Паспортная часть.

ФИО:

Пол:

Возраст:

Место жительства:

Профессия:

Дата поступления:

Дата курации:

***Жалобы.***

Кашель, появляющийся в утреннее и вечернее время, приступообразного характера, с небольшим количеством вязкой, слизистой мокроты, выделяющейся после кашля, в количестве 20 мл. Инспираторная одышка при физической нагрузке (подъёме на 3 этаж). Насморк с незначительными слизистыми выделениями.

***Anamnesis morbi.***

Со слов матери с 3-х недельного возраста отмечались покраснение и раздражение кожных покровов. Был направлен к аллергологу, диагноз атопический дерматит, после года трансформировался в нейродермит, с локализацией в локтевых сгибах и подколенных ямках. Обострения отмечаются до сих пор на цитрусовые, землянику и в весеннее время.

В 1984 году в период с апреля по июнь отмечалось слезотечение, кожный зуд, покраснение кожи.

В 1990 году появилась инспираторная одышка и приступообразный кашель. С 18.10.1990 по 18.12.1990 находился в больнице с диагнозом: полиноз, нейродермит. Проводились скарификационные тесты на березу, ольху, лещину, картофель, морковь, помидоры, полынь, результаты положительные. Проведена специфическая гипосенсибилизация парэнтерально аллергенами из пыльцы березы, ольхи и лещины. Результаты удовлетворительные.

В 1992 году терапия проводилась перорально теми же аллергенами, в апреле – мае принимал кетотифен. Результаты хорошие, обострение дерматита весной не отмечалось.

В 1993 году проведена специфическая гипосенсибилизация перорально, в марте прошел курс лечения гистаглобулином. Результаты не удовлетворительные. В мае отмечалось обострение дерматита, риноконъюктивит, удушье, в легких сухие хрипы на выдохе. Проводились ингаляции интала. Кожные пробы с березой, ольхой, лещиной и дубом положительны, проводилась гипосенсибилизация виновными аллергенами. Результаты хорошие.

В 1995 – 1996 годах проводилась гипосенсибилизация перорально аллергенами из пыльцы березы, ольхи, лещины, ингаляции интала.

В 1997 году в начале мая отмечался риноконъюктивит, кашель. Принимался кларитин. С 1998 года до настоящего момента обострения в весенний период, к аллергологу не обращался, лечился самостоятельно, принимал кларитин.

В марте 2000 года проходил диспансеризацию по месту работы, где врачом было рекомендовано пройти курс стационарного лечения с целью профилактики весеннего обострения и уточнения диагноза.

***Anamnesis vitae.***

Родился в городе Москве в 1982 году в семье рабочих первым ребенком. Рос и развивался нормально. Образование незаконченное среднее. Холост.

Начал работать с 1999 года на мебельном заводе столяром. Режим работы с 9.00 до 14.30, 5 дней в неделю. Работа связана с резьбой дерева, имеет контакт с древесной пылью.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной 3-х комнатной квартире, на юго-востоке Москвы, с неблагополучной экологической обстановкой. Живет вместе с матерью, отцом, бабушкой и младшим братом.

Питание: удовлетворительное, режим не нормирован, 2-3 в день.

Вредные привычки: курит с 15 лет, пачка на 2-3 дня. Употребляет алкоголь с 17 лет, 1-2 раза в месяц в количестве 50 – 100мл. Употребление наркотиков и токсикоманию отрицает.

Перенесённые заболевания: в детстве переболел ветряной оспой, краснухой, ангиной, бронхитом, гриппом. Желтуху, венерические заболевания, туберкулёз и инфекционные болезни отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. За последние 6 месяцев парентерального введения лекарственных веществ не было.

Аллергический анамнез: отмечает непереносимость цитрусовых, моркови и сырого картофеля. Аллергические реакции в виде крапивницы и риноконъюктивита возникают после употребления указанных продуктов, а так же в весеннее время в период цветения.

Страховой анамнез: за последний год больничный лист брал с 23.02.2000 по 25.02.2000 по поводу ОРЗ.

***Наследственность.***

Родители и младший брат живы.

У матери аллергическая реакция в весеннее время на цветение. Бабушка по линии матери больна сахарным диабетом. Брат здоров. Отца не знает. Другие заболевания родственников не знает.

***Status praesens.***

Общее состояние удовлетворительное.

Сознание ясное.

Положение больного активное.

Нормостенического телосложения, рост 168 см, вес 62 кг, осанка сутуловатая, походка быстрая.

Температура тела 36,7.

Выражение лица спокойное.

Кожные покровы бледно-розовые. Высыпаний, сосудистых изменений, кровоизлияний, трофических изменений и видимых опухолей нет. На правом бедре, в средней трети имеется рубец размером 5см х 1см, белесоватого цвета, подвижный, безболезненный.

Кожа сухая, тургор сохранен, мужской тип оволосения.

Ногти обычной формы, розового цвета, продольной исчерченности.

Видимые слизистые розовой окраски.

Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, отеков нет, безболезненная при пальпации.

Пальпируются только подчелюстные лимфатические узлы небольших размеров (горошина), мягкие, безболезненные, не сращены между собой и с окружающими тканями.

Зев розовый, чистый, миндалины не увеличены.

Мышцы развиты слабо, тонус сохранен, безболезненные при ощупывании.

Кости обычной формы, без деформации, безболезненны при ощупывании и поколачивании.

Суставы без изменений. Движения в суставах безболезненны, объем активных и пассивных движений сохранен.

***Система органов дыхания.***

Жалобы: кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, появляется утром, без видимой причины, приступообразный, проходит после отхождения мокроты.

Мокрота – слизистая, зеленоватого цвета, выделяется после кашля.

Одышка возникает при физической нагрузке, инспираторная.

Удушье возникает в период цветения деревьев, чаще всего в вечернее и ночное время, приступообразного характера, купируется принятием вынужденного положения (сидя, опираясь руками на колени, фиксируя плечевой пояс).

Боли и кровохарканья нет.

Осмотр: форма носа не изменена, дыхание через нос затруднено с обоих сторон. Гортань не деформирована, голос тихий.

Грудная клетка воронкообразная, над- и подключичные ямки выполнены, ширина межреберных промежутков умеренная, величина эпигастрального угла – 90 , лопатки плотно прилежат к грудной клетке, боковой размер больше переднезаднего, симметрична, в нижней части грудины имеется воронкообразное вдавление.

Имеется искривление позвоночника – сколиоз.

Окружность грудной клетки – 88 см.

Экскурсия грудной клетки на вдохе – 94 см, на выдохе – 85 см.

Тип дыхания смешанный, дыхательные движения симметричные, дыхание ритмичное, поверхностное, ЧДД – 16.

При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание ослаблено с левой стороны, в нижних отделах.

При перкуссии на симметричных участках звук ясный легочный.

Границы легких:

Верхняя

высота стояния спер.

высота стояния сзади

справа

3см

VII шейный

слева

3см

VIIшейный

шир. полей Кренига

8см

8см

Нижняя

по окологрудинной 6 ребро не определ.

по среднеключичной 6 ребро не определ.

по переднеподмышечной 7 ребро 7 ребро

по среднеподмышечной 8 ребро 8 ребро

по заднеподмышечной 9 ребро 9 ребро

по лопаточной 10 ребро 10 ребро

по околопозвоночной 11 ребро 11 ребро

Дыхательная экскурсия нижнего края легкого

по среднеподмышечной 8см 8см

При аускультации на симметричных участках грудной клетки дыхание ослабленное везикулярное, в нижних отделах с обоих сторон жесткое.

В нижних отделах левого легкого выслушиваются сухие хрипы.

Бронхофония ослаблена в нижних отделах левого легкого.

***Система органов кровообращения.***

Жалобы: боли в области сердца, сердцебиение, перебои в области сердца и отеки отсутствуют. Одышка и удушье см. в системе органов дыхания.

При осмотре шеи видимой пульсации вен и артерий нет, венозный пульс на яремных венах отсутствует. Выпячивание и видимых пульсаций в области сердца нет.

При пальпации верхушечный толчок не определяется. Сердечного толчка, эпигастральной пульсации, дрожание в области сердца, пальпаторной болезненности не выявлено.

Перкуссия границ относительной тупости сердца:

Правая – 1см. кнутри от правого края грудины,

Левая – 2см. кнутри от левой срединно-ключичной линии,

Верхняя – третье ребро по левой окологрудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца – 12см. Ширина сосудистого пучка – 5см, конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая – левый край грудины,

Левая – 1см. кнутри от границы относительной тупости сердца,

Верхняя – четвертое ребро по левой окологрудинной линии.

Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 в мин., дополнительные тоны, шумы и шум трения перикарда не прослушиваются.

Исследование сосудов: артериальный пульс на лучевых артериях одинаков, частота 70 уд. в мин., хорошего наполнения и напряжения.

АД 120/80.

Вены не пульсируют, на глаз, не расширены, на ощупь безболезненны. В яремной вене шумов не прослушивается.

***Система органов пищеварения.***

Желудочно-кишечный тракт:

Жалобы не предъявляет, диспепсические явления отсутствуют, аппетит сохранен. Стул один раз в сутки, умеренного количества, оформленный, коричневого цвета.

Язык розовой окраски, влажный, покрыт белым налетом. Зубы требуют санации.

Живот нормальной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика и венозные коллатерали отсутствует. Окружность живота на уровне пупка – 82 см.

При перкуссии определяется тимпанический звук различных оттенков над всей поверхностью живота. Наличие свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот безболезненный. Расхождение мышц живота, наличие грыж и поверхностных опухолей не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско:

Сигмовидная кишка определяется в левой подвздошной области в виде цилиндра диаметром 3см., с гладкой поверхностью, без урчания, безболезненна.

Слепая определяется в правой подвздошной области в виде цилиндра диаметром 4см., с гладкой поверхностью, безболезненна.

Восходящая ободочная кишка определяется в правой боковой области живота, в виде толстого безболезненного, эластического цилиндра, диаметром 4см.

Нисходящая ободочная кишка определяется в левой боковой области живота, в виде толстого безболезненного, эластического цилиндра, диаметром 4см.

Граница большой кривизны желудка при перкуторном методе исследования определяется на уровне 2см выше пупка, здесь она пальпируется в виде гладкого тяжа, безболезненная.

Привратник пропальпировать не удалось.

Поперечно-ободочная кишка определяется ниже пупка на 1см, мягкая, эластичная, легко смещается, диаметром 5см.

При аускультации прослушивается периодическая перистальтика кишечника, шум трения брюшины и сосудистые шумы не прослушиваются.

Печень и желчный пузырь:

Жалобы отсутствуют, желтухи нет.

При осмотре выпячивания и ограничения дыхания в области правого подреберья не обнаружено.

Перкуссия границ печени по Курлову:

верхняя граница абсолютной тупости печени по правой срединно-ключичной линии на VI ребре,

нижняя граница абсолютной тупости печени:

по правой срединно-ключичной линии – на уровне реберной дуги,

по передней срединной линии – на границе верней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка,

по левой реберной дуге – на уровне левой парастернальной линии.

Симптом Ортнера отрицательный.

При пальпации край печени определяется сразу под реберной дугой, закруглен, безболезненный, эластичный.

Размеры печени по Курлову:

по правой срединно-ключичной линии – 9см.,

по переднесрединной линии - 8см.,

по левой реберной дуге – 7см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Шум трения брюшины в области правого подреберья отсутствует.

Селезенка:

Жалобы отсутствуют.

Выпячивания и отставание в дыхании в области левого подреберья не обнаружено.

При перкуссии определяются следующие размеры селезенки:

длинник – 7см., поперечник – 4см.

Шум трения плевры в области левого подреберья отсутствует.

Поджелудочная железа:

Жалобы отсутствуют.

При пальпации увеличения уплотнения и болезненности не выявлено.

***Система органов мочеотделения.***

Жалобы отсутствуют.

Мочеиспускание не нарушено, моча соломенно-желтого цвета, отеки отсутствуют.

При осмотре, наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживание контуров поясничной области не выявлено. Выбухание в надлобковой области нет.

Симптом поколачивания отрицательный. В надлобковой области звук тимпанический, дно мочевого пузыря не определяется.

Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Болезненных точек в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников не обнаружено.

***Данные лабораторных методов исследования.***

Общий анализ крови от 31.03.2000: гем – 123г/л; эр – 5,5 10;лейк – 5,4 10; СОЭ – 4мм/ч;

от 10.04.2000: гем – 135г/л; эр 5,7 10; лейк – 8,0 10, СОЭ – 3мм/ч.

Общий анализ мочи от 31.03.2000: уд.вес – 1015; реак. – кисл; белок, сахар – нет; лейк.-

0-1 в п. зр.;

от 10.04.2000: уд.вес – 1010; реак. – кисл; белок, сахар – нет.

Общий анализ мокроты от 31.03 2000: мокрота слизистая, вязкая, спирали Куршмана и кристаллы Шарко – Лейдена отсутствуют, макрофаги в большом количестве, лейкоциты 3-5 в поле зрения.

ЭКГ от 31.03.2000: ритм синусовый, положение оси сердца вертикальное, незначительная гипертрофия левого желудочка, неполная блокада правой ножки пучка Гисса.

***Клинический диагноз и его обоснование.***

Основной диагноз: атопическая бронхиальная астма средне тяжелого течения в стадии

ремиссии.

Диагноз осложнения: хронический необструктивный бронхит, часто рецидивирующий,

в стадии обострения,

диффузная эмфизема легких,

дыхательная недостаточность 1ст.

Сопутствующий диагноз: поллиноз, нейродермит, пищевая аллергия.

Анализируя основные жалобы больного – одышка, кашель с выделением мокроты, а так же приступы удушья можно думать о поражении бронхов.

По особенностям клинического течения – приступы удушья в период цветения деревьев, возникающие в вечернее и ночное время, купирующиеся принятием вынужденного положения; связь приступов с определенным аллергеном; наличие в анамнезе сопутствующих проявлений атопиии (поллиноз, атопический дерматит, пищевая аллергия); по данным семейного и аллергологического анамнеза; терапевтическая эффективность антиасматических препаратов; течение с редкими рецидивами а так же возраст больного – можно думать об атопической бронхиальной астме.

Кашель с выделением небольшого количества мокроты; аускультативная картина с наличием ослабленного везикулярного и жесткого дыхания, сухие хрипы; макрофаги и лейкоциты в мокроте подтверждает воспалительный процесс в слизистой бронхов.

Одышка при физической нагрузке говорит о нарушении вентиляции.

Анализируя анамнез (длительное течение бронхиальной астмы и частые обострения хронического бронхита), одышку при физической нагрузке, а так же ослабленное везикулярное дыхание – можно предположить развитие эмфиземы легких.

Выделения из носа, а так же данные анамнеза заболевания дают основания для подтверждения диагноза поллиноз.

***План обследования.***

1. Общий анализ крови для определения синдрома аллергии и синдрома воспаления.
2. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок, белковые фракции для подтверждения синдрома воспаления.
3. Общий анализ мокроты для обнаружения синдрома аллергии, синдрома воспаления, обструктивного синдрома.
4. Анализ мокроты на БК 3 раза подряд, для исключения туберкулеза.
5. Бронхоскопия с возможной биопсией с целью обследования состояния слизистой оболочки бронхов.
6. Спирометрия для изучения функции внешнего дыхания и установления типа вентиляционных нарушений.
7. Скарификационные кожные пробы с целью выявления аллергена.
8. Консультация врачей: пульмонолога, аллерголога, фтизиатра.