История болезни.

Составил: студент 211 гр. 3 подгруппы

2005 год

1. Паспортная часть

Ф.И.О: ХХХ.

Возраст: 37 лет (1968 г.р.).

Место жительства: ...

Профессия: электромонтажник.

Место работы: ...

Дата госпитализации: 23 мая 2005 года.

Кем направлен: Поликлиника № 1.

Диагноз при поступлении: Острый бронхит.

2. Субъективное обследование

Жалобы при поступлении:

Температура 37, 5 °С, общее недомогание, насморк, чувство саднения за грудиной, кашель с трудно отделяемой мокротой, при частых приступах кашля возникает боль в верхней части живота.

Анамнез заболевания:

ХХХ считает себя больным в течение суток:

На фоне ОРВИ (насморк) у пациента поднялась температура (ближе к вечеру), появился кашель, чувство саднения за грудиной, а при приступах кашля и боль в верхней части живота. На следующее утро пациент после приёма у участкового врача был госпитализирован в стационар 23 мая 2005 года.

Эпидемиологический анамнез:

Пациент отрицает контакты с инфекционными больными, переливания крови. А также контакты с инфицированными больными туберкулёзом и венерическими заболеваниями. Операций пациент не переносил.

Анамнез жизни:

Среди перенесённых заболеваний числятся: ОРВИ и аденовирусные инфекции.

Наследственность пациента: мать страдает гипертонической болезнью; отец и сестра здоровы.

Богданов Р. П. проживает в двух комнатной хорошо освещённой, сухой и комфортабельной квартире с женой и ребёнком (дочерью). Питание у пациента удовлетворительное.

Пациент отрицает какие – либо вредные привычки.

Аллергологический анамнез: у больного существует аллергия на тополиный пух. На продукты питания и медикаментозные препараты аллергия отсутствует.

3. Объективное обследование

Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное, осанка прямая, походка ровная. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Астенической конституции. Телесные повреждения, физические недостатки и аномалии развития отсутствуют. Питание удовлетворительное. Кожа обычной окраски, чистая, тёплая, гладкая, нормальной влажности, средней толщины, умеренной плотности, эластичность (тургор) её в норме, целостность кожи не нарушены. Подкожная жировая клетчатка однородной консистенции, отёков и пастозности нет. Волосяной покров развит в соответствии с возрастом и полом. Кожа волосистой части головы чистая. Волосы и ногти не изменены.

Местный осмотр:

Лицо, уши, нос и глаза без патологических изменений. Наружные слуховые проходы без отделяемого. Слух не нарушен. Носовое дыхание затрудненно в связи с серозным отделяемым. Слизистая оболочка конъюнктивы, полости рта, глотки слегка гиперимирована, чистая, гладкая. Губы не изменены. Дёсны крепкие, без наложений, не кровоточат, плотно прилегают к шейкам зубов. Зубы устойчивы к расшатыванию, кариозных и разрушенных зубов нет. Язык влажный, без налёта. Миндалины не выступают из-за нёбных дужек, однородные, с чистой поверхностью, лакуны не глубокие, без отделяемого. Акт глотания не нарушен. Голос не изменён и соответствует полу.

Форма шеи обычная, с ровными контурами. Щитовидная железа визуально не определяется. Пальпируется её перешеек однородной мягкоэластической консистенции, безболезненный, легко смещаем при глотании, не спаян с кожей и окружающими тканями. Лимфатические узлы (затылочные, подчелюстные, шейные и подмышечные) не увеличены. Грудные железы без патологии.

Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненные, тонус и сила их достаточные.

Целостность костей не нарушена, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Костно-суставная система развита пропорционально, деформация отсутствует. Суставы внешне не изменены (не отёчны, безболезненны и без деформаций). Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах и позвоночнике в полном объёме.

Сердечнососудистая система:

При осмотре пациента отёков не обнаружено, одышка также отсутствует. Кожные покровы и слизистые оболочки по окраске физиологичны. При осмотре выявляется верхушечный толчок, расположенный в пятом межреберье на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии. Сердечный толчок, выпячивания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации визуально не определяются. Набухание шейных (яремных) вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

При пальпации лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный, равномерный, ритмичный, частота сердечных сокращений составляет 81 удар в минуту, нормального напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. При пальпации верхушечный толчок не высокий, умеренной силы, шириной около 1,5 см. и совпадает во времени с пульсом на лучевых артериях. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена и одинакова с обеих сторон.

Перкуторно границы сердца:

Верхняя граница – относительной сердечной тупости, определяемая по левой окологрудинной линии, находится на третьем ребре, абсолютной сердечной тупости – на четвёртом ребре.

Нижняя граница – идёт от пятого правого рёберного хряща до верхушки сердца.

Левая граница – на уровне пятого межреберья расположена на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Правая граница относительной сердечной тупости на уровне четвёртого межреберья проходит по правому краю грудины; абсолютной сердечной тупости – по левому краю грудины.

Верхушка сердца – пятое межреберье 1,5 см. слева от грудины.

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Тоны сердца ясные (не расщеплены, нет дополнительных тонов), чистые (шумы отсутствуют) во всех точках выслушивания. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка 1-ый тон громче 2-го, над аортой и легочной артерией 2-ой тон громче 1-го.

Артериальное давление на правой руке 122/90 мм. рт. ст., на левой – 120/90 мм. рт. ст. Разница давления на плечевых артериях составляет 2 мм. рт. ст. Пульсовое давление 30 – 32 мм. рт. ст.

Дыхательная система

При осмотре: грудная клетка правильной формы (астеническая), правая и левая её половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания, ключицы и лопатки находятся на одном уровне. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания составляет 22 в минуту. Дыхание осуществляется через рот в связи с тем, что из носовых ходов выделяется серозное отделяемое Дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает брюшной тип дыхания. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не обнаружено. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

Грудная клетка при сдавливании упругая и податливая. При пальпации целостность рёбер не нарушена. Поверхность их гладкая; болезненность при ощупывании рёбер, межрёберных промежутков и грудных мышц не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный легочной звук.

Перкуторно границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия. | Правое лёгкое. | Левое лёгкое. |
| Окологрудинная | 5-ое межреберье | --- |
| Среднеключичная | 6-ое межреберье | --- |
| Передняя подмышечная | 7-ое межреберье | 7-ое межреберье |
| Средняя подмышечная | 8-ое межреберье | 8-ое межреберье |
| Задняя подмышечная | 9-ое межреберье | 9-ое межреберье |
| Лопаточная | 10-ое межреберье | 10-ое межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11-го грудного позвонка | Остистый отросток 11-го грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края по задним подмышечным линиям 6 см. с обеих сторон.

Высота стояния верхушек правого и левого лёгкого спереди на 3 см. выше ключицы, сзади – на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка.

Ширина верхушек лёгких (поля Кренига) по 5 см. с обеих сторон.

При аускультации над лёгкими с обеих сторон определяется жёсткое дыхание, а также крупно пузырчатые хрипы.

Пищеварительная система:

Пациент отрицает какие – либо изменения стула.

При осмотре живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Брюшной пресс развит, расхождение прямых мышц отсутствует, пупочное кольцо не расширенно. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный.

При глубокой пальпации живот безболезнен. А также отрицательные симптомы Мёрфи, Кера, Образцова, Ситковского, Ортнера.

При глубокой скользящей пальпации живота в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром с большой палец руки. Она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перестальтирует. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягкоэластического, несколько расширенного книзу цилиндра диаметром в два поперечных пальца; она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом флангах живота в виде подвижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров. Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умерено плотного цилиндра. Она безболезненна, легко смещается вверх и вниз. Выше пупка прощупывается большая кривизна желудка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного, слегка болезненного валика, идущего поперечно по позвоночнику в обе стороны от него. Тонкая кишка, мезентериальные лимфатические узлы и поджелудочная железа не пальпируются.

Печень в положении лёжа на спине и стоя не пальпируется.

Перкуторно границы печени по правой срединно-ключичной линии: верхняя – на 6-ом ребре; нижняя – по краю правой рёберной дуги.

Размеры печени по Курлову:

Первый размер – по правой среднеключичной линии от верхней до нижней границы абсолютной тупости печени – 9 см.

Второй размер – по передней срединной линии – 8 см.

Третий размер – по краю правой рёберной дуги – 8 см.

Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в его проекции безболезненна. Селезёнка в положениях лёжа на спине и на правом боку не пальпируется.

Дополнительные патологические образования в брюшной полости не пальпируются. Признаки скопления свободной жидкости в брюшной полости методами перкуссии не определяются. При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости.

Шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и мезентеральными артериями отсутствуют.

Мочеполовая система:

Пациент отрицает какие-либо расстройства мочеиспускания.

Поясничная область при осмотре не изменена. Отёки не выявлены. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников, а также поколачивание по поясничной области в месте 12 ребра безболезненны с обеих сторон. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется.

Нервно – психический статус:

Сознание ясное, речь внятная, чувствительность в норме, походка ровная. Настроение устойчивое, ориентировка во времени, пространстве и в конкретной ситуации сохранена. Внимание устойчивое.

4. Предварительный диагноз

На основании жалоб пациента: температура 37, 5 °С, общее недомогание, насморк, чувство саднения за грудиной, кашель с трудно отделяемой мокротой, при частых приступах кашля возникает боль в верхней части живота.

А также на основании данных полученных по дыхательной системе: при аускультации над лёгкими с обеих сторон определяется жёсткое дыхание, а также крупно пузырчатые хрипы.

Из анамнеза заболевания: заболевание развивалось в течение суток на фоне ОРВИ.

Можно поставить предварительный диагноз: Острый бронхит.

5. План обследования

Общий анализ крови.

Общий анализ мочи.

Анализ мокроты на бак. посев.

Рентгенологическое исследование грудной клетки.

6. Результаты исследований

1. Общий анализ крови:

Er – 4, 5 \* 10¹²

Hg – 130 г/л

Lc – 9000 (лейкоцитоз со сдвигом влево).

СОЭ – 15 мм в час.

2. Общий анализ мочи:

Цвет: соломенно-желтая.

Прозрачность: прозрачная.

Среда: щелочная.

Удельный вес: 1018.

Lс: 1 в п/з.

Er: 1 в п/з.

Белок: отрицательный.

3. Анализ мокроты на бак. посев:

В мокроте обнаружены пневмококки. Характер экссудата – слизистый.

4. Рентгенологическое исследование грудной клетки:

Существенные отклонения от нормы не наблюдаются.

7. Дневник

26 мая 2005 года.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 122/89 мм. рт. ст. Рs составляет 80 удар в минуту. ЧДД = 20 в одну минуту, t = 37, 1 °С.

Перкуторный звук легочной ясный.

Аускультативно прослушивается жёсткое дыхание, крупнопузырчатые хрипы.

Слизистая оболочка полости рта и глотки гиперимированна.

28 мая 2005 года.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 119/90 мм. рт. ст. Рs составляет 79 ударов в минуту. ЧДД = 19 в одну минуту, t = 36, 8 °С.

При перкуссии легочной звук ясный.

Во время аускультации дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют.

1 июня 2005 года.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Отёки не обнаружены.

А/Д = 120/90 мм. рт. ст. Рs составляет 80 ударов в минуту. ЧДД = 20 в одну минуту, t = 36, 7 °С.

При аускультации: хрипы отсутствуют, дыхание везикулярное.

Слизистая оболочка полости рта и глотки физиологической окраски.

8. Дифференциальный диагноз

При данном заболевании (острый бронхит) следует проводить дифференциальный диагноз с острой пневмонией.

Как правило при пневмониях наблюдается высокая интоксикация, температура доходит до 40 – 41 °С, в нашем же случае проявляются слабые симптомы интоксикации и температура находится на уровне 37, 5 °С.

Одним из факторов пневмонии является одышка с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры (а также цианоз носогубного треугольника вследствие одышки), в нашем случае отсутствует как одышка, так и цианоз носогубного треугольника.

При острой пневмонии перкуторно различают влажные мелкопузырчатые хрипы (причём локально на проекции поражённого сегмента или доли), у пациента ХХХ различаются влажные крупнопузырчатые хрипы над всей поверхности лёгких.

На рентгеновском снимке при острой пневмонии наблюдается инфильтративное изменение легочной ткани очагового или сегментарного характера и реакцию корня на стороне поражённого лёгкого, в нашем случае на рентгеновском снимке существенных отклонений от нормы нет.

Гематологическая картина при пневмонии также претерпевает значительные изменения: лейкоцитоз до 15 – 30000, СОЭ до 40 – 50 мм/ч. У курируемого пациента Lc – 9000, СОЭ – 15 мм/ч.

При острой пневмонии в анализе мочи наблюдается протеинурия, возможна и микрогематурия, в нашем случае анализ мочи в норме.

9. Лечение

Не медикаментозное:

Обильное питьё (чай с лимоном, малиновым вареньем).

Отвар термопсиса – по одной столовой ложке 3 раза в день.

Ингаляция (2 % раствора гидрокарбоната натрия) по 5 – 20 минут один раз в день.

Вибрационный массаж.

Постуральный дренаж.

Молоко с содой.

Медикаментозное:

1. Ревит – 1 драже 3 раза в день.

2. Эритромицин – по 0, 25 4 раза в день.

3. Бронхолитин – по 1 столовой ложке 3 раза в день.

4. Бромгексин – по 1 таблетке 4 раза в день.

10. Клинический диагноз

Пациент поступил в стационар с жалобами: температура 37, 5 °С, общее недомогание, насморк, чувство саднения за грудиной, кашель с трудно отделяемой мокротой, при частых приступах кашля возникает боль в верхней части живота.

Аускультативно различаются влажные крупнопузырчатые хрипы на фоне жёсткого дыхания.

Плюс ко всему на основании рентгенологического исследования, анализов крови и мочи, анализа мокроты и проведённого дифференциального диагноза был поставлен диагноз: Острый инфекционный катаральный бронхит.

11. Прогноз

Благоприятный. В большинстве случаев, особенно при не осложнённом течении, наступает полное выздоровление.

При нарушении проходимости бронхов острый бронхит может приобретать затяжной характер и переходить в хроническую форму.

При запущении течения заболевания возможен переход острого бронхита в острую пневмонию.

12. Эпикриз

ХХХ поступил в стационар 23 мая 2005 года (по направлению поликлиники № 1). С жалобами на температуру 37, 5 °С, общее недомогание, насморк, чувство саднения за грудиной, кашель с трудно отделяемой мокротой, при частых приступах кашля возникает боль в верхней части живота.

После прохождения курса лечения пациент отметил улучшение состояния: температура снизилась до нормы, исчезли кашель, а вместе с ним и боли в верхней части живота; насморк; чувство саднения за грудиной; общее недомогание.

ХХХ был выписан 1 июня 2005 года, пробыв на стационарном лечении 10 дней. После выписки пациенту было рекомендовано: своевременная санация очагов инфекции (в первую очередь носоглотки); закаливание организма; а также борьба с запыленностью в доме (частые влажные уборки).

Непосредственно перед выпиской с пациентом была проведена беседа на тему: “Профилактика инфицирования верхних дыхательных путей”.