МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра факультетской терапии

Заведующая кафедрой: ###

Преподаватель: ###

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ФИО: Б.Н.А.

Возраст: 68 лет (###)

*Клинический диагноз:* Эндогенная бронхиальная астма тяжёлого течения, неконтролируемая, обострение.

*Осложнение основного заболевания:* Эмфизема лёгких.

*Сопутствующие:* ХОБЛ, тяжёлое течение, обострение.

Куратор: ###
студент IV курса педиатрического факультета # группы

Время курации: ###

«АРХАНГЕЛЬСК 2018».

**I. Паспортная часть**

1. ФИО: Б.Н.А.

2. Возраст: 68 лет

3. Пол: женский

4. Семейное положение: замужем

5. Профессия: безработная

6. Место работы: безработная, пенсионерка

7. Адрес места жительства: г. Архангельск

8. Номер телефона: 8-9\*\*-\*\*\*-\*\*-\*\*

9. Дата поступления: ###

**II. Анамнестические данные**

1. **Субъективные данные.**

***Жалобы на момент поступления:*** Тяжело дышать (вдохнуть и выдохнуть), плохо отходит мокрота, но отходит, насморк (выходит секрет светлый с зелёным выделяемым), утром, вечером и днём мокрота (светлая с зелёным выделяемым), изнуряющий кашель при ходьбе и сидя, боль в горле.

***Жалобы на момент курации:*** Тяжело дышать (затруднён вдох и выдох), одышка при ходьбе, кашель на выдохе, при спокойной ходьбе и в покое, кашель с небольшим выделением мокроты, мокрота вязкая, клейкая, напоминает комок, приступы удушья в ночное время. Чувствует усталость, лёгкую сонливость.

2. **История развития настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Со слов пациентки, заболевание началось с 30 лет (1980). Первые проявления заболевания начались, когда работала на предприятии по переработке вторичного сырья, занимала должность — станочник распиловщик сырья. Предприятие по переработке древесины. Из первых симптомов отмечала удушье, затруднённый вдох и выдох, но преимущественно выдох, появлялся сильный кашель с мокротой. Появление данных симптомов связывает с очень пыльной работой. По поводу данных симптомов обратилась к штатному врачу, который направил её в поликлинику, лечилась амбулаторно, препаратом Sol. “Berotec” 0,1 % — 20 ml. Вдыхала через нейбулайзер по 10 капель 3 раза в день. На фоне препарата самочувствие улучшалось, приступы удушья исчезали. В 2011 году была госпитализирована в больницу по месту жительства по поводу обострения и ухудшения самочувствия, где было проведено обследование и лечение, поставили диагноз Бронхиальная астма и ХОБЛ, Эмфизема лёгких. Принимаемые препараты не помнит. Госпитализируется на основании обострений, периодически 1-2 раза в год (независимо от времени года). Пациентка 3.10.18 пошла в поликлинику на приём к врачу с жалобами на насморк (отходил вязкий секрет, тёмно — зелёного цвета), кашель с не отходящей мокротой, одышка на вдохе и выдохе, боли в горле при глотании, повышении температуры тела до 36,6 (обычная 35,8), повышение АД до 160/70 (обычная 110/70) в последние 3-е суток. Самочувствие ухудшилось с 4-6.10.18. 11.10.18 обратилась к пульмонологу, оказана помощь преднизолон+эуфиллин, в/в, однократно и отправлена домой. 15.10.18 дома после физической нагрузки (делала уборку в квартире, использовала моющие средства) значительно усилилась одышка, самостоятельно вызвала бригаду скорой медицинской помощи, была оказана помощь преднизолон+эуфиллин, в/в, госпитализацию не предлагали. 16.10.18 повторно обратилась к врачу пульмонологу, пульмонолог направил на госпитализацию в тот же день в ГБУЗ Первую городскую клиническую больницу №1 имени Е.Е. Волосевич, в 2 терапевтическое отделение.

3. **История жизни больного (Anamnesis vitae)**

Родилась 09.01.1950 в Плесецке. В семье была единственным ребёнком. Физическое и психическое развитие соответствует норме. Начала учиться с 7 лет, успеваемость в школе была удовлетворительной. Получила среднее профессиональное образование в Архангельске.

***Трудовой анамнез:*** Работала на деревоперерабатывающем производстве по переработке вторичного сырья, занимала должность — станочник распиловщик сырья с 1970-1980 (10 лет), затем по состоянию здоровья была переведена на облегчённый труд — диспетчером 1980-1990 (10 лет). На данный момент не работающий пенсионер.

***Бытовой анамнез:*** Проживает в каменном доме в благоустроенной 1-комнатной квартире со всеми удобствами.

***Пищевой анамнез:*** Питание разнообразное, регулярное.

***Детские инфекционные заболевания:*** Ветряная оспа — перенесла в дошкольном возрасте. Дифтерию, коклюш, корь, скарлатину — отрицает.

***Инфекции взрослого возраста:*** Брюшной тиф, дизентерию, болезнь Боткина, малярию — отрицает.

***Эпидемиологический анамнез:*** Контакты с инфекционными больными за последний месяц отрицает.

***Наследственный анамнез:*** Отец умер от рака лёгких

***Аллергологический анамнез:*** Отрицает.

***Вредные привычки*:** Курение 20 лет (1970-1990).

***Перенесенные операции:*** Кольпорафия (март 2018).

***Гинекологический анамнез:*** Семейное положение — замужем с 1969 года. От брака имеет 2-х детей. После рождения детей было сделано 5 прерываний. Менструация с 13 лет, ежемесячно, с продолжительностью 5-6 дней, цикл варьирует от 25-27 дней. Половая жизнь с 18 лет. Менопауза с 47 лет.

***Физические травмы:*** отрицает.

**III. Объективное исследование (Status praesens)**

**Общий осмотр.**

***Общее состояние:*** средней степени тяжести.

***Положение:*** активное, когда сидит опирается руками на колени

***Состояние сознания:*** ясное

***Настроение:*** бодрое

***Телосложение*** – нормостеническое.

Рост- 156 см.

Вес- 54 кг.

ИМТ= 21,2

***Температура тела:*** 35,8

***Кожа:*** окраска кожи бледно-розового цвета, кожные покровы чистые, умеренной влажности, без шелушения. Тургор и эластичность сохранены. Придатки кожи - ногти пальцев рук без патологических изменений, овальной формы, розового цвета, чистые.

***ПЖК:*** Степень развития подкожно - жировой клетчатки – умеренное. Отеков нет.

***Мышечная система:*** мышцы, без признаков местной или общей атрофии. Контрактур нет, мышечный тонус в норме. При пальпации мышцы безболезненны.

***Костно-суставная система:*** конечности симметричны, правильной формы. Видимые дефекты отсутствуют. Пальпаторно безболезненны. Суставы правильной конфигурации. Симметричны, безболезненны при постукивании и движениях. Объем активных и пассивных движений – полный.

***Лимфатические узлы:*** не увеличены, безболезненны при пальпации.

**Осмотр по системам органов**

**Дыхательная система.**

***Осмотр:*** Слизистая глотки, миндалин без изменений. Дыхание через нос слегка затруднено, отделяемого из носовых ходов в виде прозрачной слизи. При дыхании отмечается незначительное раздувание крыльев носа. Кашль малопродуктивный изнуряющий на выдохе с выделением вязкой, клейкой мокротой. Кашель появляется преимущественно на выдохе. Голос – хрипкий. Форма грудной клетки нормостеническая, без видимых деформаций. Втяжения межреберных промежутков - не отмечается. В акте дыхания обе половины грудной клетки участвуют симметрично. ЧДД в минуту – 19. Дыхание: свободное, обычной глубины, тип дыхания грудной, ритм правильный, шумное. Дистанционные хрипы слышны. При долгих разговорах отмечается посинение губ. Когда сидит опирается руками на колени.

***Пальпация*: Р**еберные болевые точки безболезненны, грудная клетка регидная, голосовое дрожание ослаблено. Пальпация межреберных промежутков безболезненна. Симптом Штернберга отрицательный.

***Перкуссия:*** Коробочный перкуторный звук над всей поверхностью лёгких.

***Топографическая перкуссия:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Верхушка легкого спереди | 4 см над ключицей | 4 см над ключицей |
| Верхушка лёгкого сзади | на уровне остистого отростка 7 ш.п. |
| Ширина полей Кренинга | 5 см | 5 см |
| Нижняя граница легких |
| l. parasternalis | 5 mr | - |
| l. medioclavicularis | 6 r | - |
| l.axillaris anterior | 7 r | 7 r |
| l. axillaris media | 8 r | 8 r |
| l. axillaris posterior | 9 r | 9 r |
| l. scapularis | 10 r | 10r |
| l paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

***Аускультация:*** Дыхание жёсткое, большое количество сухих хрипов, звучность и количество которых увеличивается в фазу выдоха, шум трения плевры не отмечен.

**Сердечно-сосудистая система**

***Осмотр:*** Сердечный горб не выявлен, определяется верхушечный толчок, сердечный толчок отсутствует, эпигастральная пульсация слабовыраженная, пульсация печени отсутствует. Симптом «червячка» отрицательный, отмечается набухание шейных вен, пульсация вен не отмечается.

***Пальпация:*** Верхушечный толчок присутствует локальный по средней ключичной линии на уровне 5 межреберья кнутри на 1,5 см, умеренной силы и высоты, резистентный, сердечный толчок, эпигастральная пульсация и феномен «кошачьего мурлыканья» отрицательны.

Пульс на лучевой артерии симметричный, ритмичный, 92 уд/мин, полного наполнения, мягкой напряженности, оптимальной величины, форма нормальная. пульс на височной, сонной, плечевой, бедренной, подколенной, задней большеберцовой артериях и артерии тыла стопы, совпадает с лучевой 92 уд\мин. Пульс Квинке отсутствует.

***Перкуссия сердца:***

|  |  |
| --- | --- |
| *Показатель* | *Локализация* |
| Правая граница ОСТ | В 4 межреберье справ, на 1 см латеральное края грудины |
| Верхняя граница ОСТ | На уровне 3 ребра по левой парастернальной линии |
| Левая граница ОСТ | В 5 межреберье слева, на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии |
| Правая граница АСТ | В 4 межреберье по левому краю грудины |
| Верхняя граница АСТ | На уровне 4 ребра по левой парастернальной линии |
| Левая граница АСТ | В 5 межреберье слева, на 1,5 см кнутри от левой границы ОСТ |
| Сосудистый пучок | Во 2 межреберье, совпадает с границами грудины |

***Аускультация сердца:*** Ритм сердца правильный, ЧСС – 92, 1 тон более продолжительный и низкий, лучше выслушивается в 1 аускультативной точке, совпадает с верхушечным толчком и пульсацией сонных артерий, 2 тон более продолжительный и менее высокий, выслушивается лучше в 2 точке, 3 и 4 тон не выслушиваются. Сердечные шумы не выявлены. Артериальное давление составило 135\90 мм рт. ст. Давление оптимальное.

**Пищеварительная система**

***Осмотр полости рта и живота:*** Слизистые оболочки полости рта, дёсен, зева, миндалин чистые, бледно-розового цвета, влажные, без патологического изменения. Язык чистый, влажный, розового цвета. Глотание не нарушено.

Живот округлой формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Грыжевые выпячивания отсутствуют. Расширения венозной сети передней брюшной стенки нет, пупок втянут, перистальтика визуально не определяется.

***Пальпация:*** При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При глубокой пальпации сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области.

Печень не выходит из-под реберной дуги, край печени пальпируется, ровный, безболезненный. Симптом Плеша отрицательный.

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка в положении лёжа на спине и в положении на правом боку не пальпируется. Болезненности при пальпации в левом подреберье нет.

Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. «Шум плеска» не определяется.

***Перкуссия:*** Над поверхностью живота определяется тимпанический перкуторный звук.

Размеры печени по Курлову: по правой срединно-ключичной линии — 10см, по передней срединной линии — 10м, по левой рёберной дуге — 8 см.

Стул коричневого цвета, отхождения газов в норме.

**Мочевыделительная система**

Акт мочеиспускания свободный, безболезненный, 5-6 раз в день.

***Осмотр:*** При осмотре поясничной области выбуханий, изменения цвета кожи не обнаружено.

***Пальпация почек:*** Почки не пальпируются. Болевые точки не определяются.

***Перкуссия:*** Симптом поколачивания отрицателен с обоих сторон.

Исследование мочевого пузыря: выбуханий в области мочевого пузыря нет, не пальпируется, перкуторно в этой области определяется тимпанический звук.

**Эндокринная система**

***Осмотр:*** Рост 156 см. масса 54 кг. Размер и соотношение отдельных частей тела правильное. Вторичные половые признаки выражены умеренно. ИМТ=21,2. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Растяжений кожи не выявлено. Выражение глаз и лица без особенностей.

Осмотр и пальпация щитовидной железы: железа не увеличена, мягкой консистенции, узловых изменений не выявляется.

**Нервная система**

Пациент контактный. Настроение бодрое. Сон не нарушен, около 7-8 часов в сутки. Нервно-психические реакции на окружающее в норме. Судороги, тремор, парезы, параличи, атрофия мышц не отмечаются. Органы чувств без изменений.

**IV. Предварительный диагноз**

*Основной диагноз:* Эндогенная бронхиальная астма тяжёлого течения, неконтролируемое обострение.

*Осложнение:* Эмфизема лёгких.

*Сопутствующие:* ХОБЛ, тяжёлое течение, обострение.

**V. План обследования**

1. ОАК

2. ОАМ

3. Калл на гельминты

4. БХ крови (креатинин, мочевина, белок, билирубин, глюкоза, К, Na, АЛТ, АСТ, амилаза, СРБ)

5. Исследование мокроты (ОА)

6. Бактериологическое исследование мокроты на туберкулёз

7. РМП

8. Коагулограмма

9. ЭКГ

10. Рентген грудной клетки ( в 2-х проекциях)

11. Спирография (результаты отсутствуют)!

**VI. Результаты обследований**

***ОАК от 16.10.2018***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Значение | Результат | Единица | Норма |
| Лейкоциты | 14 | 10\*9/л | 3,91-12,68 |
| Эритроциты | 4,59 | 10\*12/л | 3-5 |
| Гемоглобин | 136 | г/л | 120-160 |
| Цветной показатель | 0,9 | - | 0,85-1,05 |
| Гематокрит | 41,6 | % | 36-48 |
| Тромбоциты | 317 | 10\*9/л | 150-400 |
| Эозинофилы | 1 | % | 0,5-5 |
| Базофилы | 0,1 | % | 0-1 |
| Нейтрофилы | 71 | % | 48-79 |
| Нейтрофилы палочкоядерные | 1 | % | 1-6 |
| Нейтрофилы сегментоядерные | 64 | % | 47-72 |
| Лимфоциты | 24 | % | 19-37 |
| Моноциты | 11 | % | 3-11 |
| СОЭ | 40 , по Вестергрену (0-30) |

***Заключение:*** лейкоцитоз, повышен уровень СОЭ.

**ОАМ от 16.10.10**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цвет | Светло-жёлтый |  |
| Относительная плотность | 1.020 | 1.004-1.030 |
| Прозрачность | Прозрачная |  |
| PH | 5.00 |  |
| Белок | Отрицательный г/л | 0.00-0.09 |
| Глюкоза | Отрицательно ммоль/л | отрицательно |
| Эритроциты | Отрицательно в п/зр | 0.00-1.00 |
| Лейкоциты | Отрицательно в п/зр |
| Билирубин | Отрицательно ммоль/л |
| Уробилиноген | Норма мкмоль/л | 4.00-17.00 |
| Кетоны | Отрицательно ммоль/л | отрицательно |
| Витамин C | Отрицательно ммоль/л |  |
| Нитриты | Отрицательно |  |

***Заключение:*** Показатели в пределах нормы.

**БХ от 16.10.18**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Калий | 4,05 ммоль/л | 3,5-5,1 |
| Натрий | 141,30 ммоль/л | 136-146 |
| Общий белок | 68,90 г/л | 65-85 |
| Альфа-амилаза | 23 ЕД/л | 40-100 |
| АЛТ | 15 ЕД/л | 5-40 |
| АСТ | 12 ЕД/л | 5-38 |
| Мочевина | 3,89 ммоль/л | 2,5-8,3 |
| Креатинин | 60,00 мкмоль/л | 44-80 |
| Общий билирубин | 10,40 мкмоль/л | 20,5 |
| Глюкоза | 4,59 ммоль/л | 4-6,1 |
| С-реактивный белок | 77,5 мг/л | 0-5 |

***Заключение:*** Снижены показатели альфа-амилазы, повышен уровень С-реактивного белка.

**Коагулограмма от 16.10.18**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Протромбин по Квику | 108.40 % | (78.5-120.1) |
| Международное нормализованное отношение | 0.95 | (0.89-1.13) |
| Протромбиновое время | 11.70 сек | (10.2-13) |
| АЧВТ | 29.40 сек | (27.7-40.2) |
| Фибриноген по Клауссу | 4.51 г/л | (1.54-3.98 |

***Заключение:*** Показатели в пределах нормы.

**РМП от 16.10.18**

***Заключение:*** отрицательно.

**Копрограмма от 16.10.18**

|  |  |
| --- | --- |
| Исследование кала на яйца и личинки гельминтов | Не обнаружены |

***Заключение:*** Результаты отрицательные.

**Общий анализ мокроты от 17.10.18**

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет | Зелёная |
| Характер | Вязкая |
| Консистенция | Слизистая |
| Примеси | Отсутствуют |
| Микроскопическое исследование: |
| Спирали КуршманаКристаллы Шарко-ЛейденаЭФЭластические волокнаЛейкоцитыЭритроцитыЭпителиальные клеткиАльвеолярные клетки | ++1-2 в п.зр.-1-2 в п.зр.Единичные в п.зр.Единичные в п.зр.3-4 в п.зр. |

***Заключение:*** Мокрота вязкая зелёного цвета, обнаружены спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, ЭФ, лейкоциты, альвеолярные клетки.

**Бактериологическое исследование мокроты на туберкулёз от 17.10.18**

***Заключение:*** отрицательный

**Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях от 18.10.18**

***Заключение:*** Лёгкие без свежих изменений, эмфизематозные, с мелкими тяжами фиброза; корни структурные. Контуры диафрагмы ровные. Синусы свободные. Сердце без увеличения размеров, аорта уплотнена.

**ЭКГ от 17.10.18**

|  |  |
| --- | --- |
| PR | 0,16 (0,1-0,2”) |
| P | 0,1 (0,1”) |
| QRST | 0,34” |
| PQ | 0,14 (0,12-0,18”) |
| QRS | 0,10 (0,06-0,08”) |
| RR |  0,8” |

***Заключение:*** ЧСС=76 уд/мин, ритм синусовый, ЭОС не отклоненна, замедление проводимости по правой ножке пучка Гиса, наблюдаются мышечные изменения миокарда.

**VII. Дифференциальный диагноз**

Предположим, что у нашей пациентки ***Острый бронхит.***

* Острый бронхит течёт от нескольких дней, до 2 – 4 недель. Исходя из анамнеза нашей пациентки, наша пациентка страдает данным заболеванием с 30 лет, а именно уже на протяжении 38 лет.
* Для клиники острого бронхита характерен сухой приступообразный кашель в начале заболевания, который затем сменяется малодуктивным. У нашей же пациентки кашель изнуряющий и малопродуктивный изначально.
* Для клиники острого бронхита характерен экспираторный тип одышки, у нашей же пациентки, исходя из жалоб, отмечается как экспираторный, так и инспираторный тип одышки (смешанная одышка).
* При остром бронхите при осмотре грудной клетки отклонений от нормы не отмечается, частота дыхательных движений 16—18 в минуту, обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания симметрично, дополнительные дыхательные мышцы в акт дыхания не вовлекаются. У нашей же пациентки при осмотре грудной клетки, число дыхательных движений в минуту 18, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, пациентка принимает вынужденное положение, когда сидит упирается руками в колени.
* При осмотре пациентов с острым бронхитом отмечаются признаки инфекционного заболевания. При осмотре глотки слизистая отёчна, зерниста, гиперемирована. Может появиться налёт на миндалинах, нередко появляется коньюктивит. У нашей же пациентки слизистая глотки, миндалин без признаков воспаления (без изменений), коньюктивита нет.
* При остром бронхите при проведении перкуссии отмечается — ясный легочной звук. У нашей пациентки при перкуссии отмечается - коробочный перкуторный звук над всей поверхностью лёгких.
* При остром бронхите при аускультации отмечается жёсткое дыхание, рассеянные сухие хрипы различного тембра. У нашей же пациентки дыхание также жёсткое, но с наличием дистанционных хрипов.
* При исследовании мокроты при остром бронхите — мокрота слизеобразная, стекловидная, жидкая. В мокроте содержатся — частички пыли, микроорганизмы, клетки эпителия, частички распада клеток и тканей, много нейтрофилов. У нашей пациентки мокрота стекловидная, вязкая и, исходя из общего анализа мокроты, в мокроте обнаружены спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эозинофилы, лейкоциты, альвеолярные клетки.
* При остром бронхите при рентгенологическом исследование легких: диффузное усиление легочного рисунка, особенно в прикорневых и нижних медиальных зонах легких. У нашей же пациентки при рентгенологическом исследовании - лёгкие без свежих изменений, эмфизематозные, с мелкими тяжами фиброза; корни структурные. Контуры диафрагмы ровные. Синусы свободные.

Исходя из вышеизложенных критерий, диагноз острый бронхит не подтвердился, так как клиническая картина нашей пациентки иная.

Предположим, что у нашей пациентки — ***Центральный рак легкого***.

* При центральном раке лёгких вначале кашель сухой, временами надсадный. У нашей же пациентки кашель изнуряющий и малопродуктивный изначально.
* При центральном раке наблюдается одышка смешанного типа, у нашей пациентки также наблюдается одышка смешанного типа.
* При центральном раке лёгких пациенты отмечают боль в области груди, у нашей же пациентки боль в области груди не отмечается.
* При центральном раке лёгких пациенты отмечают общую усталость, сонливость, потерю в весе, общее недомогание, у нашей пациентки также отмечалась общая усталость, но не наблюдалась потеря в весе.
* При осмотре при центральном раке лёгких отмечается асимметрия грудной клетки, отставание одной из половин в акте дыхания. У нашей же пациентки асимметрии грудной клетки не наблюдается, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.
* При центральном раке лёгких при пальпации отмечается увеличение надключичных лимфатических узлов. У нашей же пациентки надключичные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации.
* При пальпации при центральном раке лёгких может быть увеличена в размерах печень, у нашей же пациентки размеры печени в пределах нормы.
* При перкуссии при центральном раке лёгких можно определить признаки ателектаза (тупой перкуторный звук). У нашей пациентки при перкуссии отмечается - коробочный перкуторный звук над всей поверхностью лёгких.
* При аускультации при центральном раке лёгких отмечается ослабленное дыхание, хрипы свистящего характера. У нашей же пациентки дыхание жёсткое, большое количество сухих хрипов, звучность и количество которых увеличивается в фазу выдоха.
* Мокрота при центральном раке лёгких слизистая, слизисто-гнойная, мокрота в виде «малинового желе». У нашей пациентки мокрота стекловидная, вязкая и, исходя из общего анализа мокроты, в мокроте обнаружены спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эузинофилы, лейкоциты, альвеолярные клетки.
* На рентгенограмме при центральном раке лёгких отмечаются следующие признаки: шаровидный узел в корне лёгкого, расширение корня лёгкого, нарушение бронхиальной проходимости (усиление легочного рисунка у корня лёгкого (гиповентиляция), обтурационная эмфизема, ателектаз). У нашей же пациентки на рентгенограмме данных признаков нет. У нашей пациентки лёгкие без свежих изменений, эмфизематозные, с мелкими тяжами фиброза; корни структурные. Контуры диафрагмы ровные. Синусы свободные.

Исходя из вышеизложенных критерий, диагноз центральный рак лёгких не подтвердился, так как клиническая картина нашей пациентки иная.

Предположим, что у нашей пациентки — ***ТЭЛА*** (тромбоэмболии легочной артерии).

* При тромбоэмболии легочной артерии появляется боль за грудиной. Загрудинные боли возникают внезапно, порой не связаны с физическим или эмоциональным перенапряжением. Боль за грудиной носит очень интенсивный, жгучий, режущий, раздирающий характер. У нашей же пациентки боль в области груди не отмечается.
* При тромбоэмболии легочной артерии пациенты жалуются на кровохарканье. У нашей пациентки данная жалоба отсутствует.
* При тромбоэмболии легочной артерии у пациентов отмечается одышка инспираторного типа. У нашей же пациентки, исходя из жалоб, отмечается как экспираторный, так и инспираторный тип одышки (смешанная одышка).
* При тромбоэмболии легочной артерии пациенты предъявляют жалобы на резкую слабость, вялость, головокружение, потерю сознания. Наша же пациентка предъявляет жалобы на усталость, лёгкую сонливость. Головокружений и потерю сознания не отмечает.
* При осмотре при тромбоэмболии легочной артерии отмечается бледность кожных покровов, артериальное давление понижено. У нашей же пациентки окрас кожи бледно-розового цвета, артериальное давление 135/90 мм.рт.ст.
* При тромбоэмболии легочной артерии имеет место выраженный цианоз лица, щёк, губ, слизистых оболочек, кончиков пальцев, шеи и верхней половины туловища. У нашей же пациентки отмечается посинение губ при длительном разговоре.
* При тромбоэмболии легочной артерии имеет место — патологическая пульсация в эпигастрии. У нашей же пациентки нет патологической пульсации в эпигастрии.
* При тромбоэмболии легочной артерии отмечается положительный симптом Плеша (при надавливании на область печени отмечается набухание шейных вен). У нашей пациентки симптом Плеша отрицательный.
* При тромбоэмболии легочной артерии при аускультации отмечают наличие рассеянных надо всей областью поражения легочной ткани влажных мелкопузырчатых хрипов и ослабление везикулярного дыхания. У нашей же пациентки дыхание жёсткое, большое количество сухих хрипов, звучность и количество которых увеличивается в фазу выдоха, шум трения плевры не отмечен.
* При тромбоэмболии легочной артерии в общем анализе крови отмечается — ускоренный СОЭ и нейтрофильный лейкоцитоз. У нашей же пациентки, исходя из общего анализа крови, ускоренный СОЭ, также лейкоцитоз, но за счёт эозинофилов.
* При тромбоэмболии легочной артерии на рентгенограмме легких отмечается - расширение корня легкого и его резкий обрыв, на стороне поражения отмечается более высокое стояние купола диафрагмы, наличие инфаркта легкого выявляется в виде гомогенного затемнения треугольной формы, основанием обращенного к плевре. У нашей же пациентки на рентгенограмме - лёгкие без свежих изменений, эмфизематозные, с мелкими тяжами фиброза; корни структурные. Контуры диафрагмы ровные. Синусы свободные.
* При тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ отмечаются особые критерии: синусовая тахикардия, полная/неполная блокада правой ножки пучка Гиса, инверсия зубца Т в V1, ЭОС вправо, доминантный R — зубец в V1, Р-пульмонале во II > 2,5 мм, неспецифические изменения ST-сегмента и Т-зубца. У нашей же пациентки ЧСС=76 уд/мин, ритм синусовый, ЭОС не отклоненна, замедление проводимости по правой ножке пучка Гиса, наблюдаются мышечные изменения миокарда.

 Исходя из вышеизложенных критерий, диагноз тромбоэмболии легочной артерии не подтвердился, так как клиническая картина нашей пациентки иная.

Предположим, что у нашей пациентки — ***Сухой плеврит.***

* Продолжительность клинического течения сухого плеврита составляет 1 – 3 недели. Исходя из анамнеза нашей пациентки, наша пациентка страдает данным заболеванием с 30 лет, а именно уже на протяжении 38 лет.
* При сухом плеврите у пациентов отмечаются колющие боли в грудной клетке, которые усиливаются при глубоком дыхании, кашле. У нашей же пациентки не наблюдаются боли в грудной клетке.
* При сухом плеврите у пациентов отмечается сухой кашель, у нашей же пациентки кашель изнуряющий и малопродуктивный.
* При осмотре при сухом плеврите пациенты принимают вынужденное положение — лежат на больном боку. Наша же пациентка также принимает вынужденное положение — когда сидит упирается руками в колени.
* При сухом плеврите у пациентов дыхание частое и поверхностное, отмечается ограничение дыхательной экскурсии лёгких. У нашей же пациентки - дыхание свободное, обычной глубины, тип дыхания грудной, ритм правильный.
* При сухом плеврите отмечается асимметрия грудной клетки — поражённая часть отстаёт в акте дыхания. У нашей же пациентки асимметрии грудной клетки не наблюдается, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.
* У пациентов с сухим плевритом — отмечается болезненность при пальпации трапецевидных и грудных мышц (симптом Штернберга). У нашей же пациентки реберные болевые точки безболезненны, пальпация межреберных промежутков безболезненна, симптом Штернберга отрицательный.
* У пациентов с сухим плевритом — отмечается аускультативно шум трения плевры, у нашей же пациентки шум трения плевры не выявлен.
* При сухом плеврите на рентгенографии легких отмечается ограничение экскурсии диафрагмы на пораженной стороне, облитерация синусов, высокое стояние диафрагмы, изменение ее контура (неровности, уплощение, выбухание). У нашей же пациентки на рентгенографии - лёгкие без свежих изменений, эмфизематозные, с мелкими тяжами фиброза; корни структурные. Контуры диафрагмы ровные. Синусы свободные.

Исходя из вышеизложенных критерий, диагноз сухой плеврит не подтвердился, так как клиническая картина нашей пациентки иная.

Предположим, что у нашей пациентки — ***Бронхиальная астма.***

* При бронхиальной астме отмечается удушье экспираторного типа, у нашей же пациентки смешанного типа.
* При бронхиальной астме характерен — малопродуктивный изнуряющий кашель с небольшим количеством вязкой, клейкой мокротой. У нашей же пациентки также отмечается — малопродуктивный изнуряющий кашель с небольшим количеством вязкой, клейкой мокротой в виде комочков. Кашель в основном на выдохе.
* При осмотре при бронхиальной астме у пациентов отмечается — раздувание крыльев носа при дыхании. У нашей же пациентки при дыхании также отмечается — раздувание крыльев носа.
* При бронхиальной астме пациенты принимают вынужденное положение тела с упором рук, наша же пациентка тоже принимает вынужденное положение — руками опирается на колени.
* У пациентов с бронхиальной астмой при пальпации отмечается — регидность грудной клетки, значительно ослабленное голосовое дрожание. У нашей же пациентки при пальпации грудная клетка регидная и отмечается ослабление голосового дрожания.
* У пациентов с бронхиальной астме при перкуссии отмечается — расширение границ лёгких, коробочный перкуторный звук, у нашей же пациентки границы лёгких а пределах нормы, но присутствует также коробочный перкуторный звук.
* У пациентов с бронхиальной астме при аускультации отмечается — жёсткое дыхание, большое количество сухих свистящих хрипов, звучность которых увеличивается в фазу выдоха. У нашей же пациентки - дыхание жёсткое, большое количество сухих хрипов, звучность и количество которых увеличивается в фазу выдоха, шум трения плевры не выявлен.
* При анализе мокроты у пациентов с бронхиальной астме мокрота - стекловидная, вязкая, содержит эозинофилов (много), кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана. У нашей же пациентки из анализа мокроты от 17.10.18 выявлено - мокрота вязкая зелёного цвета, обнаружены спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эозинофилов, лейкоциты, альвеолярные клетки.
* При бронхиальной астме на рентгенограмме признаки эмфизематозных лёгких, у нашей пациентки на рентгенограмме от 18.10.18 - лёгкие без свежих изменений, эмфизематозные, с мелкими тяжами фиброза; корни структурные. Контуры диафрагмы ровные. Синусы свободные. Сердце без увеличения размеров, аорта уплотнена.

Итак, на основании критериев характерных для бронхиальной астмы и нашей пациентки, можно считать, что у нашей пациентки бронхиальная астма.

**VIII. Обоснование диагноза**

*Основной клинический диагноз:* Эндогенная бронхиальная астма тяжёлого течения, неконтролируемое обострение.

*Осложнение:* Эмфизема лёгких.

*Сопутствующие:* ХОБЛ, тяжёлое течение, обострение.

***На основании жалоб:***

***Жалобы на момент поступления:*** Тяжело дышать (вдохнуть и выдохнуть), плохо отходит мокрота, но отходит, насморк (выходит секрет светлый с зелёным выделяемым), утром, вечером и днём мокрота (светлая с зелёным выделяемым), изнуряющий кашель при ходьбе и сидя, боль в горле.

***Жалобы на момент курации:*** Тяжело дышать (затруднён вдох и выдох), одышка при ходьбе, кашель на выдохе, при спокойной ходьбе и в покое, кашель с небольшим выделением мокроты, мокрота вязкая, клейкая, напоминает комок, приступы удушья в ночное время. Чувствует усталость, лёгкую сонливость.

***На основании анамнеза заболевания:***

Со слов пациентки, заболевание началось с 30 лет (1980). Первые проявления заболевания начались, когда работала на предприятии по переработке вторичного сырья, занимала должность — станочник распиловщик сырья. Из первых симптомов отмечала удушье, затруднённый вдох и выдох, но преимущественно выдох, появлялся сильный кашель с мокротой. Появление данных симптомов связывает с очень пыльной работой. По поводу данных симптомов обратилась к штатному врачу, который направил её в поликлинику, лечилась амбулаторно, препаратом Sol. “Berotec” 0,1 % — 20 ml. Вдыхала через нейбулайзер по 10 капель 3 раза в день. На фоне препарата самочувствие улучшалось, приступы удушья исчезали. В 2011 году была госпитализирована в больницу по месту жительства по поводу обострения и ухудшения самочувствия, где было проведено обследование и лечение, поставили диагноз Бронхиальная астма и ХОБЛ, Эмфизема лёгких. Принимаемые препараты не помнит. Госпитализируется на основании обострений, периодически 1-2 раза в год (независимо от времени года). Пациентка 3.10.18 пошла в поликлинику на приём к врачу с жалобами на насморк (отходил вязкий секрет, тёмно — зелёного цвета), кашель с не отходящей мокротой, одышка на вдохе и выдохе, боли в горле при глотании, повышении температуры тела до 36,6 (обычная 35,8), повышение АД до 160/70 (обычная 110/70) в последние 3-е суток. Самочувствие ухудшилось с 4-6.10.18. 11.10.18 обратилась к пульмонологу, оказана помощь преднизолон+эуфиллин, в/в, однократно и отправлена домой. 15.10.18 дома после физической нагрузки (делала уборку в квартире, использовала моющие средства) значительно усилилась одышка, самостоятельно вызвала бригаду скорой медицинской помощи, была оказана помощь преднизолон+эуфиллин, в/в, госпитализацию не предлагали. 16.10.18 повторно обратилась к врачу пульмонологу, пульмонолог направил на госпитализацию в тот же день в ГБУЗ Первую городскую клиническую больницу №1 имени Е.Е. Волосевич, в 2 терапевтическое отделение.

***На основании анамнеза жизни:***

*Трудовой анамнез:* Работала на деревоперерабатывающем производстве по переработке вторичного сырья, занимала должность — станочник распиловщик сырья с 1970-1980 (10 лет).

*Вредные привычки:* Курение 20 лет (1970-1990).

*Наследственный анамнез:* Отец умер от рака лёгких

***На основании объективного исследования:***

***Осмотр:*** Кашель малопродуктивный изнуряющий на выдохе с выделением вязкой, клейкой мокротой. Кашель появляется преимущественно на выдохе. Голос – хрипкий. Дистанционные хрипы слышны. При долгих разговорах отмечается посинение губ. Когда сидит опирается руками на колени.

***Пальпация*:** Грудная клетка регидная, голосовое дрожание ослаблено.

***Перкуссия:*** Коробочный перкуторный звук над всей поверхностью лёгких.

***Аускультация:*** Дыхание жёсткое, большое количество сухих хрипов, звучность и количество которых увеличивается в фазу выдоха.

***На основании дифференциального диагноза:***

Исходя из дифференциальной диагностики острого бронхита, центрального рака лёгких, ТЭЛА, сухого плеврита и бронхиальной астмы, сравнивая клинику заболеваний, наиболее схожая клиническая картина пациентки и бронхиальной астмы.

***На основании обследований:***

*Общий анализ мокроты от 17.10.18*

*Заключение:* Мокрота вязкая зелёного цвета, обнаружены спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, ЭФ, лейкоциты, альвеолярные клетки.

*ОАК от 16.10.18*

***Заключение:*** лейкоцитоз, повышен уровень СОЭ.

*Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях от 18.10.18*

*Заключение:* Лёгкие без свежих изменений, эмфизематозные, с мелкими тяжами фиброза; корни структурные. Контуры диафрагмы ровные. Синусы свободные. Сердце без увеличения размеров, аорта уплотнена.

**IX. Лечение**

1. Режим общий.

2. Диета стол №15

3. Лекарственная терапия:

1) Системные ГКС:

Rp.: Tab. Prednisoloni 0,005 № 100

D.S. По 2 таблетки 2 р/д, в течении 2-х недель.

 #

2) Ингаляционные (местные) ГКС:

Rp.: Aerosoli “Ingacort” 6 ml

D.S. По 2 вдоха (по 250 мг) 2 р/д, в течении 2-х недель.

 #

3) Бронходилататоры длительного действия, бета 2-агонисты:

Rp.: Aerosoli “Salmeteroli”

D.S. По 1-2 вдоха (по 25-50 мкг) 2 р/д, в течении 2-х недель.

 #

4) Муколитики (отхаркивающее средство):

Rp.: Tab. Bromgexini 0,008 № 20

D.S. По 1 таблетки 3 р/д, в течении 2-х недель.

 #

5) Бета 2-агонисты короткого (быстрого) действия:

Rp.: Aerosoli “Beroteс” 15 ml

D.S. По 1-2 вдоха (200- 400 мг) при приступах удушья.

 ***#***

***4. Дыхательная гимнастика.***

5. Физиотерапевтические методы лечения:

1) УВЧ №5

 *Первичная профилактика:*

1. Вакцинопрофилактика,

2. Своевременное лечение простудных заболеваний,

3. Сбалансированное питание,

4. Отказаться от вредных привычек, ограничить контакт с аллергенами, чередовать отдых с умеренной нагрузкой.

*Вторичная профилактика:*

1. Профилактическое назначение препаратов,

2. Регулярное прохождение медицинских осмотров,

3. ЛФК и дыхательная гимнастика,

4. Санаторно-курортное лечение.

**X. Прогноз**

1. Прогноз для жизни — благоприятный,

2. Прогноз выздоровления — сомнительный,

3. Прогноз для трудоустройства – благоприятный (Пенсионерка).

**XI. Дневник курации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Динамика жалоб и объективного статуса пациентки | Назначения |
| **19.10.18**Т= 36,0АД 120/90ЧСС 70 уд/мин.ЧДД 19 в мин. | *Общее состояние:* средней степени тяжести, положение активное, когда сидит упирается руками на колени, настроение бодрое.*Жалобы:* тяжело дышать (затруднён вдох и выдох), одышка при ходьбе, кашель на выдохе, при спокойной ходьбе и в покое, кашель с небольшим выделением мокроты, мокрота вязкая, клейкая, напоминает комок, приступы удушья в ночное время. Чувствует усталость, лёгкую сонливость. При длительном разговоре — синеют губы. Ночное удушье.*Осмотр:* тип дыхания грудной, дыхание шумное, голос охрипший, грубый. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, регидная. *Перкуссия:* перкуторный звук коробочный над всей поверхностью легких.*Аускультация:* над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы, количество которых увеличивается на выдохе и после кашля.Тоны сердца ритмичные, громкие.Стул оформленный. | Rp.: Tab. Prednisoloni 0,005 № 100D.S. По 2 таблетки 2 р/д, в течении 2-х недель. #2) Ингаляционные (местные) ГКС:Rp.: Aerosoli “Ingacort” 6 mlD.S. По 2 вдоха (по 250 мг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #3) Бронходилататоры длительного действия, бета 2-агонисты:Rp.: Aerosoli “Salmeteroli”D.S. По 1-2 вдоха (по 25-50 мкг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #4) Муколитики (отхаркивающее средство):Rp.: Tab. Bromgexini 0,008 № 20D.S. По 1 таблетки 3 р/д, в течении 2-х недель. #5) Бета 2-агонисты короткого (быстрого) действия:Rp.: Aerosoli “Beroteс” 15 mlD.S. По 1-2 вдоха (200- 400 мг) при приступах удушья. ***#*** |
| **22.10.18**Т= 36,0АД 120/80ЧСС 68 уд/мин.ЧДД 18 в мин. | *Общее состояние:* средней степени тяжести, положение активное, когда сидит упирается руками на колени, настроение бодрое .*Жалобы:* тяжело дышать (затруднён вдох и выдох), одышка при ходьбе, кашель на выдохе, при спокойной ходьбе и в покое, кашель с небольшим выделением мокроты, мокрота вязкая, клейкая, напоминает комок, приступы удушья в ночное время. Чувствует усталость, лёгкую сонливость. При длительном разговоре — синеют губы.*Осмотр:* тип дыхания грудной, дыхание шумное, голос охрипший, грубый. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, регидная. *Перкуссия:* перкуторный звук коробочный над всей поверхностью легких.*Аускультация:* над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы, количество которых увеличивается на выдохе и после кашля.Тоны сердца ритмичные, громкие.Стул оформленный. | Rp.: Tab. Prednisoloni 0,005 № 100D.S. По 2 таблетки 2 р/д, в течении 2-х недель. #2) Ингаляционные (местные) ГКС:Rp.: Aerosoli “Ingacort” 6 mlD.S. По 2 вдоха (по 250 мг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #3) Бронходилататоры длительного действия, бета 2-агонисты:Rp.: Aerosoli “Salmeteroli”D.S. По 1-2 вдоха (по 25-50 мкг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #4) Муколитики (отхаркивающее средство):Rp.: Tab. Bromgexini 0,008 № 20D.S. По 1 таблетки 3 р/д, в течении 2-х недель. #5) Бета 2-агонисты короткого (быстрого) действия:Rp.: Aerosoli “Beroteс” 15 mlD.S. По 1-2 вдоха (200- 400 мг) при приступах удушья. ***#*** |
| **23.10.18**Т= 36,0АД 120/80ЧСС 70 уд/мин.ЧДД 18 в мин. | *Общее состояние:* средней степени тяжести, положение активное, когда сидит упирается руками на колени, настроение бодрое.*Жалобы:* тяжело дышать (затруднён вдох и выдох), одышка при ходьбе, кашель на выдохе, при спокойной ходьбе и в покое, кашель с небольшим выделением мокроты, мокрота вязкая, клейкая, напоминает комок, приступы удушья в ночное время. Чувствует усталость, лёгкую сонливость. При длительном разговоре — синеют губы. Ночное удушье.*Осмотр:* тип дыхания грудной, дыхание шумное, голос охрипший, грубый. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, регидная. *Перкуссия:* перкуторный звук коробочный над всей поверхностью легких.*Аускультация:* над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет.Тоны сердца ритмичные, громкие.Стул оформленный. | Rp.: Tab. Prednisoloni 0,005 № 100D.S. По 2 таблетки 2 р/д, в течении 2-х недель. #2) Ингаляционные (местные) ГКС:Rp.: Aerosoli “Ingacort” 6 mlD.S. По 2 вдоха (по 250 мг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #3) Бронходилататоры длительного действия, бета 2-агонисты:Rp.: Aerosoli “Salmeteroli”D.S. По 1-2 вдоха (по 25-50 мкг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #4) Муколитики (отхаркивающее средство):Rp.: Tab. Bromgexini 0,008 № 20D.S. По 1 таблетки 3 р/д, в течении 2-х недель. #5) Бета 2-агонисты короткого (быстрого) действия:Rp.: Aerosoli “Beroteс” 15 mlD.S. По 1-2 вдоха (200- 400 мг) при приступах удушья. ***#*** |
| **24.10.18**Т= 36,0АД 120/80ЧСС 70 уд/мин.ЧДД 18 в мин. | *Общее состояние:* удовлетворительное. Аппетит хороший, положение активное, когда сидит упирается руками на колени, настроение бодрое.*Жалобы:* тяжело дышать (затруднён вдох и выдох), одышка при ходьбе, кашель на выдохе, при спокойной ходьбе и в покое, кашель с небольшим выделением мокроты, мокрота густая, хорошо отходит. Ночное удушье не беспокоило. Чувствует усталость, лёгкую сонливость. При длительном разговоре — синеют губы.*Осмотр:* тип дыхания грудной, дыхание шумное, голос охрипший, грубый. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, регидная. *Перкуссия:* перкуторный звук коробочный над всей поверхностью легких.*Аускультация:* над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет.Тоны сердца ритмичные, громкие.Стул оформленный. | Rp.: Tab. Prednisoloni 0,005 № 100D.S. По 2 таблетки 2 р/д, в течении 2-х недель. #2) Ингаляционные (местные) ГКС:Rp.: Aerosoli “Ingacort” 6 mlD.S. По 2 вдоха (по 250 мг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #3) Бронходилататоры длительного действия, бета 2-агонисты:Rp.: Aerosoli “Salmeteroli”D.S. По 1-2 вдоха (по 25-50 мкг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #4) Муколитики (отхаркивающее средство):Rp.: Tab. Bromgexini 0,008 № 20D.S. По 1 таблетки 3 р/д, в течении 2-х недель. #5) Бета 2-агонисты короткого (быстрого) действия:Rp.: Aerosoli “Beroteс” 15 mlD.S. По 1-2 вдоха (200- 400 мг) при приступах удушья. ***#*** |
| **25.10.18**Т= 35,6АД 110/70ЧСС 70 уд/мин.ЧДД 18 в мин. | *Общее состояние:* удовлетворительное. Аппетит хороший, положение активное, когда сидит упирается руками на колени, настроение бодрое.*Жалобы:* тяжело дышать (затруднён вдох и выдох), одышка при ходьбе, кашель на выдохе, при спокойной ходьбе и в покое, кашель с небольшим выделением мокроты, мокрота густая, хорошо отходит. Чувствует усталость, лёгкую сонливость. При длительном разговоре — синеют губы. Ночное удушье не беспокоило.*Осмотр:* тип дыхания грудной, дыхание шумное, голос охрипший, грубый. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, регидная. *Перкуссия:* перкуторный звук коробочный над всей поверхностью легких.*Аускультация:* над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет.Тоны сердца ритмичные, громкие.Стул оформленный. | Rp.: Tab. Prednisoloni 0,005 № 100D.S. По 2 таблетки 2 р/д, в течении 2-х недель. #2) Ингаляционные (местные) ГКС:Rp.: Aerosoli “Ingacort” 6 mlD.S. По 2 вдоха (по 250 мг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #3) Бронходилататоры длительного действия, бета 2-агонисты:Rp.: Aerosoli “Salmeteroli”D.S. По 1-2 вдоха (по 25-50 мкг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #4) Муколитики (отхаркивающее средство):Rp.: Tab. Bromgexini 0,008 № 20D.S. По 1 таблетки 3 р/д, в течении 2-х недель. #5) Бета 2-агонисты короткого (быстрого) действия:Rp.: Aerosoli “Beroteс” 15 mlD.S. По 1-2 вдоха (200- 400 мг) при приступах удушья. ***#*** |
| **26.10.18**Т= 35,6АД 110/70ЧСС 70 уд/мин.ЧДД 18 в мин. | *Общее состояние:* удовлетворительное. Аппетит хороший. Настроение бодрое.*Жалобы:* тяжело дышать (затруднён выдох), одышка при ходьбе, кашель на выдохе, мокрота не беспокоит, кашель при спокойной ходьбе и в покое стал меньше. Ночное удушье не беспокоило. Чувствует усталость, лёгкую сонливость. При длительном разговоре — синеют губы.*Осмотр:* тип дыхания грудной, дыхание шумное, голос охрипший. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, регидная. *Перкуссия:* перкуторный звук коробочный над всей поверхностью легких.*Аускультация:* над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет.Тоны сердца ритмичные, громкие.Стул оформленный. | Rp.: Tab. Prednisoloni 0,005 № 100D.S. По 2 таблетки 2 р/д, в течении 2-х недель. #2) Ингаляционные (местные) ГКС:Rp.: Aerosoli “Ingacort” 6 mlD.S. По 2 вдоха (по 250 мг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #3) Бронходилататоры длительного действия, бета 2-агонисты:Rp.: Aerosoli “Salmeteroli”D.S. По 1-2 вдоха (по 25-50 мкг) 2 р/д, в течении 2-х недель. #4) Муколитики (отхаркивающее средство):Rp.: Tab. Bromgexini 0,008 № 20D.S. По 1 таблетки 3 р/д, в течении 2-х недель. #5) Бета 2-агонисты короткого (быстрого) действия:Rp.: Aerosoli “Beroteс” 15 mlD.S. По 1-2 вдоха (200- 400 мг) при приступах удушья. ***#*** |

**XII. Эпикриз**

*1.* ФИО: Б.Н.А.

*2.* Возраст: 68 лет

*3.* Дата поступления: ###

*4.* *Основной клинический диагноз:* Эндогенная бронхиальная астма тяжёлого течения, неконтролируемое обострение.

 *Осложнение:*. Эмфизема лёгких.

*Сопутствующие:* ХОБЛ, тяжёлое течение, обострение.

*5*. 16.10.18 поступила в ГБУЗ Первую городскую клиническую больницу №1 имени Е.Е. Волосевич, в 2 терапевтическое отделение.

*Поступила с жалобами:* Тяжело дышать (вдохнуть и выдохнуть), плохо отходит мокрота, но отходит, насморк (выходит секрет светлый с зелёным выделяемым), утром, вечером и днём мокрота (светлая с зелёным выделяемым), изнуряющий кашель при ходьбе и сидя, боль в горле.

*При объективном исследовании*:

*Общее состояние:* средней степени тяжести,

*Положение:* активное, когда сидит опирается руками на колени,

*Состояние сознания:* ясное,

*Настроение:* бодрое,

*Температура тела:* 35,8.

*АД:* 120/75

Дыхание через нос слегка затруднено, отделяемого из носовых ходов в виде прозрачной слизи. Кашль малопродуктивный изнуряющий на выдохе с выделением вязкой, клейкой мокротой. Кашель появляется преимущественно на выдохе. Голос – хрипкий. Форма грудной клетки нормостеническая, без видимых деформаций. Втяжения межреберных промежутков - не отмечается. В акте дыхания обе половины грудной клетки участвуют симметрично. ЧДД в минуту – 19. Дыхание: свободное, обычной глубины, тип дыхания грудной, ритм правильный, шумное. Дистанционные хрипы слышны. При долгих разговорах отмечается посинение губ. Когда сидит опирается руками на колени.

*Пальпация грудной клетки***: Р**еберные болевые точки безболезненны, грудная клетка регидная, голосовое дрожание ослаблено. Пальпация межреберных промежутков безболезненна. Симптом Штернберга отрицательный.

*Перкуссия грудной клетки:*Коробочный перкуторный звук над всей поверхностью лёгких.

*Аускультация:* Дыхание жёсткое, большое количество сухих хрипов, звучность и количество которых увеличивается в фазу выдоха, шум трения плевры не выявлен.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, стул и мочеиспускания без особенностей.

6. *Обследования:*

*1) ОАК от 16.10.18*

***Заключение:***лейкоцитоз, повышен уровень СОЭ.

*2) ОАМ от 16.10.18*

***Заключение:*** Показатели в пределах нормы.

*3) БХ от 16.10.18*

***Заключение:*** Снижены показатели альфа-амилазы, повышен уровень С-реактивного белка.

*4) Коагулограмма от 16.10.18*

***Заключение:*** Показатели в пределах нормы.

*5) РМП от 16.10.18*

***Заключение:*** отрицательно.

*6) Копрограмма от 16.10.18*

***Заключение:*** Результаты отрицательные.

*7) Общий анализ мокроты от 17.10.18*

***Заключение:*** Мокрота вязкая зелёного цвета, обнаружены спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, ЭФ, лейкоциты, альвеолярные клетки.

*8) Бактериологическое исследование мокроты на туберкулёз от 17.10.18*

***Заключение:*** отрицательный.

*9) Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях от 18.10.18*

***Заключение:*** Лёгкие без свежих изменений, эмфизематозные, с мелкими тяжами фиброза; корни структурные. Контуры диафрагмы ровные. Синусы свободные. Сердце без увеличения размеров, аорта уплотнена.

*10) ЭКГ от 17.10.18*

***Заключение:*** ЧСС=76 уд/мин, ритм синусовый, ЭОС не отклоненна, замедление проводимости по правой ножке пучка Гиса, наблюдаются мышечные изменения миокарда.

*7. Лечение:*

1. Режим общий.

2. Диета стол №15

3. Лекарственная терапия:

1) Системные ГКС:

Rp.: Tab. Prednisoloni 0,005 № 100

D.S. По 2 таблетки 2 р/д, в течении 2-х недель.

 #

2) Ингаляционные (местные) ГКС:

Rp.: Aerosoli “Ingacort” 6 ml

D.S. По 2 вдоха (по 250 мг) 2 р/д, в течении 2-х недель.

 #

3) Бронходилататоры длительного действия, бета 2-агонисты:

Rp.: Aerosoli “Salmeteroli”

D.S. По 1-2 вдоха (по 25-50 мкг) 2 р/д, в течении 2-х недель.

 #

4) Муколитики (отхаркивающее средство):

Rp.: Tab. Bromgexini 0,008 № 20

D.S. По 1 таблетки 3 р/д, в течении 2-х недель.

 #

5) Бета 2-агонисты короткого (быстрого) действия:

Rp.: Aerosoli “Beroteс” 15 ml

D.S. По 1-2 вдоха (200- 400 мг) при приступах удушья.

 ***#***

***4. Дыхательная гимнастика.***

5. Физиотерапевтические методы лечения: УВЧ №5

*8. Рекомендации:*

1. Вакцинопрофилактика,

2. Своевременное лечение простудных заболеваний,

3. Сбалансированное питание,

4. Отказаться от вредных привычек, ограничить контакт с аллергенами, чередовать отдых с умеренной нагрузкой.

5. Наблюдение у терапевта и у пульмонолога по месту жительства,

6. Ингакорт по 2 вдоха (по 250 мг) 2 р/д.

 Сальметерол по 1-2 вдоха (по 25-50 мкг) 2 р/д.

 Беротек по 1-2 вдоха (200- 400 мг) при приступах удушья.