Паспортная часть

**Фамилия**: \*\*\*\*\*\*

**Имя**: \*\*\*\*\*\* О**тчество**: \*\*\*\*\*\*\*

**Возраст**: 17 лет, **пол**: мужской, **образование**: среднее специальное, **семейное положение:** не женат

**Домашний адрес**: г. Усинск. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Место работы**: не работает

**Профессия**: -

**Дата поступления в клинику:** 21.09.05

Жалобы.

Больной предъявляет жалобы на:

- приступы удушья, сопровождающиеся экспираторной одышкой, возникающие при интенсивном беге на дистанции более 100 метров или при быстром подъеме по лестнице на 4-5 этаж, купирующиеся ингаляцией сальбутамола, либо фенотерола и сопровождающиеся выделением небольшого количества вязкой прозрачной слизистой мокроты

- Ощущение хрипов в груди, усиливающихся при физической нагрузке

- Сухой, малопродуктивный кашель, оканчивающийся иногда отделением небольшого количества вязкой мокроты, преимущественно слизистого характера.

Анамнез заболевания.

Считает себя больным с весны 1997 года, когда на уроке физкультуры, во время сдачи зачета по бегу случился приступ удушья с затрудненным выдохом, сопровождавшийся чувством страха и купировавшийся самостоятельно в течении 5 минут после прекращения бега. В течении недели пациент обратился к аллергологу и ему было назначено применение вентолина или сальбутамола в случае возникновения приступа и рекомендовано ограничение физических нагрузок. С осени 1997 приступы стали регулярными и число их находилось в прямой зависимости от выраженности физической нагрузки. В ноябре 1998 поставлен на диспансерный учет по бронхиальной астме. В январе 2002 и феврале 2003 перенес обострения болезни, при которых приступы провоцировались умеренной физической нагрузкой, а вне приступа больным ощущались хрипы в груди. Вне обострения чувствовал себя удовлетворительно, достаточно хорошо умеет избегать возникновения приступа путем контроля физической нагрузки. В настоящее время приступы – 1-2 в неделю, ночные приступы отсутствуют.

21 сентября 2005 по направлению военкомата больной планово поступил для обследования и уточнения диагноза в пульмонологическое отделение КРБ.

Анамнез жизни.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родился 2 ноября 1987 в г.Усинске первым ребенком в семье. Мать – медсестра в Усинской ЦРБ, отец – рабочий нефтеперерабатывающего завода. В физическом и интеллектуальном развитии от сверстников не отставал. В 7 лет пошел в школу, закончил 9 классов, затем поступил в усинский профессиональный лицей № 36 на специальность «нефтепереработка» и окончил его весной этого года.

Проживает в 3-х комнатной благоустроенной квартире в Усинске. Кроме него, в квартире проживают родители и два младших брата (4 и 15 лет). Материальные условия семьи оценивает, как хорошие.

Особых пищевых привычек не имеет, физическая активность снижена, хотя, со слов пациента, раньше занимался самбо и хоккеем.

Курит с 14 лет по 5-6 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не употребляет.

Из перенесенных заболеваний припоминает неоднократные ОРЗ и грипп, из травм – ЧМТ в возрасте 13 лет, по поводу которой к врачу не обращался, а лечился лома в течении 3 недель. Гемотрансфузии отрицает.

Наследственность: У отца сахарный диабет 1 типа с 15 лет.

Аллергологический анамнез: аллергия на кошачью шерсть, проявляющаяся резью в глазах, обильными выделениями из носа и чиханием. Наличие аллергии на пищевые продукты и лекарства отрицает.

ЗППП, туберкулез, гепатит отрицает.

Профессиональный анамнез.

Трудовую деятельность не начинал.

Общий осмотр

Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное .Телосложение астеническое. Походка не изменена. Осанка – левосторонний сколиоз грудного и , частично, поясничного отдела позвоночника.

Антропометрия: рост – 185 см, вес- 80 кг.

Кожные покровы физиологической окраски, повышенной влажности, тургор их сохранен, высыпания отсутствуют. Волосы и ногти не изменены. Видимые слизистые – бледно-розовые, чистые, влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно - толщина кожной складки на боковой поверхности брюшной стенки – 1-1,5 см. Из лимфатических узлов пальпируются одиночные лимфатические узлы подбородочной, задней нижнечелюстной и околоушной групп с двух сторон – округлые безболезненные, размером до 0,5 см, эластичные, не спаянные с окружающими тканями. Остальные группы лимфатических узлов не пальпируются

Голова правильной, округлой формы, выражение лица спокойное, приветливое. При осмотре шеи отмечается легкая пульсация сонных артерий. Щитовидная железа не пальпируется, набухание шейных вен отсутствует.

Осмотр по системам

Система дыхания.

*Верхние дыхательные пути*: Дыхание через нос свободное, слизистых выделений нет.

*Осмотр грудной клетки:* Грудная клетка переходной формы, ближе к астеническомц типу (соотношение поперечного и грудино-позвоночного размеров – 2:1, над- и подключичные ямки выражены хорошо, угол Людовика выражен умеренно, эпигастральный угол < 900, направление ребер в боковых отдела – косо-нисходящее, межреберные промежутки шириной до 1 см, лопатки слегка отставлены от грудной клетки)

Грудная клетка симметрично, равномерно участвует в акте дыхания. Тип дыхания – брюшной, ритм правильный, ЧДД – 18 мин-1

*Пальпация грудной клетки*: грудная клетка при пальпации безболезненна, резистентная, эластичная, голосовое дрожание не изменено.

*Сравнительная перкуссия*: при сравнительной перкуссии справа, ниже угла лопатки определяется притупление перкуторного звука, над остальной поверхностью легких – ясный легочный звук.

*Топографическая перкуссия*: Высота стояния верхушек легких: спереди - 3 см над уровнем первого ребра с обеих сторон, сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига – 6 см справа и 7 см слева.

*Нижняя граница легких*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| окологрудинная | Пятое межреберье | - |
| среднеключичная | VI ребро | - |
| передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| лопаточная | X ребро | X ребро |
| паравертебральная | Остистый отросток XI грудного позвонка | |

*Подвижность нижнего края легких*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | | | Левое легкое | | |
| Вдох (см) | Выдох (см) | Сумма (см) | Вдох (см) | Выдох (см) | Сумма (см) |
| Среднеключичная | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

Вывод: Границы легких и подвижность нижнего края не изменены.

*Аускультация легких***:** Над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание, за исключением области ниже угла лопатки справа, где выслушивается бронхиальное дыхание. Над всей поверхностью легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы, имеющие максимальную выраженность в межлопаточном пространстве.

Сердечно-сосудистая система.

*Периферический пульс*: При пальпации пульс на лучевых артериях симметричный, ритмичный, равномерный, умеренного наполнения и напряжения, частотой 68 мин-1. Сосудистая стенка эластичная

При пальпации сонных артерий, артерий нижних конечностей пульс на них ритмичный, умеренного наполнения и напряжения.

При осмотре яремных вен набухание и пульсация их отсутствует.

При аускультации аорты, сонных, подключичных, почечных, бедренных артерий шумы отсутствуют. АД на обеих плечевых артериях 120\80 mm Hg.

*Осмотр области сердца*: Область сердца не изменена, видимые пульсации отсутствуют.

*Пальпация области сердца*: Верхушечный толчок в 5 межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Сердечный толчок отсутствует.

*Перкуссия сердца*: Границы относительной тупости - Левая граница сердца – на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – 3 ребро

Границы абсолютной тупости – Левая граница – на 2,5 см кнутри от среднеключичной линии, правая – по левому краю грудины, верхняя – по 3 межреберью. Сосудистый пучок – во втором межреберье по краям грудины.

Вывод: границы сердца не изменены.

*Аускультация сердца*: Во всех точках аускультации сохранено нормальное соотношение тонов, патологические шумы отсутствуют.

Пищеварительная система

*Осмотр полости рта*: Язык влажный, обложен по краям белым налетом, десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины не выступают за небные дужки. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

*Осмотр живота*: В положении лежа - живот цилиндрический, брюшная стенка участвует в акте дыхания, видимых выпячиваний нет.

*Поверхностная пальпация*: При пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, мышцы ее не напряжены, Расхождения прямых мышц живота нет, симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный.

*Глубокая пальпация*: При глубокой пальпации в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, эластичного, безболезненного, смещаемого, не урчащего цилиндра диаметром 2 см.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде эластичного, ровного, безболезненного, смещаемого, не урчащего цилиндра диаметром 2-3 см.

Восходящая, нисходящая, поперечная ободочная кишка не пальпируются.

Большая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

При *перкуссии* живота свободные газ и жидкость в животе не определяются.

При *аускультации* живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

*Размеры печени* по Курлову 9\*8\*8. (Вывод - не увеличена)

*Пальпация печени*: передний край печени не выходит из под края реберной дуги, печень не пальпируется.

*Желчный пузырь*: Не пальпируется, болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Болезненность в точках Макензи, Боаса, Бергмана отсутствует. Симптом Мюсси-Георгиевского – отрицательный.

*Поджелудочная железа*: болезненность в зоне Шоффара, точках Мейо-Робсон II, Дежардена и Губергрица отсутствует. Симптомы Кера, Грота, Грея-Тернера – отрицательные.

Мочевыделительная система.

При осмотре поясничной области патологических изменений нет. Почки лежа и стоя не пальпируются. При аускультации почечных артерий шумов не выявляется. Симптом поколачивания – отрицательный.

Опорно-двигательный аппарат

Мышечная система: Мышечная сила в верхних и нижних конечностях на 5 баллов, отмечается легкая дисгармоничность в связи с недостаточным развитием мышечной системы, по сравнению с ростом больного. Дрожание, судороги, болезненность мышц при пальпации отсутствуют.

Кости: деформации и болезненность при пальпации отсутствуют, отмечается левосторонний сколиоз в грудном и верхней части поясничного отдела позвоночника.

Суставы внешне не изменены, активные и пассивные движения совершаются в них в полном объеме. Деформации и хруст при движениях отсутствуют.

***Неврологический статус.***

Больной приветлив, легко идет на контакт. Сознание ясное, общемозговые и менингеальные симптомы отсутствуют.

ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ НЕРВЫ.

***N.Olfactorius*** - Обоняние сохранено, обонятельные галлюцинации отсутствуют.

***N.Opticus*** – Наличие зрительных галлюцинаций, мелькания мушек, сужения полей зрения отрицает. Пробу с делением полотенца выполняет правильно.

***Nn. Occulomotorii, trochlearis et abducens***. – зрачки D=S, прямая и содружественная реакции на свет, конвергенцию и аккомодацию сохранены. Глазная щель слева чуть меньше правой. Косоглазие и парезы глазодвигательных мышц отсутствуют. Объем движений глазных яблок сохранен. Наблюдается установочный нистагм.

***N. Trigeminus*** – Боли и парестезии в лице отсутствуют. Точки выхода ветвей тройничного нерва при пальпации безболезненны, чувствительность лица сохранена и передних 2/3 языка сохранена. Жевательная мускулатура не изменена, корнеальный и конъюнктивальный рефлексы сохранены.

***N. Facialis*** – Наблюдается небольшая асимметрия лица слева, сглаженность левой носогубной складки. При наморщивании лба, подъеме бровей, оскаливании зубов, надувании щек, улыбке асимметрия не изменяется.

Лагофтальм, симптомы Белла, Ревийо и «паруса» отсутствуют. Вкус не изменен. Гипераккузия отсутствует.

***N.Vestibulocochlearis (r. cochlearis)–*** Слух не изменен, шум в ушах отсутствует.

***N. glossopharingeus et Vagus*** – Голос не изменен. Глоточный и небный рефлексы сохранены. Глотание сохранено. Чувствительность глотки и вкусовая чувствительность задних 2/3 языка сохранена. Глоссалгии отсутствуют. Висцеральные функции N.Vagus не изменены.

***N.Accessorius***. – объем движений при вращении головы и пожатии плечами сохранен, не изменена. Атрофии трапециевидных и грудино-ключично-сосцевидных мышц не наблюдается. Кривошея отсутствует.

***N. Hypoglossus*** – Язык по средней линии, атрофия и подергивания в нем отсутствуют.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ И ТУЛОВИЩА

**Активные движения.** Объем движений головы, верхних и нижних конечностей сохранен, походка не изменена.

**Сила мышц.** сила мышц верхних и нижних конечностей – 5 баллов. Пробы Барре, «Будды», Мангацини не выявляют скрытых парезов

**Трофика мышц.** Атрофии и гипотрофии отсутствуют.

**Пассивные движения.** Выполняются в полном объеме.

**Мышечный тонус** – тонус сохранен, периодические его изменения отсутствуют.

**Подергивания мышц**. Наблюдаются фасцикулярные подергивания мышц верхних и нижних конечностей, более выраженные в дистальных отделах.

**Гиперкинезы** отсутствуют. **Судорожные припадки** и другие **пароксизмальные двигательные синдромы** отсутствуют

**Координация движений.** Пальценосовую и коленно-пяточную пробы выполняет хорошо, в простой и усложненной позах Ромберга – устойчив.

**Синкинезии** – при ходьбе выявляются содружественные движения рук. Патологические синкинезии отсутствуют.

РЕФЛЕКСЫ

**Сухожильные и периостальные рефлексы:** с сухожилий бицепса, трицепса, периоста шиловидного отростка лучевой кости, коленные, с ахилловых сухожилий, сохранены, D=S, расширение рефлексогенных зон отсутствует.

**Кожные рефлексы:** верхние, средние, нижние брюшные рефлексы сохранены с обеих сторон, подошвенный рефлекс сохранен (D=S).

**Клонусы:** отсутствуют

**Стопные патологические рефлексы:**  флексорные и экстензорные– отсутствуют.

**Оральные патологические рефлексы**: губной (Тулуза-Вюрпа), назолабиальный, назоментальный, дистансоральный (Карчикяна), хоботковый рефлексы – отрицательные. Ладонно-подбородочный рефлекс (Маринеску-Радовичи) отрицателен с обеих сторон.

**Кистевые патологические рефлексы**: верхний симптом Россолимо, Бехтерева-Якобсона-Ласко, Жуковского, кистевой Бехтерева – отрицательные.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ

Жалобы на боли и парестезии отсутствуют. Болезненность при пальпации нервных стволов, остистых отростков позвонков, паравертебральных точек, мышц отсутствует.

**Перкуторная болезненность** остистых отростков позвонков, костей черепа отсутствует. Симптом Раздольского отрицательный.

**Шейно-плечевые болевые симптомы:** Спурлинга-Сковилля, Даунборна, Лежара – отрицательные.

**Симптомы натяжения:** Нери, Ласега, Бехтерева, Вассермана, Дежерина, - отрицательные.

**Болевая, термическая, тактильная и глубокая чувствительность** сохранены, не изменены.

**Сложные виды чувствительности:** стереогноз, двухмерно-пространственное чувство, чувство локализации – сохранены.

ВЫСШАЯ НЕРВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

**Интеллект:** Внимание, память, сообразительность, связность и логичность мышления, темп мышления не изменены. Ориентировка в месте, времени, своем состоянии сохранена. Поведение адекватное. Изменений характера больной и члены его семьи не отмечают.

**Эмоциональное состояние** – устойчивое. Эмоциональная лабильность, насильственный смех и плач отсутствуют.

**Сон**. Жалоб нет. Снохождение и сноговорение отсутствует.

**Речь.** Понимание обращенной речи сохранено. Активная речь не изменена. Предъявляемые предметы узнает и называет.

**Праксис.** Сохранен

**Письмо, чтение, счет** сохранены.

**Гнозис** сохранен. **Схема тела** сохранена

ВЕГЕТАТИВНАЯ НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Цвет радужек одинаковый. Окраска кожи не изменена, снижена температура стоп и кистей, повышенная влажность кистей. Симптомы Хвостека, Труссо отрицательные. Пальпация вегетативных точек безболезненна. Дермографизм белый.

Предварительный диагноз

*Основной*: Атопическая бронхиальная астма (смешенного генеза?), стадия обострения. ДН0.

*Осложнения*: -

*Сопутствующий*: -

Диагноз бронхиальной астмы поставлен на основании того, что ведущим синдромом при данной патологии является синдром ***обратимой бронхиальной обструкции*** (приступы удушья, сопровождающиеся экспираторной одышкой, возникающие при физической нагрузке, купирующиеся ингаляцией бета-2 адреномиметиков и заканчивающиеся выделением небольшого количества вязкой слизи; ощущение больным хрипов и свиста в груди вне приступа). Генез бронхиальной астмы поставлен на основании данных анамнеза (аллергия на кошачью шерсть), а также физикального обследования - одновременное наличие очага возможного воспаления в легких (притупление перкуторного звука и бронхиальное дыхание ниже угла лопатки справа) и обострения процесса (наличие рассеянных сухих хрипов при аускультации) позволяют заподозрить смешанный (экзогенно-энодогенный, т.е. имеющий в своем составе атопический и инфекционно-аллергический компоненты).

Для определения степени тяжести и типа течения (персистирующая/интермитирующая) необходимо дополнительно исследовать ФВД.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови – уточнение общего состояния больного
2. Общий анализ мочи
3. Кровь на RW - скрининговое исследование
4. Биохимический анализ крови (Глюкоза крови (у отца – СД 1 тип) Электролиты, Общий белок и его фракции, Общий холестерин и липидный профиль)
5. Анализ мокроты
6. ЭКГ – скрининговое исследование
7. Исследование функции внешнего дыхания - выявление степени нарушения бронхиальной проходимости и тяжести заболевания.
8. Рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях

***Результаты обследования.***

Общий анализ крови

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | Размерность | Значение | Отклонение |
| Гемоглобин | 120-140 | г/литр | 180 | ↑ |
| Эритроциты | 4,5-5,5 | \* 1012/л | 4,98 |  |
| Цветовой показатель | 0,85-1,05 | - | 0,9 |  |
| Лейкоциты | 6,0-9,0 | \* 109/л | 7 |  |
| палочкоядерные | 1-6 | % | 1 |  |
| сегментоядерные | 47-72 | % | 65 |  |
| эозинофилы | 0,5-5 |  | 3 |  |
| базофилы | 0-1 |  | - | - |
| лимфоциты | 19-37 |  | 29 |  |
| моноциты | 3-11 |  | 2 | ↓ |
| СОЭ | 2-10 | мм/час | 17 | ↑ |

Повышенный гемоглобин может наблюдаться как компенсаторное явление при частых приступах удушья в течении длительного времени. Повышение СОЭ может говорить о наличии очага воспаления в организме.

Общий анализ мочи

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | Ед.измерения | Результат | Отклонение |
| цвет | солом |  | желтый |  |
| прозрачность | мутнов |  | мутнов |  |
| Реакция | кислая |  | кислая |  |
| Относительная плотность | 1015-1030 |  | 1030 |  |
| белок | - |  | - |  |
| глюкоза | - |  | - |  |
| Плоский эпителий | 0-1 | В п/зр | 1 |  |
| Лейкоциты | 0-5 | В п/зр | 2-3 |  |

Без особенностей.

Биохимия крови:

Общий белок (N – 65-85 г\л) – 80 г\л

Глюкоза венозной крови натощак(N – 3.3-5.5 ммоль\л) - 3,4 ммоль\л

Рентген грудной клетки в прямой проекции

Легкие расправлены, пневматизированы. Диффузное усиление легочного рисунка за счет бронхиального компонента. Корни структурны. Куполы диафрагмы четкие, слева – плевро-диафрагмальные спайки. Синусы свободны. Средостение – б/о

Заключение: Рентгенологические признаки бронхита.

Исследование функции внешнего дыхания

ЖЕЛ – 4860 мл, ДЖЕЛ - 6578 мл, ЖЕЛ/ДЖЕЛ – 74% (N-85%), ОФВ – 4840 мл, ОФВ1с – 3256 мл, ДОФВ - 4876 мл, ОФВ1с/ДОФВ1с – 67%, ТТ – 67%

*Заключение*: нерезкое нарушение биомеханики дыхания по смешанному типу.

Рентгенография придаточных пазух в прямой проекции

Пристеночные наложения в гайморовых пазухах, искривление носовой перегородки. *Заключение:* хронический гайморит.

Дифференциальный диагноз.

Для бронхиальной астмы необходимо провести дифференциальную диагностику с заболеваниями, ведущим синдромом при которых является синдром бронхобструкции. Это прежде всего, хронический обструктивный бронхит и ХОБЛ.

Для *хронического обструктивного бронхита* характерен либо специфический профессиональный анамнез (длительное нахождение в условиях загрязнения окружающего воздуха двуокисью серы или другими продуктами неполного сгорания горючих веществ, органической и неорганической пылью), либо стаж курения – не менее 10 пачко-лет. Мой пациент еще не начал свою трудовую деятельность, контакт с любыми пылями он отрицает, наоборот, он старательно избегает их. Стаж курения у него 3 года, по ¼- 1/3 пачки в день. Клинически хронический обструктивный бронхит проявляется постоянным кашлем с густой и вязкой мокротой и усиливающемся при присоединение бронхолегочной инфекции или в холодное время года. Кашель у нашего больного непостоянен, возникает после приступа удушья, сопровождается выделением прозрачной мокроты. В тоже время, для обструктивного хронического бронхита характерны клинически и инструментальные признаки нарушения бронхиальной проводимости по обструктивному типу (прежде всего, это выраженное снижение ОФВ1 и ПСВ). У пациента имеются клинические признаки нарушения проходимости (жесткое дыхание и сухие рассеянные хрипы над всей поверхностью легких), но инструментальное исследование функции внешнего дыхание указывает на снижение бронхиальной проходимости по смешанному типу (умеренное снижение ОФВ1, по сравнению с должным и снижение ЖЕЛ). В совокупности, эти факты позволяют исключить это заболевание. Для окончательной дифференцировки синдрома необратимой бронхиальной обструкции, которым проявляется ХБ от обратимой обструкции, характерного для БА, можно проверить функцию внешнего дыхания до и после применения бронходилятора (холинолитик/бета-адреномиметик), которые позволяют убрать преходящий компонент бронхиальной обструкции.

*Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)* может протекать в виде двух вариантов: бронхитического, проявления которого сходны с клиникой хронического обструктивного бронхита, которую я описал выше, и эмфизематозного.

Основными проявлениями эмфизематозного типа являются кашель, как правило, сопровождающийся выделением слизисто-гнойной мокроты и одышка, имеющая экспираторный характер. При выраженной клинической картине характерен внешний вид больного: розовый, с бочкообразной грудной клеткой. Перкуторно определяется коробочный звук. Из-за низкого стояния диафрагмы (а при декомпенсации легочного сердца – и при правожелудочковой недостаточности) возможно выступание печени из под края реберной дуги.

Из перечисленных признаков у больного имеется только экспираторная одышка и кашель. Учитывая, что кашель больного не имеет постоянного характера и зависит только от приступа, а также характер выделяющейся при нем мокроты (прозрачная, слизистая, но не гнойная), то единственным общим признаком остается одышка с затрудненным выдохом. Одышка у моего пациента имеет пароксизмальный характер и возникает при физической нагрузке. Связь одышки со значительной физической нагрузкой может напоминать дыхательную недостаточность 1-2 степени, но для нее не характерен столь приступообразный характер. Критерий для их дифференцировки легко найти, если вспомнить механизмы возникновения одышки в обоих случаях. В случае БА основой является бронхоспазм и воздействуя на него возможно устранить обструкцию, а в случае с эмфизематозным типом ХОБЛ в основе лежит экспираторный коллапс бронхиол, являющийся неустранимым. Таким образом, проведение теста с бронхолитиками должно помочь в дифференцировке. Наличие бронхоспазма у моего пациента подтверждается тем, что ингаляция Сальбутамола устраняет одышку и удушье в течении 3-5 минут.

Клинический диагноз

Основной: атопическая персистирующая бронхиальная астма средней степени тяжести, стадия обострения, ДН0

Осложнения: -

Сопутствующий: Хронический гайморит

Внесенные изменения: Средняя степень тяжести бронхиальной астмы поставлена на основании данных пикфлоуметрии - снижения ПСВ до 64% от должной, что соответствует персистирующей бронхиальной астме средне-тяжелой степени, несмотря на то, что по остальным критериям состояние больного соответствует легкой степени тяжести.

ДН0 выставлена на основании отсутствия признаков дыхательной недостаточности в момент осмотра (т.е. вне приступа)

Сопутствующий диагноз хронического гайморита выставлен на основании заключения ЛОР-врача и данных рентгенологического исследования.

Лечение

Режим – свободный, диета № 15 с исключением потенциальных аллергенов (томаты, цитрусовые и т.д.)

Лечение атопической бронхиальной астмы проводится ступенчато, в зависимости от тяжести заболевания, но вне зависимости от тяжести заболевания следует помнить, что гиперерактивность бронхов зависит от степени атопической сенсибилизации и обязательно следует применять методы этиотропного лечения. Элиминации провоцирующих факторов добиться возможно – необходимо жестко ограничить контакты с кошачьей шерстью и не допускать значительных физических нагрузок.

Больному со средней степенью тяжести персистирующей бронхиальной астмы следует назначить ежедневный прием профилактических противовоспалительных препаратов для установления и поддержания контроля над астмой (3 ступень лечения). Доза ингаляционных кортикостероидов должна быть на уровне 800 - 2000 мкг беклометазона дипротионата или его эквивалента. Рекомендуем использовать ингалятор со спейсером. Бронходилататоры длительного действия могут быть также назначены в добавление к ингаляционным кортикостероидам, особенно для контроля ночных симптомов. Можно применять теофиллины длительного действия, пероральные и ингаляционные 2-агонисты длительного действия. Необходимо мониторировать концентрацию теофиллина длительного действия (обычный диапазон терапевтической концентрации 5 - 15 мкг на 1 мл) в плазме крови, чего в наших условиях является практически невыполнимым.. Купировать симптомы следует 2-агонистами короткого действия. При более тяжелых обострениях можно проводить курс пероральных кортикостероидов.   
 Таким образом, в качестве базовой терапии назначим ингаляции ингаляционного кортикостероида -***Ингакорта.*** Начальная доза составляет ***2*** ингаляции два раза в день, утром и вечером, что соответствует *1,0* мг Ингакорта с последующим возможным увеличением дозы. Максимальная дневная доза *не должна* превышать 4-х ингаляций два раза в день, что соответствует 2,0 мг Ингакорта. (*Обращаем внимание больного на необходимость профилактики кандидоза слизистых ротовой полости, путем применения препарата непосредственно перед едой и обязательного полоскания рта после ингаляции*)

Для купирования возникающих приступов бронхиальной астмы больной будет использовать селективный бета-адреномиметик короткого действия, например, ***Сальбутамол*** – по 1-2 вдоха на ингаляцию при возникновении приступа.

Для лечения бронхиальной астмы также используем и немедикаментозное лечение: дыхательную гимнастику, цель которой – ограничить гипервентиляцию, присущую такого рода больным, иглорефлексотерапию и санаторно-курортное лечение.

Несмотря на то, что рентгенологически не выявлено очагов легких, данные физикального исследования (притупление звука ниже угла лопатки справа) и лабораторные данные (повышение СОЭ) позволяют заподозрить его наличие. В тактике дальнейшего лечения и возможной антибиотикотерапии значение имеет анализ мокроты с определением чувствительности флоры.

Профилактика.

Профилактика направлена, прежде всего, на предупреждение возникновения обострения у больного. С этой целью необходимо строго ограничить контакт с потенциальными аллергенами (влажные уборки дома, избегать контакта с шерстью, исключить аллергены из пищи, стирка одежды мылом, при лечении не использовать салицилаты) и регламентировать физические нагрузки. Так как в генезе БА возможен инфекционно-аллергический компонент, необходимо избегать переохлаждений, использовать закаливание для профилактики инфекционных заболеваний.

Прогноз

Прогноз для жизни - благоприятный, для выздоровления - сомнительный, для трудоустройства – благоприятный. При трудоустройстве следует избегать видов деятельности связанных с пылью, работой в холодных помещениях или на сухом холодном воздухе.