ГОУ ВПО Министерства здравоохранения РФ

Красноярский Государственный Медицинский Универнитет

Им. В.Ф. Воино-Ясенецкого

Кафедры внутренних болезней №2 с курсом ПО

Зав. Кафедрой: проф. д.м.н. Демко И.В

Преподаватель: к.м.н. Собко Е.А.

История болезни:

Ф.И.О. больного: И.Л.В.

Возраст: 55 лет

Диагноз клинический: Астматическая триада

Куратор: Матвеева О.А.

Студентка 615 группы

Лечебного факультета

Красноярск. 2012г.

Паспортная часть

. Ф.И.О.: И.Л.В.

. Возраст: 55 лет

. Пол: женский

. Место жительства: Р.Тыва, г. Кызыл

. Место работы, профессия: пенсионер

. Дата поступления: 26.03.2012г.

. Диагноз при поступлении: Астматическая триада: Бронхиальная астма, смешанного генеза, тяжелое течение, обострение.

. Диагноз клинический: Астматическая триада: Бронхиальная астма, смешанного генеза, тяжелое течение, обострение, средней тяжести. ВН 2ст. ДН 1-0ст. Хронический полипозный синусит с полипами в носу. Непереносимость препаратов пирозолонового ряда.

Жалобы при поступлении

На приступообразные кашель с вязкой трудноотделяемой мокротой, слизисто-гнойного характера. На периодическую заложенность носа, насморк, чихание, полип в носу, затрудняющий носовое дыхание. На приступы удушья с затрудненным выдохом, до 2-3 раз в неделю, купируемые сальбутамолом. На одышку при небольшой физической нагрузке (подъем по лестнице), на триггерные факторы (смены погоды, стрессы).

Anamnesis morbi:

Считает себя больной с 1993 г., когда появились жалобы на частую одышку, слабые приступы удушья, усиливающиеся после охлаждения на фоне частых ОРВИ. Приступы купировала эуфиллином 4 таб. В 1997 г. приступы усилились, был астматический статус с потерей сознания, госпитализировалась по месту жительства. Был выставлен диагноз: Бронхиальная астма, смешанного генеза. Была назначена базисная терапия: Фликсотид, Интал. Терапию получала регулярно. С 1997 г. ежегодно проходит стационарное лечение по месту жительства по 3-4 раза в год. В 2007 г. выявили полип в носу. Сейчас находится на базисной терапии: Серетид 25/250мкг по 2 вдоха 2 раза в день. Терапию получает регулярно. В течении двух недель принимает интроназально Назонекс. Настоящее ухудшение три недели назад, когда усилилась одышка при нагрузке, появился приступообразный кашель, с отделением слизисто-гнойной мокроты. В стационаре по месту жительства получала СГКС, антибактериальные средства (Ципролет). На фоне лечения состояние незначительно улучшилось. Направлена на консультацию к аллергологу в ККБ. Госпитализирована в аллергологическое отделение ККБ с целью купирования обострения и подбора базисной терапии.

Anamnesis vitae:

Родилась в полной семье. Материально-бытовые условия в детстве расценивает как удовлетворительные. В школу пошла в 7 лет. Росла и развивалась соответственно возрасту и полу, от сверстников не отставала.

В данный момент не работает. Проживает в кирпичном доме, материально-бытовые условия удовлетворительные. Спит на синтепоновой подушке. Есть домашнее животное - кошка (сфинкс). Питание трехразовое, полноценное.

Перенесенные заболевания: в детстве болела диатезом. ГБ 2ст., риск 3. Гемангиома левой доли печени. Электротравма в 1966г. Пневмония в феврале 2012г.

Онкологические, венерические заболевания, туберкулез, гепатит у себя и своих родственников отрицает. Операций не было. Гемотрансфузий не было.

Вредные привычки: не курит, алкоголь и наркотические вещества не употребляет.

Аллергические реакции: лекарственная аллергия - Но-шпа - крапивница; Аспирин - приступ удушья; Амикацин, Цефазолин - приступ удушья; Пенталгин - приступ удушья; при контакте с шерстью животных - приступы удушья, чихание; в весенне-летнее время на пыльцу растений (полынь) - чихание, слезотечение, зуд глаз.

Гинекологический анамнез: mensis с 13 лет, менопауза в 50 лет. Б-5, Р-2, м/а-3.

Анамнез ВТЭ: в этом году дважды госпитализировалась по месту жительства. Инвалид 2 гр. пожизненно. Больничный лист не нужен.

Status presens:

кашель одышка бронхиальный астма

Общий осмотр

Состояние средней степени тяжести, тяжесть обусловлена бронхообструктивным синдромом и дыхательной недостаточностью. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического телосложения, Внешний вид соответствует возрасту. Выражение лица осмысленное.

Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно. Оволосение по женскому типу.

Слизистая глаз светлая, чистая, влажная. Склеры прозрачны. Видимые слизистые чистые, без изменений.

Мышечный тонус снижен. Мышцы безболезненны при пальпации.

Деформация левой кисти, отсутствие 2 пальца. На коже спины, живота рубцовые изменения. На затылке костный дефект.

Лимфатические узлы не пальпируются, болезненности нет. Отеков нет.

Ногти ровной, правильной формы.

Органы дыхания:

Носовое дыхание затруднено. Голос ясный, чистый. Болей при разговоре и глотании не возникает.

Грудная клетка обычной формы. Деформации грудной клетки нет.

Грудная клетка симметрична, лопатки и ключицы расположены на одном уровне по отношению друг к другу. Дыхательные движения грудной клетки симметричны, отставания половин нет, вспомогательные мышцы не участвую в акте дыхания. Дыхание смешенного типа. ЧДД 18 в мин. Одышки не отмечается. Ритм дыхания правильный.

При пальпации болезненности не выявлено. Голосовое дрожание проводится равномерно на симметричных участках грудной клетки. Резистентность удовлетворительная.

При перкуссии выслушивается легочный звук по всем симметричным легочным полям.

Топографическая перкуссия:

Верхняя граница: справа - спереди (над ключицей) 3,5 см; сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка; поля Кренига 7 см; слева - спереди (над ключицей) 3 см; сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка; поля Кренига 8 см.

Нижняя граница: справа - средне-ключичная линия 6 межреберье; передняя подмышечная линия 7 межреберье; средняя подмышечная линия 8 межреберье; задняя подмышечная линия 9 межреберье; лопаточная линия 10 межреберье; околопозвоночная линия на уровне остистого отростка X грудного позвонка; слева - передняя подмышечная линия 7 межреберье; средняя подмышечная линия 8 межреберье; задняя подмышечная линия 9 межреберье; лопаточная линия 9 межреберье; околопозвоночная линия на уровне остистого отростка X грудного позвонка.

При аускультации дыхание проводится по всем полям, жесткое, выдох удлинен, выслушиваются свистящие сухие хрипы, усиливаются при кашле и форсированном дыхании. SpO2- 93%.

Органы кровообращения:

Пульс симметричный, частый 85 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный толчок не пальпируется. АД 130/90 мм.рт.ст. на обеих плечевых артериях. Видимой пульсации артерий нет.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины.

Левая - в 5-м межреберье на 2,5 см кнаружи от среднеключичной линии.

Верхняя - на уровне нижнего края 3-го ребра.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - по левому краю грудины.

Левая - на 1,5 см кнутри от границы относительной сердечной тупости.

Верхняя - на уровне 4-го ребра.

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные.

Органы пищеварения:

Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задняя стенка глотки и небных дужек бледно-розовая, влажная, чистая. Десна и зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом.

Живот симметричный, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, участвует в акте дыхания. При перкуссии живота отмечается тимпанический звук. Над печенью и селезенкой выслушивается тупой звук. Аускультативно определяется перистальтика кишечника.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая пальпация: сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластичного цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластичной консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

Нижний край печение не выходит из-под реберной дуги. Поверхность печени гладкая. Симптом Мерфи, Отнера, френикус - отрицательные. Селезенка не пальпируется.

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 7 см, по левой реберной дуге 6 см. При перкуссии длинник селезенки определяется на протяжении 10 см по X ребру, поперечник на протяжении 6 см между IX и X ребрами.

Стул регулярные, оформленный.

Органы мочевыделения:

Болезненности при мочеиспускании нет, мочеиспускание не затруднено. Количество выделяемой мочи соответствует потребляемой жидкости, со слов больной. Отеков нет.

При пальпации область почек безболезненна, почки не пальпируются.

Симптом 12-го ребра отрицательный с обеих сторон.

Эндокринная система:

Оволосение по женскому типу. Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита. Щитовидная железа не пальпируется.

Представление о больном:

В картине заболевания можно выделить следующие синдромы:

. Бронхообструктивный синдром - три недели назад усилилась одышка при нагрузке, появился приступообразный кашель, с отделением вязкой слизисто-гнойной мокроты. При аускультации дыхание проводится по всем полям, жесткое, выдох удлинен, выслушиваются свистящие сухие хрипы, усиливаются при кашле и форсированном дыхании.

. Бронхоспаситический синдром - с 1993 г. появились жалобы на слабые приступы удушья, усиливающиеся после переохлаждения на фоне частых ОРВИ. Приступы купировала эуфиллином 4 таб. В 1997 г. приступы усилились, был астматический статус с потерей сознания, госпитализировалась по месту жительства. Жалобы на приступы удушья с затрудненным выдохом, до 2-3 раз в неделю, купируемые сальбутамолом.

. Синдром дыхательной недостаточности - SpO2- 93%.

. Синдром клинических эквивалентов аллергии - лекарственная аллергия - Но-шпа - крапивница; Аспирин - приступ удушья; Амикацин, Цефазолин - приступ удушья; Пенталгин - приступ удушья; при контакте с шерстью животных - приступы удушья, чихание; в весенне-летнее время на пыльцу растений (полынь) - чихание, слезотечение, зуд глаз.

. Полипозный синдром - периодическая заложенность носа, насморк, чихание, полип в носу, затрудняющий носовое дыхание.

На основании выделенных синдромов можно поставить следующий диагноз: Астматическая триада: Бронхиальная астма, смешанного генеза, тяжелое течение, обострение, средней тяжести. ВН 2ст. ДН 1-0ст. Хронический полипозный синусит с полипами в носу. Непереносимость препаратов пирозолонового ряда.

Дифференциальный диагноз

Бронхиальную астму можно дифференцировать с:

. ХОБЛ. При ХОБЛ одышка прогрессирует медленно, годы и усиливается в период обострения болезни на фоне появления слизисто-гнойной мокроты. ХОБЛ редко вызывает появление одышки до 40 лет. Прирост ОФВ1 после ингаляции (бета-2-АГ менее 10%) Для БА более характерно внезапное появление выраженного нарушения дыхания с пароксизмальным кашлем. Важное значение имеют оценка ответа (купирование обструкции) на пробное лечение ГКС и мониторирование вентиляции. Часто это разграничение не просто, так как БА и ХОБЛ могут сосуществовать;

. Синдромальным бронхоспастическим синдромом при ДБСТ (СКВ, системной склеродермии), васкулитах (синдром Чэрджа - Стросс - сразу начинается как БА и аллергический ринит женщин, выражены и стойкая эозинофилия крови, летучие легочные инфильтраты и только позднее появляется системность поражений);

. Трахеобронхиальной дискинезией (клапанная обструкция бронхов), часто возникающей в период обострения за счет выпячивания в просвет бронха мембранозной части слизистой более чем на половину диаметра бронха;

. ТЭЛА мелких ветвей (быстро развиваются преходящее затруднение дыхания, визинг; реже могут быть кровохарканье, плевральные боли, тахипноэ);

. Кардиальной астмой («ночной интерстициальный легочной отек» с умеренной обструкцией бронхов), чаще возникающей у пожилых больных с кардиомегалией или дисфункцией ЛЖ на фоне имеющихся ИБС, ИМ, АГ или ХСН. На ЭКГ и рентгенограмме легких выявляется разнообразная патология. Эпизоды полной АВ-блокады, выраженной пароксизмальной тахикардии также могут вызывать трудно объяснимую одышку;

. Бронхогенным раком - о нем можно думать при появлении у взрослых затрудненного дыхания. На рентгенограммах легких могут быть нормальные данные, поэтому необходимы бронхоскопия и КТ легких. Иногда отмечаются серотониновые кризы на фоне карциноидного синдрома;

. Интерстициальным фиброзом легких (с синдромом обструкции, легочным летучим инфильтратом и эозинофилией);

. Бронхолегочным аспергилезом (по течению напоминающим экзогенную бронхиальную астму): появление слизистых пробок с последующим развитием ателектаза, возвратные легочные инфильтраты с перибронхиальным эозинофильным воспалением, рост аспергилл в мокроте, эозинофилия и формирование проксимальных бронхоэктазов при отсутствии лечения.

План лечения:

. Купирование обострения: СГКС в/в - противовоспалительное, десенсибилизирующее, иммунодепрессивное, противошоковое и антитоксическое действия, муколитики - разжижение мокроты и улучшение ее отхождения, бронходилататоры - расширение бронхов, улучшение вентиляции легких и продвижения мокроты по дыхательным путям.

. Коррекция базисной терапии:

Комбинированный препарат: Multidisk «Seretide» 50/500мкг 1 вдох 2 раза в день;

Антилейкотриеновый препарат: Tabl. Monteluckasti (Singuliar) 10мг по 1 таб в 22 часа;

Эндоназально топические стероиды: Aer. Mometasone furoati (Nasonex) 50мгк по 2 впрыска в каждый носовой ход 2 раза в день.

План обследования:

. Общеклинические обследования:

Развернутый анализ крови;

RW;

сахар крови;

билирубин;

АСТ, АЛТ;

холестерин;

ЛПНП, ЛПВП;

глицериды;

общий иммуноглобулин Е;

СРБ;

ОАМ;

кал на я/глист;

цитология мокроты;

цитология назального секрета.

. Исследование ФВД: СПГ с бронходилататором (сальбутамол 400мкг)

. ЭКГ

. Rg-грудной клетки (в 2-х проекциях)

. МСКТ ППН

Назначения:

. Стол №10

. Режим больничный

3. Sol. Dexoni 8mg. + Sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0 в/в капельно 2 раза в день.

. Бронхолитический: Aer. Beroduali по 2 ингаляции ситуационно

. Через небулайзер:

Бронхолитик: Sol. Beroduali 20 кап в течение первого часа через 20 мин, затем через час и 4 часа;

ГКС для ингаляции: Benacorti 1,0 2 раза в день

. Муколитический: Tabl. Bromhexini 0,008 по 2 таб. 3 раза в день

. Атибиотики: Caps. Zitrolidi 250мкг 2 капс. однократно, затем по 1 капсуле в день

. ГКС для местного применения: Nasonexi 50мкг по 2 впрыска в каждый носовой ход 1 раз в день

. Лазеротерапия, оксигенотерапия

. Консультация физиотерепевта

. Консультация ЛОР-врача

Результаты лабораторных и инструментальных обследований:

. ОАК от 27.03.2012г.

Hb - 139 г/л

лейкоциты - 7,2 х 108/л

эозинофилы - 1%

палочкоядерные - 1%

сегментоядерные - 78%

моноциты - 5%

лимфоциты - 15%

СОЭ - 16 мм/ч

. Б/х анализ крови от 27.03.2012г.

АСТ - 15,6

АЛТ - 18,7

Билирубин - 10,5 ммоль/л

Холестерин - 5,14 ммоль/л

Триглицериды - 0,29 ммоль/л

ЛПНП - 1,43 ммоль/л

ЛПВП - 3,59 ммоль/л

Глюкоза - 5,38 ммоль/л

. ОАМ от 27.03.2012г.

Количество - 150 мл

светло-желтая

УВ - 1017

мутная

Реакция 6,0

Белок - 0,033

Лейкоциты - 10-12

Цилиндры зернистые - 0-1

Эпителий плоский - 1-2

. Анализ мокроты от 27.03.1012г.

КУМ - отр.

С/я лейкоциты - многочисл.

Макрофаги - 12 в п/з

Клетки плоского эпителия - 3-6 в п/з

. Спирограмма от 28.03.2012г.

Проба с сальбутамолом 400мкг.

ФЖЕЛ - 2,07л (76%) - 2,39л (88%)

ОФВ1 - 1,63л/мин (71%) - 1,80 (78%)

ОФВ1/ФЖЕЛ - 78,7 (100%) - 75,3 (96%)

Заключение: Легкие нарушения проходимости дыхательных путей, с легким снижением ФЖЕЛ. Бронходилатационный тест положительный, прирост ОФВ1 - 12%.

. ЭКГ от 28.03.2012г.

Заключение: Ритм синусовый, ЧСС - 80/мин, ЭОС горизонтальная. Одиночная экстросистолия антровентрикулярная.

7. Rg-глудной клетки от 24.03.2012г (по месту жительства)

Заключение: В легких затемнений нет. Тень средостения не изменена.

. МСКТ ППН от 30.03.2012г

Заключение: КТ-признаки полисинусита. Искривление носовой перегородки.

Дневник курации:

|  |  |
| --- | --- |
| Дата 27.03.2012г Состояние больной средней степени тяжести. Приступов удушья не было. Жалобы на приступообразный кашель, одышку при физической нагрузке. Объективно: SpO2 - 93% Кожные покровы сухие. Видимые слизистые чистые. В легких дыхание проводится по всем легочным полям, выслушиваются жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы. ЧДД-19/мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС-73/мин. АД-130/90 мм.рт.ст. Живот мягкий во всех отделах, безболезненный. Диурез в норме. Стул в норме. Дата 28.03.2012г Состояние больной средней тяжести. Беспокоит одышка, сердцебиение при физической нагрузке, кашель с отделением слизистой мокроты. Приступов удушья не было. Объективно: Кожные покровы сухие, чистые. Видимые слизистые чистые. В легких дыхание проводится по всем легочным полям, выслушивается жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы. SpO2-95% Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС-75/мин. АД-140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез в норме. Стул в норме. Дата 29.03.2012г Состояние больной с положительной динамикой. Одышка уменьшилась, реже беспокоит кашель с отделением слизистой мокроты. Объективно: Кожные покровы сухие. Видимые слизистые чистые. В легких дыхание проводится по всем легочным полям, выслушиваются жесткие единичные свистящие хрипы по всем полям. SpO2-95% Сердечные тоны ритмичные, ясные. АД-150/90 мм.рт.ст. ЧСС-64/мин. Живот мягкий, безболезненный. Диурез в норме. Стул в норме. Дата 30.03.2012 Состояние больной стабильное. Одышка уменьшилась, но сохраняется при физической нагрузке. Приступов удушья не было. Мокрота отходит хорошо. Объективно: Кожные покровы сухие. Видимые слизистые чистые. В легких дыхание проводится по всем легочным полям, выслушиваются жесткие единичные свистящие хрипы. SpO2-95% Сердечные тоны ритмичные. АД-130/80 мм.рт.ст. ЧСС-79/мин. Живот мягкий, безболезненный. Диурез в норме. Стул в норме. | Назначения: 1. Стол №10 2. Режим больничный 3. Sol. Dexoni 8mg. + Sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0 в/в капельно 2 раза в день. 4. Aer. Beroduali по 2 ингаляции ситуационно 5. Через небулайзер: - Sol. Beroduali 20 кап в течение первого часа через 20 мин, затем через час и 4 часа; - ГКС для ингаляции: Benacorti 1,0 2 раза в день 6. Tabl. Bromhexini 0,008 по 2 таб. 3 раза в день 7. Caps. Zitrolidi 250мкг 2 капс. однократно, затем по 1 капсуле в день 8. Nasonexi 50мкг по 2 впрыска в каждый носовой ход 1 раз в день Назначения: Отменить: ингаляции через небулайзер. Добавить: - Aer. Seretidi 50/250mkg по 1 вдоху 2 раза в день; Назначения: Уменьшить дозу: - Sol. Dexoni 8mg - Sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0 в/в капельно 1 раз в день утром Назначения: Лечение продолжается по листу назначений. |

Этапный эпикриз:

Больная И.Л.В., 55 лет, находится в отделение аллергологии ККБ№1 с диагнозом: Астматическая триада: Бронхиальная астма, смешанного генеза, тяжелое течение, обострение, средней тяжести. ВН 2ст. ДН 1-0ст. Хронический полипозный синусит с полипами в носу. Непереносимость препаратов пирозолонового ряда., для купирования обострения и коррекции базисной терапии. Поступила 26.03.2012г с жалобами на приступообразные кашель с вязкой трудноотделяемой мокротой, слизисто-гнойного характера, на периодическую заложенность носа, насморк, чихание, полип в носу, затрудняющий носовое дыхание, на приступы удушья с затрудненным выдохом, до 2-3 раз в неделю, купируемые сальбутамолом, на одышку при небольшой физической нагрузке (подъем по лестнице), на триггерные факторы (смены погоды, стрессы).

В отделении проведены обследования: Развернутый анализ крови; Б/х анализ крови; ОАМ; цитология мокроты; цитология назального секрета; Исследование ФВД: СПГ с бронходилататором (сальбутамол 400мкг): Легкие нарушения проходимости дыхательных путей, с легким снижением ФЖЕЛ. Бронходилатационный тест положительный, прирост ОФВ1 - 12%; ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС - 80/мин, ЭОС горизонтальная. Одиночная экстросистолия антровентрикулярная; МСКТ ППН: КТ-признаки полисинусита. Искривление носовой перегородки.

Проведено лечение:

. Стол №10

. Режим больничный

3. Sol. Dexoni 8mg. + Sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0 в/в капельно 2 раза в день.

. Бронхолитический: Aer. Beroduali по 2 ингаляции ситуационно

. Через небулайзер:

Бронхолитики: Sol. Beroduali 20 кап в течение первого часа через 20 мин, затем через час и 4 часа; Aer. Seretidi 50/250mkg по 1 вдоху 2 раза в день

ГКС для ингаляции: Benacorti 1,0 2 раза в день

. Муколитический: Tabl. Bromhexini 0,008 по 2 таб. 3 раза в день

. Атибиотики: Caps. Zitrolidi 250мкг 2 капс. однократно, затем по 1 капсуле в день

. ГКС для местного применения: Nasonexi 50мкг по 2 впрыска в каждый носовой ход 1 раз в день

На фоне проводимого лечения отмечается улучшение состояния пациентки: уменьшилась одышка, прекратились приступы удушья, улучшилось носовое дыхание, стал реже кашель, мокрота слизистого характера, хорошо отделяется. SpO2-95%. Аускультативно: единичные свистящие хрипы по всем легочным полям.

Рекомендовано продолжить стационарное лечение до полного исчезновения синдромов.