***Министерство Здравоохранения Российской Федерации***

*Алтайский Государственный Медицинский Университет*

# ***Кафедра иммунологии***

***Зав. кафедрой:*** профессор Хабаров А.С.

***Преподаватель:***

***Куратор:*** Бирицкая Т.В., 524 гр.

## *История болезни*

***Больной:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***Клинический диагноз:*** «Хронический простой бронхит, обострение. Бронхиальная астма, неаллергическая форма, средней степени тяжести, обострение, ДН I-II ст.»

***г. Барнаул 2009год***

***Паспортные данные:***

#### *Ф.И.О.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Возраст.*** 72 года.

***Дата рождения.***27.12.1936 год.

***Место работы.*** Пенсионер

***Место жительства.*** Павловский район, с. Чернопятово.

***Семейное положение.*** Вдовец.

***Дата поступления.*** 26.02.2009 г.

***Дата курации.*** 04.03.2009 г.

***Клинический диагноз:*** «Хронический простой бронхит, обострение. Бронхиальная астма, неаллергическая форма, средней степени тяжести, обострение, ДН I-II ст.»

***Жалобы***

Беспокоит приступообразная экспираторная одышка, возникающая в покое, чаще в ночное время, усиливающаяся при физической нагрузке, стрессах; чувство заложенности в груди; кашель с трудно отделяемой мокротой белесоватого цвета, при сильных приступах кашля возникает потеря сознания. Также беспокоит слабость, повышенная утомляемость.

***Анамнез заболевания***

Пациент в 1954 г. перенес крупозную двустороннюю пневмонию.

В 2007 г. стала беспокоить одышка, усиливающаяся при физических нагрузках и стрессах, появился кашель с трудно отделяемой мокротой. С этими жалобами был госпитализирован в ЦРБ, где получал адекватное лечение (преднизолон и эуфиллин в /в, ампициллин в/м, беродуал, дигоксин, эгилок). После лечения состояние больного улучшилось. В ноябре 2008г. снова ухудшилось состояние здоровья (одышка, кашель с мокротой) и был госпитализирован в МУЗ ГБ №4 с DS: ХОБЛ средней степени тяжести, смешанный вариант. После лечения улучшение наблюдалось в течение 1,5 нед., затем снова был госпитализирован в ЦРБ. Последнее ухудшение состояния наступило, когда проходил лечение в ККБ в офтальмологическом отделении. Самостоятельно принимает для купирования приступов беродуал до 15-30 доз в сутки. 26.02.2009г. Переведен в ПНО ККБ с целью коррекции лечения и уточнения диагноза. За время лечения в стационаре отмечает положительную динамику.

***Анамнез жизни***

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ родился в 1936г. в селе Чернопятово. Рос и развивался нормально, от сверстников в умственном и физическом развитии не отставал. Окончил 5 классов средней школы, служил в армии в инженерно-технических войсках в Бердской области. После армии работал трактористом и механизатором, отмечает профессиональные вредности. С 1953 г. работал шофером. С 1996 г. является пенсионером.

Гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает, ге­мотрансфузии не проводилось.

Операции:

2006г. по поводу водянки яичка.

2006г. удаление полипа носовой перегородки.

2007г. перелом правой плечевой кости.

Имеется наследственная предрасположенность к развитию бронхиальной астмы (у матери и дедушек по материнской линии).

***Аллергологический анамнез***

1. аллергические заболевания в семье в прошлом и настоящем у отца, матери, родственни­ков, братьев и сестер отрицает.
2. перенесенные ранее заболевания в 1954 году переболел крупозной двусторонней пневмонией, других заболева­ний не упоминал.
3. реакций на введение сывороток, вакцин и лекарственных препаратов отрицает.
4. сезонности заболевания не отмечает.
5. на течение заболевания влияют такие факторы как холод, физические нагрузки, отрицатель­ные эмоции. Приступы возникают в ночное время.
6. пыльцевые факторы, влияние косметических средств, контакт с животными течение заболе­вания не усугубляет.
7. обострение заболевания больной не связывает с домашней обстановкой, пылесборни­ками.

***Вывод:*** из аллергологического анамнеза видно, что данное заболевание не мо­жет иметь аллергическую природу. Также выявлено усугубление заболевания из–за влияния физических факторов.

***Status praesens communis***

На момент курации: состояние больного удовлетворительное, положение в постели активное, сознание ясное, выражение лица спокойное, вид и поведение адекватное. Телосложение правильное, конституция астеническая, рост 172 см, вес 100кг, ИМТ = 31,5. Питание удовлетворительное. Температура тела – 36,6 С.

Кожа чистая, нормальной влажности, тургор нормальный. Воспалительных процессов на коже, шелушения нет. Отеков нет. Периферические лимфоузлы (подчелюстные, шейные, над- и подключичные, локтевые, подмышечные и паховые) не пальпируются. Волосяной покров соответствует полу.

Костно-мышечная система без патологии. Движения в суставах осуществляются в полном объеме, безболезненны.

***Опорно-двигательный аппарат***

Сила и тонус мышц сохранены, деформаций в области суставов нет, активные и пассивные движения в суставах в полном объеме. Деформаций и искривлений позвоночника не выявлено. Атрофии, болезненности и уплотнений при пальпации мышц не обнаружено. Суставные шумы отсутствуют, болезненности при пальпации и поколачивании не определяется.

***Система органов дыхания***

**Статический осмотр:** грудная клетка нормостеничной конической формы. Над- и подключичные ямки выражены умеренно, ширина межреберных промежутков умеренная. Эпигастральный угол больше 90 градусов. Лопатки и ключицы выступают умеренно.

**Динамический осмотр:** обе половины грудной клетки симметричны, участвуют в акте дыхания равномерно. Тип дыхания брюшной. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. ЧД = 25 в минуту, глубина дыхания умеренная, дыхание ритмичное.

**Пальпация.** При пальпации болезненных участков не выявлено. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание в норме.

**Перкуссия.** При сравнительной перкуссии легких по девяти парным точкам притупления легочного звука не наблюдается, по всем легочным полям – ясный легочной звук.

Нижние границы легких, дыхательная экскурсия перкуторно справа и слева в пределах нормы.

НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
| l. parasternalis | 4 м/р | - |
| l. medioclavicularis | 5 м/р | - |
| l. axilaris anterior | 6 м/р | 6 м/р |
| l. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| l. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| l. scapularis | 9 м/р | 9 м/р |
| l. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l. medioclavicularis | 4 см | - |
| l. axilaris media | 5 см | 5 см |
| l. scapularis | 4 см | 4 см |

**Аускультация.** По девяти парным точкам аускультации выслушивается везикулярное дыхание.

Крепитации, бронхофонии, шума трения плевры не выслушивается.

В нижних отделах сзади выслушиваются единичные сухие хрипы, а слева – свистящие хрипы.

***Система органов кровообращения***

**Осмотр:** Состояние вен и артерий шеи без видимых патологических изменений.Симптом Мюссе отрицательный.Грудная клетка в области сердца не изменена, сердечного горба не наблюдается.

**Пальпация.** Верхушечный толчок пальпируется в проекции левой среднеключичной линии в V м/р. Сердечный толчок не определяется. Патологическое систолическое и диастолическое дрожание не определяется.

**Перкуссия.** Верхушечный толчок определяется по левой среднеключичной линии в V межреберье.

Относительная тупость сердца определяется:

- правая граница – на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р;

- левая – по левой среднеключичной линии в 5 м/р;

- верхняя – на 1 см кнаружи от левого края грудины в 3 м/р.

Конфигурация сердца – нормальная.

Абсолютная тупость сердца:

- правая граница – по левому краю грудины в 4 м/р;

- левая – на 2 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца в 5 м/р;

- верхняя – на 1 см кнаружи от левого края грудины в 4 м/р

**Аускультативная картина сердечных тонов:** тоны сердца приглушены, мерцательная аритмия. ЧСС = 90 ударов в минуту.

АД на левой руке – 125/80 мм.рт.ст., на правой руке – 125/80 мм.рт.ст..

Видимые вены не изменены, варикозных расширений нет, венный пульс отрицательный.

***Система органов пищеварения***

**Осмотр.** Зев физиологической окраски, язык влажный, обложен налетом беловатого цвета, трещин, язв нет. Десны, мягкое и твердое небо не изменены. Живот правильной формы, симметричен, участвует в акте дыхания, пупок втянут, видимой перистальтики желудка и кишечника, а также венозных коллатералей не наблюдается.

**Пальпация.** *Послойная пальпация:* кожа обычной температуры и влажности, тургор не изменен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, распределение равномерное. Мышечный слой выражен умеренно, напряжение передней брюшной стенки не выявляется.

Внутренние органы: пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде умеренно-плотного тяжа. Остальные части кишечника не пальпируются.

**Перкуссия и пальпация печени.** *Границы печени по Курлову:*

- верхняя граница абсолютной тупости печени (по правой среднеключичной линии) – VI м/р,

- нижняя - по правой среднеключичной линии – выступает на 2-2,5 см из-под края правой реберной дуги;

- по передней ключичной линии по левой реберной дуге - соответствует левой реберной дуге.

**Пальпация.** Нижний край печени заостренный, мягкий, болезненный.

Размеры печени по Курлову составляют:

- по правой срединно-ключичной линии – 11 см;

- по передней срединной линии – 8 см;

- по левой реберной дуге – 7 см.

Симптом Ортнера отрицательный.

Желчный пузырь не пальпируется. Патологических симптомов: френикус-симптом (Георгиевского-Мюсси); симптомы Василенко и Мэрфи, Щеткина-Блюмберга – не выявлено.

**Исследование селезенки.** Селезенка не пальпируется.

***Система органов мочеотделения***

Кожа в области поясницы нормальной окраски, без припухлостей и гиперемии. Почки в положении лежа и стоя не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеточниковые зоны безболезненны. Область мочевого пузыря без изменений.

***Эндокринная система***

Телосложение нормальное, части тела пропорциональны. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, нормальной консистенции, безболезненна.

Зрачковые рефлексы сохранены. Патологических рефлексов нет.

***Предварительный диагноз***

Принимая во внимание ***жалобы больного*** на приступообразную экспираторную одышку, возникающую в покое, чаще в ночное время, усиливающуюся при физической нагрузке, стрессах; чувство заложенности в груди; кашель с трудно отделяемой мокротой белесоватого цвета, при сильных приступах кашля возникает потеря сознания, слабость, повышенную утомляемость; ***данные анамнеза заболевания:*** связь заболевания с инфекцией в 1954г. перенес крупозную двустороннюю пневмонию, улучшение состояния после применения бета-2-агонистов короткого действия; ***данные анамнеза жизни:*** наличие факторов риска к возникновению данного заболевания (профессиональная вредность), наследственная предрасположенность к развитию бронхиальной астмы (у матери и дедушек по материнской линии); ***данные объективного осмотра*** (в нижних отделах сзади выслушиваются единичные сухие хрипы, а слева – свистящие хрипы) можно поставить предварительный диагноз: «Хронический простой бронхит, обострение. Бронхиальная астма, неаллергическая форма, средней степени тяжести, обострение, ДН I-II ст.»

***Дополнительные методы исследования***

*Лабораторные методы*

* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
* Анализ мокроты
* Анализ мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам

*Инструментальные методы*

* + Спирография
  + Обзорная рентгенография в 2-х проекциях

***Результаты дополнительных методов исследования***

**Общий анализ крови от 26.02.2009г.**

Гемоглобин -154

СОЭ – 5 мм/ч

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Лейкоциты | эозинофиллы | п/я | с/я | Лимфоциты | Моноциты |
| 19 | 1 | 3 | 57 | 30 | 9 |

**Анализ мочи от 26.02.2009г.**

Цвет – соломенный, белок, сахар – отрицательный, реакция кислая, удельный вес 1025, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, плоский эпителий 2-3 в поле зрения

**Анализ мокроты от 27.02.09г.**

Количество – скудное цвет – желтый. Характер – слизистый. Конститенция вязкая.

Альвеолярные макрофаги ед. в поле зрения, лейкоциты 10-30 в поле зрения, эозинофилы 90%, нейтрофилы 10%, скопления клеток цилиндрического эпителия в т.ч. в состоянии плоскоклеточной метаплазии.

**Анализ кал на яйца глист от 26.02.2009г.**

Яйца не обнаружены.

**Кривая поток – объема форсированного вдоха от 26.02.2009г.**

Заключение: значительное снижение ЖЕЛ, резко выражены нарушения проходимости дыхательных путей, проба с бронхолитиком « беротек 2 дозы» положительная.

***Клинический диагноз***

Анализируя и сопоставляя ***жалобы больного*** на приступообразную экспираторную одышку, возникающую в покое, чаще в ночное время, усиливающуюся при физической нагрузке, стрессах; чувство заложенности в груди; кашель с трудно отделяемой мокротой белесоватого цвета, при сильных приступах кашля возникает потеря сознания, слабость, повышенную утомляемость; ***данные анамнеза заболевания:*** связь заболевания с инфекцией в 1954г. перенес крупозную двустороннюю пневмонию, улучшение состояния после применения бета-2-агонистов; ***данные анамнеза жизни:*** наличие факторов риска к возникновению данного заболевания (профессиональная вредность), наследственная предрасположенность к развитию бронхиальной астмы ( у матери и дедушек по материнской линии); из ***аллергологического анамнеза*** выявлено, что аллергия у больного отсутствует, ***данные объективного осмотра*** (в нижних отделах сзади выслушиваются единичные сухие хрипы, а слева – свистящие хрипы), ***результаты дополнительных методов обследования:*** ( Кривая поток – объема форсированного вдоха от 26.02.2009г.Заключение: значительное снижение ЖЕЛ, резко выражены нарушения проходимости дыхательных путей, проба с бронхолитиком « беротек 2 дозы» положительная), анализ мокроты ( Количество – скудное цвет – желтый. Характер – слизистый. Конститенция вязкая. Альвеолярные макрофаги ед. в поле зрения, лейкоциты 10-30 в поле зрения, эозинофилы 90%, нейтрофилы 10%, скопления клеток цилиндрического эпителия в т.ч. в состоянии плоскоклеточной метаплазии).

Таким образом, на основании выше перечисленного можно выставить клинический диагноз: «Хронический простой бронхит, обострение. Бронхиальная астма, неаллергическая форма, средней степени тяжести, обострение, ДН I-II ст.»

***Дифференциальный диагноз***

Неаллергическую форму бронхиальной астмы нужно дифференцировать с аллергической формой.

В основе *аллергической БА* лежит иммунологический механизм с избыточной продукцией IgE. Это приводит к массированному выбросу медиаторов тучной клеткой при всяком контакте больного с “виновным” аллергеном. Аллергическая БА чаще возникает у людей с отягощенным семейным или персональным аллергологическим анамнезом, начинается обычно в детском возрасте, у таких больных - положительные кожные и провокационные пробы с неинфекционными аллергенами, повышен уровень общего и специфического IgE, имеются другие аллергические проявления (аллергический ринит, конъюнктивит, атопический дерматит).

Все данные проявления не характерны для неаллергической формы бронхиальной астмы

***Иммунологический диагноз***

«Бронхиальная астма неаллергическая форма в стадии обострения ДН I-II ст.»

***Иммунопатогенез***

При неаллергической бронхиальной астме не удается выявить сенсибилизации к определен­ному аллергену. Начало болезни приходится на более зрелый возраст, и пусковым фактором, а также “виновником” обострения чаще всего является перенесенная респираторная вирусная инфекция. Спустя несколько дней после начала вирусного заболевания появляются одышка, кашель, приступы удушья, которые могут сохраняться от нескольких дней до нескольких месяцев.

***Патоморфология***

В воспалении участвуют тучные клетки, эозинофилы, происходит значительная воспалительная активация эозинофилов, которые рассматриваются в качестве биомаркеров. В наибольшей степени повреждаются эпителиальные клетки, происходит их значительная десквамация (слущивание), отмечается гиперплазия и гипертрофия слизистых и бокаловидных клеток с нарушением мукоцилиарного клиренса. Основное вещество базальной мембраны дезорганизуется и склерозируется, развивается гипертрофия гладких мышц, дилятация посткапиллярных венул. Все это происходит на фоне миграции эозинофилов, тучных клеток и Т-лимфоцитов. Под воздействием аллергических стимулов происходит активация и пролиферация с последующим выделением ими цитокинов, индуцирующих гиперпродукцию общих и специфических иммуноглобулинов Е. В условиях возникновения сенсибилизации организма повторное поступление аллергена приводит к выделению тучными клетками и базофилами медиаторов и развитию ранней фазы аллергического ответа.

***Лечение***

Лечение направлено на купирование приступа бронхиальной астмы.

* Ингаляции аэрозолем через спейсер комбинированными препаратами-беродуал ( комбинация бета-2 агонист короткого действия и М-холинолитик) 2 дозы, либо ингаляции аэрозолем бета-2 агониста короткого действия ( сальбутомол 2 дозы ) через спейсер, либо М- холинолитиком( атровент) через небулайзер 1-2 дозы. Бронходилятаторы длительного действия могут быть также назначены в добавление к ингаляционным кортикостероидам (беклометазон, будосанид бенакорд, муметазон), особенно для контроля ночных симптомов.
* Проводятся элиминационные мероприятия
* Аллерген-специфическая терапия
* Обучение пациента и его реабилитация
* Антилейкотриеновые препараты («Зофирлукаст», «Монтелукаст»)

*Немедикаментозная терапия*

* Физиотерапия (интергин на грудную клетку) № 10
* Иглорефлексотерапия
* Санаторно-курортное лечение (солевые пещеры)
* Постуральный дренаж
* Массаж грудной клетки
* Дыхательная гимнастика включает такие упражнения, как потягивание, маховые движения руками (“колка дров”), причем при разведении или подъеме рук следует делать максимально глубокий вдох, а при опускании рук - форсированный глубокий выдох. В некоторых случаях применяются поверхностное дыхание по Бутейко, парадоксальная дыхательная гимнастика по Стрельниковой (вдох делают при наклоне корпуса вперед, выдох - при разгибании). Широко используются небуляторы - приборы, создающие сопротивление дыханию.

*Профилактические мероприятия* направлены на предупреждение приступов бронхиальной астмы ( не допускать переохлаждение организма и т.д ), проведение элиминационных меропритий, профилактические прививки с разрешения аллерголога.

*Симптоматическое лечение* для улучшения дренажной функции бронхиального дерева и уменьшения вязкости мокроты используются отхаркивающие средства. Рекомендуются секретолитические препараты, которые действуют непосредственно на слизистую оболочку бронхов (эфирные масла, йодиды, натрия гидрокарбонат и др.); секретомоторные препараты (рефлекторно - через желудок и рвотный центр - усиливают бронхиальную секрецию: настой термопсиса, алтейного корня, листьев мать-и-мачехи, подорожника) и муколитики (трипсин, химопсин, рибонуклеаза, мукалтин, бромгексин, бисольвон и др.). Калия йодид является наиболее сильным отхаркивающим средством, назначается по 1 ст. ложке 3 % раствора 5-6 раз в день после еды, не более 5 дн подряд. 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 трипсина, химопсина и других ферментов.

***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.
5. Под редакцией академика РАМН А.И. Воробьёва. Справочник практического врача. Издание 7-е. Москва, «ОНИКС 21 век», «АЛЬЯНС-В», 2000 год.
6. А.И. Мартынов. «Внутренние болезни» в двух томах. Москва «ГОЭТАР - МЕД», 2002 год.
7. Справочник Видаль 2002. М.: АстраФармСервис, 2002г. 1488 стр.