

История болезни

Гуцуляк Светлана Александровна

к.м.н., доцент

кафедры педиатрии №2 ИГМУ

2016 г.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- ▶ Паспортная часть
- ▶ Жалобы больного при поступлении и на момент курации
- ▶ Анамнез заболевания
- ▶ Анамнез жизни больного
- ▶ Данные объективного обследования при поступлении и на момент курации.
- ▶ Предварительный диагноз (формулировка)
- ▶ Дифференциально-диагностический ряд
- ▶ План обследования с обоснованием
- ▶ Результаты исследований
- ▶ План лечения с обоснованием
- ▶ Дневники наблюдений
- ▶ Дифференциальный диагноз
- ▶ Диагностический эпикриз
- ▶ Этапный эпикриз (с обоснованием клинического диагноза и оценкой состояния больного)
- ▶ Выписной эпикриз (с обоснованием заключительного клинического диагноза, формулировка заключительного клинического диагноза)

Паспортная часть

Ф.И.О.: Г. Е. В. Грачева Елизавета Вадимовна

Дата рождения: 11.04.2012г

Возраст: 3 года

Пол: женский

Национальность: русская

Место жительства: Иркутская область, поселок Лермонтовский, улица Горького ½

Место учебы: ДДУ № 3

Телефон:

Мать: Г. М. П.

Дата поступления: 09.12.15

Кем направлен: Култукская МКБО, Лермонтовская сельская районная больница

Диагноз направившего учреждения: Бронхиальная астма?

Диагноз при поступлении: Рецидивирующий бронхит, ДНО.

Диагноз клинический: Рецидивирующий бронхит, ДНО.

Диагноз клинический заключительный:

- ▶ **Основной:** Рецидивирующий бронхит, ДНО.
- ▶ **Сопутствующий:** Функциональное нарушение желудочно-кишечного тракта - гастроэзофагеальный рефлюкс II степени, без эзофагита. Перегиб желчного пузыря в теле. Латентный дефицит железа.

Жалобы

Опрос желательно начать с внимательного, доброжелательного прослушивания имеющих на момент поступления жалоб больного. Затем приступить к анализу каждой жалобы в отдельности, уточняя ее отдельные характеристики.

Жалобы профессиональным языком записываются в историю болезни, при этом вначале описывают детально основные жалобы, которые нужно проследить во время наблюдения в стационаре за больным. Далее перечисляются другие жалобы, которые не укладываются в клинику основного заболевания.

Пример оформления:

Кашель влажный периодический, больше беспокоит в утренние часы, в ночное время сухой приступообразный.

Одышка экспираторного характера при физической нагрузке.

Насморк, слизистое отделяемое из носа, заложенность носа.

«Голодные» боли в животе, отрыжка кислым, изжога.

Анамнез заболевания:

- ▶ Хронологическая последовательность развития настоящего заболевания, появление во времени жалоб, которые предъявляет больной при госпитализации.
- ▶ Во время сбора анамнеза перед врачом ставятся следующие задачи:
 - ▶ изучить, при каких обстоятельствах (на фоне полного здоровья или болезненного процесса, факторы риска) возникла ведущая жалоба;
 - ▶ что послужило причиной обострения заболевания, если оно диагностировано у больного ранее;
 - ▶ отследить развитие каждой предъявляемой жалобы в хронологическом порядке, от момента ее возникновения до дня осмотра больного, в той последовательности и взаимосвязи, как они следовали одна за другой (каждый день и час при остром процессе, месяцы и годы при хроническом).
- ▶ Для уточнения заболевания необходимо в хронологическом порядке провести анализ имеющихся результатов лабораторных, инструментальных методов исследования. Важно оценить результаты ранее проведенных лечебных мероприятий и эффективность лекарственных препаратов при данной патологии (с указанием препаратов и доз).
- ▶ Обязательно изучение имеющейся у больного документации: выписка из истории болезни, направлений лечебных учреждений, амбулаторной карты, результатов лабораторных и инструментальных исследований.

Анамнез заболевания: (пример оформления)

С рождения типичные проявления атопического дерматита. С первого года жизни рецидивирующий бронхообструктивный синдром, затяжное течение ринита, до 6ти раз за год, чаще без острых катаральных явлений. При контакте с бытовыми аллергенами симптомы ринита, кашель. Семейный аллергоанамнез отягощен: родная сестра – бронхиальная астма, троюродный брат – бронхиальная астма. В 2 года был поставлен диагноз Бронхиальная астма, Аллергический ринит. Ребенок обследован в отделении пульмонологии (по данным прик тестов поливалентная сенсibilизация, общ ИгЕ повышен (396 Ме/мл), РЦГ эозинофилы 30%). Получал базисную терапию флутиказона пропионат 200 мкг в сутки. Обострения бронхиальной астмы до 7-ми лет были до 6-ти раз за год.

В течение последних 2-х лет базисную терапию не получал, обострения бронхиальной астмы легкие (длительность до недели), отмечается сезонность (март-апрель и сентябрь-октябрь) купируются амбулаторно (ингаляции беродуала, пульмикорта), за мед. помощью не обращался. Физические нагрузки переносит удовлетворительно, редко бывает одышка. Кашель, насморк, может быть одышка при контакте с животными.

Настоящее обострение в течение 2-х недель, на фоне ОРВИ появился кашель, заложенность носа повышения т тела, два дня назад затруднение дыхания, получал беродуал без эффекта, осмотрен педиатром рекомендовано стационарное лечение.

Anamnesis vitae

АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД:

Девочка от вторых родов, второй беременности, старший ребенок 7 лет, здоров (перерыв между настоящей и предыдущей беременностью 4 года). Беременность запланированная, желанная. Профессиональной вредности у отца и матери нет. На учет в женскую консультацию встала в 7 недель.

Матери на момент родов 29 лет. Беременность протекала без осложнений. Угроза прерывания беременности отсутствовала.

Соблюдался режим дня беременной, в том числе продолжительность ночного сна, отдых в дневное время, прогулки ежедневно не менее 2-х часов.

Питание рациональное, разнообразное, в том числе дополнительное питание для беременных (смесь Фемилак). (ежедневно употребляла не менее 180 г. мяса, 100 г. рыбы - 3 раза в неделю, 30-50 г. сыра, 300 г. хлеба, 500 г. овощей, 0,5 л. молока и кисломолочных продуктов).

Инфекционных заболеваний у матери во время беременности не было.

Получала поливитаминовый комплекс для беременных - (Витрум Пренатал форте).

ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД:

Срочные роды, беременность 39 недель. Во время родов акушерские вмешательства не проводились.

Информация о длительности течения родов в выписке из роддома отсутствует. Мать ребенка на данный вопрос затрудняется ответить.

Заключение: интранатальный период не осложнен. Информация неполная.

Неонатальный период

- ▶ Ребенок доношен. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте 8 баллов, на 5-й 9 баллов. Девочка закричала сразу, крик громкий. При рождении: масса — 3550 г., рост — 51 см., окружность головы 36 см., окружность грудной клетки — 34 см. Пупочный остаток отпал на 3 сутки, пупочная ранка зажила сразу. К груди приложили сразу после рождения в родзале. **Неонатальный скрининг проведен.** Вакцинация БЦЖ поставлена в роддоме 19. 09. 2008 № 760/0907 760/0,05 г. Москва. Вес при выписке — 3380 г. На третий день выписали домой в удовлетворительном состоянии. **Процент потери массы тела = 1 %**
- ▶ Заключение: период новорожденности протекал без осложнений.

Вскармливание:

Первое прикладывание к груди через 30 мин после рождения. Кормление регулярное, с интервалом в ночное время 3-4 часа (кормление по требованию ребенка). Ребенок вскармливался грудью с 1 дня до года. Вскармливание – естественное. С 3,5 месяцев, по назначению врача ребенок, получал яблочный сок. В 5,5 месяцев яблочное пюре – Агуша, в 8 месяцев – манная каша, затем овощное пюре, мясо, творог.

Питание ребенка в настоящее время:

Завтрак – гречневая, пшенная или рисовая каши, белый хлеб, чай с молоком, пирожок с картошкой, блины со сметаной;

Обед – супы на мясном бульоне, хлеб, салат чаще из свежих овощей, компот, чай с лимоном;

Ужин – тушеная капуста, овощное рагу или картофельное пюре, мясо, рыба до 2-х раз в неделю, курица; чай с сахаром, белый хлеб, фруктовой салат, свежие овощи.

Любит: творог, фрукты: бананы, яблоки, говядину, кисло-молочные продукты. Сладости, мороженое в умеренном количестве.

Заключение: вскармливание ребенка на первом году нерациональное. Позднее введение прикорма. В качестве первого основного прикорма была введена глютенная каша, позднее введение овощного пюре, мяса.

Питание ребенка в настоящее время сбалансированное и регулярное. Достаточно фруктов, овощей.

Пример оформления раздела перенесенные заболевания

Перенесенные заболевания:

1999 год

12.03 - ОРВИ, ринофарингит (заложенность носа, слизисто-гнойные выделения из носа, ↑t)

11.10 - ОРВИ, о. бронхит (кашель, насморк, единичные сухие хрипы, ↑t)

16.11 - ОРВИ, бронхит, обструктивный синдром (кашель, насморк, сухие и влажные хрипы с обеих сторон, ↑t)

2000 год

7.02. - грипп (↑t , кашель, насморк)

25.07 - ОРЗ, о. фарингит (кашель)

25.08 - ОРВИ, аденовирусная инфекция (насморк, нагноение глаз)

19.09 - ОРВИ (насморк, кашель, ↑t)

11.10 - ОРВИ, назофарингит (кашель, насморк, ↑t)

2001 год

15.01 - ОРЗ, назофарингит (насморк, сухой кашель, ↑t)

10.09 - ОРЗ, назофарингит (кашель, насморк, ↑t)

19.10 - о. бронхит, течение ср. тяжести (влажный кашель, частый, до рвоты, насморк, ↑t)

15.11 - о. трахеобронхит (насморк, сухой кашель, в легких жесткое дыхание, в верхней доли справа мелкопузырчатые хрипы, ↑t)

2003 год

10.09 - ОРВИ, о. ринофарингит ($\uparrow t$, боль в горле, насморк)

27.10 - ОРВИ, о. назофарингит ($\uparrow t$, сухой кашель, насморк)

22.12 - ОРВИ, о. бронхит ($\uparrow t$, частый влажный приступообразный кашель, особенно по ночам, насморк)

2004 год

28.07 - ОРВИ, о. фаринготрахеит (боль в горле, насморк, кашель)

17.09 - о. бронхит (влажный кашель)

5.10 - о. правосторонняя пневмония ($L-10 \cdot 10^9 / л$, эоз-5, $\text{Э}-3,8 \cdot 10^{12} / л$, СОЭ-30)

2005 год

14.03 - ОРВИ, фарингит ($\uparrow t$, кашель, насморк)

7.12 - ушиб грудной клетки

2006 год

7.02 - ОРВИ, фарингит ($\uparrow t$, сухой кашель, насморк, заложенность носа, головная боль)

10.04 - ОРВИ, ларингофарингит ($\uparrow t$, сухой приступообразный кашель, головная боль, боль в горле)

2007 год

5.02 - бронхит, обструктивный синдром (кашель, насморк, сухие свистящие и влажные хрипы с обеих сторон, t 36,5)

21.02 - ОРВИ, фарингит (кашель, насморк, ↑t)

11.05 - ОРВИ, о. ринит, обструктивный бронхит (Э-4,2*10¹², Гб-135, л-4,5*10⁹, эоз-6)

21.05 - Аллерголог - рецидивирующий обструктивный бронхит, аллергический ринит (IgE-854,6ме/мл-повышен, спирография: ЖЕЛ-норма, ск-ть форс-го выдоха-норма, ЖЕЛ-норма, ин Тиффно-норма, паттерн дыхания физиологический)

24.12 - невролог - минимальная мозговая дисфункция, церебростенический синдром(головная боль во 2ой половине дня, пов-я утомляемость, снижение памяти, плохой сон)

2008 год

28.02 - Аллерголог -Дз: Бронхиальная астма атопическая, легкой степени тяжести, персистирующее течение, период обострения, ДН 0. соп.: Аллергический ринит, тяжелой степени тяжести, круглогодичный с сезонными обострениями. БТ флутиказона пропионат 200 мкг в сутки.

2.04 - Аллерголог - назначенная терапия не начата.

прик-тест: р-р гистамина+3мм, дом пыль++2мм, D pteronissinus ++3мм, D farina+++6мм, шерсть собаки+1мм, шерсть кошки++2мм, береза++2мм, ольха++1мм, мятлик++2мм, лебеда++2мм.

2.06 - Эндокринолог - гипоталамический синдром, нейро-эkd форма, эндем зоб, Iст, эутиреоз

2009 год

15.05 - ОРВИ, аллергический ринит (насморк, кашель; ингаляции беродуалом)

1.06 - 2сторонний гайморозтмоидит (насморк)

17.11 - грипп (↑t , сухой кашель, головная боль, ломота в костях)

28.12 - ОРВИ, фарингит (↑t , кашель, боль в горле)

2.06 - Эндокринолог - гипоталамический синдром, нейро-эkd форма, эндем зоб, Iст, эутиреоз

Заключение по учетной форме 112

Оценка резистентности:

- ▶ Период грудного возраста:
 - ▶ $J_{oz} = 1/12 = 0,08$ резистентность хорошая
- ▶ Преддошкольный период:
 - ▶ $J_{oz} = 6/12 = 0,5$ резистентность низкая
- ▶ За последний год $J_{oz} = 4/12 = 0,33$

С годовалого возраста низкий индекс резистентности, преобладают острые респираторные заболевания, рецидивирующий бронхит, на фоне ОРВИ, всегда с повышением температуры тела, в 6-ти летнем возрасте пневмония, типичное течение.

Заключение по учетной форме 112

(продолжение):

- ▶ С 9ти лет рецидивирующий бронхообструктивный синдром без катаральных явлений, сопровождался эозинофилией в крови. Общ ИгЕ повышен. Консультирован аллергологом, рекомендации выполнялись не в полном объеме.
- ▶ В 2009 году установлен Дз Бронхиальная астма atopическая. Аллергический ринит, тяжелой степени тяжести, круглогодичный с сезонными обострениями. Проведены прик тесты: выявлена поливалентная сенсбилизация, рекомендованная терапия не проведена.
- ▶ Регулярно наблюдается у эндокринолога с Дз: гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма, эндемический зоб, I степени, эутиреоз. Получает профилактические курсы лечения.
- ▶ В 2007 году невролог - минимальная мозговая дисфункция, церебростенический синдром (головная боль во 2ой половине дня, повышенная утомляемость, снижение памяти, плохой сон), получал лечение. В настоящее время снят с учета, неврологом не наблюдается.

Т.о. из амбулаторной карты Дз: Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма.

~~Предварительный зоб в I степени~~: сопутствующую патологию.

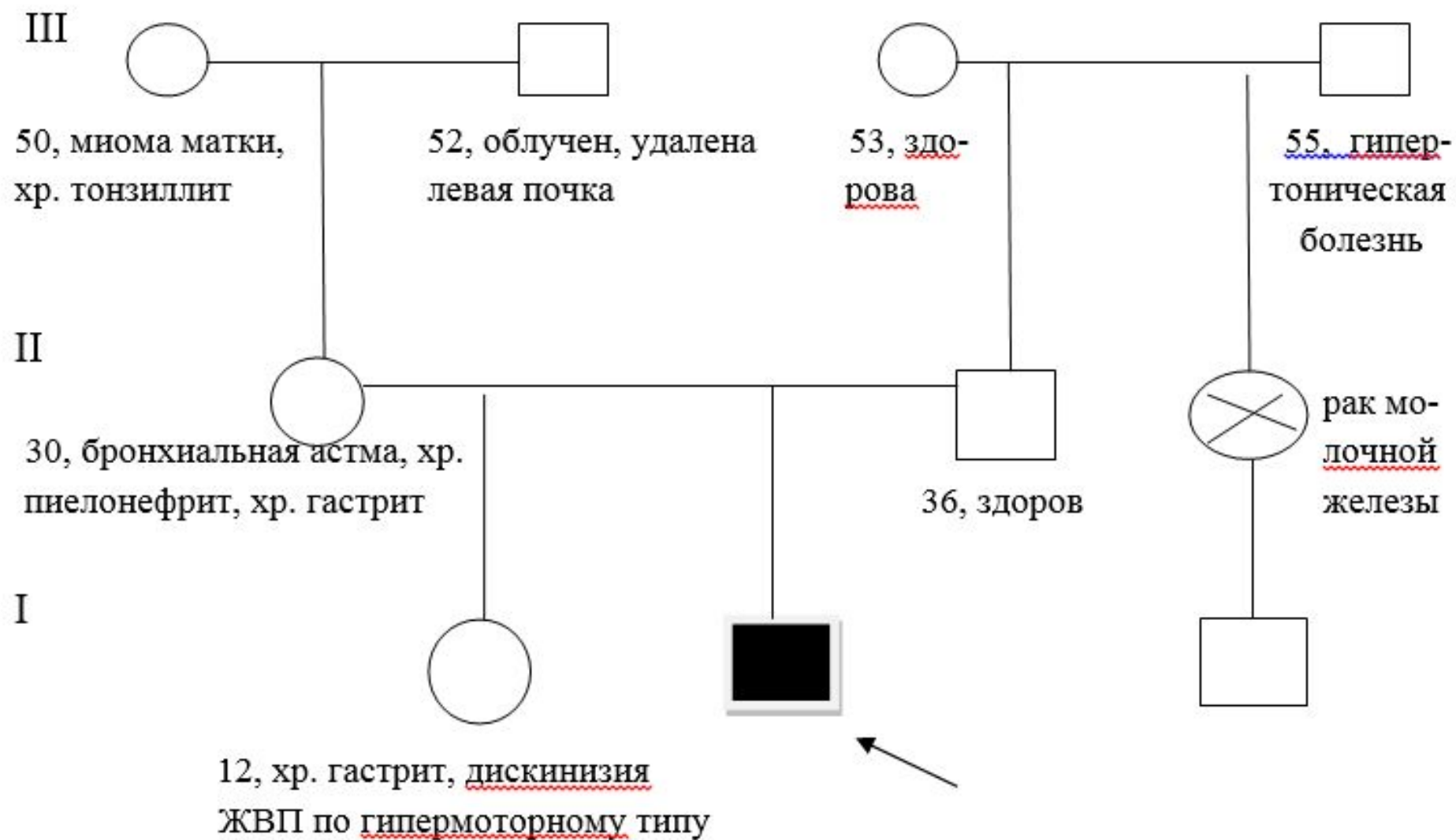
- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее течение, период обострения, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, легкой степени тяжести, круглогодичный с сезонными обострениями.

Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.

Семейный анамнез:

- ▶ Мать- Астафьева Татьяна Алексеевна, 30 лет, почтальон.
- ▶ Отец- Деревцов Вячеслав Павлович, 36 лет, шофер.
- ▶ Профессиональные вредности родителей - психоэмоциональные нагрузки, оба родителя курят в течение 17 лет, по одной пачке в день.

Пассивное курение выносится в факторы риска



III поколение: бабушка по материнской линии, 50 лет, миома матки, хронический тонзиллит.

дедушка по материнской линии, 52 года, рак удалена левая почка

дедушка по линии отца, 55 лет, гипертоническая болезнь

II поколение: мать, 30 лет, бронхиальная астма, хронический пиелонефрит, хронический гастрит

тетя, со стороны отца, умерла от рака молочной железы

I поколение: сестра, 12 лет, хронический гастрит, дискинезия желчевыводящих путей.

Заключение:

С достаточной долей вероятности можно отметить, что моногенные хромосомные заболевания в родословной отсутствуют.

Индекс отягощенности = $6/10=0,6$

Качественная направленность риска определяет предрасположение к бронхиальной астме, гастриту, к онкологическим заболеваниям и к гипертонической болезни.

Заключение по анамнезу жизни:

Пример оформления:

выявлены следующие факторы риска:

- ▶ токсикоз на протяжении всей беременности,
- ▶ Пассивное курение
- ▶ к груди приложен на вторые сутки, с 1 месяца на искусственном вскармливании, в настоящее время режим дня и питания не соблюдает.
- ▶ Индекс резистентности очень низкий (0,8)
- ▶ Семейный аллергоанамнез отягощен: мама страдает бронхиальной астмой,
- ▶ ребенок с 6 месяцев наблюдается у ЛОР- врача с диагнозом аденоидит 1 ст,

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- ▶ Паспортная часть
- ▶ Жалобы больного при поступлении и на момент курации
- ▶ Анамнез заболевания
- ▶ Анамнез жизни больного
- ▶ Данные объективного обследования при поступлении и на момент курации.
- ▶ Предварительный диагноз (формулировка)
- ▶ Дифференциально-диагностический ряд
- ▶ План обследования с обоснованием
- ▶ Результаты исследований
- ▶ План лечения с обоснованием
- ▶ Дневники наблюдений
- ▶ Дифференциальный диагноз
- ▶ Диагностический эпикриз
- ▶ Этапный эпикриз (с обоснованием клинического диагноза и оценкой состояния больного)
- ▶ Выписной эпикриз (с обоснованием заключительного клинического диагноза, формулировка заключительного клинического диагноза)

Заключение по объективному статусу: (пример оформления)

- ▶ Интоксикационный синдром: вялость, быстрая утомляемость, снижение аппетита.
- ▶ Назальный синдром: насморк серозное обильное отделяемое, чихание
- ▶ респираторный синдром: малопродуктивный кашель, носящий приступообразный характер, больше беспокоит в ночное время.
- ▶ бронхолегочный синдром: при перкуссии притупление перкуторного звука по задней поверхности слева под лопаткой, там же при аускультации выслушивается жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы, на выдохе, не меняются после покашливания.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- ▶ Паспортная часть
- ▶ Жалобы больного при поступлении и на момент курации
- ▶ Анамнез заболевания
- ▶ Анамнез жизни больного
- ▶ Данные объективного обследования при поступлении и на момент курации.
- ▶ Предварительный диагноз (формулировка)
- ▶ Дифференциально-диагностический ряд
- ▶ План обследования с обоснованием
- ▶ Результаты исследований
- ▶ План лечения с обоснованием
- ▶ Дневники наблюдений
- ▶ Дифференциальный диагноз
- ▶ Диагностический эпикриз
- ▶ Этапный эпикриз (с обоснованием клинического диагноза и оценкой состояния больного)
- ▶ Выписной эпикриз (с обоснованием заключительного клинического диагноза, формулировка заключительного клинического диагноза)

Предварительный диагноз, дифференциально-диагностический ряд

- ▶ Выделяется ведущий синдром(симптом), определяется дифференциальный ряд заболеваний, при которых наблюдается данный синдром. Высказывается гипотеза рабочего (предварительного) диагноза.
- ▶ Формулировка предварительного основного диагноза должна быть полной (нозологическая форма, степень тяжести, стадия, фаза, основные клинико-морфологические синдромы, осложнения, нарушение функций), в соответствии с современной классификацией.
- ▶ Дифференциально-диагностический ряд содержит только те заболевания, которые имеют общие черты с заболеванием у курируемого больного.
 - ▶ Например: у пациента бронхообструктивный синдром с 3-х летнего возраста, период новорожденности неотягощен, ИВЛ не проводилась, т.о. в данной ситуации диф диагностика с бронхолегочной дисплазией не проводится.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

План обследования составляется с учетом предварительного диагноза (основная диагностическая концепция-гипотеза) и дифференциально-диагностического ряда заболеваний со сходной клинической симптоматикой

- ▶ Общеклинический минимум в стационаре: ОАК, ОАМ, кал на яйца глистов.
- ▶ Стандарт обследования по конкретному заболеванию
- ▶ Обследование, необходимое для исключения конкурентных заболеваний

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш
- ▶ рецидивирующий бронхит
- ▶ Муковисцидоз
- ▶ Туберкулез
- ▶ Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс
- ▶ ВАР бронхолегочной системы
- ▶ Иммунодефицит
- ▶ Гельминтозы
- ▶ Врожденные пороки сердца

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш (ОАК, РПГА коклюш, паракоклюш)
- ▶ рецидивирующий бронхит (ОАК, биохимия крови СРБ, посев из зева и носа на флору, грибы, ИФА АТ к атипичным инфекциям)
- ▶ Муковисцидоз (копрограмма, хлориды пота)
- ▶ Туберкулез (Р-Манту, диаскин-тест, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, Р-эзофагогастроскопия с контрастированием)
- ▶ ВАР бронхолегочной системы (Фибробронхоскопия, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Иммунодефицит (иммунограмма)
- ▶ Гельминтозы (ОАК, кал на я/глист, копрограмма, ИФА АТ гельминтов, аскарид, лямблий)
- ▶ Врожденные пороки сердца (ЭКГ, Эхо-КГ).

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

План обследования составляется с учетом предварительного диагноза (основная диагностическая концепция-гипотеза) и дифференциально-диагностического ряда заболеваний со сходной клинической симптоматикой

- ▶ **Общеклинический минимум в стационаре: ОАК, ОАМ, копрограмма, кал на яйца глистов.**
- ▶ Стандарт обследования по конкретному заболеванию
- ▶ Обследование, необходимое для исключения конкурентных заболеваний

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи(клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы)
- 4.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

План обследования составляется с учетом предварительного диагноза (основная диагностическая концепция-гипотеза) и дифференциально-диагностического ряда заболеваний со сходной клинической симптоматикой

- ▶ **Общеклинический минимум в стационаре: ОАК, ОАМ, кал на яйца глистов.**
- ▶ **Стандарт обследования по конкретному заболеванию**
- ▶ **Обследование, необходимое для исключения конкурентных заболеваний**

Предварительный диагноз

▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.

▶ Сопутствующий:

Аллергический ринит, круглогодичный.

Хронический аденоидит I степени.

Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма.

Эндемический зоб.

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи(клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы)
4. Импульсная осциллометрия
5. Бронходилатационный тест по ПСВ
6. Суточное мониторирование ПСВ
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно.

Предварительный диагноз

▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.

▶ Сопутствующий:

Аллергический ринит, круглогодичный.

Хронический аденоидит I степени.

Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма.

Эндемический зоб.

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи(клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы)
4. Импульсная осциллометрия
5. Бронходилатационный тест по ПСВ
6. Суточное мониторирование ПСВ
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно.
9. Консультация ЛОР врача
10. Р- придаточных пазух носа

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

План обследования составляется с учетом предварительного диагноза (основная диагностическая концепция-гипотеза) и дифференциально-диагностического ряда заболеваний со сходной клинической симптоматикой

- ▶ Общеклинический минимум в стационаре: ОАК, ОАМ, кал на яйца глистов.
- ▶ Стандарт обследования по конкретному заболеванию
- ▶ Обследование, необходимое для исключения конкурентных заболеваний

Предварительный диагноз

▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.

▶ Сопутствующий:

Аллергический ринит, круглогодичный.

Хронический аденоидит I степени.

Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи(клинический минимум обследования в стационаре);
3. Кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий:
 - Аллергический ринит, круглогодичный.
 - Хронический аденоидит I степени.
 - Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи(клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)
12. **Консультация эндокринолога** (Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.)

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.

Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш (ОАК, РПГА коклюш, паракоклюш)
- ▶ рецидивирующий бронхит (ОАК, биохимия крови СРБ, посев из зева и носа на флору, грибы, ИФА АТ к атипичным инфекциям)
- ▶ Муковисцидоз (копрограмма, хлориды пота)
- ▶ Туберкулез (Р-Манту, диаскин-тест, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, Р-эзофагогастроскопия с контрастированием)
- ▶ ВАР бронхолегочной системы (Фибробронхоскопия, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Иммунодефицит (иммунограмма)
- ▶ Гельминтозы (ОАК, кал на я/глист, копрограмма, ИФА АТ гельминтов, аскарид, лямблий)
- ▶ Врожденные пороки сердца (ЭКГ, Эхо-КГ).

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи (клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)
12. Консультация эндокринолога (Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.)
13. РПГА коклюш, паракоклюш (исключения Дз Коклюш, паракоклюш)

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Эндемический зоб I степени, эутиреоз.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш (ОАК, РПГА коклюш, паракоклюш)
- ▶ рецидивирующий бронхит (ОАК, биохимия крови СРБ, посев из зева и носа на флору, грибы, ИФА АТ к атипичным инфекциям)
- ▶ Муковисцидоз (копрограмма, хлориды пота)
- ▶ Туберкулез (Р-Манту, диаскин-тест, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, Р-эзофагогастроскопия с контрастированием)
- ▶ ВАР бронхолегочной системы (Фибробронхоскопия, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Иммунодефицит (иммунограмма)
- ▶ Гельминтозы (ОАК, кал на я/глист, копрограмма, ИФА АТ гельминтов, аскарид, лямблий)
- ▶ Врожденные пороки сердца (ЭКГ, Эхо-КГ).

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи (клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)
12. Консультация эндокринолога (Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.)
13. РПГА коклюш, паракоклюш (уточнение этиологии бронхита)
10. биохимия крови СРБ (данные за наличие инфекционного процесса)
11. ИФА АТ к атипичным инфекциям (уточнение этиологии бронхита)

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Эндемический зоб I степени, эутиреоз.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш (ОАК, РПГА коклюш, паракоклюш)
- ▶ рецидивирующий бронхит (ОАК, биохимия крови СРБ, посев из зева и носа на флору, грибы, ИФА АТ к атипичным инфекциям)
- ▶ **Муковисцидоз** (копрограмма, хлориды пота)
- ▶ Туберкулез (Р-Манту, диаскин-тест, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, Р-эзофагогастроскопия с контрастированием)
- ▶ ВАР бронхолегочной системы (Фибробронхоскопия, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Иммунодефицит (иммунограмма)
- ▶ Гельминтозы (ОАК, кал на я/глист, копрограмма, ИФА АТ гельминтов, аскарид, лямблий)
- ▶ Врожденные пороки сердца (ЭКГ, Эхо-КГ).

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи (клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы, муковисцидоз)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)
12. Консультация эндокринолога (Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.)
13. РПГА коклюш, паракоклюш (уточнение этиологии бронхита)
10. биохимия крови СРБ (данные за наличие инфекционного процесса)
11. ИФА АТ к атипичным инфекциям (уточнение этиологии бронхита)
12. хлориды пота (подтверждение, исключение Дз муковисцидоз)

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Эндемический зоб I степени, эутиреоз.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш (ОАК, РПГА коклюш, паракоклюш)
- ▶ рецидивирующий бронхит (ОАК, биохимия крови СРБ, посев из зева и носа на флору, грибы, ИФА АТ к атипичным инфекциям)
- ▶ Муковисцидоз (копрограмма, хлориды пота)
- ▶ **Туберкулез** (Р-Манту, диаскин-тест, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, Р-эзофагогастроскопия с контрастированием)
- ▶ ВАР бронхолегочной системы (Фибробронхоскопия, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Иммунодефицит (иммунограмма)
- ▶ Гельминтозы (ОАК, кал на я/глист, копрограмма, ИФА АТ гельминтов, аскарид, лямблий)
- ▶ Врожденные пороки сердца (ЭКГ, Эхо-КГ).

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи (клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы, муковисцидоз)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)
12. Консультация эндокринолога (Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.)
13. РПГА коклюш, паракоклюш (уточнение этиологии бронхита)
10. биохимия крови СРБ (данные за наличие инфекционного процесса)
11. ИФА АТ к атипичным инфекциям (уточнение этиологии бронхита)
12. хлориды пота (подтверждение, исключение Дз муковисцидоз)
13. Р-Манту, диаскин-тест (подтверждение, исключение Дз туберкулез)
14. Р- ОГК в прямой проекции, МСКТ органов грудной клетки (подтверждение, исключение Дз туберкулез)

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Эндемический зоб I степени, эутиреоз.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш (ОАК, РПГА коклюш, паракоклюш)
- ▶ рецидивирующий бронхит (ОАК, биохимия крови СРБ, посев из зева и носа на флору, грибы, ИФА АТ к атипичным инфекциям)
- ▶ Муковисцидоз (копрограмма, хлориды пота)
- ▶ Туберкулез (Р-Манту, диаскин-тест, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ **Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс** (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, Р-эзофагогастроскопия с контрастированием)
- ▶ ВАР бронхолегочной системы (Фибробронхоскопия, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Иммунодефицит (иммунограмма)
- ▶ Гельминтозы (ОАК, кал на я/глист, копрограмма, ИФА АТ гельминтов, аскарид, лямблий)
- ▶ Врожденные пороки сердца (ЭКГ, Эхо-КГ).

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи (клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы, муковисцидоз, оценка функции ЖКТ)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)
12. Консультация эндокринолога (Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.)
13. РПГА коклюш, паракоклюш (уточнение этиологии бронхита)
10. биохимия крови СРБ (данные за наличие инфекционного процесса)
11. ИФА АТ к атипичным инфекциям (уточнение этиологии бронхита)
12. хлориды пота (подтверждение, исключение Дз муковисцидоз)
13. Р-Манту, диаскин-тест (подтверждение, исключение Дз туберкулез)
14. Р- ОГК в прямой проекции, МСКТ органов грудной клетки (подтверждение, исключение Дз туберкулез)
19. УЗИ органов брюшной полости (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
20. Фиброгастродуоденоскопия с биопсией (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
21. Р-эзофагогастроскопия с контрастированием (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Эндемический зоб I степени, эутиреоз.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш (ОАК, РПГА коклюш, паракоклюш)
- ▶ рецидивирующий бронхит (ОАК, биохимия крови СРБ, посев из зева и носа на флору, грибы, ИФА АТ к атипичным инфекциям)
- ▶ Муковисцидоз (копрограмма, хлориды пота)
- ▶ Туберкулез (Р-Манту, диаскин-тест, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, Р-эзофагогастроскопия с контрастированием)
- ▶ **Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы** (Фибробронхоскопия, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Иммунодефицит (иммунограмма)
- ▶ Гельминтозы (ОАК, кал на я/глист, копрограмма, ИФА АТ гельминтов, аскарид, лямблий)
- ▶ Врожденные пороки сердца (ЭКГ, Эхо-КГ).

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи (клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы, муковисцидоз, оценка функции ЖКТ)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)
12. Консультация эндокринолога (Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.)
13. РПГА коклюш, паракоклюш (уточнение этиологии бронхита)
10. биохимия крови СРБ (данные за наличие инфекционного процесса)
11. ИФА АТ к атипичным инфекциям (уточнение этиологии бронхита)
12. хлориды пота (подтверждение, исключение Дз муковисцидоз)
13. Р-Манту, диаскин-тест (подтверждение, исключение Дз туберкулез)
14. Р- ОГК в прямой проекции, МСКТ органов грудной клетки (подтверждение, исключение Дз туберкулез, ВАР БЛС)
19. УЗИ органов брюшной полости (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
20. Фиброгастродуоденоскопия с биопсией (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
21. Р-эзофагогастроскопия с контрастированием (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
11. Фибробронхоскопия (подтверждение, исключение Дз Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы)

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Эндемический зоб I степени, эутиреоз.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш (ОАК, РПГА коклюш, паракоклюш)
- ▶ рецидивирующий бронхит (ОАК, биохимия крови СРБ, посев из зева и носа на флору, грибы, ИФА АТ к атипичным инфекциям)
- ▶ Муковисцидоз (копрограмма, хлориды пота)
- ▶ Туберкулез (Р-Манту, диаскин-тест, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, Р-эзофагогастроскопия с контрастированием)
- ▶ ВАР бронхолегочной системы (Фибробронхоскопия, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ **Иммунодефицит** (иммунограмма)
- ▶ Гельминтозы (ОАК, кал на я/глист, копрограмма, ИФА АТ гельминтов, аскарид, лямблий)
- ▶ Врожденные пороки сердца (ЭКГ, Эхо-КГ).

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи (клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы, муковисцидоз, оценка функции ЖКТ)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)
12. Консультация эндокринолога (Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.)
13. РПГА коклюш, паракоклюш (уточнение этиологии бронхита)
14. биохимия крови СРБ (данные за наличие инфекционного процесса)
15. ИФА АТ к атипичным инфекциям (уточнение этиологии бронхита)
16. хлориды пота (подтверждение, исключение Дз муковисцидоз)
17. Р-Манту, диаскин-тест (подтверждение, исключение Дз туберкулез)
18. Р- ОГК в прямой проекции, МСКТ органов грудной клетки (подтверждение, исключение Дз туберкулез, ВАР БЛС)
19. УЗИ органов брюшной полости (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
20. Фиброгастродуоденоскопия с биопсией (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
21. Р-эзофагогастроскопия с контрастированием (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
22. Фибробронхоскопия (подтверждение, исключение Дз Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы)
23. **Иммунограмма** (подтверждение, исключение Дз иммунодефицит)

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Эндемический зоб I степени, эутиреоз.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш (ОАК, РПГА коклюш, паракоклюш)
- ▶ рецидивирующий бронхит (ОАК, биохимия крови СРБ, посев из зева и носа на флору, грибы, ИФА АТ к атипичным инфекциям)
- ▶ Муковисцидоз (копрограмма, хлориды пота)
- ▶ Туберкулез (Р-Манту, диаскин-тест, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, Р-эзофагогастроскопия с контрастированием)
- ▶ ВАР бронхолегочной системы (Фибробронхоскопия, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Иммунодефицит (иммунограмма)
- ▶ Гельминтозы (ОАК, кал на я/глист, копрограмма, ИФА АТ гельминтов, аскарид, лямблий)
- ▶ Врожденные пороки сердца (ЭКГ, Эхо-КГ).

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи(клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы, муковисцидоз, оценка функции ЖКТ)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)
12. Консультация эндокринолога (Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.)
13. РПГА коклюш, паракоклюш (уточнение этиологии бронхита)
14. биохимия крови СРБ (данные за наличие инфекционного процесса)
15. ИФА АТ к атипичным инфекциям (уточнение этиологии бронхита)
16. хлориды пота (подтверждение, исключение Дз муковисцидоз)
17. Р-Манту, диаскин-тест (подтверждение, исключение Дз туберкулез)
18. Р- ОГК в прямой проекции, МСКТ органов грудной клетки (подтверждение, исключение Дз туберкулез, ВАР БЛС)
19. УЗИ органов брюшной полости (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
20. Фиброгастроуденоскопия с биопсией (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
21. Р-эзофагогастроскопия с контрастированием (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
22. Фибробронхоскопия (подтверждение, исключение Дз Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы)
23. Иммунограмма (подтверждение, исключение Дз иммунодефицит)
24. ИФА АТ к АГ гельминтов (подтверждение, исключение гельминтозов)
25. ИФА АТ к АГ аскарид (подтверждение, исключение гельминтозов)
26. ИФА АТ к АГ лямблий (подтверждение, исключение гельминтозов)

Предварительный диагноз

- ▶ Основной: Бронхиальная астма atopическая, легкой степени тяжести, персистирующее неконтролируемое течение, ДНО.
- ▶ Сопутствующий: Аллергический ринит, круглогодичный. Хронический аденоидит I степени. Эндемический зоб I степени, эутиреоз.

Дифференциальный ряд:

- ▶ Коклюш, паракоклюш (ОАК, РПГА коклюш, паракоклюш)
- ▶ рецидивирующий бронхит (ОАК, биохимия крови СРБ, посев из зева и носа на флору, грибы, ИФА АТ к атипичным инфекциям)
- ▶ Муковисцидоз (копрограмма, хлориды пота)
- ▶ Туберкулез (Р-Манту, диаскин-тест, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Функциональное нарушение ЖКТ - гастроэзофагеальный рефлюкс (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, Р-эзофагогастроскопия с контрастированием)
- ▶ ВАР бронхолегочной системы (Фибробронхоскопия, МСКТ органов грудной клетки)
- ▶ Иммунодефицит (иммунограмма)
- ▶ Гельминтозы (ОАК, кал на я/глист, копрограмма, ИФА АТ гельминтов, аскарид, лямблий)
- ▶ **Врожденные пороки сердца** (ЭКГ, Эхо-КГ).

План обследования с обоснованием:

1. Общий анализ крови (клинический минимум обследования в стационаре, воспалительный процесс - инфекции, эозинофилия - гельминтозы, аллергические реакции);
2. Общий анализ мочи(клинический минимум обследования в стационаре);
3. Копрограмма, кал на я/глист (клинический минимум обследования в стационаре, гельминтозы, муковисцидоз, оценка функции ЖКТ)
4. Импульсная осциллометрия (подтверждение, исключение Дз БА)
5. Бронходилатационный тест по ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
6. Суточное мониторирование ПСВ (подтверждение, исключение Дз БА)
7. Прик-тесты бытовые, эпидермальные, пыльцевые, грибковые АГ (БА, АР)
8. Риноцитограмма 3-хкратно. (подтверждение, исключение Дз БА, АР, аденоидит)
9. Консультация ЛОР врача (подтверждение, исключение Дз АР, аденоидит)
10. Р- придаточных пазух носа (подтверждение, исключение Дз Аллергический риносинусит)
11. посев из зева и носа на флору, грибы (носительство патогенной флоры, уточнение по Дз БА, АР, аденоидит)
12. Консультация эндокринолога (Гипоталамический синдром, нейро-эндокринная форма. Эндемический зоб.)
13. РПГА коклюш, паракоклюш (уточнение этиологии бронхита)
14. биохимия крови СРБ (данные за наличие инфекционного процесса)
15. ИФА АТ к атипичным инфекциям (уточнение этиологии бронхита)
16. хлориды пота (подтверждение, исключение Дз муковисцидоз)
17. Р-Манту, диаскин-тест (подтверждение, исключение Дз туберкулез)
18. Р- ОГК в прямой проекции, МСКТ органов грудной клетки (подтверждение, исключение Дз туберкулез, ВАР БЛС)
19. УЗИ органов брюшной полости (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
20. Фиброгастродуоденоскопия с биопсией (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
21. Р-эзофагогастроскопия с контрастированием (подтверждение, исключение Дз функций наруш ЖКТ)
22. Фибробронхоскопия (подтверждение, исключение Дз Врожденные аномалии развития бронхолегочной системы)
23. Иммунограмма (подтверждение, исключение Дз иммунодефицит)
24. ИФА АТ к АГ гельминтов (подтверждение, исключение гельминтозов)
25. ИФА АТ к АГ аскарид (подтверждение, исключение гельминтозов)
26. ИФА АТ к АГ лямблий (подтверждение, исключение гельминтозов)
27. ЭКГ (подтверждение, исключение Дз Врожденные пороки сердца)
28. Эхо-КГ (подтверждение, исключение Дз Врожденные пороки сердца)

Результаты исследований

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green, ranging from light lime to dark forest green. The shapes are primarily triangles and polygons, creating a dynamic, layered effect. The overall composition is clean and modern, with the text centered on the left side of the page.

ОАК (14.03.2014)

Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма
Эритроциты	5,12	10^{12} / л	3,5 - 5,6
Лейкоциты	6,7	10^9 / л	4,3-9,5
Цветной показатель	0,8		0,85-1,05
Нв	157	г / л	120-160
Тромбоциты	210	10^9 / л	180-320
Моноциты	19	%	3-12
Нейтрофилы: п/я	8	%	0,5-6
с/я	39	%	40-65
Эозинофилы	6	%	1-5
Лимфоциты	34	%	30-45
СОЭ	6	мм / час	4-12

Заключение: , увеличено количество эозинофилов, моноцитоз, палочко-ядерный сдвиг лейкоцитарной формулы влево

Биохимический анализ крови (18.03.2014)

Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма
Глюкоза	5,1	ммоль/л	3,9-6,4
Билирубин общий	6,1	мкмоль/л	2,0-21,0
АлТ	12	Ед/л	0-27
АсТ	22	Ед/л	0-29
Железо	6,3	мкмоль/л	7,7-28,0
СРБ	1,1	гр/л	0,0-5,0
АСЛО	7	МЕд/мл	0-150

Заключение: Снижение уровня железа

- ▶ ~~**R-графия ОГК в прямой проекции:** Заключение: Р-данных за пневмонию не выявлено.~~
- ▶ **R-графия ОГК в прямой проекции:** Корни усилены. Усилен легочной рисунок, справа в нижнем легочном поле рисунок сгущен локально. Сгущение с перифокальной инфильтрацией. Купола диафрагмы четкие, ровные. Синусы свободные. Органы средостения без особенностей. Заключение: Р-данных за пневмонию не выявлено.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- ▶ Паспортная часть
- ▶ Жалобы больного при поступлении и на момент курации
- ▶ Анамнез заболевания
- ▶ Анамнез жизни больного
- ▶ Данные объективного обследования при поступлении и на момент курации.
- ▶ Предварительный диагноз (формулировка)
- ▶ Дифференциально-диагностический ряд
- ▶ План обследования с обоснованием
- ▶ Результаты исследований
- ▶ План лечения с обоснованием
- ▶ Дневники наблюдений
- ▶ Дифференциальный диагноз
- ▶ Диагностический эпикриз
- ▶ Этапный эпикриз (с обоснованием клинического диагноза и оценкой состояния больного)
- ▶ Выписной эпикриз (с обоснованием заключительного клинического диагноза, формулировка заключительного клинического диагноза)

План лечения с обоснованием

План лечения включает немедикаментозные и медикаментозные методы лечения

1. Немедикаментозное: диета - ОВД, режим

2. Медикаментозное:

азитромицин 250 мг 1 раз в день (7 дней)

Беродуал 2 дозы 3 раза/сутки, ДАИ через спейсер

Флутиказона пропионат 50 мкг 2 дозы x 2 раза в день, ДАИ через спейсер

Обоснование назначенного лечения

Беродуал 2 дозы 3 раза/сутки, ДАИ через спейсер

Препарат назначен пациенту с целью купирования бронхообструкции

Действующее вещество:

Ипратропия бромид + Фенотерол (Ipratropium bromide + Fenoterol)

Фармакологическая группа: Бета-адреномиметики в комбинациях

Показания препарата Беродуал

- ▶ Профилактика и симптоматическое лечение хронических обструктивных заболеваний дыхательных путей с обратимым бронхоспазмом: том числе бронхиальная астма

Фармакологическое действие:

Бронходилатирующее

Беродуал содержит два компонента, обладающих бронхолитической активностью: ипратропия бромид – м-холиноблокатор, и фенотерола гидробромид – бета2-адреномиметик. Эти активные компоненты дополняют друг друга, в результате усиливается спазмолитическое действие на мышцы бронхов.

Бронходилатация при ингаляционном введении ипратропиума бромида обусловлена главным образом местным, а не системным антихолинергическим действием.

Ипратропия бромид не оказывает отрицательного влияния на секрецию слизи в дыхательных путях, мукоцилиарный клиренс и газообмен.

Фенотерола гидробромид избирательно стимулирует бета2-адренорецепторы.

Фенотерол расслабляет гладкую мускулатуру бронхов и сосудов и противодействует развитию бронхоспастических реакций, обусловленных влиянием гистамина, метахолина, холодного воздуха и аллергенов (реакции гиперчувствительности немедленного типа). Фенотерол блокирует высвобождение медиаторов воспаления и бронхообструкции из тучных клеток, а также усиливает мукоцилиарный клиренс.

Бета-адренергическое влияние препарата на сердечную деятельность (увеличение силы и ЧСС) обусловлено сосудистым действием фенотерола, стимуляцией бета2-адренорецепторов сердца, а при использовании доз, превышающих терапевтические, – стимуляцией бета1-адренорецепторов. Тремор является наиболее частым нежелательным эффектом при использовании бета-агонистов.

При совместном применении этих двух активных веществ в форме дозированного аэрозоля бронхорасширяющий эффект достигается путем воздействия на различные фармакологические мишени. Взаимодополняющее действие таково, что для достижения желаемого эффекта требуется более низкая доза бета-адренергического компонента, что позволяет индивидуально подобрать эффективную дозу при практическом отсутствии побочных эффектов.

Противопоказания

Гиперчувствительность, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия, тахикардия, беременность (I триместр).

Противопоказаний к применению препарата нет.

Побочные действия

- ▶ *Со стороны ЦНС:* мелкий тремор, нервозность; редко — головная боль, головокружение, нарушение аккомодации; в единичных случаях — изменение психики.
- ▶ *Со стороны сердечно-сосудистой системы:* тахикардия, сердцебиение (особенно у пациентов с отягощающими факторами); редко (при использовании в высоких дозах) — снижение дАД, повышение сАД, аритмия.
- ▶ *Со стороны респираторной системы:* в редких случаях — кашель, местное раздражение; очень редко — парадоксальный бронхоспазм.
- ▶ *Со стороны органов ЖКТ:* тошнота, рвота.
- ▶ *Аллергические реакции:* редко — сыпь, ангионевротический отек языка, губ и лица, крапивница.
- ▶ *Прочие:* гипокалиемия, усиление потоотделения, слабость, миалгия, судороги, задержка мочи.
- ▶ Имеются сообщения о нежелательных эффектах со стороны глаз (см. «Меры предосторожности»).

Взаимодействие

- ▶ Бета-адренергические и антихолинергические средства, ксантиновые производные (теофиллин) могут усиливать бронхорасширяющее действие. Одновременное назначение других бета-адреномиметиков, попадающих в системный кровоток антихолинергических средств или ксантиновых производных (например, теофиллина) может приводить к усилению побочных эффектов.
- ▶ Возможно значительное ослабление бронхорасширяющего действия при одновременном назначении бета-адреноблокаторов.
- ▶ Одновременное применение с ингибиторами МАО и трициклическими антидепрессантами усиливает действие Беродуала Н.
- ▶ Ингаляции галогенизированных углеводородных анестетиков (галотан, трихлорэтилен, энфлуран) могут усиливать действие Беродуала Н на сердечно-сосудистую систему.
- ▶ На фоне применения Беродуала Н возможно развитие гипокалиемии, которая может усиливаться при одновременном назначении ксантиновых производных, стероидов и диуретиков. Этому факту следует уделять особое внимание при лечении пациентов с тяжелыми формами обструктивных заболеваний дыхательных путей.
- ▶ Гипокалиемия может приводить к повышению риска возникновения аритмий у пациентов, получающих дигоксин. Кроме того, гипоксия может усиливать негативное влияние гипокалиемии на сердечный ритм. В подобных случаях рекомендуется проводить мониторинг уровня калия в сыворотке крови.
- ▶ Пациент не получает лекарственные препараты, которые могли бы взаимодействовать с беродуалом

Способ применения и дозы

- ▶ *Аэрозоль.*

Взрослым и детям старше 6 лет назначают 2 ингаляционные дозы

При длительной и прерывистой терапии — по 1-2 дозы 3 раза в день (до 6-ти ингаляций в день).

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- ▶ Паспортная часть
- ▶ Жалобы больного при поступлении и на момент курации
- ▶ Анамнез заболевания
- ▶ Анамнез жизни больного
- ▶ Данные объективного обследования при поступлении и на момент курации.
- ▶ Предварительный диагноз (формулировка)
- ▶ Дифференциально-диагностический ряд
- ▶ План обследования с обоснованием
- ▶ Результаты исследований
- ▶ План лечения с обоснованием
- ▶ **Дневники наблюдений**
- ▶ Дифференциальный диагноз
- ▶ Диагностический эпикриз
- ▶ Этапный эпикриз (с обоснованием клинического диагноза и оценкой состояния больного)
- ▶ Выписной эпикриз (с обоснованием заключительного клинического диагноза, формулировка заключительного клинического диагноза)

ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ

В дневниках отражается ежедневное наблюдение за течением основных проявлений заболевания и осмысление врачом состояния больного и изменений в течение болезненного процесса, отклонение динамики течения заболевания. Интерпретация дополнительных методов исследования с подтверждением клинического диагноза ранее установленного.

Врач обязан отражать в дневнике изменения в планах лечения и обследования, если этого требует динамика патологического процесса. Анализировать эффективность проводимого лечения, побочные эффекты.

Больной осматривается каждый день, при необходимости несколько раз в день, с указанием времени осмотра, в истории болезни делается соответствующая запись.

Пример оформления

05.04.16 г.
9:00

ЧДД 16 в
минуту,
ЧСС 70 ударов
в минуту,
Т 36,5 С,
АД 120/80 мм.
рт.ст
Ps 70 в мин
ПСВ 510
Sp O2 99%

Состояние с хорошей положительной динамикой. Самочувствие не страдает. **Кашель беспокоит только после физической нагрузки.**
Кожные покровы и видимые слизистые чистые.
Катаральных явлений нет, миндалины без налетов и включений.
Носовое дыхание свободное.
При перкуссии ясный легочной звук, в легких дыхание проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Осмотр сердечной области и периферических сосудов без особенностей. Границы сердца не расширены. Тоны сердца в пределах физиологической нормы. Шумы сердца отсутствуют, внесердечные шумы отсутствуют. Язык влажный, негеографический, не обложен. Живот не увеличен в объеме, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Печень мягкоэластичная, не выходит из под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул со слов без патологических примесей.
Область почек видимо не изменена. Диурез в пределах нормы, мочеиспускание б\б.

Ингаляции беродуала отменены.

Проведены прик тесты, сенсibilизация не выявлена.

УЗИ ОБП без патологии

1. режим палатный
2. диета- ОВД
3. Фликсотид 125 мг х 2 раза в день

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- ▶ Паспортная часть
- ▶ Жалобы больного при поступлении и на момент курации
- ▶ Анамнез заболевания
- ▶ Анамнез жизни больного
- ▶ Данные объективного обследования при поступлении и на момент курации.
- ▶ Предварительный диагноз (формулировка)
- ▶ Дифференциально-диагностический ряд
- ▶ План обследования с обоснованием
- ▶ Результаты исследований
- ▶ План лечения с обоснованием
- ▶ Дневники наблюдений
- ▶ Дифференциальный диагноз
- ▶ **Диагностический эпикриз**
- ▶ **Этапный эпикриз (с обоснованием клинического диагноза и оценкой состояния больного)**
- ▶ **Выписной эпикриз (с обоснованием заключительного клинического диагноза, формулировка заключительного клинического диагноза)**

Диагностический эпикриз

Обоснование диагноза осуществляется на основании клинической оценки:

Жалоб

анамнеза заболевания

факторов риска

объективных данных

лабораторных и инструментальных данных, консультаций специалистов.

Пример оформления эпикриза

Диагностический эпикриз

Калинин Александр, 11 лет поступил 14.02

DS: Бронхиальная астма атопическая, легкой степени тяжести, персистирующее течение, период обострения, ДН 1. Аллергический ринит легкой степени тяжести, персистирующее течение. Латентный дефицит железа.

Установлен на основании:

Жалоб: на одышку в покое, влажный кашель, насморк, заложенность носа, отделяемое желтого цвета.

Анамнез заболевания: Настоящее обострение в течение 2-х недель, на фоне ОРВИ появился кашель, заложенность носа повышения т тела, два дня назад затруднение дыхания, получал беродуал без эффекта, осмотрен педиатром рекомендовано стационарное лечение. С рождения проявления атопического дерматита. С первого года жизни рецидивирующий БОС, чаще без катаральных явлений. В 2 года был поставлен диагноз Бронхиальная астма, обследован в отделении пульмонологии (по данным КСП поливалентная сенсibilизация, общ IgE повышен). Приступы до 2011 года были ежемесячно, 10-12 раз за год. В течение последних 2-х лет БТ не получал, обострения БА легкие, купируются амбулаторно, за мед. помощью не обращался. Физические нагрузки переносит удовлетворительно, редко бывает одышка. Сезонность отмечается, сентябрь, октябрь чаще бывают приступы. Аллергоанамнез отягощен: в раннем возрасте проявления АД. При контакте с бытовыми АГ симптомы

Анамнез заболевания: Настоящее обострение в течение 2-х недель, на фоне ОРВИ появился кашель, заложенность носа повышения т тела, два дня назад затруднение дыхания, получал беродуал без эффекта, осмотрен педиатром рекомендовано стационарное лечение. С рождения проявления атопического дерматита. С первого года жизни рецидивирующий БОС, чаще без катаральных явлений. В 2 года был поставлен диагноз Бронхиальная астма, обследован в отделении пульмонологии (по данным КСП поливалентная сенсibilизация, общ IgE повышен). Приступы до 2011 года были ежемесячно, 10-12 раз за год. В течение последних 2-х лет БТ не получал, обострения БА легкие, купируются амбулаторно, за мед. помощью не обращался. Физические нагрузки переносит удовлетворительно, редко бывает одышка. Сезонность отмечается, сентябрь, октябрь чаще бывают приступы. Аллергоанамнез отягощен: в раннем возрасте проявления АД. При контакте с бытовыми АГ симптомы ринита, кашель. Семейный анамнез отягощен: родная сестра — БА, троюродный брат — БА.

По данным объективного осмотра: носовое дыхание затруднено, за счет заложенности, в легких дыхание жесткое, хрипы сухие свистящие рассеянные, влажные разнокалиберные без асимметрии.

По данным дополнительных исследований: ОАК эозинофилы 11% ОАМ б/о РЦГ эоз до 4% Р-ОГК усиление, обогащение легочного рисунка. Спирография условная норма, тест с бронхолитиком положительный. Б/х крови снижение железа, АСЛО повышен.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- ▶ Паспортная часть
- ▶ Жалобы больного при поступлении и на момент курации
- ▶ Анамнез заболевания
- ▶ Анамнез жизни больного
- ▶ Данные объективного обследования при поступлении и на момент курации.
- ▶ Предварительный диагноз (формулировка)
- ▶ Дифференциально-диагностический ряд
- ▶ План обследования с обоснованием
- ▶ Результаты исследований
- ▶ План лечения с обоснованием
- ▶ Дневники наблюдений
- ▶ Дифференциальный диагноз
- ▶ Диагностический эпикриз
- ▶ Этапный эпикриз (с обоснованием клинического диагноза и оценкой состояния больного)
- ▶ Выписной эпикриз (с обоснованием заключительного клинического диагноза, формулировка заключительного клинического диагноза)

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

- ▶ Пишется каждые 10 дней наблюдения больного в стационаре. Цель - осмысление определенного временного этапа ведения больного, полученных результатов параклинических исследований, сопоставление клинических признаков и выдвинутого клинического диагноза.

Необходимо в этапном эпикризе обозначить следующее:

- ▶ Отразить доказательства выдвинутого **клинического диагноза** (данные динамического наблюдения за состоянием пациента, лабораторные и инструментальные данные);
- ▶ Если появились новые, ранее не отраженные признаки, то постараться интерпретировать их и если нужно выдвинуть другую рабочую гипотезу;
- ▶ Оценить изменения в состоянии больного по субъективным, объективным, лабораторным и инструментальным данным;
- ▶ Дать оценку результатам проводимого лечения;
- ▶ Отразить эффективность дополнительно назначенных методов обследования и лечения (в случае если они необходимы);
- ▶ При необходимости изменить план лечения, обосновав сделанные назначения;
- ▶ Оценить позицию больного к лечению, соблюдение им режима и рекомендаций врача;
- ▶ Перечислить какие исследования планируется провести (на момент написания эпикриза не проведенные согласно плана обследования или назначенные дополнительно);
- ▶ Выявить признаки выздоровления и наметить сроки выписки из стационара.

19.06.15

Этапный эпикриз

Ребенок Данилова Анастасия, 2 года. С 30.05.15 года находится в отделении пульмонологии с диагнозом: Оставлен без внимания. Рахит витамин Д дефицитный, период остаточных явлений.

01.06.2015 была изъята из семьи инспектором. Анамнез не известен.

В отделении проведено обследование:

ОАК от 1.06.15 — без воспалительных изменений

ОАК от 9.06.2015 — без воспалительных изменений.

ОАМ от 2.06.15. У.В 1025-повышен, цвет насыщено желтый, оксалаты в значительном количестве.

Биохимический анализ крови от 2.06.2015 — без патологии

Соскоб на энтеробиоз от 2.06.15: яйца остриц не обнаружены

Копрограмма от 8.06.15: йодофильная флора, жирные кислоты большое количество, бактерии+++ , дрожжеподобные грибы (наличие бактерий, дрожжеподобных грибов вероятнее всего связано с тем, что кал сдан с вечера) УЗИ ОБП, МВС от 2.06.15 - патологии не выявлено.

Анализ кала на яйца глистов от 8.06.2015 - яйца гельминтов не обнаружены. ИФА на лямблии от 4.06.2015: антитела у лямблиям не выявлены.

ИФА на гепатит С от 4.06.2015 - отрицательный

ЭКГ от 1.06.2015 - дыхательная аритмия, синусовая тахикардия. ЧСС — 145. СРРЖ.

РЦГ от 2.06 — лейко большое кол-во, с/я 100%, от 8.06.2015 — лейкоциты в большом количестве, с/я нейтрофилы- 100%, эозинофилы 0%, От 9.06 — лейко 0-1 в п/зр, с/я — единич

Иммунограмма от 2.06 АФ-59, НСТ-сп — 5, НСТ-инд — 19, IgA - 1,5, IgG - 29,5, IgM - 3,0, IgE - 92, ЦИК -до 150

Лечение: режим палатный, стол ОВД, пирантел 100 мг (курс 3дня, закончен), аквадетрим 1000 МЕ x 1 раз в день.

В настоящее время состояние ребенка стабильное, самочувствие не страдает. Кашель отсутствует, носовое дыхание не затруднено. Кожа и слизистые чистые, бледно-розового цвета. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, б/б. Стул и диурез в норме.

Обследование согласно плана закончено. Лечение продолжить по плану. Оформляются юридические документы для перевода в детский дом. Выписка по готовности юридических документов

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

- ▶ Паспортная часть
- ▶ Жалобы больного при поступлении и на момент курации
- ▶ Анамнез заболевания
- ▶ Анамнез жизни больного
- ▶ Данные объективного обследования при поступлении и на момент курации.
- ▶ Предварительный диагноз (формулировка)
- ▶ Дифференциально-диагностический ряд
- ▶ План обследования с обоснованием
- ▶ Результаты исследований
- ▶ План лечения с обоснованием
- ▶ Дневники наблюдений
- ▶ Дифференциальный диагноз
- ▶ Диагностический эпикриз
- ▶ Этапный эпикриз (с обоснованием клинического диагноза и оценкой состояния больного)
- ▶ **Выписной эпикриз** (с обоснованием заключительного клинического диагноза, формулировка заключительного клинического диагноза)

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

- ▶ Эпикриз начинается с указания фамилии, имени, отчества, больного, даты поступления и выписки, полного клинического диагноза (основного, сопутствующего, конкурирующего, фонового, осложнений).
 - ▶ Заключительный клинический диагноз формулируется на основании **клинических классификаций (по нозологии)**, в статистическом талоне кодируется по международной статистической классификации болезней (МКБ) и проблем, связанных со здоровьем.
- ▶ Перечисляются опорные признаки, на основании которых был поставлен диагноз (жалобы при поступлении, данные анамнеза и объективного обследования)
- ▶ Подробно описываются все проведенные лабораторные и инструментальные методы исследований, консультации.
- ▶ лечение, которое проводилось больному в стационаре, его результаты и все побочные реакции на медикаменты вновь возникшие.
- ▶ Для участкового врача и больного пишутся рекомендации, которые включают: образ жизни, режим, диету, рекомендации по борьбе с факторами риска, медикаментозное лечение, диспансеризацию, санаторно-курортное лечение.

Областное государственное автономное
учреждение здравоохранения

«Ивано – Матренинская
детская клиническая больница»
отделение пульмонологии

664009, г.Иркутск, ул. Депутатская 22
тел: 22 - 48- 38

Диагноз: осн. Рецидивирующий бронхит, ДНО. Гиперреактивность бронхов. Угрожаема по формированию бронхиальной астмы.

Соп. Функциональное нарушение желудочно-кишечного тракта - гастроэзофагеальный рефлюкс II степени, без эзофагита. Перегиб желчного пузыря в теле. Латентный дефицит железа.

Анамнез заболевания: В сентябре прошлого года оформлена в ДДУ, после чего частые ОРЗ, эпизоды затяжного присупообразного кашля, насморка. В начале заболевания насморк, кашель, обычно без повышения температуры, в лечении беродуал не всегда с хорошим эффектом, пульмикорт в период кашля. Осенью этого года получала в течение месяца, на фоне которого кашель беспокоит меньше, АБТ редко, выздоравливает до 2-х недель. В светлые промежутки подкашливание утром и при ФН. Зуд и чиханье не характерно. Конс аллергологом, Дз Рецидив БОС, группа риска по БА. Бывает поперхивания во время еды. Приступы ночного кашля.

Аллергоанамнез: Пищевая, лекарственная, бытовая – отрицает. Эпидермальная – ? у бабушки кошка, после посещения кашель, насморк. Пыльцевая – в начале лета на даче кашель.

По данным объективного осмотра при поступлении без особенностей.

Выписка из истории болезни № 2/ 3839

Ф.И.О. Грачева Елизавета Вадимовна

Возраст: 3г.

Госпитализация с 09.12.15 по 21.12.15 г

В отделении проведено обследование:

ОАК:



дата	Л	Эр	<u>Нв</u>	<u>эоз</u>	п/я	<u>сегм</u>	<u>Лф</u>	<u>мон</u>	СОЭ
04.12.15	7.15	3.72	132	4	0	37	49	10	4

ОАМ:

	<u>Уд.вес</u>	Б	<u>Эпит.кл.</u>	<u>Лейк.</u>	Эр	Оксалаты	<u>Осмолярность</u>
04.12.15	1025	-	-	-	-		

Б/х анализ крови:

дата	глюкоза	билирубин	АЛТ	АСТ	<u>железо</u>	СРБ	АСЛ-О		
14.12.15	4.7	4.1	14	24	7.0	1.2	<u>Отр.</u>		

Копрограмма

	<u>Растит. кл.</u> переварив.	<u>Растит. кл.</u> <u>неперевар</u>	Мышечные волокна пер.	Мышечные волокна непер.	<u>Ней-тральн.</u> жир	Жирные кислоты	<u>Йодофиль</u> <u>ная флора</u>	бактерии
11.12.15		<u>Значит.кол.</u>	<u>Значит.кол-во</u>	умеренно		умеренно	+	+

Кал на я/глист: от 11.12.15 я/гельминтов не обнаружены

Риноцитогамма

дата	лейкоциты	нейтрофилы	эозинофилы	флора
10.12.15	ед.	ед.	-	
11.12.15	10-20	100	-	
14.12.15	До 20	98	2	

РПГА коклюш, паракоклюш: от 15.12.15 отрицательно.

Хлориды пота: 32 ммоль/л

УЗС органов брюшной полости: от 10.12.15 Печень 100 мм., не выходит из-под края реберной дуги, желчный пузырь 61 x 26 мм с перегибом в теле, поджелуд. железа 10 x 7x12 мм, селезенка 92x34 мм. Заключение: перегиб желчного пузыря в теле.

В отделении лечение: пульмикорт 250мкг x 2р. промывание носа солевым раствором x 2 раза в день.

Рекомендовано:

1. Наблюдение педиатра по месту жительства
2. С целью снижения гиперреактивности Фликсотид 50 мкг (Fluticasonum) 1 доза x 2 раза в день ингаляции через спейсер в течение месяца.
3. При повторных эпизодах бронхообструкции конс. аллерголога.
4. Поливитамины с микроэлементами в течение 1 мес. 2 курса в год.
5. Позиционная терапия: кушать небольшими порциями, после еды не принимать горизонтальное положение 20-30 мин, последний прием пищи за 2 часа до сна. Не носить тугие пояса, не наклоняться после еды. Сон с возвышенным положением головного конца кровати. В питании исключить жареное, жирное, копчености, газированные напитки, кондитерские изделия, свежая выпечка, кисломолочные продукты, кислые фрукты и овощи.
6. Нексиум 10 мг на ночь в течение 3-4-х недель.
7. Феррум Лек (Ferri (III) hydroxidum polymaltosatum) 2,5 мл x 1 раз в день в течение месяца с последующим контролем уровня сывороточного железа.
8. Глюкозаминилмурамилдипептид (ликопид) 1мг x 1 раз в день – по 10 дней в течение 3-х месяцев.
9. Санаторно-курортное лечение. Оздоровление в санаториях морского побережья. Еловая Падь.
10. Рекомендована вакцинация превенар 13, провести Р-Манту, при положительном результате конс фтизиатра.

Проверить!

- ▶ Наличие всех разделов истории
- ▶ Соответствие основным требованиям
- ▶ Соответствие плана обследования и результатов исследований.
 - ▶ Если исследование отменено, тогда в этапном эпикризе дать объяснение-почему?
 - ▶ Исследование планируется провести на амбулаторном этапе: указать об этом в этапном эпикризе, указать исследование в выписном эпикризе в рекомендациях.

В отделении лечение: пульмикорт 250мкг x 2р. промывание носа солевым раствором x 2 раза в день.

Рекомендовано:

1. Наблюдение педиатра по месту жительства
2. С целью снижения гиперреактивности Фликсотид 50 мкг (Fluticasonum) 1 доза x 2 раза в день ингаляции через спейсер в течение месяца.
3. При повторных эпизодах бронхообструкции конс. аллерголога.
4. Поливитамины с микроэлементами в течение 1 мес. 2 курса в год.
5. Позиционная терапия: кушать небольшими порциями, после еды не принимать горизонтальное положение 20-30 мин, последний прием пищи за 2 часа до сна. Не носить тугие пояса, не наклоняться после еды. Сон с возвышенным положением головного конца кровати. В питании исключить жареное, жирное, копчености, газированные напитки, кондитерские изделия, свежая выпечка, кисломолочные продукты, кислые фрукты и овощи.
6. Нексиум 10 мг на ночь в течение 3-4-х недель.
7. Феррум Лек (Ferri (III) hydroxidum polymaltosatum) 2,5 мл x 1 раз в день в течение месяца с последующим контролем уровня сывороточного железа.
8. Глюкозаминилмурамилдипептид (ликопид) 1мг x 1 раз в день – по 10 дней в течение 3-х месяцев.
9. Санаторно-курортное лечение. Оздоровление в санаториях морского побережья. Еловая Падь.
10. Рекомендована вакцинация превенар 13, провести Р-Манту, при положительном результате конс фтизиатра.

Проверить!

- ▶ Наличие всех разделов истории
- ▶ Соответствие основным требованиям
- ▶ Соответствие плана обследования и результатов исследований.
 - ▶ Если исследование отменено, тогда в этапном эпикризе дать объяснение-почему?
 - ▶ Исследование планируется провести на амбулаторном этапе: указать об этом в этапном эпикризе, указать исследование в выписном эпикризе в рекомендациях.