**Паспортные данные**

Ф.И.О. …

Возраст. 69 года.

Год рождения. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы. Пенсионерка.

Место жительства.

Семейное положение. Замужем.

Дата поступления. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Время курации. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз: Бронхиальная астма, неаллергическая форма, легкой степени тяжести, ДН (0) ст.

Диагноз при поступлении. Бронхиальная астма, неаллергическая форма, легкой степени тяжести, ДН 0 ст.

**Жалобы на момент поступления**

Беспокоит боль в правом подреберье периодически – подъем тяжестей;

Одышка при ускоренной ходьбе, подъем в гору, без визинга купируется самостоятельно, после уменьшения темпа ходьбы - остановки не требуется.

Гиперреактивность бронхов не прослеживается;

Кашель редкий, мокроты нет.

**Анамнез заболевания**

Больной считает себя с 20 августа 2008 года, отмечала одышку при ускоренной ходьбе, подъеме в гору. После уменьшения темпа ходьбы одышка нормализовалось. Не принимала лекарственных препаратов. Беспокоят боли в правом подреберье, обращалась в поликлинику по месту жительства и направлена на уточнение диагноза и лечение на АКБ. Был выставлен диагноз Бронхиальная астма, неаллергической формы средней степени тяжести, ДН (0) cт.

Планируется оперативное лечение ЖКБ.

**Анамнез жизни**

Родилась в 1939 году. Росла и развивалась нормально от своих сверстников в умственном и физическом развитии не отставала. Окончила 7 классов средней школы, всю жизнь проработала свинаркой.

Семейное положение замужем 4 детей.

Материально-бытовые условия – удовлетворительные.

Венерические заболевания, болезнь Боткина, туберкулез – отрицает.

Операции, травмы, гемотрансфузий – отрицает.

Сопутствующие хронические заболевания – ЖКБ

**Аллергологический анамнез**

аллергические заболевания в семье в прошлом и настоящем у отца, матери, родственников, братьев и сестер отрицает.

реакций на введение сывороток, вакцин и лекарственных препаратов отрицает.

сезонности заболевания не отмечает.

пыльцевые факторы, влияние косметических средств, контакт с животными течение заболевания не усугубляет.

обострение заболевания больная не связывает с домашней обстановкой, пылесборниками.

Вывод из аллергологического анамнеза видно, что данное заболевание не может иметь аллергическую природу.

**Status prаesens communis**

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное, выражение лица веселое. Поведение больной обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, удовлетворительного питания. Рост 150 см, вес 58 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые, влажные. Оволосенения по женскому типу. Мышечная система развита хорошо, тонус в норме, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений, с хорошей резистентностью. Движения в суставах свободные, ограничений нет. Гиперемия скул нет, акроцианоз нет. Рыбьи глаза нет. Диффузный цианоз нет. Молочные железы мягко-эластичные, без уплотнений. Соски без изменений. Щитовидная железа не увеличена. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет.

**Органы дыхания**

Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип брюшной. ЧД=18 движений в минуту. Пальпация: грудная клетка безболезненна, резистентность хорошая. При перкуссии - ясный легочный звук. При топографической перкуссии патологии не выявлено. Аускультация – дыхание справа и слева – везикулярное, хрипов нет.

**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 80 ударов в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений. Верхушечный толчок определяется на 1 см к нутри от среднеключичной линии. Талия не подчеркнута, треугольник Боткина по площади не увеличен. Ширина сосудистого пучка соответствует норме.

При аускультации 1 и 2 тоны приглушены, акцент II тона на аорте. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются.

**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.

**Нейроэндокринная система**

Сознание больной ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, общительна, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно, интеллект средний.

Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено, признаков гипо- и гипертиреоза нет.

**Предварительный диагноз**

Учитывая наличие приступообразного кашля, преимущественно сухого, наличия удушья – при кашле и симптома гиперреактивности бронхов. Улучшение после бета – 2 – агонистов короткого действия, связь начала заболевания с инфекцией, можно поставить следующий диагноз: Бронхиальная астма, неаллергическая форма, средней степени тяжести, обострение, ДН 0 ст.

**План ведения**

общехимические бронхоскопические исследования.

исследование внешнего дыхания мониторинг, пикфлоуметрия.

исследование мокроты

ЭКГ, ЭХОКГ.

ингаляционные глюкокортикостероиды и бета – 2 – агонисты

гипотензивные препараты с учетом сопутствующего заболевания.

**Аллерголог от 06.09.08.** К.С.П. с бытовыми эпидермальными аллергенами – отрицательны; нет положительных данных за бронхиальную астму.

**Анализ мокроты от 06.09.08.**

Количество – скудное цвет – серый. Характер – слизистая. Эозинофиллы – отр. Лейкоциты – единичные.

**Активные ферменты сыворотки крови 06.09.08.**

АЛТ – 0,15 (0,1-0,7), АСТ – 0,18 (0,1-0,5)

Вывод: биохимические показатели в норме.

**Биохимический анализ крови от 06.09.08.**

Билирубин общий – 16,0, мочевина – 6,4

Вывод: анализы в норме.

**Коагулограмма от 06.09.08.**

Фибриноген 4000 (2500-4000)

Вывод: фибриноген в пределах нормы.

**Общий анализ крови от 06.09.08**

Гемоглобин -167

СОЭ – 16

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Лейкоциты | эозинофиллы | п/я | с/я | Лимфоциты | Моноциты |
| 21 | 2 | 1 | 71 | 38 | 2 |

**Иммунологическая лаборатория от 06.09.08.**

СРБ – отрицательный.

**Анализ кал на яйца глист от 06.09.08.**

Яйца не обнаружены.

**Анализ мочи от 06.09.08.**

Цвет – желтый, прозрачность – прозрачная, белок – отрицательный.

**Кривая поток – объема форсированного вдоха от 06.09.08.**

Заключение:

Умеренное снижение ЖЕЛ.

Умеренное нарушение проходимости дыхательных путей.

Проба с ингалятором «беротек» 4 дозы – положительная.

**Клинический диагноз**

Жалобы больной: Одышка при ускоренной ходьбе, подъем в гору, без визинга, купируется самостоятельно, после уменьшения темпа ходьбы – остановки не требуется, можно поставить легкую (0) степень.

Лабораторно: лейкоцитоз, синдром незначительно ускоренно СОЭ, в мокроте - количество – скудное цвет – серый. Характер – слизистая. Эозинофиллы – отр. Лейкоциты – единичные.

По спирограмме заключение: Умеренное снижение ЖЕЛ. Умеренное нарушение проходимости дыхательных путей.

Проба с ингалятором «беротек» 4 дозы – положительная.

Основываясь на вышеперечисленных данных можно выставить клинический диагноз: Бронхиальная астма, неаллергическая форма, легкой степени тяжести, ДН (0) 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 впервые установленная. ДН (0) ст.(SpO2 96%)

**Иммунопатогенез**

При *неаллергической бронхиальной астме* не удается выявить сенсибилизации к определенному аллергену. Начало болезни приходится на более зрелый возраст. Одышка при ускоренной ходьбе, подъем в гору, без визинга, купируется самостоятельно, после уменьшения темпа ходьбы – остановки не требуется.

**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.

Общеобразовательная программа предполагает санитарное образование больного БА: он овладевает методами профилактики БА, которые значительно повышают качество его жизни, оценивает и записывает в дневник основные симптомы своего заболевания, проводит индивидуальный контроль за пиковой скоростью выдоха с помощью портативного пикфлоуметра. Обнаруженные им изменения в течении болезни позволяют своевременно обратиться к врачу.

Лечение**:** 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. Можно применять теофиллины длительного действия, пероральные и ингаляционные бета2-агонисты длительного действия. При назначении теофиллинов следует мониторировать концентрацию теофиллина длительного действия, обычный диапазон терапевтической концентрации 5-15 мкг на мл.

Купировать симптомы следует бета2-агонистами короткого действия или альтернативными препаратами. Сальбутамол 1-2 дозы 14 дней. беродуал- 1 - 2 дозы аэрозоля 3 раза в день. Раствор эуфилина 2,4% - 10,0 в/в капельно на 200,0 мл физиологического раствора.

**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 (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.

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

**Дневник наблюдения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Дневник | Лечение |
| 15.09.08 | Состояние больной удовлетворительное, жалобы не предъявляет в настоящее время. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, и обычной влажности. t тела 36.0 С, органы дыхания: грудная клетка при пальпации безболезненна, перкуторно-ясный легочной звук, аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 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, болезненный при пальпации в правом подреберье. 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) утромЭналоприл 5 мг 2 раза в деньБеротек 2 раза в деньБеродуал 2 раза в день 4 раза через спейсер |
| 16.09.08 | Состояние больной удовлетворительное, жалобы 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 140/90 мм.рт.ст.. Живот: мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье. 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) утромЭналоприл 5 мг 2 раза в деньБеротек 2 раза в деньБеродуал 2 раза в день 4 раза через спейсер |
| 17.09.08 | Состояние больной удовлетворительное, жалобы 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, болезненный при пальпации в правом подреберье. 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) утромЭналоприл 5 мг 2 раза в деньБеротек 2 раза в деньБеродуал 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 только во время умеренной 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.

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.