



**Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А. И. Евдокимова**

**Кафедра факультетской терапии
и профессиональных болезней**

Зав. кафедрой - профессор, д. м. н. Зыков К.А.
Зав. курсом проф. болезней - профессор., к. м. н. Попкова А.М.
Преподаватель – ассистент, к.м.н. Сметнева Н.С.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА №23XX/XX

Иххххххх Вхххххххххх Иххххххххх
67 лет

Диагноз: Профессиональная бронхиальная астма, смешанного типа (аллергическая, сенсibilизированная к медикаментам, и неаллергическая, под влиянием интоксикационного фактора, гормонозависимого типа), средней степени тяжести. Обострение.

Осложнения: Эмфизема легких. ДН 2ст.

Куратор – студентка VII курса 716 группы лечебного факультета, вечернего отделения Сипапина Жанна Юрьевна

Время курации: 18.12.2018 г.

Москва, 2018



- на приступообразный кашель,
- на появление вязкой мокроты.

5. Истории заболевания:

- считает себя больной с 1986 года, с начала работы медицинской сестрой в ГКБ г. Хххххххххх в контакте с комплексом сенсibilизирующих и раздражающих веществ. Жалобы при обращении в поликлинику по месту жительства и ГКБ по месту работы оставлены без внимания, до 2005 года лечения не получала. Данным лечебным учреждением (г. Москва, ул. Хххххххх, д. XX, XXX «Хххххх») наблюдается с 2005 года, с 2006 года была выявлена бронхиальная астма, смешанного типа (аллергическая и неаллергическая), ДН I степени, подчеркнута роль инфекционного фактора в реализации неаллергического механизма астмы. Последующие наблюдения за больной позволили констатировать прогрессирующий характер бронхиальной астмы с нарастанием бронхообструктивного синдрома и ДН, а также отметить значительное утяжеление состояния за счёт комплекса общесоматической патологии сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной, опорно-двигательной и мочевыделительной систем. В 2009 году признана инвалидом III группы (по общему заболеванию), установлена 20% УТТ по профессиональной бронхиальной астме. В течение года обострения повторялись 5 раз. С 2006 года - ежегодные плановые госпитализации в данную клинику. Приступы ПБА при обострениях купировала беродуалом, серетидом 50/250, пульмикордом. Настоящее ухудшение состояния в течение двух недель (усиление кашля, одышка, учащение приступов удушья до 5-6 раз в сутки), снижение эффективности терапии. Госпитализирована в связи с обострением профессионального заболевания (протокол госпитализации от 10.12.2018 года № 2481) для лечения, обследования и динамического наблюдения, решения экспертных вопросов, с диагнозом: «Профессиональная бронхиальная астма, обострение».

6. Осмотра:

- состояние средней степени тяжести;
- кожные покровы бледные, отмечается цианоз губ, ногтевых фалангов кистей.
- грудная клетка эмфизематозного типа, межреберные промежутки увеличены;
- окружность грудной клетки (спереди под грудными мышцами и сзади под нижним углом лопатки) 104 см; на вдохе – 106 см., на выдохе – 102 см; экскурсия грудной клетки - 4 см;
- ЧДД = 21 раз/мин. в покое, усиливается при физической нагрузке; одышка инспираторная;
- **при пальпации** грудной клетки обнаружено снижение эластичности; голосовое дрожание в переднем (надключичных и подключичных областях, II-ых – IV-ых межреберьях), боковых, (IV-ых–VI-ых межреберьях) и заднем (надлопаточных, межлопаточных и подлопаточных областях) отделах грудной клетки ослаблено, проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки;
- **при перкуссии** лёгких: над всей поверхностью лёгких определяется легочный звук с коробочным оттенком;

Топографическая перкуссия:	справа	слева
Верхняя граница легких:		
Высота стояния верхушек спереди	3 см от верхнего края ключицы	3 см от верхнего края ключицы
Высота стояния верхушек сзади	остистый отросток VII шейного позвонка	остистый отросток VII шейного позвонка
Ширина полей Кренига	7 см	7 см
Нижняя граница легких:		
по I. parasternalis	V ребро	не определяется

по l. medioclavicularis	<i>VI ребро</i>	<i>не определяется</i>
по l. axillaris anterior	<i>VII ребро</i>	<i>VII ребро</i>
по l. axillaris media	<i>VIII ребро</i>	<i>VIII ребро</i>
по l. axillaris posterior	<i>IX ребро</i>	<i>IX ребро</i>
по l. scapularis	<i>X ребро</i>	<i>X ребро</i>
по l. paravertebralis	<i>остистый отросток XI грудного позвонка</i>	<i>остистый отросток XI грудного позвонка</i>
Дыхательная экскурсия нижнего края легких:		
по l. axillaris media: ВДОХ	<i>1 см</i>	<i>1 см</i>
по l. axillaris media: ВЫДОХ	<i>0,5 см</i>	<i>0,5 см</i>

- активная подвижность нижнего легкого по lin. axillaris media: справа – 1,5 см, слева – 1,5 см;

- при аускультации на фоне ослабленного дыхания единичные сухие свистящие хрипы.

7. Данных обследования:

1. Анализ мокроты:

Цвет – белая.

Характер-слизистая.

Консистенция – вязкая.

Микроскопия:

Лейкоциты – в значительном количестве (47-50).

Макрофаги – 5-6 в п. зр.

Эпителий мерцательный - в большом количестве.

Спирали Куришмана - единичные.

Эозинофилы – отсутствуют.

Кристаллы Ш-Л- отсутствуют.

Заключение: данные соответствуют симптомам воспаления.

2. Иммунологический анализ крови:

Заключение: выявлена сенсбилизация к антибиотикам пенициллинового ряда, витаминам группы В, но-шпе, миксидолу, рибоксину, кварцу, хлору.

3. ФВД

ЖЕЛ-63%,

ФЖЕЛ-54%,

ПОС25-75-52%,

ОФВ1-52%,

МОС75-57%,

МОС50-49%,

МОС25-51%.

Заключение: выраженные ретриктивные изменения; выраженная обструкция крупных и мелких бронхов, умеренная - средних. Проба с беродуалом - отрицательная.

Дифференциальный диагноз

Профессиональную бронхиальную астму дифференцируют с бронхиальной астмой непрофессионального генеза следующими отличиями:

1. при профессиональной бронхиальной астме, в отличие от непрофессиональной бронхиальной астмы, контакт с производственными аллергенами предшествует появлению первого приступа удушья;

2. при профессиональной бронхиальной астме, в отличие от непрофессиональной бронхиальной астмы, симптомы заболевания появляются **только** во время контакта больного с производственными аллергенами, вызвавшими заболевание, в выходные и отпускные дни приступы удушья отсутствуют (положительные симптомы экспозиции и элиминации);



3. в случае профессиональной бронхиальной астмы, в отличие от непрофессиональной бронхиальной астмы, при выходе на работу симптомы заболевания возобновляются (положительный симптом реэкспозиции);

4. при профессиональной бронхиальной астме отсутствует зависимость между приступами удушья и сезонными условиями, как при бронхиальной астме непрофессионального генеза;

5. кроме того, у больной профессиональной бронхиальной астмой выявлена сенсibilизация к производственным аллергенам (антибиотики пенициллинового ряда, витамины группы В, нош-пу, миксидол, рибоксин, кварц, хлор), что **не** наблюдается при бронхиальной астме непрофессионального генеза.