Кировская Государственная Медицинская Академия

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

История болезни

Больной: Б. Игорь Владимирович

Диагноз: Атопическая бронхиальная астма,

ОДН 1-ой степени по обструктивному типу

Куратор: Запольских А.А. гр. П-331

Киров 2009

Общие сведения

1. Ф.И.О. Б. Игорь Владимирович;

2. Возраст: 35 лет

. Национальность: русский

. Образование: среднетехническое

. Место работы: ОАО «Авитек»

. Занимаемая должность: формовщик

. Домашний адрес: г.Киров

. Дата поступления в клинику: 28.09.09

Жалобы больного

На момент поступления

Основные:

Больной предъявляет жалобы на постоянный сухой приступообразный кашель. Беспокоят периодические приступы удушья в ночное и дневное время. Одышки, кровохарканья, высокой температуры не было.

Дополнительные:

Со стороны других органов и систем жалоб не предъявляет.

Общие:

Больной жалуется на быструю утомляемость, общую слабость, недомогание, бессонница из-за ночных приступов удушья, отмечает снижение работоспособности.

На момент курации

На момент курации жалоб не предъявлял.

атопическая бронхиальная астма болезнь

Anamnesis morbi

Игорь Владимирович считает себя больным с 2009 года. 2 месяца назад у него впервые появились приступы удушья, сухой кашель. Отмечает связь приступов удушья с пребыванием на работе во вредных условиях, одним из которых является металлическая пыль. Приступы купировались приемом Кларитина. 21 сентября был обследован в поликлинике по месту жительства. По результатам обследования был поставлен диагноз бронхиальная астма 1 стадии (легкое течение). Больного поставили на учет. Были назначены глюкокортикоиды, ингаляционные бронхолитики, физиотерапия

Хронокарта

Anamnesis vitae

Больной родился в п. Кикнур, Кировской обл. 5 июня в 1974 году. Рост и развитие проходили соответственно возрастной норме. Материально-бытовые условия с детства хорошие, полная семья (2 родителя, брат). Сейчас проживает в благоустроенной квартире один. Питание полноценное, регулярное. Режим дня соблюдает. Была частая смена рабочего места. Были ночные смены. Последние 4 года постоянное место работы: 8 часовой рабочий день, каждый год берет отпуск. Спортом не занимается. Проходил службу в армии.

Со слов больного в детстве не было частых простудных заболеваний, ОРВИ. В 3 года переболел пневмонией. В 1994 году перелом медиальной лодыжки. Со слов больного венерическими заболеваниями не болел, туберкулезом не болел.

Наследственный анамнез отягощен: у младшего брата с 10 лет БА, купируется сальбутамолом. У родителей хронические заболевания отрицает.

Больной отмечает аллергическую реакцию при контакте с пылью. Аллергий на лекарственные препараты нет. Плохо переносит перепады температуры. Со слов больного инфекционные заболевания отрицает. Переливания цельной крови и ее компонентов не проводилось. Является донором, последняя кровосдача была 3 месяца назад.

Курит на протяжении 15 лет.

Общий осмотр больного

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, осанка прямая, походка ровная.

Антропометрические данные:

рост 170 см (Р);

вес 74 кг (М);

объем грудной клетки 86 см (О);

объем талии 75 см (ОТ);

объем бедер 92 см (ОБ);

Индекс Пинье = Р-(О+М) = 36 (N=20)

Индекс Бушара = (М\*100)/Р = 40 (N=37-40)

Индекс Бругша = (О\*100)/Р = 46 (N=50-55)

Выражение лица спокойное. Глаза, нос, ушные раковины и губы не изменены. Вены на шее малозаметны.

Кожные покровы телесного цвета; депигментации, сыпи, геморрагические явления, рубцы и наружные опухоли отсутствуют; эластичность и степень влажности нормальные; форма ногтей не изменена, окраска розовая; волосы в норме, патологических изменений нет.

Видимые слизистые бледно-розовые, высыпаний нет.

Подкожно жировой слой развит слабо (толщина складки 1 см).

Индекс Кетле = М(кг)/Р²(м²) = 21,4 (18,6-24,5 - нормальная масса).

Коэффициент ОТ/ОБ=0,8 отсутствие абдоминального типа ожирения.

Отеков нет (тургор сохранен), подкожные вены малозаметны. Жировики и другие подкожные опухоли и образования отсутствуют. Болезненности подкожной жировой ткани при надавливании нет.

Околоушные, подъязычные, подчелюстные и подмышечные лимфатические узлы не увеличены, болезненность при пальпации отсутствует. Кожные покровы над узлами не изменены.

Степень развития мускулатуры нормальная, тонус в норме, болезненность при пальпации отсутствует.

Соотношение частей скелета не изменено; деформаций, утолщений и размягчений костей не наблюдается; болезненность при поколачивании отсутствует.

Суставы правильной формы, припухлостей нет, кожные покровы над суставами в норме. Шумы при движении отсутствуют. Объем движений в суставе не ограничен. Позвоночник с правильными физиологическими изгибами, искривлений нет.

Система дыхания

Осмотр грудной клетки

. Статический осмотр:

· над- и подключичные ямки выражены незначительно;

· симметричное расположение ключиц;

· angulus Ludovici выражен слабо ;

· эпигастральный угол 90º;

· ход ребер косонисходящий;

· лопатки плотно прилегают к грудной клетке, распологаются на одном уровне с обеих сторон;

Т.о. у больного нормостенический тип грудной клетки.

. Динамический осмотр:

· тип дыхания брюшной;

· дыхание средней глубины;

· дыхание ритмичное;

· ЧДД=16;

· соотношение вдоха и выдоха сохранено;

· симметричное участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания;

· выбуханий и западений межреберных промежутков не наблюдается, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Пальпация грудной клетки

Болезненность при пальпации отсутствует. Резистентность грудной клетки сохранена. Голосовое дрожание над всей поверхностью легких не изменено, локальные и диффузные изменения отсутствуют.

Перкуссия легких

1. Сравнительная перкуссия: над всей поверхностью легких ясный легочной звук.

2. Топографическая перкуссия:

· высота стояния верхушек легких спереди - на 3,5 см выше ключицы (норма на 3-4 см выше); сзади - на 3 см латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка (норма на 3-4 см латеральнее);

· ширина полей Кренига - 6 см (норма 3-8 см);

· нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | V межреберье | - |
| Средняя ключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI гр. позвонка | Остистый отросток XI гр. позвонка |

Показатели соответствуют норме;

· подвижность нижних легочных краев (см)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Подвижность нижнего края легкого (см) | | | | | |
|  | Правого | | | Левого | | |
|  | на вдохе | на выдохе | сумма | на вдохе | на выдохе | сумма |
| Средняя ключичная | 3 (2-3) | 3 (2-3) | 6 (4-6) | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 4 (3-4) | 3,5 (3-4) | 7,5 (6-8) | 4 (3-4) | 3,5 (3-4) | 7,5 (6-8) |
| Лопаточная | 3 (2-3) | 3 (2-3) | 6 (4-6) | 3 (2-3) | 3 (2-3) | 6 (4-6) |

()-норма.

Показатели соответствуют норме.

Аускультация легких

Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. Бронхофония в норме.

Синдромы и составляющие их симптомы

.Синдром бронхоспастический (ведущий)

Симптомы:

· приступы удушья (сужение просвета мелких бронхов вследствие внезапного отека слизистой бронхов);

· во время приступа удушья больной принимает вынужденное положение с фиксированным плечевым поясом (включение в акт дыхания вспомогательной мускулатуры);

· пальпаторно - голосовое дрожание не изменено;

· перкуторно - ясный легочной звук;

· аускультативно - дыхание везикулярное;

2. Синдром клинико-анамнестический

Считает себя больным с июля 2009 г. Заболевание связывает с вредными условиями труда. К приступам кашля через два месяца присоединились приступы удушья.

Предварительный диагноз: бронхиальная астма неуточненной этиологии. ДН 0. План дополнительного обследования

. Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты анализа | Норма |
| эритроциты | 4,5\*10¹² /л | 4-5,6\*10¹² /л |
| Hb | 160 г/л | 130-175 г/л |
| цветной показатель | 0,93 | 0,82-1,05 |
| ретикулоциты | 0,3% | 0,2-1,2% |
| тромбоциты | 198\*10 /л | 180-320\*10 /л |
| СОЭ | 10 мм/г | 1-14 мм/г |
| лейкоциты | 9,3\*10 /л | 4,3-11,3\*10 /л |
| нейтрофилы с/я | 52% | 47-72% |
| нейтрофилы п/я | 2% | 1-6% |
| !!!!!!эозинофилы | 9% | 0,5-5% |
| базофилы | 0,2% | 0-1% |
| лимфоциты | 48% | 19-37% |
| моноциты | 5% | 3-11% |

По результатам общего анализа крови у больного выявлены эозинофилия. Это обозначает, что в организме присутствует аллерген.

. Биохимический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты анализа | Норма |
| общий белок | 91 г/л | 65-85 г/л |
| альбумины | 57% | 51-61,5% |
| глобулины: α1 | 4,2% | 3,6-5,6% |
| α2 | 7% | 5,1-8,3% |
| β | 13% | 9-13% |
| γ | 28% | 15-22% |
| фибриноген | 2 г/л | 2-4 г/л |
| СРБ | 0 | 0-5мг/л |
| Сиаловые кислоты | 2,8 ммоль/л | 2,0-3,36 ммоль/л |

По результатам биохимического анализа у больного не выявлены. Воспалительных реакций нет.

. Исследование КОС и газов артериальной крови

рСО2=40 мм рт. ст. (норма 35-45 мм рт. ст.)

рО2=83 мм рт.ст (норма 75-100 мм рт.ст.)

По результатам исследования КОС и газов артериальной крови ДН не выявлено.

. ФВД

По результатам исследования у больного выявлена недостаточность ФВД по обструктивному типу (снижение МВЛ, ФЖЕЛ и незначительно ЖЕЛ).

. Кожно-аллергическая проба

По результатам исследования у больного выявлена повышенная чувствительность к производственной пыли.

По результатам дополнительных исследований можно выделить следующие синдромы и составляющие их симптомы:

1. Синдром бронхоспастический:

· приступы удушья;

· во время приступа удушья больной принимает вынужденное положение с фиксированным плечевым поясом;

· пальпаторно - голосовое дрожание не изменено;

· перкуторно - ясный легочной звук;

· аускультативно - дыхание везикулярное;

· эозинофилия ;

2. Синдром дыхательной недостаточности:

· ФВД : ОДН по обструктивному типу;

3.Синдром клинико-анамнестический:

Считает себя больным с июля 2009 г. Заболевание связывает с вредными условиями труда. К приступам кашля через два месяца присоединились приступы удушья.

Окончательный диагноз: атопическая бронхиальная астма. ОДН 1ст по обструктивному типу.

Лечение

. Госпитализация;

. Диета №15;

. Этиотропное лечение:

· Исключение контакта больного с аллергенами;

· Меры по снижению чувствительности к данным аллергенам;

. Патогенетическое:

· Rp: Intali 0,02 блокатор медиат. восп.

D.t.d. N.20 in caps. при бронхоспазмах

S. По 1 капсуле 4 раза в день.

· Rp: Tab. Prednisoloni 0,005 противовоспалительное

D.t.d N.100 бронх. астма, астм. статус

S. По 4 таблетки в утренние часы вместе с антацидными препаратами (алмагель). После достижения эффекта снижение дозы до 2-х таблеток.

· Rp: Verapamili 0,04 антагонист Са²+

D.t.d. N.15 in tabs. при спазмах ГМК

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

. Симптоматическое:

· Rp: Aer. “Berodual” 15 ml бронхолитическое, D.S. 2 вдоха аэрозоля при приступе удушья. адреномиметик

при остр. прист. удушья

· Rp: Natrii hydrocarbonatis 3%-100ml щелочь, антацидное

D.S. В/В при ацидозе 2 раза в сутки.при ацидозе

· Оксигенотерапия;

6. ЛФК.

Эпикриз на выписку

Больной Игорь Владимирович 35 лет госпитализирован в пульмонологическое отделение СГКБ 28.09.09 по направлению участкового терапевта с основными жалобами: сухой приступообразный кашель, приступы удушья.

На основе анамнестических данных и данных осмотра были выделены следующие синдромы:

· Sd. бронхоспастический;

· Sd. острой дыхательной недостаточности;

· Sd. клинико-анамнестический;

Больному были назначены следующие лабораторные и инструментальные методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ, ФВД, исследование КОС и газов крови, кожно-аллергическая проба.

Проведенными исследованиями подтвердились ранее выделенные синдромы и поставлен окончательный клинический диагноз: атопическая бронхиальная астма. ОДН 1ст. по обструктивному типу.

Больному было назначено следующее лечение:

Госпитализация;

Диета №15;

ЛФК;

Меры по снижению чувствительности к данным аллергенам;

Исключение контакта больного с аллергенами;

Оксигенотерапия;

Intali 0,02;

Rp: Verapamili 0,04

Tab. Prednisoloni 0,005;

Aer. “Berodual” 15 ml;

Natrii hydrocarbonatis 3%-100ml.

В результате проводимого лечения состояние больного улучшается, за период пребывания в стационаре приступов удушья не отмечалось.

В настоящее время больной продолжает лечение в стационаре. При выписке ему рекомендовано избегать контакта с выявленными аллергенами и своевременно устранять приступы удушья. Диспансерное наблюдение у участкового терапевта.

Прогноз для здоровья и жизни - сомнительный, для работы - неблагоприятный.