### Министерство здравоохранения Российской Федерации

### Государственное бюджетное учреждение высшего профессионального образования

### Башкирский государственный медицинский университет

### Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного

Клинический диагноз: бронхиальная астма («аспириновая триада»)

Основное заболевание: Бронхиальная астма, приступный период, средней тяжести, персистирующее течение

Осложнения: тахикардия

Сопутствующие заболевания

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор

Загидуллин Шамиль Зарифович

Преподаватель: к.м.н., ассистент

Нуртдинова Гузель Масхутовна

Уфа 2014

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Фамилия, имя, отчество:

Возраст: 20.08.1960 (53года)

Профессия: пенсионер

Постоянное место жительства: ЯНАО, г. Новый Уренгой

Дата поступления: 29.04.14

Дата курации: 6.05.2014-12.05.2014

**ЖАЛОБЫ**

**Основные жалобы на момент осмотра**

Одышка при легкой физической нагрузке. Кашель с небольшим количеством мокроты.

**Основные жалобы во время поступления в стационар**

Приступы удушья (могли возникнуть ночью). Кашель с трудно отделяемой мокротой и болями в грудной клетке во время кашля.

**Дополнительные жалобы**

Одышка при легкой физической нагрузке, кашель, головная боль, боль в груди.

**Жалобы:**

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Боль** (dolor) **в грудной клетке:**

Боли в грудной клетке возникают во время кашля. При лечении кашель проходит с выделением мокроты (улучшается её отхождение), боли не возникают.

**Кашель** (tussis):

Кашель продуктивный - с выделением мокроты (особенно после приема Эуфиллина). Кашель проходит после отхождения мокроты.

**Мокрота (sputum):**

После приема Эуфиллина мокрота обильная, вязкая, серого цвета.

**Кровохарканье (haemoptoe):**

Отсутствует.

**Одышка (dyspnoe):**

Одышка возникает после легкой физической нагрузки. Смешанная.

**Удушье (asthma):**

На момент поступления удушье могла возникнуть в любой момент времени - как днем, так и ночью во время сна. Купировала Сальбутамолом, Бирудиалом, Симбекором.

**Лихорадка (febrls):**.

Не отмечала.

**Нарушение дыхания во сне**:

В приступный период удушье могло возникнуть во сне.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (anamnesis morbi)**

Ф.С.Н. считает себя больной с 1998 года. Первый приступ случился после простудного заболевания, лечение получила в ГКБ №21 (гормональное).

Предположительные факторы, способствовавшие развитию бронхиальной астмы:

отягощенная наследственность (Ф.С.Н. предполагает, что заболевание было и у её бабушки - но последняя у врачей не наблюдалась);

климат (постоянное место жительства Ф.С.Н. - ЯНАО, располагающийся в северных широтах с холодным климатом, где данное заболевание эндемично).

Успешное лечение позволило избежать осложнений и полностью сохранить трудоспособность. Изменений со стороны других систем организма вследствие бронхиальной астмы не выявлено.

Можно предположить у больной наличие аспириновой астмы («аспириновой триады»):

) приступы удушья

) непереносимость аспирина

) полипоз носа (3 раза удаляли полипы).

**Эпидемиологический анамнез**

Контакт с лихорадящими больными Ф.С.Н. отрицает. Незадолго до поступления в ГКБ №21 ездила отдыхать в Испанию.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (anamnesis vitae)**

**Краткие биографические данные**:

ФИО родилась 20 августа 1960 года в респ. Башкортостан, Белебеевский р-н, д. Баймурза

Воспитывалась в полноценной семье. Родилась 2-м ребенком.

По предположению Светланы Нурхатимовны, её бабушка болела бронхиальной астмой, но у врачей не наблюдалась.

Наличие у ближайших родственников онкологических, сердечнососудистых, эндокринных и психических заболеваний не наблюдала.

Образование: УГНТУ.

Менструации: 15лет - 51 год. Вышла замуж в 1989 году.

Беременностей: 3

Роды:1

Аборты: 2 (после рождения сына).

В настоящее время замужем. Сын - 25 лет, здоров.

**Трудовой анамнез**

С 1984 года начала работать оператором по добыче нефти и газа.

С 2013 года - пенсионер.

Условия труда: тяжелые.

Режим труда: работала по сменам (оператор).

Профессиональные вредности: холод, тяжелый физический труд, работа по сменам.

**Бытовой анамнез:**

Жалоб на бытовые условия не предъявляет.

Питание: регулярное, полноценное. Из-за работы по сменам не было возможности питаться в одно время, что стало возможным по выходе на пенсию.

**Интоксикационные зависимости:** не курит, алкоголем не злоупотребляет.

**Перенесенные заболевания:**

г. - желчнокаменная болезнь (удаление желчного пузыря).

Удаление полипов - 3 раза. ОРВИ. ОРЗ.

**Вакцинация:** см. календарь вакцинации.

**Аллергологический анамнез:** пенициллин, аспирин.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (status praesens)**

**Общий осмотр (inspectio)**

**Общий вид:**

Состояние Ф.С.Н. удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Тип телосложения - нормостенический. Рост - 175 см, масса тела - 70 кг. Осанка нарушена: больная сутулая. Походка лёгкая, не нарушена. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Лицо не выражает болезненных проявлений.

Кожные покровы:

Кожные покровы бледной окраски, чистые, умеренно влажные. Окраска конъюнктивы не интенсивная. Эластичность кожи хорошая. Рост волос не нарушен. Ногти не изменены.

Подкожная жировая клетчатка:

Подкожный жировой слой развит слабо (толщина кожной складки на животе на уровне пупка - 1 см), распределён равномерно. Отёков нет.

Лимфатическая система:

При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации определяются одиночные подчелюстные лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон, размером с небольшую горошину, мягкоэластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Другие группы лимфатических узлов (затылочные, заушные, подбородочные, поверхностные шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются.

Мышечная система:

Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы - хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

Костная система:

Жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

Исследование суставов:

Жалоб нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей, а так же болезненности не отмечается. Объём активных и пассивных движений в суставах сохранён полностью. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

Окружность симметричных суставов:

плечевых - 41 см

локтевых - 27 см

лучезапястных - 20 см

коленных - 38 см

голеностопных - 24 см

**Система органов дыхания**

Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух (самостоятельных, а также при ощупывании и поколачивании) не отмечается. Гортань: жалоб нет. Голос не громкий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании области гортани болезненности не определяется.

Грудная клетка усечённого конуса без деформаций. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания - грудной. Частота дыхания 18 в минуту. Ритм дыхания правильный.

Окружность грудной клетки на уровне углов лопаток сзади и IV рёбер спереди: при спокойном дыхании - 87 см, при максимальном вдохе - 93 см, при максимальном выдохе - 86 см. Максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки - 7 см.

При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный (период ремиссии. В период разгара - коробочный звук). Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Аускультация: дыхание везикулярное, отчетливо слышны сухие хрипы на вдохе, удлиненный выдох.

Топографическая перкуссия:

Верхняя граница лёгких:

высота стояния верхушек спереди 3 см выше уровня ключицы

высота стояния верхушек сзади

На 0,5 см выше уровня остистого отростка 6 шейного позвонка

Нижняя граница лёгких:

по окологрудинной линии V межреберье

по срединноключичной линии VI ребро

по передней подмышечной линии VII ребро - VII ребро

по средней подмышечной линии VIII ребро - VIII ребро

по задней подмышечной линии IX ребро - IX ребро

по лопаточной линии X ребро - Х ребро

по околопозвоночной линии Остистый отросток XI

Остистый отросток XI грудного позвонка грудного позвонка

Ширина полей Кренига: справа - 5 см, слева - 5,5 см.

Суммарная подвижность нижних краёв лёгких:

по среднеключичной линии справа ±2 = 4 см

по средней подмышечной линии справа ±3 = 6 см, слева ±3 = 6 см

по лопаточной линии справа ±2 = 4 см, слева ±2 = 4 см

**Система органов кровообращения**

При осмотре сосудов шеи отмечается слабая пульсация сонных артерий.

Грудная клетка в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, не усиленный, не резистентный.

Сердечный толчок отсутствует.

Пульсации в эпигастральной области нет.

Границы относительной тупости сердца:

правая - 1 см кнаружи от правого края грудины в четвёртом межреберье; левая - 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье; верхняя на уровне III ребра (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины и параллельно ему). Поперечник относительной тупости сердца: 3 + 8 = 11 см. конфигурация сердца не изменена.

Границы абсолютной тупости сердца: правая - левый край грудины; левая - 2 см кнутри от левой среднеключичной линии; верхняя - на уровне IV ребра. Поперечник абсолютной тупости сердца - 5,5 см.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Тоны сердца нормальной звучности. Частота сердечных сокращений - 80 ударов в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

Жалоб на сосуды нет. При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы не извитые, мягкие, с эластичными тонкими стенками.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой - 80 в минуту, хорошего наполнения, напряжённый, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс не определяется.

При аускультации артерий патологических изменений нет. Артериальное давление (АД) - 110/70 мм рт. ст., при осмотре, пальпации и аускультации вен изменений не отмечается.

**Система органов пищеварения**

Аппетит сохранен. Усиления, извращения вкуса нет. Отвращения к пище нет. Сухость во рту отсутствует. Обильного слюнотечения нет. Выпивает до 3-х л жидкости в сутки. Пищу пережевывает хорошо. Глотание, прохождение пищи по пищеводу свободное. Отрыжка не беспокоит. Изжоги, метеоризма, тяжести в животе нет. Бывает урчание в животе, отхождение газов свободное, дефекация 1 раз в 2-3 дня, опорожнение кишечника самостоятельное. Чувства неполного опорожнения кишечника, тенезмов, ложных позывов, поносов нет. Имеются жалобы на запоры.

При осмотре полости рта и губ трещины, заеды не выявлены. Слизистая оболочка губ, щек твердого и мягкого неба розового цвета без повреждений и высыпаний. Десны не кровоточат. Язык влажный, обложен. Трещины, язвы, припухлости языка отсутствуют. Симптома «лакированного языка» нет. Зев не гиперемирован, не отечен, слизистые влажные, налетов нет.

Миндалины не увеличены, розового цвета. Налеты, гнойные пробки, язвы отсутствуют. Слизистая гладкая, влажная; грануляции на задней стенке глотки отсутствуют. Запах изо рта отсутствует.

При осмотре живота втяжений, западений, асимметрии не отмечено. Живот выпуклый. Участвует в акте дыхания. Состояние пупка обычное. Окраска кожных покровов нормальная. Расширения подкожных вен, видимой на глаз перистальтики нет.

Пальпация

По данным ориентировочной поверхностной пальпации живота тонус брюшных мышц обычен; брюшная стенка мягкая, податливая. мягкий. Синдром Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника выслушивается. Расположение печени в пределах нормы. Селезенка не пальпируется. Синдром поколачивания отрицательный со всех сторон. Стул, диурез со слов больной без изменений.

Состояние пупка, мышц белой линии живота без патологических изменений.

**Желудок**

Видимого увеличения нет. Располагается выше пупка на 6 см по данным перкуссии, аускультоперкуссии, аускультофрикции. При глубокой пальпации определяется в виде валика. Дупликатура желудка гладкая, подвижная, безболезненная. Урчания нет.

Перкуторно:

Верхняя граница абсолютной тупости по срединно-ключичной линии находится на нижнем крае 6 ребра. Нижняя граница печеночной тупости располагается по нижнему краю левой реберной дуги 8 ребра по передней срединной линии. Нижняя границы находится между верхней и средней третью расстояния между мечевидным отростком и пупком.

При пальпации нижний край печени находится у края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Край мягкий, острый, слегка закругленный, ровный, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется, болезненность не отмечается, зоны кожной гиперестезии отсутствуют. Поджелудочная железа не пальпируется

Селезенка не пальпируется как в положении лежа на спине, так и в положении на правом боку. Жалобы на боли в левом подреберье отсутствуют.

**Система мочевыделения**

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

**Система половых органов**

Жалоб нет. Половая функция снижена

Тип оволосения женский. Волосяной покров в подмышечных впадинах, на животе в лобковой области развит умеренно. Голос низкий. Грудные железы развиты умеренно, симметричны, без деформаций. При пальпации безболезненны, без уплотнений. Наружные половые органы без особенностей.

**Эндокринная система**

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VII шейного позвонка сзади - 38 см.

**Нервная система и органы чувств**

Больная правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, способен долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Мышление не нарушено. Поведение адекватное.

Головных болей, головокружения, обмороков нет. Самочувствие после пробуждения хорошее.

При исследовании черепно-мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечается. Дермографизм красный, стойкий.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

клинический аспириновый бронхиальный астма

Диагноз: бронхиальная астма, атопическая форма, приступный период, средней тяжести, персистирующее течение.

Осложнений и сопутствующих заболеваний не выявлено.

Заболевание впервые проявило себя в 1998 году после простуды приступами удушья. После успешно проведенного лечения гормонами приступы повторялись не более 1 раза в год. Купировались Сальбутамолом, Бирудиалом, Симбекором.

Жалобы:

одышка при нагрузке

приступы удушья

При аускультации выслушиваются хрипы на вдохе, удлиненный выдох (на момент осмотра).

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

общий анализ крови

биохимический анализ крови

общий анализ мочи

ЭКГ

рентгенография

спирография

**Данные лабораторных, инструментальных методов исследования и консультации специалистов**

**Общий анализ крови:**

СОЭ 12мм/ч

Эритроциты 4,5\*1012 /л

Лейкоциты 20\*109 /л

Гемоглобин 145

Сегментоядерные 95

Лимфоциты 1

Моноциты 4

**ЭКГ**

ЧСС 77 уд/мин

Электрическая ось отклонена влево

**Биохимический анализ крови**

Общий белок 70

Холестерин 5,0

Креатинин 64

Глюкоза 4,3

Билирубин общий 10,4

АЛТ 16

АСТ 18

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Отличить бронхиальную астму от других заболеваний, проявляющихся удушьем, кашлем и свистящими хрипами, обычно нетрудно, особенно если врач видел больного во время приступа. Весьма характерны волнообразное течение, наличие в анамнезе или семейном анамнезе аллергических заболеваний и ночные приступы удушья. Последний признак настолько типичен, что его отсутсвие ставит под сомнение диагноз бронхиальной астмы.

Иногда за приступ бронхиальной астмы можно принять отек гортани и обструкцию верхних дыхательных путей, но при этом обязательно бывает стридор, а над трахеей выслушивается жесткое дыхание. Свистящие же хрипы над легкими не слышны.

Если дифференциальный диагноз затруднен, проводят непрямую ларингоскопию или бронхоскопию.

Сходные с бронхиальной астмой проявления наблюдаются при дисфункции голосовых складок. Для этого состояния характерны парадоксальные движения голосовых складок - периодическое смыкание либо на вдохе, либо в самом начале выдоха, что проявляется эпизодической тяжелой обструкцией дыхательных путей. Иногда даже развивается гиперкапния. Однако, в отличие от бронхиальной астмы, РаО2 остается в норме, а Р(А-а)О2 снижается, а не повышается. Чтобы подтвердить диагноз необходимо осмотреть голосовую щель во время приступа. Нормальная ширина голосовой щели во время приступа исключает диагноз, вне приступа - нет.

Постоянные свистящие хрипы над ограниченным участком в сочетании с приступами кашля указывают на обструкцию бронха (инородное тело, опухоль, стриктура).

Острая левожелудочковая недостаточность иногда напоминает приступ бронхиальной астмы. В дифференциальной диагностике помогают двусторонние влажные хрипы в нижних отделах легких, ритм галопа и жидкая пенистая розовая мокрота.

Причинами периодического бронхоспазма могут быть карциноиды, повторные ТЭЛА, хронический бронхит. Для хр.бронхита характерны прогрессирующее течение без ремиссий и постоянный кашель с мокротой. Повторные ТЭЛА бывает очень трудно отличить от бронхиальной астмы. У больного наблюдаются приступы удушья, часто провоцируемые физической нагрузкой, а иногда и свистящее дыхание. При исследовании функции внешнего дыхания нередко выявляют обструктивные нарушения, в этом случае и данные вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии могут быть нехарактерными.

В дифференциальной диагностике помогает пробное лечение бронходилататорами, однако точный диагноз можно поставить только с помощью ангиопульмонографии.

Бронхиальную астму часто напоминают легочные эозинофилии, а также токсические пневмониты и отравления инсектицидами холинергическими средствами.

Бронхоспазм встречается также при системных васкулитах, протекающих с поражением легких.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Причинами развития у Ф.С.Н. явились:

наследственность

холодный климат

тяжелый физический труд

Многостороннее подтверждение в клинических, иммунологических исследованиях получила аллергическая теория происхождения бронхиальной астмы. Согласно этой теории, приступы удушья при бронхиальной астме связаны со спазмом гладкой мускулатуры бронхов, отеком их слизистой оболочки, гиперсекрецией слизистых желез в результате аллергической реакции на вещества, поступающие из окружающей среды (экзоаллергены) или образующиеся в организме (эндоаллергены).

Необходимым условием развития бронхиальной астмы является врожденная или приобретенная повышенная чувствительность бронхов к различным раздражителям. Основными этиол. факторами бронхиальной астмы являются инфекционные (напр., бактерии, вирусы) и неинфекционные экзоаллергены. К последним относят аллергены растительного и животного происхождения (напр., пыльцу растений, шерсть животных), промышленные аллергены (напр., хим. вещества, содержащиеся в воздухе промышленных городов), бытовые аллергены (напр., домашняя пыль), разнообразные пищевые продукты, лекарственные средства и др. Эндоаллергенами, вызывающими бронхиальную астму, могут быть продукты деструкции тканей, образующиеся при инф. воспалении в бронхах, легких, реже в других органах, а также при нек-рых неинфекционных заболеваниях. В ряде случаев у больного бронхиальной астмой выявляют повышенную чувствительность к нескольким аллергенам (полиаллергия).

Определенное место в этиологии бронхиальной астмы занимают метерологические факторы (холодный воздух), наследственная отягощенность, которая выявляется у 40-80% больных (чаще у детей), нервно-психические факторы и стрессовые воздействия.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

· Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% 200 ml. S.: в/в 1 раз в день.

· Rp.: Sol. Dexamethasoni phosphati 4 ml.

D.t.d.: N. 10 in amp..: По 1 ампуле 2 раза в день, в/м

· Rp.: Sol. Aminophyllini 2,4% - 10 ml.t.d. N. 5 in amp.. Содержимое ампулы растворить в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, внутривенно капельно.

· Rp.: Sol. Magnesii sulfatis 20% - 5 ml. t.d. N. 10 in amp.

S. По 5 мл внутривенно.

· Rp.: Sol. Glucosai 5% - 200 ml. S.: в/в 1 раз в день.

· Rp.: Sol. Potassium chloridi 4% - 10 ml. S.: в/в кап. Через день

· . Rp.: Tab. Bromhexini 0,08

D.S. По 1 таб. 3 раза в день.

Небулайзеротерапия:

· Rp.: Pulf. «Pulmicor» 500 мкг. S.: вдыхать 1 раз в день.

· Rp.: Sol. «Berodual»

D.S. по 1 капель 1 раз в день

Проводятся мероприятия, направленные на возможное прекращение воздействия на организм аллергенов (у Ф.С.Н. аллергены не выявлены).

Для купирования приступов удушья используют селективные β-адреномиметики, оказывающих быстрое бронхорасширяющее действие (Сальбутамол, Тербуталин, Фенотерол). Для лечения также используют аэрозоли м-холиномиметиков (Ипратропия бромид, Беродуал). Для купирования приступа бронхоспазма часто применяют медленное внутривенное введение 10-15мл 2,4% р-ра Аминофиллина. Для предупреждения приступов удушья назначают пероральный прием пролонгированных препаратов этой группы.

В качестве симптоматического лечения для улучшения отхождения мокроты назначают отхаркивающие и муколитические препараты.

Хороший эффект оказывает также ингаляционный способ применения гормональных препаратов (Бекотида), дающий меньше побочных эффектов.

**ДНЕВНИК**

06.05.2014

АД - 110/70

Пульс - 75 уд/мин

Температура - 36,7

Дыхание - 17 в мин

Жалобы: одышка при легкой физической нагрузке

Сон, аппетит, стул, мочеиспускание: не изменены (жалоб нет)

.05.2014

АД - 120/80

Пульс - 79 уд/мин

Температура - 36,8

Дыхание - 18 в мин

Жалобы: отхождение мокроты

Сон, аппетит, стул, мочеиспускание: не изменены (жалоб нет)

.05.2014

АД - 110/70

Пульс - 78 уд/мин

Температура - 36,7

Дыхание - 17 в мин

Жалобы: нет

Сон, аппетит, стул, мочеиспускание: не изменены (жалоб нет)

**ПРОГНОЗ**

Прогноз 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 обострения заболевания, при тяжелой физической нагрузке.

**ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Поставлен на основании:

**жалоб:**

• на выраженную одышку при физической нагрузке

• приступы удушья, сопровождающиеся затрудненным вдохом и выдохом, как днем, так и ночью

• упорный малопродуктивный кашель с отделением вязкой слизистой мокроты

• головные боли и головокружение

• боли за грудиной сжимающего характера

• общую слабость

• приступы учащенного сердцебиения

**анамнез болезни:** Больной себя считает с 1998 года, когда поступила в больницу по месту жительства с простудным заболеванием, получала гормональные препараты. Наследственность отягощена. С 1998 года выставлен DS: бронхиальная астма, атопическая форма, смешанный тип. Получала лечение в условиях поликлиники, стационара ГКБ №21. Состояние, после проведенного лечения стабилизировалось.

**Клинических проявления**: одышка при физической нагрузке, внезапные приступы удушья днем и ночью.

Осложнений и сопутствующих заболеваний не выявлено.

**ЭПИКРИЗ**

ФИО поступила в аллергологическое отделение 29.04.2014 с жалобами: удушье и одышка. Болеет с 1998 года.

Аллегрия: аспирин, пенициллин.

Лечение: гормональное, сердечные гликозиды, постельный режим. Лечение проводится успешно.

Рекомендации: избегать переохлаждения, консервативное лечение, стараться избегать стрессовых ситуаций и тяжелых физических нагрузок.

Осложнений и сопутствующих заболеваний не выявлено.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Гребнев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней Москва, 2001

. Харкевич Д.А. Фармакология Москва, 2001