

Больной М. 69 лет поступил с жалобами на одышку в покое, с затруднённым вдохом и выдохом, усиливающейся при малейшей физической нагрузке (при подъеме на лестничий пролет). Учащение ночных приступов до 2-3 раза в неделю. Кашель, со слизистой, трудно отделяемой мокротой до 5 мл, продолжался в течение дня. На слышимыми и ощутимые при прикладывании ладони к грудной клетке хрипы, а так же слабость и быструю утомляемость, головную боль.

Anamnesis Morbi

Считает себя больным в течение 10 лет. Когда на фоне простудных заболеваний появился кашель, сначала сухой, а затем с незначительным выделением мокроты, возникающий по утрам, при переходе из состояния покоя к двигательной активности. Обращался в поликлинику, лечился амбулаторно. Больному были назначены отхаркивающие препараты (бромгексин, бронхолотин, мукалтин). На фоне терапии отмечал улучшение состояния.

В последующие годы в холодное время года, преимущественно в весенне – осенний период больной отмечал недомогание, слабость, появление кашля с выделением слизистой, иногда слизисто-гнойной мокроты в умеренном количестве (10мл), повышения температуры до субфебрильных цифр (37,5-37,7). Данные симптомы отмечались около 3-х месяцев в году на протяжении нескольких лет. Лечился в амбулаторных условиях, принимал отхаркивающие препараты и физиолечение, и в 1999 был выставлен диагноз хронический бронхит.

Течение данного заболевания сопровождалось 1-2 рецидивами в год. С течением времени при рецидивах кашель стал возникать не только по утрам, но и при выходе из теплого помещения на холод, стал продолжаться в течение дня.

В 2000 году у больного был первый эпизод удушья при контакте с ментолом. Тогда впервые характер кашля стал приступообразный, и возникли эпизоды дистанционных хрипов. Данные симптомы прошли самостоятельно, за медицинской помощью больной не обращался. Спустя некоторое время вышеуказанным симптомам присоединилась одышка после интенсивной физической нагрузки, с затрудненным выдохом. В последующие годы в летнее-осеннее время года, отмечала усиление кашля по утрам) что б выделить всю мокроты, около 10-20 мл в сут, необходимо было сделать 2-3 кашлевых толчков), продолжительность его в течение дня, иногда возникали хрипы, слышимые на расстоянии, а также недомогание, слабость, быстрая утомляемость, головная боль , длилось более длительно (около 2х недель) Больной получал симптоматическую терапию с положительным эффектом.

Повторной приступ удушья произошел в 2001 году на тот же раздражитель. После которого у больного ухудшилось состояние, стали возникать ночные приступы 1-2 раза в месяц, после чего больной обратился за врачебной помощью, и был выставлен диагноз бронхиальная астма.

Больной отмечает, что обострения данного заболевания возникли после смерти жены. Сопровождалось сначала чиханием, приступообразным кашлем, а затем чувством нехватки воздуха, сдавлением груди, одышкой с затрудненным выдохом. Приступ купировался прекращением действия раздражителя.

С 2002 года больной отмечает ухудшение состояния. С течением времени усилился кашель, прогрессировала одышка. Стала возникать при умеренной физической нагрузке, участились эпизоды дистанционных хрипов, ночные симптомы стали возникать 2-3 раза в месяц, стали ухудшать сон и активность. Приступ больной стал купировать приемом беротека (1-2 вдоха)

Данное ухудшение отмечается с апреля прошлого года: когда после перенесенного простудного заболевания, которое сопровождалось кашлем с выделением слизистозной мокроты, повышением температуры до 37,5- усилилась одышка смешанного характера, приступообразный кашель, ночные эпизоды стали возникать 1 раз в неделю, и чаще стали нарушать сон и активность. Больной обратился в поликлинику, где ему было назначено лечение. Пролечилась с положительным эффектом, интенсивность симптомов снизилась. Но одышка и кашель со слизистой мокротой сохранялись.

После чего в плановом порядке был госпитализирован в ГKB №1

Anamnesis vitae

Родился 27.03. 1947 в городе Чимкент, пятым ребенком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту . В Возрасте 5 лет переехал в Алматы.

В детстве часто болел простудными заболеваниями.

Эпид. анамнез: Болезнь Боткина, туберкулез и венерические заболевания отрицает.

Образование: среднее

Проф анамнез: работал долгое время шофорем . Сейчас пенсионер .

Социально-бытовые условия удовлетворительные .

Вредные привычки : курил 5 лет по 15 шт в день. После бросил. Стаж курильщица 5 лет . ИК=

Аллергический анамнез : Приступ удушья, ринит на ментол.

Наследственные заболевания- отрицает.

Status Praesens

Общее состояние-средней степени тяжести, обусловлено синдромом дыхательной недостаточности.

Сознание ясное.

Положение активное.

Телосложение –нормостеник, питание повышенное рост 168 вес 70

Кожные покровы чистые, бледные, умеренной влажности, тургор снижен.

Ногти на руках и ногах оvoidной формы, серо-розового цвета, чистые.

Система органов дыхания

Осмотр: Дыхание через нос свободное, крылья носа участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Преимущественно грудной. Грудная клетка нормостеническая, симметричная. ЧДД 22 раза в минуту.

Пальпация:

Голосовое дрожание ослаблено. Грудная клетка безболезненная, ригидная.

Перкуссия:

Перкуторный звук варьирует от легочного до коробного.

Аускультация:

Над легкими выслушивается жесткое везикулярное дыхание, на фоне которого выслушиваются рассеянные свистящие хрипы по всем легочным полям;

Бронхофония на симметричных участках одинаковая.

При осмотре области сердца видимых изменений нет.

Обоснуйте предварительный диагноз.
Сделайте диф диагностику.
На какие анализы отправите.