**ХОБЛ. История болезни.**

1.Паспортная часть:
Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Жалобы на момент курации: нет

3. Анамнез настоящего заболевания:

25.03.2000 г. больной проснулся ночью от ощущения нехватки воздуха, одышки. Давление – 220/110. Со слов больно до этого подобных приступов не было, хотя отмечалось повышение давления после стресса. Был доставлен бригадой скорой помощи в 13 ГКБ.

4. Анамнез жизни:

Рос и развивался нормально, семейный анамнез не отягощён. Последние 15 лет находится на пенсии, до этого работал лётчиком. Из перенесенных заболеваний – малярия, скарлатина. Прооперирован в 1967 году по поводу аппендицита. Аллергоанамнез не отягощён. Алкоголем не злоупотребляет, курит с 11 лет, на данный момент выкуривает 20-25 сигарет в сутки.

5. Первый этап диагностического поиска:

Исходя из данных анамнеза и жалоб больного ( частое повышение давления до высоких цифр, впервые возникшая одышка в ночное время, курение в большом количестве) можно предположить, что у больного имеет место патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем

- ТЭЛА
- ХОБЛ
- ИБС
- Гипертоническая болезнь
- Пневмосклероз
- Сердечная астма.

6. Объективный статус.

Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы, бледно-розового цвета, сухие. Тургор тканей снижен. ПЖК развита незначительно. Слизистые: склеры – бледно-розовые. Отеков нет.

Система органов дыхания.

Жалоб нет. Грудная клетка цилиндрическая, равномерно участвует в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Дыхание не глубокое, ритмичное ЧДД - 21 в минуту.

Пальпаторно грудная клетка резистентна, безболезненна, голосовое дрожание проводится симметрично.

При сравнительной перкуссии определяется притуплённый перкуторный звук. При топографической перкуссии изменения границ нет. При аускультации сухие и влажные хрипы в небольшом количестве, больше справа.

Система органов дыхания.

Жалоб нет. Грудная клетка нормостенического типа, равномерно участвует в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Дыхание не глубокое, ритмичное ЧДД - 21 в минуту.

Пальпаторно грудная клетка резистентна, безболезненна, голосовое дрожание проводится симметрично.
При сравнительной перкуссии определяется притуплённый перкуторный звук. При топографической перкуссии изменения границ нет. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Система органов кровообращения.
Жалобы на периодическое повышение давления в результате стресса . При осмотре, область сердца не изменена.
Перкуторные границы сердца:

правая - по срединной линии на уровне 4 межреберья,
левая – по левой передней подмышечной линии в 5 межреберье верхняя - на уровне 3 ребра.

Поперечник относительной тупости - 17 см.

При аускультации ритм сердечных сокращений правильный 86 уд. в мин. Шумов нет. Артериальный пульс симметричный на обеих руках (a. radialis ), ритмичный, умеренного наполнения и напряжения 52 уд.в мин. АД 110/60. При осмотре вен шеи, грудной, брю Жалобы на чувство тяжести в правом подреберье.

Желудочно – кишечный тракт

Жалоб нет, аппетит хороший.

Полость рта: язык красного цвета, без налёта. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. При осмотре живота – симметричный , не вздут. Равномерно участвует в акте дыхания. Пальпация безболезненна, объёмные образования не пальпируются. Перистальтика нормальная.

Печень и желчный пузырь.

Печень не выходит за край рёберной дуги, не увеличена. Точки проекции желчного пузыря безболезненны.
Селезёнка не пальпируется.

Мочеполовая система.

Жалоб нет. Суточный диурез около 2,5 литров. Почки, мочевой пузырь не пальпируются. Пальпация точек проекции мочеточников безболезненна, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

Нервно-психический статус.

Сознание ясное, ориентировка в месте, времени, ситуации и собственной личности не нарушена. Речь не нарушена. Со стороны органов чувств патологии нет.

Эндокринная система.

Жалоб нет. Щитовидная железа не пальпируется.

7. Второй этап диагностического поиска.

Базируясь на данных физикального обследования, и учитывая жалобы больной и анамнез, круг заболеваний остаётся прежним

Предварительный диагноз – ХОБЛ

План обследования:
1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Б/х анализ крови
4. Рентген грудной клетки
5. ЭКГ
6. Исследование функции внешнего дыхания

Данные обследования:

Общий анализ крови от 7.4.00

Гемоглобин – 137, лейкоциты – 5,8 , палочкоядерные – 5, сегментоядерные – 61, эозинофилы – 3, лимфоциты – 26, моноциты – 5, СОЭ – 38.

Биохимический анализ крови:
Мочевина – 8, креатинин – 170, билирубин общий- 8,7, прямой – 1.8, не прямой– 6.9.

ЭКГ

Заключение – гипертрофия левого желудочка с недостаточностью кровообращения его мышцы пер.- боковой стенки.

Исследование функции внешнего дыхания

ЖЕЛ – 85%
ОФВ 1 – 78%
П 75 – 27%
П 50 – 64%
П 25 – 88 %

Заключение – нарушение бронхиальной проходимости 1 степени на уровне мелких и средних бронхов.

Рентген грудной клетки

Сетчатая деформация лёгочного рисунка
Заключение – пневмосклероз.

8. Третий этап диагностического поиска:

Исходя из информации, полученной на первом и втором этапах диагностического поиска и суммируя её с данными лабораторных и инструментальных исследований

( сетчатая деформация лёгочного рисунка, гипертрофия левого желудочка, нарушение бронхиальной проходимости, увеличение СОЭ) можно говорить о наличии у больного хронического обструктивного бронхита в стадии обострения, а также о наличии сопутствующих заболеваний: артериальная гипертония, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, пневмосклероз.

Лечение нозологической формы:
Этиотропное лечение – ампициллин.
Патогенетическое – оксигенотерапия, занятия ЛФК.

Отхаркивающие, муколитические препараты, низкочастотная ультрозвуковая бронхоскопическая санация, витаминотерапия, занятия дыхательной гимнастикой, санаторно-курортное лечение ( Южный берег Крыма, сухая степная полоса).

Дневники наблюдения:

10.4.00.

Жалоб нет, состояние удовлетворительное, АД 140/85, ЧСС 70. Дыхание жёсткое, при аускультации – сухие и влажные хрипы преимущественно в правых отделах.

11.4.00.
Жалоб нет, состояние удовлетворительное, АД 130/80, ЧСС-67.

Дыхание жёсткое, при аускультации – сухие и влажные хрипы преимущественно в правых отделах.

Выписной эпикриз:
Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 61 года, находился в клинике с диагнозом : хронический обструктивный бронхит в стадии обострения, с 26.03.00. по 12.04.00. Поступил с жалобами на одышку, возникшую ночью. Из анамнеза – ранее лёгочной патологии выявлено не было, курит с 11 лет( на данный момент по 25 сигарет в сутки). Данные обследования:

Общий анализ крови от 7.4.00.

Гемоглобин – 137, лейкоциты – 5,8 , палочкоядерные – 5, сегментоядерные – 61, эозинофилы – 3, лимфоциты – 26, моноциты – 5, СОЭ – 38.

Биохимический анализ крови:

Мочевина – 8, креатинин – 170, билирубин общий- 8,7, прямой – 1.8, не прямой– 6.9.

ЭКГ
Заключение – гипертрофия левого желудочка с недостаточностью кровообращения его мышцы пер.- боковой стенки.

Исследование функции внешнего дыхания
ЖЕЛ – 85%
ОФВ 1 – 78%
П 75 – 27%
П 50 – 64%
П 25 – 88 %

Заключение – нарушение бронхиальной проходимости 1 степени на уровне мелких и средних бронхов.

Рентген грудной клетки

Сетчатая деформация лёгочного рисунка
Заключение – пневмосклероз.

Было проведено лечение:
стол 10
режим общий
полный отказ от курения
ампициллин – 0.5 мг 4 раза в день в.м.
бромгексин – 1 т. 3 раза в день
капозид – 50 мг Ѕ т. 2 раза в день
атенолол – 25 мг 3 раза в день
нитросорбит – 10 мг 3 раза в день
аспирин – ј т. 3 раза в день.

В результате проведённого лечения у больного уменьшилась одышка и количество хрипов в лёгких.

Рекомендации по дальнейшему ведению: полный отказ от курения, отхаркивающие средства ( отвары трав, муколтин), муколитики(бромгексин), витамины А, С, группы В, биогенные стимуляторы.

Прогноз – неблагоприятный ( развитие лёгочной недостаточности и формирование лёгочного сердца).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.
1. «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» В.И.МАКОЛКИН, С.И.ОВЧАРЕНКО.
2. "ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ" Ф.И. КОМАРОВ, В.Г. КУКЕС, А.С. СМЕТНЕВ.
3. "СПРАВОЧНИК-ПУТЕВОДИТЕЛЬ ПРАКТИКУЮЩЕГО ВРАЧА" ИЗД. ГОЭТАР МЕДИЦИНА.