

АО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра семейной и доказательной медицины

# Клинический случай пациента Токпанбаева Ж

Подготовил врач-интерн \_\_Абилева А\_\_\_\_ (ФИО)

Группа \_\_615\_\_\_\_

Преподаватель: доцент кафедры Керимкулова А.С. \_\_\_\_\_

Причина обращения в учреждение ПМСП:

- Жалобы на кашель, одышку, частые простудные заболевания,

# Информация о пациенте (паспортные данные, антропометрические данные, $t^{\circ}$ тела):

- Ф.И. О. больного: Токпанбаев Жетписбай
- Пол: мужской
- Возраст: 49 лет
- Постоянное место жительства: г Астана, Орынбор 53,112
- Профессия: Частный предприниматель.
- 1). Состояние удовлетворительное. Температура тела  $36,8^{\circ}\text{C}$
- 2). Положение больного в постели - активное.
- 3). Сознание ясное.
- 4). Выражение лица - спокойное.
- 5). Рост - 179 см. Масса тела - 79 кг. Телосложение нормостеническое. Осанка прямая, походка быстрая. Индекс массы тела -  $24,65 \text{ кг/м}$
- 6). Кожные покровы бледноватые, лёгкий акроцианоз (нарушение оксигенации крови в лёгких приводит к увеличению содержанию восстановленного гемоглобина в тканях). На ощупь, кожа, влажная. Кожа эластичная. Высыпаний на коже нет. Ногти выпуклой формы, розового цвета, без видимых изменений. Цвет видимых слизистых оболочек - бледно-розовый, высыпаний нет. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена, гиперестезии нет.
- 7). Степень развития подкожной жировой клетчатки умеренная. Толщина кожной складки в области нижнего угла лопатки - 1 см. Подкожно-жировая клетчатка при пальпации безболезненна. Периферических отеков нет.
- 8). Лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, шейные, подмышечные, над-, подключичные,- не пальпируются.
- 9). Опорно-двигательный аппарат: патологии нет.

Как провести детализацию жалоб (сформулируйте вопросы)?

- Изучить анамнез, желательно установить частоту, продолжительность и характеристику кашля, а также оценить эффективность проводимых ранее лечебных мероприятий. При беседе с больным необходимо узнать стаж курения, количество сигарет, которые в день выкуривает пациент. Подсчитать индекс курящего человека (ИКЧ).

Какие заболевания сопровождаются подобными жалобами (включают основной симптом)?

- Хобл
- Бронхиальная астма
- Трахеобронхиальная дискинезия
- Сдавление трахеи и бронхов увеличенными лимфатическими узлами, опухолью средостения или аневризмой аорты
- Бронхоэктазия

## Ответьте на поставленные вопросы по детализации жалоб:

- больной жалуется на кашель в течение всего дня, реже наблюдается ночью, с небольшим количеством слизистой мокроты, чаще по утрам. Во время кашля и после окончания возникает одышка. ИКЧ – 20.
- Считает себя больным с детства, так как болел часто простудными заболеваниями. С 1997 года, когда на фоне ОРВИ, появился кашель в течение всего дня с отхождением слизисто - гнойной мокротой, чаще по утрам, прогрессирующая одышка. Больной обратился в поликлинику по месту жительства, где его госпитализировали в ЦРБ. Больному начали проводить антибактериальную терапию гентамицином, после чего почувствовал себя хуже, начался приступ удушья. Приступ купировали, (больной не может назвать лекарственные средства). Когда состояние больного стабилизировалось, его выписали с диагнозом бронхиальная астма. С 1997 года принимает дитек, беротек, сальбутамол. Ухудшения состояния почувствовал с 2007 года, когда усилилась одышка и кашель, снизилась толерантность к физической нагрузке.

Подведите итоги расспроса больного (резюмируйте данные):

- Учитывая возраст, анамнез (ИКЧ) и жалобы пациента, предполагаю наличие клиники бронхообструктивного синдрома.
- Необходимо провести обследование пациента для уточнения диагноза.

# Данные осмотра, необходимые для постановки предварительного диагноза:

- **Осмотр.** Грудная клетка: Форма грудной клетки эмфизематозная. Увеличение поперечного и особенно переднезаднего размера грудной клетки, развернутый эпигастральный угол (больше 90 град), более горизонтальное направления ребер и увеличение межрёберных промежутков, в надключичных областях наблюдается выраженное набухание, значительное увеличение межрёберных промежутков, снижение эластичности грудной клетке, плотное прилегание лопаток к грудной клетке. Грудная клетка симметричная.
- Окружность грудной клетки - 110 см. Экскурсия грудной клетки - 8 см.
- Дыхание: тип дыхания смешанный. Дыхательные движения симметричны. Частота дыхательных движений 23 в минуту. Дыхание менее ритмичное, удлинение фазы вдоха и выдоха.
- **Пальпация.** При пальпации болезненные участки не выявлены. Снижение эластичности грудной клетке. Голосовое дрожание симметричное, двустороннее ослабление.
- **Перкуссия легких**
- Сравнительная перкуссия: На симметричных участках грудной клетки отмечается перкуторно коробочный звук.
- Топографическая перкуссия:
- **Верхняя граница легких:** справа слева высота стояния верхушек спереди 6 см 6 см, высота стояния верхушек сзади 8 см 8 см, Ширина полей Кренига 9 см 9 см
- **Нижняя граница легких:** по окологрудной линии 7 межреберье не определяется, по срединно-ключичной линии 7 ребро не определяется, по передней подмышечной линии 8 ребро 8 ребро, по средней подмышечной линии 9 ребро 9 ребро, по задней подмышечной линии 10 ребро 10 ребро, по лопаточной линии 11 ребро 11 ребро, по околопозвоночной линии остистый отросток остистый отросток, 11 грудного позвонка 11 грудного позвонка
- **Дыхательная экскурсия нижнего края левого:** 9 см, не определяется, 9 см, 9 см, 9 см, 9 см, по срединно-ключичной линии по задней подмышечной линии, по лопаточной линии
- **Аускультация.** На симметричных участках грудной клетки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. В лёгких выслушиваются сухие разнотональные хрипы по всем легочным полям. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки ослаблена с обеих сторон.



Какие лабораторные исследования необходимы для дифференциальной диагностики и постановки заключительного клинического диагноза?

- 1) Общий анализ крови - выявление признаков анемии, воспалительного изменения в лейкоцитарной формуле, ускорение СОЭ.
- 2) Общий анализ мочи
- 3) Анализ мокроты - выявления клеточного состава бронхиального секрета, для дифференциальной диагностики с опухолевыми процессами. Для идентификации возбудителя и оценки его чувствительности к антибиотикам.

# Напишите результаты лабораторных исследований данного пациента:

- Общий анализ крови.
- Гемоглобин 136 г/л, Эритроциты 4,4, Цветовой показатель 0,95, Лейкоциты, 5,9, Палочкоядерные 2, Сегментоядерные 64, Лимфоциты 31, Моноциты 3, СОЭ 21 мм/час.
- Анализ мочи
- Цвет Соломенно-желтая, прозрачная, Реакция кислая, Плотность 1020, Эпителий переходный
- 0-1 в п/з, Лейкоциты 0 - 1 в п/з.
- Анализ мокроты
- Характер Слизисто-гнойный, Цвет Серая, Консистенция Вязкая, Альвеолярные клетки Большое количество, Эпителий: цилиндрический 5 - 7 в п/з,
- Плоский 3 - 4 в п/з, Лейкоциты до 30 в п/з, Кристаллы Шарко-Лейдена
- не обнаружены.

# Какие инструментальные исследования необходимы для дифференциальной диагностики и постановки заключительного клинического диагноза?

1. Спирометрия и тест на обратимость - для установление точного диагноза и плана лечения.
2. **Рентгенография органов грудной клетки - оценка состояния бронхиального дерева:** повышение плотности и деформация стенок бронхов. Выявление эмфиземы легких. Признаки увеличения правых отделов сердца, диаметра легочной артерии.
3. **ЭКГ - выявление признаков перегрузки/гипертрофии правых камер сердца, аритмий.**
4. Исследование газов артериальной крови и кислотно-щелочного состояния (КЩС) при нарастании одышки,  $ОФВ_1 < 50\%$ , клинических признаках ДН.
5. Пульс - оксиметрия - для определения  $SaO_2$  (по неизвестной мне причине этот анализ не выполняли)
6. **Компьютерная томография - по показаниям для диагностики различных форм эмфиземы и исключения бронхоэктазов.**
7. **ЭХОКГ - выявление и оценка выраженности признаков легочной гипертензии, дисфункции правых и левых камер сердца.**

# Напишите результаты инструментальных исследований данного пациента:

- **Рентгенограмма грудной клетке** : На рентгенограмме в прямой и боковой проекциях отчётливо видно низкое расположение купола диафрагмы, увеличение ретростернального пространства (в боковой проекции), увеличение переднее - заднего размера грудной полости (бочкообразная грудная клетка), гиперпрозрачность лёгочных полей, усиление лёгочного рисунка, уплощение диафрагмы и уменьшение числа и калибра лёгочных сосудов в периферических зонах. Лёгочный рисунок в базальных отделах с обеих сторон деформирован за счет пневмосклероза.
- **ЭКГ** . Ритм синусовый, правильный.. ЧСС- 88 уд в мин , нормальное положение электрической оси сердца. Заключение: все показатели находятся в пределах нормы; нарушения ритма сердца, нарушения проводимости, гипертрофии миокарда желудочков и предсердий, а также повреждений миокарда не выявлено.
- **Спирография и тест на обратимость**
  - ЖЕЛ = 2,06
  - ФЖЕЛ = 2,29 (49%)
  - ОФВ1 = 0,49 (13%) после бронхолитика увеличилась на 18%
  - ОФВ1/ФЖЕЛ = 21,2.
  - Обратимость 5%, ниже 15% следовательно процесс не обратимый и подтверждает, что у больного ХОБЛ.
  - ОФВ1 38% (менее 50%), ФЖЕЛ 36 (менее 50%), ОФВ1/ФЖЕЛ 21,2 - вентиляционная недостаточность III степени.
  - Заключение: ХОБЛ, вентиляционная недостаточность III степени по смешанному типу (больше преобладает обструкция)

# Обоснуйте диагноз данного пациента с учетом полученных данных:

- Основное заболевание: *ХОБЛ, эмфизематозный тип, среднетяжелое течение (II стадия), обострение средней степени тяжести.*
- Осложнения: *Вентиляционная недостаточность III степени по смешанному типу (с преобладанием обструкции).*
- Сопутствующие заболевания: *Эмфизема лёгких. Пневмосклероз.*
- Диагноз поставлен на основании:
  1. Жалоб больного: кашель в течение всего дня, реже наблюдается ночью, с небольшим количеством слизистой мокроты, чаще по утрам. Во время кашля и после окончания возникает одышка.
  2. Данных анамнеза: Считает себя больным с детства, так как болел часто простудными заболеваниями. С 1997 года, когда на фоне ОРВИ, появился кашель в течение всего дня с отхождением слизисто - гнойной мокротой, чаще по утрам, прогрессирующая одышка. Больной обратился в поликлинику по месту жительства, где его госпитализировали в ЦРБ. С 1997 года принимает дитек, беротек, сальбутамол. Ухудшения состояния почувствовал с 2007 года, когда усилилась одышка и кашель, снизилась толерантность к физической нагрузке. Проходил стационарное лечение по месту жительства. Несмотря на проводимое лечение самочувствие больного не улучшалось, кашель с отхождением слизисто - гнойной мокротой, усиливалась одышка, учитывая отсутствие эффекта от проводимой терапии больного госпитализировали ОКБ им.Бурденко в 40 отделение для дальнейшего лечения и обследования. Таким образом, в течение 10 лет больной не обращался за медицинской помощью, болезнь медленно прогрессировала.
  3. Данных объективного обследования говорит об эмфизематозном типе - снижение эластичности грудной клетке. Голосовое дрожание симметричное, двустороннее ослабление. При перкуссии на симметричных участках грудной клетки отмечается коробочный звук. При аускультации на симметричных участках грудной клетки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. В лёгких выслушиваются сухие разнотональные хрипы по всем легочным полям. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки ослаблена с обеих сторон.
  4. Тяжелое течение поставлено на основании прогрессирование заболевания, нарастание одышки, частотых обострений, снижение качества жизни. ОФВ1 38% ОФВ1/ФЖЕЛ 21,2%
  5. Обострение средней степени поставлено на основании выраженности одышки при незначительной физической нагрузке, мокроты желто-зеленого цвета. Нарастание ВН - участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, парадоксальное движение грудной клетки, появление и усугубление центрального цианоза.
  6. Эмфизема лёгких и пневмосклероз на основании данных рентгенологического исследования - низкое расположение купола диафрагмы, увеличение ретростернального пространства (в боковой проекции), увеличение переднее - заднего размера грудной полости (бочкообразная грудная клетка), гиперпрозрачность лёгочных полей, усиление лёгочного рисунка, уплощение диафрагмы и уменьшение числа и калибра лёгочных сосудов в периферических зонах. Лёгочный рисунок в базальных отделах с обеих сторон деформирован за счет пневмосклероза.

# Дайте рекомендации по лечению данного пациента:

- 1. Режим общий
- 2. Стол 15
- 3. Бронходилататоры:
  - Rp.: «Serevent» 50 мкг 2 вдоха 2 раза/сут
- 4. Небулайзеротерапия, комбинированным с бронхорасширяющим препаратом, содержащим в2 - адреномиметик и м - холиниблокатор - «Berodual» 2 - 4 вдоха каждые 30 мин в течение первого часа, далее каждые 1 - 4 часа по потребности. Поддерживающая терапия 1-2 вдоха через 4 - 6 ч, через 6 - 8 ч.
- 5. Параллельно с бронходилататорами
  - Rp.: Tab.Prednisoloni 0.005 по схеме 3 таб в 7 утра и 2 таб в 11 утра 14 дней внутрь. После стабилизации состояния постепенно снижать по 12 таб, затем 23 таб в течении 3-4 дней.
- 6. Антибактериальная терапия:
  - Rp.: Tab. «Macropen» 400 мг по 1 таб 3 раза в день
- 7. Мукорегуляторная терапия
  - Rp.: «Lasolvan» 100 мл - по 1 чайной ложке 2 раза в день.
- 9. Физиопроцедуры. ЛФК.

Укажите принципы профилактики и диспансеризации данного пациента:

- Регулярные консультации пульмонолога и ВОП 2 раза в год, спирография 2 раза в год, санаторно-курортное лечение.