ФИО

ВОЗРАСТ 6 лет(31.01.95)

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ 8.10.01.

ЗАНЯТИЕ РОДИТЕЛЕЙ мать-дворник,отец-стропальщик

АДРЕС

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ Синдром повышенной возбудимости. Бронхиальная астма, атопическая форма, межприступной период, среднетяжелое течение.

ОСЛОЖНЕНИЯ не выявлено

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Синдром повышенной возбудимости, хр. ринит, атопический дерматит.

ЖАЛОБЫ на сухой кашель, внезапно приходящий, свистящие дыхание.

 АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

У матери 3-беременность, 2-роды (2 беременность-мед. аборт).Во время беременности чувствовала удовлетворительно, работала на заводе. Родила 31.01.95.,родился в срок весом 3200гр. Ростом 51см.,закричал сразу, пуповина отпала на 4 день, вскармливался искусственно ( симилак ),был приложен первый раз к груди на первый день, взял грудь вяло, прикорм с 3мес.геркулесом,фруктовым и овощным пюре. Отнят от груди в 1нед. Начал держать голову в 2мес., сидеть в 6мес., ходить в 9мес., зубы к 1году-2шт. нижние.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

* Синдром нервно-рефлекторного возбуждения
* На 1 году- обструктивный бронхит
* На 2 году-частые ОРВИ(5-6р. в год)

Позднее частые ангины энурез, задержка речевого развития. Имеет склонность к запорам.

 СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Мать перенесла в 42 года острый панкреатит, осложненный дискинезией желчных путей, с 32 лет – хр. ринит.

Отец- пр.здоров

Бабка- 62г.,гипертоническая болезнь, туберкулез легких.

Дед------------------

Бабка----------------

Дед------------------

Бабка----------------

# Беременность матери

1. девочка 21 год- атопический дерматит, хр.ринит
2. мед. Аборт
3. больной бронхиальной астмой.

Аллергия на апельсин, курицу, чай, торты, помидоры, АБ средства ( пеницилин, ампицилин, бисептол, септримин ).В доме нет животных, растений, имеется мягкая мебель, ковры. Мать проводит регулярно влажную уборку. Пациент спит на синдипоновой подушке.

 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДО ЗАБОЛЕВАНИЯ

У мальчика с первых месяцев жизни отмечается повышенная нервная возбудимость, атопический дерматит. В 3 года операция на гортани (удаление узелков на голосовых складках). Гипертрофический тонзилит 2 ст.,энурез, тики, в 2000г. диагностирован рефлюкс – эзофагит.

 ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Мальчик до 1г. рос и развивался нормально, по возрасту. В возрасте 1,5 года диагностирован обструктивный бронхит ( пролечен курсом антибиотиков). После этого частые ОРВИ (5-6р./год), частые ангины. В мае 2000г. опять заболел обструктивным бронхитом, получал солутан, эуфилин, кларитин, приступ сухого кашля купировался. Получал после этого кетотифен еще 1 мес. В августе 2000г.- диагноз бронхиальной астмы средней тяжести в областной больнице. В последнее время отмечается внезапные приступы кашля со свистящим дыханием, которые купируются сами. Поступил в клинику 08.10.01 для дообследования и лечения.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГОИССЛЕДОВАНИЯ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ

Дата-16.10.01

Температура-36,7С

Пульс-92уд\мин

Дыхательные движения-16\мин.

## АД-80\55

#### Нервная система:

####  Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, тошнота и рвота отсутствуют, головной боли на момент обследования не было. Симптомы Кернинга, Брудзинского отсутствуют, как и ригидность затылочных мышц.

####  Черепные нервы

####  1-обоняние сохранено с обеих сторон.

 2-острота зрения левого глаза не изменена, частично нарушено зрение в правом глазу ( частичная атрофия диска зрительного нерва ). Поле зрения не нарушены.

 3,4,6-ширина глазных щелей в норме, объем движений глазных яблок полный, величена зрачков одинаковая, реакция их на свет содружественная, прямая. Конвергенция и аккомодация в норме.

 5-чувствительность на лице сохранена, болей в области лица не отмечает, жевательные мышцы симметричны их атрофии, как и отклонения нижней челюсти не выявлено. Роговичные и чихательные рефлексы сохранены.

 7-лицо симметрично. Мимические пробы выполняет удовлетворительно ( нахмуревание бровей, надувание щек, оскаливание, вытягивание губ трубочкой ). Слезотечения нет, вкус не нарушен, гиперакузии не выявлено.

 8-слух не нарушен, отмечает головокружение центрального генеза, усиливающиеся в позе стоя и при ходьбе. Наблюдается нистагм, быстрый компонент которого направлен в правую сторону.

 9,10-глотание свободное, мягкое небо при фонации сокращается симметрично, увуля расположен по средней линии с незначительным отклонением вправо. Глоточный, небный рефлексы живые.

 11-поднимание плеч, повороты головы в норме.

 12- язык при высовывании по средней лини не откланяется.

 Симптомы орального автоматизма (хоботковый, ладонно-подбородочный, и др. ) отсутствуют.

 *Двигательная сфера*

 Объем движений не нарушен, активные, как и пассивные движения болью не сопровождаются. Тонус верхних и нижних конечностей в норме. Сила в верхних конечностях ( плечевой пояс, сгибатели, разгибатели плеча и предплечья, мышцы кистей ) мною оценена в 4 балла. Сила в нижних конечностях ( сгибатели, разгибатели бедра, голени, стопы ) мною оценена в 5 баллов ( по пятибалльной шкале ). Пробы Баре ( верхняя и нижняя ) отрицательные. Гипотрофия и фасцикуляции не выявлены. Глубокие рефлексы: с лучезапястных, с двуглавой и трехглавой мышц плеча живые, симметричные, в пределах нормы, рефлексы с нижних конечностей (коленные и ахилловы)также симмет-ричны, но усилены. Патологические рефлексы отсутствуют. Поверхностные рефлексы – брюшные симметричны, несколько снижены. Гиперкинезия и гипокинезы отсутствуют.

 *Чувствительная сфера*

 Жалоб нет (боли характерной для этой системы не выявлено ).При исследовании болевой чувствительности патологии не выявлено. Глубокая чувствительность в пальцах рук, ног, луче-запястных суставах, локтевых , голеностопных, коленных не нарушена. Вибрационная чувствительность в норме. Симптомы натяжения ( Нери, Дежерина, Вассермана ) в пределах нормы. Сложные виды чувствительности в норме.

#  Координаторная сфера

 В позе Ромберга не устойчив, т.е. шатался, хотя отклонения в определенную сторону мною не замечено как с открытыми так и с закрытыми глазами. Выполнение пальце-носовой, коленно-пяточной проб удовлетворительное. Пробы на дисдиадохокинез, на дисметрию отрицательные. Походка больного шаткая, широко расставляя ноги ( по матроски ), не изменяется при закрытых глазах. Речь пациента скандирована.

#  Высшие мозговые функции

#  Речевые нарушения: афазия сенсорная, моторная, семантическая, комплексная, не выявлены. В пространстве, времени и своей личности больной ориентирован правильно.

#### Соматический статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Тип телосложения-нормостенический. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Дермографизм красный. Патологические рефлексы отсутствуют.

*Физическое развитие*:вес-18.5кг.,рост114см.

*Кожа:* кожа сухая, видны следы расчесов на животе, верхней части спины, черные круги под глазами.

*Волосы:* тусклые черного цвета, ногти продольно исчерчены нормальной формы.

*Подкожно жировая клетчатка:* развита умеренно, равномерно распределена, пастозности ног и отеков не выявлено.

*Лимфатическая система:* пальпируются множественные переднезаднечелюстные, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы безболезненные, подвижные.

*Мышечная система:* мышцы развиты нормально, тонус в норме болезненности при ощупывании, движениях не выявлено.

*Костная система:* форма черепа округлая швы сомкнуты, роднички закрыты. Выбухания, западения, болезненности не отмечается.

*Система дыхания:* грудная клетка конусообразной формы, дыхание носовое тип дыхания смешанный, ритм дыхания правильный. Отдышки не наблюдается. При пальпации болезненности не отмечается, ригидность грудной клетки в норме, голосовое дрожание одинаково на симметричных участках грудной клетки. При сравнительной перкуссии отмечается тимпанический оттенок перкуторного звука, одинаковый на симметричных участках. При топографической перкуссии выявлено.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линии | справа | слева |
| Средне-ключичнаяПередне-подмышечнаяСредне-подмышечнаяЗадне-подмышечная ЛопаточнаяОколопозвоночная  | 6ребро7ребро8ребро910остистый отросток | --8ребро91011 грудного позвонка |

Экскурсия нижнего края составляет 3см. При аускультативном исследовании выявлено жестковатое дыхание, без хрипов, проводящиеся равномерно во все отделы легких.

*Система кровообращения:* пульс 92 уд\мин, АД 80\55, сердечный толчок в 5 м\р не усилен. Границы абсолютной тупости сердца: верхняя-2-3м\р,левая—1см. от левой среднеключичной линии кнаружи, правая- правая окологрудинная линия. Тоны сердца звучные ровные. Пульсации сосудов шеи, височных, артерий конечностей, а также надчревных артерий не наблюдается визуально.

*Система пищеварения:* Аппетит хороший. Жажда не усилена. Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регулярная: стул ежедневно.

Язык влажный, чистый. Зев розовой окраски. Миндалины за небные дужки не выступают. Живот нормальной формы, симметричен. Патологическая перистальтика отсутствует. При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Пальпация живота безболезненна. Симптомы раздражения брюшины не выявлены. При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

При перкуссии границ абсолютной печеночной тупости определяется:

- топографическая линия верхняя граница нижняя граница

-прав передняя подмышечная VII ребро на уровне XI ребра

-правая среднеключичная VI ребро на 3 см ниже края

 реберной дуги

-правая окологрудинная V м-р на 2 см ниже края

 реберной дуги

-передняя срединная ----- на 2 см ниже

 основания мечевидного

 отростка

Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги по правой среднеключичной линии, край печени плотный, ровный, гладкий, безболезненный.

Болезненность в точке проекции желчного пузыря отсутствует. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются.

*Система мочевыделения:*Жалоб нет. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Мочеиспускание не учащено, порции средние, развитие половых органов соответствует возрасту.

*Эндокринная система:*Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

*Биохимия крови-09.10.01.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатель | число | норма |
| Общий белок | 68.8 | 65-85п\л |
| Мочевина | 4.4 | 2,4-8ммоль\л |
| Биллирубин общий | 15,2 | До20,5ммоль\л |
| Холестерин | 3.8 | 2.6-5.2ммоль\л |
| Калий | 4.4 | 3.5-5.5ммоль\л |
| Натрий | 145.2 | 132-155ммоль\л |
| Кальций | 1.13 | 0.9-1.4ммоль\л |

В пределах нормы.

*Анализ мочи-9.10.01.*

|  |
| --- |
| Цвет желтый Реакция слабокислая Удельный вес 1028 Эпителий не значительное кол-во Лейкоциты ед. в поле зрения Эритроциты 2-3 в поле зрения Слизь не много Бактерии нет Цилиндры нет К-ки почечного эпителиянет |

Без патологических изменений.

*Рентгенологическое исследование органов грудной клетки-9.10.01.*

На R-граме умеренное вздутие органов легочной ткани. Структура корней, тень средостения без особенностей.

*Спирограмма-10.10.01.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fuc | *1.16* | *1.24* | *94* | *98* |
| Feu\fuc(%) | *91.4* | *91.2* | *100* | *108* |
| Pef(l\s) | *2.58* | *1.75* | *147* | *152* |
| Mef(75%l\s) | *2.24* | *174* | *129* | *148* |
| Mtf(50%l\s) | *1.27* | *172* | *74* | *93* |
| Mef(25%l\s) | *О.71* | *0.92* | *17* | *107* |
|  |  |  |  |  |

В пределах нормы, после приема ветолина без существенной динамики.

 КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основе жалоб пациента (наличие приступов удушья с 5лет, характеризующихся началом с сухого кашля с последующим присоединением свистящих дистанционных хрипов, купирующихся самостоятельно и возникающих в ранние утренние часы),перенесенных заболеваниях (обструктивном бронхите-1.5года позже приобретшем хроническую форму, частых ОРВИ продолжающихся с 6мес.) можно предположить бронхиальную астму. За атопическую форму БА свидетельствует заболевания атопическим дерматитом, наследственная отягощенность по хр. риниту(возможно аллергического характера), аллергологическая предрасположенность к пищевым продуктам, АБ лекарственным средствам. О межприступном периоде БА свидетельствует отсутствие клинико-лабораторных показателей( жалоб, сохранность проходимости бронхиального дерева, отсутствие эозинофилии). У данного пациента БА протекает ср.тяжелым течением, тк. приступы регулярны и возникают 1-3р. в мес.(купируются самостоятельно), а об отсутствии дыхательной недостаточности, те дыхательная недостаточность 0 степени, говорит сохраненная функция дыхания и клинико-лабораторные данные.

*Сопутствующие заболевания:*

* атопический дерматит
* синдром повышенной нервной возбудимости
* хр. ринит

 ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время больной получает:

1. интал по 1 ингаляции 4 раза в день (оказывает противоаллергическое действие стабилизируя мембраны тучных клеток и препятствуя выделению биологически активных веществ).
2. вентолин по 1-2 инг. при приступе БА (оказывает расслабляющие действие на гладкую мускулатуру бронхиального дерева благодаря чему увеличивает просвет средних и больших бронхов и бронхиальную проходимость).
3. супрастин по 1-2 т. 2р. в день (оказывает противоаллергическое действие конкурентно блокируя гистаминовые рецепторы гладкой мускулатуры бронхов)
4. фенибут по 1т. 2р. в день – синдром повышенной нервной возбудимости

 ПРОГНОЗ

Бронхиальная астма, являясь хроническим заболеванием не излечима, но при подборе соответствующей терапии и выполнения пациентом назначений врача можно добиться стойкой ремиссии этого заболевания.

* С учетом частоты и тяжести приступов ближайший прогноз остается благоприятным при соблюдении больным диеты, правил лечения и приема ЛС.
* Отдаленный прогноз также благоприятен при регулярном посещении больным врача (1р\2-3мес) и регулярном прохождении лечения в стационаре(1р\6-12мес, по назначению врача).
* В дошкольном, школьном и юношеском периоде родителям больного целесообразно следить за соблюдением им диеты, исключающую аллергически не переносимые продукты, регулярно производить влажную уборку дома(1-2р\нед.), готовить мальчика к умственному труду, тк. чрезмерные физические нагрузки ему противопоказаны.

Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова

Кафедра детских болезней

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Выполнил:

Проверил: