года (в 4 года), когда на фоне обструктивного бронхита впервые возникли приступы удушья. Зтем приступы возникали, как правило ночью, на фоне ОРВИ, обострения длились до 3-4х недель. В 4,5 года в институте педиатрии впервые был поставлен диагноз -Бронхиальная астма. В 9 лет в связи с тяжестью состояния страдалице был назначен орально преднизолон в дозе 30 мг/сут. (короткий курс). Был достигнут кратковременный положительный эффект. В 1991 году с хорошим эффектом лечилась у врача-гомеопата. После введения в феврале 1992 года антирабической вакцины приступы отмечались ежедневно. С октября 1993 года получала бекотид 300 мг/сут, эуфилин внутрь, теотард, дифтек. На фоне бесконтрольного приёма препаратов до 4х раз в год госпитализировалась в ДКБ №2, где проводилась инфузионная терапия (эуфилин, преднизолон, метипред). Новое ухудшение состояния было спровоцировано прививкой против полиомиелита.

 Клинике Детских Болезней ММА им. Сеченова И.М. МЗ РФ наблюдается с XII 1996 года. Проводилось лечение бекотидом 400 мг/сут. С "+" эффектом. Во время планового осмотра II 1997 года скоррегирована терапия, назначен пигапорт 1000 мкг/сут. - "+" эффект. IV 1997 года обострение, потребовавшее инфузионной терапии. Назначен флипеотид 500 мкг/сут. В связи с усилением одышки с мая 1997 года получает сальбутамол.

ОБЪЕКТИВНОЕ/ФИЗИЧЕСКОЕ/ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Данные объективного исследования на день курации:

24 Сентября 1998 г.

Т0= 36,80С

Пульс: 84 уд в '.

АД=100/60 мм. рт. ст.

ЧДД= 16 в '.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Присутствуют жалобы на одышку. Вес 45 кг, рост 154 см. телосложение гиперстеническое. Физически развита адекватно возрасту: см. состояние соответствующих систем.

Назначения:

Стол № 5

Преднизолон 17,5 мг

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА:

Состояние относительно удовлетворительное. Жалоб нет. Больная в полном сознании. Интеллект соответствует уровню развития. Мышление логическое. Нарушения памяти, внимания не отмечено. Настроение ровное, пациент адекватно реагирует на все, что его окружает, контактен, общителен, обладает правильной и развитой речью. Склонности к вымыслу и преувеличению нет. Сухожильные рефлексы живые. Патологических знаков не выявлено.

Осмотр. При исследовании черепно-мозговых нервов патологических изменений не выявлено. Патологических изменений чувствительности, в двигательной и рефлекторной сферах нет. Дермографизм красный, стойкий, разлитой.

Кожные покровы:

Окраска кожных покровов: бледно-розовая, определяются следы загара. Выраженного цианоза, иктеричности не наблюдается. Кожные покровы сухие, тургор тканей и эластичность в норме. Слизистые чистые, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. Патологической потливости отмечено не было. Волосяной покров - развит соответственно возрасту. Оволосение по женскому типу. Грибкового поражения не отмечено. Конъюнктива глаз бледная с инъекцией сосудов. Осмотр проводился естественном освещении.

Подкожная жировая клетчатка:

Развита избыточно (толщина кожной складки на уровне пупка 2,5 см), распределена равномерно. Отёков и пастозности не выявлено.

Лимфатическая система:

При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. При пальпации определяются справа и слева одиночные подчелюстные лимфатические узлы, передние шейные, локтевые, размером с маленькую горошину. Кожные покровы и подкожная клетчатка над лимфатическими узлами не изменены. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются.

Мышечная система:

Мышечная система развита достаточно. Нормальная мышечная сила. Мышечный тонус несколько снижен. Мышцы б/болезненны при ощупывании. Гиперкинетических расстройств не выявлено. Походка устойчивая.

Костная и суставная системы:

 Жалобы - жалоб нет.

Осмотр Телосложение гиперстеническое. Череп имеет округлую форму, роднички закрыты, швы замкнуты. Грудная клетка цилиндрической формы. Конечности ровные, суставы визуально не изменены. Б/болезненны при пальпации. Симптом баллотации отсутствует, хруст и крепитация при движении в суставах не отмечаются. Изменения при осмотре, пальпации и простукивании костей скелета и суставов не выявлены.

Суставы: без особенностей

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ:

Жалобы. На одышку на выдохе.

Осмотр и пальпация: Нос не деформирован. Дыхание через нос затруднено с двух сторон (проба с ваткой). Болей самостоятельных или при давлении и поколачивании у кончика носа, на местах лобных пазух и гайморовых полостей не наблюдается. Гортань нормальной формы, ощупывание безболезненно. Болей при разговоре, глотании нет. Голос звонкий, чистый.

 Форма грудной клетки цилиндрическая. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, выражены одинаково справа и слева. Движение обеих половин грудной клетки, синхронно, без отставания. Вспомогательные дыхательные мышцы в дыхании не участвуют. Окружность грудной клетки на уровне нижних углов лопаток и IV-х ребер спереди : при спокойно дыхании - 83 см, при максимальном вдохе - 86 см, при максимальном выдохе - 80 см. Максимальная экскурсия грудной клетки - 3 см. Тип дыхания - смешанный. Частота дыхания - 16 в минуту в покое. Ритм дыхания в покое правильный.

 Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой. Грудная клетка эластичная.

Перкуссия

 сравнительная: в симметричных участках коробочный звук над всей грудной клеткой \*;

\*-не включая сердечную тупость.

топографическая:

Таблица № 1.

 "Границы лёгких и подвижность легочных краёв".

верхняя граница

слева

справа

 спереди

3, 5 см

 3 см

 сзади

 на 0,5см выше на уровне

 остистого отростка VII шейного позвонка

 ширина поля Кренига

5, 3см

5см

Таблица № 2.

 "нижние границы лёгких по топографическим линиям"

окологрудинная

-------------

5-е межреберье

среднеключичная

-------------

(( ребро

передняя подмышечная

((( ребро

((( ребро

средняя подмышечная

(((( ребро

(((( ребро

задняя подмышечная

(( ребро

(( ребро

лопаточная

( ребро

( ребро

околопозвоночная

 остистый отросток (( грудного позвонка

Подвижность легочных краев справа слева

По среднеключичной линии +/ - 2см=4см -----

 средней подмышечной +/- 3см=6см +/ - 3 см=6см

 лопаточной +/- 2см=4см +/- 2см=4см

Аускультация легких. Дыхание жесткое, проводится равномерно без хрипов. Побочные шумы не выслушиваются. Голосовое дрожание усилено с двух сторон.

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ:

Жалобы на боли в области сердца тянущего характера не связанные с физической нагрузкой.

Осмотр и пальпация. Форма ногтей и концевых фаланг пальцев рук не изменена. Патологической пульсации на теле не наблюдается.

 Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидим, пальпируется в V-ом межреберье на 1см кнутри от среднеключичной линии, локализованный /шириной 2 см/, низкий, не усиленный, нерезистентный. Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом ,,кошачьего мурлыканья" не определяются.

Перкуссия сердца.

 Границы относительной тупости сердца.

Правая -по правому краю грудины в IV-ом межреберье;

Левая - в V-ом межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии;

Верхняя - на III ребре (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины).

Поперечный размер относительной тупости сердца - 3 +8,5=11 см.

Конфигурация сердца нормальная.

Аускультация. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцент II тона над лёгочным Стволом. Частота сердечных сокращений 84 ударов/мин. Ритм правильный. В V точке выслушивается слабый систолический шум.

Исследование сосудов. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренной, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. Ритм правильный. Частота 84 удара/мин. Дефицит пульса отсутствует. Пульс полный, ненапряженный, величина немного снижена. Форма (скорость) пульса не изменена. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст.

При пальпации вен изменений нет. При аускультации сосудов патологических изменений не обнаружено.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ:

Жалобы : нет

Исследование органов пищеварения: Губы бледно-розовые, влажные. Язык розового цвета, нормальной формы и величины, спинка языка обложена белесоватым налётом, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, без видимых дефектов. Десны розовые, кровотечений и дефектов нет. Зев чистый, не отечный, чуть красноватый, миндалины не увеличены, не выступают из - за нёбных дужек.

 Зубы постоянные. Ротовая полость санирована.

Слюнные железы не увеличены, б/болезненны.

Аппетит хороший, срыгивания и рвоты нет.

Исследование живота:

 Осмотр. Живот нормальной формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Окружность живота на уровне пупка 59 см. Мышцы брюшной стенки активно участвуют в акте дыхания. Грыжи не выявлены.

 Перкуссия. При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено. Симптомы Менделя и локальной перкуторной болезненности в эпигастрии отрицательные.

 Поверхностная ориентировочная пальпация. Живот не напряжен. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. Отмечена болезненность в средней трети эпигастральной области . Зон кожной гиперальгезии нет. Диастаз прямых мышц живота отсутствует.

 При глубокой методической скользящей пальпации по Образцову - Стражешко - Василенко пальпируются все отделы толстой кишки, кроме прямой и аппендикса. А также терминального отдела тонкой кишки. Болезненность, а также патологические изменения каких-либо отделов не отмечены.

Шум плеска справа от срединной линии (симптом Василенко) не определяется. При аускультации живота определяется (на слух) активная перистальтика кишечника, слышна пульсация брюшного отдела аорты.

При поверхностно - ориентировочной пальпации болезненности нет .

Исследование печени и желчного пузыря:

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси - отрицательные.

Таблица № 3. "Границы печени".

ЛИНИИ

ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА

НИЖНЯЯ ГРАНИЦА

ВЫСОТА ПЕЧЁНОЧНОЙ ТУПОСТИ

Передне - подмышечная правая

VІІ ребро

X ребро

10,5см

Средне - ключичная правая

VІ ребро

На 2,5 см ниже края реберной

 дуги

10см

Окологрудинная правая

на уровне

верхнего края

VІ ребра

на 3 см ниже края реберной дуги

9см

Передняя срединная

на 5 см ниже основания мечевидного отростка грудины

по Курлову

8 см

Граница левой доли

на левой окологрудинной по

 краю реберной дуги

Косой размер

(по Курлову )

 8,5 см

Печень пальпируется на уровне края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), нижний край печени плотный, ровный, закругленный, с гладкой поверхностью, безболезненный. Гепатомегалия.

Стул: регулярный, оформленный, до 2 раз в день, без патологических примесей. Дефекация безболезненна.

 Исследование селезенки

 При перкуссии ( по методу Образцова ) по линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой реберно-суставной линии, определены следующие границы селезеночной тупости:

 верхняя граница - на уровне ІX ребра,

 нижняя граница - на уровне XІ ребра.

Передняя граница селезеночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra.

 Размеры селезеночной тупости:

 поперечник - 5,8 см,

 длинник - 7,5 см.

 Селезенка не пальпируется.

 Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо- Робсона отрицательный.

 Осмотр перректум не проводился.

СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ:

 Жалобы. Отсутствуют

Половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Развитие I и II половых признаков соответствует возрасту. Цикл с 12лет, нерегулярный. Половую жизнь отрицает.

Исследование почек. При осмотре области почек патологических изменений не выявлено. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный.

 Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА:

Жалоб нет. Сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями не страдает. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера - отрицательные, мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается . На передней поверхности шеи изменений не отмечается. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VІІ шейного позвонка сзади - 34 см. Щитовидная железа не пальпируется. При перкуссии и аускультации патологических изменений в области щитовидной железы не обнаружено.

На I этапе диагностического поиска выявлено: с

1. Отягощенный со стороны матери и отца наследственный анамнез

2. Отягощённый аллергоанамнез

3. Острое начало в 4 года на фоне обструктивного бронхита и частых ОРВИ.

4. Ночные приступы удушья.

5. Провокация приступов заболевания введением противодифтерийной вакцины.

6. Инспираторная одышка.

7. Снижение мышечного тонуса.

8. Цилиндрическая форма грудной клетки.

9. Усиление голосового дрожания с 2х сторон.

10. При перкуссии - коробочный звук.

11. Гепатомегалия.

12. Нарушение носового дыхания.

13. Приступы купируются введением беротека или вдыханием сальбутамола.

План обследования:

1) Общий анализ крови + формула

2) Общий анализ мочи

3) Б/х + иммунология крови

4) Копрограмма + соскоб на дисбактериоз.

5) ЭКГ

6) УЗИ органов брюшной полости и сердца

7) Спирограмма с беротеком

8) Консультация ЛОР - врача.

9) Суточная моча на кортизол.

10) Исследование мокроты.

11) Рентген лёгких.

Лабораторные исследования:

17 IX 1998 года Иммунология:

Титр анти - о- стрептолизина 250

Титр антигиалуронидазы ( 250

С-РБ - отр

Латекс Тест отр

Реакция Ваалер-роузе отр

Иммуноглобулины:

Ig A 170

Ig M 18

Ig 1100

Комплимент: 34,5

Hbs Ag "отрицательный"

11 IX 1998 года Общеклинический анализ:

Гемоглобин 130 г/л

Эритроциты 4,4\*1012/л

ЦП 0,89

Тромбоциты 72%о

Лейкоциты 3,4 х 109/л

Свёртываемость 3,40 х 40

ПЯ 1

Сегменты 45

ЭО 13

Лимфоциты 36

Моноциты 5

СОЭ 10 мм/час

11 IX 1998 года Биохимическое исследование крови:

Общ. Белок 73,0 (65-85)

Мочевина 6,0 (2,4-8,3)

Креатинин 0,079 (до 0,088)

Билирубин общ. 12,3 непр 12,3 прям 0 (N=20.5 млмоль/л)

Холестерин 4,02 (2,6 - 5,2)

Сахар 5,4 (3,5 -5,5ммоль/л)

Серомукоид 0,110 (0,120-0,200)

Тимоловая проба 1,0 Ед (1-5Ед)

Дифениламиновая реакция 0,120 (0,129-0,271)

Глютамино-аспарагиновая трансаминаза 25 ЕД N = >35 ЕД

ЩФ 298 N = до 800

16/09/1998 года Копрограмма:

кал плотный, оформленный

соед -

нейтр. Жир -

жирн. К-ты -

мыла -

крахмал +/-

первар. Клетчатка +/-

йодофильная флора +/-

слизь +/-

лейкоциты -

эритроциты -

яйца глист, простейшие -

16/09/1998 Спирограмма:

FVC -85-94

FEV1-87-96

FEV1/FVC-101-101

FEF 25-75%

PEF 90-10%

MEF 75%

MEF 50%

MEF 25%

Заключение: в пределах нормы.

17 IX 1998 года Клинический анализ мочи

Цвет - желтый

Прозрачность - полная

Относит. Плотность - 1006

Реакция - кислая

Белок - нет.

Эпителий плоский - единичный в препарате,

Переходный - 10 в поле зрения,

 Лейкоциты до 10 в поле зрения.

Слизь - умеренно

Соли - оксалаты умеренно.

18 09 1998 года ЭКГ: синусовая аритмия, нормальное положение ЭОС. Нарушение Электрической проводимости миокарда. PQ - 0.15 QRS- 0.09 QRST-0.37.

18 09 1998 года УЗИ сердца: диаметр полостей, толщина , сократимость миокарда в пределах нормы. Створки клапанов тонкие, амплитуда достаточная. Давление в легочных артериях по верхней границе нормы. Без отрицательной динамики по сравнению с сонограммой от II 98 года.

УЗИ органов брюшной полости: сохраняется перегиб желчного пузыря в теле. Стенки средней плотности, не утолщены. Правая доля печени + 1, см, паренхима зернистая, умеренное усиление сосудистого рисунка.

При лабораторных исследованиях выявлено:

1) Эозинофилия в крови (ЭО 13)

2) По данным копрограммы - дисбактериоз.

3) Снижение относительной плотности мочи до 1006.

4) Деформация стенок желчного пузыря.

5) Высокое давление по малому кругу.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

Основное заболевание:

Бронхиальная астма средней тяжести, смешанной формы

Осложнения основного заболевания:

Бронообструктивный синдром, эмфизема легочной ткани.

Обоснование диагноза:

За диагноз бронхиальная астма свидетельствуют:

Дебют заболевания: болезнь возникла в 4 года, после повторных респираторных вирусных инфекций с явлениями бронхита.

Данные анамнеза: отягощенный наследственный и аллергоанамнез: верифицированная клинически поливалентная перекрёстная ГНТ: Поливалентная аллергия на цитрусовые, шоколад, рыбу, молоко, куриный бульон, шерсть кошачьих, домашнюю пыль, цветение растений, выражающаяся приступом удушья. Кожные высыпания на анальгин и сульфаниламиды.

Ранний перевод на искусственное вскармливание, приведший к сенсибилизации и возникновению атопии.

Жалобы на приступы удушья, сопровождаемые экспираторной одышкой.

При объективном исследовании, повышение воздушности легочной ткани, бронхообструктивный синдром, жесткое дыхание.

Данные лаб. Исследований - Эозинофилия крови

Приступы купируются беротеком и сальбутамолом.

ЛЕЧЕНИЕ:

1) Фликсотид (50 мкг) 2 вдоха х 4 раза/день

2) Супрастин 1т х 2 раза/день

3) Карболен 2 табл с утра натощак

4) Бромгексин по схеме для разжижения секрета бронхов

5) Масляные димедроловые капли в нос по 2 капли х 4раза/день

6) Полоскание ротовой полости фурацилином

7) Теотард 0,200 по 1 кап х 2 раза/день

8) Базодетан 2 раза/день

9) Стол № 5

10) Санация очагов хронической инфекции

Рекомендации родителям:

1. Наблюдение участкового педиатра, аллерголога, гастроэнтеролога.

2. Строгое соблюдение гипоаллергенной диеты, исключение бытовых аллергенов.

3. Продолжить дома занятия дыхательной гимнастикой по методу БОР, Бутейко.

4. Фликсотид 500 мкг - 2 вдоха - 4 раза в день - длительно

5. Периодический контроль ФВД методом пикфлоуметрии.

6. Контрольный осмотр в клинике спустя 1/2 месяца от момента выписки.

ПРОГНОЗ:

БЛАГОПРИЯТНЫЙ, при условиях соблюдения режима лечения и схем приёма лекарственных средств, учитывая: рано начатое лечение, сохранность легочных объёмов (по данным спирометрии), незначительный фиброз лёгочной ткани, отсутствие легочного сердца, по данным У/З сонографии.