Паспортные данные

*Ф.И.О.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Год рождения* 1935

*Профессия:* на пенсии, ранее работал строителем, литейщиком пластмасс

*Место жительства:*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Дата поступления в клинику* 13.11.00

Жалобы при поступлении

на внезапно возникшее чувство резкой нехватки воздуха, постепенно нараставшее и продолжавшееся до 30 минут, не проходящее при использовании ингалятора. В разгар приступа появлялся кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты. Течение приступа облегчалось принятием сидячего положения с упором рук на колени. Приступ купировался в/в инъекцией эуфилина.

Anamnesis morbi

Считает себя больным с 1998 года, когда впервые стали появляться приступы удушья, провоцируемые изменением температуры при переходе из холодного помещения в теплое, изменениями погоды, дефицитом воздуха при большом количестве людей в замкнутом пространстве, накуренностью помещения. Приступы купировались при использовании ингалятора. Приступы повторялись с частотой 3-4 раза в месяц, несколько раз являлись причиной госпитализации. Последняя госпитализация была в октябре этого года в ГКБ №42. Состояние в межприступный период удовлетворительное, жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке (подъем на 2-3 ступеньки). Причину заболевания связывает с профессиональными вредностями.

В 1997 г. больному был поставлен диагноз острый бронхит, а в 1998 г. - инфекционно-аллергическая бронхиальная астма и присвоена инвалидность II группы. С этих пор поставлен на учет и дважды в год находится на стационарном профилактическом лечении. В амбулаторных условиях проводятся инъекции эуфилина и эфедрина в/в, витаминных препаратов 4 раза в день. В межприступный период принимает беротек, теопек.

Последний приступ был вечером 13.11.00, когда больной не смог самостоятельно его купировать и пришлось вызывать “ скорую помощь”. Врачи сделали инъекцию эуфилина в/в, что купировало приступ. Через час приступ возобновился, что явилось причиной настоящей госпитализации больного по “ скорой помощи”.

Anamnesis vitae

*1. Детство и юность*

Родился в 1935 г. в деревне Павелкова Рязанской области. Матери было 34 года, отцу 37 при рождении больного. Он 4 ребенок в семье. Отклонений в развитии не отмечалось. Ходить начал в год, говорить в 2 года. В школу пошел в 8 лет. Учился нормально. Окончил 4 класса.

*2. Трудовой период*

После школы (с 12 лет) работал в колхозе. Занимался физическим трудом на открытом воздухе. Затем поступил на ФЗО (фабрично-заводское обучение).

3,5 года служил в армии в Германии.

После армии 15 лет работал на стройке, затем 6 лет кочегаром, все остальное время до ухода на пенсию работал в котельне литейщиком пластмасс. Работал в тяжелых условиях (тяжелый физический труд, ночные смены, вредное производство).

*3. Бытовой анамнез*

Детство провел в деревне. После армии переехал в Москву. Место жительства менял не часто. Жилищные условия удовлетворительные. Питание достаточное, регулярное, разнообразное. Нет определенных наклонностей к преимущественному употреблению какого-либо вида пищи.

Отпуски регулярные, отдых после работы и во время отпуска считает достаточным.

Спортом не занимается и никогда не занимался.

*4. Вредные привычки*

Интенсивное курение в течение 45 лет (с 15 до 62 лет) до двух пачек сигарет в сутки. Сейчас совсем не курит.

*5. Половое развитие и половая жизнь*

Состоит в браке с 1957 года. Регулярную половую жизнь ведет с 20 лет. Имеет двоих детей (сына и дочь 1959 и 1964 года рождения соответственно) и внуков.

*6. Перенесенные заболевания*

Перенес детские инфекции. В 1976 году - прелом носовой перегородки. В 1980 году проведена тонзилоэктомия.

Психических травм не было. Вирус гепатита, венерические заболевания отрицает.

Имеет II группу инвалидности по поводу бронхиальной астмы. Другие заболевания отрицает.

Контакта с инфекционными больными не имел.

За стоматологической помощью обращался по мере острой необходимости. Осложнений в течении стоматологических заболеваний или в процессе оказания стоматологической помощи не было.

*7. Семейный анамнез*

Женат. Двое детей и внуки.

Мать и отец умерли в 78 и 75 лет соответственно. Наличие у родителей и родственников каких-либо наследственных заболеваний отрицает.

*8. Аллергологический анамнез*

Аллергии нет.

Настоящее состояние (Status praesens)

*1. Общий осмотр*

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное.

Выражение лица спокойное. Характерных особенностей не отмечается.

Телосложение правильное, нормостеническое. Рост 171 см, вес 76 кг.

Температура тела нормальная.

*2. Кожа и видимые слизистые оболочки*

Субъективно: зуд, боль, анестезии и парестезии не отмечает.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Отмечается цианоз губ. Кожа эластичная, тип оволосения соответствует полу. Ногти нормальной формы, розового цвета.

*3. Подкожно-жировая клетчатка*

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, равномерно распределена, толщина складки на уровне пупка 1.5 см. Отеков нет.

*4. Лимфатические узлы*

Не пальпируются, безболезненны.

*5. Мышцы*

Субъективно: болей самостоятельных и при движении не отмечает.

Объективно: Общее развитие умеренное, тонус ослабленный, асимметрии, тремора, болезненности при пальпации не отмечается.

*6. Кости*

Субъективно: жалоб нет.

Объективно: кости не деформированы, болезненности при поколачивании и ощупывании не отмечается.

*7. Суставы*

Субъективно: жалобы на ноющие боли в правом коленном суставе в покое (сидя).

Объективно: Суставы внешне не изменены. Объем активных и пассивных движений полный. Кожа над суставами не изменена. Болезненности при ощупывании не отмечается.

*8. Система органов дыхания*

Субъективно: жалобы на внезапно возникающее чувство резкой нехватки воздуха, постепенно нарастающее и продолжающееся иногда до 30 минут, как правило, проходящее при использовании ингалятора, иногда - в/в инъекцией эуфилина. Течение приступа облегчается принятием сидячего положения с упором рук на колени. В разгар приступа появляется кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты.

Больной также отмечает одышку экспираторного характера, возникающую при незначительной физической нагрузке (например, при подъеме на несколько ступенек).

Объективно: носовая перегородка слегка смещена вправо (из-за перенесенной травмы). Щитовидная железа нормальных размеров, эластичная, безболезненная.

Грудная клетка эмфизематозная, “бочкообразной” формы, эластичная, безболезненная, участвует в акте дыхания. Межреберные промежутки расширены.

Дыхательные движения симметричны, ритмичны. Число дыхательных движений 24 вдоха/мин. Одышка экспираторная. Тип дыхания смешанный.

В акте дыхания активно участвуют вспомогательные дыхательные мышцы.

При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание проводится симметрично, не изменено.

Перкуторно над всей поверхностью легких определяется коробочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

Нижние границы легких:

линия Правое легкое Леве легкое

l.parasternalis 5 межреберье -

l.medioclavicularis 6 межреберье -

l.axillaris anterior нижний край 7 ребра нижний край 7 ребра

l.axillaris media 8 межреберье 8 межреберье

l.axillaris posterior 10 ребро 10 ребро

l. scapulars 11 ребро 11 ребро

l.paravertebralis на 1 см ниже остистого отростка 11 грудного позвонка на 1 см ниже остистого отростка 11 грудного позвонка

Высота стояния верхушек легких:

Правое легкое Левое легкое

спереди над ключицей на 4 см над ключицей на 4 см

сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка

Подвижность нижних краев правого легкого:

линия на вдохе на выдохе суммарная

l.medioclavicularis 1 1.5 2.5

l.axillaris media 2 3 5

l. scapulars 1 1.5 2.5

Подвижность нижних краев левого легкого:

линия на вдохе на выдохе суммарная

l.medioclavicularis 1 1.5 2.5

l.axillaris media 2 3 5

l. scapulars 1 1.5 2.5

Аускультация:

На фоне ослабленного везикулярного дыхания с резко удлиненным выдохом выслушиваются множественные рассеянные сухие свистящие хрипы.

*9. Система органов кровообращения*

Субъективно: жалоб нет.

Объективно: область сердца визуально не изменена.

Пальпация: верхушечный толчок определятся в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, умеренной силы.

Поперечник сердца - 11 см.

Поперечник относительной тупости сердца:

правый-4 см, левый-11 см, общий-15 см.

Ширина сосудистого пучка-6,5 см.

Перкуссия:

Границы относительной тупости сердца:

Правая - правый край грудины

Левая - по среднеключичной линии

Верхняя - третье межреберье

Аускультация: тоны сердца притуплены, ритмичны, звучность усилена.

ЧСС=90 уд/мин. Шумов нет.

Пульс 78 удара в минуту, ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

При осмотре, пальпации и аускультации переферических патологии не выявлено.

АД=130/80 мм.рт.ст.

Переферических отеков нет

*10. Система органов пищеварения*

Субъективно: жалобы на тяжесть в эпигастрии после приема большого количества жирной пищи. Жалобы также на частое появление на слизистой оболочке рта одиночных слегка болезненных язв. Расстройствами аппетита и вкуса не страдает. Тошноты, рвоты, изжоги, отрыжки не наблюдает. Вздутия живота, урчания, переливания нет. Болей при дефекации, ложных позывов, зуда в области заднего прохода не наблюдается. Отхождение газов свободное.

Физиологические испражнения в норме.

Объективно: Запах изо рта обычный. Слизистая губ имеет слабый цианотичный оттенок, нарушений целостности, трещин в углах рта, язв нет. Слизистая губ умеренно увлажнена. Слизистая внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба без изменений.

Зубная формула: п м п м

0 0 16 15 0 13 12 11 21 22 23 24 0 26 0 0

0 47 0 45 44 43 42 41 31 32 33 0 35 36 37 0

м с п м с п

п - пломба

м - мостовидный протез

с - кариес

Подвижность зубов физиологическая. На язычной и губной поверхностях фронтальной группы зубов нижней челюсти и на язычной поверхности резцов верхней челюсти имеются мягкие и твердые наддесневые зубные отложения - налет “курильщика”.

Десны бледно-розового цвета. Кровоточивости, пигментаций, изъязвлений не выявлено.

Язык розового цвета, сосочки без изменений, обложенность отсутствует, умеренно увлажнен, отпечатков зубов и воспалений нет.

Зев чистый. Миндалины не увеличены.

*Осмотр живота:*

Конфигурация живота не нарушена, выбуханий нет, мышцы живота участвуют в акте дыхания.

При перкуссии живота свободной и осумкованной жидкости нет.

При поверхностной ориентировочной пальпации живота

напряжения брюшной стенки не выявлено, болезненности и грыжи нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая методическая скользящая пальпация желудочно-кишечного тракта по Образцову-Стражеско:

При пальпации сигмовидной кишки выявлено, что она гладкая, плотная, безболезненна, толщина примерно 2 см. Слепая кишка пальпируется в виде цилиндра, толщиной примерно 3 см. Поверхность ее гладкая, при пальпации кишка безболезненна. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в форме дугообразного цилиндра толщиной 2.5 см, безболезненная.

Большая кривизна желудка пальпируется в форме дугообразного мягкого, гладкого и ровного валика, безболезненна.

*Печень.*

Границы абсолютной тупости:

верхняя граница - по правой среднеключичной линии на уровне 6-го ребра.

нижняя граница - по передней срединной линии на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка, по левой реберной дуге на уровне левой парастернальной линии.

Размеры поперечной тупости по Курлову: 10 - 10 - 8.

Желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка не пальпируются. Болезненности нет.

Приблизительные размеры селезенки, определяемые при перкуссии - 7х6 см.

*11. Система органов мочевыделения*

Субъективно: жалоб нет.

Объективно: область поясницы визуально не изменена. Почки не пальпируются. Симптом “поколачивания” отрицательный.

Болезненности по ходу мочеточников при пальпации не отмечается.

Мочеиспускание не нарушено.

*12. Нервная система и органы чувств*

Субъективно: жалобы на давящие боли в затылочной области, иррадиирующие в правый висок, продолжительностью до 30 минут, не ориентированные на какое-либо время суток, проходящие самопроизвольно. Шум в ушах. Мелькание “мушек” перед глазами при резкой перемене положения тела.

Объективно: интеллект сохранен. Больной контактен, сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован на месте, в пространстве и во времени. Сон и память не нарушены. Походка нормальная, без особенностей. Сухожильные рефлексы сохранены. Очаговых менингиальных симптомов нет. Со стороны органов зрения, слуха и обоняния патологии нет.

Лабораторные и инструментальные методы исследования

*Исследование мокроты*

Характер мокроты - слизистый, консистенция - полувязкая, цвет - серый. При микроскопическом исследовании в мокроте обнаружены спирали Куршмана с вкраплениями эозинофильных лейкоцитов и кристаллов Шарко-Лейдена.

*Анализ мочи*

Цвет светло-желтый

Прозрачность отсутствует

Реакция щелочная

Относительная плотность 1010

Белок отсутствует

Глюкоза отсутствует

Индикан:

плоский мало

переходный почечный нет

цилиндры нет

Аксолаты мало

*Общий анализ крови*

Hg 150 g/l RBC 4.84 HCT 44.8 MCV 92.6 RDW 13.1 HGB 150 g/l MCH 31.0 pg MCHC 335 g/l СОЭ 4 Палочки 4 Сегменты 71 Эозинофилы 2 PLT 231 10e g/l MPV 9.7 fl PDW 17.1 fl WBC 16.4 10e g/l LYMF 3.3 20.4% MID 1.8 10.7% GRAN 11.3 68.9% Лимфоциты 18 Моноциты 5

*Биохимический анализ крови*

Аланинаминотрансфераза ед/л 5-42 39

Аспартатаминотрансфераза ед/л 5-37 26

Мочевина ммоль/л 1.7-8.3 5.8

Креатинин ммоль/л 53-124 97

Глюкоза ммоль/л 3.8-6.2 7.1

Билирубин общий ммоль/л 3.4-20.5 17

Билирубин прямой ммоль/л 0-4.30 -

Билирубин непрямой ммоль/л 4.3-20.5 -

*ЭКГ*

R - 0.53 pQ - 0.18 QRS - 0.1 QT - 0.28

ЧСС = 90. Ритм синусовый, правильный. Отклонение электрической оси сердца вправо.

Снижен вольтаж зубцов, нарушение внутрижелудочковой проводимости. Увеличен зубец р в III и avl отведениях - признаки гипертрофии правого предсердия. Расширен зубец S в грудных отведениях V3 - V4, возможен перенесенный трансмуральный инфаркт.

Заключение: синусовая тахикардия.

Диагноз (синдромный)

*Синдром бронхоспазма*

Диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб - на приступ удушья затяжного характера, возникшего внезапно, сопровождавшегося затрудненным выдохом, который купировался внутривенным введением эуфилина

1. на кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты
2. экспираторную одышку, возникающую даже при небольшой физической нагрузке (поднятие на 2-3 ступеньки)

2. Anamnesis morbi. Из анамнеза известно, что в 1997 г. больному был поставлен диагноз острый бронхит, а в 1998 г. - инфекционно-аллергическая бронхиальная астма. Приступы наблюдались с частотой 3-4 раза в месяц, состояние в межприступный период удовлетворительное.

3. Anamnesis vitae. Из анамнеза жизни известно, что больной много лет работал на вредном производстве (литейщиком пластмасс, кочегаром, строителем), а также в течение 45 лет интенсивно курил (до 2 пачек сигарет в сутки).

4. Осмотра грудной клетки (“бочкообразная” форма, расширенные межреберные промежутки), при перкуссии над всей поверхностью легких определяется коробочный звук, нижние границы легких смещены вниз, подвижность нижних краев легких во время вдоха и выдоха резко ограничены, при аускультации легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания с резко удлиненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы.

5. Данных дополнительных исследований. На ЭКГ - синусовая тахикардия. При исследовании крови отмечается умеренная эозинофилия.

Стоматологическая интерпретация

У больного на слизистой оболочке полости рта наблюдаются изъязвления (из анамнеза) - рецидивирующий афтозный стоматит - как реакция на частое использование ингалятора.