Ф.И.О. x

Пол - мужской

Возраст

Образование - высшее.

Место работы - пенсионер.

Место жительства

Дата поступления

Предварительный диагноз: ХОБЛ по бронхитическому типу IIст . Диффузный пневмосклероз. ЛН I .

Клинический диагноз:

- Основное заболевание: ХОБЛ по бронхитическому типу IIст. Диффузный пневмосклероз. ЛН I .

- Осложнения основного заболевания: -.

Сопутствующие заболевания: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. Диффузный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., 1 степени, риск 4. СН II А с сохраненной систолической функцией ЛЖ сердца. Состояние после ОНМК(2000 г.).

Время курации:

Жалобы при поступлении

Пациент жалуется на одышку смешанного характера при физической нагрузке, периодический сухой кашель с незначительным количеством слизистой мокроты, субфебрилитет (37,3 С), периодические сжимающие боли за грудиной, продолжительностью 3-5 минут, без иррадиации, купирующиеся покоем. Отеки нижних конечностей.

Жалобы на момент курации

Пациент жалуется на периодический сухой кашель, особенно выраженный по утрам, одышку при умеренной физической нагрузке.

Анамнез болезни

Считает себя больным в течение месяца, когда в начале сентября появился сухой кашель с незначительным количеством слизистой мокроты, субфебрилитет, усилилась одышка при физической нагрузке, стали чаще беспокоить периодические сжимающие боли за грудиной, продолжительностью 3-5 минут, без иррадиации, купирующиеся покоем. Самолечением пациент не занимался.

Анамнез жизни

В течении последних 20 лет страдает от ИБС и гипертонической болезни сердца, постоянная форма фибрилляции предсердий. Подъёмы АД до 170/100 мм.рт.ст. инсульт 2000 г. Амбулаторно принимает эналаприл, локрен, варфарин. Периодически принимает трифас. В 1960 г. – аппендэктомия. Венерические заболевания, туберкулёз, б. Боткина и малярию- отрицает. Аллергологический и генеалогический анамнезы не отягощёны. Вредные привычки - курил с 1956- 1990 гг. по пачке сигарет в день. Алкоголь не принимает.

Субъективный статус

Дыхательная система: Жалобы на периодический сухой кашель, который усиливается с утра. Беспокоит одышка смешанного характера при умеренной физической нагрузке.

Сердечно-сосудистая система: Возникают периодические сжимающие боли за грудиной, продолжительностью 3-5 минут, без иррадиации, купирующиеся покоем.

Жалоб со стороны пищеварительной, мочевыделительной, эндокринной, локомоторной и нервной систем не выявлено.

Объективный статус.

## Общий осмотр

*Общее состояние больного* - удовлетворительное; *сознание* ясное, ориентируется в пространстве, времени, личности*.* *Выражение лица и настроение* - спокойное. *Положение* активное. *Речь* артикулирована. *Телосложение:* нормостенический тип, рост 173 см., вес 82 кг. *Температура тела* 36,8 градусов. *Кожные покровы:* обычной окраски; цианоза не отмечается. Кожа сухая, тургор снижен; аномалий пигментации не наблюдается; сосудистых изменений и кровоизлияний не наблюдается. Видимые слизистые нормальной окраски. Высыпаний на коже и слизистых, видимых новообразований не обнаружено. Ногти без деформаций. *Подкожно-жировая клетчатка:* умеренно развита. *Лимфатические узлы:* основные группы лимфатических узлов при пальпации не увеличены. *Мышцы* удовлетворительной степени развития, тонус в норме, безболезненны.

*Кости и суставы:* без патологически видимых изменений.

*Щитовидная железа* не пальпируется.

## Система органов дыхания

### Осмотр

При внешнем осмотре патологии воздухоносных путей не отмечается. *Грудная клетка* имеет нормостеническую форму. Искривления позвоночника нет. Носовое дыхание свободное, выделений из носа не наблюдается. *Дыхание* по брюшному типу, поверхностное, ритмичное, 18 раз в минуту, симметрично.

### Пальпация

Эластичность грудной клетки несколько снижена, голосовое снижено.

### Перкуссия

*Сравнительная перкуссия:* притупленный легочный звук на симметричных участках грудной клетки.

### Аускультация

***Основной дыхательный шум:* Симметричное жёсткое дыхание.** **Бронхофония снижена.** *Побочные дыхательные шумы* не выслушиваются.

## Система органов кровообращения

### Осмотр

*Осмотр шеи:* Шейные сосуды не изменены, выбухание и патологической пульсации не отмечается. В *области сердца* патологических изменений (припухлости, видимые пульсации, "сердечного горба") не отмечаются. Отёков нет.

### Пальпация

*Верхушечный толчок* в V межреберье, по срединноключичной линии. *Сердечный толчок* не определяется. *Эпигастральная пульсация* отсутствует. *Дрожание в области сердца:* не отмечается.

### Перкуссия

Определяется смещение границ сердца влево на 2,5 см. кнаружи от срединно-ключичной линии.

### Аускультация

*Тоны* ритмичные, приглушенные, определяется соответствие тонов. Постоянная форма фибрилляции предсердий. Дополнительные тоны и шумы не выслушиваются.

### Исследование сосудов

*АД-* 130/80 мм.рт.ст*.* ЧСС- 80 ударов в минуту, нормального напряжения, наполнения и величины.

Пульсация на a.tibialis posterior и a.dorsalis pedis сохранены на обеих конечностях. *Исследование вен:* шейные вены не выбухают, видимая пульсация отсутствует, венный пульс не определяется. На яремной вене "шум волчка" не выслушивается.

## Система органов пищеварения

## Желудочно-кишечный тракт

### Осмотр

*Полость рта:* Язык влажный, не обложен налетом. Зубы требуют санации, десны без воспаления и изъязвлений. Твердое небо бледно-розового цвета. *Живот* округлой формы, не увеличен. Видимой перистальтики желудка и кишечника, наличие венозных коллатералей не отмечается.

### Перкуссия

Выслушивается тимпанический перкуторный звук.

### Пальпация

*Поверхностная ориентировочная пальпация:*Живот мягкий безболезненный. Симптомы Щеткина - Блюмберга и Менделя отрицательные.

### Аускультация

Перистальтика кишечника выслушивается отчетливо. Шум трения брюшины, сосудистые шумы не выслушивается.

## Печень и желчные пути

### Перкуссия

Нижняя граница печени по правому подреберью.

***Размеры печени по Курлову:*** по правой срединно-ключичной линии ≈ 11 см, по передней средней линии ≈ 9 см, по левой реберной дуги ≈ 7см.

### Пальпация

Край печени пальпируется под правой реберной дугой, закруглен, мягкий, безболезненный при пальпации, поверхность гладкая.

*Желчный пузырь:* не пальпируется

## Селезенка

### Осмотр

Выпячивание в области левого подреберья отсутствует.

### Перкуссия

Перкуторно размеры селезёнки в норме.

### Пальпация

Селезенка не пальпируется.

## Мочеполовая система

### Осмотр

Припухлость, покраснение кожи в поясничной области не отмечаются. Боли не беспокоят. Надлобковая область не выбухает. Оволосение по мужскому типу. Отеки отсутствуют.

### Перкуссия

Боли при поколачивании в области поясницы не возникают.

### Пальпация

*Мочевой пузырь* не пальпируется. *Болевые точки* безболезненны.

## Нервная система и органы чувств

### Осмотр

*Состояние психики:* ясное сознание, ориентирован в месте и времени, общительный, адекватно воспринимает вопросы. *Исследование черепно-мозговых нервов:* острота зрения снижена, реакция зрачков на свет нормальная, лицо симметрично. *Менингиальные симптомы:* отсутствуют. *Двигательная сфера:* в норме. Судороги, тремор отсутствуют. *Чувствительная сфера:* пальпаторная болезненность по ходу нервных корешков не определятся, нарушения кожной и глубокой чувствительности нет. *Рефлексы* сохранены. Речь без отклонений. *Вегетативная нервная система* без особенностей.

Выявленные синдромы:

- Бронхообструктивный.

- Ангинозный.

Ведущий синдром: бронхообструктивный.

**Бронхообструктивный синдром** (БОС) — состояние, проявляющееся ограничением потока воздуха при дыхании и ощущаемое больным как одышка. В большинстве случаев одышка носит экспираторный характер. Помимо субъективных признаков, БОС оценивается по результатам **спирометрии**. При снижении объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) < 80 % от должной величины и отношения ОФВ1/ФЖЕЛ (форсированной жизненной емкости легких) < 70 % констатируется **бронхиальная обструкция** (БО). Снижение ОФВ1/ФЖЕЛ < 70 % — наиболее раннее проявление БОС, даже при высоком ОФВ1. Именно по выраженности изменений этих функциональных показателей определяется тяжесть БОС.

Данный синдром установлен на основании:

- Жалоб пациента: при поступлении пациент жаловался на одышку смешанного характера при физической нагрузке, периодический сухой кашель с незначительным количеством слизистой мокроты, особенно по утрам, субфебрилитет. На момент курации жалобы на периодический сухой кашель, особенно выраженный по утрам, одышку при умеренной физической нагрузке, отеки нижних конечностей

- Анамнеза жизни: курение с 1956- 1990 гг. по пачке сигарет в день.

- Объективного обследования: при поступлении аускультативно жёсткое дыхание над поверхностью лёгких, единичные свистящие сухие хрипы; перкуторно легочной звук. На момент курации: аускультативно жёсткое дыхание над поверхностью лёгких; перкуторно легочной звук.

Предварительный диагноз:

ХОБЛ, преимущественно бронхитический тип. IIст. ЛН I .

План обследования:

На момент курации пациент обследован. Из лабораторно- иструментальных данных следует выбрать следующие:

- ОАК

-ОАМ

- Анализ мокроты

- Спирометрия

- Рентгенография ОГК

-ЭКГ

-ЭхоКГ

Результаты лабораторно- инструментальных исследований:

**ОАК от 10.10.11г**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатель | результаты исследования | |
| в норме | у больного |
| эритроциты | 4,0 – 5,1 | 4,2\*1012/л |
| гемоглобин | 130 – 160 | 147 г/л |
| цвет. показатель. | 0,8 – 1,0 | 0,9 |
| лейкоциты | 4,0 – 10,0 | 6,5\*109/л |
| палочкоядерные | 1 - 6 | 3 |
| сегментоядерные | 45 - 52 | 67 |
| лимфоциты | 19 - 37 | 25 |
| моноциты | 63- 11 | 5 |
| эозинофилы | 0-5 | 0 |
| СОЭ | 1-10 | 17мм/ч |

Заключение – показатели в пределах нормы.

**ОАМ от 29.09.11г.**

Количество – 20 мл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатель | результаты исследования | |
| в норме | у больного |
| удельный вес | 1012 – 1024 | 1014 |
| Цвет | светло-желтый | светло-желтый |
| реакция | нейтр./сл. кисл. | Нейтр. |
| прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| белок | 0 | следы |
| эпителий переходный | 0 - 3 | 1-2 |
| лейкоциты | До 3 | 4-6 в поле зр. |
| эритроциты | 0 | 0 |
| глюкоза | 0 | 0 |
| слизь | Одиночная | Значит. |

Заключение – показатели в пределах нормы.

Анализ мокроты ( 30.09.11 г.)

Сероватая, вязкая. Лейкоциты: 10-20 в поле зрения, эритроциты: 0-1 в поле зрения, элементы бронха: 0-1 в поле зрения. Микобактерии туберкулёза не обнаружены. Грибы - умеренно, смешанная флора.

Спирометрия (7.10.11 г.)

Признаки дыхательной недостаточности II- III степени.

Рентгенография ОГК ( 28.09.11 г.)

На фоне повышенной пневмотизации легочной паренхимы определяются деформации легочного рисунка по ячеистому типу, усиление, сгущение его в нижних полях. Корни расширены. Подчёркнута междолевая борозда справа. Плевро- диафрагмальные спайки слева. Тень сердца расширена в поперечнике. Аорта склерозирована.

Признаки диффузного пневмосклероза.

ЭКГ от 07.10.11 ЧСС-77 уд. в мин.ЭОС не отклонена. ГЛЖ

ЭхоКГ от 29.10.11 ФВ-60%, Увеличение ЛП, ПП, ПЖ. Признаки атеросклероза аорты и АК. Расширение корня восходящего отдела аорты. Гипертрофия МЖП I ст. Вторичная легочная гипертензия I ст.

Дифференциальный диагноз

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Реакция на сальбутомоловую пробу | Увеличение ПСВ <15% | Увеличение ПСВ >15% | Увеличение ПСВ <15% |
| Рентгенологическое иследование | Легочной рисунок ячеистого типа | Повышение прозрачности легких. признаки эмфиземы | Наличие инфильтрата |
| Мокрота | Лейкоциты 10-20.Наличие элементов бронха | Кристаллы Шарко-лейдена, спирали Куршмана, эозинофилия, слепки бронхиол, эозинофилы | Лейкоциты 25-40 бактерии |
| Курение в анамнезе | Характерно | Не характерно | Возможно |
| Кашель и одышка | Постоянны, прогрессируют медленно | Клиническая изменчивость появляется приступообразно: в течение дня, день ото дня, сезонная | Постоянны и быстро прогрессируют присоединяется кашель с мокротой |
| Наличие легочного сердца | Характерно при тяжелом течении | Не харатерно | Не характерно |
| Признак Заболевание | ХОБЛ | Астма | пневмония |

На основании данного дифференциального диагноза можно верицировать следующий заключительный клинический диагноз:

- Основное заболевание: ХОБЛ по бронхитическому типу IIIст. тяжелое течение, обострение Диффузный пневмосклероз. ЛН I .

- Осложнения основного заболения:

Сопутствующие заболевания: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. Диффузный кардиосклероз. Постоянная нормосистолическая форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст., 1 степени, риск 4. СН II А с сохраненной систолической функцией ЛЖ сердца. Состояние после ОНМК(2000 г.).

Лист назначения

Диета стол №10

Режим палатный

Серетид дискус (25 мкг салметерола и 250 мкг флутиказона пропионата) по 2 ингаляции 2 раза/сут.(8:00; 20:00)

Моксифлоксацин 0,4 по 1 таб. в сутки

Спирива 18 мкг по 1капсуле утром ингаляционно

Бромгексин р-р 4мг/5мл раствор следует разбавить дистиллированной водой 1:1 и нагреть до температуры тела. 2 р.д. по 4 мл

**Беротек в случае приступа удушья** 0.2 мг ингаляционноесли после первой ингаляции не наступает положительная динамика через 5 минут повторить

Липразид 10мг по 1 таб 1 раз в день

кардиомагнил-форте по Ѕ таблетке утром чрез 20 минут после еды

Предуктал таб. 35 мг по 1 таб 2 раза в день утром и вечером во время еды

**Выписной эпикриз**

Больной 75 лет, находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении клиники ОНМедУ с 28.09.11г.- 11.10.11г. Пациент поступил в отделение 28 сентября 2011 года в 12.30 с жалобами на одышку смешанного характера при физической нагрузке, периодический сухой кашель с незначительным количеством слизистой мокроты, субфебрилитет (37,3 С), периодические сжимающие боли за грудиной, продолжительностью 3-5 минут, без иррадиации, купирующиеся покоем, отёки нижних конечностей.

По результатам анемнестико- клинических, лабораторно- инструментальных и данных дифференциальной диагностики пациенту был выставлен следующий клинический диагноз:

- Основное заболевание: ХОБЛ, премущественно бронхитический тип,IIIст., тяжёлое течение, обострение. Диффузный пневмосклероз. ЛН I.

- Осложнения основного заболения: -.

- Сопутствующие заболевания: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. Гипертоническая болезнь III ст., 1 степени, риск 4. СН II А с сохраненной систолической функцией ЛЖ сердца. Состояние после ОНМК (2000 г.)

Учитывая ведущий синдром (бронхообструкции) и наличие сопутствующих заболеваний, пациенту была назначена следующая терапия:

Режим палатный.

Диета - стол №10

Серетид дискус (25 мкг салметерола и 250 мкг флутиказона пропионата) по 2 ингаляции 2 раза/сут.(8:00; 20:00)

Моксифлоксацин 0,4 по 1 таб. в сутки

Спирива 18 мкг по 1капсуле утром ингаляционно

Бромгексин р-р 4мг/5мл раствор следует разбавить дистиллированной водой 1:1 и нагреть до температуры тела. 2 р.д. по 4 мл

**Беротек в случае приступа удушья** 0.2 мг ингаляционноесли после первой ингаляции не наступает положительная динамика через 5 минут повторить

Липразид 10мг по 1 таб 1 раз в день

кардиомагнил-форте по Ѕ таблетке утром чрез 20 минут после еды

Предуктал таб. 35 мг по 1 таб 2 раза в день утром и вечером во время еды

Непереносимости препаратов не выявлено

В результате проведенного лечения состояние пациента улучшилось: значительно уменьшилась одышка и кашель, уменьшилась степень АГ, отсутствуют приступы стенокардии и периферические отёки нижних конечностей.

Выписан в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано:

наблюдение по месту жительства у терапевта и невропатолога.

диета №10 .

Серетид дискус (25 мкг салметерола и 250 мкг флутиказона пропионата) по 2 ингаляции 2 раза/сут.(8:00; 20:00)

**Беротек в случае приступа удушья** 0.2 мг ингаляционноесли после первой ингаляции не наступает положительная динамика через 5 минут повторить

Липразид 10мг по 1 таб 1 раз в день

кардиомагнил-форте по Ѕ таблетке утром чрез 20 минут после еды

Предуктал таб. 35 мг по 1 таб 2 раза в день утром и вечером во время еды

Список использованной литературы

В.Г. Передерий, С.М. Ткач Основы внутренней медицины Киев 2009 том 1

Чучалин А.Г. Пульмонология 2007 г.

Гаева М.Д. Фармакология. Учебник для вузов

Кукес В.Г.Клиническая фармакология