**Алтайский государственный медицинский**

**университет**

# Кафедра терапии и семейной медицины с курсом клинической иммунологии.

Зав. кафедрой: профессор Хабаров А.А.

Преподаватель:

Куратор: Кочал-оол .А .В. 531г .

**Клиническая история болезни**

**Клинический диагноз:** Бронхиальная астма, смешанная форма , средней степени тяжести

Обострение, ДН IIст .Хронический бронхит курильщика , обострение.Пневмокониоз Iст.

**Сопутствующие заболевания:** ГБ 2 стадия , 3 степень,ФК 2-3.Ожирение 2 ст.Псориаз.

**Иммунологический диагноз:** ВИН (ОРВИ 2-3 раза в год, пневмония, ожирение 2 ст, псориаз, операция- сегментэктомия, проф вредность- пыль).

**Срок курации: 1.12.2008г-10.12.2008г**

**Барнаул- 2008г**

**Паспортные данные**

**ФИО : …**

**В**озраст:49л

Год рождения:12.02.1959г

Место работы. Пенсионер

Место жительства. Егорьевский район п.Шубина ул:Советская-18

.Дата поступления:25.11.2008г

Время курации. 1.12.2008г

**Жалобы**

На ежедневные приступы удушья, до 6 раз в сутки ,в том числе ночные.

Возникают при интенсивной физической нагрузке, вдыхании морозного воздуха на домашнюю пыль(с чиханием), на запах одеколона. Сопровождаюшиеся свистящим дыханием ,хрипами в грудной клетке и кашлем (сухим).Купирует 2 вдохами сальбутамола (до 12 доз в сут) либо теопэком.

Одышка смешанного характера, которая возникает при незначительной физической нагрузке,при ходьбе в медленном темпе на расстоянии 100-150 м, при подъеме на 1 лестничный пролет, проходит после отдыха.

Кашель периодический,с мокротой серого цвета ,в умеренном количестве , вязкая, без запаха.

Вывод: на основании жалоб больного можно сделать вывод, что в патологический процесс вовлечены: дыхательная система.

История заболевания: со слов больного кашель по утрам беспокоит много лет ,с гнойной мокротой при простудах. Поэтому поводу ему поставили диагноз: Хронический бронхит. При ухудшении состояния лечился в стационаре(2-3раза в год).

С 90-х годов стала беспокоить одышка при физической нагрузке.

7 лет назад в левом легком обнаружена туберкулема (на плановом рентгенологическом исследовании ОГК) проведена сегментэктомия в АКГД(БК отр).Далее при прохождении профосмотра (рентгенол иссл ОГК) выявлен дессиминация, установлен диагноз : Пневмокониоз ,осмотрен профпатологом. Диагноз подтвержден в ККБ.

По поводу прогрессирующей одышки ,появление признаков гиперреактивности бронхов и сенсибилизации защитных процессов ,появление ночных эпизодов в ЦРБ установлен диагноз : бронхиальная астма. Принимал сальбутамол по требованию и ингаляторы (название не помнит),теотард, преднизалон. Последнее ухудшение состояния в январе 2008 года усиление одышки после перенесенной простуды.

В настоящее время госпитализирован в ККБ на обследования и лечения в связи с усилением одышки.

Вывод: исходя из выше перечисленного можно заключить ,что заболевание имеет хронический характер.

**История жизни**

Родился 12.02.1959г в г.Рубцовске. В умственном и физическом развитии не отставал от сверстников. Закончил 7 классов ,имеет среднее специальное образование –сварщик.

Работал сварщиком в АлтсельМаш,28 лет. Проф вредности- пыль .В настоящее время на пенсии по выслуге лет.

Материально-бытовые условия удовлетворительные .Живет с женой в частном доме с печным отоплением .Имеет 1 сына ,который живет отдельно.

Перенесенные заболевания: ОРВИ ,пневмония.

Туберкулез, венерические заболевания отрицает

Операции: сегментэктомия 7 лет назад, осложнений не было, переливаний крови не было

Хронические интоксикации : курит с 12 лет в течении 45 лет , алкоголь употребляет в умеренном количестве.

**Аллергологический анамнез**

1. аллергические заболевания семье в прошлом и настоящем у отца, матери, родственни­ков, братьев и сестер отрицает.
2. перенесенные ранее заболевания: пневмония, ОРВИ.
3. реакций на введение сывороток, вакцин и лекарственных препаратов отрицает.
4. сезонность заболевания летне - осенний.
5. на течение заболевания влияют такие факторы как холод, физические нагрузки. Приступы бывают в течении дня, в том числе ночные эпизоды.
6. отмечается непереносимость на разнотравье( слезотечение, чихание),на запах кашель) .
7. **Вывод:** из аллергологического анамнеза видно, что данное заболевание имеет аллергическую природу. Также выявлено усугубление заболевания из-за влияния физических факторов,

**Настоящее состояние**

Общее состояние больного средней степени тяжести . Сознание ясное, положение в постели активное, выражение лица веселое. Поведение больного обычное, конституция нормостеническая, питание чрезмерное. Рост 168 см, вес 89 кг. Кожные покровы обычной окраски в области кистей кожа сухая, щелушится. Оволосенения по мужскому типу. Мышечная система развита хорошо, тонус в норме, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений. Движения в суставах свободные, ограничений нет. Гиперемия скул , акроцианоз нет. Рыбьи глаза нет. Диффузный цианоз нет. Молочные железы мягко-эластичные, без уплотнений. Соски без изменений. Щитовидная железа не увеличена. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы до 0.5 см безболезненные подвижные. Отмечается отек нижних конечностей, больше справа.

**Сердечно - сосудистая система**

При осмотре патологических пульсаций (в эпигастральной области, в яремной ямке и в области сосудов шеи) не наблюдается. В области сердца патологической пульсации, сердечного горба не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации уплотнений по ходу вен и болезненности не обнаружено. Пульс сильный, симметричный, ритмичен, наполнение хорошее, не напряжен.

Частота пульса 87 ударов в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений. Верхушечный толчок определяется на 5 межреберье на 1см к наружи от среднеключичной линии .Симптом «кошачьего мурлыкания» отрицательный. Границы относительной и абсолютной тупости отклонены в лево на 1 см.

При аускультации 1 и 2 тоны приглушены, акцент II тона на аорте. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются .АД на обеих руках 130/100мм рт ст.

**Пищеварительная система**

Слизистая полости рта розовая ,без видимых изменений.Десны розовые , не кровоточат , язв нет .Язык подвижен .влажный , чистый, сосочки выражены умеренно.

Живот круглый симметричный ,не вздут .Передняя брюшная стенак участвует в акте дыхания . Подкожные венозные анастамозы в области пупка не видны , пупок втянут.При пальпации живот мягкий , безболезненный , напряжения передней брюшной стенки ,грыжевых ворот и опухолевых образований не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Печень не увеличена , пальпируется по краю правой реберной дуги, край печени мягко-эластической консистенции , безболезненный.Границы печепни по Курлову 7-8-9 см. Селезенка в двух положениях не пальпируется.Перкуторный звук тимпанический. Наличие свободной жидкости в брюшной полости пальапторно и перкуторно не опреднляется. Стул регулярный оформленный.

**Мочевыделительная система**

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 – 4 раза в сутки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Со стороны половых органов патологии не выявлено.

**Нейроэндокринная система**

Сознание ясное,речь внятная,поведение адекватное.Координация движений не нарушена.На контакт идет хорошо.На внешние раздражители реагирует адекватно, интеллект средний.

Щитовидная железа не увеличена.При пальпации безболезненна ,мягко-эластичной консистенции, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений не выявлено, признаков гипо- и гипертиреоза нет. Вторичные половые признаки развиты по мужскому типу. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирован в пространстве и во времени, общительный.

**Локальный статус**

Органы дыхания:

Форма грудной клетки правильная. Правая и левая стороны симметричные. Оба половины участвуют в акте дыхания симметрично. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Реберные промежутки не расширены, лопатки прилегают плотно , ключицы расположены симметрично. Дыхание ритмичное, брюшного типа. Носовое дыхание не затруднено .Частота дыхания 21 дыхательных движений в мин.

При пальпации грудная клетка безболезненна. Голосовое дрожание и резистентность не изменены.Ощущения трения плевры нет.

Перкуссия: сравнительная перкуссия без патолог

Топографическая перкуссия: высота стояния верхушки с правой и левой стороны на 3 см выше ключицы, ширина полей Кренига с правой и левой стороны 4 см.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии перкуссии | Прав легкое(межреб) | Левое легк(межреб) |
| парастернальная | 5 м\р | - |
| среднеключичная | 6 м\р | - |
| Передн подмышечн | 7 м\р | 7 м\р |
| Средн подмышечн | 8 м\р | 8 м\р |
| Задн подмышечн | 9 м\р | 9 м\р |
| лопаточн | 10 м\р | 10 м\р |
| паравертебральн | На ур-не остист отр11гр позвонка | На ур-не остист отр 11гр позвонка |

Подвижность нижнего легочного края:

справа :

по среднеключичн линии -7см;

Подмышечной линии-6см;

Лопаточнойлинии-6см

Слева:

по подмышечн л инии-6см ;

по лопаточной линии-7см

При аускультации: ослабление везикулярного дыхания. Сухие хрипы низкотональные , немногочисенные .Крепитации ,шума трения плевры не обнаружено. Бронхофония отсутствует.

**Предварительный диагноз, его обоснование**

На основании жалоб больного на приступы удушья, одышку при незначительной физической нагрузке(подъем 1 лестничного пролета, ходьба медленным темпом на расстоянии 100-150м),ночные визинг симптом, кашель ,продуктивный с учетом гиперреактивносити бронхов.

На основании данных анамнеза заболевания и анамнеза жизни:

- приступы купируются приемом сальбутамола

- отягощенный аллергический анамнез.

- характер профессиональной деятельности( длительн проф стаж 28 лет, проф вредн - пыль )

- длительное курение (45л)

Можно выделить следующие синдромы:

1. синдром бронхиальной обструкции.
2. синдром гиперреактивности бронхов.
3. синдром дыхательной недостаточности.

Таким образом, можно сформулировать предварительный диагноз: Бронхиальная астма ,смешанная форма ,средней степени , обострение. ДН II ст.

Хронический бронхиткурильщика.обострение.

**План ведения**

1. общеклинические анализы
2. ФБС
3. исследование внешнего дыхания мониторинг, пикфлоуметрия.
4. исследование мокроты
5. ЭКГ, ЭХОКГ.
6. рентгеногр ОГК
7. осмотр профпатолога
8. лечение по листу назначений.

**Интерпретация дополнительных методов исследования**

**1.**лабораторные методы исследования:

1 . общий анализ крови от 26.11.08г:

Нḇ 148 г/л

Лейкоциты 13.2 \*109/л,Э-2% ,П/я1% ,С/я66% ,Л 41%, М 2%,

СОЭ – 23мм/ч

2. биохимический анализ крови от 26.11 08г.

Фибриноген 4000г/л, общ белок 68.2г/л, сахар крови 4.5 , холестерин5.5г/л

3.общий анализ мочи :

плотность 1015мг/л

цвет с/ж

прозрачность полная

реакция кислая

белок отр

лейкоциты 24

эр 0,2

плоск эпителий 1-2

оксалаты

1. анализ мокроты от 28.11.08.г:

без патологии

микробиология : в п/зр макрофаги от единичных до скоплений

нейтрофилы до 7

Эозиноф отр

Знач примесь ротоглоточн слизи , флора смешанная

Рез/т псева : роста грибов нет

Этиологическ :М/о не выявлены

КУМ не обнар

Атипичн клеток не обнар.

5. цитологическое исследование промывных вод бронхов:

Без структурные массы ,преобладают нейторфиллы ,в скоплениях до 30

В п/зр циллиндрич эпителий 20-30 , без особенностей.

Атипичные клетки не обнаружены.

1. анализ кала на я/гл: яйца не обнаружены .

**Инструментальные методы исследования**

1. **Рентгеногр гр клетки**. Заключение: рентгенологическая картина соответствует пневмокониозу 1 ст, узелковая форма .Состояние после операции на левом легком.
2. **ФБС**. Заключение: 2-х сторонний диффузный хронический бронхит 1 ст, активность воспаления с явлениями атрофии слизистой .
3. **Эходоплерография**: Заключение: стенки аорты и ФКАК уплотнены . Расширение восходящего отдела аорты .Кальциноз ФНМК и ФКАК 1 ст , умеренное расширение левого предсердия ,не большое расширение ЛЖ .Небольшое атеросклеротическое изменение аортального клапана ,min аортальная регургитация. Не большое нарушение диастолической функции ЛЖ по обструктивному типу . Гиперкинетический синдром.
4. **ЭКГ**. Заключение :Ритм синусовый .ЧЧС-80.Горизонтальн ЭОС. Умеренная ГЛЖ.
5. **Бронхолитическая проба** : Заключение: Умеренное снжение ЖЕЛ. Нарушение проходимости дыхательных путей не выявлено. Проба с ингал Беротека 2d отрицательный.

**Заключение профпатолога**: пневмокониоз сварщика I ст

**Дифференциальная диагностика**

Дифференциальную диагностику БА (вне зависимости от ее формы ) проводят со следующими заболеваниями: хроническая обструктивная болезнь легких, сердечная недостаточность, респираторные вирусные инфекции и реккурентные эмболии мелких сосудов легких и др.

При ХОБЛ причиной является ХОБ .ХОБ характеризуется хроническим диффузным неаллергическим воспалением бронхов .При этом признаки бронхиальной обструкции имеются постоянно , в период обострения заболевания они усиливаются ( но не в виде острых приступов ), а после лечения постепенно ослабевают ( в течение нескольких недель лил месяцев ),но редко исчезают .

Клинические и морфологические дифференциально–диагностические критерии ХОБЛ и БА представлены ниже.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| признаки | ХОБЛ | БА |
| аллергия | Не характерна | характерна |
| атопия | Не характерна | характерна |
| одышка | Постоянная, без резких колебаний выраженности ;Усиление во время обострения | Приступы экспираторной  одышки. |
| Анализ мокроты | Наличие макрофагов,при инфекционном обострении - нейтрофилов | Эозинофилия |
|  |  |  |
| Отек слизистой | вариабелен | присутствует |
| Суточные изменения ОФВ1 | В пределах от 10% от должной | Более 15% от должного |
| кашель | Постоянный , разной интенсивности | приступообразный |
| Бронхиальная обструкция | Обратимость не характерна ,прогрессивное ухудшение функции легких. | Обратимость характерна ,прогрессивного ухудшения функции легких нет. |

ТЭЛА чаще развивается у больных ,страдающих тромбофлебитами нижних конечностей и таза , пребывающих длительное время в постели ,при мерцательной аритмии , в послеоперационном периоде. Для инфаркта легкого характерна боль в груди , при полисегментарном поражении – одышка и цианоз , такикардия и артериальная гипотония.При поражении одного сегмента на рентгенограммах выявляют гомогенную тень треуголь-

ной формы, обращенную основанием к висцеральной плевре, а верхушкой

- к воротам легких.Информативно проведение перфузионного радиоизотопного сканирования, прикотором обнаруживают ишемические«холодные» зоны в легких .На ЭКГ появляется картины острой и подострой перегрузки правых отделов сердца.

Вывод: все данные указывают на БА.

**Иммунологический диагноз**

Аллергические заболевания в **Аллергологический анамнез** У больного ВИН т.к частые ОРВИ (3-4р в год), грибковое поражение кожи (псориаз) , ожирение, наличие проф вредности, длительный стаж работы 28 лет, состояние после операции- сегментэктомия левого легкого.

Диагноз : Бронхиальная астма , смешанного типа, средней степени тяжести ,обострение , ДН II ст.

**Иммунопатогенез**

Ведущим звеном патогенеза являются патологические реакции иммунной системы на поступающие аллергены (индукторы). Под влиянием аллергенов происходит выработка антител- IgЕ в слизистой оболочке дыхательных путей и регионарных лимфатических узлах, которые связываются с рецепторами на мембранах тучных клеток . Взаимодействие аллергена и антитела- IgЕ на поверхности тучных клеток приводит к выделению медиаторов иммунного воспиления (гистамин, серотонин, брадикинин, лейкотриены, простогландины и др), вызывающих бронхоспазм, гиперсекрецию ,воспалительный отек слизистой бронхов. Выделяемые из тучных клеток хемотоксические факторы вызывают клеточную инфильтрацию бронхов, вначале нейтрофилами и эозинофилами, а затем мононуклеарами.

**Клинический диагноз**

Данные инсрументальных и лабораторных данных не противоречат предварительному диагнозу.

Лабораторные данные : **в крови**- лейкоцитоз, синдром ускоренного СОЭ, **в мокроте**- макрофаги единичные, лейкоциты 2-3, эозинофилы- отр, нейтрофилез.

Инструментальные данные: **рентгенография ОГК**- пневмокониоз I ст, узелковая форма**; ЭКГ** - ритм синусовый ЧЧС 80, горизонтальный ЭОС, умеренная ГЛЖ ; **ФБС**- 2-х сторонний диффузный хронический бронхит I ст **; по спирограмме** – умеренное снижение ЖЕЛ , нарушение проходимости дыхательных путей не выявлено ,проба с беротеком 2d отрицательный.

Основываясь на вышеперечисленных данных можно выставить **клинический диагноз**: Бронхиальная астма, смешанная форма , средней степени тяжести, обострение , ДН IIст. Хронический бронхит курильщика, обострение. Пневмокониоз I ст.

**Сопутствующие заболевания**: гипертоническая болезнь 2 ст, 3 степени риск 3,СН 2ст, ФК 2-3.

**Лечение**

Общая программа лечения больной БА должна включать в себя: 1) образовательную программу; 2) оценку и мониторинг степени тяжести болезни; 3) исключение факторов, провоцирующих обострение болезни, или контроль над ними; 4) разработку индивидуальной схемы медикаментозного лечения; 5) разработку плана лечения обострения болезни, неотложную терапию при приступе удушья и (или) астматическом статусе; 6) диспансерное наблюдение.

ступень № 3.

Доза ингаляционных кортикостероидов беклазон 250 мкг 1доза на 2 раза 14 дней. Рекомендуется использовать ингалятор со спейсером.

Бронходилятаторы длительного действия могут быть также назначены в добавление к ингаляционным кортикостероидам, особенно для контроля ночных симптомов.Салмотерол.

Купировать симптомы следует бета2-агонистами короткого действия или альтернативными препаратами. Сальбутамол 1-2 дозы 14 дней.

Симптоматическое лечение. Немаловажное значение в комплексной терапии больных БА имеет симптоматическое лечение. Так, для улучшения дренажной функции бронхиального дерева и уменьшения вязкости мокроты используются отхаркивающие средства. Рекомендуются секретолитические препараты, которые действуют непосредственно на слизистую оболочку бронхов натрия гидрокарбонат ; секретомоторные препараты,рефлекторно - через желудок и рвотный центр - усиливают бронхиальную секрецию: Настой термопсиса - 0,8-1 г на 200 мл воды - назначается до еды по 1 ст. ложке 5-6 раз в день. Хороший эффект наблюдается от ультразвуковых ингаляций трипсин.

ЛФК. Эффективными немедикаментозными методами симптоматического лечения больных с БА являются дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки, постуральный дренаж, иглорефлексотерапия.

Иммунокоррекция: Бронх-муннал по 30 мг 1р в день курс лечения 30 дней.

Дневник наблюдения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата |  | лечение |
| 1.12.08 | Состояние больного средней степени тяжести, жалобы на одышку при незнач физической нагрузке .Об-но: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. t тела 36.0 С, органы дыхания: грудная клетка при пальпации безболезненна, притупление перкуторногозвука, аускультативно –ослабление везикулярного дыхания, сухие хрипы, ЧД – 21 уд. в. мин. Сердечно -сосудистая система: Сердечный толчок отсутствует. Аускультативно: тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Шумов нет. АД 140/100 мм.рт.ст.. Живот: мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание ненарушено. | Преднизалон 30 мл (6 таб) утром  Эналаприл 5 мг 2 раза в день  Беротек 2 раза в день  Беродуал 2 раза в день 4 раза через спейсер |
| 3.12.08 | Состояние больного удовл, жалоб не предъявляет . Об-но: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. t тела 36.2 С, органы дыхания: при пальпации безболезненна, перкуторно-ясный легочной звук, аускультативно – везикулярное дыхание ослаблено, хрипов нет, ЧД – 18 уд. в. мин. Сердечно -сосудистая система: Сердечный толчок отсутствует. Ауск: тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Шумов нет. АД 140/90 мм.рт.ст.. Живот: мягкий, болезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание ненарушено. | Преднизалон 30 мл (6 таб) утром  Эналоприл 5 мг 2 раза в день  Беротек 2 раза в день  Беродуал 2 раза в день 4 раза через спейсер |
| 5.12.08 | Состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет в настоящее время. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, и обычной влажности. t тела 36.2 С, органы дыхания: грудная клетка при пальпации безболезненна, перкуторно-ясный легочной звук, аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 18 уд. в. мин. Сердечно -сосудистая система: Сердечный толчок отсутствует. Аускультативно: тоны сердца приглушены, акцент II тона на аорте. Шумов нет. АД 140/80 мм.рт.ст.. Живот: мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются  Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание ненарушено. | Преднизалон 30 мл (6 таб) утром  Эналоприл 5 мг 2 раза в день  Беротек 2 раза в день  Беродуал 2 раза в день 4 раза через спейсер |

**Прогноз**

В отношении здоровья благоприятный, т.к. соблюдая рекомендации врача можно привести заболевание к длительной стойкой ремиссии. Для жизни и трудоспособности благоприятный, т.к. одышка возникает во время незначительной физической нагрузки.

Цель лечебно-профилактических мероприятий состоит в том, что бы не затягивать процесс, переохлаждения по неволе ухудшает состояние организма больной и в итоге может привести к стадии обострении заболевания.

**Список литературы**

1. Трубников Г.В. учебно-методическое пособие «Методические основы познания терапии».

2. «Диагностика и лечение иммунопатологических заболеваний» А.П. Колесников, А.С. Хобаров.

3. Кукес «Клиническая фармакология».

4. Машковский М.Д. “Лекарственные средства” часть 1 и 2. Москва, “Медицина”, 2002 год.