**Паспортная часть.**

#### Ф. И. О. больного

Возраст 62 г

Пол мужской

Место работы не работает, по профессии преподаватель; инвалидность 2 группы

Домашний адрес

Время поступления в клинику

**Расспрос.**

##### **Жалобы больного при поступлении в клинику:**

* кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой слизисто – гнойного характера объемом 70 – 100 мл;
* на постоянное ощущение затруднения дыхания;
* приступы ночного удушья 1-3 раза в месяц, длительностью до 30 минут, купирующиеся в\в введением эуфиллина;
* отдышку при минимальной физической нагрузке;
* давящие боли за грудиной при ходьбе не более 50 метров, проходящие самостоятельно, после 5 минутного отдыха;

***Anamnesis vitae.***

Родился в городе Баку в 1939 году, родился в срок первым ребенком. Вскармливался молоком матери, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. Ходить начал в 10 месяцев, говорить в 13 месяцев. Рахит отрицает. С 7 лет пошел в школу, учился хорошо, окончил 10 классов, затем поступи в педагогический институт, который окончил в 1960 году. Трудовую деятельность начал с 25 лет. Работал по специальности. С 1989 года переехал из Баку в Москву. Социально – бытовые условия хорошие. С 1998 года определена инвалидность II группы по поводу заболеваний сердечно – сосудистой системы.

Бытовые условия относительно хорошие (2-й этаж 5-ти этажного дома). Питается регулярно, 4 раз в день небольшими порциями, диету не соблюдает, питается дома. Питание разнообразное, полноценное.

**Вредные привычки:** курит на протяжении 40 лет, по 30 – 40 сигарет в сутки. Алкоголь и наркотики не употребляет. Злоупотребляет крепким чаем и кофе.

***Перенесенные заболевания.***

В детском возрасте перенес корь, лечился в стационаре.

В 1943 году сотрясение мозга.

В 1997 году туберкулез легких.

В 1998 году инфаркт миокарда.

Сифилис, переливание крови отрицает.

***Аллергологический анамнез.***

Отмечает аллергию, которая проявляется чиханием, кашлем и отдышкой, на тополиный пух, запахи парфюмерных изделий (одекалон).

***Наследственность (семейный анамнез)***

Деда по материнской линии не помнит. Бабка по материнской линии умерла в глубокой старости (93 года), точной причины смерти больной назвать не может. Деда и бабку по отцовской линии не помнит.

Мать страдала гипертонической болезнью. Отец – бронхиальной астмой.

***Anamnesis morbi.***

Считает себя больным с 1989 г., когда впервые появился сильный малопродуктивный кашель, усиливающийся в холодное и сырое время года. Кашель сопровождался выделением небольшого количества вязкой мокроты слизистого характера. В начале заболевания кашель беспокоил, как правило, по утрам, при прогрессировании заболевания кашель начал появляться вне зависимости от времени суток. С данными жалобами никуда не обращался до 1991 года, когда в июне месяце к кашлю присоединилась отдышка экспираторного характера, чувство удушья, которое возникло на фоне аллергической реакции на тополиный пух. Бригадой скорой помощи был внутривенно введен эуфиллин, который купировал приступ, и пациент был отправлен в больницу, где после обследования был поставлен диагноз: хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, и было подобрано лечение (эуфиллин, сервент, бередуалом, лазелван), которым больной принебрегал. Обострения возникали в весенне – осенний период и иногда летом, когда наблюдалась большая влажность. Осенью 1992 года с подобными жалобами обратился в больницу, куда был госпитализирован и где было назначено лечение преднизолоном. По настоящее время постоянно принимает преднизолон.

В 1997 году был госпитализирован в инфекционную больницу, где был поставлен диагноз: туберкулез. После соответствующего лечения был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

В 1998 году бригадой скорой помощи с жалобами на сильную боль в области сердца, иррадиирующую в межлопаточную область был доставлен в отделение интенсивной терапии городской больницы, где был поставлен диагноз: инфаркт миокарда. Спустя 2 недели был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

В декабре 2001 года с вышеперечисленными жалобами был госпитализирован в терапевтическое отделение ФТК ММА имени Сеченова.

**На I этапе диагностического поиска** на основании жалоб на кашель с трудноотделяемой малопродуктивной вязкой мокротой слизисто – гнойного характера, на постоянное ощущение затруднения дыхания, а также наличия у пациента вредных привычек (курения), анамнеза заболевания можно предположить, что больной страдает хроническим бронхитом.

Жалобы больного на приступы ночного удушья 1-3 раза в месяц, длительностью до 30 минут, купирующиеся в\в введением эуфиллина; отдышку при минимальной физической нагрузке; давящие боли за грудиной при ходьбе не более 50 метров, проходящие самостоятельно, после 5 минутного отдыха; наличия у данного пациента аллергии на различные парфюмерные средства и тополиный пух, анамнеза заболевания можно предположить диагноз бронхиальной астмы.

**Status praesens communis**

Общий осмотр

Сознание ясное. Положение активное, общее состояние удовлетворительное. Тип конституции нормостенический: телосложение пропорциональное, мускулатура развита умеренно, голова обычной формы и размеров, рубцов на голове нет. Непроизвольного дрожания головы нет.

**Кожные покровы** телесного цвета, эластичные, тургор кожи не снижен, умеренно влажные. Кровоизлияний, расчесов, рубцов, “сосудистых звездочек”, ангиом нет. Наблюдается цианоз губ.

Оволосение по мужскому типу.

Ногти обычной формы и цвета, неломкие, не мутные, гладкие, прозрачные.

**Подкожная жировая клетчатка** развита умеренно. Толщина кожной складки в области трехглавой мышцы плеча 2 см, на животе на уровне пупка 5 см.

Подкожные вены малозаметны, подкожных опухолей нет.

**Лимфатические узлы** (шейные, околоушные, подчелюстные, яремные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые) не пальпируются, в месте проекции болезненности нет.

**Мышечная система** развита умеренно, при пальпации болезненности нет, различий в диаметре при измерении конечностей не выявлено, мышцы находятся в хорошем тонусе. Непроизвольного дрожания мышц нет.

**Опорно-двигательный аппарат***.* Деформаций, дефигураций, изменения кожи над суставами нет. Кожная температура над суставами не изменена. Походка нормальная. Простейшие бытовые действия руками (умыться, причесаться, застегивать пуговицы, писать) выполняет. Болезненности при активных и пассивных движениях нет.

**Позвоночник.** Подвижность во всех отделах позвоночника не ограничена. Симптомы “подбородок-грудина”, Шабера, Томайера, Отта, Фаристье отрицательные. Сгибание туловища вперед в положении сидя не ограничено. При пальпации болезненности нет. Объем движений выполняется.

**Система дыхания.**

**Исследование верхних дыхательных путей:**

**Нос** обычной формы и размеров, деформации мягких тканей носа нет. Герпетической сыпи нет. Состояния слизистой носа хорошее. Дыхание через нос не затруднено. Ощущения сухости в носу нет, выделений нет. Обоняние сохранено. Болей у корня и спинке носа, на местах проекций лобных и гайморовых пазух не отмечается.

**Гортань** правильной формы, при ощупывании безболезненная, боли при разговоре и глотании отсутствуют.

**Голос** громкий.

**Осмотр грудной клетки:**

Грудная клетка бочкообразной формы (переднезадний размер равен боковому, надключичные ямки сглажены, межреберные промежутки увеличены, эпигастральный угол более 90\*), симметричная, без видимых деформаций.

Окружность грудной клетки:

* при спокойном состоянии - 94см.
* при глубоком вдохе - 98см.
* при глубоком выдохе - 90см.

Максимальная экскурсия грудной клетки – 8 см.

Над- и подключичные ямки выражены умеренно. Ребра направлены косо, сверху вниз. Эпигастральный угол приблизительно 90 град. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, преимущественно грудного типа, средней глубины. Число дыхательных движений в 1мин. - 25, вдох в 2 раза короче выдоха. Утолщений и выбуханий грудной клетки визуально не выявлено. Ключицы и лопатки плотно прилегают к грудной клетке.

**Пальпация грудной клетки:**

При пальпации грудная клетка безболезненна, поперечная и продольная нагрузка болевыми ощущениями не сопровождается. Эластичность грудной клетки снижена, за счет окостенения реберных хрящей.

Голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки проводятся с одинаковой силой, ослаблено.

**Перкуссия грудной клетки:**

***Данные топографической перкуссии.***

Верхняя граница легких.

1. спереди:

а) справа - выше ключицы на 3см.

б) слева – 3 см. над ключицей.

1. сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

***Нижние границы легких.***

Правое легкое Левое легкое

L.parasternalis VI ребро ----

L.medioclavicularis VII ребро ----

L.axillaris anter. VIII ребро VIII ребро

L.axillaris med. IX ребро IX ребро

L.axillaris poster. X ребро X ребро

L.scapularis XI ребро XI ребро

L.paravertebralis на уровне остистого отростка XII грудного позвонка

При сравнительной перкуссии над обоими легкими коробочный звук.

***Подвижность легочного края по l. Axillaris mediana***

Левого легкого:

* на вдохе - 3см.
* на выдохе - 3см.
* суммарная - 6см.

Правого легкого:

* на вдохе - 3см.
* на выдохе - 3см.
* суммарная - 6см.

**Аускультация легких:**

При аускультации над легочной тканью определяется ослабленное везикулярное дыхание с удлинением выдоха, рассеянные сухие хрипы различного тембра. Бронхофония в симметричных участках грудной клетки проводятся с одинаковой силой, ослаблено.

**Система кровообращения.**

**Исследование сердечно – сосудистой системы:**

Видимых пульсаций сонных, подключичных и других артерий нет. Пульсация яремных вен не обнаруживается. Надчревная пульсация отсутствует.

При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra. Толчок разлитой, высокий, сильный, резистентный. Втяжение грудной клетки на месте верхушечного толчка, систолическое и диастолическое дрожание, симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца, над аортой отсутствуют. Сердечный толчок не определяется.

**Перкуссия сердца:**

***Границы относительной тупости сердца:***

Правая--- IV межреберье на 1см. кнаружи от правого края грудины.

Левая--- V межреберье на 1см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra.

Верхняя--- нижний край III ребра по l. parasternalis sinistra.

Поперечник относительной тупости сердца--- 14,5см.

Поперечник сосудистого пучка составляет 6см.

***Границы абсолютной тупости сердца:***

Правая--- IV межреберье по левому краю грудины.

Левая--- V межреберье на 1,5см. кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

Верхняя--- IV межреберье.

**Аускультация сердца :**

Тоны ясные, ритмичные.

При аускультации патологических шумов не выявлено.

ЧСС --- 100 ударов минуту.

**Исследование сосудов:**

При пальпации артерии и вены эластичные, упругие, безболезненные. Величина пульса на обеих руках одинакова, пульс удовлетворительного напряжения, аритмичный, 110/мин.

АД --- на правой руке

систолическое 160 мм.рт.ст.

диастолическое 100 мм.рт.ст.

пульсовое 60 мм.рт.ст.

на левой руке

систолическое 150 мм.рт.ст

диастолическое 100 мм.рт.ст.

пульсовое 50 мм.рт.ст.

**Система пищеварения.**

Аппетит хороший, жажда, сухость во рту не беспокоят. Жевание, глотание, и прохождение пищи по пищеводу свободное. Изжога, отрыжка, тошнота и рвота не отмечаются. Стул регулярный, акт дефекации безболезненный, отхождение газов свободное.

**Исследование органов пищеварения:**

Органы пищеварения без явной патологии.

**Исследование живота:**

Живот правильной округлой формы, симметричен, передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. Окружность живота на уровне пупка – 80 см.

**Поверхностная ориентировочная пальпация живота.**

Кожные покровы умеренно – влажные, живот мягкий, безболезненный; расхождения прямых мышц живота нет. Симптом Щеткина – блюмберга отрицательный.

**Глубокая методическая скользящая пальпация по В.П. Образцову – Н.Д. Стражеско – В.Х. Василенко:**

При глубокой пальпации органов пищеварения органной патологии не выявленно.

**Аускультация живота:**

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

**Исследование печени и желчного пузыря.**

***Граница абсолютной тупости печени.***

*Верхняя:*

* по l.parasternalis dexra - верхний край VI ребра.
* по l.medioclavicularis dextra - VI ребро.
* по l.axillaris ant. dextra - VII ребро.

*Нижняя:*

* по l.axillaris anterior dextra - XII ребро.
* по l.medioclavicularis dextra – на 2 см ниже уровне края реберной дуги.
* по l.parasternalis dextra - на 4см. ниже реберной дуги.
* по l.medialis anterior - 7 см от мечевидного отростка вниз.
* граница левой доли не выходит не выступает за l.parasternalis sinistra по краю реберной дуги.

В точке желчного пузыря болезненность не определяется.

Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского - Мюсси – отрицательны.

**Исследование селезенки.**

*Границы селезенки:*

Верхняя – на уровне IX ребра.

Нижняя --- на уровне XI ребра.

Передняя граница селезеночной тупости не выходит за l.costoarticularis sinistra. Размеры селезеночной тупости: поперечник – 6 см, длинник – 8 см.

Селезенка не пальпируется.

**Система мочеотделения.**

**Исследования почек:**

Отрицательный симптом поколачивания справа и слева.

Почки не пальпируются.

Суточный диурез - 1,3 л. Мочеиспускание свободное, безболезненное, преимущественно в дневное время суток. Поясничная область без особенностей. Почечные (реберно-мышечные и реберно-позвоночные) и мочеточниковые (верхние и нижние) точки безболезненны.

**Исследование мочевого пузыря:**

Мочевой пузырь не выходит за верхний край лобкового симфиза.

**Эндокринная система.**

Патологии со стороны органов эндокринной системы не выявленно.

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

**Нервно – психическая сфера.**

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается с врачом. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, способна долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение неустойчивое, бывают эпизоды резкой смены настроения, которые как правило, связаны с изменением погоды. Легко возбудима. Поведение адекватное.

**Предварительный диагноз.**

На основании жалоб на кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, наличия у пациента вредных привычек (курение), из данных анамнеза заболевания можно поставить диагноз: первичный хронический бронхит, обструктивный.

Хронический бронхит осложнен бронхиальной астмой, за наличие которой свидетельствуют жалобы пациента на приступы ночного удушья 1-3 раза в месяц, длительностью до 30 минут, купирующиеся в\в введением эуфиллина: наличие у больного аллергических реакций на различные парфюмерные вещества и тополиный пух; анамнез заболевания.

**План обследования.**

1. Лабораторные методы исследования:

* Клинический анализ крови
* Общий анализ мочи
* Газовый состав крови

2. Инструментальные методы исследования:

* КТ органов грудной клетки
* УЗИ органов брюшной полости
* ЭХО - КГ
* Пневмотахография

**Дополнительные методы исследования.**

***Лабораторные исследования крови.***

*Общий анализ крови.*

Лейкоциты 10,39 \* 10 9/л

Нейтрофилы 74,13 %

Лимфоциты 17,84 %

Моноциты 6,35 %

Эозинофилы 1,03 %

Базофилы 0,65 %

Эритроциты 5,361 \* 10 12/л

Гемоглобин 157,9 г/л

Гематокрит 46,12 %

Mev 90,30 fh

Mch 29,08 pg

Mchc 32,19 g/dh

Тромбоциты 213,8 \* 10 9/л

Цветовой показатель 0,88

СОЭ 15 мм/ч

Лейкоцитарная формула:

П 1

С 70

Э 2

Л 22

М 5

*Газовый состав крови*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 29\11 | 30\11 | Ед.измерения |
| Baro | 757,6 | 762,2 | mmHg |
| T Hb A | 12,0 | 12,0 | g\dl |
| T\*C | 37 | 37,6 | \*C |
| pH | 7,418 | 7,407 |  |
| pCO | 46,1 | 48,2 | mmHg |
| BE | 4,5 | 4,7 | mmol\l |
| BEec | 5,3 | 5,7 |  |
| BB | 51,3 | 51,5 |  |
| HCO | 29,8 | 30,3 |  |
| PO | 48,0 | 70,4 | mmHg |
| O sat | 84,8 | 94,2 | % |

***Лабораторные исследования мочи.***

*Общий анализ мочи.*

Количество 150 мл

Цвет бледно-желтый

Реакция pH 8,0

Плотность 1003

Прозрачность полная

Белок нет

Сахар нет

Ацетон следы

Желчные кислоты отрицат.

Уробилин N

Осадок

Эпителий клеточный плоский умеренное количество

Лейкоциты 01 в поле зрения

Эритроциты 001 в поле зрения

Соли оксалаты немного

Слизь немного

Бактерии немного

**Инструментальные методы исследования.**

***КТ органов грудной полости.***

Исследование выполнено по программе 7\7 мм и методике высокого разрешения 1\10 мм.

Во всех отделах правого легкого определяется диффузная мелкоочаговая диссеминация, множественные цилиндрические и кистозные бронхоэктазы с преимущественным поражением базальных сегментов и множественными участками фиброза. В верхушке правого легкого на фоне фиброза визуализируются эмфизематозные буллы диаметром 10 – 24 мм.

Мелкоочаговая диссеминация и множественные бронхоэктазы, но выраженные в меньшей степени, определяются также во всех отделах левого легкого.

Просветы крупных бронхов свободны.

В средостении имеются множественные мелкие лимфоузлы, в субаортальной области и в корне легких (обоих) – обызвествленные лимфоузлы.

*Заключение:* КТ – картина может соответствовать диссеминированному туберкулезу с преимущественным поражением правого легкого, с наличием бронхо – и бронхиолоэктазов, хроническому бронхиту, бронхиолиту.

***УЗИ органов брюшной полости.***

Печень увеличена (передне – задний размер левой доли 92 мм, правой доли – 174 мм). Контуры ровные, паренхима гомогенна, повышенной эхогенности.

Протоки не расширены.

Желчный пузырь не увеличен, перегиб ближе к шейки. Стенки уплотнены; на передней стенке, ближе к шейке, холестериновый полип 2 мм в диаметре; камней нет.

Поджелудочная железа видна сегментарно (метеоризм) диффузно гиперэхогенна.

Селезенка не увеличена.

Почки нормальных размеров, контуры ровные, паренхима до 17 мм, синусы не расширены, камней нет.

***ЭХО – КГ***

Эхолокация кромки неудовлетворительна, возможна только из эпигастрального доступа. Визуально полости сердца не расширены, стенки левого желудочка неутолщены, о зонах гипокинезии судить не представляется возможным из-за плохой визуализации. Свободная стенка правого желудочка гипертрофированна. Клапаны не изменены. Аорта утолщена. Легочные артерии не визуализируются.

При ДИБ – снижение функции диастолического расслабления миокарда.

**Пневмотахография**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ан. | Pred | Maes | % |
| FVC | 4,30 | 1,62 | 38 |
| FlV1 | 3,37 | 0,68 | 20 |
| FEV1\FVC% | 78 | 41 | 53 |
| PEF | 504 | 83 | 16 |
| FEF 25-75 % | 3,49 | 0,35 | 10 |
| FEF 25 % | 7,45 | 0,65 | 9 |
| FEF 50 % | 4,48 | 0,37 | 8 |
| FEF 75 % | 1,69 | 0,24 | 14 |

**Клинический диагноз и его обоснование.**

**Первичный обструктивный хронический бронхит тяжелого течения. Бронхиальная астма в стадии стихающего обострения, тяжелого течения. Постуберкулезный пневмофиброз.**

**Обоснование:**

На основании:

1. Жалоб на:

- кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой слизисто – гнойного характера объемом 70 – 100 мл;

- отдышку при минимальной физической нагрузке;

2. Анамнеза заболевания

3. Анамнеза жизни:

- наличие вредных привычек

- курит на протяжении 40 лет, по 30 – 40 сигарет в сутки

4. Общего статуса:

- система дыхания

- бочкообразная грудная клетка, ослабление голосового дрожания, аускультативной картины: ослабленное везикулярное дыхание с увеличением выдоха, наличие сухих хрипов, ослабления бронхофонии

5. Дополнительных методов исследования:

- динамике улучшения газового состава крови после проведенной терапии

- КТ органов грудной клетки

- пневмотахографии

можно поставить диагноз хронического обструктивного бронхита.

На основании:

1. Жалоб на:

- на постоянное ощущение затруднения дыхания

- приступы ночного удушья 1-3 раза в месяц, длительностью до 30 минут, купирующиеся в\в введением эуфиллин

- отдышку при минимальной физической нагрузке

2. Анамнеза заболевания

3. Аллергологического анамнеза

4. Осмотра органов дыхания

5. Дополнительных методов исследования

- газовый состав крови и его изменение в лучшую сторону после проводимой терапии

- КТ органов грудной клетки

- пневмотахографии

можно поставить диагноз бронхиальной астмы

На основании того, что пациент в 1997 году перенес туберкулез и соответствующей КТ – картине можно поставить диагноз: постуберкулезный пневмофиброз.

**Лечение.**

1. Диета 15
2. Отказ от курения
3. Ограничение контакта с аллергенами
4. Занятия ЛФК
5. Санаторно – курортное лечение
6. Иммунокорригурующие препараты показаны данному больному, т.к. у него часто рецидивирующий гнойная форма (Т – активин по 100 мкг п\к 1 раз в день в течение 3 дней)
7. Препараты для стимуляции бронхорее (трава термопсиса)
8. Муколитические препараты применяются для уменьшения вязкости мокроты (бромгексин в таблетках по 24 – 48 мг\сут)
9. Бронхоспазмолитики больному показаны, т.к. у него наличиствует хроническая обструкция (Теопэк 2 раза в сутки, Атровент по 2 вдоха в виде аэрозоля через 6 – 8 часов)
10. Ггюкокортикоидные препараты применяют благодаря их противовоспалительному действию (Бекломет в виде аэрозолей 1-2 вдоха 4 раза в день)
11. Для того что бы уменьшить дозу кортикостероидов следует назначить новый противовоспалительный препарат «Тайлед» который следует принимать по 2-4 ингаляции в сутки.

**Прогноз.**

При полном соблюдении всех назначений врача, правильном подходе к лечению и профилактике прогноз у данного пациента относительно хороший, но учитывая то, что он перенес туберкулез прогноз неудовлетворительный.

**Список используемой литературы**

1. «Болезни органов дыхания: руководство для врачей», Палеев Н.Р., М, Мед.,
2. «Введение в функциональную диагностику внешнего дыхания», Стрючков П.В.. Виницкая Р.С. и др., М, 1996 г
3. «Справочник врача общей практики» в 2 томах, М, «Эксмо – пресс», 2001 г.