Пациент

Возраст \_\_\_\_\_\_\_

Пол мужской

Семейное положение женат

Место работы пенсионер

Выполняемая работа или должность до выхода на пенсию в 1997 году – руководящая должность.

Инвалид II группы по общему заболеванию с 1994 года

Домашний адрес

Дата поступления в клинику \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы:

* Постоянная экспираторная одышка, сопровождающаяся удушьем, усиливающаяся на холоде.
* Редко возникающий кашель ближе к вечеру, сопровождающийся появлением трудно отходящей стекловидной мокроты сероватого цвета с наличием видимых спиралей без запаха.
* Периодическое свистящее дыхание во время приступов удушья.
* Смешанная одышка, появляющаяся при подъёме на один пролёт лестницы.
* Периодические боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую руку, продолжающиеся около 5 минут, купирующиеся приёмом нитроглицерина в течение 1-2 минут.
* Отёки голеней, стоп.
* Сердцебиение, возникающее через 20-30 минут после приёма пищи.
* Перебои в работе сердца, возникающие приступообразно,

История настоящего заболевания

Со слов больного, впервые экспираторную одышку стал замечать в 1974-1975 году, но не обращал внимания, к врачу не обращался, никаких препаратов не принимал. Впервые появление одышки смешанного характера отметил после перенесённого в 1987 году инфаркта миокарда (в возрасте 50 лет). Инфаркт проявлялся возникновением «тянущего ощущения» в обеих руках и за грудиной, болей в локтях, после инфаркта отмечалась амнезия. После инфаркта впервые появились загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, стал отмечать сердцебиение, возникающее через 20-30 минут после приёма пищи, появилось ощущение перебоев в работе сердца. С 1989 года стал отмечать усиление экспираторной одышки, кашель в вечерние часы с трудно отходящей стекловидной мокротой. В этом же году при плановом осмотре в рамках диспансеризации был поставлен диагноз бронхиальной астмы. В 1994 году сильно потерял в весе (стал весить 65 кг), одышка усилилась, участились приступы удушья с трудно отходящей мокротой вплоть до невозможности спать ночью из-за экспираторной одышки, во время приступа занимал вынужденное сидячее положение, опираясь руками о колени или край стола, фиксируя плечевой пояс. Отмечалась крайняя степень истощения и общая слабость, потеря аппетита, не мог выполнять нагрузки по самообслуживанию. Был госпитализирован в 19 ГКБ с диагнозом бронхиальная астма в стадии обострения, длительность госпитализации составила 40 дней. В этом же году получил инвалидность II группы по общему заболеванию. Были назначены препараты глюкокортикостероидов. В 1996 году был госпитализирован второй раз в 19 ГКБ на 30 дней в связи с обострением бронхиальной астмы, где проводилась терапия глюкокортикостероидами с положительным эффектом. За последние два года проводились курсы таблетированным преднизолоном по 15 дней по поводу бронхиальной астмы. С тех пор не госпитализировался до марта 2005 года. До марта 2005 года симптомы постепенно медленно прогрессировали.

В 1970 году (в возрасте 33 лет) впервые отметил появление незначительных болей после еды. Боли возникали спустя 2-3 часа после еды, чаще при употреблении острой и грубой пищи, приёме алкогольных напитков. Боли отличались периодичностью, возникали в весеннее и осеннее время года, проходили при соблюдении диеты (исключении приправ и специй, частом, дробном питании). К врачу больной не обращался, поскольку его общее самочувствие оставалось хорошим. Лечился самостоятельно средствами народной медицины с положительным эффектом. В 1980 году после проведения гастродуоденоскопии в рамках диспансеризации был выявлен рубец после язвы луковицы двенадцатиперстной кишки.

В 1982 году впервые появились приступообразные, сильные боли в левой половине поясницы, иррадиирующие по ходу мочеточника. Мочеиспускание было болезненным, боль локализовалась в головке полового члена и несколько проксимальнее. Через 2 дня при мочеиспускании заметил конкремент небольшого размера в моче. К врачу не обращался, поскольку, по его мнению, его общее самочувствие оставалось удовлетворительным и из-за нехватки свободного времени. С тех пор, эпизодов болей подобного характера не возникало, со стороны системы мочеотделения жалоб не было.

История жизни

Родился в срок, второй по счёту ребёнок в семье. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставал, но в первом классе были ограничены нагрузки на занятиях физической культурой (пациента называли «сердечником» в связи с появлением одышки и сердцебиения при умеренной физической нагрузке). Рахита не было. Любил учиться, процесс обучения проходил легко. Окончил школу, 2 ВУЗа и аспирантуру. В рядах Вооружённых сил не служил.

Семейный анамнез

Женат с 1959 года. Имеет двоих детей. Бытовые условия хорошие. Питание регулярное, 3-4 раза в день, диету не соблюдает, обедает в столовой, остальные приёмы пищи – дома.

Внерабочее время проводит активно, часто бывает на воздухе, но не в морозную погоду. Сейчас уделяет достаточно время для отдыха. Спортом не занимается.

Ранее работал без выходных, в условиях ненормированного рабочего дня.

Вредные привычки

Курение с 18 лет, по 20 сигарет в день до инфаркта миокарда (индекс курящего человека – 240), после инфаркта – 10 сигарет в день (индекс курящего человека – 120). Употребление алкоголя, наркотиков отрицает. Кофе не пьёт, чай – ежедневно.

Перенесённые заболевания

В возрасте 4-х лет перенёс корь. Заболевание протекало тяжело, подробностей течения заболевания не помнит. В 1962 году при выполнении работ по ремонту обувных изделий в результате несоблюдения правил техники безопасности нанёс себе глубокий порез над верхней губой, в результате заживления которого сформировался шрам над верхней губой справа длиной 1 см на 0,5 см кнаружи от срединной линии.

Аллергологический анамнез

Удушье при вдыхании паров красок, лаков.

Наследственность

Мать умерла в глубокой старости (в возрасте 92 лет), точной причины смерти назвать не может, но помнит, что ставился диагноз ИБС.

Отец умер от рака лёгкого в возрасте 74 лет.

Бронхиальная астма

Ишемическая болезнь сердца

женщина

мужчина

больная женщина

больной мужчина

умер

супруги

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Настоящее состояние больного

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное. Шрам над верхней губой справа длиной 1 см на 0,5 см кнаружи от срединной линии. Тип телосложения – гиперстенический (поперечные размеры тела преобладают над продольными, грудная клетка широкая, эпигастральный угол больше 90°, расположение рёбер ближе к горизонтальному).

Рост 173 см, масса тела 78 кг, ИМТ 26 кг/м2

Кожные покровы и слизистые

Кожные покровы бледные, чистые, умеренно влажные. Слизистые бледные. Эластичность кожи понижена. Рост волос не нарушен. Тип оволосения – мужской. Ногти не изменены. Цианоз губ и языка.

Подкожная жировая клетчатка

Подкожный жировой слой развит умеренно (толщина кожной складки на уровне пупка – 4 см, под лопаткой – 2 см, над трицепсом – 2 см), распределён неравномерно (в основном, в абдоминальной области). Незначительные отёки голеней и стоп.

Лимфатическая система

При осмотре лимфатические узлы не видны. Лимфатические узлы (затылочные, заушные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, поверхностные шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены.

Мышечная система

Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы – хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц не изменён. Мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

Костная система

Жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

Суставы

Жалоб нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Объём активных и пассивных движений в суставах сохранён полностью. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

Жалобы

* Постоянная экспираторная одышка, сопровождающаяся удушьем, усиливающаяся на холоде.
* Редко возникающий кашель ближе к вечеру, сопровождающийся появлением трудно отходящей стекловидной мокроты сероватого цвета с наличием видимых спиралей без запаха.
* Периодическое свистящее дыхание во время приступов удушья.

Исследование верхних дыхательных путей:

Дыхание через нос свободное. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух (самостоятельных, а также при ощупывании и поколачивании) не отмечается. Гортань: жалоб нет. Голос тихий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. При осмотре гортань нормальной формы.

Осмотр грудной клетки

Грудная клетка бочкообразная, эпигастральный угол больше 90°, расположение рёбер ближе к горизонтальному. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над- и подключичные ямки сглажены, одинаковы справа и слева. Межрёберные промежутки расширены. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – преимущественно брюшной. Частота дыхательных движений – 20 в минуту. Дыхание поверхностное. Ритм дыхания правильный.

Окружность грудной клетки на уровне углов лопаток сзади и IV рёбер спереди: при спокойном дыхании – 107 см, при максимальном вдохе – 110 см, при максимальном выдохе – 106 см. Максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки – 4 см.

Пальпация грудной клетки

При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание ослаблено справа и слева на уровне V межреберья и ниже по всем линиям.

Перкуссия лёгких

Сравнительная перкуссия:

При сравнительной перкуссии звук коробочный над всей поверхностью лёгких. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Топографическая перкуссия

Высота стояния верхушек

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Спереди | 3 см выше уровня ключицы | 3,5 см выше уровня ключицы |
| Сзади | На 1 см ниже остистого отростка CVII | На 1 см ниже остистого отростка CVII |

Ширина полей Кренига: справа – 6 см, слева – 6,5 см.

Нижние границы лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
| Окологрудинная | VI межреберье | -- |
| Срединноключичная | VII межреберье | -- |
| Передняя подмышечная | VIII межреберье | VIII межреберье |
| Средняя подмышечная | IX межреберье | IX межреберье |
| Задняя подмышечная | X межреберье | X межреберье |
| Лопаточная | XI межреберье | XI межреберье |
| Околопозвоночная | ThXII | ThXII |

Подвижность нижних краёв лёгких, см

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | | | Слева | | |
| на вдохе | на выдохе | суммарно | на вдохе | на выдохе | суммарно |
| Срединноключичная | 3 | 2 | 5 | -- | -- | -- |
| Средняя подмышечная | 3 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 |
| Лопаточная | 4 | 2 | 6 | 4 | 1 | 5 |

***Заключение:*** границы лёгких на 1 межреберье ниже нормы. Подвижность нижних лёгочных краёв и максимальная дыхательная экскурсия снижены.

Аускультация лёгких

При аускультации над всеми отделами лёгких основной дыхательный шум представлен жёстким дыханием. Над всей поверхностью лёгких выслушиваются сухие свистящие хрипы, усиливающиеся в горизонтальном положении. Крепитация, шум трения плевры не выслушиваются. Бронхофония ослаблена и слева на уровне V межреберья и ниже по всем линиям.

***Заключение:*** на основании данных анамнеза, жалоб, пальпации, перкуссии и аускультации выявлены синдромы повышения воздушности лёгочной ткани (расширение межрёберных промежутков, ЧД 20 в минуту, снижение величины максимальной дыхательной экскурсии, очаговое ослабление голосового дрожания, коробочный перкуторный звук над всей поверхностью лёгких, расширение полей Кренига), бронхообструктивный синдром (курение с возраста 18 лет, центральный цианоз, жёсткое дыхание), синдром острого нарушения бронхиальной проводимости (постоянная экспираторная одышка, сопровождающаяся удушьем, усиливающаяся на холоде, редко возникающий кашель ближе к вечеру, сопровождающийся появлением трудно отходящей стекловидной мокроты сероватого цвета с наличием видимых спиралей без запаха, сухие свистящие хрипы).

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ

Жалобы

* Смешанная одышка, появляющаяся при подъёме на один пролёт лестницы.
* Периодические боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую руку, продолжающиеся около 5 минут, купирующиеся приёмом нитроглицерина в течение 1-2 минут.
* Отёки голеней, стоп.
* Сердцебиение, возникающее через 20-30 минут после приёма пищи.
* Перебои в работе сердца, возникающие приступообразно.

Исследование сердечно-сосудистой системы

При осмотре сосудов шеи отмечается слабая пульсация сонных артерий. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой срединноключичной линии, ограниченный, низкий, неусиленный, нерезистентный. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет.

Перкуссия сердца

Границы относительной тупости сердца:

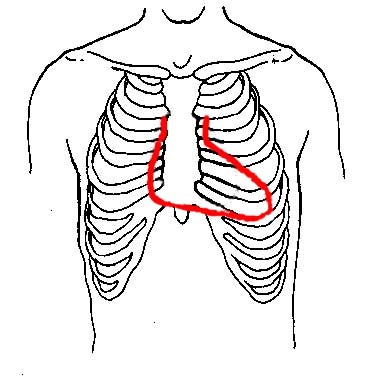
Правая – 0,5 см кнаружи от правого края грудины на уровне III межреберья, 1 см кнаружи от правого края грудины на уровне IV межреберья, 1,5 см кнаружи от правого края грудины на уровне V межреберья

Левая – 1 см кнутри от левой срединноключичной линии на уровне III межреберья, 0,5 см кнаружи от левой срединноключичной линии на уровне IV межреберья, 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии в пятом межреберье (где верхушечный толчок).

Верхняя – III межреберье по левой окологрудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца: 3 + 9 = 12 см.

Конфигурация относительной тупости сердца нормальная.



Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка – 5 см.

Границы абсолютной тупости сердца

Правая – левый край грудины.

Левая – 2 см кнутри от левой срединноключичной линии.

Верхняя – на уровне IV ребра.

Поперечник абсолютной тупости сердца 3,5 см.

Аускультация сердца и крупных сосудов

Первый тон ослаблен в I, II, V точках аускультации, акцент II тона над аортой. Частота сердечных сокращений – 80 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

Исследование сосудов

Жалоб нет. При осмотре и пальпации височные, сонные, подключичные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы извитые, жёсткие, с утолщенными стенками.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой – 80 в минуту, хорошего наполнения, ненапряжённый, нормальной величины и формы. Псевдокапиллярный пульс не определяется.

При аускультации артерий патологических изменений нет.

Артериальное давление (АД) – 130/80 мм рт. ст. (определено на левой плечевой артерии в положении лёжа), 125/76 мм рт. ст. (определено на правой плечевой артерии в положении лёжа). Пульсовое давление – 50 мм рт. ст.

При осмотре, пальпации и аускультации вен изменений не отмечается.

***Заключение:*** при перкуссии сердца выявлено увеличение относительной сердечной тупости (за счёт смещения левой границы кнаружи от срединноключичной линии на 2 см в V межреберье), при аускультации тоны сердца ослаблены.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

Жалоб нет. Аппетит хороший. Вкусовые ощущения не изменены. Пищу прожёвывает хорошо, болей при жевании не отмечает. Глотание свободное, безболезненное.

Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно, утром. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.

Осмотр полости рта

Запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба бледные; высыпания, изъязвления, афты отсутствуют. Дёсны бледно-розовой окраски, не кровоточат.

Имеются кариозные зубы 7, 4. Зубная формула:

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

Язык нормальной величины и формы, бледно-розовой окраски, влажный, чистый. Нитевидные и грибовидные сосочки языка выражены достаточно хорошо.

Зев розовой окраски. Нёбные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за нёбные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность её гладкая.

Исследование органов брюшной полости

Осмотр живота

Живот нормальной формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Патологической перистальтики, рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Окружность живота на уровне пупка – 108 см.

Перкуссия живота

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Свободная и осумкованная жидкость в брюшной полости не определяется.

Пространство Траубе:

* границы: справа – край левой доли печени (левая окологрудинная линия по краю рёберной дуги), слева – передний край селезёнки (linea costoarticularis sinistra), сверху – диафрагма (VII межреберье по левой срединноключичной линии), снизу – край рёберной дуги.
* Размеры: длинник – 5,5 см, поперечник – 4 см.

Поверхностная ориентировочная пальпация живота

Кожные покровы умеренно влажные. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая методическая скользящая пальпация живота по методу Образцова-Стражеско-Василенко

Сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на границе средней и наружной третей linea umbilicoiliaceae sinistra цилиндрической формы, диаметром 2 см, плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 4-5 см, безболезненная, неурчащая.

Слепая кишка пальпируется в правой паховой области на границе средней и наружной третей линии linea umbilicoiliaceae dextra в виде цилиндра с грушевидным расширением книзу, мягко-эластической консистенции, диаметром 3-4 см, безболезненного, смещаемого в пределах 2-3 см, слегка урчащего при пальпации.

Конечный отрезок подвздошной кишки пальпируется несколько книзу от linea umbilicoiliaceae dextra под прямым углом к слепой кишке в виде тонкостенного цилиндра, мягко-эластической консистенции, диаметром 1-1,5 см, безболезненного, хорошо перистальтирующего и урчащего при пальпации.

Остальные отделы толстой кишки не пальпируются.

Пальпация желудка и определение его нижнее границы

Методом перкуссии, методом глубокой пальпации большой кривизны, методом перкуторной пальпации по Образцову (определение шума плеска), методом стетакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 2,5 см выше пупка.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются. Шум плеска справа от средней линии живота (симптом Василенко) не определяется.

Аускультация живота

При аускультации выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы. Сосудистые шумы не выслушиваются.

Перкуссия границ абсолютной печёночной тупости

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Линия | Верхняя граница | Нижняя граница | Высота печёночной тупости |
| Правая передняя подмышечная | VIII ребро | XI ребро | 13 см |
| Правая срединноключичная | VII ребро | На 2 см ниже края рёберной дуги | 11 см |
| Правая окологрудинная | VI ребро | На 3,5 см ниже края рёберной дуги | 10 см |
| Передняя срединная | -- | На 5 см ниже основания мечевидного отростка грудины | 9 см |
| Граница левой доли | Не выступает за левую окологрудинную линию по краю рёберной дуги | | |

Размеры печёночной тупости по Курлову:

По правой срединноключичной линии – 11 см

По передней срединной линии – 9 см

Косой размер – 7,5 см

Печень пальпируется на 2 см ниже края рёберной дуги (по правой срединноключичной линии), край печени мягкий ровный, с гладкой поверхностью, слегка заострённый, легко подворачивающийся и безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси – отрицательные.

Перкуссия селезёнки

По линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой рёберно-суставной линии, определены границы селезёночной тупости: верхняя граница - на уровне X ребра, нижняя – на уровне XI ребра. Передняя граница селезёночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra. Размеры селезёночной тупости: поперечник - 1,5 см, длинник - 2 см.

Селезёнка не пальпируется.

Исследование поджелудочной железы

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.

***Заключение:*** гепатомегалия (печень пальпируется на 2 см ниже края рёберной дуги).

СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

***Заключение:*** в системе мочеотделения патологий не выявлено.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VII шейного позвонка сзади – 35 см. Жажда не усилена (в сутки выпивает 1500 мл жидкости).

Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага – отрицательные.

***Заключение:*** при исследовании эндокринной системы патологий не выявлено.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается с врачом. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, способен долго сосредоточиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное.

Пациент предъявляет жалобы на головные боли пи изменении метеорологических условий. Головокружения, обмороков нет. Сон неглубокий, 1-2 раза за ночь просыпается. Засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее.

При исследовании черепно-мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечается. Дермографизм красный, нестойкий.

***Заключение:*** при исследовании нервно-психической сферы патологий не выявлено.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании

1. Жалоб на
   1. постоянную экспираторную одышку, сопровождающуюся удушьем, усиливающуюся на холоде
   2. редко возникающий кашель, возникающий ближе к вечеру, сопровождающийся появлением трудно отходящей стекловидной мокроты сероватого цвета с наличием видимых спиралей без запаха
   3. периодическое свистящее дыхание
2. Анамнеза заболевания
   1. постоянную экспираторную одышку, сопровождающуюся удушьем, кашель в вечерние часы с трудно отходящей стекловидной мокротой с 1989 года
   2. Одышка смешанного характера с 1987 года
   3. эпизода мучительнейшего удушья с трудно отходящей мокротой вплоть до невозможности самостоятельно себя обслуживать и спать ночью из-за экспираторной одышки в 1994 году
3. Наличия предрасполагающих факторов
   1. Курение с возраста 18 лет
   2. Проживание в городе с высоким уровнем загрязнения воздуха
4. Данных объективного обследования
   1. синдром повышенной воздушности лёгочной ткани – грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные ямки сглажены, одинаковы справа и слева, межрёберные промежутки расширены, голосовое дрожание ослаблено справа и слева на уровне V межреберья и ниже по всем линиям, эластичность грудной клетки снижена, коробочный перкуторный звук, снижение максимальной дыхательной экскурсии, при аускультации лёгких – над всей поверхностью сухие свистящие хрипы
   2. при аускультации лёгких – жёсткое дыхание, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью лёгких (синдром бронхообструкции)
   3. учащение дыхания (при осмотре ЧДД 20)

ставится диагноз бронхиальная астма

На основании

1. Жалоб на
   1. периодические боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую руку, продолжающиеся около 5 минут, купирующиеся приёмом нитроглицерина в течение 1-2 минут
   2. сердцебиение, возникающее через 20-30 минут после приёма пищи,
   3. перебои в работе сердца
   4. смешанную одышку, появляющуюся при подъёме на один пролёт лестницы
   5. отёки голеней и стоп
2. Анамнеза заболевания
   1. перенесённый в 1987 году инфаркт миокарда
   2. периодические боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую руку, продолжающиеся около 5 минут, купирующиеся приёмом нитроглицерина в течение 1-2 минут с 1987 года
3. Наследственности
   1. Мать страдала ИБС
4. Данных объективного обследования
   1. перкуссия области сердца – увеличение размеров сердца за счёт левого желудочка
   2. незначительные отёки голеней и стоп

ставится диагноз ишемическая болезнь сердца: стабильная стенокардия напряжения (III функциональный класс)

На основании

1. Данных объективного обследования
   1. при осмотре и пальпации височные, сонные, подключичные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы извитые, жёсткие, с утолщенными стенками
   2. акцент II тона над аортой

ставится диагноз атеросклероз

ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Клинический анализ крови – для выявления вторичного эритроцитоза, тромбоцитоза, изменений лейкоцитарной формулы.
2. Биохимический анализ крови – для определения диспротеинемии, внутриклеточных ферментов.
3. Общий анализ мочи – для диагностики поражений почек и их функционального состояния.
4. Исследование мокроты – для детального изучения её качественного состава, выявления повышенного количества нейтрофилов, эозинофилов, определение наличия спиралей Куршмана, кристаллов Шарко-Лейдена.
5. ЭКГ – для выявления признаков гипертрофии правого предсердия и левого желудочка.
6. Рентгенография грудной клетки в двух проекциях – для выявления гипертрофии миокарда и анализа состояния лёгочной паренхимы, лёгочного рисунка и корней лёгких.
7. Компьютерная томография – для уточнения имеющихся изменений в лёгких, определения локализации патологических изменений бронхов.
8. Исследование функции внешнего дыхания – для определения признаков и уровня бронхообструкции и наличия рестриктивных поражений и точной оценки функционального состояния органов дыхания.
9. Эхокардиография – для изучения структуры самого сердца и окружающих его тканей, выявления жидкости в перикардиальной полости и внутриполостных тромбов, для исследования функционального состояния сердца.
10. Суточное мониторирование артериального давления – для выявления наличия артериальной гипертензии, для оценки гипертрофии левого желудочка.
11. Холтеровское мониторирование ЭКГ – для распознавания нарушений ритма, диагностики ишемии миокарда.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгенограмма грудной клетки в прямой и боковой проекциях (01.04.05)

Лёгочные поля повышенной прозрачности, диффузно усилен и деформирован лёгочный рисунок. Свежие очагово-инфильтративные изменения не определяются. Корни тяжистые, но структурные. Синусы свободные. Диафрагма обычно расположена. Сердце горизонтально расположено, талия сохранена, поперечник сердца значительно увеличен за счёт левого желудочка. Аорта плотная, развёрнута, с мелкими включениями кальция в области клюва аорты.

Эхокардиография (7.04.05)

Аорта уплотнена, не расширена. Умеренный гипокинез нижней стенки. ПП ~ 4,3 ед (норма до 4, 0), ПЖ ~ 3,0 ед (норма до 2,5), стенка ПЖ – 0,63 (норма до 0,5), ФВ – 60%.

*Заключение:* Атеросклероз аорты. Умеренная гипертрофия миокарда ПЖ, умеренные очаговые некрозы, снижение сократительной функции. Умеренная гипертрофия миокарда ПЖ. Насосная функция удовлетворительная. Диастолическая дисфункция обоих желудочков.

КТ исследование грудной клетки (18.04.05)

На серии аксиальных томограмм – очаговых и инфильтративных изменений в лёгких не выявлено. Отмечается неравномерная пневматизация долей и сегментов, что обусловлено обширными зонами вздутия лёгочной паренхимы в пределах вторичных долек и на их фоне мелкие участки центрилобулярной эмфиземы. Сосудистое русло редуцировано. Лёгочный интерстиций не изменён. Бронхи прослежены до уровня субсегментарных ветвей, стенки их плотные, просветы некоторых бронхов сужены (особенно верхнедолевого справа и верхушечного нижней доли слева), но свободные. Трахея саблевидной формы (местами видны «комочки» содержимого – видимо слизь).

Структуры средостения и корней лёгких дифференцированы.

Интраторакальные лимфатические узлы не увеличены, в левых бронхопульмональных – видны кальцинаты.

Выпота в серозных полостях нет, листки плевры тонкие, ровные.

Форма и размеры сердца соответствуют возрасту пациента, листок перикарда тонкий. Магистральные сосуды обычного калибра. Стенки аорты (особенно в области арки), коронарные сосуды значительно кальцинированы.

Начальные проявления дегенеративно-дистрофических изменений скелета исследованного уровня.

*Заключение:* КТ-картина диффузного бронхита на фоне вздутия лёгочной паренхимы в пределах вторичных долек и начальных проявлений центрилобулярной эмфиземы.

Анализ ЭКГ

31.03

* Ритм синусовый, регулярный, ЧСС – 93 в минуту. Вертикальное положение ЭОС (угол α = +85-90°)
* Зубец P: длительность 0,08 с, амплитуда 2 мм во II отведении, 2,5 мм в III отведении, в отведении aVF, в отведениях II, III, aVF зубцы Р с заострённой вершиной, в отведениях I, V5,6 зубец Р низкой амплитуды
* Интервал PQ 0,12 с во II отведении
* Комплекс QRS 0,09 с (имеет вид R) во II отведении, имеет форму QS в V1, в aVL имеет вид rS.
* Зубец R амплитуда 13 мм во II отведении, интервал внутреннего отклонения в V1 – 0,02 с, в V6 0,05 с, RV5,6 > 25 мм
* Интервал QT 0,32 с во II отведении
* Зубец Т в aVL отрицательный, в I отведении отсутствует, продолжительность 0,18 с во II отведении
* Депрессия сегмента ST в I, II, III отведениях, V5,6
* Синусовая тахикардия

*Заключение:* выявлено вертикальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии правого предсердия (длительность зубцов Р не превышает 0,1 с, в отведениях II, III, aVF зубцы Р высокоамплитудные с заострённой вершиной, в отведениях I, V5,6 зубец Р низкой амплитуды), признаки гипертрофии левого желудочка (увеличение амплитуды зубца R в V5,6, RV5,6 > 25 мм, смещение сегмента ST в отведениях V5,6, I ниже изолинии, формирование отрицательного зубца Т в aVL, отсутствие зубца Т в I отведении).

Суточное мониторирование АД (13-14.04.05)

*Заключение:* На фоне терапии (энап 2,5 мг/2, моночинкве 40 мг/2) среднедневное, средненочное и среднесуточное АД и показатель гипертонической нагрузки (временной индекс) по систолическому и диастолическому АД за день и за ночь не повышены. Тахикардия днём, нормокардия ночью. Суточный индекс по среднему АД на нижней границе нормы = 10% (диппер). Среднесуточное ПАД не повышено (<53 мм рт. ст.).

Два кратковременных субъективно неощущаемых (не отмечены в дневнике) эпизода систолической гипотензии 87-89/59-71 мм рт. ст. на фоне тахикардии 115-118/мин в 12:20 и 13:02.

Холтеровское мониторирование ЭКГ (15.04.05)

Зарегистрирован синусовый ритм со средней ЧСС 82 (минимальная ЧСС – 57 ночью, максимальная ЧСС – 118 в активные часы). Выявлены преимущественно в дневные часы (максимум 169 в 1 час) монотопные наджелудочковые экстрасистолы в количестве 608, в том числе 4 куплета, 1 короткий эпизод наджелудочковой тахикардии со средней ЧСС 164 (t=1 с). Диагностически значимых смещений сегмента ST не отмечено.

Исследование функции внешнего дыхания

4.03

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Значение | Единицы измерения | Норма | Процент от нормы |
| ЖЕЛ | 1,46 | л | 4,29 | 34 |
| ФЖЕЛ | 1,29 | л | 4,29 | 30 |
| Индекс Тиффно | 33,7 | % | 79,7 | 42 |
| Скорость прохождения по крупным бронхам | 0,37 | л/с | 7,52 | 5 |
| Скорость прохождения по средним бронхам | 0,28 | л/с | 3,97 | 7 |
| Скорость прохождения по мелким бронхам | 0,18 | л/с | 1,34 | 13 |

*Заключение:* Смешанная форма вентиляционной недостаточности (снижение ЖЕЛ, ФЖЕЛ, индекса Тиффно) с выраженной обструкцией на уровне всех бронхов (снижение скорости прохождения по всем бронхам снижена).

Анализ мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам

|  |  |
| --- | --- |
| Выделенные микроорганизмы | Степень обсеменённости |
| 1ый-Candida albicans | 106 |
| 2ой-Neisseria sp. | 105 |

Антибиотикограмма не определялась

Мокрота

Количество 20 мл

Консистенция вязкая

Запах обычный

Характер слизисто-гнойный

Цвет серый

*Микроскопия*

Лейкоциты в скоплениях до 150, 5-10-20 в п/зр

Эпителий плоский немного

Эритроцитов нет

Эпителий цилиндрический много

Макрофаги много

Спирали Куршмана 4 в п/зр

Клетки сердечных пороков не найдены

Кристаллы Шарко-Лейдена не найдены

Эластичные волокна не найдены

Эозинофилы 1-2 в п/зр

Атипичные клетки не найдены

*Бактериоскопия*

Б. К. Не найдены

Другие микроорганизмы – флора смешанная, умеренное количество

Встречаются эпителиальные клетки метаплазированные по плоскоклеточному типу.

*Заключение:* синдром бронхообструкции (обнаружены спирали Куршмана, слизисто-гнойный характер мокроты), синдром острого нарушения бронхиальной проводимости (эозинофилы, лейкоциты в скоплениях, много макрофагов, цилиндрического эпителия, вязкая консистенция).

Общий анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Значение | Единицы измерения | Норма |
| Лейкоциты | 5,46 | 109/л | 3,2-10,2 |
| Нейтрофилы | 64,15 | % | 47-72 |
| Лимфоциты | 25,26 | % | 19-37 |
| Моноциты | 7,09 | % | 3-11 |
| Эозинофилы | 3,15 | % | 0,5-5 |
| Базофилы | 0,35 | % | 0-1 |
| Эритроциты | 4,157 | 1012 | 3,5-5,5 |
| Гемоглобин | 143,0 | г/л | 120-150 |
| Цветовой показатель | 1,03 | - | 0,85-1,05 |
| Гематокрит | 39,96 | % | 36-42 |
| Средний объём эритроцита | 96,00 | фЛ | 76-96 |
| Среднее содержание Hb в эритроците | 34,40 | пГ | 25,4-34,6 |
| Средняя концентрация Hb в эритроците | 35,79 | г/дЛ | 31-36 |
| Тромбоциты | 233,9 | 109 | 180-320 |

*Заключение:* все показатели в пределах нормы

Биохимический анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тест | Результат | Единицы измерения | Норма |
| Na+ | 143,1 | ммоль/л | 135-145 |
| К+ | 4,70 | ммоль/л | 3,5-5 |
| АЛТ | 11 | ед/л | 10-40 |
| АСТ | 10 | ед/л | 10-40 |
| Щелочная фосфатаза | 58 | ед/л | 32-92 |
| Общий белок | 6,1 | г/дл | 6,0-8,0 |
| Альбумин | 3,9 | г/дл | 3,5-5,0 |
| Глюкоза | 84 | мг/дл | 70-110 |
| Креатинин | 1,0 | мг/дл | 0,7-1,4 |
| Общий билирубин | 1,0 | мг/дл | 0,2-1,0 |

*Заключение:* все показатели крови в пределах нормы

Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| Количество | 150 | - |
| Цвет | Соломенно-жёлтый | Соломенно-жёлтый |
| Реакция | рН = 5 | Нейтральная или слабо кислая |
| Удельный вес | 1,013 | 1,001-1,040 |
| Прозрачность | Полная | Полная |
| Белок | Нет | Нет |
| Сахар | Нет | Нет |
| Ацетон | Нет | Нет |
| Желчные пигменты | Положительные | Положительные |
| Уробилин | Положительный | Положительный |
| Эпителиальные клетки полиморфные | Немного | Немного |
| Лейкоциты | 1-2 в п/зр | 1-2 в п/зр |
| Соли-оксалаты | Немного | Отсутсвуют |

Слизь – немного

Бактерии – немного

*Заключение:* выявлено небольшое количество солей-оксалатов.

Иммуноглобулины в сыворотке крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| IgA | 275 мг/дл | 50-300 мг/дл |
| IgM | 100 мг/дл | 40-200 мг/дл |
| IgG | 1200 мг/дл | 600-2000 мг/дл |

*Заключение:* в сыворотке крови содержание иммуноглобулинов в пределах нормы

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

На основании

1. Жалоб на
   1. постоянную экспираторную одышку, сопровождающуюся удушьем, усиливающуюся на холоде
   2. редко возникающий кашель, возникающий ближе к вечеру, сопровождающийся появлением трудно отходящей стекловидной мокроты сероватого цвета с наличием видимых спиралей без запаха
   3. периодическое свистящее дыхание
2. Анамнеза заболевания
   1. постоянную экспираторную одышку, сопровождающуюся удушьем, кашель в вечерние часы с трудно отходящей стекловидной мокротой с 1989 года
   2. Одышка смешанного характера с 1987 года
   3. эпизода мучительнейшего удушья с трудно отходящей мокротой вплоть до невозможности самостоятельно себя обслуживать и спать ночью из-за экспираторной одышки в 1994 году
3. Наличия предрасполагающих факторов
   1. Курение с возраста 18 лет
   2. Проживание в городе с высоким уровнем загрязнения воздуха
4. Данных объективного обследования
   1. синдром повышенной воздушности лёгочной ткани – грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные ямки сглажены, одинаковы справа и слева, межрёберные промежутки расширены, голосовое дрожание ослаблено справа и слева на уровне V межреберья и ниже по всем линиям, эластичность грудной клетки снижена, коробочный перкуторный звук, снижение максимальной дыхательной экскурсии, при аускультации лёгких – над всей поверхностью сухие свистящие хрипы
   2. при аускультации лёгких – жёсткое дыхание, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью лёгких (синдром бронхообструкции)
   3. учащение дыхания (при осмотре ЧДД 20)
5. Данных дополнительных исследований
   1. анализ мокроты – обнаружены спирали Куршмана, эозинофилы
   2. рентгенография грудной клетки в двух проекциях – лёгочные поля повышенной прозрачности, диффузно усилен и деформирован лёгочный рисунок
   3. КТ исследование грудной клетки – неравномерная пневматизация долей и сегментов, что обусловлено обширными зонами вздутия лёгочной паренхимы в пределах вторичных долек и на их фоне мелкие участки центрилобулярной эмфиземы
   4. петля «поток-объём» смещена влево и имеет пологую конечную часть (признак бронхообструкции)

ставится диагноз Бронхиальная астма хронического течения в стадии обострения.

На основании

1. Жалоб на
   1. редко возникающий кашель, возникающий ближе к вечеру, сопровождающийся появлением трудно отходящей стекловидной мокроты сероватого цвета с наличием спиралей Куршмана без запаха
   2. периодическое свистящее дыхание
2. Анамнеза заболевания
   1. Одышка смешанного характера с 1987 года
3. Наличия предрасполагающих факторов
   1. Курение с возраста 18 лет
   2. Проживание в городе с высоким уровнем загрязнения воздуха
4. Данных объективного обследования
   1. синдром гипервоздушности лёгочной ткани – грудная клетка бочкообразная, коробочный перкуторный звук, снижение максимальной дыхательной экскурсии, голосовое дрожание ослаблено справа и слева на уровне V межреберья и ниже по всем линиям, эластичность грудной клетки снижена, над- и подключичные ямки сглажены, одинаковы справа и слева, межрёберные промежутки расширены

при аускультации лёгких – над всей поверхностью сухие свистящие хрипы

* 1. учащение дыхания (при осмотре ЧДД 22)
  2. при аускультации лёгких – жёсткое дыхание, сухие свистящие хрипы над всей поверхностью лёгких

1. Данных дополнительных исследований
   1. КТ исследование грудной клетки – неравномерная пневматизация долей и сегментов, что обусловлено обширными зонами вздутия лёгочной паренхимы в пределах вторичных долек и на их фоне мелкие участки центрилобулярной эмфиземы
   2. рентгенография грудной клетки в двух проекциях – лёгочные поля повышенной прозрачности, диффузно усилен и деформирован лёгочный рисунок
   3. исследование функции внешнего дыхания – смешанная форма вентиляционной недостаточности с выраженной обструкцией на уровне всех бронхов

ставится диагноз хроническая обструктивная болезнь лёгких

На основании

1. Жалоб на
   1. периодические боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую руку, продолжающиеся около 5 минут, купирующиеся приёмом нитроглицерина в течение 1-2 минут
   2. сердцебиение, возникающее через 20-30 минут после приёма пищи,
   3. ощущение перебоев в работе сердца
   4. смешанную одышку, появляющуюся при подъёме на один пролёт лестницы
   5. отёки голеней и стоп
2. Анамнеза заболевания
   1. перенесённый в 1987 году инфаркт миокарда
   2. периодические боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую руку, продолжающиеся около 5 минут, купирующиеся приёмом нитроглицерина в течение 1-2 минут с 1987 года
3. Наследственности
   1. Мать страдала ИБС
4. Данных объективного обследования
   1. перкуссия области сердца – увеличение размеров сердца за счёт левого желудочка
   2. незначительные отёки голеней и стоп
5. Данных дополнительных исследований
   1. рентгенография грудной клетки в двух проекциях – поперечник сердца значительно увеличен за счёт левого желудочка
   2. ЭКГ – признаки гипертрофии правого предсердия (длительность зубцов Р не превышает 0,1 с, в отведениях II, III, aVF зубцы Р высокоамплитудные с заострённой вершиной, в отведениях I, V5,6 зубец Р низкой амплитуды), признаки гипертрофии левого желудочка (увеличение амплитуды зубца R в V5,6, RV5,6 > 25 мм, смещение сегмента ST в отведениях V5,6, I ниже изолинии, формирование отрицательного зубца Т в aVL, отсутствие зубца Т в I отведении)

ставится диагноз ишемическая болезнь сердца

На основании

1. Данных объективного обследования
   1. при осмотре и пальпации височные, сонные, подключичные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы извитые, жёсткие, с утолщенными стенками
   2. акцент II тона над аортой
2. Данных дополнительных исследований
   1. Рентгенограмма грудной клетки – аорта плотная, развёрнута, с мелкими включениями кальция в области клюва аорты
   2. эхокардиограифия – атеросклероз аорты
   3. КТ исследование грудной клетки – стенки аорты (особенно в области арки), коронарные сосуды значительно кальцинированы.

ставится диагноз атеросклероз