Общие сведения о больном.

Фамилия Имя Отчество \*\*\*\*\*

Дата рождения, возраст \_\_\_\_\_\_\_

Пол женский

Образование 7 классов средней школы

Профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Семейное положение \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства \*\*\*\*\*

Дата поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы.

* на выраженную одышку при физической нагрузке
* приступы удушья, сопровождающиеся затрудненным вдохом и выдохом
* упорный малопродуктивный кашель с отделением вязкой слизистой мокроты
* головные боли и головокружение
* боли за грудиной сжимающего характера, иррадиирущие в левую лопатку
* приступы учащенного сердцебиения
* общую слабость
* пастозность стоп

Анамнез заболевания (ANAMNESIS MORBI).

Первый приступ заболевания был в 1978 году. При работе с дез. растворами почувствовала приступ удушья, сопровождающийся затрудненным выдохом. Через 6 месяцев обратилась к врачу. Был поставлен диагноз – бронхиальная астма, отстранена от работы с дез. растворами.

Лечилась стационарно: проходила терапию в галокамере, делала массаж, весной и осенью -10 уколов эуфиллина. В этот период больная отмечает улучшения состояния здоровья.

В 2000 году больная получила 2-ую группу инвалидности общего заболевания.

Неоднократно перенесенные пневмонии, последняя в октябре 2001 года. Больная отмечает повышение температуры до 39 0С, усиленный кашель, одышку, общую слабость, Лечилась стационарно, получала антибиотикотерапию, муколитики. На основе терапии состояние здоровья улучшилось.

Отмечались обострения заболевания в осенне-весенний период. Частота возникновения приступов нарастала (доходит до 5-6 в год). После переохлаждения больная отмечает усиление кашля, увеличение отхождения мокроты, чувство нехватки воздуха.

В июне 2003 года была госпитализирована в Кл. Василенко с диагнозом обострение бронхиальной астмы. Получала бронходилятаторы, бенклометазон, на основе терапии самочувствие улучшилось.

В марте этого года почувствовала усилившуюся одышку, упорный малопродуктивный кашель, приступ удушья, увеличение потребности в β2 –адреномиметиках короткого действия, в связи с чем была госпитализирована в Кл. Василенко.

Анамнез жизни (ANAMNESIS VITAE).

Родилась в \*\*\*\*\*\*\* области, возраст матери на момент рождения - 33 года, была 6 ребенком в семье. Вскармливалась грудью, ходить начала до года. В 9,5 месяцев перенесла двухстороннее воспаление легких. В 6 лет пошла в школу, Училась хорошо, не отставала в умственном и физическом развитии. Закончила 7 классов, с 12 лет пошла работать из-за тяжелого материального положения в семье.

Работала на стройке – сторожем, воспитательницей в детском саду, в столовой – официанткой, в аэропорту – мыла самолеты, в прачечной – гладильщицей, в течение 31 года работала администратором в пансионате и там же по совместительству уборщицей. Профессиональные вредности – работа с дез. растворами, соляной кислотой.

Питание без ограничений, нерегулярное, частота примерно 2-3 раза в сутки, нет пристрастия к острой, жирной пище

Семейный анамнез: Замужем с 22 лет. Имеет 2 детей: дочь(44 года), сына(39 лет). Поживает в 2-х комнатной квартире с мужем, в квартире центральное отопление, канализация, электричество, водопровод.

Гинекологический анамнез: Менструации начались в 14 лет, обильные, регулярные, болезненные, длительные. Беременностей – 8, родов – 2, абортов – 6. В 50 лет – удаление матки.

Перенесенные заболевания: В 9,5 месяцев перенесла двухстороннее воспаление легких. 1959 год – прокол гайморовой пазухи, 1963 – аппендектомия, 1983 – операция по поводу фиброзно-кистозного мастопатита, 1988 – экстирпация матки по поводу миомы, с 1990 года страдает гипертонической болезнью, стенокардией напряжения. На фоне небольшой физической нагрузки появляется одышка, головная боль, боль за грудиной, АД в покое170\100.Больная принимает нитросорбид, валидол, предуктал с хорошим эффектом. 1998 году бала госпитализирована по поводу отита в р-ную клинику, получала антибиотикотерапию, впоследствии развилась правосторонняя тугоухость. С 2000 года больная страдает геморроем, есть анальная трещина, жалуется на боль при дефекации, кал имеет примесь крови. Страдает хроническим холециститом.

Аллергологический анамнез: Отек Квинке на реопирин.

Наследственность: Мать умерла в возрасте 77 лет от пневмонии, отец погиб на фронте в 1941. Бабушка и дедушка по линии матери умерли рано, причину смерти больная не помнит. Дед по отцовской линии страдал аллергией на пыль.

Вредные привычки: больная отрицает.

дед больной, страдал аллергией на пыль

больная, страдает бр. астмой

отец, погиб на фронте

мать, умерла в возрасте 77 лет от пневмонии

STATUS PRAESENTS.

Состояние больной средней тяжести положение вынужденное – ортопноэ, нарушений осанки и походки не наблюдается. При осмотре головы, шеи патологических изменений не наблюдается. Сознание ясное, больная адекватно реагирует на окружающую обстановку. Телосложение правильное, нормостеническое. Рост 158, масса тела 75кг.

Температура тела: 36,7'С.

Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, на спине крупная пульсирующая гемангиома, болезненная при пальпации, множественные папиломы по всему телу, кожных высыпаний не наблюдается. Кожа эластичная, нормальной влажности. Рост волос не нарушен. Ногти не изменены. Видимые слизистые не изменены: в ротовой полости розового цвета, без высыпаний. Налет на языке отсутствует. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Молочные железы визуально не изменены. Отеки ног, пастозность стоп.

При осмотре **лимфатические узлы** не видны. Затылочные, заушные, околоушные, подподбородочные, поверхностные шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются; пальпируются одиночные подчелюстные лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон, диаметром 1 см, мягкоэластической консистенции, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями.

**Скелетная система** – при исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформации и болезненности не отмечено.

**Мышечная система** развита нормально, но отмечается общая гипотрофия мышц. Гиперкинетические расстройства не выявляются. Болезненность при пальпации отсутствует.

**Осмотр суставов:** суставы имеют нормальную конфигурацию; припухлости, деформации, болезненности при пальпации, покраснения кожных покровов в области суставов, изменений околосуставных тканей не наблюдается. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью; болевые ощущения, хруст и крепитация при движениях отсутствуют.

**Исследование системы дыхания**

Дыхание через нос свободное, ощущения сухости в носу нет, выделений из носовых ходов не наблюдается; носовые кровотечения отсутствуют, обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, в области лобных и гайморовых пазух не отмечено. Голос громкий, чистый. Упорный малопродуктивный кашель с отхождением вязкой слизистой мокроты. Кашель усиливается утром.

Грудная клетка бочкообразной формы, симметрична, небольшой выраженности кифоз. Переднезадний размер увеличен, межреберные промежутки увеличены, ход ребер близок к горизонтальному, над- и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. Эпигастральный угол тупой. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Вспомогательная мускулатура не участвует в акте дыхании. Экскурсии грудной клетки +\- 1 см. Тип дыхания смешанный, преимущественно грудной; частота дыхания – 24 в минуту, ритм дыхания правильный. Голосовое дрожание диффузно ослаблено.

*Пальпация:* в грудной клетке болезненности не отмечается; эластичность нормальная. *Сравнительная* *перкуссия:* перкуторный звук коробочный над всей поверхностью легких. *Топографическая перкуссия:* двустороннее опущение нижней границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Топографические*** | ***Правое легкое*** | ***Левое легкое*** |
| *окологрудинная* | VII межреберье | — |
| *среднеключичная* | VIII ребро | — |
| *передняя подмышечная* | VIII ребро | VIII ребро |
| *средняя подмышечная* | IX ребро | IX ребро |
| *задняя подмышечная* | X ребро | X ребро |
| *лопаточная* | XI ребро | XI ребро |
| *околопозвоночная* | остистый отросток XI грудного позвонка | остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность легочных краев уменьшена на 1 см:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Топографические линии*** | ***Подвижность нижнего края легкого, см*** | | | | | |
| ***Правого*** | | | ***левого*** | | |
| ***на вдохе*** | ***на выдохе*** | ***в сумме*** | ***на вдохе*** | ***на выдохе*** | ***в сумме*** |
| *среднеключичная* | 1–2 | 1–2 | 2–4 | — | — | — |
| *средняя подмышечная* | 2–3 | 2–3 | 4–6 | 2–3 | 2–3 | 4–6 |
| *лопаточная* | 1–2 | 1–2 | 2–4 | 1–2 | 1–2 | 2–4 |

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

Высота стояния верхушек и ширина полей Кренига увеличены.

*Высота стояния верхушек легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Справа*** | ***Слева*** |
| ***Спереди*** | 4 см выше уровня ключицы | 4,5 см выше уровня ключицы |
| ***Сзади*** | На уровне VI ост. отр. шейного позвонка | 1 см выше уровня ост. отр. VII позвонка |

*Аускультация:* Дыхание жесткое, ослаблено над всей поверхностью легких, выдох удлинен. Сухие свистящие (дискантовые) рассеянные хрипы, в нижних отделах с обеих сторон не звонкие влажные мелкопузырчатые хрипы.

***Система кровообращения***

*Осмотр области сердца:* сердечного горба нет, сердечный толчок, пульсация в эпигастрии не видны.

*Пальпация* – верхушечный толчок не определяется. Сердечного толчка, эпигастральной пульсации, кошачьего мурлыканья нет. *Перкуссия:* границы относительной тупости сердца: правая граница 2см кнаружи от края грудины, левая (на 2 см кнутри от среднеключичной линии в VI межреберье) и верхняя (нижний край III ребра)- границы смещены вправо; границы абсолютной тупости сердца не определяется, ширина сосудистого пучка 6,5 см (второе межреберье 2 см от правого края, 1 см от левого края грудины).

*Аускультация:* тоны сердца приглушенные, систолический шум во всех точках аускультации.

АД 170/100 (на обеих руках). При аускультации артерий патологических изменений нет. *Пульс* на лучевой артерии правильный, мягкий, полный, альтерирующий; частота 96 ударов в минуту; одинаков на обеих руках. Дефицит пульса отсутствует. Капиллярного пульса нет.

Вены шеи набухшие. Варикозное расширение вен голени.

# *Система пищеварения*

На момент курации жалоб нет, аппетит хороший, вкусовые ощущения не изменены. Жажды нет. Пищу прожевывает хорошо, болей при жевании не отмечает; глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регулярная. Стул каждый день, вечером; испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, с небольшими примесями крови (геморрой). Отхождение газов свободное, умеренное.

Зев розовой окраски, миндалины не выступают за нёбные дужки, слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность её гладкая.

*Осмотр живота:* живот нормальной формы, симметричен. Патологической перистальтики, изменений кожных покровов, рубцов не отмечается. Мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания. Ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании отсутствуют.

*Пальпация:* 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.

Глубокая методическая скользящая пальпация живота – сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на границе средней и наружной третей linea umbilicoiliaceae sinistra на протяжении 15 см, цилиндрической формы, диаметром 2 см, плотноэластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 4–5 см, безболезненная и неурчащая. Слепая кишка пальпируется в правой паховой области в средней трети linea umbilicoiliaceae dextra на протяжении 12 см, цилиндрической формы, диаметром 3 см, плотноэластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 3–4 см, безболезненная и неурчащая. Остальные отделы толстой кишки не пальпируются.

*Перкуссия:* отмечается тимпанит различной степени выраженности. Симптом Менделя отрицательный.

*Аускультация:* выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

*Перкуссия границ печеночной тупости*: размеры печени (по Курлову): 9-8-7 см. *Пальпация печени:* печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии); край печени плотный, гладкий, закругленный, безболезненный.

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

*Перкуссия селезенки:* по лопаточно-пупочной линии длинник селезенки составляет 10 см; селезенка не пальпируется.

# *Система мочевыделения*

На момент курации жалоб нет; при осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствуют. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

*Эндокринная система.*

Жажда, аппетит не повышен. Характер оволосения по женскому типу. Тремор пальцев рук, век, языка нет. Щитовидная железа не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиуса отрицательные.

# *Нервная система*

На момент курации жалоб нет. Больная ориентирована в пространстве, времен и собственной личности. Восприятие, внимание, память не нарушены. Поведение адекватное.

Сон нарушен из-за частых приступов кашля. Нарушения чувствительности нет.

**Лист консультантов.**

***Общий анализ крови. 25.03.04***

Гемоглобин 125 г\л 130 – 175 г\л

эритроциты 4,0 \* 10 12\л 3,9\* 10 12 – 4,6\* 1012\ л

ЦП 0,93 0,8 – 1,05

лейкоциты 5,3\* 109\л 4,0\*109 – 9,0\*109\л

нейтрофилы 43%

лимфоциты 32% 19 – 37 %

моноциты 5% 3 – 11%

эозинофилы 20% 0,5 – 5%

тромбоциты 250\*109\л 180 – 320 \*109\л

СОЭ 5 мм\ч 2 -15 мм\ч

***Биохимический анализ крови. 25.03.04***

общий белок 6,6 г\дл 6,5 – 8,5 г\дл

альбумин 3,8 г\дл 4 – 5 г\дл

глюкоза 100 мг\дл 60 – 100 мг\дл

креатинин 0,8 мг\дл 0,5 – 1,6 мг\дл

мочевая кислота 4,3 мг\дл 2 - 6,4 мг\дл

холестерин 175 мг\дл 120 – 250 мг\дл

триглицериды 47 мг\дл 50 - 250 мг\дл

ЛПОНП-Хс 9,4 мг\дл 10 - 13 мг\дл

АЛТ 12 ед\л 5 - 30 ед\л

АСТ 11 ед\л 8 - 40 ед\л

ЩФ 61 ед\л

натрий 144 ммоль\л 130,5 – 156,6 ммоль\л

**HbsAg, РПР положит 4+, РПГА** с трепонемным антигеном **слабо пол., ИФА** - отриц.

**Иммуноглобулины.**

**А** – 250мг\%, **М** – 234мг\%, **С** – 1050 мг\% **А** – 103 – 104 мг\%

**М** – 55 -141 мг\%

**Коагулограмма** в пределах нормы. **G** – 664 – 1400 мг\%

***Общий анализ мочи. 25.03.04***

уд. вес 1011 мл (N – 800-1500мл) эритроциты нет (N)

глюкоза нет (N) эпител. кл. плоский немного

ацетон отриц. (N) бактерии немного (N)

белок отриц. (N) слизь умеренно (N)

желчные пигменты отриц. (N)

лейкоциты един. в поле зрения (N)

***Анализ кала. 26.03.04***

В пределах нормы: на скрытую кровь – отриц., реакция на стеркобилин – отриц., яйца глист, простейшие – не найдены.

***Анализ мокроты. 25.03.04***

Консистенция п\вязкая Лейкоциты 10-20 в скоплении

Характер слизистый Эритроциты нет (N)

Запах обычный Макрофаги един. (N)

цвет серый Эпителий: циллинд. немного (N)

спирали Куршмана нет (N) плоск. знач. кол-во

Кристаллы Шарко-Лейдана нет (N) Эозинофилы в скоплении до

эластич. волокна, атипичн. кл. нет (N) негусто

Б.К. нет (N)

**Посев мокроты:** Streptococcus pneumonia 107, Streptococcus gr. Viridans 107

***ЭКГ. 26.03.04***

Синусовый ритм с ЧСС – 75 в 1 мин. Нормальная ЭОС.

***ФВД от 29.03.04***

Смешанная форма вентиляционной недостаточности с выраженной обструкцией на уровне всех бронхов.

ЖЕЛ 43%

ОФВ1 27%

ПСВ 16%

МОС 75%-13%

МОС 50%-13%

МОС 25%-18%

***ЭХО-КГ26.03.04***

Аорта плотная, склерозированная, расширена до 4.0 см (в восходящем отделе до 3.6 см).

ЛП 4.2 см,

ЛЖ 4.7 см,

МЖП 1.3-1.4 см,

ЗС 1.15см,

ГОК 2.5,

ПП- 4.4 см.

ФВ 70 %,

СДЛА 50 мм рт ст.

УО 56 мл.

Заключение: По сравнению с данными июня 2003г. - нарасла легочная гипертензия. Появились признаки дефицита венозного возврата.

***УЗИ брюшной полости от 27.03.04***

Выраженный метеоризм. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Левая доля печени 58+81 мм, правая 106+160 мм, ровные контуры, паренхима повышенной эхогенности, уплотнена по портальным трактам. Воротная вена 10.4 см. Желчный пузырь 97 х 40 мм, стенки уплотнены, утолщены, желчь неоднородная с мелкими плотными включениями. Поджелудочная железа нормальных размеров, контуры ровные, паренхима с явлением стеатоза. Селезенка не увеличена. Обе почки расположены ниже обычного, размеры 115 х 54 мм, контуры волнистые, паренхима неравномерная 14020 мм. Брюшная аорта не расширена, печеночные вены 11 мм.

***Консультации ЛОР от 25.03.04***

Аллергический ринит. Правосторонняя хроническая нейросенсорная тугоухость. Хронический субатрофический фарингит. Рекомендовано альдецин 1 вдох х 2 р/д.

***Компьютерная томография от 26.03.04***

Грудная клетка увеличена в сагиттальном размере. Очагов инфильтративных изменений не выявлено. Средняя доля незначительно уменьшена в объеме, бронхи сближены, стенки утолщены и уплотнены за счет фиброза, просветы сохранены. В проекции заднего сегмента верхней доли левого легкого медиастенально на фоне ограниченного фиброза определяются цилиндрические бронхоэктазы 4-6мм без признаков пери фокального воспаления, междолевая плевра уплотнена и подтянута. В остальных отделах легких пневматизация и васкуляризация долей и сегментов не изменена. Определяется уплотнение стенок крупных бронхов с наличием мелких узелков костной плотности. Аналогичные изменения, но в меньшей степени наблюдаются и в трахеи. Дифференциация средостения и корней легких сохранена. Интраторакальные лимфатические узлы не увеличены. Выпота в серозных полостях нет. Форма и размеры сердца соответствуют возрасту пациентки, листок перикарда тонкий. Структура скелета исследованного уровня без особенностей. Магистральные сосуды обычного калибра.

Заключение: выявленные при КТ исследовании изменения могут соответствовать остеопластической трахеобронхопатии (необходима ФБС). Кт - признаки перибронхиального фиброза средней доли, локального деформирующего бронхита с формированием цилиндрических бронхоэктазов в С2 левого легкого.

**Клинический диагноз и его обоснование.**

Бронхиальная астма, смешанная форма, тяжелого течения, стадия обострения. Хронический обструктивный бронхит, стадия обострения. Цилиндрические бронхоэктазы С2 левого легкого. Эмфизема легких. Пневмосклероз. ДН II ст. Хроническое легочное сердце, стадия декомпенсации.

ИБС: стенокардия напряжения III Ф.К. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II ст. НК II А. Правосторонняя хроническая нейросенсорная тугоухость.

1. Бронхиальная астма, смешанная форма, тяжелого течения, стадия обострения.

Периодически возникающие приступы удушья с затрудненным выдохом. Эозинофилия в общем анализе крови, присутствие эозинофилов в мокроте. Сухие свистящие (дискантовые) рассеянные хрипы в легких. Частые и длительные периоды обострения (5-6 раз в год), обострение заболевания в осеннее-весенний период. Аллергический ринит (консультация ЛОР). Повышенные концентрации Ig A, Ig M (по данным биохимического анализа крови).

Периодические приступы удушья, первоначально были связаны с воздействием аллергических факторов - дезинфекционных растворов (профессиональная вредность), далее приступы удушья возникают после переохлаждения, по-видимому, еще и из-за присоединения бактериальной инфекции – частые пневмонии (спазм-> отек + микробы ->воспаление) и в бронхиальной обструкции начинает играть роль бронхит (мокрота обильная, вязкая, характер слизистый). Таким образом, приступы удушья связаны с воздействием различного рода аллергенов и сенсибилизацией организма к инфекционным факторам, что представляет собой смешанную форму бронхиальной астмы.

1. Хронический обструктивный бронхит.

Упорный, малопродуктивный кашель, с отхождением слизистой мокроты, усиливающийся после переохлаждения. Эксприраторная одышка, возникающая после небольшой физической нагрузки. Жесткое дыхание, свистящие сухие хрипы, небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов (есть мокрота). Снижение скоростных показателей внешнего дыхания. Наличие предрасполагающих факторов – частые пневмонии.

1. Цилиндрические бронхоэктазы С2 левого легкого (на основе данных КТ), кашель, усиливающийся утром.
2. Эмфизема легких.

Бочкообразная грудная клетка, уменьшение ее подвижности при дыхании, ослабление голосового дрожания, коробочный перкуторный звук, исчезновение зоны абсолютной сердечной тупости, опущение нижней границы легких и ограничение экскурсии легочного края, ослабление везикулярного дыхания.

1. Дыхательная недостаточность IIст.

Одышка, возникающая при небольшой физической нагрузке. Цианоз губ, акроцианоз. Смешанный тип: т.к. снижены как скоростные показатели внешнего дыхания (ОФВ1-27%), так и объемные (ЖЕЛ – 43%).

1. Хроническое легочное сердце, стадия декомпесации.

Дилатация правых отделов сердца (сдвиг относительной тупости сердца вправо, дилатация правого предсердия по данным ЭХО КГ). Застойные явления в большом круге кровообращения – отеки ног, пастозность стоп, бледность, цианоз губ, акроцианоз, набухание шейных вен.

**Литература.**

1. А.Л. Гребнев «Пропедевтика внутренних болезней»: Учебник.- 5-е издание, Медицина,2001 г.
2. Ивашкин В.Т. Шептулин А.А. «Пропедевтика внутренних болезней»,
3. А.Л. Гребнев А.С. Трухманов «Справочник основных клинических симптомов и синдромов», Москва 1991 г.
4. А.Л. Гребнев А.А. Шептулин «Непосредственное исследование больного», Учебное пособие, Москва 1992 г.