ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Кафедра факультетской терапии № 2

# ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

### Москва 2011

Паспортная часть:

. Ф.И.О.:.

. Пол, возраст: Мужской, 54 г.

. Место жительства: Г. Москва

. Место работы:Не работает

. Дата поступления: 27.09.11

Жалобы

На приступы удушья

На затруднение дыхания

На одышка при незначительной физической нагрузке

На кашель с трудноотделяемой мокротой

Anamnesisvitae:

Родился в 1957 году, рос и развивался в соответствии возрасту. Образование среднее. Работал монтажником путей, лесорубом, промышленным альпинистом. В настоящее время не работает.

Профессианальные вредности: частые переохлаждения в зимний период года.

Семейный анамнез: женат; 2 дочери; здоровы.

Наследственный анамнез: Отец умер в 1994 г., причину смерти пациент не помнит. Мать умерла в 1991г., ОНМК.

Социально-бытовой анамнез: бытовые условия хорошие, питается регулярно, диету не соблюдает, сон 7-8 часов в сутки, уделяет время для отдыха, соблюдает личную гигиену.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, острый тонзилит, типичная пневмония, сухой плеврит, дизентирия.

Вредные привычки: Курит с 14 лет по 15-20 сигарет в день. Индекс курильщика = 40 пачек/лет.

Аллергический анамнез: Аллергию на лекарственные препараты отрицает.

Anamnesismorbi:

Считает себя больным с 1995г., когда впервые появилисяприступ удушья. В больнице был поставлен диагноз Бронхиальная астма. Назначены преператы: «Беротек», сальбутамол; инголяционно при приступе удушья. В последующие года отмечается усиление жалоб - появление одышки при незначительной физической нагрузке, ночью; появление кашля при вдыхании холодного воздуха.Также появился кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты. Втечение последующих лет регулярно обследовался в стационаре (1997г. ГКБ №61; 2000, 2002, 2004, 2005, 2008 гг. ГКБ им. С.П. Боткина; 2010г. ГКБ №63). В настоящее время госпитализирован бригадой СМП ввиду некупирующегося удушья.

Вывод по 1-ому диагностического поиска

На основании жалоб и анамнеза у больного выявлены следующие синдромы - бронхообструктивный (ввиду жалоб на удушье, одышку, кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты) и дыхательной недостаточности (ввиду жалоб на одышку при незначительной физической нагрузке). Настоящее ухудшение связано с нарастанием бронхобструкции.

Объективное обследование:

Сознание ясное. Общее состояние средней тяжести. Положение пассивное. Конституция нормостенического типа. Рост 175 см. Вес 85 кг. ИМТ=27,7 кг/м2. Кожные покровы цианотичны, чистые, сухие, тургор нормальный. Видимые слизистые цианотичны. Лимфатические узлы не пальпируются. Суставы на момент осмотра суставы без припухлости, безболезненны при пальпации. Объём активных и пассивных движений в суставах сохранён.

Окружность суставов,см:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Левая конечность | Правая конечность |
| Коленный сустав | 41,4 | 41,5 |
| Голеностопный | 25 | 25 |
| Плечевой | 31 | 31 |
| Локтевой | 27 | 27,5 |
| Лучезапястный | 19,5 | 20 |

Мышечный тонус нормальный. Пожкожно жировая клетчатка развита умеренно по мужскому типу. При осмотре лица патологий не выявлено. Склеры нормальной окраски.

Органы дыхания:

Дыхание через нос свободное. Кровотечения на момент осмотра отсутствуют. Болей у корня и спинки носа, в местах проекции лобных и гаймаровых пазух не отмечается. Голос громкий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. Ассиметрии в грудной клетке нет. Лопатки располагаются на одном уровне, плотно прилежат к ребрам. Дихание ритмично, ЧДД=19. Тип дыхания преимущественно диафрагмальный. Измерение окружности грудной клетки:

* в покое 99 см.,
* при глубоком вдохе 104 см.,
* при максимальном выдохе 95 см.

Дыхательная экскурсия грудной клетки: 9 сантиметров.

При пальпации болезненности не выявлено, эластичность грудной клетки снижена, голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон.

Перкуссия:

А) сравнительная: отмечается притупление перкуторного звука в симметричных участках легких.

Б)топографическая:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Верхняя граница |
| Спереди (над ключицей) | 3,5 см | 3,5 см |
| Сзади | Уровень остистого отросткаVII шейного позвонка | Уровень остистого отросткаVII шейного позвонка |
| Поля Кренига | 3,5 см | 3 см |

Нижняя граница:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Окологрудинная линия | 5 межреберье | 5 межреберье |
| Средне-ключичная линия | 6 межреберье | 6 межреберье |
| Передняя подмышечная линия | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Средняя подмышечная линия | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Задняя подмышечная линия | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная линия | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Околопозвоночная линия | Уровень остистого отростка 11 грудного позвонка | Уровень остистого отростка 11 грудного позвонка |
| Подвижность нижнего края |
|  | На вдохе | На выдохе | Суммарная | На вдохе | На выдохе | Суммарная |
| Средне-ключичная линия | 2 см. | 2 см. | 4 см. | ---- | ---- | ---- |
| Средняя подмышечная линия | 2 см. | 3 см. | 5 см. | 2 см. | 3 см. | 5 см. |
| Лопаточная линия | 3 см. | 3см. | 6 см. | 2,5 см. | 3см. | 5,5 см. |

Над всем легочным полемвыслушивается жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы, дыхание проводится во все отделы легких.Крепитации, шума трения плевры не определяется. Бронхофония отрицательная.

Органы сердечно-сосудистой системы

При осмотре сосудов шеи отмечается слабая пульсация сонных артерий. Сердечный горб не определяется. Верхушечный толчок не определяется. Сердечного толчка нет. Пульсация лёгочной артерии не определяется. Пульсация в эпигастральной области за счет аорты. Пульс ритмичный, ЧСС=ПС=72, напряжение умеренное, наполнение удовлетворительное. АД 125/80 мм. рт. ст

Перкуссия сердца:

Границы относительной тупости

Правая: 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье.

Левая: на 2 см латеральнее левой срединно-ключичной линии, в 5 межреберье.

Верхняя: находится на уровне середины 3 межреберья.

Поперечник относительной тупости 14 см.

Поперечник сосудистого пучка: 7 см.

Границы абсолютной тупости

Правая: на уровне правого края грудины.

Левая: на левой срединно-ключичной линии на уровне 5ого межреберья.

Верхняя: соответствует уровню середины 4 ребра.

При аускультации: Тоны сердца ритмичные, шумов нет.

Органы пищеварения

Исследование полости рта: Запах обычный. Язык розового цвета, на спинке белый налёт, влажный. Нитевидные и грибовидные сосочки выражены хорошо. Трещин, язв не отмечается. Слизистая оболочка без особенностей, розовой окраски. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная.

Исследование живота: Живот округлой формы, симметричный не отмечается. Подкожные сосудистые анастомозы не выражены. Патологической перестальтики, рубцов нет. Мышцы брюшной стенки в акте дыхания участвуют незначительно. Окружность живота на уровне пупка 93см. Ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании и натуживании отсутсвуют.

Перкуссия:

При перкуссии выстукивается тимпанический звук с различной степенью выраженности в различных отделах живота, в области печени и селезенки - тупой перкуторный звук. Асцита не выявлено.

Пальпация отделов толстой кишки

А) Поверхностная:

При поверхностной пальпации живот мягкий, без болезненный. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Б) Глубокая пальпация (по методу Образцова-Стражеско-Василенко):

Сигмовидная кишка, восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки пальпируются, безболезненны, смещаемы; неурчащие, эластичные. Поверхность ровная, гладкая. Остальные отделы толстой кишки не пальпируются.

Пальпация желудка и определение его нижней границы:

Методом стетакустической пальпации, методом перкуссии, методом глубокой пальпации большой кривизны нижняя граница желудка определяется на 2 см выше пупка.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде валика на 2 см выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная. Малая кривизна и привратник не пальпируются. Шум плеска не определяется.

Аускультация живота

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

Исследование печени и желчного пузыря:

Размеры печени по Курлову: 9-8-7

Границы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Линии | Верхняя граница | Нижняя граница | Высота печеночной тупости |
| Правая передняя подмышечная Правая срединно-ключичная Окологрудинная правая Передняя срединная |  VII межреберье VI межреберье V межреберье |  X ребро По краю реберной дуги 2 см ниже реберной дуги 3,5 см ниже основания мечевидного отростка |  11 см. 10 см 7,5 см 9 см |
| Граница левой доли | Не выступает за левую околокрудинную линию. |

Пальпация: Не пальпируется.

Селезенка: Перкуссия: Верхняя граница селезенки: верхний край IX ребра; нижняя граница селезенки: нижний крайXI ребра на 2 см; длинник селезенки: 9 см; поперечник селезенки: 4 см. Пальпация: Не пальпируется

Поджелудочная железа: Не пальпируется. Болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отечается.

# Органы мочевыделения

На момент осмотра область почек безболезненна при пальпации. Поколачивание по области почек безболезненно. Болезненности в мочеточниковых точках нет. Боли в области мочевого пузыря отсутствуют. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Дизурических расстройств не выявлено. Почки не пальпируются. При аускультации шум почечных артерий не выслушивается.

###### Эндокринная система

Жажды нет, аппетит не повышен. Оволосенение по женскому типу. Тремора нет. Щитовидной железа не пальпируется. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и VII шейного позвонка сзади - 40 см. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага - отрицательные.

###### бронхообструкция удушье дыхание одышка

###### Нервно-психической сферы:

Головные боли, головокружения не беспокоят. Обмороков не отмечалось. Больной правильно ориентирован в окружающем пространстве и времени. Легко идет на контакт, восприятие и внимание не нарушено. Способен сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватно окружающей обстановке. Сон нарушен приступами удушья. Засыпает относительно быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее. В двигательной сфере патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечается.Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности не выявляются. Сухожильные рефлексы и периостальные - с верхних конечностей : карпо-радиальные, с бицепсов, с трицепсов - нормальные, симметричные. Патологические кистевые знаки отсутствуют (рефлекс Россолимо). Рефлексы с нижних конечностей: коленные и ахилловы - нормальные, симметричны. Патологические стопные знаки отсутствуют (Рефлекс Бабинского, Россолимо).

Вывод по 2му этапу диагностического исследования

При осмотре у пациента были выявлены следующие симптомы -сухие свистящие хрипы, что характерно для синдрома бронхообструкции и притупление перкуторного звука звука в симметричных участках легких, что характерно для синдрома уплотнения легочной ткани, умеренный цианоз кожных покровов и видимых слизистых, что характерно для синдромы дыхательной недстаточности.

План обследования

. Общий анализ крови

. Общий анализ мочи

. Биохимия крови

. Анализ крови на ВИЧ, RW, HCV, HBsAg

. ЭКГ

. Рентген грудной клетки

. ФВД

. Общий анализ мокроты

Клинические обследования

Общий анализ крови10,7\*109/L норма 4,0-9,0\*109/L4,46\*1012/L норма 3,90-5,00\*1012/L

HGB 142g/L норма 120-160 g/L

HCT41,8 % норма 36,0-48,0%

MCV93,7fL норма 80-100 fL31,8 pg норма 27,0-31,0 pg206\*109/L норма 180-320\*109/L

СОЭ 10 мм/ч норма 2-10 мм/час

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Общий белок | 67,5 г/1 | 66,0-87,0 г/1 |
| ЛДГ | 175,3 ед/л | 0,0-248,0 ед/л |
| АЛТ | 38,6 ед/л | 10-45 ед/л |
| АСТ | 34,9 ед/л | 10-35 ед/л |
| Глюкоза | 8,22 ммоль/л | 3,5-5,9 ммоль/л |
| Холестерин | 6,05 ммоль/л | 0,00-5,30 ммоль/л |
| Креатинин | 97,4 мкмоль/л | 44-110 мкмоль/л |
| Азот мочевины | 5,2 ммоль/л | 1,7-8,3 ммоль/л |
| Общий билирубин | 11,1 мкмоль/л | 1,7-20,0 мкмоль/л |
| Прямой билирубин | 2,5 мкмоль/л | 0,0-4,6 мкмоль/л |
| Креатининкиназа | 497 ед/л | 0-171 ед/л |
| ЛПНП | 3,99 ммоль/л | 0,0-3,30 ммоль/л |
| Ca | 2,52 ммоль/л | 2,20-2,65 ммоль/л |
| Na | 142,9 ммоль/л | 136,0-146,0 ммоль/л |
| K | 4,30 ммоль/л | 3,50-5,10 ммоль/л |

Лабораторное исследование мочи

Общий анализ мочи.

. Количество 2000 мл

. Цвет бледно-желтый

. Реакция pH6,0

. Плотность 1015

5. Прозрочность полная

. Белок нет

. Сахар нет

. Ацетон нет

. Желчные кислоты отрицат.

. Уробилин N

. Осадок

. Цилиндры нет

. Эпителий клеточный плоский умеренное количество

. Лейкоциты 0-1 в поле зрения

. Эритроциты 0-0-1 в поле зрения

. Соли оксалаты немного

. Слизь немного

. Бактерии немного

Маркеры ВИЧ, гепатит, р-я Вассермана

RW(от 29.09.11)-отр;

ВИЧ(от 27.09.11)-отр;

HBS-АГ, HCV(от 27.09.11)- отр.

Анализ мокроты

Цвет серый, харрактер гнойно-слизистый. Эпителий плоский, цилиндрический. Альвеолярные макрофаги немного. Лейкоциты покрывают поле зрения. Эритроциты, эозинофилы единичные в поле зрения.

ЭКГ

Ритм правльный синусовый. Водитель ритма СА узел. ЭОС вертикальная. Фибриляции нет. Экстрасистол нет.

Исследование функции внешнего дыхания

ЖЁЛ 1,96(43,5%) норма 4500 мл

ФЖЁЛ 1,6(36,9%) норма 4,33

ОФВ10,68(20,1%) норма 3,38

ИТ 34,6% норма 70%

РОвыд 0,02(1,71%) норма 1,16

Емк. Вдоха 1,75(52,3%) норма 3,34

ДО ≈ 1л

РО вдох ≈ 0,75 л

Резкое снижение ЖЁЛ обусловлено значительным снижением РОвдох и РОвыд.

Рентгенография органов грудной клетки:

Обзорная рентгенография в 2х проэкциях - легочные поля с диффузным пневмосклерозом и усиление бронхососудистого легочного рисунка с 2х сторон. Корни малоструктурны. Синусы свободны. Сердце не увеличено. Аорта плотная.

Вывод по 3ему этапу диагностического исследования

На основании данных общего анализа мокроты (значительный лейкоцитоз в п.з.), показателей общего анализа крови (СОЭ=10мм\ч, WBC 10,7\*109/L) выявлен синдром воспаления. С учетом показателей ФВД у пациента выявлен синдром бронхиальной обструкции на уровне мелких бронхов.

Заключение

Суммируя данные трех этапов диагностического поиска следует выделить:

синдром бронхобструкции (одышка при незначительной физической нагрузке, кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, приступы удушья, наличие предрасполагающего фактора(индекс курильщика=40))

синдром уплотнения легочной ткани (притупление перкуторного звука)

- синдром дыхательной недостаточности (одышка при незначительной физической нагрузке, наличие предрасполагающего фактора(индекс курильщика=40))

синдром воспаления (СОЭ=10мм\ч, WBC 10,7\*109/L)

Клинический диагноз:

Основной: ХОБЛ: 3ст., бронхитический тип, стадия обострения средней степени тяжести.

Осложнения: Дыхательная недостаточность 2 степени, обструктивный тип.

Сопутствующие заболевания: Диффузный пневмосклероз.

Диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб больного: кашель в течение суток с выделением гнойно-слизистой мокроты. Во время кашля и после окончания возникает одышка.

2. Данных анамнеза: Считает себя больным с 1995г., когда впервые появилися приступ удушья. В больнице был поставлен диагноз Бронхиальная астма. Назначены преператы: «Беротек», сальбутамол; инголяционно при приступе удушья. В последующие года отмечается усиление жалоб - появление одышки при незначительной физической нагрузке, ночью; появление кашля при вдыхании холодного воздуха. Также появился кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты.

3. Данных объективного обследования говорит об бронхитическом типе - умеренный цианоз, кашель с отделением мокроты, одышка при физической нагрузке, усиливается при обострении, жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы.

. Тяжелое течение поставлено на основании прогрессирование заболевания, нарастание одышки, частоты обострений, снижение качества жизни. ОФВ1 20,1% ОФВ1/ФЖЕЛ 42,5%

. Обострение средней степени поставлено на основании выраженности одышки при незначительной физической нагрузке, мокроты желто-зеленого цвета. Нарастание ВН - участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, парадоксальное движение грудной клетки, появление цианоза.

6. Диффузный пневмосклероз на основании данных рентгенологического исследования - легочные поля с диффузным пневмосклерозом и усиление бронхососудистого легочного рисунка с 2х сторон.

Лечение

бронхообструкция удушье дыхание одышка

1. Режим общий

2. Бронходилататоры:

Rp.: «Serevent» 50 мкг 2 вдоха 2 раза/сут

. Небулайзеротерапия, комбинированным с бронхораширяющим препаратом, содержащим в2 - адреномиметик и м - холиниблокатор - «Berodual» 2 - 4 вдоха каждые 30 мин в течение первого часа, далее каждые 1 - 4 часа по потребности. Поддерживающая терапия 1-2 вдоха через 4 - 6 ч, через 6 - 8 ч.

4. Параллельно с бронходилататорами

Rp.: Tab.Prednisoloni 0.005 по схеме 3 таб в 7 утра и 2 таб в 11 утра 14 дней внутрь. После стабилизации состояния постепенно снижать по 1\2 таб, затем 2\3 таб в течении 3-4 дней.

. Антибактериальная терапия:

Rp.:Tab. «Macropen» 400 мг по 1 таб 3 раза в день.

. Кислородотерапия: 4 раза в день по 15 мин с увлажненном кислородом через канюли

7. Мукорегуляторная терапия

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

. Физиопроцедуры. ЛФК.