**I. Общие сведения**

1. Фамилия, имя, отчество:
2. Возраст: 75 лет (11.03.1929)
3. Место работы и адрес: пенсионер
4. Должность: ⎯
5. Домашний адрес:
6. Дата поступления в клинику: 27.10.2004 г.

**II. Анамнез (Anamnesis)**

1. **Жалобы**

Жалобы на длительный кашель, усиливающийся при физической нагрузке, с отделением небольшого количества мокроты жёлтого цвета; на одышку при незначительной физической нагрузке (подъём на 1 пролёт лестницы) физической нагрузке; на периодические колющие боли в области верхушки сердца с иррадиацией под лопатку при нагрузке; на тянущие боли внизу живота, не связанные с положением тела и нагрузкой; на пастозность голеней (по вечерам).

1. **История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

В молодости страдала хроническим отитом. В 2000 г. появились боли в сердце, одышка при нагрузке, диагностирована ИБС: стенокардия напряжения II ф. к., обследована в ВКНЦ, назначен приём кардикета, верошпирона периодически, верапамила при приступах сердцебиения с эффектом. В марте 2002 г. Появились приступы кашля, в конце с отхождением густой жёлтой мокроты в небольшом количестве. Обследована в 61 ГКБ, отмечено тяжёлое состояние, хрипы в лёгких, (нижнедолевая пневмония двухсторонняя?). Май 2002 г. – рентгенография – усиление и деформация рисунка – диагноз фиброзирующий альвеолит, эмфизема, диффузный пневмосклероз. После выписки состояние улучшилось до относительно удовлетворительного, приступы кашля стали реже (по ночам), мокроты меньше, кардиалгии реже. Рентгенологические изменения сохранялись, одышка усилилась. С 2002 г. получает кортикостероиды, затем к терапии добавлен колхицин. Несколько госпитализаций в кл. им. Е.М.Тареева в связи с обострением хронического обструктивного бронхита: в марте 2003, в октябре 2003, В 2003 – биопсия – подтверждён диагноз идиопатический фиброзирующий альвеолит. В 2003 – КТ. Настоящее ухудшение состояния в течение месяца, когда стала нарастать одышка, усилился кашель с мокротой, появились отёки голеней. Госпитализация 27.10.2004 г.

1. **Перенесенные заболевания**

В детстве перенесла малярию.

В молодости хронический отит.

Ранений, контузий не было. Венерическими заболеваниями не страдала. В контакте с инфекционными больными не была.

 Отравлений не было.

Инвалид II группы.

1. **Аллергологический анамнез**

Непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов, парфюмерных изделий больная не отмечает.

1. **Семейный анамнез и наследственность**

Отец погиб в войну, мать умерла 63 лет от перитонита, братья и сёстры: брат погиб на фронте, другие родственники здоровы.

Семейное положение: вдова.

Дети: дочери 36 и 42 лет, одна страдает болезнью почек.

1. **История жизни больного (Anamnesis Vitae)**

Дата рождения 11.03.29, место рождения Москва. Развитие в детстве без отставания от сверстников, перенесла малярию. Артрит. Образование среднее, профессия красильщица. Профессиональные вредности были (кислоты, краска, хлорсодержащие вещества) в течение 45 лет до 1985 г. (пенсия по возрасту). Жилищные условия удовлетворительные. Характер питания: регулярное, достаточное, склонность к мясной пище.

Не курит. Алкоголь не употребляет. Наркотики отрицает.

Дата последней менструации: менопауза с 45 лет.

Гинекологические заболевания отрицает. Гемотрансфузии, донорство отрицает, экстракции зубов были. Контакт с больными туберкулёзом отрицает. Острый вирусный гепатит не переносила.

**III. Данные объективного исследования**

Состояние больной удовлетворительное, tº тела – 36,6 ºС.

Положение больной активное. Сознание ясное. Лицо не выражает болезненных изменений.

Телосложение правильное, нормостенический тип конституции. Рост 155 см, масса тела – 65 кг. ИМТ = 27. Нарушений осанки и походки не отмечается.

**Кожные покровы** бледно-розовой окраски. Кожа умеренной влажности, эластичность ее хорошая. Волосы не изменены. Ногти в виде часовых стёкол.

**Подкожно-жировой слой** развит избыточно (толщина кожной складки на животе на уровне пупка – 3 см), распределен равномерно. Толщина кожной складки у нижнего угла лопатки 2 см. Пастозность голеней.

**Лимфатические узлы** при осмотре не видны, не пальпируются.

Общее развитие **мышечной системы** удовлетворительное. Болезненность при пальпации мышц отсутствует. Тонус мышц одинаков с обеих сторон. Мышечная сила удовлетворительная.

При обследовании **костей** черепа, грудной клетки, позвоночника деформации не отмечаются. Пальцы рук – «пальцы Гиппократа».

**Суставы** правильной конфигурации, безболезненные. Активные и пассивные движения в полном объёме.

**Органы дыхания**

Носовое дыхание свободное. Отделяемого из носа нет. Форма носа не изменена.

Грудная клетка правильной конфигурации, нормостенического типа, коническая, без деформаций, симметричная. Тип дыхания – грудной. Дыхание ритмичное. Частота дыхания – 24 в минуту. Дыхательные движения с обеих сторон грудной клетки средние по глубине, равномерные и симметричные. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Грудная клетка безболезненна. Эластичность грудной клетки нормальная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон.

Положение лопаток на одном уровне, плотно прилегают к грудной клетке.

**Перкуссия лёгких**

При *сравнительной перкуссии* лёгких выявляется ясный легочный звук.

*Подвижность нижних краёв лёгких* уменьшена (2 см).

***Аускультация лёгких***

При аускультации над лёгкими определяется крепитация в базальных отделах. Бронхофония не изменена, одинаковая с обеих сторон.

**Сердечно- сосудистая система**

***Перкуссия сердца***

Границы сердца не изменены.

***Аускультация сердца***

Акцент 2 тона над лёгочным стволом. Частота сердечных сокращений – 70 в 1 минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

***Исследование сосудов***

Пульс 70 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, нормальной величины, одинаковый на обеих руках.

Артериальное давление: на левой руке 180/70 мм рт. ст., на правой руке - 180/70 мм рт. ст.

При исследовании вен – без особенностей.

Капиллярного пульса нет.

**Система пищеварения**

Система пищеварения без особенностей.

Печень не пальпируется. Перкуссия: 9-8-7 (по Курлову).

Селезёнка не пальпируется.

**Органы мочевыделения**

При осмотре области *почек* патологические изменения не выявляются. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

*Мочевой пузырь* перкуторно не выступает над лонным сочленением, не пальпируется.

**Нервно-психический статус**

Сознание ясное, нет головных болей, нет головокружения, сон нарушен из- за приступов кашля.. Оценка общего состояния адекватная. Интеллект соответствует уровню своего развития. Внимание не ослаблено, память не снижена, настроение ровное, общителеьна, уравновешена, не суетлива.

**Органы чувств**

Без особенностей.

**Эндокринная система**

Без особенностей.

**IV. Предварительный диагноз**

* Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Стадия сотового лёгкого.
* Хронический бронхит.
* ИБС: стенокардия напряжения II ф. к.

**V. План обследования**

1. Клинический анализ крови, тромбоцитов, ретикулоцитов.
2. Время свёртывания крови, время кровотечения, коагулограмма, ПИ.
3. Группа крови, резус-фактор, Реакция Вассермана, HBsAg.
4. АСТ, АЛТ, гамма-ГТ (обоснование: для определения состояния функций печени).
5. Биохимический анализ крови (12-канальный, 6-канальный) (обоснование: для определения функций почек, печени, поджелудочной железы, оценки гомеостаза).
6. Ревмопробы: титры АСЛ-О (обоснование: оценить активность артрита).
7. Общий анализ мокроты (обоснование: исключить туберкулёз, злокач. образов., астму).
8. Рентгенография органов грудной клетки (обоснование: оценить стадию процесса).
9. Функциональное исследование сердца и лёгких: ЭКГ, мониторирование АД, ФВД (обоснование: оценить степень рестрикции и динамику при лечении).
10. УЗИ: сердца, брюшной полости, почек (обоснование: боли внизу живота).

**VI. Данные лабораторных и инструментальных**

**методов исследования**

**Общий анализ мочи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Color | жёлтый |  |  |
| SG | 1.015 |  |  |
| pH | 6 |  |  |
| LEU | 1-3 в п. зр. | ↑ |  |
| NIT | умеренно |  |  |
| PRO | - |  |  |
| GLU | норм. |  |  |
| КЕТ | - |  |  |
| UBG | норм. |  |  |
| BIL | - |  |  |
| ERY | 2-4 в п. зр. | ↑ |  |

**Общий анализ крови**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WBC: | 10,1\*103 mm3 | (4,0-9,0) | ↑ |
| RBC: | 5,16 H 106 mm3 | (3,90-5,00)  | ↑ |
| HGB: | 15,1 H g/dL | (11,0-16,0)  |  |
| HCT | 44,8 H % | (36,0-48,0)  |  |
| PLT | 220\*103 mm3 | (150-400) |  |
| MCV | 87 µm3  | (75-95) |  |
| MCH | 31,2 pg | (24,0-34,0) |  |
| MCHC | 35,9 g/dl | (31,5-35,0) | ↑ |
| СОЭ | 10 мм/ч |  |  |

П=4, С=49, Э=6, Л=33, М=8

**Биохимическое исследование крови**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тест | Результат | Единица | Отклонение | Норма |
| Кальций | 9,8 | мкг/дл |  | 8,5-10,5 |
| Щел. фосфатаза | 121 | ед/л |  | 98-274 |
|  П р о б а Р е б е р г а | Креат. крови | 1,0 | мг/дл |  | 0,7-1,4 |
| Креат. мочи | 42,2 | мг/дл |  | - |
| Конц. индекс | 42,2 | мг/дл |  | - |
| Сут. диурез | 2000 | мл |  | - |
| Мин. диурез | 1,39 | мл/мин |  | - |
| Фильтрация | 59 | мл/мин | ↓ | 80-120 |
| Реабсорбция | 97,6 | мл/мин | ↓ | 98-99 |
| Экскр. мочевины | 16,5 | г/сут |  | 15,2-34,8 |
| Экскр. мочев. к-ты | 366 | мг/сут | ↓ | 400-600 |
| Экскр. кальция | 106 | мг/сут |  | 100-300 |
| Экскр. фосфора | 804 | мг/сут |  | 500-2000 |
| АСТ | 24 | ед/л |  | 0-40 |
| АЛТ | 28 | ед/л |  | 0-40 |
| Холинестераза | 10292 | ед/л |  | 5600-12900 |
| Общий белок | 7,2 | г/дл |  | 6,0-8,0 |
| Альбумин | 3,8 | г/дл |  | 3,5-5,0 |
| Креатинин | 1,0 | мг/дл |  | 0,7-1,4 |
| Неорг. фосфор | 2,4 | мг/дл |  | 2,5-4,5 |
| Глюкоза | 98 | мг/дл |  | 80-120 |
| Азот мочевины | 12 | мг/дл |  | 10-20 |
| Мочевая к-та | 4,7 | мг/дл |  | 2,5-7,0 |
| О. билирубин | 1,2 | мг/дл | ↑ | 0,2-1,0 |
| Na+ | 143 | мэкв/л |  | 135-145 |
| К+ | 4,1 | мэкв/л |  | 3,5-5,0 |
| ЛДГ | 800 | ед/л | ↑ | 240-480 |
| Экскр. натрия | 2,59 | г/сут | ↓ | 3-6 |
| Экскр. калия | 2,03 | г/сут |  | 1-3 |
| КФК | 44 | ед/л |  |  |

**Липидный профиль**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тест | Результат | Единица | Отклонение | Норма |
| Триглицериды | 266 | мг/дл | ↑ | 50-150 |
| Общ. холестерин | 203 | мг/дл |  | 150-250 |
| ЛПВП-ХС | 37 | мг/дл |  | 35-75 |
| ЛПНП-ХС | 112,8 | мг/дл |  | 100-160 |
| ЛПОНП-ХС | 53,2 | мг/дл | ↑ | 10-30 |
| КА | 4,5 | мг/дл | ↑ | 1,2-4,2 |
| Тип гиперлипидемии | 4 |  |  |  |

**ИФА. Определение иммуноглобулинов методом радиальной иммунодиффузии (выражено в мг-прпоцентах)**

IgA: 310

IgМ:215

IgС:300

Комплемент 37,0

**Электрокардиограмма**

Ритм: синусовый, правильный. Частота сокращений в I минуту 70.

Заключение: ЭОС расположена горизонтально. Ритм синусовый, правильный. Изменения миокарда гипертрофированного левого желудочка.

**ФВД**

Заключение: нарушение дыхания по рестриктивному и обструктивному типам.

**УЗИ брюшной полости и почек**

Заключение: незначительные диффузные изменения печени, выраженные диффузные изменения поджелудочной железы, признаки левостороннего нефроптоза.

**IV. Клинический диагноз**

Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Стадия сотового лёгкого. Умеренный эритроцитоз.

**В пользу диагноза:** идиопатический фиброзирующий альвеолит свидетельствуют:

* Анамнестические данные, указывающие на наличие фактора риска идиопатического фиброзирующего альвеолита (профессиональные вредности);
* Результаты инструментальных исследований: характерные изменения лёгких при рентгенографии и КТ.
* Результаты биопсии.

*Стадия сотового лёгкого* выставлено на основании:

* Результатов КТ.

**Осложнения:**

* Хроническое лёгочное сердце;
* Лёгочно-сердечная недостаточность;
* Недостаточность кровообращения по обоим кругам.

**Сопутствующие заболевания:**

* Хронический обструктивный бронхит (по результатам ФВД и физического обследования);
* Артрит (анамнестические данные, физическое обследование);
* ИБС: стенокардия II ф.к.

**Назначения:**

1. Кардикет 20 мг \* 2 р/день (профилактика стенокардии)
2. Изоптин 40 мг \* 3 р/день (антиангинальное действие, лечение лёгочной гипертензии у больных с хроническими обструктивными заболеваниями лёгких)
3. Омез 1 капсула на ночь (профилактика язвы желудка)
4. Атровент 1 доза \* 3 р/день (симптоматическое лечение ХОБЛ)
5. Метипред 12 мг/сут (3 таблетки) (остановить прогрессирование фиброза лёгких)
6. Колхицин 0,5 мг/сут (лечение идиопатического фиброзирующего альвеолита).