**Эндо-экзогенная форма бронхиальной астмы, гормонозависимая, средней тяжести течения, обострение.**

Московская медицинская академия им И.М.Сеченова

Кафедра терапии

Москва

2002 г.

История болезни

I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.

Ф.И.О.: \*\*\*

Возраст: 65лет

Образование: среднее профессиональное

Безработная (инвалид 1й группы)

Домашний адрес: г.Москва, ул.Судакова, д. 5, кв. 31

Дата поступления в клинику: 2 сентября 2002г.

Диагноз при поступлении: ЭНДО- ЭКЗОГЕННАЯ ФОРМА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, ГОРМОНОЗАВИСИМАЯ, СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ, ОБОСТРЕНИЕ.

II.ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Постоянная одышка смешанного характера в покое и при физической нагрузке. Характерно усиление одышки в положении лёжа. Сопровождается общей слабостью.

Задержка мочеиспускания. Режущие боли в нижней части живота при мочеиспускании.

Частые головные боли, связанные с резким повышением АД.

Давящие загрудинные боли, при быстрой ходьбе или незначительной физической нагрузке.

Ноющие периодические боли в поясничной области.

III.ANAMNESIS MORBI

Считает себя больной с 1990года. Рак шейки матки был поставлен как диагноз в 1986г. Проводилась лазеротерапия, которая стала причиной ожога II степени полости матки, влагалища, мочеиспускательного канала. Это привело к сужению (стриктуре) мочеиспускательного канала, как следствие - задержка мочеиспускания, нефролитиаз, хронический пиелонефрит и цистит.

Первые проявления гипертонической болезни появились ~ 10 лет назад. Проявлялась гипертоническими кризами с поднятием АД до 180/110 мм.рт.ст., головными болями. Для купирования принимала изоптин, нифедипин. На данный момент болезнь приняла злокачественное течение с АД во время криза ~ 220/120 мм.рт.ст.

Бронхиальная астма появилась на фоне хронического бронхита, которым больная страдает на протяжении последних ~ 15лет. Считает себя больной уже три года, когда начали появляться приступы удушья. Купировала приступы вентолином, беротеком дополнительно принимала теопек. Поступила с приступом удушья, некупируемым обычными для пациента средствами.

IV.ANAMNESIS VITAE.

Родилась и воспитывалась в благополучной семье в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Хорошо училась в школе. Спортом никогда не занималась. В детстве часто болела ангиной, ОРЗ. После окончания учёбы работала проводником вагона поездов дальнего следования (сквозняки и «балластная пыль» являлись приичинами частых воспалительных процессов дыхательной системы в тот период).

Мать и отец страдали гипертонической болезнью.

Вредных привычек нет.

Аллергологический анамнез отягощён: аллергия на пыльцу некоторых растений и пыль.

V.ОБЬЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Настоящее состояние

1. ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Внешний вид соответствует возрасту. Положение больного вынужденное (ortopnoё). Телосложение больной правильное, нормостеническое. Масса тела : 125 кг. Рост: 158 см. Выражение лица нормальное. Цвет кожи и слизистых нормальный, нормальной влажности, тургор кожи снижен. Тип оволосения женский. Подкожно-жировой слой увеличен: ожирение II-III. Отёков на момент осмотра не обнаружено. Лимфатические узлы не увеличены безболезненны, подвижны. Мускулатура развита умеренно, симметрично, тонус нормальный. Правый коленный сустав болезненен при движении (ограничен в обьёме движения) – последствие недавней травмы, остальные суставы в норме.

2.ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Форма носа правильная, крылья носа участвуют в акте дыхания. Гортань не смещена , нормальной формы, ограничена в подвижности.

Грудная клетка эмфизематозного типа. Обе половины в акте дыхания участвуют одновременно. Тип дыхания смешанный. Смешанная одышка : ЧДД 25/мин. Дыхание ритмично. В акте дыхания участвует мускулатура шеи.

Пальпаторно грудная клетка не болезненна, ригидна. Голосовое дрожание усилено во всех точках пальпации.

Перкуторно определяется удлинение перкуторного звука во всех точках перкуссии (коробочный звук).

Высота стояния левого лёгкого спереди – 5 см., сзади – 7 см.

Высота стояния правого лёгкого спереди – 5 см., сзади – 7 см.

Нижние границы лёгких:

правое левое

а) окологрудинная V м/р -

б) срединно-ключичная VI м/р -

в) передняя подмышечная VII м/р VII м/р

г) средняя подмышечная VIII м/р VIII м/р

д) задняя подмышечная IX м/р IX м/р

е) лопаточная X м/р X м/р

ж) околопозвоночная XI м/р XI м/р

Подвижность лёгочного края:

1)справа: на вдохе – 1, на выдохе – 0.5, суммарная – 1.5 см.

2)слева: на вдохе – 1.5, на выдохе – 0.5, суммарная – 2 см.

Аускультативно. Во всех точках аускультации жесткое везикулярное дыхание, сухие (свистящие) хрипы,которые слышны даже на расстоянии.

Бронхофония усилена во всех точках аускультации.

3.ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

Область сердца. Пальпаторно. Выбухание всей области сердца или отдельных её частей не обнаружено. Верхушечный толчёк локализован в области Vм/р на 4 см. кнаружи от срединно-ключичной линии, нормальный по площади , низкий, слабой силы. Сердечный толчёк отсутствует. Эпигастральной пульсации нет.

Перкуссия сердца.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая – IV м/р на 1 см кнаружи от правого края грудины

Левая – V м/р на 1 см кнаружи от левой средмнно-ключичной линии

Верхняя – III м/р по левой парастернальной линии

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая – IV м/р по левому краю грудины

Левая - V м/р на 3 см. медиальнее левой срединно-ключичной линии

Верхняя – IV м/р по левому краю грудины

Ширина сосудистого пучка 5 см.

Конфигурация сердца нормальная

Аускультация сердца: все сердечные тоны ослаблены. Побочных шумов сердца нет.

Артериальный пульс на лучевых артериях одинаковый, синхронный, ритмичный, слабого наполнения, мягкий, малый по величине.ЧСС и частота пульса одинаковы и составляют 84 уд/мин. АД 175/110 мм.рт.ст.

На нижних конечностях варизное расширение вен.

4. ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Ротовая полость. Язык правильной формы, обычной величины, нормально увлажнён, бледно-розового цвета, без налёта. Кариозных зубов нет. Дёсны, миндалины, твёрдое и мягкое нёбо в норме.

Живот выпячен, симметричен, пупок нормальный. Пальпаторно: живот мягкий, безболезненный. Грыж и расхождения мыщц нет.

Глубокая, скользящая, методическая, пальпация по методу Образцова-Стражеско:

Сигмовидная кишка по форме цилиндрическая, диаметром ~3см., мягкая по консистенции безболезненна, подвижна.

Слепая кишка по форме цилиндрическая, диаметром ~4см., мягкая по консистенции безболезненна, подвижна.

Восходящая, нисходящая и поперечноободочная кишки по форме цилиндрические, диаметром ~4см., мягкие по консистенции безболезненны, подвижны.

Печень. Размеры по Курлову 9х8х6.

Пальпаторно край печени мягкий, без изменений, не выступает за край рёберной дуги.

Селезёнка. По Курлову 0х8/6.

5.ОРГАНЫ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ.

При осмотре, наблюдается выпячивание в области мочевого пузыря, обусловленое избыточным количеством мочи. Симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпаторно почки мягкой консистенции, правая почка увеличена. Мочеточники утолщены. Дизурия.

6.НЕРВНАЯ СИСТЕМА.

Сознание ясное. Поведение адекватное, нет нарушения речи. Реакция зрачков на свет прямая и содружественная. Болезненность нервных стволов отсутствует. Чувствительность в норме.

Зрение: пресбиопия (+5,5).

Слух в норме.

7.ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Главные симптомы тиреотоксикоза отсутствуют. При пальпации щитовидная железа в норме.

Гипер- и депигментации кожного покрова нет.

Изменения вторичных половых признаков не выявлено.

Ожирение II-IIIст.

VI.ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

\*Общ. анализ крови:

Er. 4.0x10/л

Hb. 100 /л

Лейкоциты 10х10/л : Б – 1, Э – 10, П – 12, С – 49, Л – 25, М – 9.

\*Общ. анализ мочи:

соломенного цвета, мутная,

осадок+

лейкоциты 200 в п.зр.

эритроциты 6-5-7 в п.зр.

слизь++

\*Анализ мокроты:

количество – 40г.

розоватого цвета

кристаллы Шарко-Лейдена+++

лейкоциты 10

\*Изотопная ренография: выделительная функция почек снижена.

\*УЗИ : увеличение длинника и поперечника обеих почек, в правой почке конкременты в количестве 3 диаметром 0,5см, 0,8см и 0,4см; мочеточники расширены; мочевой пузырь увеличен, стриктура уретры.

\*ЭКГ : ритм синусовый, ЧСС – 80/мин. Гипертрофия левого желудочка (увеличение вольтажа R, глубокий S в V1 u V2, в V5 u V6 величина R = 3 мВ.).

\*Рентгенологическое исследование: эмфизема лёгких.

\*Спирография: снижение ОФВ1 (50%) и МВЛ, индекс Тиффно снижен.

VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.

Основной: бронхиальная астма, экзо- эндогенная форма, гормонозависимая, средней тяжести течения, обострение.

Фон: Хр. обструктивный бронхит, обострение. Пневмосклероз. Эмфизема лёгких.

Соч.I: постлучевая стриктура уретры (лучевая терапия по поводу с-r шейки матки в 1986г.). Хронический вторично восходящий двухсторонний пиелонефрит, обострение. Правосторнний нефролитиаз.

Соч.II: ИБС: стенокардия напряжения ФК II-III.

Фон: первичная артериальная гипертензия III ст., риск IV.

Осложнения: дыхательная недостаточность II, хроническая почечная недостаточность.

Сопутствующие: ожирение II-III ст. Артроз правого коленного сустава.

IX.ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА.

Основной: данный диагноз выставлен на основарии жалоб больного на частые приступы удушья; на основании анамнестических данных: развитие основного заболевания произошло на фоне хронического обструктивного бронхита (возник в результате частых респираторных заболеваний как следствие проф.вредности), а так же в результате контакта с аллергенами (экзо- эндогенная форма астмы); на основании обьективного исследования дыхательной системы, при котором была выявлена одышка смешанного характера (ЧДД = 25/мин), сухие свистящие хрипы во всех точках аускультации, высокое стояние лёгких, ограниченная экскурсия лёгочного края, перкуторно – коробочный звук во всех точках перкуссии; на основании данных анализа мокроты (лейкоциты+кристаллы Шарко-Лейдена); на основании данных спирографии (снижение ОФВ1, МВЛ, индекса Тиффно); на основании данных общего анализа крови (лейкоцитоз со сдвигом влево, эозинофилия); на основании рентгенологического исследования грудной клетки.

Сочетаные:

Диагноз «стриктура уретры» выставлен на основании жалоб больной на задержку мочеиспускания, болевые ощущения во время мочеиспускания; на основании анамнестических данных: ожог полости матки, влагалища и уретры в результате лазеротерапии в 1986г.; на основании данных УЗИ.

Диагноз «хронический вторично восходящий двухсторонний пиелонефрит, обострение. Правосторнний нефролитиаз» выставлен на основании жалоб больной на периодические ноющие боли в поясничной области; на основании анамнестических данных: постлучевая стриктура уретры; на основании обьективного исследования мочевыделительной системы – пальпаторно увеличеная правая почка; на основании данных анализа мочи (лейкоциты, эритроциты, осадок, слизь); на основании данных УЗИ.

Диагноз «ИБС: стенокардия напряжения ФК II-III» выставлен на основании жалоб больной на давящие загрудинные боли во время незначительной физической нагрузки или быстрой ходьбы, купируемые нитратами;

X.ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

Хр. Бронхит и бр.астма: сумамед,бромгексин, атровент, бета-2-агонисты, подача кислородной дыхательной смеси (желательно), гидрокортизон в/в.

Гипертоническая болезнь: престариум, верошпирон.

Постлучевая стриктура уретры + пиелонефрит: цистенал, фурагин,

спазмолитики (но-шпа, эуфиллин).