Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Кафедра факультетской терапии №2 лечебного факультета

***ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ***

Москва 2007

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

1. **Фамилия, имя и отчество**
2. **Возраст** 63 года (8/12 - 43)
3. **Пол** женский
4. **Время поступления** 23.09.07
5. **Профессия** пенсионер
6. **Диагноз, установленный при поступлении в больницу** ХОБЛ тяжелого течения, стадия обострения.

**Клинический диагноз:**

Бронхиальная астма смешанной формы, тяжелой степени тяжести, в стадии обострения. Эмфизема легких. Пневмосклероз.

*сочетанные:* гипертоническая болезнь II ст., III степень

*сопутствующие:* хронический гастрит в стадии ремиссии

*осложнения:* очаговая пневмония в нижней доле правого легкого, ДН II степени

**Жалобы при поступлении:**

На одышку экспираторного характера в покое, усиливающуюся при физической нагрузке, приступы удушья, купирующиеся ингаляциями “Беротека”, резкий кашель с выделением мокроты слизисто-гнойного характера, общую слабость, повышение температуры до 38,1 0С, боли в правой половине грудной клетки.

**Anamnesis Morbi**

Считает себя больной с 1973 года. За последние 10 лет число обострений увеличилось до 3 раз в год. Каждое обострение сопровождалось госпитализацией. Возникали приступы удушья, купирующиеся приемом ”Беротека”. Первые приступы были связаны с воздействием аллергических факторов – пыльца цветущих растений. Приступы разрешались трудно отходящей мокротой. Принимала перорально метилпреднизолон («Метипред») в комбинации с ингаляционными глюкокортикостероидами. Ухудшение состояния за последние 3- 4 дня, проявляющееся появлением тяжелых приступов удушья, не купирующихся приемом ”Беротека”. Изменение характера мокроты со слизистого на слизисто-гнойный. Повышение температуры до 38,1 0С. Страдает гипертонической болезнью II ст., III степени с 1996 года.

**Anamnesis Vitae**

Родилась в 08.12.43. Росла и развивался нормально, в своем физическом и психическом развитии не отставала от сверстников.

Перенесенные заболевания: в детстве - детские инфекции отрицает. В последующем периодически грипп, ОРВИ. Наличие сахарного диабета, туберкулеза, вирусного гепатита, венерических заболеваний отрицает. Хронический гастрит. Перелом шейки бедра в 1980 году.

Эпидемический анамнез: не отягощен.

Аллергологический анамнез: - выявлена аллергия на антибиотики пенициллинового ряда, а также на аспирин, пыльцу цветущих растений, бытовую пыль. Аллергическая реакция проявлялась появлением бронхоспазма.

Наследственность: не отягощена

Акушерско-гинекологический анамнез: две беременности, закончившиеся родами. Роды протекали без осложнений.

**Status Praesens**

Общее состояние: средней тяжесть. Сознание ясное. Положение активное.

Выражение лица: спокойное.

Нарушение осанки не выявлено, походка не нарушена.

Телосложение правильное. Конституция нормостеническая.

Кожные покровы: акроцианоз, цианоз губ, кожные покровы чистые, сухие, тургор не снижен.

Ногтевые пластинки нормальной прозрачности, поверхность ровная. Рост волос не нарушен.

Подкожная клетчатка: распределена равномерно.

Лимфатическая система.: лимфоузлы не пальпируются

Мышечная и костно-суставная система. Костно-мышечный аппарат без видимых изменений, мышцы безболезненны. Суставы имеют нормальную конфигурацию; припухлости, деформации, безболезненности при пальпации, покраснения кожных покровов в области суставов, изменений околосуставных тканей не наблюдается. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движениях отсутствуют.

**Система органов дыхания**

Дыхание через нос затруднено. Число дыхательных движений в минуту – 24. Ритм дыхания правильный. Выделений из носовых ходов нет. Голос чистый. При осмотре зев не гиперемирован, миндалины не выходят за края небных дужек. Грудная клетка бочкообразной формы, деформаций и западаний нет.

Пальпация грудной клетки: безболезненная. При ощупывании ребер целостность их не нарушена, поверхность гладкая.

Голосовое дрожание: ослаблено, выражено одинаково над симметричными участками легких.

Сравнительная перкуссия: при сравнительной перкуссии над всей поверхностью левого легкого определяется коробочный звук; при перкуссии правого легкого определяется притупление перкуторного коробочного звука в IX межреберье по лопаточной линии.

***Топографическая перкуссия***

Высота стояния верхушек

Спереди справа: 4,5 см выше уровня ключицы.

Спереди слева: 4,5 см выше уровня ключицы.

Сзади справа: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Сзади слева: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига: справа – 8см, слева – 7,5см.

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Топографические*  *Линии* | *Правое*  *Легкое* | *Левое*  *Легкое* |
| Окологрудинная | VI ребро | - |
| Среднеключичная | VII ребро | - |
| Передняя подмышечная | VIIIребро | VIII |
| Средняя подмышечная | IX ребро | X |
| Задняя подмышечная | X ребро | X |
| Лопаточная | XI ребро | XI |
| Околопозвоночная | остистый отросток XII  грудного позвонка | остистый отросток XII  грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких (в см)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | Подвижность нижнего края в (см) | | | | | |
| Правого | | | Левого | | |
| На вдохе | На выдохе | Суммарно | На вдохе | На выдохе | Суммарно |
| Среднеключичная | 1,5 см | 2,0 см | 3,5 см | \_ | \_ | \_ |
| Средняя подмышечная | 2,0 см | 3,0 см | 5,0 см | 2,0 см | 3,0 см | 5,0 см |
| Лопаточная | 1,5см | 2,0 см | 3,5см | 1,5см | 2,0 см | 3,5см |

## Аускультация легких: - при аускультации над симметричными участками легочных полей справа и слева выслушивается жесткое дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы; влажные мелкопузыпчатые хрипы в нижнем отделе справа.

## Сердечно-сосудистая система

Осмотр прекардиальной области.

Область сердца и крупных сосудов не изменена. Патологических пульсаций в прекардиальной области визуально не определяется.

Осмотр поверхностных сосудов: - Определяется пульсация поверхностных артерий шеи. Подкожные вены шеи и конечностей не изменены.

Пальпация прекардиальной области.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по среднеключичной линии. Других патологических пульсаций, систолическое и диастолическое дрожание при пальпации прекардиальной области не определяется.

Границы относительной сердечной тупости:

правая – по правому краю грудины в IV межреберье;

левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, в V межреберье;

верхняя – на уровне III межреберья.

Поперечник относительной тупости сердца равен 17 см.

Границы абсолютной тупости сердца: точно определить невозможно из-за явлений эмфиземы легких.

Правая и левая граница сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины.

Поперечник сосудистого пучка – 5 см.

Аускультация сердца Тоны сердца значительно приглушены, ритм правильный. На верхушке I тон громче, чем II. Шумы над другими аускультативными точками не определяются. Число сердечных сокращений 92 минуту.

Исследование артериального давления и артериального пульса.

На момент исследования артериальное давление (АД) на правой руке 130/90, на левой 130/80 мм. рт. ст.

Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен, ритмичный, число пульсовых ударов 92 в минуту.

Пульсация на общей сонной артерии симметрична с обеих сторон. Пульсация над ключицей у наружного края кивательной мышцы (а.subclavia) симметрична с обеих сторон. Также симметрична пульсация подмышечных и плечевых артерий с обеих сторон.

Пульсация на других периферических артериях височных (аа. temporalis); бедренных (аа. femoralis); подколенных (аа. poplitea); заднее-большеберцовых (аа. tibialis posterior); тыла стопы (аа. dorsalis pedis) не ослаблена, симметрична с обеих сторон.

## Система органов пищеварения

Аппетит снижен. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба розовой окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют. Десны бледно-розовой окраски, не кровоточат. Запах обычный. Ротовая полость санирована. Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, чистый. Сосочки языка выражены хорошо. Зев розовой окраски. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за небные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность ее гладкая.

Живот нормальной формы, симметричен. Активно участвует в акте дыхания. Видимой на глаз патологической перистальтики не отмечается. Расширения подкожных вен живота нет. Пупок обычной формы. Стул в норме, запоры и диспепсические расстройства отрицает.

Поверхностная пальпация живота.

При поверхностной (ориентировочной) пальпации – передняя брюшная стенка мягкая, податливая, безболезненная. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Пальпация в точке Мак-Бурнея – безболезненная. При исследовании “слабых мест” передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) – грыжевых выпячиваний не обнаружено.

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Методом перкуссии и флюктуации свободная жидкость в брюшной полости не выявляется.

При глубокой методической скользящей пальпации живота по методу Образцова-Стражеско-Василенко установлено:

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и нижних третей l. umbilioiliaceae sinistra, на протяжении 15 см в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром с большой палец руки, легко смещающегося при пальпации в пределах 4-5 см; не урчащего.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области на границе средней и наружной третей l. umbilioiliaceae dextra, в виде гладкого мягкоэластического цилиндра диаметром в два поперечных пальца, с закругленным дном; безболезненная, умеренно подвижного, урчащего при пальпации. Аппендикс не пальпируется.

Терминальный отдел подвздошной кишки: - пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого, плотного, подвижного, безболезненного тяжа длинной 12 см диаметром с мизинец. При пальпации отмечается урчание.

Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки пальпируются в правой и левой боковых областях (фланках) живота на уровне пупка в виде образований цилиндрической формы диаметром 2 см, подвижных, умеренно-плотных, безболезненных, с гладкой поверхностью, не урчащих.

Поперечная ободочная кишка - пальпируется в пупочной области, в виде умеренно плотного цилиндра, диаметром приблизительно 2,5-3 см, с гладкой поверхностью, горизонтально расположенного, дугообразно изогнутого книзу, безболезненного, легко смещаемого вверх и вниз.

Тонкая кишка не пальпируется.

Желудок: - нижняя граница желудка определенная аускультативным методом (аскульто-фрикции) расположена на 3,5 см выше пупка. Шум плеска (методом сукуссии) над желудком не определяется.

Большая кривизна желудка пальпаторно определяется в виде мягкого, гладкого валика идущего поперечно по позвоночнику в обе стороны от него, ограниченно подвижного, безболезненного, урчащего при пальпации. Малая кривизна не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности в зоне Шофара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. При аускультации живота – выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

## Гепато-билиарная система

Перкуссия печени:

*Верхняя граница абсолютной тупости печени:*

по правой окологрудинной линии – V межреберье,

по правой среднеключичной линии – VI ребро,

передней подмышечной линии – VII ребро.

*Нижняя граница абсолютной тупости печени*:

по правой передней подмышечной линии – X ребро;

по правой среднеключичной линии – край реберной дуги;

по правой окологрудинной линии – на 2 см ниже края реберной дуги;

по передней срединной линии на границе верхней и средней трети линии, соединяющей основание мечевидного отростка с пупком.

Левая граница абсолютной печеночной тупости - по левой окологрудинной линии; печеночная тупость вниз не выступает за пределы реберной дуги.

*Размеры печеночной тупости*:

по правой передней подмышечной линии – 11 см;

по правой среднеключичной линии – 10 см;

по левой окологрудинной линии – 9см.

*Размеры печени по М.Г. Курлову:*

1. первый прямой размер (l. media clavicularis) – 9 см.
2. второй прямой размер (l. mediana anterior) – 8 cм.
3. косой размер – 7 см.

В горизонтальном положении пациента – печень не пальпируется.

Желчный пузырь - не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует.

## Селезенка

Селезенка не пальпируется. Перкуторно передний край длинника селезенки не выходит за пределы передней подмышечной, - линии; задний – за пределы левой лопаточной линии. Верхняя граница селезеночной тупости располагается на уровне IX ребра, нижняя – на уровне XI ребра. Перкуторно размеры длинника селезенки – 11 см, поперечника – 4 см.

**Система органов мочевыделения**

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.

Дизурических явлений нет.

## Эндокринная система

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Боковые доли щитовидной железы не пальпируются, а перешеек прощупывается в виде поперечно лежащего, гладкого, безболезненного валика, плотноэластической однородной консистенции. Ширина перешейка не превышает ширину среднего пальца руки. Железа не спаяна с кожей и окружающими тканями, легко смещается при глотании.

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

**Органы чувств**

Патологий не выявлено

## Нервно-психическая сфера

Больная хорошо ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактна. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено. Память значительно снижена. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное. Очаговой неврологической симптоматики не определяется. Менингеальных симптмов нет.

**Предварительный диагноз:** Бронхиальная астма смешанной формы, тяжелой степени тяжести, в стадии обострения. Эмфизема легких. Пневмосклероз.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

1. Клинический анализ крови
2. Общий клинический анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. Общий анализ мокроты
5. Реакция Вассермана
6. ЭКГ
7. Рентгенография органов грудной клетки.
8. ФВД.
9. Реакция на HBs АГ
10. Реакция на анти – НС АГ
11. Реакция на антитела к ВИЧ

**Данные лабораторных и инструментальных методов обследования.**

**1. клинический анализ крови.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Результат** | **Норма** | **Единицы измерения** |
| Гемоглобин | 160 | 130-160 | г/л |
| СОЭ | 25 | 2-10 | мм/ч |
| Лейкоциты | 9,6 | 4-9 | \*109/л |
| Палочкоядерные нейтрофилы | 4 | 1-6 | % |
| Сегментоядерные нейтрофилы | 75 | 47-72 | % |
| Эозинофилы | 1 | 0,5 - 5 | % |
| Лимфоциты | 16 | 19-37 | % |
| Моноциты | 4 | 3-11 | % |

**2. биохимический анализ крови**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Результат** | **Норма** | **Единицы** |
| Общий белок | 6,7 | 6,7-8,7 | г/дп |
| Мочевина | 3,1 | 2,8 – 7,2 | ммоль/л |
| Креатинин | 89 | 5 - 115 | мкмоль/л |
| Холестерин | 4,7 | 3,6 – 6,2 | ммоль/л |
| Билирубин общий | 14 | 1,7 - 21 | мкмоль/л |
| Билирубин прямой | 2 | 0 - 3 | мкмоль/л |
| Глюкоза | 5,6 | 3,9-6,4 | ммоль/л |
| Аланинаминотрансфераза | 12 | 0 - 41 | Ед/л |
| Аспартатаминотрансфераза | 16 | 0 - 37 | Ед/л |
| Лактатдегидрогеназа | 301,8 | 225 - 480 | Ед/л |
| Кретинфосфокиназа | 56 | 24 - 171 | Ед/л |
| Серомукоид | 0,23 | 0,13 – 0,20 |  |

**3. общий анализ мочи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Результат** | **Единицы измерения** |
| Количество | 300 | мл |
| Цвет | Соломенно-желтый |  |
| Прозрачность | Полная |  |
| Относительная плотность | 1014 |  |
| Реакция | 7,0 |  |
| Белок | Не обнаружено | г/л |
| Глюкоза | Не обнаружено |  |
| Кетоновые тела | Не обнаружено |  |
| Реакция на кровь | Не обнаружено |  |
| Билирубин | Не обнаружено |  |
| Уробилиноиды | Не обнаружено |  |
| Желчные кислоты | Не обнаружено |  |
| Индикан | Не обнаружено |  |

**Микроскопия осадка мочи**

|  |  |
| --- | --- |
| Эпителий плоский | Единично в препарате |
| Эпителий переходный | Единично в поле зрения |
| Лейкоциты | 1 в поле зрения |
| Эритроциты неизмененные | 1 в поле зрения |
| Слизь | Умеренное количество |

**4. Реакция Вассермана** Отрицательная.

**5.Реакция на HBs АГ** Отрицательная.

**6.Реакция на анти – HC AT** Отрицательная.

**7.Реакция на антитела к ВИЧ** Отрицательная.

**8.ЭКГ:** Ритм синусовый. ЧСС 93 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Замедленно проведение по передней ветви левой ножки пучка Гиса. У меренно выраженные изменения миокарда с признаками перегрузки всех камер сердца.

**9. Рентгенография органов грудной клетки:** В легких справа в нижней доле – негомогенная инфильтрация. Легочный рисунок усилен, деформирован. Явления пневмосклероза. Синусы свободны. Тень аорты и сердца с возрастными изменениями.

***Клинический диагноз:***

Бронхиальная астма смешанной формы, тяжелой степени тяжести, в стадии обострения. Эмфизема легких. Пневмосклероз.

*сочетанные:* гипертоническая болезнь II ст., III степень

*сопутствующие:* хронический гастрит в стадии ремиссии

*осложнения:* очаговая пневмония в нижней доле правого легкого, ДН II степени

***Обоснование клинического диагноза***

* Бронхиальная астма смешанной формы, тяжелой степени тяжести, в стадии обострения.

Сухие свистящие хрипы при аускультации легких. Периодические приступы удушья (3-4 раза в год), купирующиеся приемом бета-адреномиметиков, возникали в ответ на действие аллергического фактора – пыльца растений, бытовая пыль. Также приступы возникали на холоде. Таким образом, приступы удушья связаны с воздействием различного рода аллергенов, что представляет собой смешанную форму бронхиальной астмы.

* Эмфизема легких.

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

* Пневносклероз.

Усиление легочного рисунка, склеротические изменения на рентгенограмме органов грудной клетки

* Очаговая пневмония в нижней доле правого легкого

Основываясь на жалобах пациента (повышение температуры тела до 38,1 0С, изменение характера мокроты на слизисто-гнойный, боль в правой половине грудной клетки, отдышка при минимальной физической нагрузке, общая слабость, недомогание) можно предположить наличие у него **интоксикационного синдрома**, а также синдрома общих воспалительных изменений и воспалительных изменений легочной ткани, характерных для пневмонии.

Данные объективного обследования (рентгенография органов грудной клетки**:** в легких справа в нижней доле – негомогенная инфильтрация; притупление перкуторного звука, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах правого легкого) подтверждают наличие перечисленных ранее синдромов, а именно синдрома воспалительных изменений легочной ткани, что позволяет с высокой долей вероятности предположить наличие у пациента **пневмонию в нижней доле правого легкого**.

***Лечение:***

***Бронхиальной астмы***

* Беродуал аэрозоль 2 вдоха по 3 раза в сутки, форадил – аэрозоль 2 вдоха 4 раза в сутки; ингаляционные кортикостероиды – беклазон 250 мкг по 2 вдоха 4 раза в сутки
* Теопек по 1 таблетке 2 раза в сутки
* Преднизолон 5 мг: по 2 таблетки утром – 5дней
* АСС 600 мг 1 таблетка 1 раз в сутки

Бета-адреномиметики ( короткого и пролонгированного действия ) назначаются для снятия бронхоспазма. Кортикостероиды - как противовоспалительное средство для снятия и предупреждения отека слизистой бронхов, который играет важную роль в развитии бронхоспазма. АСС назначают для облегчения отхождения мокроты.

***Пневмонии***

* Азитромицин по 1 таблетке по 0,25 г в сутки
* Цефуроксим по 1 таблетке по 0,5 г 2 раза в сутки
* В/в левофлоксацин по 0,5 г 1 раз в сутки

***Гипертонической болезни***

* Верапамил по 1 таблетке по 40 мг 3 раза в сутки (постоянно)
* Эналаприл по 1 таблетке по 20 мг 1 раз в сутки
* Гидрохлортиазид по 1 таблетке по 12,5 мг 1 раз в сутки