АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО И

ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ

Зав. Кафедрой, профессор

А. В. Молчанов

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНОЙ: Н. В. А.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: ХОБЛ, смешанный тип, среднетяжелое течение (II стадия), тяжелое обострение

ОСЛОЖНЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: Хроническое легочное сердце, ДН 2 степени

Барнаул 2014

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

обструктивная болезнь лёгкое

Ф. И. О.: Н. В. А.

Возраст (дата рождения): 60 лет, 25.12.1953 г. р.

Профессия: пенсионер

Домашний адрес: Барнаул

Дата поступления: 09.01.2014

ЖАЛОБЫ

На одышку смешанного характера, возникающую как в покое, так и при незначительной физической нагрузке, продуктивный кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтого цвета, без примеси крови, повышение температуры до 38о C, преимущественно в вечернее часы, общую слабость.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)

Считает себя больным с 2004 года, когда впервые возникли вышеперечисленные жалобы, обследовался и проходил стационарное лечение в пульмонологическом отделении, с диагнозом: ХОБЛ. Получал лечение - какое назвать точно не может. Выписан улучшением. С 2004 по 2010 года обострения редкие 1 раз в год. Лечение амбулаторное. Последние 2 года отмечает ухудшение состояния - участились обострения до 2 раз в год : одышка, трудноотделяемая мокрота, кашель, повышение температуры. Последняя госпитализация в пульмонологическое отделение в феврале 2013 года. В настоящее время периодически принимает - беродуал и серетид, ситуационно - беротек 1-2 дозы. Последнее ухудшение связывает с переохлаждением около двух недель назад, когда появились жалобы на одышку в покое, приступы удушья, проходящие после приема беротека 1-2 дозы, кашель с трудноотделяемой мокротой, обратился к участковому терапевту, планово был направлен в т/о ГБ № 3, для обследования и лечения.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae)

Н.В.А. родился 25 декабря 1953 года. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 22 лет работал на пыльном производстве. Гемотрансфузий не проводилось, донором не был. Эпидемический анамнез: туберкулёз, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает. Вредные привычки: курит около 30 лет, 20 сигарет в день, ИК=30 пачек/лет, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает. Травмы: культи пальцев правой кисти. Операции: резекция яичка. Инвалид 2 группы.

Генеалогический анамнез.

ХОБЛ.

бабушка и дедушка по отцовской линии пробанда.

* бабушка и дедушка по материнской линии.
* Тети и дяди по отцовской линии.
* Отец и мать пробанда.
* Дядя и тетя (последняя страдала сердечными заболеваниями)
* Пробанд и его братья и сестры.

Заключение: на основании анализа генеалогического древа наследственного характера данного заболевания у этого больного не выявлено.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (Status praesens communis)

ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение больного: активное

Телосложение: пропорциональное

Конституция: нормостеническая

Рост 168 см, вес 83 кг. ИМТ 29 кг/м2

Осанка: прямая

Температура тела: нормальная

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

Кожные покровы: цвет - телесный, эластичность - сохранена, влажность - умеренная

Голова: форма - овальная, размеры - нормоцефалия, положение головы - прямое.

Шея: щитовидная железа не пальпируется, нормальной плотности, безболезненна

Лицо: живое, глазная щель не изменена, конъюнктива розовая, склеры белые, зрачки круглые, десны розовые, язык розовый влажный.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Конфигурация суставов без видимой деформации. Окраска кожи над суставами телесного цвета. Степень развития мышечной системы умеренная. Суставы при пальпации безболезненны.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Осмотр грудной клетки: форма бочкообразная, обе половины симметричны, экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная, грудная клетка регидна, тип дыхания смешанный, ЧДД 20 в минуту, SpO2 = 89 %, ритм дыхания правильный, экскурсия грудной клетки 5 см.

Пальпация грудной клетки безболезненна, голосовое дрожание ослаблено по все полям.

Сравнительная перкуссия: качество перкуторного звука над легкими - коробочный

Топографическая перкуссия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Верхние границы легких | | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Высота стояния верхушек | | 4 | 4 |
| Ширина полей Кренига | 7 | | 7 |

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная | 4 м/р | - |
| Среднеключичная | 5 м/р | - |
| Переднеаксиллярная | 6 м/р | 6 м/р |
| Среднеаксиллярная | 7 м/р | 7 м/р |
| Заднеаксиллярная | 8 м/р | 8 м/р |
| Лопаточная | 9 м/р | 9 м/р |
| Паравертебральная | 10 м/р | 10 м/р |

Активная подвижность нижнего легочного края

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линииПравое легкое (см)Левое легкое (см) |  |  |
| Среднеключичная | 4 | - |
| Среднеаксиллярная | 5 | 5 |
| Лопаточная | 4 | 4 |

Аускультация легких: дыхание жесткое, единичные свистящие хрипы по всем полям при кашле.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Осмотр: патологических пульсаций (в эпигастральной области, в яремной ямке и в области сосудов шеи) не наблюдается. В области сердца патологической пульсации, сердечного горба не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации уплотнений по ходу вен и болезненности не обнаружено. ЧСС 95 ударов в минуту. Частота пульса 95 ударов в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений. Дефицита пульса нет. При аускультации тоны глухие, ритмичные. Увеличение границ сердца на 1,5 см от правого края грудины.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый, умеренно обложен белым налетом.

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА.

|  |  |
| --- | --- |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 8 7 6 к 4 3 2 1 | 1 2 3 к 5 6 к 8 |

О - отсутствие зуба.

К - кариозный зуб.

Зубных протезов нет. Слизистая полости рта розовая. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен. Живот правильной формы, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. Выбухание в правом подреберье отсутствует.

Пальпация. Живот мягкий, расхождения прямых мышц живота, грыжевых

ворот, выпячиваний не обнаружено. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Поджелудочная железа и селезенка не определяются. Нижний край печени располагается по краю реберной дуги, контур ровный мягко-эластической консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9 / 8 / 7 см. Свободной жидкости в брюшной полости с помощью перкуссии и метода флюктуации не выявлено. При аускультации - шум перистальтики кишечника. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей, обычной окраски.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Осмотр

При осмотре, область поясницы без изменений; покраснения, припухлости, отечности кожи нет; изменений в надлобковой области не выявлено.

Пальпация

Почки, проекция хода мочеточников не пальпируется; мочевой пузырь не пальпируется.

Перкуссия

Симптом поколачивания отрицательный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Перкуторно граница мочевого пузыря не определяется.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

ХОБЛ, смешанный тип, среднетяжелое течение (II стадия), тяжелое обострение, ДН 2 степени, хроническое легочное сердце

На основании жалоб на одышку, возникающую как в покое, так и при незначительной физической нагрузке, продуктивный кашель с небольшим количеством ( менее 1 ч.ложки) вязкой мокроты желтого цвета, без примеси крови, повышение температуры до 38о C, преимущественно в вечернее часы, общую слабость. Можно предположить, что процесс затрагивает дыхательную систему.

Аnamnesis morbi - считает себя больным с 2004 года, когда впервые возникли вышеперечисленные жалобы, обследовался и проходил стационарное лечение в пульмонологическом отделении, с диагнозом: ХОБЛ. Получал лечение - какое назвать точно не может. Выписан улучшением. С 2004 по 2010 года обострения редкие 1 раз в года. Лечение амбулаторное. Последние 2 года отмечает ухудшение состояния - участились обострения до 2 раз в год : одышка, трудноотделяемая мокрота, кашель, повышение температуры. Последняя госпитализация в пульмонологическое отделение в феврале 2013года. В настоящее время периодически принимает - беродуал и серетид, ситуационно - беротек 1- 2 дозы. Последнее ухудшение связывает с переохлаждением около 2х недель, когда появились жалобы на одышку в покое, приступы удушья, проходящие после приема беротека 1-2 дозы, кашель с трудноотделяемой мокротой, обратился к участковому терапевту, планово был направлен в т/о ГБ № 3, для обследования и лечения.

Данные объективного обследования - регидность грудной клетки. Голосовое дрожание ослаблено по все полям. При перкуссии на симметричных участках грудной клетки отмечается коробочный звук. При аускультации на симметричных участках грудной клетки выслушиваются жесткое дыхание, единичные свистящие хрипы при кашле.

Среднетяжелое течение поставлено на основании обострений заболевания.

Обострение тяжелой степени поставлено на основании выраженности одышки при незначительной физической нагрузке, мокроты желтого цвета. Нарастание ДН - участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, парадоксальное движение грудной клетки, появление и усугубление центрального цианоза, изменение газового состава крови.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

) Общий анализ крови

) Биохимический анализ крови

) Анализ мокроты, ВК 3

) Спирография и тест на обратимость бронхиальной обсирукции

) ЭКГ

) Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

) Общий анализ крови (10.01.14):

Эритроциты - 4.55х1012/л

Hb - 138 г/л

Лейкоциты - 13х109/л

Базофилы - 0

Палочкоядерные - 7

Сегментоядерные - 69

Эозинофилы - 1

Лимфоциты - 13

Моноциты - 10

СОЭ - 28 мм/ч

Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.

) Биохимический анализ крови (10.01.14):

Билирубин общий - 8.9 мкмоль/ л;

Непрямой билирубин - 8.9 мкмоль/л;

Прямой билирубин - 0 мкмоль/л;

Креатинин - 69 мкмоль/л;

Холестерин - 5.2 ммоль/л;

АЛТ- 18 Е/Л;

АСТ- 23 Е/Л;

Калий - 4.7 ммоль/л;

Натрий - 140.7 ммоль;

СРБ - положительный 2+;

Глюкоза - 6.1 ммоль/л.

) Анализ мокроты (10.01.14):

Цвет - желтый;

Характер - слизисто-гнойный;

Консистенция - вязкая;

Микроскопия - лейкоциты 80-90 кл., плоский эпителий 6-8 кл., кубический эпителий не онаружен.

) Спирография и тест на обратимость бронхиальной обсирукции

ОФВ1=17.04

Тиффно = 39.75

Заключение: значительное снижение ЖЕЛ, крайне резкие нарушения проходимости дыхательных путей. СПГ проведена на фоне приема бронхолитиков.

) ЭКГ (09.01.14):

Ритм синусовый с ЧСС 96 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки ГПЖ Диффузные изменения в миокарде ЛЖ.

) Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки:

Легочной рисунок усилен за счет пневмофиброза, корни уплотнены. Синусы свободны.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Клинический диагноз полностью совпадает с предварительным и подтверждается данными дополнительных методов обследования: лейкоцитоз, значительное снижение ЖЕЛ, крайне резкие нарушения проходимости дыхательных путей. Признаки ГПЖ.

Клинический диагноз: ХОБЛ, смешанный тип, среднетяжелое течение (II стадия), тяжелое обострение, ДН 2 степени, хроническое легочное сердце

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальная диагностика проводится с заболеваниями, сопровождающимися бронхообструктивным синдромом.

ХОБЛ следует различать с БА, т.к. в это время требуются принципиально различные подходы к лечению каждого из этих заболеваний. Наиболее сложен дифференциальный диагноз БА. Клиническое обследование обнаруживает приступообразность симптоматики при БА, нередко в сочетании с экстрапульмональными признаками аллергии (риниты, конъюнктивиты, кожные проявления, пищевая аллергия). Для больных ХОБЛ характерна постоянная, мало меняющаяся симптоматика.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки | Бронхиальная астма | ХОБЛ |
| Наличие сопутствующих аллергических заболеваний | Имеются часто | Как правило, нет |
| Наследственность | Нередко отягощена аллергическими заболеваниями | Как правило, не отягощена |
| Анамнез заболевания | Приступы удушья часто возникают остро, внезапно, заканчиваются кашлем с отхождением вязкой мокроты | Появление приступов удушья через несколько лет после появления кашля и одышки. Приступы удушья чаще всего развиваются на фоне кашля. Имеются указания на курение, профессиональные вредности. |
| Аллергический анамнез | Возникновение приступов удушья после контакта с аллергенами; в ряде случаев - сезонность заболевания | Нет указаний на связь приступов с каким-либо аллергеном |
| Клинические проявления | Характерны приступы удушья с периодами полной ремиссии | Преобладает одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, выраженность ее определяется уровнем поражения бронхов. На ранних стадиях может отсутствовать |

Бронхообструктивный синдром встречается при всех формах туберкулеза легких.

Для туберкулезного поражения воздухоносных путей с БОС характерны следующие диагностические критерии:

начало заболевания в любом возрасте, а не только в пожилом, как при ХОБЛ;

наличие таких эпидемиологических признаков, как высокая распространенность туберкулеза в регионе, контакт с туберкулезным больным;

наличие симптомов интоксикации с длительной лихорадкой, снижение аппетита, массы тела;

положительные туберкулиновые пробы;

микробиологическое подтверждение;

в периферической крови, как правило, отсутствует нейтрофильный лейкоцитоз, полицитемия, а имеет место лимфоцитоз.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Элиминация факторов риска ХОБЛ (производственных вредностей, атмосферных и домашних полютантов)

Бронходилататорная терапия - для снижения сопротивления дыхательных путей, уменьшение работы дыхания и улучшения клинических симптомов.

Противовоспалительная терапия (антибиотики) - снизить бактериальную нагрузку в дыхательных путях и предотвратить прогрессирование заболевания в фазу паренхиматозной инфекции.

Коррекция ДН - для предупреждении гипоксемии.

Мукорегуляторная терапия - стимулируют образование трахеобронхиального секрета пониженной вязкости, восстанавливают мукоцилиарный клиренс; разжижают мокроту.

. Режим общий

. Стол 15

. Rp.: Berodual 2 дозы 2 раза/сут

. Rp.: «Beclason ECO 250 мг» 2 дозы 2 раза/сут

. Rp.: «Lasolvan» 100 мл - по 1 чайной ложке 2 раза в день.

. Rp.: Prednisoloni 0.06 в/в капельно на физиологическом растворе № 3

. Антибактериальная терапия:

Rp.: Amoxicillini 500 мг 3 раза/сут

. Физиопроцедуры, ЛФК в период ремиссии.

ДНЕВНИКИ

.01.2014г

Состояние относительно удовлетворительное. Жалобы на одышку смешанного характера при незначительной нагрузке, кашель с отхождением небольшого количества мокроты. Пульс 78 уд.в мин. АД - 130 /85 мм.рт.ст. При пальпации грудная клетка регидна. Голосовое дрожание ослаблено по все полям. При перкуссии на симметричных участках грудной клетки отмечается перкуторно коробочный звук. В легких дыхание жесткое, выслушиваются свистящие хрипы больше в нижних отделах. Живот мягкий безболезненный. Назначена антибактериальная, симптоматическая терапии.

.01.2014г

Состояние удовлетворительное. Жалобы на одышку смешанного характера при незначительной нагрузке, кашель с отхождением небольшого количества мокроты. Пульс 75 уд.в мин. АД - 130/80 мм.рт.ст. При пальпации грудная клетка регидна. Голосовое дрожание ослаблено по все полям. При перкуссии на симметричных участках грудной клетки отмечается перкуторно коробочный звук. В легких дыхание жесткое, выслушиваются хрипы больше в нижних отделах. Живот мягкий безболезненный.

.01.2014

Состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд.в мин. АД - 130 и 80 мм.рт.ст. При пальпации грудная клетка регидна. Голосовое дрожание ослаблено по все полям. При перкуссии на симметричных участках грудной клетки отмечается перкуторно коробочный звук. В легких дыхание жесткое, выслушиваются хрипы больше в нижних отделах .

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ЭПИКРИЗ

Состояние удовлетворительное. Больной отмечает улучшение состояния после проводимого лечения. Одышка появляется при большей физической нагрузке. Кашель стал реже и слабее.

Выраженных хрипов нет.

АД - 130/80 мм. рт. ст.

ЧСС - 74 в 1 мин.

ЧД - 18 в 1 мин.

Рекомендован: Серетид дискус по 2 ингаляции 2 раза/сут

Беродуал по 2 ингаляции 2 раза/сут

Беротек ситуационно 1-2 дозы