

Бронхиальная астма

Ф.И.О. Больная Б

Возраст: 66 лет

Место работы: пенсионерка

**Дата поступления и выписки :
с 09.05.12 г. по 25.05.2012 г**

Диагноз при поступлении:

**Бронхиальная астма, смешанной формы,
средней степени тяжести, обострение, ДН-II.**

Жалобы на момент поступления



На приступы удушья, возникающие до 3 раз днем и ночью до 2 раз в неделю, чаще во второй половине ночи, сопровождающиеся свистящим дыханием и купируемые β -2 агонистами короткого действия. Одышку смешанного характера при ходьбе, подъеме по лестнице на второй этаж, тяжелой физической нагрузке. Кашель с трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера до 15 мл. в сутки. Повышение температуры до высоких цифр, головные боли, слабость, быструю утомляемость.

Граф- структура заболевания больной Б

Пациентка Б., 66 лет	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г
Кашель				
Мокрота				
Одышка				
Хрипы				
Частота обострений в год	1	1	1	1
Частота дневных приступов	1 раз в 2-3 дня	1 раз в день	2 раза в день	3 раза в день и более
Частота ночных приступов	1 раз в месяц	1 раз в месяц	1 раз в 2 недели	1 раз в неделю
Пульс	76	76	84	88
Частота дыхания	16	16	18	24
ЖЕЛ	80	80	70	67
ОФВ 1	70	70	70	69

Анамнез заболевания

Считает себя больной с сентября 2009 года, когда после перенесенной вирусной инфекции впервые появились приступы удушья, выраженная одышка, сухой кашель. В октябре 2009 года направлена на стационарное лечение и обследование в пульмонологическое отделение ОКБ г. Караганда, где был впервые установлен диагноз:

Бронхиальная астма.

После выписки из стационара принимала сальбутамол ситуационно. Повторно госпитализировалась в пульмонологическое отделение в плановом порядке в октябре 2010 года и сентябре 2011г. Дома после выписки принимала сальбутамол и беклазон во время приступов.

Частота приступов и их продолжительность в период с 2009 по 2012 гг постепенно нарастала.

Настоящее ухудшение в течении недели сопровождается бронхообструкцией, выраженной интоксикацией, дыхательной недостаточностью, повышением температуры до высоких цифр. Госпитализирована для уточнения диагноза и лечения.

Анамнез жизни

Туберкулез, венерические заболевания, гепатит у себя и родственников отрицает. Операций, травм, гемотрансфузий не было.

Аллергологический анамнез.

Аллергические заболевания в семье не отмечает.

Перенесенные заболевания: частые простудные заболевания и вирусные инфекции

Реакции на введение сывороток, вакцин, лекарственных препаратов нет.

Отмечает сезонность (ухудшение состояния поздним летом, осенью)

На течение заболевания влияют такие факторы как холод и физические нагрузки. Приступы часто возникают по утрам после сна, днем при выходе на свежий воздух

Отмечает аллергические реакции в виде затрудненного дыхания и чихания на домашнюю и книжную пыль и на резкие запахи (аммиак).

Лекарственная аллергия в виде крапивницы на иод, пенициллин, аналгин.

Status praesens

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное. Поведение больной обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, удовлетворительного питания. Рост 176 см, вес 78 кг. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. Мышечная система развита хорошо, тонус в норме, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений. Движения в суставах свободные, ограничений нет.

Органы дыхания

Носовое дыхание свободно. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип брюшной. ЧД = 24 движений в минуту. Пальпация: грудная клетка безболезненна, эластичная. При перкуссии – притупление в нижних отделах с обеих сторон. При топографической перкуссии патологии не выявлено. Аускультация - дыхание жесткое, свистящие и жужжащие хрипы по всем легочным полям.

Сердечно - сосудистая система

При осмотре область сердца не изменена .Верхушечный толчок при пальпации в 5 м/р по с/к линии. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации тоны приглушены, ритм правильный, Пульс = 92, ЧСС = 92 в минуту, АД= 140/80 мм.рт.ст.

Мочевыделительная система

При осмотре поясничной области патологических изменений не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 - 4 раза в сутки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Пищеварительная система

Живот увеличен за счет жировых отложений, мягкий безболезненный. Край печени у края реберной дуги справа, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный оформленный.

Нейроэндокринная система

Сознание больной ясное. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено.

Предварительный диагноз

**Бронхиальная астма, смешанной
формы, средней степени тяжести,
обострение, ДН-II.**

Результаты лабораторно-инструментальных исследований.

Общий анализ крови от 13.05.12 г

Нв 101 г/л, СОЭ - 20 мм/ч, Эр - $3,7 \times 10^{12}$, Л - 20×10^9 /л, э-14%, п -7%, с- 56%, л - 21%, м-2 %, Тромбоциты. – $207,2 \times 10^9$ /л

Общий анализ мочи от 13.05.12 г

количество –100., желтая, сл/мут, щелочн, белок- отриц, сахар – отр, уд вес – 1025, плоский эпителий – ед. в п.з., лейкоциты- 1-2 в п.з.

Анализ мокроты от 12.05.12 г.

Количество - скудное цвет - зелено-серый. Характер – слизисто-гнойная. Эозинофиллы – в скоплениях до 5. Лейкоциты – 38 - 40 в поле зрения. Эп. Плоский _2 – 46 а поле зрения. Эп. Бронхиальный – 32- 34 в поле зрения. Альвеолярные макрофаги - 6-10 в поле зрения. Атипические клетки - нет

Спирография от 12.05.2012 г

Заключение: Нарушение функции внешнего дыхания по обструктивному типу- умеренно выраженное нарушение бронхиальной проходимости в бронхах среднего калибра и значительное в бронхах мелкого калибра на фоне снижения ЖЕЛ и ОФВ1.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований

- Б/х анализ крови: 13.05.12.
- Общий белок 81 г/л
- Альбумины – 48 г/л
- Фибриноген – 2 г/л
- СРБ - -
- Билирубин 14.2 ммоль/л
- Холестерин 3.6 ммоль/л
- Креатинин 0.075 ммоль/л
- Мочевина 4.3 ммоль/л
- АСТ - 58 нмоль/л
- АЛТ - 74 нмоль/л
- Тимоловая проба 84 ед
- Na - 142 ммоль/л
- Бронхоскопия от 12 .04.12
-
- Вход в трахею свободный, видимые бронхи проходимы. Слизистая бронхов бледно-розовая, атрофичная. Секрет слизистой вязкий в умеренном количестве. Диффузный атрофический эндобронхит.
- Смывы с бронхов на цитогамму и АК:
- Лейкоциты сплошь: с – 92%, л – 8
- МА – 30-40 в поле зрения
- Атипичные клетки не обнаружены.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

- Бронхиальная астма, смешанная форма, персистирующее течение, фаза обострения средней степени тяжести, неконтролируемое течение.
ДН-II

Обоснование клинического диагноза

Клинический диагноз выставляется на основании предварительного диагноза и данных инструментально-лабораторных методов исследования.

- Бронхиальная астма на основании:

- Жалоб больного: на одышку смешанного характера, с затрудненным вдохом и выдохом, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке (при подъеме на 2 этаж). Приступы удушья до 3 раз днем и ночью до 2 раз в неделю, сопровождающиеся свистящим дыханием и купируемые b-2 агонистами короткого действия. Кашель, со слизисто-гнойной, трудно отделяемой мокротой до 15 мл. На слабость, быструю утомляемость, головную боль.
- На основании данных объективного исследования: состояние больного - средней степени тяжести. При аускультации легких: над всеми полями выслушивается жесткое дыхание, на фоне которого выслушиваются рассеянные сухие хрипы.
- На основании дополнительных методов исследования: ОАК – лейкоцитоз, повышение СОЭ, эозинофилия; ОА мокроты – наличие эозинофилов; исследование функции внешнего дыхания (уменьшение ОФВ1 до 69%, ЖЕЛ – до 67%); при бронхоскопии с цитологией– диффузный эндобронхит, нейтрофильный лейкоцитоз .

- Смешанная форма – на основании того, что в клинике данной больной имеет место комбинированное действие аллергенов (нашатырный спирт, анальгин, иод, пенициллин, домашняя и книжная пыль) и частые рецидивы после простудных заболеваний.

Обоснование клинического диагноза

- Фаза обострения на основании *anamnesis morbi*: на фоне относительного благополучия произошло ухудшение состояния больного: ночные приступы стали появляться до 1 раза в неделю, стали нарушать сон и активность; появилась одышка с затрудненным вдохом и выдохом, приступообразный кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, участилось дыхание; повысилась температура до 40⁰С, усилилось недомогание, слабость и быстрая утомляемость. На основании дополнительных методов исследования: ОАК повышение СОЭ, эозинофилов; ОА мокроты – наличие лейкоциты до 10, эозинофилов до 5 в скоплении.

- Средней степени тяжести - обострения заболевания нарушают физическую активность и сон; ночные симптомы астмы возникают 1 раза в неделю. исследование функции внешнего дыхания (уменьшение ОФВ1(69%), ЖЕЛ – до 67%.

- Неконтролируемое течение – на основании наличия приступов удушья до 3 раз днем и ночью до 2 раз в неделю, сопровождающиеся свистящим дыханием и купируемые b-2 агонистами короткого действия, потребность в ситуационных препаратах более 2 раз в неделю, ОФВ1 менее 80%.

- Дыхательную недостаточность II степени ставлю на основании жалоб больного: на одышку с затрудненным вдохом и выдохом возникающую при кашле и небольшой физической нагрузке и по данным объективного осмотра: ЧДД -24 раза в минуту.

ЛЕЧЕНИЕ

- Режим II
- Стол 15
- Преднизолон 90 мг в/в+NaCl 0,9%-200,0 мл N 5
- Преднизолон 20 мг в сутки в течении 5 дней и 10 мг в сутки – 10 дней
- Беродуал-небулайзерные ингаляции 2 раза в день
- Атровент 20 мкг по 2 ингаляции 2 раза в день
- Теофил 300 мг по 1 капсуле на ночь
- Ципрокс 100,0 мл (200 мг) 2 раза в день в/в капельно – 7 дней
- Кислород с ПДКВ-10 мин 4 раза в день
- ЛФК, дыхательная гимнастика

Спасибо за просмотр

