I.ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: \_ Пол: Мужской Возраст: 53 года Профессия : Авто слесарь Место жительства: г. Москва

Дата поступления 30/03/99 Дата курации 10/04/99

II.ЖАЛОБЫ

 Больной жалуется на одышку , приступы удушья, при которых больной вынужден занимать положение с фиксацией плечевого пояса, которые сопровождаются малопродуктивным кашлем с отделением светлой, без примеси крови мокроты (до 150 мл за день).

III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

Считает себя больным в течение двадцати лет, когда впервые начал отмечать кашель, возникающий преимущественно утром и сопровождающийся отделением небольшого (до 30 мл в день) количества мокроты («утренний кашель курильщика»), а также, также им было отмечено увеличение частоты «простудных заболеваний», т.е. усиление кашля с одновременным повышением температуры. При обращении в лечебные учреждения ставились диагнозы бронхит , часто переносилась пневмония. В течение последующего течения болезни начал отмечать одышку, условий возникновения, которой не помнит. В 1997 году впервые возник приступ удушья, с которым больной был госпитализирован. Был установлен диагноз «бронхиальная астма». В течение последних двух лет приступы возникали, регулярно начиная с одного раза в неделю с все нарастающей частотой, последние полгода обострения возникают до семи раз в неделю, то есть ежедневно, за прошедший период обследуемый регулярно госпитализировался. 30.04.99. возник очередной приступ удушья, купировать который имеющимися средствами (ингалятором ) больной не смог, была вызвана машина скорой помощи, которая доставила его в больницу .

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

Год рождения — 1942.

Место рождения — Рязанская область.

Образование — неполное среднее (7 классов)

С 1960 по 1962 проходил военную службу в автомобильных войсках.

Семейное положение — женат.

Трудовой анамнез: Работает с 15 лет помощником авто слесаря, затем шофером в настоящее время авто слесарь. Профессиональные вредности — контакт с парами нефтепродуктов и других горюче смазочных материалов, наличие в воздухе металлической пыли, общая запыленность рабочего места.

Жилищные условия нормальные, экологическая обстановка относительно благоприятная.

Питание: Режим питания не соблюдается.

Вредные привычки: Курение. Ежедневно выкуривает половину пачки сигарет. Регулярно употребляет алкогольные напитки.

Перенесенные заболевания: Указывает на регулярные простудные заболевания, частые воспаления легких, рецидивирующий бронхит более двух месяцев за год.

Переливания крови отрицает.

Аллергологический анамнез: Наличие аллергических реакций отрицает.

Страховой анамнез: Общая продолжительность больничных листов за прошедший год более двух месяцев.

V. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (STATUS PRAESENS)

 ОБЩИЙ ОСМОТР

 Общее состояние - средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное (ориентирован в пространстве и времени). Выражение лица спокойное.

 Телосложение астеническое. Осанка сутуловатая

 Цвет кожных покровов бледный . Очаги пигментации и депигментации отсутствуют.

 Высыпаний, сосудистых изменений, рубцов и трофических изменений нет.

 Кожа сухая, тургор нормальный

 Ногти бледные. Исчерченности продольной и поперечной нет.

 Видимые слизистые бледные, влажные, высыпаний нет.

 Подкожно-жировая клетчатка: развитие умеренное, толщина складка 2 см, болезненности нет. Легкая пастозность в области лодыжек и голени.

 Лимфоузлы (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые и подколенные) не пальпируются.

 Зев розовой окраски, припухлости и налеты отсутствуют.

 Степень развития мышц - удовлетворительная, тонус сохранен. болезненность, и уплотнение при ощупывании не отмечается. Тремор отсутствует.

 Кости форма не изменена, деформаций, болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается. Симптом “барабанных пальцев отсутствует.

 Суставы не измененной конфигурации, без припухлостей, болезненности при ощупывании, Гиперемия и местное повышение температуры над суставами отсутствует. Движения : объем активных и пассивных движений сохранен, болезненности и хруста нет.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Жалобы на момент курации: В течение прошедших суток у больного отмечался приступ удушья, который был купирован при помощи ингалятора, и кашель с трудно отделяемой светлой вязкой мокротой ( до 150 мл), одышка в покое.

Осмотр:

Нос: форма не изменена. Дыхание через нос свободное. Отделяемого нет.

Гортань не деформирована. Голос сиплый.

Грудная клетка, ключицы не выступают плотное прилегание лопаток, эпигастральный угол тупой, межреберные промежутки расширены, реберные дуги горизонтальные, переднезадний размер относительно увеличен. Искривления позвоночник нет.

Тип дыхания брюшной. Дыхание ритмичное частота 20 дыханий в минуту. Продолжительность выдоха длиннее вдоха (1:2). Смешанная одышка с затрудненным выдохом.

Пальпация:

Голосовое дрожание симметричное.

Грудная клетка безболезненная, ригидная

Сравнительная перкуссия: На симметричных участках грудной клетки звук одинаковый, коробочный.

Топографическая перкуссия:

 Высота стояния верхушек спереди на 4см. (с двух сторон.)

 — — \*\* — — сзади на уровне остистого отростка СVII

Нижние границы:

 справа слева

 Окологрудинная линия VIII межреб. —

 Срединно-ключичная IX реб. —

 Передняя лопаточная IX межреб. IX межреб.

 Средняя лопаточная Х реб. Х реб.

 Задняя лопаточная XI реб. XI реб.

 Лопаточная линия Тh XI Тh XI

Экскурсия нижнего края легких:

По средней подмышечной линии 4 см

Аускультация: Дыхание на симметричных жесткое.

Побочны дыхательные шумы: Выслушиваются сухие басовые хрипы и сухие, дисконтные на форсированном выдохе.

Бронхофония на симметричных участках одинаковая

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Жалоб на боли в области сердца, сердцебиение, перебои в работе сердца нет.

Осмотр шеи: вены шеи набухшие, видимого набухания и пульсации и артерий не наблюдается

Осмотр области сердца: Выпячиваний и видимых пульсаций нет.

Пальпация: Верхушечный толчок не пальпируется.

# Выявлена эпигастральная пульсация

Сердечный толчок, и дрожание в области сердца отсутствуют.

Болезненности и зон гиперстезии нет.

Перкуссия:

Границы относительной тупости:

 Верхняя граница Ш ребро

 Левая граница 3см слева от левой среднеключичной линии

 Правая граница по краю грудины

 Поперечник относительной тупости 11 см

 Ширина сосудистого пучка 5 см.

 Конфигурация сердца нормальная

Границы абсолютной тупости:

 Правая граница левый край грудины

 Левая граница 5 см от левой среднеключичной линии

 Верхняя граница IV межреберье

Тоны сердца , ритмичные, приглушенные. ЧСС 80 уд./ минуту.

 I тон: на верхушке и у основания мечевидного отростка громче II тона , раздвоение отсутствует.

 II тон: во втором межреберье справа и слева громче I тона, раздвоение или акцент (на аорте или легочной артерии) отсутствует.

Дополнительных тонов и шумов нет.

Шум трения перикарда не выслушивается.

Сосуды:

# При осмотре пульсация артерий не видна

При пальпации выявляется пульсация сонных, височных, лучевых и подколенных артерий.

Артериальный пульс одинаковый на правой и левой руке, ритмичный, plenus, altus, durus. Частота пульса совпадает с ЧСС 80 уд/мин.

Пальпируемые артерии эластичные, гладкие.

При выслушивании сосудистых шумов, двойного шума Траубе не выявлено.

Вены: Видимая пульсация, венный пульс отсутствуют. На шее отмечается набухание вен. Вены нижних конечностей расширены.

При пальпации , уплотнения, болезненности вен не выявляется.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ЖКТ

 Жалоб на боли в животе, диспепсические расстройства : тошноту , рвоту, понос, запор, отрыжку ,изжогу ; изменение или извращение аппетита, присутствие измененной и неизмененной крови в кале нет.

Стул оформленный , в умеренном количестве, коричневого цвета один раз в сутки.

Полость рта: язык нормального цвета, влажный, сосочковый слой развит нормально, налета, трещин, язв нет. На деснах, твердом и мягком небе налет, трещины, язвы также отсутствуют. Зубы с желты налетом , кариеса нет.

Живот нормальной формы, симметричный, вздутия нет, участвует в акте дыхания, венозное коллатерали отсутствуют.

На уровне пупка окружность живота 86см.

При пальпации живот мягкий безболезненный, расхождения прямых мышц живота не наблюдается, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Пальпация по Образцову-Стражеско:

 Сигмовидная кишка — гладкий цилиндр , толщиной 3см безболезненный, смещается, урчания нет.

 Слепая кишка — мягкий , легко смещающийся эластичный цилиндр толщиной 3 см. Выявляется урчание.

 Поперечная ободочная кишка — мягкая, безболезненная не урчит. Толщина 5см

 Восходящая и нисходящая ободочная кишка, большая кривизна желудка и привратник не пальпируется.

При перкуссии: По всей поверхности живота звук одинаковый, тимпанический. При аускультоперкуссии нижняя граница желудка определяется на 3 см выше пупка.

Жидкость в брюшной полости не выявлена.

При аускультации в области пупка выслушивается перистальтика. Над областью проекции слепой кишки урчание.

Печень и желчный пузырь

Жалобы на боли в правом подреберье, тошнота, рвота отсутствует. Желтушность кожных покровов не отмечается. Цвет кала нормальный, Моча не пенистая, золотисто-соломенного цвета.

Границы печени по Кур лову:

Верхняя граница: по срединно-ключичной линии IХ ребро,

Нижняя граница:

 по краю прямой мышцы живота 3 см. от реберной дуги

 по передней срединной линии 4см от мечевидного отростка

 по левой реберной дуге 1 сантиметр от парастернальной линии

Нижний край пальпируется в 3х сантиметрах от реберной дуги поверхность гладкая, средней плотности, край печени не пальпируется, бугристость не отмечается.

Размеры печени по Курлову 10 х 9 х 8 см

Желчный пузырь не пальпируется.

В области проекции желчного пузыря пальпация безболезненная. Симптомы Ортнера, Мюсси, Кера отрицательные.

При аускультации шум трения брюшины не выслушивается.

Селезенка

Жалоб на боль в левом подреберье нет.

Перкуторно определяются размеры — продольный 8см , поперечный 5см

Селезенка не пальпируется

Поджелудочная железа

Жалоб на боли , диспепсические расстройства отсутствуют

СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Жалобы на боли в поясничной области, и внизу живота не предъявляются

Мочеиспускание свободное , безболезненное, Дизурические расстройства не наблюдаются

Цвет мочи соломенно-желтый желтый.

На отеки жалоб нет

Симптом Пастернацкого отрицательный

VI ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

 Анализ крови 01\04 08\04

 Лей 11.4 12

 Эрит 5.27 5.08

 Гем 15.6 15.4

 HCT 47.9 46.2

 MCV 91 91

 MCH 29.6 30.4

 MCHC 32.5 33.4

 RDW 18.2 17.6

 PLT 345 332

 MPV 8.9 8.4

 PCT 0.307 0.249

 PDW 14.7 12.6

 СОЭ 38 25

 LYM 10 40

 MON 4 6

 GRA 79 50

Б\Х

 Альбумины 43

 Общ белок 75

 АЛТ 15.2

 АСТ 26

 B4 32

 Креатинин 82

 Na 141

 K 4.4

 Ca 1.13

Анализ мокроты

Эпителий в небольших количествах

Эластических волокон не обнаружено

Исследование функций внешнего дыхания:

ПАРАМЕТР Ед. изм. Результат Должен Отн

ЖЕЛ Л 3,53 4,03 87,64+

ФЖЕЛ Л 3,94 3,85 102,44

ОФВ 1выд Л 2,06 3,15 65,44 +

Тиффно % 52,28 76,96 67,93+

ПОС выд Л/С 5,36 7,69 69,72+

МОС25 Л/С 2,37 6,93 34,22+

МОС50 Л/С 1,25 4,49 27,81+

МОС75 Л/С 0,60 1,97 30,40+

СОС25-75 Л/С 1,16 3,69 31,42+

СОС75-85 Л/С 0,16

ТФ ЖЕЛ С 4,47

Т пос С 0,02

V пос Л 0,00

АЕХ Л2/С 6,17

МТТ С 3,14

МОС50/ЖЕЛ 1/С 0,30

МОС50/ПОСвыд - 0,20

МОС50/ФЖЕЛ 1/С 0,30

ДО Л 1,17

ЧД 1/мин 16,00

МОД Л/мин 18,83

Т выд С 1,70

Т вд С 1,10

Т выд/ТВД - 1,10

МВЛ Л/мин 1,50

ФЖЕЛ-ЖЕЛ Л 0,48

МВЛ-МОД Л 27,98

После применения бронхолитических средств

ЖЕЛ Л 3,54 4,03 87,69+

ФЖЕЛ Л 3,96 3,85 102,44

ОФВ 1выд Л 2,16 3,15 66,32 +

Тиффно % 54,37 76,96 69,53+

ПОС выд Л/С 5,37 7,69 69,72+

МОС25 Л/С 2,35 6,93 34,22+

МОС50 Л/С 1,21 4,49 27,81+

МОС75 Л/С 0,61 1,97 30,40+

СОС25-75 Л/С 1,15 3,69 31,42+

СОС75-85 Л/С 0,17

ТФ ЖЕЛ С 4,52

Т пос С 0,02

V пос Л 0,00

АЕХ Л2/С 6,17

МТТ С 3,14

МОС50/ЖЕЛ 1/С 0,30

МОС50/ПОСвыд - 0,20

МОС50/ФЖЕЛ 1/С 0,30

ДО Л 1,17

ЧД 1/мин 16,00

МОД Л/мин 18,83

Т выд С 1,70

Т вд С 1,10

Т выд/ТВД - 1,10

МВЛ Л/мин 1,50

ФЖЕЛ-ЖЕЛ Л 0,48

МВЛ-МОД Л 27,98

 ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| у в | у в | у в | у в | у в | у в | У в | у в | у в | у в | у в | у в |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# VII ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: ХЗЛ-хронический обструктивный бронхит.

ОСЛОЖНЕНИЯ: Бронхиальная астма, эмфизема легких, сердечная недостаточность II A степени

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ не выявлены

Диагноз установлен на основании следующих СИНДРОМОВ

1) Синдром бронхиальной обструкции

 -малопродуктивный кашель с отделением небольшого количества мокроты говорит о локализации процесса в мелких, дистальных бронхах

 -жесткое дыхание говорит о сужение просвета бронхов

 -сухие дискантные хрипы – признак поражения мелких бронхов

 -снижение ОФВ, ПОС, пробы Тиффно

1. Синдром эмфиземы легких

 -эмфизематозность грудной клетки

 -повышенная ригидность грудной клетки

 -коробочный перку торный звук

 -расширение границ легких

 -уменьшение экскурсии нижнего края легких

 -смещение печени книзу

1. Синдром дыхательной недостаточности II степени смешанного типа

 -наличие одышки в покое

 -бледность кожных покровов

 -использование вспомогательной дыхательной мускулатуры при дыхании

1. Синдром хронической недостаточности правого желудочка и застоя в большом круге кровообращения:

 -набухание периферических (особенно шейных) вен

 -гипертрофия правого желудочка (увеличение абсолютной тупости сердца, наличие эпигастральной пульсации

 -пастозность нижних конечностей

5)Синдром бронхиальной астмы

 -наличие приступов удушья

6)Синдром воспаления (?))
-увеличение СОЭ

Ведущим синдромом здесь является синдром бронхиальной обструкции, который вызван, как бронхитом , так и астмой. Однако в развитии дыхательной недостаточности основную роль играет бронхит , об этом говорят данные исследования функции внешнего дыхания, когда использование бронходилятаторов не дало значительного увеличения ФЖЕЛ, ОФВ и ПОС. Вообще бронхиальную астму, несмотря на то, что это отдельная нозологическая форма, можно рассматривать как осложнение хронического бронхита, в основе ее развития лежит присутствие постоянного инфекционного очага в органах дыхания, если бы не было хронического бронхита не было бы и бронхиальной астмы. Также весьма заметны и признаки правожелудочковой недостаточности застойные явления в венах большого круга, отеки, гипертрофия правого желудочка (эпигастральная пульсация, увеличение площади абсолютной тупости сердца, хотя границы на первый взгляд находятся в норме при эмфиземе они должны быть сужены).

VIII ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

В развитии хронического бронхита как правило играет роль длительное присутствие в организме возбудителя инфекции, в данном случае речь идет о регулярно повторявшихся острых заболеваниях органов дыхания : острых бронхитов и острых пневмоний, на хронизацию же этого процесса повлияло воздействие таких факторов, как : длительное курение , профессиональные вредности (воздействие паров ГСМ , наличие в воздух металлической пыли, общая запыленность рабочего места), употребление алкоголя, нерегулярное питание. Эти факторы создают дополнительное раздражение слизистых бронхов, понижают иммунитет человека, создавая благоприятные условия для хронизации процесса.

Наличие хронического воспаления, т. е отека бронхов, и их склерозирование привело к появлению синдрома бронхиальной обструкции

Далее, в условиях постоянного присутствия в организме возбудителя развилась сенсибилизация к продуктам распада микробных клеток , что и привело к развитию приступов удушья в результате бронхоспазма, как ответа на воздействие медиаторов аллергии, т.е. астмы.

Пере растяжение альвеолярной стенки вследствие феномена раннего экспираторного закрытия , а также курения и воздействия вредных веществ развилось осложнение обструктивного бронхита — вторичная деструктивная эмфизема.

Разрушение стенок альвеол , их склерозирование, привело к затруднению кровотока по малому кругу кровообращения, и увеличению постнагрузки на левый желудочек, что в свою очередь привело к развитию сердечной недостаточности.