***Жалобы:***

*Основные жалобы*: на момент курации предъявлял жалобы на одышку во время физических усилий, кашель с отхождением мокроты, чувство стеснения в груди при кашле, потливость при незначительной физической нагрузке, слабость, утомляемость, головокружение во время возникновения одышки.

*Детализация:* . Отмечает появление одышки, смешанного характера: при подъеме на 3 этаж, быстрой ходьбе на расстояние 250- 300 метров, понижении температуры окружающей среды, возникновение сильной одышки на морозном воздухе без физических усилий, проходящей самостоятельно, иногда после использования ингалятора. При сильной одышке используетБеродуал.

 Периодический кашель, особенно по утрам, сопровождающийся болями в грудной клетке, с отхождением небольшого количества мокроты, желтого, желто-зеленого цвета, периодически с прожилками крови.

Дополнительные жалобы**:**

*Система органов дыхания*: носовое дыхание не затруднено, свободное; слизистое отделяемое из носа отмечает на морозном воздухе.

*Система органов кровообращения*: отмечает незначительные головные боли, головокружение, возникающие периодически, а так же во время одышки, Данные жалобы проходят самостоятельно. Периферических отёков, чувства похолодания и онемения конечностей не отмечает.

*Вывод*: на основании жалоб на незначительные головные боли, головокружение возникающие периодически, а также во время одышки, можно предположить что имеется заболевание сердечно- сосудистой системы.

*Система органов пищеварения*: болей в животе нет, запора и поноса.

*Моче- половая система*: болей в поясничной области нет; мочеиспускание безболезненное, не учащено.

*Эндокринная система*: масса тела в последний месяц без изменений, сердцебиения, тремора рук не отмечает.

*Нервная система*: сон спокойный, не нарушен, настроение спокойное; параличей, парезов нет.

*Опорно-двигательная система*: ломоты, болей в костях и ограничения подвижности в суставах не отмечает.

*Заключение:* Исходя из жалоб пациента на периодический кашель с отхождением небольшого количества мокроты, чувства стеснения в груди, приступа удушья, возникающего спонтанно, одышку при физической нагрузке, можно предположить, что в патологический процесс вовлечена система органов дыхания.

***Anamnesis morbi:*** курил 40 лет по 20 сигарет в сутки, не курит в течении 5 лет. Считает себя больным в течение 12 лет ( с 2002 года). Когда впервые со слов больного появился мучительный кашель по утрам с отхождением примерно 5 мл вязкой мокроты сначала прозрачной затем желтого цвета, без запаха с последующей одышкой. В течение последних 7 лет стал отмечать одышку, смешанного характера, после незначительной физической нагрузке, ходьбе на 400-500 метров, а также на морозный воздух.

 Течение прогрессировало: усилилась одышка, смешанного характера, при незначительной физической нагрузке, при спокойной ходьбе на расстояние около 250 метров; усилился кашель, количество отделяемой мокроты увеличилось до 5 мл за раз, 30-40 мл за сутки, к врачу с данными жалобами не обращался, лечения не получал. В 2010 году впервые обратился по месту жительства к терапевту, обследован, выставлен (на основании чего был выставлен диагоз выяснить не удалось, так как нет амбулаторной карты) Ds: ХОБЛ, течение средней тяжести, фаза обострения. Проведено лечение в поселковой амбулатории. Для купирования приступов был назначен беродуал. В 2011 году состояние ухудшилось: стала нарастать одышка, смешанного характера, при минимальной физической нагрузке, кашель стал иметь слизисто-гнойный характер, приступы одышки плохо купировались беродуалом.

 С данными жалобами был направлен участковым терапевтом в Краевую Клиническую Больницу с диагнозом ХОБЛ. Был осмотрен пульмонологом и был госпитализирован в пульмонологическое отделение. Проведено МСКТ ОГК, были выявлены при МСКТ мешотчатые бронхоэктазы. Не возможно выяснить данные , так как при себе не имеет выписки.

 Проходил ежегодное лечение в ККБ в ПНО по поводу обострения БЭБ. Последнее лечение в пульмонологическом отделении проходил в апреле 2014 года с диагнозом: бронхоэктатическая болезнь, вторичные мешотчатые бронхоэктазы нижней доли левого легкого, обострение. ХОБЛ, 2 стадия, смешанный тип, обострение. ДН 0. Гипертоническая болезнь I стадии, I степени, риск II.. Проводилось лечение преднизолоном 60 мг в/в капельно, цефатоксим 2,0 2 раза в день , арбидол 200 мг 4 раза в день, беротек по требованию, небулизация беродуала 1,0 мл 4 раза в день, небулизация лазолвана 2,0 2 раза в день.

 Данные обследования:

1.Rg-графия ОГК: легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных изменений. Легочной рисунок усилен, деформирован за счет смешанного компонента преимущественно в базальных отделах за счет сосудистого компонента. Корни расширены, тяжистые, синусы запаяны.

2. Спирограмма: ОФВ1- 59-60 %, индекс Тиффно- 68-70 %, ЖЕЛ- 69 %, ФЖЕЛ- 67 %.

Объективно при выписке: SpO2- 96 %, аускультативно: дыхание везикулярное, немногочисленные влажные хрипы в нижних отделах, больше слева. ЧДД-19 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС- 82 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Выписан с диагнозом: бронхоэктатическая болезнь: мешотчатые бронхоэктазы нижней доли левого легкого, обострение (подтвержденные результатами бронхоскопии). ХОБЛ 2 стадия (средняя степень бронхиальной обструкции ,смешанный тип), обострение. ДН 0 ст. выписан в удовлетворительном состоянии, с улучшением состояния ( уменьшилась интенсивность одышки при физической нагрузке, уменьшился кашель и выделение мокроты до 1-го раза в день около 1 мл). Рекомендована плановая госпитализация на 13.01.15.

 В последующем стационарного лечение по месту жительства по поводу данного заболевания не проводилось. В декабре 2014 года состояние ухудшилось: усилилась одышка при незначительной физической нагрузке; появился кашель с трудно отделяемой зелено-желтой мокротой в количестве около 5 мл за раз, за сутки около 25 мл, усилилась потливость. При обращении к терапевту по месту жительства выявлена внебольничная нижнедолевая пневмония справа. Амбулаторно получал антибиотикотерапию(название препарата не помнит), беродуал 2 дозы 3-4 раза. После проведенного лечение состояние улучшилось незначительно.

 13.01.14 поступил в ККБ в плановом порядке. Был госпитализирован в пульмонологическое отделение ККБ, для купирования обострение БЭБ, ХОБЛ

***Вывод:***таким образом, при изучении анамнеза заболевания данного больного, можно сделать вывод- *течение данного заболевания - хроническое, медленно прогрессирующее.*

***Anamnesis vitae:***

Родился 25.09.1955 году, был вторым ребенком в семье. Родился вырос и на данный момент проживает в Шипуновском районе .Физически и интеллектуально развивался нормально, соответственно полу и возрасту. С 8 лет пошел в школу. Окончил 9 классов и получил аттестат о среднем образовании. В 1978 году поступил в Павловский сельскохозяйственный училище, после окончания училища работал зоотехником в с. Урлапово, Шипуновского р-на лет, затем был заведующим фермой, на данный момент ветеренарный техник. Службу в армии проходил в Амурской области ст. Вожжаевка, в сухопутгных войсках с 1973-1975гг.

Бытовые условия благополучные на данный момент проживает с женой, в благоустроенном доме. Ведет свое хозяйство.

Профессиональные вредности: переохлаждение, так как работает на свежем воздухе.

 Питание регулярное 3 раза в день.

 Вредные привычки: Курил в течение 40 лет по 20 сигарет в день, последние 5 лет не курит. ИК= 40 пачка/лет .

Алкоголь и наркотики не употребляет.

Перенесенные заболевания: простудные заболевания, бронхит курильщика. В 10 лет болел гепатитом «А». 29 лет назад произведено оперативное вмешательство на двенадцатиперстной кишке по поводу стриктур после рубцевания язвы ДПК.

 Аллергологический анамнез: не отягощен. Гемотрансфузии не проводились.

Оперативные вмешательства – в 1986 году(29 лет назад) верхняя срединная лапаротомия по поводу стриктуры ДПК после ЯБДПК.

Туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты, ВИЧ отрицает.

Наследственность: не отягощена. Хронической обструктивной болезни легкого, бронхоэктатической болезни, бронхиальной астмы и другими наследственными заболеваниями со стороны бронхо-легочной и других систем у родственников не наблюдалось.

Генеалогическое дерево:

  - - заболевания органов дыхательной системы.

I. 1-2- бабушка и дедушка по материнской линии. Умерли по неизвестной причине.

I. 3-4- бабушка и дедушка по отцовской линии. Умерли по неизвестной причине

II. 4- отец пробанда умер от заболевания сердца( уточнить не может)

II. 1,2,3,5,6,7- дяди и тети заболеваний органов дыхания не имеют

III. 3- брат пробанда умер от заболевания сердца(уточнить не может )

III. 5,7- братья пробанда заболеваний органов дыхания не имеют

IV. 1,2,3- дети пробанда здоровы.

Заключение: на основании анализа генеалогического древа можно судить о не наследственном характере заболевания.

**Заключение**: На основании анамнеза жизни можно выделить факторы риска:

Вызывающие: Курение.

Способствующие: переохлаждения при работе на улице, а также при ведении домашнего хозяйства.

Предрасполагающие: снижение иммунитета.

**STATUS PRESENS COMMUNIS**

Общий осмотр ( inspection):

**Общее состояние больного**

На момент курации состояние больного удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное. Выражение лица приветливое. Поведение обычное, общителен. Эмоции сдержаны. Состояние слуха нормальное, острота зрения в норме. Телосложение пропорциональное. Конституция нормастеническая. Рост 168 см, вес 82 кг. ИМТ= вес/рост2= 29.05кг/м2.

**Кожные покровы и слизистые.**

Кожные покровы розовые, теплые, влажные, тургор соответствует возрасту. Высыпаний нет. Диффузного цианоза нет. Ногти обычной формы. Оволосение по мужскому типу.

Слизистые оболочки щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки небных дужек бледно-розовые, влажные, чистые. Кровоизлияний, изъязвлений, корочек нет; язык - обычных размеров, влажный, без налетов, сосочки выражены, глотание не затруднено.

**Подкожно жировая клетчатка.**

Подкожно жировая клетчатка развита умеренно. Наибольшее отложение жира нна передней брюшной стенке. Толщина жировой складки ниже угла лопатки 3 см. Отеков и подкожных эмфизем нет.

**Периферические лимфоузлы.**

Периферические лимфатические узлы ( подбородочные, подчелюстные, переднешейные, заднешейные, над- и подключичные, локтевые, подмышечные, паховые, подколенные) не пальпируются.

**Щитовидная железа**: не увеличена, мягкая, безболезненная, с окружающими тканями не спаяна.

**Слизистая глаз**: бледно-розового цвета, влажная, чистая. Склеры не изменены.

**Состояние зубов:** удовлетворительное.

**Костно-суставно-мышечный аппарат:** Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы в тонусе, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Движения в суставах свободны, ограничений нет.

**Система органов дыхания:**

*Статический осмотр*. Носовое дыхание свободное, форма носа не изменена. Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная. Надключичные и подключичные ямки сглажены. Межреберные промежутки не расширены. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

*Динамический осмотр.*

Типы дыхания – брюшной. Частота дыхательных движений – 18. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания.

*Пальпация грудной клетки*: болезненности нет, резистентность нормальная, Голосовое дрожание не изменено на всех симметричных участках грудной клетки.

*Перкуссия грудной клетки:*

сравнительная*:*

* 2 межреберье по средней ключичной линии
* Надключичная область
* Подключичная область
* 3-4 межреберье по средней подмышечной линии
* 5-6 межреберье по средней подмышечной линии
* Надлопаточная область
* Межлопаточная область на уровне верхнего угла лопатки, между лопаток и нижнего угла лопаток.

 На всех симметричных участках грудной клетки выслушивается ясный легочной звук с коробочным оттенком.

топографическая:

а) высота стояния верхушек лёгких:

*справа:* на 6 см выше ключиц

*слева:* на 5,5 см выше ключиц

б) ширина полей Кренига:

*слева:* 4 см

*справа:* 4,5 см

Нижние границы легких:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Межреберье |
| Проекционная линия | Правого легкого | Левого легкого |
| Окологрудинная | 7 межрберье |  |
| Средняя ключичная | 7 ребро |  |
| Передняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Средняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Задняя подмышечная | 10 ребро | 10 ребро |
| Лопаточная | 11 ребро | 11 ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

*Подвижность легочных краев:*

*Правое легкое:*

Среднеключичная линия -4

средняя подмышечная линия-4

лопаточная линия -3

*Левое легкое:*

средняя подмышечная линия-3

лопаточная линия-3

При аускультации: выслушивается ослабленное везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, в нижних отделах крепитация, немногочисленные сухие хрипы, преимущественно на выдохе. Шума трения плевры нет.

**Система органов кровообращения:**

*Осмотр области сердца:* сердечный горб не выражен, визуально место локализации верхушечного толчка не определяется, систолическое втяжение отсутствует, пульсации во внесердечной области отсутствуют.

*Пальпация сердечной области:* верхушечный толчок разлитой, пальпируется в V межреберье по среднеключичной линии. Сердечный толчок не пальпируется. Зоны кожной гиперестезии отсутствуют. Систолическое и диастолическое дрожание отсутствуют.

*Перкуссия сердца:*

Относительная тупость сердца:

Границы относительной тупости сердца:

*правая* – на 1 см кнаружи от правого края грудины (IV межреберье);

*левая* – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье.

*верхняя* - на уровне III межреберья по линии, расположенной на 1 см кнаружи от левой грудинной линии.

*Длинник сердца по Курлову:*- 15 см.

*Поперечник относительной тупости сердца:*- 13 см.

*Ширина сосудистого пучка:*- 7 см.

*Конфигурация сердца*: Аортальная.

Абсолютная тупость сердца:

Границы абсолютной тупости: правая - по левому краю грудины;

левая - на 3 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца; верхняя - на уровне 4 ребра.

*Аускультация сердца:* Тоны сердца приглушены с ЧСС- 72 уд/мин. Тембр не изменен. Ритм правильный. Раздвоения и расщепления, дополнительные тоны не определяются. Внутрисердечные шумы не определяются. Внесердечные шумы: шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум трения - не выслушиваются.

*Исследование сосудов*: Видимой патологической пульсации сосудов в области яремной ямки, шеи не обнаружено. При осмотре и пальпации артерий: бедренных, подключичных, тыла стоп патологических изменений, извитости, уплотнения их стенок не выявлено. Стенки сосудов эластичны, гладкие, безболезнены. Аорта в яремной ямки не пальпируется. Над проекциией аорты патологической пульсации нет.

*Артериальное давление*

 Правая рука 110/80 мм.рт.ст.

 Левая рука 110/80 мм.рт.ст.

 Пульс симметричный на обеих руках, ритм правильный, ЧСС - 72 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сосудистые шумы отсутствуют.

**Система органов пищеварения:**

Жалоб не предъявляет. Аппетит сохранён. Саливация достаточная. Глотание, прохождение пищи через пищевод свободное, безболезненное. Диспепсические расстройства отсутствуют. Дефекация ежедневная, опорожнение кишечника самостоятельное, кал оформленный, без патологичеких примесей.

**Осмотр:** Слизистая полости рта без особенностей. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен. Живот правильной формы, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. Расширенных подкожных вен нет. Выбухание в правом подреберье отсутствует. Грыжевое выпячивание в области пупка.

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА.

|  |  |
| --- | --- |
|   8 КР В 6 5 4 3 К 1  |   1 К 3 4 К О 7 8 |
|  О К 6 К 4 3 2 1  |  1 2 3 4 К 6 О 8  |

О- зуб отсутствует

К- кариозный зуб

В- вставной зуб

КР- коронка

***Пальпация.*** Живот мягкий, грыжевых выпячиваний нет. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову – Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде гладкого безболезненного тяжа диаметром 2 см; эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная до 3 см, безболезненная, урчание не определяется. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде упругого, умеренно плотного цилиндра диаметром 3 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Другие отделы толстого кишечника не пальпируются.

Нижняя граница желудка методом перкуссии и пальпации определяется на 2 см выше пупка. Большая кривизна расположена правильно на 3 см выше пупка, диаметр около 2 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность до 3 см, безболезненная. Привратник не пальпируется, шум плеска не выявляется.

 Поджелудочная железа не пальпируется. Нижний край печени умеренно закругленный, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги, поверхность печени гладкая. Размеры печени по Курлову 9 / 8 / 7 см. Свободной жидкости в брюшной полости с помощью перкуссии и метода флюктуации не выявлено.

Желчный пузырь и селезёнка не пальпируются.

При аускультации – шум перистальтики кишечника.

**Система органов мочевыделения**:

Припухлости, отеки в поясничной области отсутствуют. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются стоя, лежа на спине, на правом и левом боку. Болезненность по ходу мочеточников, в области мочевого пузыря отсутствуют.

 Мочеиспускание не затруднено, безболезненное. Частота мочеиспусканий до 5 раз в сутки. Диурез в норме. Цвет мочи соломенно-желтый.

**Кроветворная система:** Жалоб не предъявляет. Извращения обоняния, вкуса, геморрагии, кровотечения, боли в левом подреберье отсутствуют.

**Эндокринная система:**

Аппетит нормальный, избыточная масса тела незначительная (предожирение) (ИМТ=29,05кг/м2) Окружность живота- 100 см. Суточный диурез до 1100-1400 мл. Пигментация кожи и слизистых оболочек отсутствует. Ломкость ногтей, волос, выпадение зубов отсутствует. Подкожная клетчатка развита хорошо, равномерно. Щитовидная железа визуально и пальпаторно не увеличена, подвижна, безболезненна, эластична, мягкой консистенции, смещается при глотании совместно с гортанью. Признаков гипертиреоза, гипотиреоза нет.

**Нервная система:**

Лицо симметрично. Подвижность глазных яблок нормальная, косоглазия нет; величина зрачков 1,5 мм, форма округлая, реакция зрачков на свет сохранена, аккомодация и конвергенция положительны. Расстройства речи отсутствуют. Мимическая мускулатура развита удовлетворительно. Головокружения, судороги отсутствуют.

**На основании объективного обследования выявлено:**

Границы легких смещены вниз, подвижность легких уменьшена, высота стояния верхушек легких увеличена.

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, в нижних отделах крепитация, немногочисленные сухие хрипы, преимущественно на выдохе.

*Что свидетельствует о вовлечение в патологический процесс дыхательной системы.*

***Предварительный диагноз и его обоснование:***

На основании жалоб пациента на одышку, периодический кашель, преимущественно по утрам, сопровождающийся болями в грудной клетке, с отхождением небольшого количества (примерно 2-2,5 мл) мокроты, желтого, желто-зеленого цвета, периодически с прожилками крови.

*Заключение:* Исходя из жалоб пациента на периодический кашель с отхождением небольшого количества мокроты, чувства стеснения в груди, приступа удушья, возникающего спонтанно, одышку при физической нагрузке, можно предположить, что в патологический процесс вовлечена система органов дыхания.

 Так как одышка носит периодический, смешанный характер, возникающая при физической нагрузке, превышающей повседневную (подъем на 3 этаж, прохождение 150-200 метров по прямой) , можно выделить синдром диспноэ, синдром дыхательной недостаточности.

Так как кашель периодический, с отделением небольшого количества мокроты можно выделить синдром бронхиальной обструкции.

На основании данных анамнеза заболевания (частые обострения, нарастание симптомов) можно сделать вывод, что заболевание носит хронический прогрессирующий характер. На момент поступления в больницу в фазе обострения.

На основании данных анамнеза жизни. Сорокалетний стаж курения, работа в зимний период года на улице, а также ведение домашнего хозяйства можно выделить следующие факторы риска:

Вызывающие: Курение.

Способствующие: Переохлаждение при работе на улице, а также при ведении домашнего хозяйства.

Предрасполагающие: снижение иммунитета.

При объективном обследовании выявлено:

Границы легких смещены вниз, подвижность легких уменьшена, высота стояния верхушек легких увеличена.

При аускультации выслушивается ослабленное везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, с крепитацией и сухими хрипами в нижней доле левого легкого.

Данные амбулаторной карты: при МСКТ ОГК в 2011 году верифецированы вторичные бронхоэктазы нижней доли левого легкого. При видеобронхоскопии от 04.2014 выявлены бронхоэктазы нижней доли левого легкого.

Таким образом, на основании жалоб, выделенных синдромов, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, выделенных факторах риска, данных объективного осмотра, можно предположить основное заболевание : Бронхоэктатическая болезнь, вторичные мешотчатые бронхоэктазы нижней доли левого легкого.

На основании жалоб пациента на одышку, появляющуюся при физической нагрузке, превышающей повседневную (прохождение 300 метров, поднятие на 3 этаж), можно сделать вывод о дыхательной недостаточности 1 степени тяжести.

**Учитывая данные амбулаторной карты:**

На основании выделенных клинических симптомов, а именно преобладание малопродуктивного кашля, над одышкой, выраженной обструкции бронхов, уменьшением диффузионной способности легких. Можно сделать вывод что форма ХОБЛ смешанная.

Из анамнеза известно: усилении одышки смешанного характера возникающей при физической нагрузке ( подъеме на 3 этаж, на расстояние по ровной поверхности на 300м ), нарастание интенсивного кашля с небольшим количеством мокроты. На основании чего можно предположить фазу обострения, проявляющуюся нарастанием одышки.

**На основании всего выше перичисленного можно поставить предварительный диагноз:** Бронхоэктатическая болезнь, вторичные мешотчатые бронхоэктазы нижней доли левого легкого, фаза обострения. Хроническая обструктивная болезнь легких, средней степени тяжести бронхиальной обструкции, смешанной формы, фаза обострения. Дыхательная недостаточность I .

Также на основании жалоб на незначительные головные боли, головокружение, возникающие периодически, а так же во время одышки. Данные жалобы проходят самостоятельно.

На основании жалоб на незначительные головные боли, головокружение возникающие периодически, а также во время одышки, можно предположить что имеется заболевание сердечно- сосудистой системы. Из анамнеза известно, что у больного отмечалось однократное повышение АД до 160/110 мм рт.ст., был обследован терапевтом по месту жительства и выставлен диагноз гипертонической болезни. В последующем отмечал повышение АД до 140/90 мм рт.ст.

**На основании выше перечисленного можно сформулировать сопутствующий диагноз:**

Гипертоническая болезнь I стадии, I степени, риск II (возраст старше 55 лет, абдоминальное ожирение – ИМТ=29 кг/м2, окружность талии 106 см).

***План обследования:***

* Клинический анализ крови.
* Биохимия крови(К, Na; мочевина, креатинин; АЛТ, АСТ общий билирубин).
* Исследование крови на ВИЧ и RW.
* Общий анализ мочи.
* Общий анализ мокроты.
* Кал на яйца глистов.
* Видеобронхоскопия.
* Цитологическое исследование промывных вод бронхов.
* Обзорная рентгенография органов грудной клетки.
* ЭКГ
* Эхо-КГ
* Бодиплетизмография.

***Результаты обследований:***

1. Клинический анализ крови от 13.01.15

Гемоглобин: 156 г/л

Лейкоциты: 7,0×109/л

 Эозинофилы: 1%

 Нейтрофилы: Палочкоядерные: 1%

 Сегментоядерные: 75%

 Лимфоциты: 20%

 Моноциты: 4%

 СОЭ: 4 мм/ч

Вывод: клинический анализ крови в пределах нормы.

2. Биохимия крови от 14.01.15

Na сывороточный- 138 ммоль/л

K сывороточный- 4,2 ммоль/л

Мочевина- 3,4 ммоль/л

Креатинин- 74 ммоль/л

АлТ- 68

АсТ- 79

Общий билирубин- 12,6 мкмоль/л

Вывод: биохимический анализ крови в пределах нормы.

3. Исследование крови на ВИЧ и RW.

RW- отрицательно

Антитела к ВИЧ- обнаружено

4. Общий анализ мочи от 13.01.15.

Удельный вес 1016

Цвет: соломенно- желтый

Прозрачность: прозрачная

Белок: отрицательный

Эритроциты: ------

Лейкоциты 2-3 в поле зрения

Плоский эпителий 2-3 в поле зрения

Вывод: анализ мочи в пределах нормы.

5. Общий анализ мокроты от 14.01.15:

Характер – слизистая

Консистенция – вязкая

Эозинофилы – 1-2 в поле зрения

Лейкоциты –10-11 в поле зрения

Эпителиальные клетки – 0-1 в поле зрения

Альвеолярные макрофаги –1-2 в поле зрения

Вывод: слизисто-гнойный(?) характер мокроты наблюдается при хроническом воспалительном процессе в бронхах, наличие лейкоцитов подтверждает наличие воспаления.

6. Кал на яйца глистов: от 15.01.15

 At к описторху IgG - отр.

 At к описторхам Ig M – отр.

 At к лямблиям – отр.

 At к токсоплазмам – отр.

 At к эхинококкам – отр.

 At к описторхам ЦИК – отр.

 Вывод: Гельминтов не обнаружено.

7. Бронхоскопия от 20.01.15

 Грушевидные синусы свободные. Надгортанник расположен по средней линии, слизистая его бледно- розового цвета, гладкая, блестящая, ложные голосовые связки симметричны. Голосовая щель треугольной формы, голосовые связки ровные, подвижные, белесоватой окраски.

 Просвет трахеи округлый, мембранозная часть уплощена, продольная складчатость её не выражена, рельеф хрящевых колец бело-розовый цвет сохранен, слизистая розовая, гладкая, сосудистый рисунок четкий.

 Гребень заострен, расположен срединно, слизистая светло- розовая, сосудистый рисунок четкий. Устья паратрахеальных бронхиальных желез точечные.

 Строение бронхиального дерева типичное. Устья бронхов округлой и овальной формы, сегментарные бронхи деформированы за счет кольцевидных рубчиков, шпоры тонкие, подвижность сохранена во всех отделах.

 Базальные сегментарные бронхи левого легкого (В8, В9, В10) грубо деформированы, просветы их субсегментарных бронхов неравномерно расширены. Слизистая бронхов сероватая, тусклая, диффузно слегка отечная, гладкая, не ярко гиперемирована, сосудистый рисунок местами просматривается, местами смазан и обеднён. В просвете бронхов неравномерно распределен в умеренном количестве полупрозрачный секрет с комочками.

 Заключение: бронхоэктазы н/доли левого легкого. Хронический диффузный двухсторонний деформирующий бронхит I ст. активности с умеренной атрофией слизистой.

Вывод: бронхоэктазы нижней доли левого легкого. Хронический диффузный двухсторонний деформирующий бронхит I ст. активности с умеренной атрофией слизистой.

8. Цитологическое исследование промывных вод бронхов от 21.01.15.

Фон препарата- слизь, альвеолярные макрофаги (в поле зрения) единичные, гистиоциты (в поле зрения) 10, лейкоцитов (в поле зрения) до 15 %, нейтрофилы 100 %, эозинофилы 0%, лимфоциты 0. Характеристика цилиндрического эпителия реактивно изменен, клеток с признаками атипии не обнаружено, кислотоустойчивых микроорганизмов не обнаружено. Определение на флору и чувствительность к антибиотикам: цефтриаксон.

Вывод: реактивное изменение цилиндрического эпителия. Признаки воспаления- лейкоциты.

9. Обзорная рентгенография органов грудной клетки от 14.01.15.

Легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Легочной рисунок усилен за счет интерстициального компонента, деформирован по смешанному типу. Корни структурные. Синусы свободные. Диафрагма расположена обычно, контур ее ровный, четкий. Срединная тень обычной конфигурации. Со стороны костей патологии не выявлено.

10. Электрокардиография от 13.01.15:

R-R 0.908 сек

PR 0,14 сек

QRS 0,090

AXIS (град) 69

QT 0,35

Ритм синусовый, ЧСС 66-уд/мин, ЭОС нормальная

11. Эхо-КГ 13.01.15:

ЛП- 43 мм \* 48 мм

ПП- 39 мм\* 46 мм

Левый желудочек:

КДР: 51 мм, КСР: 34 мм, КДО: 124 мл, КСО: 47 мл, УО 76 мл, ФВ: 62%, ФУ: 33%.

Межжелудочковая перегородка: 10 мм

Толщина задней стенки ЛЖ: 10 мм

Масса миокарда(ASE): 188 гр.,

Индекс массы миокарда: 98 гр./м2.

Апикальная 4-камерная позиция-

Средний диаметр ПЖ: не увеличен

Митральный клапан: створки гиперэхогенные, пролабируют I степени, открытие не ограничено.

Митральная митральная регургитация.

Аортальный клапан: сформирован как трехстворчатый. Створки АоК не утолщены, гиперэхогенные, открытие не ограничено

Аортальная регургитация не определяется.

Легочная артерия: не расширена.

Легочной клапан: не изменен.

Регургитация минимальна.

Трикуспидальный клапан: не изменен.

Трикуспидальная регургитация минимальная.

Давление в легочной артерии среднее- 19 мм рт. ст.

 Заключение:

Визуализация затруднена.

Расширено левое предсердие.

Нарушение локальной сократимости ЛЖ не выявлено.

Склеротические изменения АоК и МК.

ПМК I степени.

Минимальная митральная регургитация.

Минимальная трикуспидальная регургитация

Минимальное количество жидкости в перикарде.

12. Спирография от 13.01.15

ОФВ1- 54-63%, индекс Тиффно- 64-68%, ЖЕЛ- 69%, ФЖЕЛ- 67-73%.

Заключение: нарушение легочной вентиляции по обструктивному типу. Обструктивные нарушения среднетяжелой степени