

Клиническая демонстрация

на тему:

«Бронхиальная астма»

Паспортные данные

- ФИО Минаева Анна Александровна
- Возраст 62 г.
- Категория ЧСП
- Дата поступления 06.04 2012г.

Диагноз направления: Бронхиальная астма

Предварительный диагноз: Бронхиальная астма смешанного генеза (аллергическая, инфекционно-зависимая), средней степени тяжести, обострение. Дыхательная недостаточность I степени.

Жалобы и анамнез

ЖАЛОБЫ: на приступы одышки экспираторного характера, приступообразный кашель со слизистой мокротой при контакте с резкими запахами, холодным воздухом, одышку при чрезмерном физическом напряжении, головную боль в теменной и затылочной области.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ: Родилась и развивалась нормально. Имеет двоих взрослых детей. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Перенесенные заболевания: пневмония в 2007 г. Аппендэктомия- в 1978 г. Частые ОРВИ.

Менопауза с 47 лет.

Аллергологический анамнез: крапивница после приема цитрусовых.

Вредные привычки отрицает.

Наследственность неотягощена.

Профессия – учитель начальных классов.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Больной себя считает около 5 лет, когда после перенесенной пневмонии длительное время сохранялся кашель, а затем присоединились приступы одышки при вдыхании резких запахов. Обследовалась амбулаторно. Был выставлен диагноз Бронхиальная астма. Назначены антигистаминные препараты (цетиризин), бронхолитики (беротек) при приступе. Обострения наблюдались ежегодно в осенний и весенний периоды. В апреле 2012 г. после переохлаждения на фоне ОРВИ состояние ухудшилось. Приступы одышки и кашля стали беспокоить практически ежедневно. Принимала антигистаминные препараты, беродуал (3-4 ингаляции в сут.). В связи с отсутствием эффекта от амбулаторного лечения была госпитализирована в клинику госпитальной терапии.

ОБСУЖДЕНИЕ жалоб и анамнеза

При анализе жалоб важно отметить приступообразный характер кашля, экспираторной одышки при контакте с триггерами – резкими запахами и вдыхании холодного воздуха.

Нужно обратить внимание при сборе анамнеза на сезонность появления основных симптомов, что возможно, связано с переменой метеорологических условий и наличием дополнительных триггеров.

Пациентка перенесла пневмонию за 2 месяца до дебюта основных проявлений заболевания, что предполагает наличие инфекции дыхательных путей. Наличие частых ОРВИ в анамнезе свидетельствует об вторичном иммунодефиците. Лечение бронхиальной астмы проводилось амбулаторно терапевтом. Пациентка не обследовалась у специалиста аллерголога, специфическое аллергологическое обследование не проводилось. Базисная терапия не назначалась.

- **Важно запомнить:**

При наличии подобных жалоб у пациентов с предполагаемым диагнозом бронхиальной астмы необходимо комплексное обследование органов дыхания: выполнение рентгенографии органов грудной полости, спирографии. Важно оценить изменения в картине крови (эозинофилия), провести цитологию мокроты. Показана консультация аллерголога.

Объективный статус и его обсуждение

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Нормостенической конституции. Удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски, влажные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,5°C. АД 145/85 мм рт. ст. Пульс 86 в мин., ритмичный. Прекардиальная область визуально не изменена. Пальпаторно патологических пульсаций не определяется, верхушечный толчок обычных свойств. Перкуторно: границы сердца не смещены. Аускультативно: тоны сердца приглушены, шумов, акцентов нет. Грудная клетка правильной цилиндрической формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно: границы легких в пределах нормы. Над легкими коробочный оттенок легочного звука, дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких, усиливающиеся на выдохе. ЧД 21 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

ОБСУЖДЕНИЕ объективного статуса:

- Изменение перкуторной картины со стороны легких характерно при наличии эмфиземы легких. Сухие рассеянные хрипы над всеми отделами легких свидетельствуют о наличии бронхоспазма. Регистрация повышенного уровня АД свидетельствует о наличии артериальной гипертензии.
- Наличие у пациента с диагнозом бронхиальная астма изменений со стороны сердечно-сосудистой системы обязывает лечащего врача более детально провести обследование не только системы органов дыхания, но и органов кровообращения. Наличие повышенного АД может быть проявлением как сопутствующего заболевания - эссенциальной АГ, так и симптоматической пульмоногенной АГ, что обосновывает необходимость проведения ЭхоКГ, СМАД.

Таким образом, полученные при исследовании объективного статуса данные свидетельствуют о наличии у пациента бронхообструктивного синдрома, артериальной гипертензии.

Лабораторные исследования

- Анализ периферической крови: гемоглобин 138 г/л, эритроциты $4,48 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $6,7 \cdot 10^9$ /л, сегментоядерных 55%, палочкоядерных 1%, моноцитов 10%, базофилов 0%, эозинофилов 12%. СОЭ 20 мм/час.
- Биохимический анализ крови: без патологических изменений.
- Общий IgE – 504 МЕ/мл.
- Анализ мочи: без патологических изменений.
- Анализ мокроты: эпителий плоский – 0-3 в поле/зр., эпит. мерцат.-0-1-2 в поле/зр., лейк.-30-40 в поле/зр., эозинофилы – 15-18 в поле/зр. Кристаллы Шарко-Лейдена – в умерен. кол-ве.
- Кал на я/г-отр.

Консультация аллерголога.

- При диагностике с бытовыми аллергенами выявлена сенсibilизация к домашней пыли и шерсти кошки (по данным кожных тестов).
Заключение: у пациентки БА (аллергическая, инфекционно-зависимая), средней ст. тяжести.

Инструментальные исследования

- **Рентгенография органов грудной клетки:** легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок в нижних отделах усилен. Корни легких структурны. Синусы свободны. Сердце не расширено. Аорта уплотнена, развернута.
- **ЭКГ.** Ритм синусовый, ЧСС – 89 уд в 1 мин., ЭОС отклонена влево. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
- **ЭхоКГ.** ЗСЛЖ 9,6 мм, МЖП – 10 мм, ЛЖ КСР– 27,1 мм, КДР-36,0 мм, ПЖ –КДР 24,3 мм, ЛП – 32 мм, АО – 30,6 мм, АК – 22,4 мм, ФВ 54 % . Среднее систолическое давление в ЛА – 14 мм рт. ст. Заключение. Стенки аорты и створки аортального клапана уплотнены. Концентрическое ремоделирование ЛЖ. Миокард не утолщен, полости сердца не расширены. Диастолическая дисфункция ЛЖ. Перикард без особенностей.
- **УЗИ органов брюшной полости** – без патологических изменений.
- **СМАД.** Среднее систолическое и диастолическое давление в течение суток характерно для мягкой стабильной гипертензии.
- **Спирометрия.** Нарушение ФВД по обструктивному типу I ст. Проба с бронхолитиком положительная

ОБСУЖДЕНИЕ лабораторных и инструментальных исследований

1. В крови выявлена эозинофилия.
2. В анализе мокроты – эозинофилия, кристаллы Шарко-Лейдена.
3. В крови повышен уровень общего IgE.
4. При рентгенографии ОГП выявлены легочные поля повышенной прозрачности, без очаговых и инфильтративных изменений. Легочный рисунок в нижних отделах усилен.
5. При спирометрии выявлены нарушение ФВД по обструктивному типу I ст. Проба с бронхолитиком положительная.
6. Аллергологическое обследование. При диагностике с бытовыми аллергенами выявлена сенсibilизация к домашней пыли и шерсти кошки (по данным кожных тестов).

Таким образом, полученные данные указывают на наличие аллергического воспалительного процесса в бронхиальном дереве.

Окончательный диагноз

Основное заболевание. Бронхиальная астма смешанного генеза (аллергическая, инфекционно-зависимая), средней степени тяжести, обострение.

Осложнения основного заболевания. Дыхательная недостаточность I степени.

Сопутствующие заболевания. Гипертоническая болезнь I ст. (Артериальная гипертензия 2 ст., риск 2).

При постановке диагноза учитываются следующие ключевые моменты:

- Жалобы (приступы кашля и экспираторной одышки при контакте с триггерами, одышка при выполнении физической нагрузки).
- Анамнез заболевания.
- Результаты физикального обследования (коробочный оттенок перкуторного звука, сухие свистящие хрипы, усиливающиеся на выдохе).
- Исследование функции внешнего дыхания (наличие обструктивных нарушений вентиляции, положительный тест с бронхолитиком).
- Наличие эозинофилов в крови и мокроте.
- Аллергологический статус: кожные пробы, повышение общего IgE.

Дифференциальная диагностика

Дифференцировать заболевание следует с другими заболеваниями, сопровождающимися обструкцией бронхов, прежде всего с хронической обструктивной болезнью легких (критерии приведены в таблицах 1,2), туберкулезом, карциномой бронха, бронхоспазмом, спровоцированным желудочно-пищеводным рефлюксом.

- Одышка при физической нагрузке может быть проявлением хронической сердечной недостаточности. Так, психогенную одышку иногда неправильно расценивают как бронхиальную астму.
- Значительная эозинофилия может быть обусловлена глистной инвазией.

Однако, приступообразный характер кашля и одышки, купируемых бронхолитиками, данные аллергологического анамнеза и обследования, спирометрии позволяют исключить ХОБЛ и подтверждают диагноз бронхиальной астмы.

Характерная картина полученная при рентгенографии легких позволяют исключить объёмные образования и туберкулез.

Медикаментозное лечение пациента

- Эуфиллин р-р 10 мл 2,4% на 200 мл физ. р-ра внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 5 дней.
- Преднизолон 60 мг внутривенно струйно 1 раз в сутки в течении 3 дней, далее по 30 мг в сутки – 2 дня. Далее – ингаляционно беклометазона дипропионат по 500 мкг х 2 раза в сутки.
- Беродуал 2 раза в сутки на физ. р-ре – ингаляции через небулайзер. Далее – Беродуал по 2 вдоха при приступе удушья.
- Амлодипин 5 мг в сутки внутрь однократно утром.

Обоснование и современные принципы медикаментозного лечения

Медикаментозное лечение больных БА складывается из базисной (противовоспалительной) и патогенетической терапии.

- **Базисная терапия.** При персистирующей БА показано назначение глюкокортикоидов (ГКС). Основные препараты – ингаляционные ГКС. Для купирования обострения в стационаре могут быть назначены ГКС парентерально. Лечение ГКС должно продолжаться амбулаторно под контролем терапевта. Дозы препаратов подбираются с учетом степени тяжести БА. Применяется ступенчатая схема терапии, позволяющая корректировать лечение в зависимости от достигаемого уровня контроля течения БА (см. таблицу 3).
- **Патогенетическое** лечение заключается в применении бронхолитических средств различных групп: симпатомиметиков, холинолитиков, теофиллина. В настоящее время в стационаре отдается предпочтение назначению бронхолитиков через небулайзер.
- Одновременно с базисной и бронхолитической терапией назначается симптоматическая терапия: муколитики, мукорегуляторы.

У данной пациентки в связи с выявлением артериальной гипертензии была назначена антигипертензивная монотерапия препаратом из группы антагонистов кальция – амлодипином.

Исход лечения и рекомендации при выписке из стационара

В результате проведенного лечения и на фоне постоянной базисной терапии приступы кашля и экспираторной одышки не рецидивировали. Улучшились показатели ФВД. Пациентка была выписана под наблюдение участкового терапевта.

Рекомендации:

- Диета № 10.
- Гипоаллергенный быт. Избегать контакта с триггерами (резкие запахи).
- Медикаментозная терапия:
 - Инг. Беродуал по 2 вд. (По-требованию, но не больше 4 раз в день;
 - Инг. Беклометазон по 1 вд. (500 мкг) 2 раза в день;
 - Таб. Амлодипин по 5 мг в день под контролем АД.

**Табл. 1. Дифференциально - диагностические критерии
ХОБЛ и БА:**

признаки	ХОБЛ	БА
Возраст начала болезни	Старше 35-40 лет	Молодой, средний
курение	характерно	Не характерно
Аллергия в анамнезе	Не характерна	Характерна (внелегочные проявления)
Начало, течение	Позднее, нарастание симптоматики	Более раннее, волнообразность симптоматики
Симптомы кашель одышка	Постоянны прогрессируют	Приступообразные, сезонные
Бронхиальная обструкция	Малообратима необратима	Обратима, частично обратима

**Табл. 2. Дифференциально - диагностические критерии
ХОБЛ и БА**

Признаки	ХОБЛ	БА
Суточная вариабельность ПСВ	Менее 10%	Более 20%
Бронхолитический тест (проба с бета2- агонистами)	Отрицательный Прирост ОФВ1 менее 15%	Положительный Прирост ОФВ1 менее 15%
Наличие проявлений хронического легочного сердца	Характерно	Не характерно
Медиаторы воспаления	ИЛ-8, ФНО-альфа, лейкотриен В	ИЛ-4,5,13, лейкотриен D
Тип воспаления	Нейтрофилы, макрофаги, CD8+ лимфоцитов	Эозинофилы, макрофаги, активация тучных клеток, CD4+ лимфоцитов
Эффективность терапии ГКС	низкая	высокая

Табл. 3. Схема ступенчатой терапии

Уменьшить объем		Ступени терапии			Увеличить объем	
Ступень 1		Ступень 2		Ступень 3	Ступень 4	Ступень 5
Обучение пациентов Контроль окружающей среды						
β_2 -агонист быстрого действия по потребности		β_2 -агонист быстрого действия по потребности				
Варианты препаратов, контролирующих течение заболевания		Выберите один	Выберите один	Добавьте один или более	Добавьте один или оба	
		Низкие дозы ИГКС	Низкие дозы ИГКС + β_2 -агонист длительного действия	Средние или высокие дозы ИГКС + β_2 -агонист длительного действия	Минимальная возможная доза перорального ГКС	
		Антилейкотриеновый препарат*	Средние или высокие дозы ИГКС	Антилейкотриеновый препарат	Антитела к IgE	
			Низкие дозы ИГКС + антилейкотриеновый препарат	Теофиллин замедленного высвобождения		
			Низкие дозы ИГКС + теофиллин замедленного высвобождения			

* Антагонист рецептора или ингибитор синтеза.