

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 не отягощена.

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 переменной 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

↓

Ступени терапии

← Уменьшить объем
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	Теofilлин замедленного высвобождения	
		Низкие дозы ИГКС + теofilлин замедленного высвобождения		

* Антагонист рецептора или ингибитор синтеза.