**Официальные данные**

Фамилия, имя, отчество: …

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия (должность): пенсионерка

Домашний адрес: …

Дата поступления в клинику: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата начала курации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Жалобы**

Основные жалобы:

1. Приступы удушья, возникающие 4-5 раз днем при незначительной физической нагрузке и в покое, а так же 2-3 раза ночью, купирующиеся ингаляцией двумя дозами беротека через 20-25 минут.

2. Периодическая одышка экспираторного характера, преимущественно в утренние часы, появляющаяся в покое, при самообслуживании, усиливающаяся при незначительной физической нагрузке (ходьба и подъем по лестнице до 2 этажа), купирующаяся ингаляцией двумя дозами беротека через 15-20 минут.

3. Кашель: приступообразный, громкий «лающий», сухой, в основном в утренние часы и во время приступа удушья, с вязкой, трудноотделяемой, густой, мокротой в количестве до 0,5 чайной ложки в сутки. Кашель становится продуктивным после ингаляции одной дозы беротека через 15-20 минут.

Дополнительные жалобы:

1. Головная боль давящего пульсирующего характера средней интенсивности в височной и затылочной областях в утренние часы, при волнении и после обычной физической нагрузки (работы по дому), сопровождающаяся головокружением, шумом и звоном в голове и ушах. Облегчается в покое через 30- 60 минут, купируется приёмом одной таблетки анальгина и одной таблетки атенолола.

2. Общая слабость, недомогание, повышенная утомляемость, раздражительность.

**История заболевания (Anamnesis morbi)**

Больной себя считает с 1993 года. Начало болезни связывает с действием наследственного фактора (бронхиальная астма была у матери больной). Впервые заболевание проявилось появлением чувства дискомфорта при дыхании, невозможности свободного дыхания на фоне ОРЗ. Больная не придала этому значения и продолжала антибактериальную терапию. После выздоровления (через 5-7 дней) чувство дискомфорта дыхания больную не беспокоило. Спустя 2-3 месяца, после переохлаждения на улице у больной появилась головная боль, приступообразный сухой кашель без мокроты, приступ удушья, сопровождающийся чувством сжатия в груди, затруднением выдоха. Больная вызвала скорую помощь и была доставлена в 11 городскую больницу, где приступ удушья был купирован введением эуфиллина 2,4 %-10 ml. Больная была обследована. Был выставлен диагноз: бронхиальная астма, неаллергическая форма, легкая степень тяжести. Назначено лечение: ингаляции сальбутамолом по 1 дозе 2 раза в день.

Состояние улучшилось: приступы удушья больную не беспокоили, присутствовала одышка при незначительной физической нагрузке, проходящая после отдыха.

Спустя 2 месяца после лечения, больная заметила, что одышка экспираторного характера стала появляться чаще (до четырех раз в сутки – в покое, при незначительных физических нагрузках и при волнении), одышка в покое или купировалась ингаляцией одной дозы сальбутамола через 15-20 минут. Приступы удушья экспираторного характера стали беспокоить больную днем 2-3 раза в неделю и 1-2 раза в месяц ночью. Приступы возникали при незначительной физической нагрузке, при волнении, сопровождались чувством сжатия в груди, громким приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой в небольшом количестве, купировались ингаляцией одной дозы сальбутамола через 15-20 минут.

Обратилась к участковому терапевту и была направлена на обследование и лечение в городскую больницу № 11. Проведены исследования.

Был выставлен диагноз: бронхиальная астма, неаллергическая форма, средняя степень тяжести. Назначено лечение: ингаляции сальбутамола по 1 дозе 3 раза в день.

После проведённого лечения больная почувствовала себя лучше. При этом больная находилась под наблюдением участкового терапевта и получала стационарное лечение 2 раза в год до 2003 года. В 2003 году больная от стационарного лечения отказалась.

В октябре 2004 года после психо-эмоционального напряжения больная отмечает резкое затруднение дыхания, появление приступообразного сухого кашля, дыхание сопровождалось сухими свистящими хрипами. Приёмом ингаляции беротека приступ удушья не купировался. Больная вызвала скорую помощь и была госпитализирована в городскую больницу № 11, где через час приступ был купирован внутривенным введением эуфиллина 2,4 %-10 ml и ингаляцией вентолин-небулы 1 ml через небулайзер. Проведено обследование.

После проведённого лечения в стационаре больная направлена на амбулаторное лечение. Назначено лечение: ингаляции беродуала по 2 дозы 3 раза в день; беклазон-эко 2 дозы 2 раза в день. Состояние улучшилось: приступы удушья стали беспокоить реже.

В 2006 году больная заметила, что одышка в течение дня стала беспокоить чаще, не проходила после отдыха, приступы удушья возникали 4-5 раз днем и до 3 раз ночью. Больная применяла назначенное лечение и проходила стационарное лечение 2 раза в год.

15.12.2008 года состояние резко ухудшилось: в утренние часы больная почувствовала резкое затруднение дыхания, появление приступообразного сухого кашля, дыхание сопровождалось сухими свистящими хрипами. Так как приступ не был купирован, то в 14.30 минут была вызвана скорая помощь и больная доставлена в пульмонологическое отделение ГУЗ ККБ для уточнения диагноза и подбора адекватной терапии.

**История жизни (Anamnesis vitae)**

Общебиографические сведения: родилась в Алтайском крае. С 1939 года живет в г. Барнауле. В настоящее время проживает по адресу...

Социальный анамнез: второй ребенок в семье. Росла в полной материально обеспеченной семье. Условия питания были удовлетворительными.

Детство: в детские и юношеские годы росла и развивалась в соответствии; в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала, вела активный образ жизни. Среднее специальное образование.

Профессиональный анамнез: начала трудовую деятельность с 20 лет в сфере торговли. В целом условия труда удовлетворительные, помещение тёплое.

Бытовой анамнез: в настоящее время жилищно-санитарные условия хорошие (благоустроенный дом на земле, центральное отопление, водоснабжение в доме), проживает одна. Питание полноценное, разнообразное.

Акушерско-гинекологический анамнез: начало менструаций в 12 лет, регулярные, малоболезненные, длительностью до 5 дней. Начало половой жизни в 19 лет. Беременностей –3. роды – 2. Аборты –1. Менопауза с 45 лет, протекала без особенностей.

Перенесенные заболевания: в детстве отмечает ОРВИ 1 раз в год, ветряную оспу, краснуху. Туберкулез, сифилис, ВИЧ отрицает. Операции: аппендэктомия в 1952 году; в 1993 году выявлена бронхиальная астма. Удаление правой доли щитовидной железы вследствие аденомы в 2001 году. В 1996 году выявлена гипертоническая болезнь.

Эпидемиологический анамнез: в контакт с инфекционными и высоко лихорадящими больными не вступала.

Трансфузионный анамнез: Гемотрансфузии не проводились.

Аллергологический анамнез: реакцию на пищевые, бытовые, лекарственные и промышленные аллергены не отмечает.

Хронические интоксикации: Не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

Наследственность отягощена.

**Status praesens communis**

Общее состояние больного: удовлетворительное. Положение больной в постели активное. Выражение лица спокойное, поведение обычное, эмоции сдержаны. Сознание ясное, отношение к заболеванию адекватное. Больной ориентирован во времени и пространстве, адекватен. Температура тела 36,6°С.

Рост 166см. Вес 84кг.

Объем талии = 100 см (абдоминальное ожирение)

Телосложение правильное. Конституция гиперстеническая. Эпигастральный угол больше 90°.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки: чистые, обычной окраски. Участков пигментации, высыпаний, расчесов, геморрагий, рубцов, сосудистых звездочек и отеков нет. Кожные покровы обычной влажности. Кожа дряблая, тургор снижен. Ногти не деформированы, ломкие. Волосяной покров: оволосенение по женскому типу, выраженная седина.

Подкожная жировая клетчатка: степень развития подкожной жировой клетчатки повышена(толщина кожно-подкожно-жировой складки под лопаткой 5 см).

Мышцы: умеренно развиты. Болезненности при пальпации и уплотнений нет. Тремор конечностей не отмечается. Атрофии и гипертрофии отсутствуют.

Периферические лимфатические узлы: подчелюстные, шейные, над- и подключичные, локтевые, подмышечные и паховые до 1 см в диаметре, округлой формы, безболезненны, мягкие, эластичной консистенции, не спаяны с окружающими тканями и между собой.

Костно-суставной аппарат: болезненность в левом коленном суставе, ограничение подвижности в суставе. Позвоночник не искривлен. Деформации костей, болезненности при ощупывании и поколачивании нет.

Органы дыхания: частота дыхания – 17 дыхательных движений/мин. Дыхание ритмичное, смешанного типа. Носовое дыхание не затруднено. Область придаточных пазух при пальпации безболезненная. Голос четкий.

Форма грудной клетки правильная. Правая и левая стороны симметричные. Обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. При глубоком вдохе подвижность не ограничена. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Ребра имеют косой ход в передне-заднем направлении. Реберные промежутки не расширены, лопатки прилегают плотно, ключицы расположены симметрично.

При пальпации болезненность по окологрудинной, среднеключичной, передней, средней и задней подмышечным, подлопаточным и паравертебральным линиям с правой и левой сторон не определяется. Голосовое дрожание в девяти парных точках и резистентность не изменены.

При сравнительной перкуссии определяется ясный легочной звук с правой и левой сторон в следующих точках:

2 межреберье по среднеключичной линии

над ключицами

под ключицами

3 межреберье по средней подмышечной линии

5 межреберье по средней подмышечной линии

над лопатками

межлопаточное пространство на уровне верхнего угла

межлопаточное пространство на уровне нижнего угла

под нижними углами лопаток

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

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии перкуссии | Правое легкое,межреберье | Левое легкое, межреберье |
| Парастернальная | 5м/р | - |
| Среднеключичная | 6м/р | - |
| Передняя подмышечная | 7м/р | 7м/р |
| Средняя подмышечная | 8м/р | 8м/р |
| Задняя подмышечная | 9м/р | 9м/р |
| Лопаточная | 10м/р | 10м/р |
| Паравертебральная | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края:

Справа: по среднеключичной линии – 7 см, подмышечной – 6 см, лопаточной – 6 см;

слева: по подмышечной линии – 6 см, по лопаточной линии – 7 см.

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание в семи парных точках, в 8 и 9 точках слева. Хрипов и побочных дыхательных шумов нет. Крепитации, шума трения плевры, пенвмокардиального шума не обнаружено. Бронхофония отсутствует.

Органы кровообращения:

осмотр: сердечного горба, патологической и атипической пульсации в области сердца не выявлено. Сердечного толчка нет. Верхушечный толчок визуально не определяется. Пульсация в эпигастральной области, под печенью, в яремной ямке не определяется.

Пальпация: верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1,5см кнаружи от l.medioclavicularis sinistra, толчок разлитой, сильный, резистентный, площадь =2 см.

Систолического и диастолического дрожания в области верхушки и на основании сердца нет, симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца, над аортой отсутствуют.

Перкуссия: границы относительной тупости:

правая – 4 межреберье по правому краю грудины;

левая – 5 межреберье по среднеключичной линии;

верхняя – 3 межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины.

Конфигурация сердца нормальная. Длинник сердца составляет 13 см, поперечник относительной тупости сердца – 11 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

правая - 4 межреберье по левому краю грудины;

левая –медиальнее на 1,5 см от границы относительной тупости;

верхняя – 4 межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины.

Ширина сосудистого пучка во 2 межреберье 5 см.

Аускультация сердца по следующим точкам:

4 основные:

1. Верхушка сердца – 1 тон, митральный клапан;

2. 2 межреберье справа у края грудины – 2 тон, клапан аорты;

3. 2 межреберье слева у края грудины – 2 тон, клапан легочного ствола;

4. На грудине по срединной линии соответственно 4 межреберью – 1 тон, трехстворчатый клапан.

3 дополнительные:

1. т. Боткина-Эрба (3 межреберье слева у края грудины) – 2 тон, клапан аорты;

2. т. Наунина (4 межреберье слева у края грудины) – 1 тон, митральный клапан;

3. т. Левиной (под мечевидным отростком) – 1 тон, трехстворчатый клапан.

Тоны сердца приглушенные : 1 тон длинный, низкий, глухой; 2 – высокий, звонкий, короткий. Шумов, раздвоения и расщепления тонов, шума трения перикарда нет.

ЧСС = 79 удара/мин. Ритм правильный.

Исследование сосудов: в области сердца и крупных сосудов патологической пульсации нет. При осмотре и пальпации лучевых, бедренных, подколенных артерий и тыла стоп эластичность снижена. Вены области шеи не выбухают.

Пульсация лучевой артерии прощупывается на обеих руках. Пульс правильный, синхронный, ритмичный, твердый, полный, составляет 79 уд/мин. Дефицита пульса нет.

При аускультации аорты и артерий патологических шумов не обнаружено.

Артериальное давление на правой и левой руках 170/96 мм. рт. ст.

Варикозных расширений, уплотнений по ходу вен и болезненности нет.

Органы пищеварения:

осмотр: язык влажный, обложен белым налетом у корня. Слизистая полости рта розового цвета, без изменений, язв, трещин и эрозий нет. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен.

Живот округлый, не увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимых перистальтических движений нет. Подкожных венозных анастомозов по типу «голова медузы» не обнаружено.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, температура на симметричных участках одинаковая, сухой, брюшные мышцы расслабленны. Патологических образований, расхождения мышц по белой линии живота, синдрома раздражения брюшины нет.

Размеры печени по Курлову:

по среднеключичной линии – 9см;

по срединной линии тела – 8 см;

по краю левой реберной дуги – 7 см.

селезёнка - при пальпации по Сали размер 8х9 см, поверхность гладкая, безболезненная, умеренно плотной консистенции.

Наличие свободной жидкости в брюшной полости пальпаторно и перкуторно не определяется.

Органы мочевыделения: припухлости, отека и гиперемии в почечной области нет. Почки в 5 положениях (стоя, лежа, на правом и на левом боку, коленно-локтевом положении) с правой и левой сторон не определяются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Болезненности по ходу мочеточников нет. Мочевой пузырь не пальпируется. Со стороны половых органов патологии не выявлено.

Нервная и эндокринная системы: Сознание ясное, речь внятная, поведение адекватное, настроение хорошее, хорошо ориентируется в пространстве и времени, координация сохранена, на контакт идёт хорошо. Тремор конечностей отсутствует. Сухожильные и кожные рефлексы вызываются легко, живые, без особенностей. Болевая, тактильная, температурная чувствительность не нарушена. Зрачки круглой формы, средних размеров. Реакция на свет прямая, живая, содружественная, Аккамадация и конвергенция не нарушена. Движения глазных яблок в полном объеме.

Щитовидная железа не увеличена. При пальпации безболезненна, мягко-эластичной консистенции. Симптомов гипертиреоза нет. Вторичные половые признаки развит по женскому типу. Молочные железы одинакового размера, уплотнений и опухолевых образований не выявлено. Увеличение размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп не обнаружено.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной на приступы удушья, возникающие 4-5 раз днем при незначительной физической нагрузке и в покое, а так же 2-3 раза ночью, купирующиеся ингаляцией двумя дозами беротека через 15-20 минут; периодическую одышку экспираторного характера, преимущественно в утренние часы, появляющаяся в покое, при самообслуживании, усиливающаяся при незначительной физической нагрузке, купирующаяся ингаляцией двумя дозами беротека через 20-30 минут; кашель: приступообразный, громкий «лающий», сухой, в основном в утренние часы и во время приступа удушья, с вязкой, трудноотделяемой, густой, мокротой в количестве до 0,5 чайной ложки в сутки, становящийся продуктивным после ингаляции беротека через 15-20 минут, можно полагать, что в патологический процесс вовлечена дыхательная система.

На основании жалоб и данных объективного исследования можно выделить следующие синдромы:

Синдром бронхиальной обструкции: на основании жалоб больной на приступы удушья, возникающие до 5 раз днем при незначительной физической нагрузке и в покое, а так же 2-3 раза ночью, купирующиеся ингаляцией двумя дозами беротека через 20-25 минут, периодическую одышку экспираторного характера, преимущественно в утренние часы, появляющаяся в покое, при самообслуживании, усиливающаяся при незначительной физической нагрузке (ходьба и подъем по лестнице до 2 этажа). Одышка купируется ингаляцией двумя дозами беротека через 15-20 минут; кашель: приступообразный, громкий «лающий», сухой, в основном в утренние часы и во время приступа удушья, с вязкой, трудноотделяемой, густой, мокротой в количестве до 0,5 чайной ложки в сутки, становящийся продуктивным после ингаляции двумя дозами беротека через 15-20 минут.

Синдром гиперреактивности бронхов: на основании жалоб больной на экспирапорную одышку, появляющиеся преимущественно в утренние часы, в покое, при самообслуживании, усиливающаяся при незначительной физической нагрузке и купируемой ингаляцией двумя дозами беротека через 15-20 минут, на приступообразный, громкий «лающий», сухой кашель, в основном в утренние часы и во время приступа удушья, с вязкой, трудноотделяемой, густой, мокротой в небольшом количестве.

Синдром бронхиального раздражения: на основании жалоб больной на приступообразный, громкий «лающий», сухой, в основном в утренние часы и во время приступа удушья, с вязкой, трудноотделяемой, густой, мокротой в количестве до 0,5 чайной ложки в сутки, становящийся продуктивным после ингаляции двух доз беротека через 15-20 минут.

На основании анамнеза жизни и заболевания выявлены факторы риска бронхиальной астмы: генетическая предрасположенность, избыточная масса тела (ИМТ=31), стрессовый фактор.

Таким образом, предварительный диагноз: бронхиальная астма, неаллергическая форма, тяжелое течение, фаза обострения.

**План дополнительных методов обследования больного**

Лабораторные:

1 Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитов, лейкоцитарной формулы, эритроцитов, определением СОЭ, гемоглобина. Цель выявить признаки неспецифического воспаления.

2 Биохимический анализ крови (фибриноген, билирубин, К, Na, холестерин, сахар).

3 Общий анализ мокроты (макросвойства).

4 Анализ мокроты на МБТ.

5 Бактериологический анализ мокроты (определение возбудителя).

6 Анализ кала на яйца гельминтов для исключения гельминтозов.

7 Общий анализ мочи. (протеинурия).

Функциональные:

1 Спирография для изучения функции внешнего дыхания.

2 ЭКГ для исключения участия в патологическом процессе сердечно-сосудистой системы.

3 Рентгенография ОГК

Результаты дополнительных методов исследования больного:

Общий анализ крови:

Гемоглобин- 148 г/л

Лейкоциты- 9,6\*109/л

СОЭ- 20 мм/ч

Эритроциты-4,45\*104/л

Эозинофилы-1

Палочкоядерные-3

Сегментоядерные-75

Лимфоциты-15

Вывод: В общем анализе крови наблюдается лейкоцитоз и синдром ускоренного СОЭ.

Общий анализ мочи:

Количество 80 мл.

Удельный вес – 1022

Цвет – желтый

Прозрачная

Реакция кислая

Белок отриц.

Лейкоциты 2-3 в поле зрения.

Плоский эпителий 1-3 в поле зрения.

Вывод: Количество мочи соответствует норме. Удельный вес в приделах нормы. В норме белок в моче не определяется. Эритроциты и лейкоциты в норме от нуля до трех в поле зрения.

Биохимический анализ крови :

Общий билирубин- 10.8 мкмоль/л

Сахар крови – 4,5 ммоль/л

Альфа – амилаза – 22,4 г/(ч. Л)

Мочевина – 5,3 ммоль/л

К+ - 4.8 ммоль/л

Na+ - 139 ммоль/л

ПТИ – 89%

Фибриноген – 4.0 г/л

Общий белок – 74.6 г/л

Сиаловая проба – 0.220 усл. Ед.

АЛТ- 0,75 мкмоль/л

АСТ- 0,31 мкмоль/л

Вывод: Общий билирубин не повышен. АЛТ и АСТ не изменены*.* Сахар крови в пределах нормы. Мочевина не изменена. Α-амилаза в пределах нормы. Калий в пределах нормы. Натрий в пределах нормы. Сиаловые кислоты без отклонений. Фибриноген не изменен. Общий белок в пределах нормы.

Анализ мокроты:

Количество – 4.0

Характер – стекловидная

Консистенция – вязкая

Эозинофилы – 2-4 в поле зрения

Лейкоциты – 30-40 в поле зрения

Эпителиальные клетки – 7-8 в поле зрения

Альвеолярные клетки – 0-2 в поле зрения

МБТ – отриц,

Вывод: Присутствие лейкоцитов только подтверждает наличие воспаления.

Исследование мокроты на МБТ:

В мокроте МБТ не найдено.

ЭКГ:

Заключение: Синусовый ритм, предсердная экстрасистолия, ЧСС 76 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка, метаболические нарушения в миокарде.

Спирография:

Заключение*:* умеренное нарушение вентиляции легких, нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу, ЖЕЛ не снижена, значительное нарушение проходимости по средним и крупным бронхам;

По данным рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях: повышение прозрачности по всем легочным полям.

**Клинический диагноз и его обоснование**

По результатам дополнительных методов исследования выявлено:

По общему анализу крови: эозинофилия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, что подтверждает воспалительный процесс;

По данным рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях: повышение прозрачности по всем легочным полям.

По данным спирографии: обструктивный тип нарушения, значительное нарушение бронхиальной проходимости по крупным и средним бронхам.

Таким образом, проведенные исследования не противоречат предварительному диагнозу и позволяют поставить клинический диагноз: *бронхиальная астма, неаллергическая форма, тяжелое течение, фаза обострения.*

**Иммунологический диагноз**

У больного отсутствуют генетические и врожденные дефекты иммунной системы, т.к. они проявляются в детском возрасте, как правило с 3 до 6 месяцев и после года. Следовательно можно поставить диагноз: Вторичная иммунная недостаточность.

**Иммунопатогенез**

Центральным звеном в процессе хронического воспаления являются моноциты – макрофаги, под контролем которых находятся не только эффекторные клетки Т- и В-лимфоциты, но и фибро- и коллагеноз, формирующий очаг хронического воспаления.

Моноциты-макрофаги являются единственными клетками из системы “профессиональных” фагоцитов, способными передавать специфическую информацию об антигенах Т-лимфоцитах.

При диффузных интерстициальных заболеваниях легких (к которым также относится и пневмокониоз), как правило, развивается альвеолит.

Антигены, которыми в данном случае являются пылевые частицы, поступают через верхние дыхательные пути в легкие. Здесь они захватываются макрофагами, накапливаются в них и вызывают гибель макрофагов. Макрофаги выделяют медиаторы воспаления, факторы хемотаксиса (ИЛ-8, лейкотриены В4) и вовлекают в процесс другие иммунокомпетентные клетки (другие макрофаги мигрируют в очаг воспаления). В результате формируются новые очаги воспаления.

Медиаторы воспаления, продукты распада макрофагов, свободные радикалы, протеолитические ферменты оказывают повреждающее действие на легочную ткань, эндотелий сосудов, вызывая тем самым асептическую воспалительную реакцию, усиливая миграцию иммунокомпетентных и эффекторных клеток.

Когда процесс принимает хронический тип течения, происходит длительное накопление пылевых частиц, без их должной элиминации. Все это приводит к снижению количества функционирующих макрофагов, моноцитов, в результате чего развивается вторичная иммунная недостаточность. В результате недостаточности и дефицита макрофагов – моноцитов снижается активирующая и стимулирующая функция Т-хелперов, и, как результат, снижается активность Т- и В-клеток.

**План лечения и его обоснование**

1. Режим охранительный: ограничение психо-эмоциональных нагрузок, дозированная физическая активность циклического типа (ходьба), избегание переохлаждения.

2. Диета: стол № 15

3.Медикаментозное лечение:

Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС):

Беклазон применяют в виде ингаляций при бронхиальной астме, главным образом, когда неэффективны обычные бронходилататоры и кромогликат натрия. При применении аэразольных препаратов бекламетазона и других глюкокортикостероидов следует учитывать вероятность системных побочных эффектов. Возможны развитие охриплости голоса, появление сухости во рту и носу, носовые кровотечения, атрофический ринит, головные боли, головокружение, повышение внутриглазного давления, лимфопения, эозинофилия. При длительном использовании этих препаратов может развиться кандидоз полости рта и глотки. Противопоказан при беременности, активном туберкулезе различных органов, осторожность необходима при назначении больным с недостаточностью надпочечников.

Rp.: Aer. «Beclasone» № 1

D.S. По 2 дозы 4 раза в день.

B-агонисты длительного действия:

Формотерол- является избирательным b – адреностимулятором длительного действия (расслабляет гладкую мускулатуру бронхов и матки). Применяют при бронхиальной астме, астматическом бронхите, эмфиземе легких, пневмосклерозе, при угрозе преждевременных родов. Препарат не предназначен для купирования острых приступов бронхоспазма. Возможны побочные эффекты: тахикардия, снижение артериального давления, головная боль, головокружение, потливость, тремор рук, тошнота, рвота, тахифилаксия. Препарат противопоказан при ИБС, аритмиях, пороках сердца, циррозе печини, тиреотоксикозе, глаукоме.

Rp: Caps. Formoteroli № 30

D.S. Ингаляционно из распылителя по 1 копсуле (12 мкг) 2 раза в

день.

Теофиллины длительного дейсвия:

Теопеэк- алколоид, содержащийся в чайных листьях и в кофе. Наиболее важной является его способность давать бронхорасширяющий эффект, обладает стимулирующим действием на ЦНС, усиливает сократительную деятельность миокарда, несколько расширяет переферические, коронарные, легочные и почечные сосуды, оказывает умеренное диуретическое действие, ингибирует агрегацию тромбоцитов, тормозит высвобождение из тучных клето медиаторов аллегии. В основном применяют, как бронхолитирующее средство при обратимых бронхообструктивных заболеваниях. При применении препаратов теофиллина в отдельных случаях отмечаются побочные эффекты: изжога, тошнота, рвота, понос, головная боль. При передозировке могут возникнуть эпилептоидные припадки. Противопоказаны при гиперфункции щитовидной железы, остром инфаркте миокарда, субаортальном стенозе, экстрасистолии, эпилепсии и других судорожных состояниях, при беременности. Осторожность следует соблюдать при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Rp: Theopeci 0,2

D.t.d.: № 20

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Системные глюкокортикостероиды:

Преднизолон- является дегидрированным аналогом гидрокортизона. Применяют при бронхиальной астме. Оказывает противовоспалительное, десенсибилизирующее и антиаллергическое действие, также иммунодепрессивным, противошоковым и антитоксическими свойствами. Глюкокортикостероиды вызывают ряд побочных эффектов, в том числе симптомокомплекс Иценко-Кушинга, гипергликемию, усиление выделения кальция и остеопороз, замедление процессов регенирации, обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, понижение сопротивления инфекциям, повышение свертываемости крови, ожирение, нарушение менструального цикла. ГКС противопоказаны при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения,тяжелой артериальной гипертензии, остеопорозе, болезни Иценко-Кушинга,декомпенсированном сахарном диабете, психозах, глаукоме, острой вирусной инфекции, туберкулезе, сифилисе, беременности.

Rp: Prednisoloni 0,025

D.t.d.: № 12 in amp.

S. Внутривенно капельно по 4 ампулы (60 мг) на 200 мл 0,9%

NaCl № 3.

**Список используемой литературы**

1. Внутренние болезни: учебник в 2т.; под ред. Н.А.Мухина, В.С.Моисеева, А.И.Мартынова - 2-е изд., исп. и доп. - М.: ГЕОТАР - Медиа, 2005, т1-708с.: ил.- (Классический университетский учебник).

2. Схема истории болезни - изд-е 4-е, исп. и доп. под ред. А.В. Кузнецова, Е.А. Березенко - АГМУ 2008г.

3.Справочник терапевта: учебник в 2т.; под ред. Н.Р. Палеева, Н.П.Бочкова, А.И.Воробьёва – ООО Фирма «Издательство АСТ», 1998г. т2-705с.

4. Учебное пособие для студентов «Синдромы в кардиологии», Ефремушкин Г.Г., Кондакова Г.Б., Кузнецова А.В., Барнаул 2004г. АГМУ-136с.

5. Курс лекций по внутренним болезням.

6. Лекарственные средства- 15-е изд-е, перераб., исп. и доп. – М.: РИА «Новая волна» издатель Умеренков, 2007 – 1206с. ил.