Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова

Кафедра факультетской терапии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

 Выполнил:

Проверил:

# Ф.И.О.больного:

# Возраст больного: 59 лет

#  Пол: мужской

Семейное положение: женат

# Место работы: не работает

Профессия: преподаватель

Домашний адрес: Моск. обл. г. Подольск

Дата поступления в клинику: 24.09.99

Жалобы: на затруднение дыхания, преимущественно выдоха, мучительный кашель с трудно отделяемой мокротой слизистого характера, одышку при минимальной физической нагрузке и в покое, слабость, быструю утомляемость.

# Анамнез жизни

Родился в срок от здоровых родителей, ходить, говорить начал вовремя, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. Женат, имеет 1-ого ребенка.

Наследственный анамнез: мать и отец страдали хроническим бронхитом, дочь – аллергический ринит на тополиный пух.

Родился и жил в Баку, в 1989г. переехал в Москву. Бытовые условия в течение всей жизни удовлетворительные. Закончил педагогический институт, работал преподавателем физики в старших классах.

Вредные привычки: курит с 20 лет по 1-2 пачки в день, на данный момент выкуривает около 15 сигарет в день. Другие вредные привычки отрицает.

Перенесенные заболевания: в детстве перенес корь, редко болел ОРЗ. 1953 г. – перелом правой большеберцовой кости (без осложнений). В 18 лет (1957 г.) обнаружили камни в обеих почках. 1998 г. февраль – перенес передний крупноочаговый инфаркт миокарда. 1998г. май - острая язва антрального отдела желудка на фоне лечения преднизолоном.

Аллергологический анамнез: контакт с тополиным пухом и некоторыми резкими запахами (например, парфюмерии) вызывает развитие ринита и приступа удушья.

#### Анамнез настоящего заболевания

Примерно с 1965 г. пациент стал отмечать регулярный утренний кашель с обильно отходящей мокротой слизистого характера, но считал себя здоровым и к врачу не обращался. Впервые обратился к врачу по поводу усилившегося кашля, одышку при тяжелой физической работе в 1971 г.

Был поставлен диагноз: хронический обструктивный бронхит, по поводу чего было назначено лечение (препараты не помнит). Примерно с 1979г. пациента стал беспокоить мучительный кашель с трудно отходящей слизистой мокротой, кратковременные приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие чаще ночью, которым предшествовали простудные заболевания, одышку при быстрой ходьбе. Обратившись к врачу, пациент был госпитализирован и получал лечение: Вентолин и др. препараты, которых пациент не помнит. Находясь на амбулаторном лечении, пациент лекарства не принимал, лишь при тяжелых приступах удушья использовал Вентолин. Вновь пациент обратился к врачу лишь в 1989 г. по поводу тяжелого приступа удушья с затрудненным выдохом после перенесенного ОРЗ, не купирующегося приемом Вентолина, сопровождающегося мучительным кашлем с трудно отходящей мокротой слизистого характера и одышкой при минимальной физической нагрузке. Пациента госпитализировали в больницу (ФТК), где поставили диагноз – бронхиальная астма в стадии, хронический обструктивный бронхит. Было назначено лечение: эуфиллин в\в кап., вентолин, верапамил, антибактериальная терапия. После проведенной терапии состояние больного улучшилось. В дальнейшем, приступы возникали примерно раз в несколько месяцев – больной принимал соответствующее лечение и ежегодно лечился и наблюдался в клинике. В 1996 г. при очередном обследовании были зафиксированы: дыхательная недостаточность 11 ст., эмфизема легких, легочное сердце в стадии компенсации. В этом же году у больного был выявлен впервые очаговый туберкулез легких – проводилась специфическая терапия в течение 3 месяцев с хорошим эффектом.

В 1998 г. после перенесенного инфаркта миокарда возник длительно не купирующийся приступ удушья, в связи с чем, к обычной терапии был добавлен преднизолон в дозе 15 мг\сут. Дальнейшее лечение проводилось с добавлением гормональных препаратов – метипред (преднизолон заменен в связи с острой язвой желудка) и вентолина, верапамила, нитросорбида. С зимы 1999 г. больной отмечает ухудшение состояния – приступы удушья участились, появилась одышка в покое, отеки голеней. В начале сентября 1999 г. у больного повысилась температура тела до 38,8 , усилилась одышка, участились приступы удушья. Больной обратился к участковому врачу, который назначил антибиотики в\м (гентамицин), эуфиллин в\в, бронхолитики и др. Через неделю температура тела нормализовалась, но общее состояние не улучшилось, в связи с чем был госпитализирован в ФТК ММА.

 После первого этапа диагностического поиска можно говорить о наличие у больного в течение длительного времени (20 лет) бронхиальной астмы инфекционно-аллергической гормонально зависимой тяжелого течения, хронического обструктивного бронхита. В данный момент пациент госпитализирован в клинику в связи с ухудшением состояния, которое спровоцировало простудное заболевание. Необходимо провести дальнейшее обследование больного для исключения очаговых воспалительных изменений в легких, уточнить степень дыхательной недостаточности.

### Объективное исследование

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение больного активное. Тип телосложения – нормостенический. Выражение лица: болезненных проявлений не представляет. Рост – 182 см. Вес – 76 кг. Температура тела – 36,8 С.

Кожные покровы бледные, умеренно влажные, отмечается цианоз носогубного треугольника. Слизистые светло-розовой окраски. Эластичность кожи хорошая. Рост волос и ногтей не нарушен. Тип оволосения – по мужскому типу.

Подкожный жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Отеков не выявлено.

Лимфатическая система

Лимфатические узлы не видны. Пальпируются единичные поднижнечелюстные, подмышечные, паховые узлы – безболезненные, подвижные, между собой и с кожей не спаяны. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются.

Костно-мышечная система

Мышцы развиты нормально, симметрично на левых и правых конечностях. Болезненности мышц при движении и пальпации нет. Отмечается сколиоз грудного отдела позвоночника.

Суставы

Конфигурация суставов нормальная. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

Дыхательная система

Дыхание через нос свободное. Голос чистый. Форма грудной клетки эмфизематозная, без деформаций. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Сколиоз грудного отдела позвоночника. Тип дыхания – смешанный. ЧДД –21 в мин. Экспираторная одышка. При пальпации болезненных участков не выявлено. Эластичность не понижена. Голосовое дрожание проводится одинаково, не изменено. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки перкуторный звук с коробочным оттенком. Притупления перкуторного звука не отмечается. Высота стояния верхушек: над ключицами справа 4 см, слева 3 см, сзади на уровне VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига: справа 5 см, слева 5,5 см.

Нижние границы легких:

Топографические линии справа слева

-окологрудинная V м-р ----

- среднеключичная 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 грудного позвонка

При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание, множество рассеянных мелкопузырчатых хрипов и небольшое количество сухих хрипов по всей поверхности легких. Крепитация и шум трения плевры не выслушивается. Бронхофония ослаблена.

Сердечно-сосудистая система

 Жалобы на тяжесть в области сердца, возникающую после физической нагрузки и в момент приступов бронхиальной астмы, проходящую самостоятельно.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, не усилен, ограничен.

 Границы относительной тупости сердца: правая - 0,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье, левая - 5 межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - 3 межреберье слева по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины и параллельно ему.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во 2 межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка – 6 см. Высота стояния аорты – 2,5 см. Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца: правая – 4 межреберье по правому краю грудины, левая – 5 межреберье по среднеключичной линии, верхняя – 2 межреберье по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины и параллельно к нему.

При аускультации выслушиваются тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС 100 в мин. Пульс –100 в мин., ритмичный, хорошего наполнения, ненапряженный, одинаковый на правой и левой лучевых артериях. АД – 140-90 мм рт ст. на правой и левой руках. При осмотре, пальпации, аускультации периферических артерий и вен изменений не отмечается.

Пищеварительная система

Жалобы на тяжесть в правом подреберье после приема жирной и острой пищи.

Аппетит хороший. Жажда не усилена. Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регулярная: стул ежедневно.

Язык влажный, чистый. Зев розовой окраски. Миндалины за небные дужки не выступают. Живот нормальной формы, симметричен. Патологическая перистальтика отсутствует. При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Пальпация живота безболезненна. Симптомы раздражения брюшины не выявлены. При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

При перкуссии границ абсолютной печеночной тупости определяется:

- топографическая линия верхняя граница нижняя граница

-прав передняя подмышечная VII ребро на уровне XI ребра

-правая среднеключичная VI ребро на 3 см ниже края

 реберной дуги

-правая окологрудинная V м-р на 2 см ниже края

 реберной дуги

-передняя срединная ----- на 2 см ниже

 основания мечевидного

 отростка

Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги по правой среднеключичной линии, край печени плотный, ровный, гладкий, безболезненный.

Болезненность в точке проекции желчного пузыря отсутствует. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются.

Система мочевыделения

Жалоб нет. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

Нервно-психическая сфера

Сознание ясное. Поведение больного адекватное. Контактен. Слова произносит внятно, речь плавная. Сон не нарушен.Сухожильные и зрачковые рефлексы в норме. Со стороны зрения, слуха, обоняния, осязания, вкуса нарушений не выявлено.

Эндокринная система

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется.

После второго этапа диагностического поиска получено подтверждение о том, что у больного бронхо-обструктивный синдром, свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Предварительный диагноз: бронхиальная астма инфекционно-аллергическая гормонально зависимая тяжелого течения, хронический обструктивный бронхит, эмфизема легких, дыхательная недостаточность II ст., сердечная недостаточность I ст., постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, артериальная гипертензия. Для уточнения диагноза необходимо получить данные лабораторных исследований: общий, биохимический, иммунологический анализ крови, общий анализ мочи, анализ мокроты, рентгеновское исследование и КТ легких, исследование функции внешнего дыхания, ЭХОИТ сердца, рентгеновское исследование и УЗИ желудочно-кишечного тракта. Необходима консультация фтизиатра.

### Лабораторные исследования

*Общий анализ крови* (24.09.99.): гемоглобин 14,5 г%, гематокрит 42,5 об%, эритроциты 4,7 млн., лейк. 16000 : нейтр.: палчк.-3%, сегмент. 75%, тромбоциты 474 на 10 \л, СОЭ 52 мм\час.

Биохимический анализ крови: общий белок 8,1г%, глюкоза 124 г%, АСТ 20, АЛТ 15, ХС и ТГ 35% мг/дл , белковая фракция альб. 55,1%, альфа-1 2,8%, альфа-2 13,4%, бета 11,4%, гамма 17,3%, Fe 98мкг\дл.

 *Иммунологический анализ крови*: лейк. 16000, Т-лимф. (Е-РОК) 33% - 1056 в 1 мкл, Т-акт при 37 С лимф. 9% - 288 в 1 мкл, В-лимф. (ЕАС-РОК) 25% - 800 в мкл., Yg A – 325 мг%, Yg М – 120 мг%, Yg G – 1600 мг%, Yg Cо – 32,2 мг%.

 *Общий анализ мочи* (27.09.99): прозрачность не полная, много бактерий.

 *Анализ мокроты:*

клетки Пирогова-Лангханса, атипичные клетки не выявлены

количество – 12 мл

консистенция полувязкая

характер – слизисто-гнойная

запах – обычный

цвет – зеленоватый

лейкоциты 10-20-40 в поле зрения

эпителий плоский – много, цилиндрический – немного

эритроциты – нет

спирали Куршмана – 2 в поле зрения

макрофаги – немного

кристаллы Шарко-Лейдена, эозинофилы, клетки сердечных пороков – нет

эластические волокна не найдены

кокки – немного

бац.Коха нет

 *Рентгеноскопическое исследование легких*: на фоне выраженного интерстициального фиброза определяются многочисленные очаговые тени, невысокой прозрачности. Снижена прозрачность легочной ткани.В средних отделах с обеих сторон (больше справа) – фиброз в S10 (отмечается с 1998 г.). Корни легких фиброзно изменены. Диафрагма утолщена, синусы свободны.

 *Функция внешнего дыхания*:

показатели абсолютно % к норме

частота 10

глубина 880

МОД 8800

ЖЕЛ 1100 24%

МОС 25 7%

МОС 50 8%

МОС 75 13%

Легочный объем и показатели бронхиальной проходимости резко снижены. Вентиляционные нарушения смешенного типа.

 *КТ* *легких*: зоны ограниченного фиброза, преимущественно в верхней доле справа, в задних отделах средней доли и язычковых сегментах левого легкого. Также группа кистозных бронхоэктазов в задне-базальных сегментах правого легкого (S10). В разных отделах легких, преимущественно справа, определяются более мягкие (дистальные) бронхоэктазы. Отмечается уплотнение перибронхиального интерстиция (последний обуславливает наличие мелких плотных очаговых теней в основном в верхних отделах справа). Отмечаются участки внутридольковой эмфиземы. Свежих очаговых и инфильтративных изменений легких не выявлено. Просветы крупных бронхов свободны. Лимфатические узлы средостения не увеличены.

Заключение: диффузный хронический бронхит.

 *ЭХОИТ* (27.09.99): оптимальная визуализация из эпигастрального доступа. Визуально полости сердца не расширены, стенки левого желудочка не утолщены, зон гипокинезии в местах, доступных эхолокации, не выявлено. Свободная стенка правого желудочка умеренно гипертрофированна, гиперкинетична. Клапаны не изменены. Стенки аорты уплотнены. При ДКТ – турбулентных потоков нет. Определяется снижение времени диастолического расслабления миокарда.

 *Рентгеновское* *исследование* *ЖКТ*: гастрит, бульбит. Выраженный дуодено-гастральный рефлюкс.

 *УЗИ ЖКТ* (27.09.99): Печень в сагиттальной плоскости на верхней границе нормы, контуры ровные, паренхима гомогенна, несколько повышенной эхогенности. Протоки не расширены. Желчный пузырь не увеличен с извитой шейкой, стенки уплотнены, камней нет, желчь неоднородна. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, умеренно гиперэхогенна. Селезенка не увеличена. Почки нормальных размеров и эхоструктурны. В среднем сегменте левой почки плотная эхоструктура 2,5 мм в диаметре без УЗ-тени (макролит).

 Консультация фтизиатра: признаков обострения процесса нет.

*Анализ третьего этапа диагностического поиска*. Выявлен воспалительный синдром (повыш. СОЭ), обструктивный синдром (спирали Куршмана в мокроте), о поражении бронхов и легких говорит слизисто-гнойный характер и лейкоцитоз мокроты. Резкое снижение ЖЕЛ и бронхиальной проходимости подтверждает наличие дыхательной недостаточности III ст. Рентгеновское исследование и КТ показали признаки диффузного хронического бронхита, свежих очаговых и инфильтративных изменений выявлено не было.

**Клинический диагноз**: Бронхиальная астма инфекционно-аллергическая гормонально зависимая тяжелого течения в фазе обострения. Хронический обструктивный слизисто-гнойный бронхит в фазе обострения. Эмфизема легких. Диффузный пневмосклероз. Хроническое легочное сердце в фазе субкомпенсации. Дыхательная недостаточность – III ст. Сердечная недостаточность – I ст. ИБС: постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, единичные суправентрикулярные экстрасистолы. Атеросклероз аорты, коронарных артерий, сосудов головного мозга. Артериальная гипертензия. Хронический гастрит с не уточненной секреторной функцией в фазе обострения. Бульбит. Вторичное иммунодифицитное состояние.

 План лечения

1.Диета с ограничением жирной, соленой, жареной, пряной пищи. 2. Ветта-адреномиметики и холинолитики (ингаляционно). 3. Кортикостероиды. 4. Блокатор Са каналов. 5. Периферический вазодилятатор. 6. Антибактериальная терапия (антибиотики). 7. Иммуномодуляторы. 8. Н-2 блокаторы. 9. К-сберегающее мочегонное.

10. Фермент поджелудочной железы.

 Лечение в стационаре

* стол № 5
* Метипред 4 мг – 1 табл. утром
* вдыхание беродуала через небулайзер по 2 мл 2 раза в день
* вентолин (днем) по потребности
* верапамил 80 мг 1\2 т. 4 р\день
* сиднофарм 2мг 1\2 т. 4 р\день
* р-р клафорана в\м 1г 3 р\день
* р-р Т-активина 1 мл п\к
* ранисан 150 мл 1т. на ночь
* верошпирон 25 мг 2т. 2р\день
* диакарб 1т. утром
* мезим-форте 1 др. 3р\день
* дибазол 1т. 2р\день
* интерферон 5 кап. 2 р\д