**Возраст:** 01.01.1932. (69)

**Профессия, место работы:** пенсионер

**Дата поступления:** 04.04.2001. **Дата выписки:** 20.04.2001.

**Диагноз направления:** Хронический бронхит, обострение.

**Диагноз клинический:**

1. Основное заболевание - хронический обструктивный бронхит, фаза обострения;
2. Осложнения - пневмофиброз;
* НВД (генерализованная обструкция 2 ст., экспираторный коллапс);
1. Сопутствующие заболевания - атеросклеротический кардиосклероз;
* нарушение ритма сердечной деятельности по типу желудочковой экстрасистолии;
* хронический двухсторонний этмоидит;
* хроническая правосторонняя нейросенсорная тугоухость.

**Анамнез**

Больной поступил в плановом порядке 04.04.2001. по направлению из поликлиники №7.

**Жалобы больного:**

Основные жалобы:

* одышка смешанного характера, постоянная, возникает при незначительных физических нагрузках и усиливается во время ходьбы (при подъеме на 4-5 этаж), а также - в ночное время;
* периодический продуктивный кашель, приносящий облегчение, с небольшим количеством трудно отделяемой мокроты серого цвета без запаха;
* общая слабость, понижение работоспособности;

Дополнительные жалобы:

* затруднено дыхание в носовой полости.

**Начало и развитие настоящего заболевания:**

Каждый год 2-3 раза в течение 2-3 недель болеет простудными заболеваниями. Около 20 лет назад перенес пневмонию. Считает себя больным с декабря 2000 года, когда после переохлаждения повысилась температура до 38 С и появился кашель с мокротой желтого цвета. Принимал самостоятельно антибиотики, отхаркивающие; на фоне проводимого лечения нормализовалась температура, уменьшился кашель, но появилась одышка экспираторного характера, особенно усиливающаяся в ночное время. В феврале был госпитализирован в клинику общей хирургии для оперативного лечения по поводу паховой грыжи, где снова проводилась антибиотикотерапия и отхаркивающие травы; но одышка беспокоила по прежнему. В связи с постоянным затрудненным дыханием больной обратился за медицинской помощью, и был госпитализирован для коррекции лечения и диагноза.

 **Анамнез жизни**

Рос и развивался соответственно возрасту. Детских заболеваний не было (со слов больного). Живет в благоустроенной квартире. Имеет высшее образование (учился в университете). В молодости занимался альпинизмом. В армии не служил. Работал в ТУСУРе. Начал курить в 20 лет, но уже более 20-ти лет не курит. Алкоголем не злоупотребляет; питается регулярно. Оперирован по поводу паховой правосторонней грыжи в январе - феврале этого года.

**Семейный анамнез**

Женат, имеет сына. Туберкулез, венерические заболевания, психические болезни, а также болезни обмена у родственников отрицает. У матери - бронхит, пневмония, ИБС, кардиосклероз.

Была аллергическая реакция на какой-то препарат (отек губ), но больной не помнит - на какой.

**Объективное исследование**

**Вес:** 68 кг. **Рост:** 162 см. **Тип телосложения:** нормостенический.

**Положение больного:** активное.

**Сознание:** полное.

**Выражение лица:** обычное.

**Исследование кожи.** Кожные покровы телесного цвета, умеренно влажные, эластичность несколько понижена. Температура кожных покровов нормальная. На передней брюшной стенке в паховой области имеется операционный рубец длиной около 12 см, заживший первично. Ногтевые пластинки на руках и ногах розовые, гладкие, блестящие, край ровный. Волосы блестящие, не секутся.

**Слизистые оболочки.** Конъюнктива чистая, влажная, блестящая. Слизистые преддверия ротовой полости, твердого и мягкого неба без изменений, розовые, чистые, влажные, блестящие. Сосочки языка выражены.

**Подкожная клетчатка.** Развита умеренно, распределена неравномерно: в большей степени выражена на животе (толщина кожно-жировой складки около 3 см). Отеков нет.

**Мышцы.** Мышцы туловища, верхних и нижних конечностей, шеи и мимические развиты достаточно, симметрично, тонус нормальный. При пальпации безболезненны.

**Кости.** При осмотре и пальпации деформации и болезненности костей черепа, верхних и нижних конечностей, таза, грудной клетки и позвоночника не выявлено.

**Суставы.** Конфигурация нормальная, суставы не деформированы. Цвет кожных покровов и температура над поверхностью суставов не изменены. Суставы безболезненны при пальпации.

 **Лимфатические узлы.** Пальпируются следующие группы: задние и передние шейные, подчелюстные, подмышечные слева и справа. Лимфоузлы единичные, не увеличены, эластичные, подвижные, безболезненные.

**Осмотр полости рта.** Язык не увеличен, слизистая влажная, сосочковый слой выражен. Зубы неподвижны. Зубная формула:

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

Слизистая десен, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки - розовая, гладкая, чистая, блестящая. Миндалины чистые, розовые, влажные, незначительно выступают за дужки.

**Осмотр области шеи.** Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезненна, не уплотнена. При осмотре видна пульсация крупных сосудов шеи.

**Грудная клетка.** Форма грудной клетки - правильная. Эпигастральный угол - прямой. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. 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 в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания - брюшной. Частота дыхания - 18 в минуту. Ритм дыхания правильный.

Окружность грудной клетки на уровне углов лопаток сзади и IY ребер спереди: при спокойном дыхании - 104 см., при максимальном вдохе - 105 см., при максимальном выдохе - 102 см. Максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки - 3 см.

Одышки в покое не наблюдается.

**Пальпация грудной клетки.** При пальпации болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки сохранена. Голосовое дрожание на передней и задней поверхностях грудной клетки над симметричными участками легких справа и слева проводится одинаково.

**Сравнительная перкуссия легких.** Перкуторный звук на передней и задней поверхностях грудной клетки над симметричными участками легких справа и слева одинаковый легочной. Гаммы звучности над передней и задней поверхностями легких сохранены. Над передней поверхностью наиболее ясный, низкий и продолжительный звук - во 2-м межреберье; наименее - в моренгеймовской ямке. Над задней поверхностью наиболее ясный, низкий и продолжительный звук - под лопатками; наименее - на лопатках.

**Топографическая перкуссия.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| **Верхняя граница**СпередиСзадиШирина поля Кренига**Нижняя граница** Окологрудинная линияСреднеключичная линияПер. подмышечная линияСред. подмышечная линияЗадн. подмышечная линияЛопаточная линияОколопозвоночная линия**Подвижность нижнего края**Средн. подмышечная линия | 4 см. над ключицейна уровне остистого отр YII шейного позвонка6 см.4 м/р5 м/рYI реброYII ребро7 м/р8 м/ростистый отросток X грудного позвонка- 1,8 см.+ 2 см.= 3,8 см. | 4,5 см. над ключицейна уровне остистого отр YII шейного позвонка6 см.5 м/р6 м/р7 м/рYIII реброостистый отросток IXгрудного позвонка± 1,8 см.= 3,6 см |

**Аускультация легких.** Дыхание жесткое везикулярное над передними отделами легких. Имеет следующие характеристики:

* грубее физиологического везикулярного;
* по тембру напоминает звук "ф" при произношении удвоенного "ф";
* выдох выслушивается на всем протяжении фазы выдоха;
* выдох тише вдоха;
* выдох ниже вдоха по тональности.

Над нижними отделами легких сзади с обеих сторон удлиненный выдох. В клиностатическом положении жесткое везикулярное дыхание выслушивается лучше, чем в ортостатическом. По окологрудинным и срединно-ключичным линиям на уровне ll и lll межреберий определяются высокие (свистящие и шипящие) и низкие (гудящие) сухие хрипы (наиболее громкие - справа; особенно при форсированном выдохе).

**Осмотр и пальпация области сердца.** Деформации грудной клетки и видимой пульсации в области сердца не выявлено. При осмотре верхушечный толчок и пульсация в эпигастральной области не выявляются. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье слева на 2 см кнутри от lin. medioclavicularis, локализован, не разлитой, не усилен. Толчок правого желудочка и пульсация на основании сердца пальпаторно не выявляются.

**Перкуссия сердца.** Границы относительной сердечной тупости:
Правая - в 4-м межреберье на 1.5 см кнаружи от правого края грудины;
Верхняя - на уровне 3-го ребра по l. parasternalis sinistrae;
Левая - в 5-м межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:
Правая - по левому краю грудины в 4-ом межреберье;
Верхняя - на уровне 4-го ребра по l. parasternalis sinistrae;
Левая - на 2 см кнутри от l. medioclavicularis в 5-ом межреберье.

Поперечник сердца: 12см (при норме 12 - 12,5см).

Длинник сердца: 14,5см (при норме 14 - 14,5см).

Конфигурация сердца: талия - без особенностей (не выступает за линию, соединяющую верхнюю и левую границы сердца; средней степени выраженности), высота стояния правого атриовазального угла на 3-м реберном хряще на 0,5см правее края грудины.

Ширина сосудистого пучка: около 5см (не выходит за пределы грудины в 1-ом и 2-ом межреберьях).

**Аускультация сердца.** Тоны звучные, выслушиваются в характерных точках. l тон преобладает на верхушке, совпадает с верхушечным толчком, пульсацией на правой и левой лучевых артериях, сонной артерии. Выслушивается после длительной паузы, громче ll тона и ниже его по тональности. ll тон громче на аорте, по тональности выше первого тона и выслушивается после короткой паузы. Патологических шумов не выявлено.

**Осмотр и пальпация области аорты и сосудов.** Видимой пульсации области аорты и легочного ствола не выявляется. Пальпаторно определяется пульсация аорты во 2-м межреберье справа. Видна пульсация сосудов шеи по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, синхронизирована с верхушечным толчком. Капиллярный пульс не определяется.

ЧП - 52/мин. Сосудистых шумов не выявлено. Пульс:

* одинаков на обеих руках;
* удовлетворительного наполнения;
* удовлетворительного напряжения;
* имеет правильную форму пульсовой волны;
* ритм правильный;
* не учащен, наблюдается брадикардия (52/мин);
* стенка сосудов - эластичная.

**Артериальное давление:** систолическое - 120 мм рт. ст.; диастолическое - 80 мм рт. ст.

**Осмотр живота.** Живот округлой формы, симметричен. Визуально грыжевых выпячиваний и расширенных подкожных вен стенки не выявляется. Брюшная стенка участвует в акте дыхания. Наличие свободной жидкости в брюшной стенке не выявлено. Окружность живота на уровне пупка 88 см. В правой паховой области определяется операционный рубец длиной около 12 см, заживший первично после проведенной в январе - феврале этого года операции грыжесечения.

**Поверхностная пальпация живота.** Брюшная стенка мягкая, не напряжена, безболезненна. Грыжевых выпячиваний не отмечается.

**Глубокая пальпация.** Слепая кишка расположена в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости; диаметр около 3 см; эластичная; стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная (2 см); безболезненная; урчание не определяется.

Сигмовидная кишка расположена правильно; диаметр около 2 см; эластичная; стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная (3 см); безболезненная; урчание не определяется.

Поперечная ободочная кишка, ее восходящий и нисходящий отделы расположены правильно; диаметр около 2 см; эластичны; стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная (2 см); безболезненны; урчание не определяется.

**Аускультация кишечника.** Перистальтика кишечника, шум трения брюшины не выслушиваются.

**Исследование желудка.** Нижняя граница желудка методом перкуссии и аускультативной пальпации была определена на уровне 2,5 см выше пупка. Большая кривизна расположена правильно (3 см выше пупка); диаметр около 2 см; эластичная; стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная (3 см); безболезненная. Привратник не пальпируется, шум плеска не выявляется.

**Поджелудочная железа.** Не пальпируется; в болевых точках головки, тела и хвоста железы болезненности не отмечается.

**Исследование печени.** Визуально печень не увеличена, пульсации не выявляется. Перкуторно верхние граница относительной тупости по правой окологрудинной линии - 6 ребро, по правой среднеключичной линии - 6 ребро; по передней подмышечной линии - 6 межреберье. Нижняя граница - на границе верхней и средней трети расстояния от мечевидного отростка до пупка. Левая граница по краю левой реберной дуги не выходит за пределы левой парастернальной линии. Размеры по Курлову: 10 \* 8 \* 9 см.

Край печени эластичный, ровный, острый, поверхность гладкая, болевых ощущений нет. На глубоком вдохе на 1 см выходит из под края реберной дуги по срединно-ключичной линии.

**Исследование селезенки.** Перкуторно определены:

* верхняя граница - на уровне 9 ребра по левой средне-подмышечной линии;
* нижняя граница - на уровне 11 ребра;
* задне-верхний полюс - по линии от позвоночника до верхней границы;
* передне-нижний полюс - по линии от пупка к середине расстояния между верхней и нижней границами.

Длинник селезенки 11,5 см; поперечник 7см. Не пальпируется.

**Исследование почек и мочевыводящих путей.** Почки не пальпируются, симптом поколачивания - отрицательный. При глубокой пальпации в надлобковой области болезненности не отмечается.

**Лабораторные исследования**

**Общий анализ крови**

Показатель 5.04 19.04 норма\_\_\_\_

* гемоглобин 139 135 132 - 164
* эритроциты 4,84 4,6 4,5 - 5,1
* ЦП 0,8 --- 0,9 - 1,0
* лейкоциты 6,0 5,7 4,78 - 7,68
* СОЭ 10 9 1 - 10
* сегм. нейтрофилы 77 68 47 - 72
* эозинофилы 6 7 0,5 - 5,0
* лимфоциты 12 20 19 - 37
* моноциты 5 5 3 - 11

**Биохимические показатели крови**

Показатель 4.04 норма \_\_\_

* билирубин общий 14,0 8,55 - 20,5
* общий белок 65,1 65 - 85
* глюкоза 5,4 3,5 - 5,7
* АСТ 22,3 до 38
* АЛТ 18,7 40
* мочевина 5,3 2,5 - 8,3
* креатин. 80,0 53 - 80

**Цитологическое исследование**

Бактер. в титре 10 Streptococcus anginosus.

* цефазолин - чувств.;
* стрептомицин - чувств.;
* пенициллин - чувств.;
* линкомицин - чувств.;
* канамицин = 0.

**Показатели гемостаза**

Показатель 5.04 норма\_\_\_\_

* протромбин. индекс 76,4 80 - 105%
* АЧТВ 32 25 - 35
* фибриноген общ. 3,0 2,5 - 3,5
* фибриноген В + ---

**Общий анализ мочи (5.04.01.)**

* желтая;
* прозрачная;
* белок отрицат.;
* лейкоциты - одиночн.;
* оксолаты - положит..

**Специальные исследования**

**Рентгенологическое исследование (12.04.01.)**

Очаговых инфильтративных теней нет. Пневмонизация легких на симметричных участках выражена одинаково. Легочной рисунок не усилен, деформирован за счет ячеистого пневмофиброза преимущественно в прикорневой зоне и нижних легочных полях. Корни имеют сохраненную структуру, не расширены, тяжистые за счет перибронхиальных изменений.

Купола диафрагмы ровные, четкие. Правый купол частично релаксирован. Сердечно - сосудистая тень расположена срединно, в поперечнике не расширена. Форма развернутая, удлиненная, уплотненная.

**УЗИ (12.04.01.)**

Заключение: перегиб желчного пузыря; диффузные изменения поджелудочной железы; пельвикальная киста левой почки.

**Спирография (6.04.01)**

Заключение: генерализованная обструкция ll степени; экспираторный коллапс.

**ЭКГ**

Заключение: отклонение электрической оси сердца влево; синусная брадикардия (52 в 1'); блокада правой ножки пучка Гисса; блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гисса.

**Обоснование диагноза**

***ДНЕВНИК***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата, пульс температура, давление** | **Осмотр, жалобы, общее состояние**  | **Назначения** |
| *4.04.2001.**АД - 120/80;**ЧДД - 18';**Температура - 36,7 C.**6.04.2001.**АД - 130/80;**ЧДД - 20';**Температура -36,8 C.**9.04.2001.**АД - 130/80;**ЧДД - 19';**Температура - 36,7 C.**20.04.2001.**АД - 120/80;**ЧДД - 20';**Температура -* *36,7 C.* | *См. жалобы при поступлении, анамнез и объективное исследование больного.**Подпись куратора:**Одышка уменьшилась. Объективно: общее состояние пациента близко к удовлетворительному. В легких выслушивается жесткое везикулярное дыхание; высокие и низкие сухие хрипы. Живот плоский, безболезненный, отеков нет.**Подпись куратора:**Пациент жалуется на одышку экспираторного характера. Объективно: состояние близко к удовлетворительному. Кожные покровы обычные. В легких выслушивается жесткое везикулярное дыхание; над задне-нижними отделами легких выслушиваются сухие низкие хрипы.**Подпись куратора:**Пациент чувствует себя лучше, одышка значительно уменьшилась, кашель практически не беспокоит. Объективно: состояние пациента - удовлетворительное.**Подпись куратора:* |  |

**Обоснование прямого клинического диагноза.**

По данным анамнеза, объективного исследования, лабораторных и специальных исследований в клинической картине течения заболевания можно выделить следующие синдромы:

1. бронохообструктивный синдром;
2. бронхитический синдром;
3. синдром уплотнения легких;
4. синдром недостаточности внешнего дыхания.

**Бронхообструктивный синдром:** сложный субъективно-объективно-параклинический синдром.

Субъективно: при незначительных физических нагрузках возникает постоянная одышка смешанного характера (экспираторный компонент), которая усиливается во время ходьбы и в ночное время. Кроме того - периодический продуктивный кашель, приносящий облегчение, с небольшим количеством трудно отделяемой мокроты серого цвета без запаха.

Объективно: над передними отделами легких - жесткое везикулярное дыхание. Над передней поверхностью легких (особенно справа) определяются высокие *сухие* и низкие хрипы (лучше - при форсированном выдохе).

Параклинические исследования:

По данным спирометрии - генерализованная обструкция ll степени.

По данным рентгенологического исследования легочной рисунок деформирован за счет ячеистого пневмофиброза (преимущественно в прикорневой зоне и нижних легочных полях). Имеются перибронхиальные изменения корней легких.

Главным патогенетическим фактором в развитии бронхообструкции является респираторная инфекция (из анамнеза: в декабре 2000 года после переохлаждения повысилась температура до 38 С и появился кашель с мокротой желтого цвета). При вспышке бронхиальной инфекции в просвете бронхов скапливается большое количество нейтрофильных полинуклеаров. Ими в просвет и перибронхиальную ткань выделяется лейкоцитарная эластаза, в результате чего разрушаются эластические элементы стенки бронха и перибронхиальной легочной ткани. В ходе дальнейших регенераторных процессов наблюдаются их фиброзные изменения. Предрасполагающими факторами здесь являются частые респираторные инфекционные заболевания в последние 2-3 года, а также - 20-летний стаж курения. Таким образом, в дыхательные пути попадает "необработанный" воздух, который способствует переохлаждению и высушиванию слизистой бронхов. Это приводит к компенсаторной гиперсекреции слизи и нарушению мукоцеллюлярного клиренса. Со временем развивается гиперплазия слизистых желез бронхов. В результате развития воспалительной реакции в стенке бронхов и выброса медиаторов воспаления повышается проницаемость кровеносных сосудов, развивается отек слизистой бронхов.

Уменьшение просвета бронхов приводит в итоге к существенному увеличению нагрузки на систему дыхания для поддержания необходимой вентиляции альвеол на должном уровне. При снижении парциального давления кислорода в крови происходит рефлекторная стимуляция дыхательного центра, что приводит к увеличению частоты дыхания. А при наличии обструктивных изменений в бронхах у больного наблюдается экспираторная одышка. Сужением просвета бронхов и изменением рельефа их слизистой объясняется выслушиваемое жесткое везикулярное дыхание. При наличии в просвете бронхов очень вязкого секрета, прочно удерживающегося у стенок, выслушиваются сухие хрипы.

Возникновение кашля у больного объясняется раздражением рефлексогенных зон кашлевого центра в гортани, трахее, бронхах ингалируемыми частицами. Импульсы от этих рецепторов передаются по волокнам n. vagus к экспираторным нейронам дыхательного центра, где формируется определенная последовательность фаз кашля.

Возникновение приступов удушья можно объяснить бронхоспазмом в результате рефлекторного повышения тонуса мышц бронхов под действием различных факторов (кашель, инородные частицы, раздражающие газы), которые действуют прямо или через n. vagus (при хроническом воспалении наблюдается снижение порога чувствительности этих рецепторов, что определяет гиперактивность бронхов в ответ на незначительное раздражение).

**Бронхитический синдром:** сложный субъективно-объективно-параклинический синдром.

Субъективно: периодический продуктивный кашель с небольшим количеством трудно отделяемой мокроты серого цвета без запаха. Кашель приносит облегчение.

Объективно: над передними отделами легких - жесткое везикулярное дыхание. Над передней поверхностью легких (особенно справа) определяются высокие сухие и *низкие* хрипы (лучше - при форсированном выдохе).

Параклинические исследования:

По данным спирометрии - генерализованная обструкция ll степени.

По данным рентгенологического исследования легочной рисунок деформирован за счет ячеистого пневмофиброза (преимущественно в прикорневой зоне и нижних легочных полях). Имеются перибронхиальные изменения корней легких.

Воспаление бронхов в данном клиническом случае по своей этиологии может быть бактериальным или вирусным. При любом варианте возможна гуморальная либо клеточная гиперчувствительность организма.

В случае гуморальной гиперчувствительности в крови имеются антитела (АТ) к соответствующим бактериальным (или вирусным) антигенам (АГ), и образовавшиеся иммунные комплексы будут запускать каскад реакций, обуславливающих развитие отека слизистой бронхов и гиперсекреции бронхиальных желез. В случае клеточной гиперчувствительности в соединительной ткани легких и бронхов будут находиться сенсибилизированные к специфическим АГ клетки, контакт которых с АГ также приведет к высвобождению медиаторов и развитию иммунного воспаления. Если организму не удается справиться с инфекцией, то персистирующий АГ вызывает хроническую локальную реакцию ГНТ.

Механизмы развития жесткого везикулярного дыхания и сухих хрипов приведены при описании бронхообструктивного синдрома.

**Синдром уплотнения легких:** сложный субъективно-параклинический синдром.

Субъективно: при незначительных физических нагрузках возникает постоянная одышка смешанного характера (инспираторный компонент), которая усиливается во время ходьбы и в ночное время.

Параклинические исследования:

По данным рентгенологического исследования легочной рисунок деформирован за счет ячеистого *пневмофиброза* (преимущественно в прикорневой зоне и нижних легочных полях). Имеются перибронхиальные изменения корней легких.

При вспышке бронхиальной инфекции разрушаются эластические элементы стенки бронха и перибронхиальной легочной ткани. В ходе дальнейших регенераторных процессов наблюдаются их фиброзные изменения (пневмофиброз).

Инспираторный компонент одышки объясняется замещением легочной паренхимы соединительной тканью, препятствующей физиологическому растяжению (для обеспечения адекватного газообмена в альвеолах) легких в фазе вдоха - нарушается эластическая тяга легких.

**Синдром нарушения внешнего дыхания:** простой субъективный синдром.

Субъективно: при незначительных физических нагрузках возникает постоянная одышка смешанного характера (инспираторный компонент), которая усиливается во время ходьбы и в ночное время. Кроме того - затруднено дыхание в носовой полости (хронический двухсторонний этмоидит).

Усиление одышки при незначительной физической нагрузке связано с повышением кислородного запроса тканей организма. Но в связи с обструкцией дыхательных путей и снижением площади дыхательной поверхности легких компенсаторные возможности организма, поэтому одышка возникает при меньшей физической нагрузке, чем возникла бы в норме при отсутствии вышеперечисленных патологических изменений. Поскольку одышка проявляется при незначительной физической нагрузке, то можно предположительно поставить ll степень недостаточности внешнего дыхания.

**Взаимосвязь синдромов**

Ведущими являются бронхитический и бронхообструктивный синдромы: их симптоматика наиболее ярко представлена в клинической картине заболевания. Появление бронхитического синдрома, на мой взгляд - первично.

Бронхитический синдром обуславливает развитие бронхообструкции в результате гиперсекреции слизи в бронхах, изменения рельефа слизистой и снижения эластической тяги легочной ткани.

Синдром уплотнения легкого (пневмофиброз) явился конечным итогом развития предыдущих двух синдромов и результатом регенераторных процессов с организме.

Бронхитический, бронхообструктивный синдромы и синдром уплотнения легкого приводят к развитию нарушению внешнего дыхания в результате ухудшения альвеолярной вентиляции и снижения площади дыхательной поверхности легких.

**Вывод:** таким образом можно поставить предположительный диагноз - *ХРОНИЧЕСКИЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ В ФАЗЕ ОБОСТРЕНИЯ.*

**Прямой клинический диагноз:**

Основное заболевание - хронический обструктивный бронхит, фаза обострения;

Осложнения

* пневмофиброз;
* НВД (генерализованная обструкция 2 ст., экспираторный коллапс);

Сопутствующие заболевания

* атеросклеротический кардиосклероз;
* нарушение ритма сердечной деятельности по типу желудочковой экстрасистолии;
* хронический двухсторонний этмоидит;
* хроническая правосторонняя нейросенсорная тугоухость.