Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова.

Кафедра терапии и профболезней.

**История болезни**

Москва 2008г.

*Паспортные данные:*

Фамилия, имя, отчество больного:

Возраст: 66 лет

Пол: женский.

Место работы: пенсионер.

До выхода на пенсию работала гальваником. Инвалид II группы с 1982 г.

Домашний адрес: г. Москва

Дата поступления в клинику: 11.03.08

*Жалобы:*

На сухой кашель с трудно отделяемой мокротой, одышку, головные боли, субфебрилитет.

*История заболевания(Anamnesis morbi):*

С 1960 года работает на заводе гальваником, имеет постоянный контакт с ядовитыми химическими веществами. Из-за наличия профессиональных вредностей часто болела простудными заболеваниями, к врачу не обращалась, продолжала работать. В 1982 году, после ОРВИ долгое время сохранялся сухой кашель с трудно отделяемой мокротой. Был поставлен диагноз хронический бронхит. По назначению врача принимала антибактериальную и муколитическую терапию, без эффекта. С 1984 года, в течение 20 лет беспокоили боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку, принимала валокордин, валидол, с эффектом. В настоящее время боли возникают при умеренной физической нагрузке, длятся около 10 минут, принимает валокордин. В 1986 году перенесла двухстороннюю пневмонию, после чего появилась одышка при умеренной физической нагрузке, сохранялся сухой кашель с трудно отделяемой мокротой. Частые обострения кашля в весенне-осенний период. Была госпитализирована в ГКБ им. Боткина, где поставили диагноз астматический бронхит, эмфизема, была назначена терапия сальбутамолом с эуфиллином, с эффектом. С 1988 года ежегодно госпитализируется клиникой им. Е. М. Тареева, в связи с ухудшением самочувствия, постепенным нарастанием одышки. Был поставлен диагноз хронический обструктивный бронхит, по этому поводу получала терапию беродуалом, атровеном с эффектом. В сентябре 2006 года после ОРВИ появился субфебрилитет до 37, 7 °С, одышка, сухой кашель с трудно отделяемой мокротой. Госпитализирована в клинику для уточнения диагноза и коррекции терапии.

*Анамнез жизни(Anamnesis vitаe):*

Родилась 3 июля в 1940 году в Калужской области. Родилась в срок. В семье шесть детей, она шестая. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. Закончила 11 классов, имеет среднее специальное образование. Работать пошла в 20 лет. Условия труда крайне неблагоприятные. Живёт в двухкомнатной квартире на 3 этаже. Жилищные условия благоприятные. Режим питания нормальный, полноценный и регулярный. Часто бывает на свежем воздухе.

Менструация началась в 15 лет, регулярные, болезненные; менопауза в 45 лет, протекала очень тяжело. Замужем с 25 лет. Одна беременность: одни роды. Имеет сына, родился в срок.

Аллергия, в том числе на лекарственные препараты. Аллергическая реакция проявляется высыпаниями на руках и ногах. Вредные привычки отрицает. Отец умер в 72г, мать в 88 года.

*Перенесённые заболевания:*

В 1963 году - аппендэктомия

Болела ветряной оспой, краснухой, скарлатиной.

Переливания крови и контакта с желтушными больными не было.

*Status praesens:*

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Выражение лица спокойное. Телосложение гиперстенического типа. Рост 174 см., вес 100 кг. ИМТ= 33.

Кожные покровы бледно-розового цвета. Окраска видимых слизистых нормальная. Участков патологической пигментации нет. Кожные покровы чистые, эластичность нормальная. Оволосение по женскому типу. Волосы и ногти без изменений.

Подкожно-жировая клетчатка выражена избыточно, особенно в области живота. Толщина кожной складки на животе на уровне пупка 6 см.

Лимфатическая система*.* Подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные узлы не пальпируются.

Мышечная система*.* Самостоятельных болей или возникающих при движениях не отмечается. Мышечная система развита умеренно.

Костная система без видимых изменений, болей нет.

Суставная система.Без изменений.

Нервно-психический статус: внезапные головные боли, головокружения, страдает нарушением сна. Работоспособность снижена.

*Система органов дыхания:*

Дыхание через нос свободное. Патологического отделяемого нет. Голос громкий, чистый.

Осмотр грудной клетки: форма грудной клетки бочкообразная. Положение лопаток на одном уровне, плотно прилегают к грудной клетке. Обе половины грудной клетки синхронно участвуют в акте дыхания, отмечается участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Грудная клетка симметрична. Тип дыхания смешанный. Число дыхательных движений 19 в минуту. Ритм дыхания правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна. Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии наблюдается коробочный звук в правых нижних отделах легкого. Голосовое дрожание ослаблено справа.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 6 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 межреберье | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 8 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 ребро | 10 ребро |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| спереди | 3 см над ключицей | 3 см над ключицей |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка на 2 см латеральнее. | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка на 2 см латеральнее. |

Подвижность лёгочных краёв:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | справа | | | слева | | |
| на вдохе | на выдохе | сумма | на вдохе | на выдохе | сумма |
| l.axillaris media | 3 см | 3 см | 6см | 3 см | 3 см | 6 см |
| l. scapulars | 1 см | 2 см | 3 см | 1 см | 2 см | 3 см |

Аускультация лёгких:

Выслушивается жёсткое дыхание по всем полям, выслушиваются сухие хрипы. Крепитация и шум трения плевры не выслушивается.

*Система органов кровообращения:*

Осмотр сосудов шеи: сосуды шеи не изменены, вены не пульсируют.

Осмотр области сердца: сердечный горб и сердечный толчок визуально и пальпаторно не определяются. Верхушечный толчок пальпаторно не определяется. Систолическое и диастолическое дрожания не определяется.

Перкуссия сердца:

Границы относительной тупости сердца:

Правая-0,5 см кнаружи от правого края грудины, IV межреберье.

Левая-1 см кнутри от левой среднеключичной линии, V межреберье.

Верхняя-III межреберье по левой среднеключичной линии.

Аускультация сердца: I тон приглушен, акцент II тона над аортой. Ритм сердечных сокращений правильный. Число сердечных сокращений 70 ударов в минуту. Шумов сердца нет.

Исследование сосудов: сонная артерия, подключичная артерия, локтевая артерия, лучевая артерия, бедренная артерия, подколенная артерия, задняя большеберцовая артерия, тыльная артерия стопы - в норме. Пульсация периферических сосудов сохранена. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, с хорошим наполнением. Частота пульса 70 ударов в минуту. Определения артериального давления по методу Короткова: систолическое 155 мм.рт.ст, диастолическое 90 мм.рт.ст, пульсовое 70 мм.рт.ст.

*Система органов пищеварения:*

Исследование органов пищеварения: Зев чистый, розовый, влажный. Запах из полости рта обычный. Язык розовый, налет, трещины, язвочки отсутствуют. Пигментация, кровоизлияния не отмечаются. Зубы в хорошем состоянии. Десны розового цвета, без кровоточивости, гнойных выделений, пигментаций.

Осмотр живота: Живот округлой формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный.

Перкуссия живота: Тимпанит умеренно выражен, свободная жидкость не определяется, симптом флюктуации отсутствует.

Поверхностная ориентировочная пальпация живота: При пальпации живот мягкий, болезненный в области головки поджелудочной железы, кишечник безболезненный во всех отделах.

Глубокая скользящая пальпация живота: провести не удалось из-за чрезмерно развитой подкожно-жировой клетчатки.

Исследование печени и желчного пузыря:

Определение границ печени по Курлову: 15(6)-11(3)-10(3)

Пальпация печени: провести не удалось из-за чрезмерно развитой подкожно-жировой клетчатки. Желчный пузырь не пальпируется.

Исследование селезенки:

Размеры селезеночной тупости: длинник 10 см, поперечник 6 см. Селезенка не пальпируется.

Аускультация живота: кишечные шумы не выслушиваются. Методом стетакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 4 см выше пупка.

*Система мочеотделения:*

Болей в области поясницы нет. Мочеотделение безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

*Эндокринная система:*

Щитовидная железа не увеличена, болезненность в области щитовидной железы не определяется.

*Клинические анализы:*

Общий анализ крови

WBC 6.11\*109/L

RBC 4.197\*1012/L

HGB 141 g/L

HCT 42/16 %

MCV 100.4 fL

MCH 30.60 pg

PLT 337.8\*109/L

ESR 15 мм/Н

Биохимический анализ крови

Проба Реберга: фильтрация 35 мл/мин

реабсорбция 97.7

экскреция мочевины 117 мг/сут

Г-ГТ 69 ед/л

АСТ/АЛТ 31/42 ед/л

Общий белок 8.01 г/дл

Экскреция К 1.29г/сут

Биохимический анализ крови

Триглицериды 139мг/дл

Общий холестерин 272 мг/дл

ЛПВП-хс 91 мг/дл

Иммунологический анализ

Ig A 325 мг/дл

Ig M 154 мг/дл

Ig G 1150 мг/дл

Ig E 45.77 мг/дл

Анализ мочи

цвет - желтый

SG – 1.015

Ph = 6

LEU – 1-3 в поле зрения

NIT – neg

PRO – neg

GLU – norm

KET – neg

UBG – norm

BIL – neg

ERY – neg

КСР на сифилис

РПР – отр

ИФА – отр

HBsAg; HCVab

HBsAg – отр

HCVab – отр

*Инструментальные методы исследования:*

Исследование ФВД

ЖЕЛ 63%, ОФВ1  60%

Недостаточность вентиляционных показателей смешанного типа. Рестриктивные нарушения 3-4 ст, обструктивные нарушения на уровне крупных бронхов (проксимальные отделы) 4 ст, среднего калибра 1 ст.

Исследование ФВД

ЖЕЛ 65%, ОФВ1  68%

Недостаточность вентиляционных показателей смешанного типа 1 ст. Обструкция на уровне проксимальных отделов. Положительная динамика.

ЭКГ

ЭОС не отклонена. Ритм синусовый. Нарушение внутрипредсердной проводимости. Умерено выраженные изменения миокарда левого желудочка.

Рентгенограмма органов грудной клетки

На рентгенограмме органов грудной клетки в двух проекциях свежих очагов и инфильтративных теней не выявлено. Легочный рисунок прослеживается по всем полям, усилен и деформирован в базальных отделах за счет диффузного пневмосклероза. В нижних отделах правого легкого определяются цилиндрические бронхоэктазы. Стенки бронхов уплотнены. Корни легких малоструктурны, умеренно расширены. Плевральные синусы свободные. Диафрагма расположена справа на уровне 6-ого ребра, слева 7-ого ребра. Сердце умеренно расширено, сердечная талия подчеркнута. Аорта уплотнена.

КТ грудной клетки

На серии аксиальных томограмм – очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Пневматизация и васкуляризация долей и сегментов равномерная. Легочный интерстиций уплотнен.

Бронхи прослежены до уровня субсегментарных ветвей, просветы свободны. В средней доле правого легкого отмечается умеренное расширение просвета и утолщение стенок субсегментарных бронхов S4 Структуры средостения и корней легких дифференцированы. Интраторокальные лимфатические узлы не увеличены. Выпота в серозных полостях нет, листки плевры неравномерно уплотнены с диафрагмальными складками. Формы и размеры сердца соответствуют возрасту пациента, листок перикарда тонкий. Магистральные сосуды обычного калибра.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: КТ признаки хронического бронхита.

*Клинический диагноз:*

Хронический обструктивный бронхит в стадии обострения. ИБС, стенокардия напряжения II функционального класса.

В пользу диагноза ХОБЛ свидетельствует:

1. Профессиональные вредности. Работа с вредными химическими веществами.
2. длительное течение заболевания, длительно сохраняющийся кашель.
3. признаки бронхиальной обструкции, снижение индекса Тиффно.
4. снижение ЖЕЛ.

Дифференциальная диагностика:

Дифференциальная диагностика основана на исключении локальных и специфических поражений легких. На рентгенограмме не выявлено гранулем характерных для туберкулеза, так же нет признаков рака легкого. Таким образом, данные заболевания можно исключить при постановке диагноза.

Лечение:

Ежедневный прием бронхорасширяющих средств: ингаляции атровеном по 2 вдоха 2 раза в день. Соблюдение режима труда и отдыха, избегать переохлаждения. Для снижения артериального давления ежедневный прием гипотиазида по 1 т. через день, престарима 2 мг. 1 раз в сутки.