**Паспортная часть.**

1. Фамилия, Имя, Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст: 29.08.1959 (55 лет)
3. Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место работы: пенсионерка
5. Кем направлена больная: Глубокская ЦРБ
6. Доставлена в стационар: в плановом порядке
7. Диагноз направившего учреждения: Бронхиальная астма, смешанная форма, средняя степень тяжести. Сенсибилизация к бытовым аллергенам.
8. Диагноз при поступлении в стационар: Бронхиальная астма
9. Диагноз клинический

а) основной: Бронхиальная астма, смешанная форма, легкая персистирующая степень тяжести. ДН0. Сенсибилизация к бытовым и эпидермическим аллергенам.

б) осложнение основного-

в) сопутствующий: Артериальная гипертензия 2 ст, риск 3.

**ЖАЛОБЫ**

При поступлении предъявляла жалобы на периодически возникающие (2-3 раза в неделю) приступы удушья при вдыхании резких запахов в запыленном помещении; чихание, кашель, резь в глазах при контакте с пылью.

Во время курации жалоб не предъявляет.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Со слов пациентки, болеет бронхиальной астмой с 2007 года, когда впервые ощутила приступы удушья, кашель, заложенность носа, резь в глазах. Данные симптомы возникали в ночное время. Были проведены лабораторно-диагностические методы исследования (в том числе кожные пробы), где выявлена сенсибилизация к бытовым аллергенам (домашней пыли, перо подушки); выставлен диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, средняя степень тяжести, сенсибилизация к бытовым аллергенам.

Пациентка проходит курс СИТ в ВОКБ аллергологическом отделении 1 раз в 2-3 года. Принимает ингаляционно Сальбутамол по необходимости (2-3 раза в неделю).

Данная госпитализация связана с плановой аллерговакцинацией.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Дошкольный и школьный период: Родилась в 1959 году в д. Счанули здоровым, доношенным ребенком, в срок. Росла и развивалась соответственно возрасту. В психическом, физическом и половом развитии от сверстников не отставала.

Бытовые условия: Жилищные условия удовлетворительные.

Питание: регулярное, сбалансированное, без особенностей.

Вредные привычки: не курит, наркотики и алкоголь не употребляет.

Перенесенные заболевания и травмы: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Страдает артериальной гипертензией. Венерические заболевания отрицает, туберкулёзом, гепатитом не болела. Переливаний крови не отмечает.

Аллергоанамнез:

1. Наследственная предрасположенность: у отца поллиноз и аллергия на сено.

2. Перенесённые ранее АЗ: Затруднение дыхания в виде удушья, кашель, чихание при контакте с пылью, шерстью.

3. Влияние окружающей среды на течение заболевания:

а) холодная, сырая погода не влияет на течение заболевания

б) не отмечает обострений приступов по сезонам.

в) местонахождение – приступы затруднённого дыхания, чихание, кашель при нахождении в пыльных помещениях и при контакте с домашними животными.

г) время суток особо не влияют.

4. Влияние бытовых факторов:

а) жилища – приступы затруднённого дыхания, чихание, кашель при нахождении в старых, запыленных помещениях, при контакте с домашними животными, постелью, перьевыми подушками, старыми и пыльными книгами.

б) косметические средства не оказывают влияния на течение заболевания

5. Отмечает аллергию на лекарственные вещества в виде сыпи при приёме пенициллина.

8. Отмечает улучшение состояния от применявшейся терапии (Сальбутамол, СИТ).

9. Улучшение возможно при элиминации аллергенов: во время отдыха, на даче.

Выводы: анамнез отягощён и есть связь заболевания с аллергенами (пыль, шерсть, пенициллин).

**Объективное исследование**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное. Питание  
удовлетворительное. Цвет кожных покровов  
бледно-розовый. Лимфатические узлы не увеличены, эластичные,  
умеренно подвижны, не спаянны с окружающими тканями и между собой, безболезненны. Костно-мышечная система: без особенностей.

***Органы дыхания:*** При осмотре деформаций грудной клетки нет. Пальпаторно эластичность грудной клетки сохранена, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое

Тип дыхания смешанный. Частота дыхания − 18 дыхательных движений в минуту. Одышки нет.

При перкуссии границы легких определяются на обычном уровне, высота стояния верхушек легких спереди − 3,5 см от ключицы справа и слева. Поля Кренига справа − 6 см, слева − 6 см.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких: | справа | слева |
| парастернальная линия | 5 ребро | - |
| срединно-ключичная линия | 6 межреберье | - |
| переднеподмышечная линия | 7 межреберье | - |
| среднеподмышечная линия | 8 межреберье | 8 межреберье |
| заднеподмышечная линия | 9 межреберье | 9 межреберье |
| лопаточная линия | 10 межреберье | 10 межреберье |
| позвоночная линия | остистый отросток XI грудного позвонка | остистый отросток XI грудного позвонка |

При сравнительной перкуссии: ясный легочный звук.

Аускультативная картина: дыхание проводится с обеих сторон – везикулярное. Хрипов нет. Крепитация, шум трения плевры отсутствуют.

*Органы кровообращения:* пульс 70 ударов в минуту, одинаковый с обеих сторон, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. Артериальное давление

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Классическое положение пациента | Правая рука | Левая рука |
| Систолическое АД, мм рт.ст. | 120 | 120 |
| Диастолическое АД, мм рт.ст. | 75 | 75 |
| Положение пациента «стоя» |  |  |
| Систолическое АД, мм рт.ст. | 120 | 120 |
| Диастолическое АД, мм рт.ст. | 75 | 75 |

Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не выслушиваются.

*Органы пищеварения:* язык влажный, не обложен. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, не вздут. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Доступен глубокой пальпации во всех отделах.   
Перистальтика кишечника выслушивается обычная. Перитонеальные симптомы не вызываются.

Границы печени:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | | Верхняя граница | Нижняя граница | размер | |
| Правая передняя подмышечная | | Н.край 7 ребра | Н.край 10 ребра | 11 см | |
| Правая срединно-ключичная | | Н край 6 ребра | Край реберной дуги | 10 см | |
| Правая окологрудинная линия | | В.край 6 ребра | 1,5 см ниже реберной дуги | 9,5 см | |
| Передняя окологрудинная | | - | На границе верхнейи средней 1/3 расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком | - | |
| Левая окологрудинная | - | | Н.край реберной дуги | | - |

Размеры печени по Курлову:

- по linea medioclavicularis dextra - 9см

- по linea mediana anterior - 8 см

- по левой реберной дуге -7 см.

При пальпации край печени гладкий, плотно-эластичный, безболезненный.

Перкуссия селезенки:

поперечник (по среднеподмышечной линии) − 6 см

длинник (по X ребру) − 8 см.

Селезенка не пальпируется.

Желчный пузырь не пальпируется.

Стул регулярный без патологических примесей.

*Органы мочеполовой системы:* Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

*Нервно-психическая система:* сознание ясное. Сон нормальный. Доступна продуктивному контакту, адекватена, ориентирован в месте, пространстве и времени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Общий анализ крови от 12.02.15 г**.**

Hb -124 г/л ( Норма - 120-140 г/л)

Эритроциты – 3,9х1012 /л ( Норма - 3,9-4,7х1012/л)

Цветной показатель – 0,98 (Норма - 0,85-1,05)

Лейкоциты – 6,1х 109/л (Норма - 4,0-9,0х109/л)

Палочки – 1% (Норма - 1-6%)

Сегменты - 53% (Норма - 47-72%)

Эозинофилы – 2% (Норма - 0,5-5%)

Лимфоциты - 36% (Норма - 19-37%)

Моноциты – % (Норма - 3-11%)

СОЭ – 7 мм/ч ( Норма - 2-15 мм/ч)

Заключение: все показатели в пределах нормы

2. Общий анализ мочи от 12.02.15 г.

Цвет - соломенно-желтый ( Норма- соломенно-желтый)

Прозрачность – полная ( Норма – полная)

Реакция – кислая ( Норма – кислая, нейтральная, слабощелочная)

Удельный вес – 1017 ( Норма 1008-1026)

Белок – нет ( Норма - нет или следы)

Сахар – нет (Норма – нет)

Плоский эпителий - 1-2 в поле зрения (Норма до 5 в поле зрения)

Лейкоциты – 2- 3 в поле зрения (Норма до 5 в поле зрения)

Заключение: в пределах нормы

3. Биохимический анализ крови от 12.02.15 г.

Общий белок - 70 г/л ( Норма - 65-83 г/л)

Глюкоза - 5,5 ммоль/л ( Норма - 3,5-6,1 ммоль/л)

Мочевина – 5,5 ммоль/л ( Норма – 4,2-8,3 ммоль/л)

Креатинин - 0,059 ммоль/л (Норма – 0,044-0,12 ммоль/л)

Общий холестерин – 5,1 ммоль/л ( Норма – 3,9 -5,2 ммоль/л)

Билирубин общий - 9,7 мкмоль/л ( Норма – 8,5-20,5 мкмоль/л)

Билирубин прямой - 2,2 мкмоль/л ( Норма – 2,1-5,1 мкмоль/л)

АлАТ –49 Е/л ( Норма- 8-56 Е/л)

АсАТ –27 Е/л ( Норма – 5-40 Е/л)

Заключение: в пределах нормы

4. ЭКГ от 13.02.15.

Ритм синусовый. ЧСС = 75 в минуту. Вертикальная ЭОС.

7.Рентгенография грудной клетки от 13.2.15.

Заключение: в пределах возрастных особенностей.

8. СПГ с беротеком от 13.02.15

Заключение: До пробы нарушение вентиляции легких не выявлено. После пробы (увеличение ОФВ1 на 12%)- относительное нарушение бронхиальной проходимости на уровне крупных и средних бронхов.

1. Специфические аллергологические пробы от 13.02.15

**Внутрикожные пробы на бытовые аллергены**

Пыль домашняя

С213 ++

С327 ++

Клещ ++

Пыль библиотечная +++

Перо подушек +

П. лошади +

В. Человека +

Шерсть собаки +

Ш. кошки ++

Ш. овцы ++

Ш. м. Свинки +

Ш. кролика +

Контроль -

Гистамин ++/-

***Заключение:*** *выявлена умеренная чувствительность к домашней пыли С213, С327, шерсти кошки, клещу; слабая чувствительность к перу подушки, п. лошади, в. Человека, шерсти собаки, морской свинки; высокая чувствительность к пыли библиотечной. Что позволяет судить о наличии сенсибилизации к эпидермальным и бытовым аллергенам.*

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:**

На основании жалоб (на периодически возникающие приступы удушья (2-3 р/нед) при вдыхании резких запахов в запыленном помещении; чихание, кашель, резь в глазах при контакте с пылью); анамнеза заболевания (болеет бронхиальной астмой с 2007 года, проходит курс СИТ в ВОКБ аллергологическом отделении 1 раз в 2-3 года. В межприступный период принимает ингаляционно сальбутамол 2 раза по надобности); анамнеза жизни (аллергологический и наследственный анамнез отягощен). На основании лабораторно-инструментальных методов исследования (СПГ с беротеком: после пробы – относительное нарушение бронхиальной проходимости на уровне крупных и средних бронхов). Специфических аллергологических проб: выявлена сенсибилизация к бытовым и эпидермальным аллергенам.

Позволяет выставить клинический диагноз

Основной: Бронхиальная астма, смешанная форма, легкая персистирующая степень тяжести. ДН0. Сенсибилизация к бытовым и эпидермальным аллергенам.

ЛЕЧЕНИЕ

* *Немедикаментозное лечение* 
  + - элиминационный (гипоаллергенный) режим;
* *Специфическая аллерговакцинация*
* *Медикаментозное лечение*
  + - купирование обострений БА;
    - профилактика обострений астмы (базисная поддерживающая терапия)

1. Специфическая иммунотерапия (снижение специфической чувствительности больного к конкретному причинному аллергену. Сущность этого метода лечения состоит во введении в организм пациента возрастающих доз водно-солевого экстракта аллергена, вызывающего повышенную чувствительность и ответственного за клинические проявления заболевания. Механизм действия СИТ связан с увеличением концентрации IgG4, IgG1 (блокирующих антител) и подавлением синтеза IgE. Происходит фенотипическая коррекция иммунного ответа на конкретный антиген: переключение Т-хелперов-2-ответа на Т-хелперы-1-ответ, т.е. Т-лимфоциты программируют иммунную систему на прекращение продукции IgE, и аллергическая реакция не возникает. Показана т.к. имеется четкое подтверждение атопического IgE-зависимого механизма сенсибилизации к аллергену (по лабораторного обследования и провокационных тестов) и из-за невозможность прекращения контакта больного с аллергеном).
2. Поддерживающая терапия:

Кромоны (кромогликат натрия)

Механизм действия стабилизаторов мембран тучных клеток обусловлен торможением высвобождения из клеток-мишеней, особенно из тучных клеток, медиаторов аллергии – гистамина и других биологически активных веществ. Высвобождение этих веществ из гранул тучных клеток происходит при взаимодействии на поверхности клетки антигена с антителом. Кромоны опосредованно тормозят поступление в клетку необходимых для дегрануляции ионов Ca2+, блокируя проводимость мембранных каналов для ионов Cl-, а также ингибирует фосфодиэстеразу и процесс окислительного фосфорилирования.

Торможение функции клеток-мишеней аллергии делает возможным применение данных ЛС для предупреждения приступов БА, индуцируемых аллергенами, физической нагрузкой и холодным воздухом. При их регулярном применении наблюдается снижение частоты и тяжести обострений БА, уменьшение потребности в бронхоспазмолитических ЛС, предупреждение появления симптомов заболевания, вызванных физической нагрузкой.

Кромогликат натрия предотвращает развитие ранней и поздней фазы аллерген-индуцируемой бронхообструкции, уменьшает бронхиальную гиперреактивность, предупреждает бронхоспазм, вызванный физической нагрузкой, холодным воздухом и ингаляцией аллергена. Кромогликат натрия действует на рецепторный аппарат бронхов, повышает чувствительность и концентрацию β-адренорецепторов. ЛС блокирует рефлекторную бронхоконстрикцию ингибированием активности C-волокон чувствительных окончаний блуждающего нерва в бронхах, что приводит к высвобождению субстанции P и других нейрокининов. Последние являются медиаторами нейрогенного воспаления и вызывают бронхоконстрикцию. Профилактическое использование кромогликата натрия угнетает рефлекторный бронхоспазм, вызванный стимуляцией чувствительных C-волокон.

Кромоглициевая кислота используется в дозе 2-10 мг 4 раза в сутки ингаляционно через небулайзер.

3)С целью купирования приступов бронхиальной астмы

Сальбутамол (β2-агонисты короткого действия; механизм действия основан на стимуляции в2-рецепторов, что приводит к активации аденилатциклазыи повышению уровня цАМФ в гладких мышцах бронхов, это способствует расслаблению гладких мышц, а значит и расширению бронхов; кроме того они препятствуют в небольшой степени освобождению медиаторов воспаления из тучных клеток). Ингаляционно 2 дозы препарата с целью купирования приступа астмы.

Симптоматическая:

Эналаприл - Ингибитор АПФ - гипотензивный препарат, механизм действия связан с уменьшением образования из ангиотензина I ангиотензина II, снижение концентрации которого ведет к прямому уменьшению секреции альдостерона. При этом понижается ОПСС, систолическое и диастолическое АД, пост- и преднагрузка на миокард. Расширяет артерии в большей степени, чем вены, при этом рефлекторного повышения ЧСС не отмечается. Уменьшает деградацию брадикинина, увеличивает синтез Pg. Гипотензивный эффект более выражен при высокой концентрации ренина в плазме, чем при нормальной или сниженной. Снижение АД в терапевтических пределах не оказывает влияния на мозговое кровообращение, кровоток в сосудах мозга поддерживается на достаточном уровне и на фоне сниженного АД. Усиливает коронарный и почечный кровоток. При длительном применении уменьшается гипертрофия ЛЖ миокарда и миофибрила стенок артерий резистивного типа, предотвращает прогрессирование ХСН и замедляет развитие дилатации ЛЖ. Улучшает кровоснабжение ишемизированного миокарда. Снижает агрегацию тромбоцитов. Удлиняет продолжительность жизни у больных ХСН, замедляет прогрессирование дисфункции ЛЖ у больных, перенесших инфаркт миокарда, без клинических проявлений СН. Обладает некоторым диуретическим эффектом. Уменьшает внутриклубочковую гипертензию, замедляя развитие гломерулосклероза и риск возникновения ХПН.

Rp: Tab.Enaprili 10 мг

D.t.d. N 10

S: По 1 таблетке 2 раз в день.

Рекомендации

1. Элиминационный (гипоаллергенный) режим:

Избегать пищевые продукты и лекарственные вещества, вызывающие у пациента аллергию(антибиотики пенициллинового ряда)

* Использование моющих пылесосов с фильтром для мельчайших частиц или пылесосов с бумажным фильтром, ежедневное проведение влажной уборки.
* При низкой влажности (5-20%) рекомендуется использовать увлажнители воздуха. Относительная влажность воздуха должна быть 30-50%.
* Использование очистителей воздуха для удаления воздушных аллергенов и поллютантов, желательно с двумя или тремя типами фильтров.
* Использование подушки и одеяла из специального синтетического материала, позволяющего стирать их при высокой температуре (600С и выше) не реже 1 раза в 3 месяца.
* Применение противоаллергенных чехлов для матрасов, одеял и подушек с застежкой «молния» (стирка не реже 1 раза в 6-12 месяцев). Следует использовать хлопчатобумажные простыни или простыни из дакрона, проветривать и просушивать белье на солнце, выносить на мороз.
* Следует убрать ковры, ковровое покрытие, мягкую мебель, игрушки, декоративные подушки и т.д. Возможно использование синтетических, легко моющихся ковров. Мебель может быть деревянной, металлической с пластиковым, виниловым или кожаным покрытием. На окнах должны быть жалюзи или легко стирающиеся хлопчатобумажные шторы.
* Применение химических средств (акарицидов), уничтожающих клещей.
* Хранение одежды в закрытом шкафу, желательно в чемоданах, чтобы вещи не запылились.
* При наличии грибка на стенах помещения следует принять меры к улучшению условий проживания (обработать противогрибковыми препаратами стены, осушить подвал и т.д.).
* Рекомендуется санировать пораженные грибковой инфекцией ногти, кожу и слизистые оболочки.
* При сенсибилизации к грибковым аллергенам необходимо исключить из питания следующие продукты: сыр, кефир, йогурт, виноград, сухофрукты, квашеную капусту, соленые огурцы и помидоры, изделия из дрожжевого теста, квас, пиво, сухое вино, шампанское. Все фрукты очищать от кожицы.
* Не рекомендовано проводить уборку в квартире самим пациентам. Входить в комнату желательно не раньше, чем через 2 часа после завершения уборки. Если контакт с аллергеном неизбежен, следует надеть маску на время уборки.
* Не рекомендуется держать в доме животных.
* В комнате не должно быть мягкой мебели, массивных штор, открытых книжных полок и книг и др. предметов, накапливающих пыль.
* Не следует разводить домашние цветы, поскольку на них обитают грибы, собирается пыль.
* Не следует держать аквариумы, если для кормления рыб будет использоваться сухой корм, являющийся сильнейшим аллергеном.
* Не следует пользоваться освежителями воздуха, нафталином и аэрозольными инсектицидами.
* В доме больного нельзя курить.
* Не рекомендуется находиться в сырых, плохо проветриваемых помещениях с плесенью на стенах, сырым подвалом, теплицах, контактировать с прелым скошенным сеном, находиться в лесу с опавшей влажной листвой, работать с землей на даче.
* Не принимать антибиотики пенициллинового ряда.
* Не рекомендуется проводить отдых в районах с субтропическим климатом.

1. СИТ - ревакцинация специфическим аллергеном 1 раз в 3 недели в течение года (в/кожно 0,3мл\*10)
2. Сальбутамол (2 вдоха ингаляционно) по необходимости с целью купирования БА
3. Базисный ингалятор - Кромоглициевая кислота 2-10 мг 4 раза в сутки ингаляционно через небулайзер