

НОУ ВПО Медицинский
Университет

«РЕАВИЗ»

Кафедра терапии

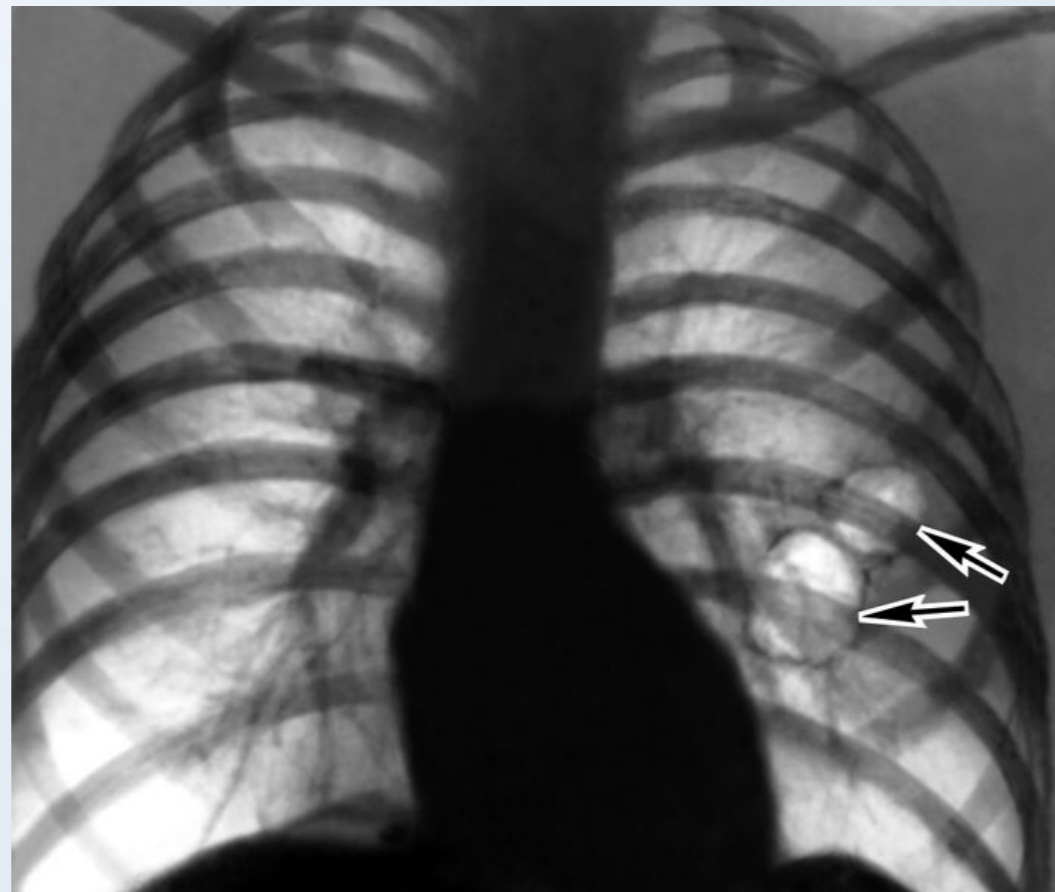


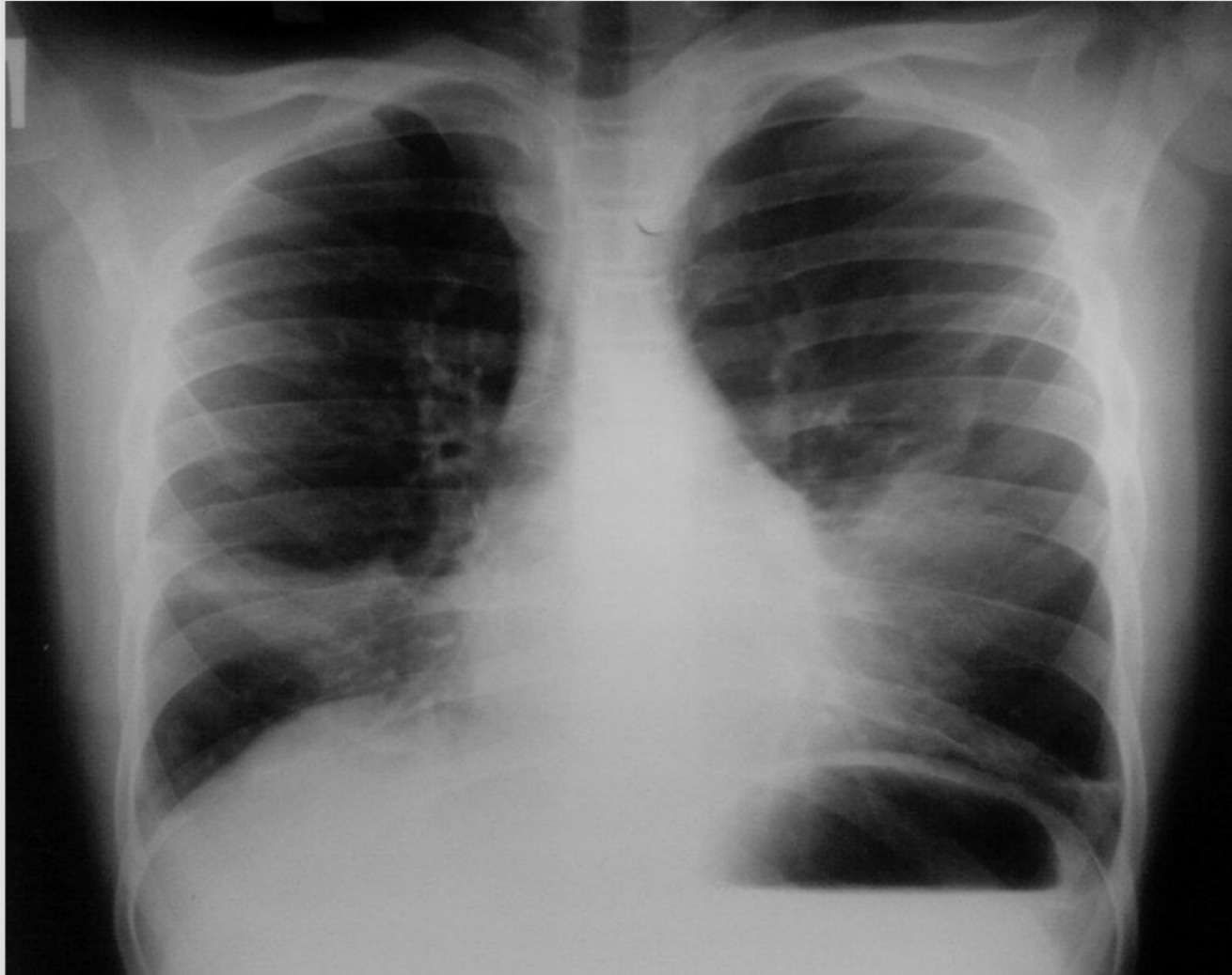
Дифференциальная
диагностика бронхолегочной
патологии на этапе
специализированной
медицинской помощи

Выполнила исследовательскую работу:
Студентка 5 курса Володько В.Р. 511гр. Лечебный факультет.
Научный руководитель: доцент. к.м.н. **Володько Л.Ф.**

Цель исследовательской работы:

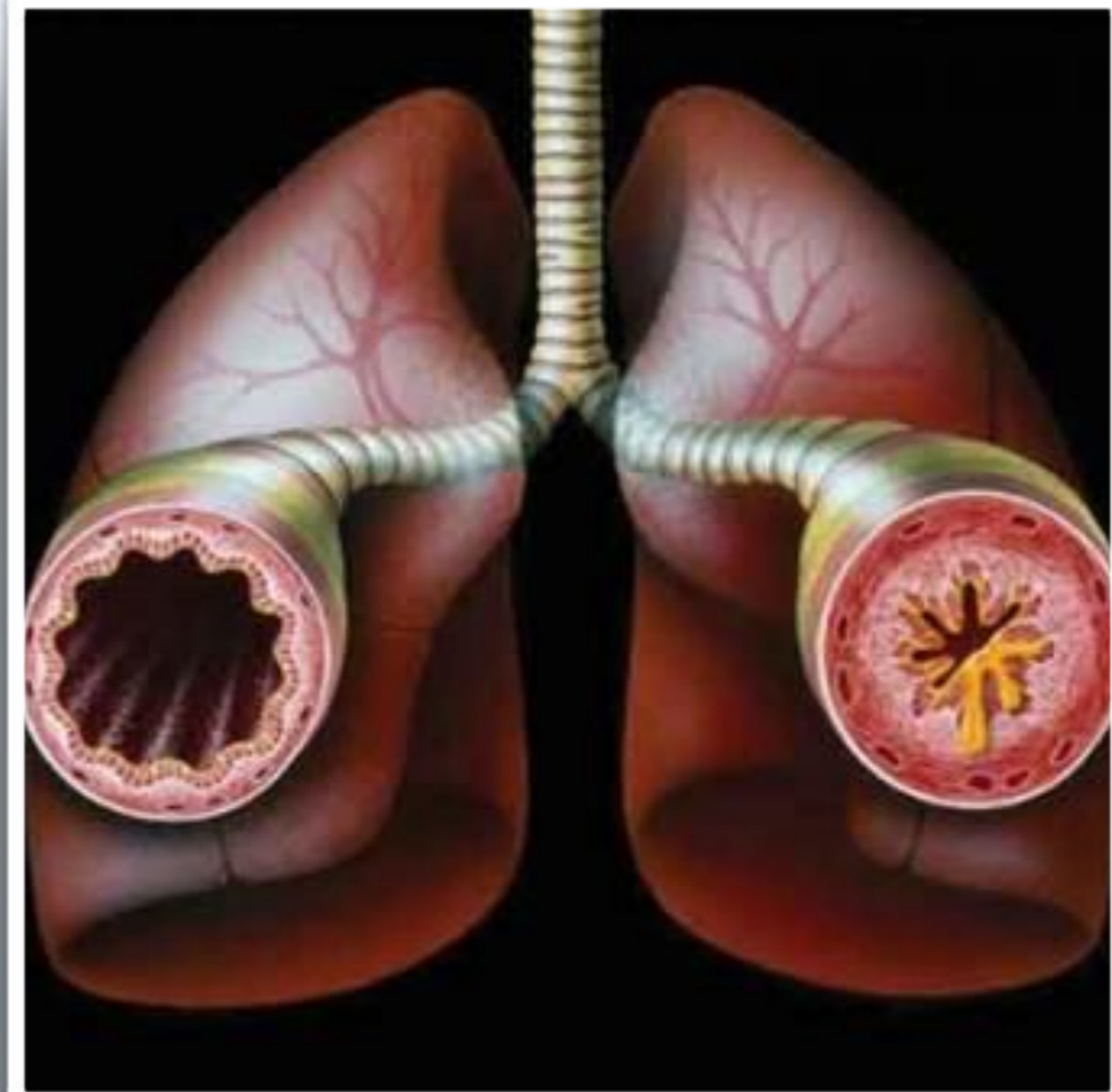
- Данная работа преследует цель провести анализ своевременной дифференциальной диагностики БА и астмаподобных заболеваний на базе стационаров г. Саратова, в свете современных рекомендаций “Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы” (Global Initiative for Asthma, GINA), пересмотра 2014г.





Бронхиальная астма — это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, проявляющееся приступами одышки, которые зачастую сопровождаются кашлем и могут перерасти в приступы удушья. Это происходит из-за того, что дыхательные пути чрезмерно реагируют на разные раздражители. В ответ на раздражение они сужаются и вырабатывают большое количество слизи, что нарушает нормальный ток воздуха при дыхании.

Хроническое воспаление обуславливает гиперреактивность бронхов (их повышенная чувствительность к различным воздействиям окружающей среды), проявляющаяся их спазмом. В итоге за счет избыточной выработки слизи, воспалительного отека и спазма стенка бронха утолщается, просвет его сужается. Через такой суженный бронх не происходит достаточного газообмена с окружающей средой, что приводит к возникновению повторяющихся приступов удушья, свистящих хрипов, одышки и кашля, особенно ночью и/или ранним утром.

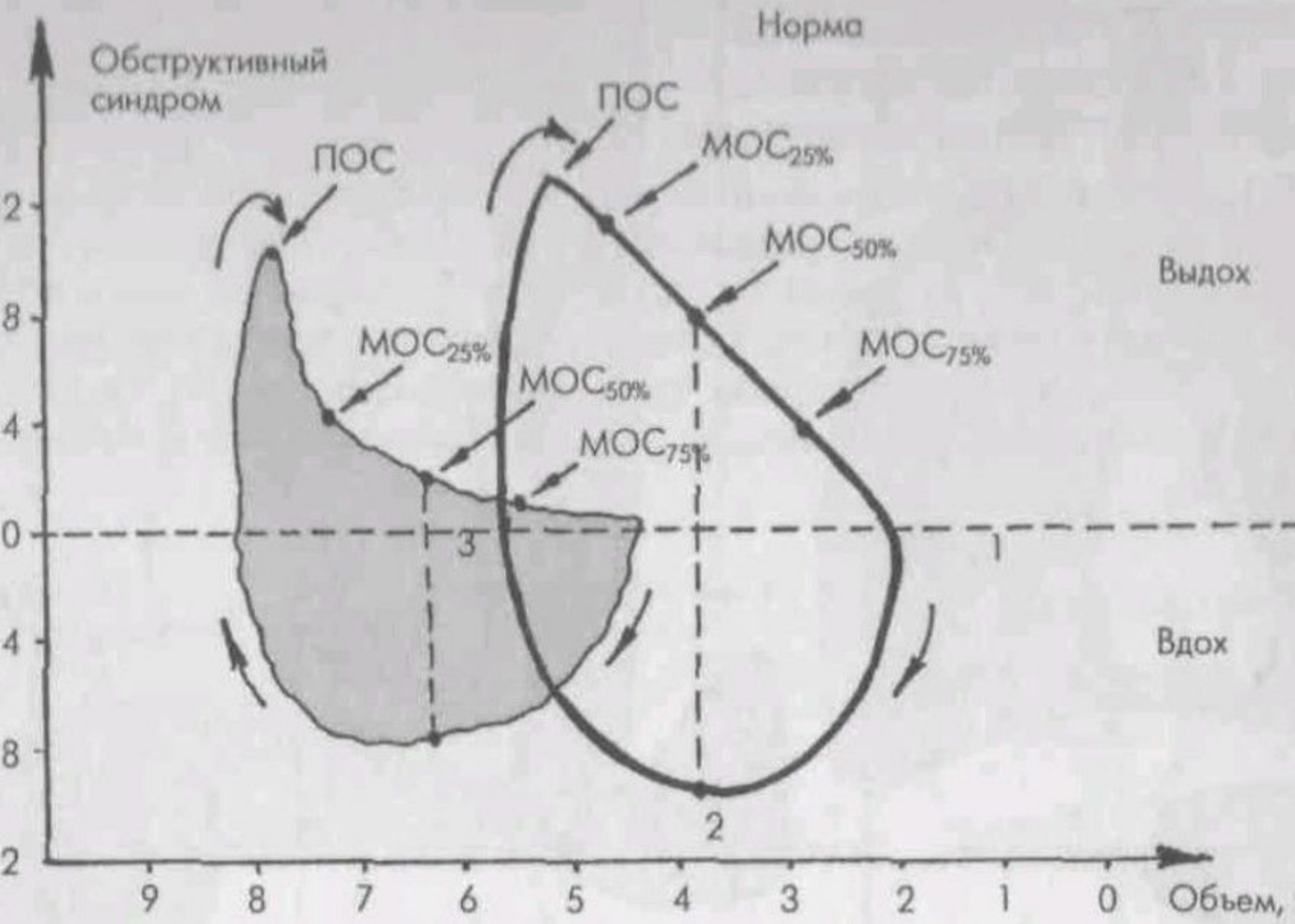


Диагностика бронхиальной астмы.

В анализе крови характерный признак эозинофилии. В период обострения выявляют признаки лейкоцитоза и увеличения СОЭ, при этом выраженность изменений зависит от тяжести заболевания. Симптомы лейкоцитоза может быть также следствием приёма преднизолона. Мокрота

При микроскопическом анализе мокроты обнаруживают большое количество эозинофилов, эпителия, спирали Куршманна (слизь, образующая слепки мелких дыхательных путей), кристаллы Шарко-Лейдена (кристаллизованные ферменты эозинофилов).





Дифференциальный диагноз

Бронхиальной астмы от (ХОБЛ) И
ДРУГИХ АСТМАПОДОБНЫХ
СОСТОЯНИЙ.

КОКЛЮШ.

ГЭРБ.

СДГС.

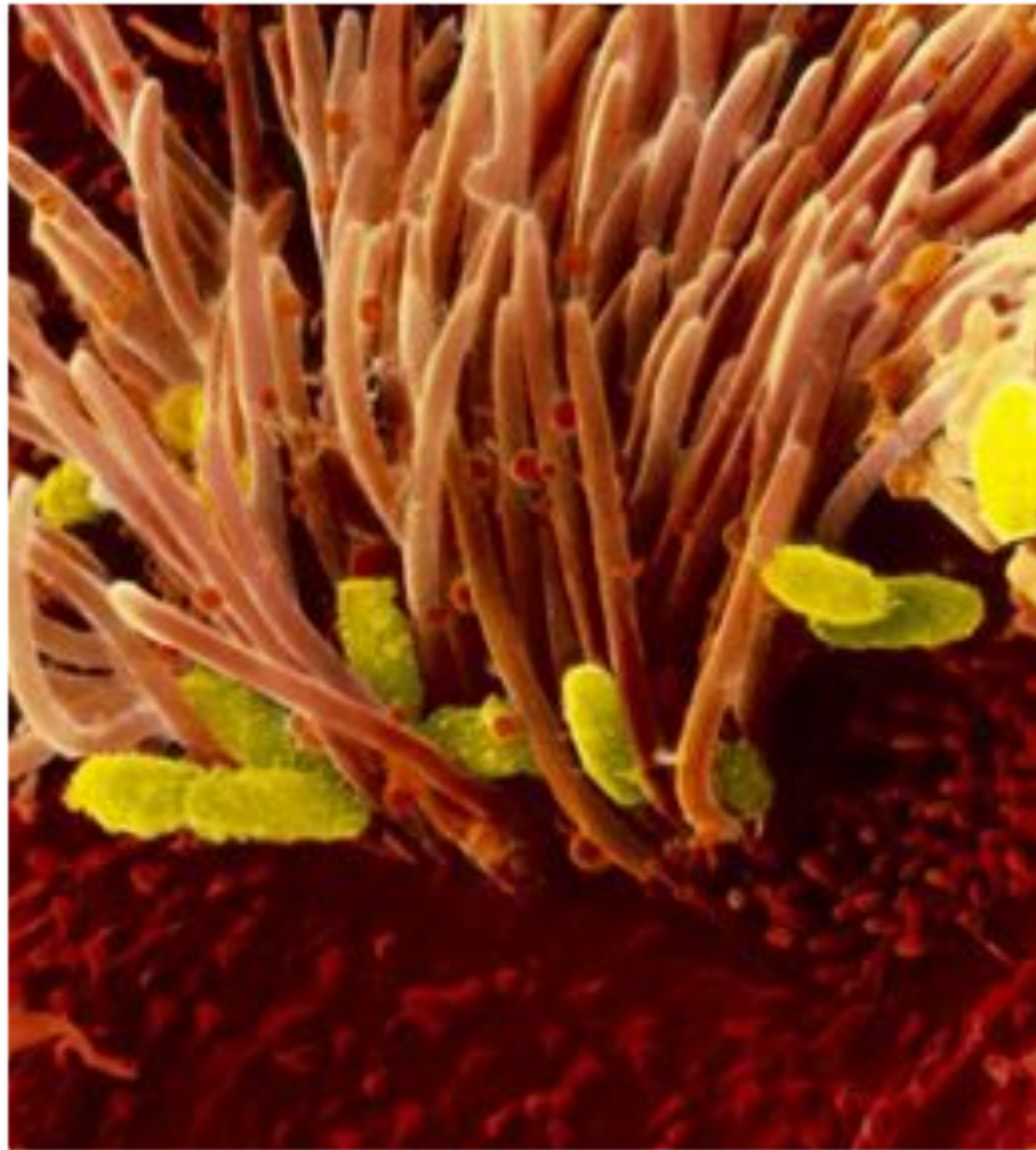
Ринит, синусит, назальный полипоз.

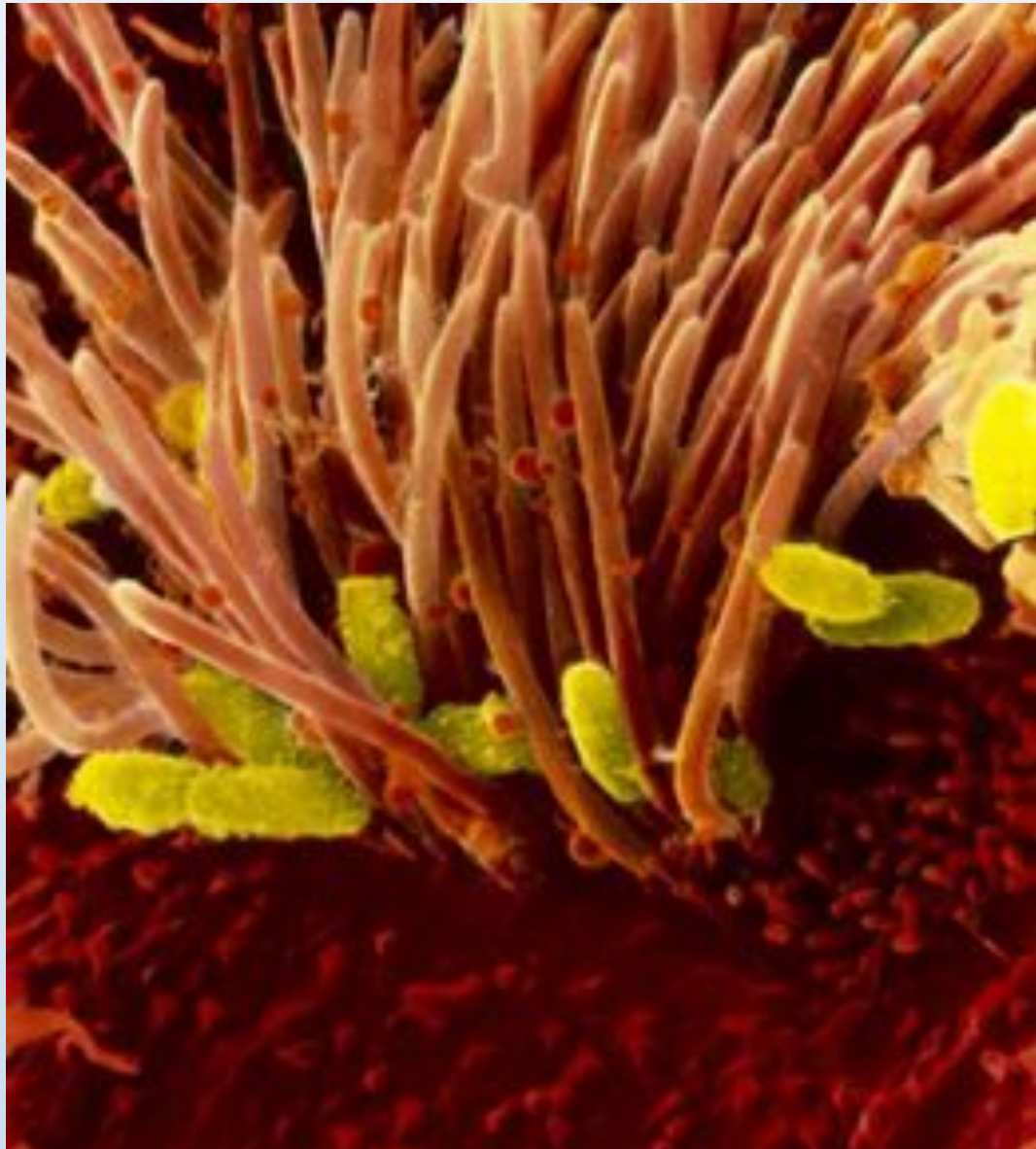
Дифференциальный диагноз. Из - за несовершенства диагностики в связи с наличием сходной с бронх. астмой симптоматикой, из - за кратковременности контакта с больным , коклюш принимают за бронх. астму.

Характерная цикличность заболевания, типичный спазматический кашель с репризами, гематологические сдвиги, а также эпидемиологические данные помогают врачу своевременно поставить диагноз коклюша. Сложнее дифференцировать коклюш от паракоклюша, при котором кашель также может принимать судорожный характер. Однако паракоклюш протекает значительно легче коклюша. Температура тела практически всегда нормальная.

Коклюшеподобный кашель продолжается от нескольких дней до 2 нед. Гемограмма обычно без изменений. Решающее значение в диагностике играют бактериологические методы исследования выделение культуры возбудителя Борде - Жонгу в первые две недели заболевания. В меньшей степени серологические исследования, в частности ИФА - коклюш не диагностируется.

КОКЛЮШ.





Спасибо за внимание!

