**1. Паспортные данные.**

1. Ф.И.О.:
2. 74 года
3. Место жительства:
4. Пенсионер
5. Дата поступления: 06.10.06

**2. Жалобы.**

На момент поступления больного беспокоили одышка постоянного ха-

рактера, резко усиливающаяся при минимальной физической нагрузке, ощу-

щение нехватки воздуха из-за недостаточности выдоха, непродуктивный приступообразный кашель, ухудшающий самочувствие и вызывающий боль за грудиной. На момент осмотра больной предъявляет жалобы на приступы удушья, одышку эксспираторного характера при незначительной физической

нагрузке (ходьбе по коридору, лечебной гимнастике), кашель по утрам с

отделением слизистой мокроты без запаха.

А) Система органов дыхания.

Больной жалуется на затрудненное дыхание, малопродуктивный кашель, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке.

Б) Система органов кровообращения.

боли в прекардиальной области – давящие боли за грудиной при физической и эмоциональной нагрузке, купируются нитроглицерином;

ощущение пульсации – нет;

одышка – при физической и эмоциональной нагрузке;

приступы удушья – нет;

сердцебиение – нет;

перебои в сердце – нет;

отеки – нет;

головокружения – частые;

головные боли – частые.

В) Система органов пищеварения.

аппетит – пониженный, насыщаемость быстрая;

вкус во рту – отсутствует;

сухость во рту, слюнотечение – нет;

жажда – нет;

пережевывание пищи – хорошее;

глотание – свободное;

прохождение пищи по пищеводу – свободное;

отрыжка – воздухом, часто;

изжога – периодически;

тошнота – чаще по утрам, натощак;

рвота – иногда, чаще натощак;

кровотечения – нет;

боли в животе –нет;

вздутие живота –нет;

урчание в животе – часто;

стул – склонен к запорам, через 2-3 дня, иногда со слабительным;

кал – небольшое количество, твердый, в виде «овечьего», цвет коричневый, примесей нет;

боли в правом подреберье – нет;

боли в левом подреберье –нет;

боли в верхней половине живота – тупые, ноющие, почти постоянные, больше по ночам, усиливаются после приема жирной пищи, купируются спазмолитиками.

Г) Мочеполовая система.

Боли при мочеиспускании нет. Диурез в норме. Частота 4-6 раз в сутки. Цвет жёлтый. Отёков нет. Болей в паху, пояснице нет.

1. **Anamnesis morbi.**

Больным себя считает с 1989 г., после перенесённого туберкулёза лёгких, после чего: нарастание одышки, снижение толерантности к физической нагрузке в течение последних трёх лет.

В 2005 г. лечился в МСЧ №5 по поводу хронического обструктивного бронхита. В хирургическом отделении ГБ № 4 обследовался по поводу панкреатита.

**4.Anamnesis vitae.**

Больной родился 1932 г. в деревне Берково. Рос и развивался нормально. окончил 2 класса образования. Служил во внутренних войсках . После армии работал строителем, условия труда оценивает как неудовлетворительные (частые переохлаждения). больной не курит, 2,5 не употребляет алкоголь.

**5.Status praesens**

Объективно – состояние удовлетворительное.

Внешний вид соответствует возрасту.

Сознание ясное. Речь внятная. . Менингиальных знаков нет. Парезов, параличей нет.

Положение активное, при приступах удушья – вынужденное (сидя или стоя, с наклоном верхней половины туловища вперед, опираясь локтями на спинку стула или колени).

Выражение лица спокойное.

Рост 165 см, вес 100кг. Нормостеническое телосложение, осанка сутуловатая, походка медленная.

Кожные покровы цианотичные; высыпаний, кровоизлияний, изъязвлений, шелушений, расчесов, пигментаций и депигментаций нет. Кожные рубцы отсутствуют, кожа сухая, дряблая, морщинистая, тургор снижен. Ногти нормальные, грибковых поражений нет.

Подкожная жировая клетчатка развита нормально, наибольшие отложения жира – на бедрах и животе, кожная складка – 2 см. Отеков нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены, размером с горошину, подвижны, не спаяны с кожей и другими тканями, окраска кожи над ними не изменена, мягкие, эластичные, б/б.

КМС без видимой патологии. Мускулатура развита слабо, симметрично; тонус мышц несколько снижен; дрожание, судороги – отсутствуют; мышцы безболезненны. Деформаций костей, искривлений нет. Суставы нормальной формы и величины, симметричны, изменений кожи над ними Нет, температура на ощупь нормальная, болезненности при пальпации нет, движения активные, не ограничены, болезненности при движениях нет. Движения в позвоночнике в полном объеме, искривление позвоночника - сколиоз, осанка сутуловатая, походка медленная.

Щитовидная железа не увеличена, б/б.

Живот мягкий, безболезненный.

Печень не пальпируется, б/б.

Стул в норме.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии Нет.

Температура 36,9.

Дыхательная система.

Грудная клетка нормостеническая (коническая) – переднезадний размер грудной клетки меньше бокового, угол соединения тела и рукоятки грудины отчетливо выражен, над- и подключичные ямки выражены незначительно, межреберные промежутки нормальные, направление ребер в боковых отделах грудной клетки умеренно косое, ширина эпигастрального угла приближается к 90 градусам. Лопатки и ключицы плотно прилегают к грудной клетке и располагаются на одном уровне. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. ЧД 18. Пальпаторно – эластичность грудной клетки в норме, голосовое дрожание и бронхофония в норме. Перкуторно – ясный легочный звук.

Результаты топографической перкуссии легких:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Этапы исследования | Слева | | Справа | |
| Больной | Норма | Больной | Норма |
| Выстояние верхушек  Ширина перешейков полей Кренига  Нижняя граница легких | Спереди  4 см над ключицей  Сзади  С7  8 см | 3-4 см над ключицей  С7  6-8 см | 4 см над ключицей  С7  8 см | 3-4 см над ключицей  С7  6-8 см |
| Топографические линии | Слева | | Справа | |
| Больной | Норма | Больной | Норма |
| a) linea Parasternalis  b) linea Mediaclavicularis  c) linea axillaris ant.  d) linea axillaris med.  e) linea axillaris post.  f) linea Scapularis  g) linea Paravertebralis | -  -  VII  VIII  IX  X  Остистый отросток ТXI | -  -  VII  VIII  IX  X  Остистый отросток ТXI | V межреберье  VI межреберье  VII  VIII  IX  X  Остистый отросток ТXI | V межреберье  VI  VII  VIII  IX  X  Остистый отросток ТXI |

Результаты сравнительной перкуссии грудной клетки:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | Место перкуссии | Перкуторный звук | |
| Слева | Справа |
| 1.linea mediaclavicularis  2.linea mediaclavicularis  3.linea mediaclavicularis  4.linea mediaclavicularis  5.linea mediaclavicularis  6.linea axillaris media  7.linea axillaris media  8.linea scapularis  9.linea paravertebralis  10.linea paravertebralis  11.linea scapularis | Надключичные ямки  Ключицы  Подключичные области (1 м/р)  2 межреберье  3 межреберье  4 межреберье  6 межреберье  надлопаточная область  межлопаточная область вверху  межлопаточная область внизу  подлопаточная область | Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный | Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный  Ясный легочный |

Результаты аускультации легких:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Места выслушивания | Справа | | Слева | |
| Основной дых. шум | Побочный дых. шум | Основной дых. шум | Побочный дых. шум |
| 1.Надключич. области  2.Подключич. области (1 межреберье)  3.Срединно-ключичная линия, 2 межреберье  4.Срединно-ключичная линия, 3 межреберье  5.Средняя подмышечная линия, 4 межреберье  6.Средняя подмышечная линия, 6 м/р  7.Надлопаточ. области  8.Межлопаточная область вверху  9.Межлопаточная область внизу  10.Подлопаточные области по  лопаточной линии | Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание | Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы | Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание  Жесткое дыхание | Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы  Сухие хрипы |

Результаты определения бронхофонии и голосового дрожания:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Места определения | Справа | Слева |
| Верхушки легких (надлопаточные, надключич. и подключич. области)  Межлопаточные области  Подлопаточные и боковые области | В норме  В норме  В норме | В норме  В норме  В норме |

Подвижность нижних краев легких:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические  линии | Подвижность нижнего края легкого, см | | | | | |
| правого | | | левого | | |
| на вдохе | на выдохе | сумм. | на вдохе | на выдохе | сумм. |
| Среднеключичная  Средняя подмышечная  Лопаточная | 2  3  2 | 2  3  2 | 4  6  4 | -  3  2 | -  3  2 | -  6  4 |

Система кровообращения.

Осмотр:

Сердечный горб отсутствует, положительный верхушечный толчок (локализуется в V межреберье на уровне левой срединно-ключичной линии), сердечный толчок отсутствует, эпигастральной пульсации нет, атипичной пульсации в области сердца Нет;

Пальпация:

Положительный верхушечный толчок, локализуется в V межреберье на уровне левой срединно-ключичной линии, разлитой, приподнимающийся, усиленный;

Сердечный толчок – нет;

Локальная эктопическая пульсация в прекардиальной области – не определяется;

Дрожание в прекардиальной области – нет;

Местная болезненность – нет;

Пульсация в эпигастрии – не определяется;

Пульсация печени – не определяется;

Феномен качелей – нет.

Перкуссия:

Относительная тупость сердца:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Границы относительной тупости сердца |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье |
| Левая | 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в V межреберье |
| Верхняя | На уровне III ребра |

Поперечник относительной тупости сердца – 12 см;

Ширина сосудистого пучка – 5 см;

Конфигурация относительной сердечной тупости –нормальная.

Абсолютная тупость сердца:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Границы абсолютной тупости сердца |
| Правая | По левому краю грудины в IV межреберье |
| Левая | На 1,5см кнутри от границы относительной тупости сердца |
| Верхняя | На IV ребре |

Ширина абсолютной тупости сердца – 4 см.

Аускультация:

ЧСС 62 удара в минуту, ритм сердца правильный;

Дополнительные тоны не выслушиваются; расщепления тонов Нет, раздвоения тонов Нет;

Шумы сердца не выслушиваются; шум трения перикарда – Нет.

Исследование сосудов:

Артериальный пульс на лучевых артериях твердый, напряженный, усиленное наполнение;

АД на плечевых артериях (на правой и левой руке) 130/90мм. рт. ст.

Пищеварительная система.

Осмотр:

Запах изо рта – обычный;

Десны обычного цвета, без изменений;

Слизистая твердого и мягкого неба обычной окраски, без изменений;

Язык влажный, чистый;

Глотка – окраска слизистой нормальная, сухости нет, поверхность гладкая;

Миндалины нормальных размеров, нормальной окраски, без налета;

Живот - при исследовании лежа и в положении стоя: средней величины, симметричен, нормальной конфигурации, умеренное отложение жира, равномерно участвует в акте дыхания, венозная сеть не выражена, видимая перистальтика желудка и кишечника не наблюдается, пигментации и рубцы отсутствуют, расхождения прямых мышц живота нет, пупок нормальный.

Пальпация:

При поверхностной ориентировочной пальпаци – живот безболезненный, мышцы брюшной стенки не напряжены, грыж и расхождения прямых мышц живота не обнаружено, симптом Менделя отрицательный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный;

Глубокая пальпация по Образцову-Стражеско:

сигмовидная кишка – определяется в левой подвздошной области, размером около 22 см, в виде безболезненного цилиндра плотной консистенции с гладкой поверхностью, диаметром 2-3 см, смещаемого на 3-5 см, не урчащий, редко перистальтирующий;

слепая кишка – пальпируется в правой подвздошной области на границе средней и наружной третей правой линии, соединяющей пупок с передней верхней подвздошной остью, в виде упругого, умеренно плотного цилиндра с грушевидным расширением книзу, диаметром 3 см, безболезненного, смещаемого в пределах 2-3 см, урчащего при пальпации;

подвздошная кишка – конечный отрезок прощупывается на протяжении около 10 см, в виде мягкого тонкостенного цилиндра диаметром около 1 см, безболезненного, активно перистальтирующего и урчащего при пальпации;

поперечная ободочная кишка – пальпируется в виде поперечно расположенного цилиндра умеренно плотной консистенции диаметром 3-4 см, подвижного, безболезненного, не урчащего;

большая кривизна желудка (нижняя граница желудка) – определяется по обе стороны от средней линии тела на 2 см выше пупка, пальпируется в виде валика на протяжении 10-12 см (также нижняя граница желудка определяется методом перкуссии, определением шума плеска);

привратник – определяется в треугольнике, образованном нижним краем печени справа от средней линии, средней линией тела и горизонтальной линией, проведенной на 3 см выше пупка (под правой прямой мышцей живота). Пальпируется в виде небольшого короткого цилиндра диаметром 1-1,5 см, то появляющегося, то исчезающего, урчащего при пальпации.

Опухолей желудка и кишечника не обнаружено, свободной жидкости в брюшной полости нет (методом флюктуации не определяется);

При осмотре заднепроходного отверстия геморроидальных узлов и других изменений не выявлено.

Перкуссия:

При перкуссии желудка и кишечника – тимпанический звук (желудочный тимпанит более низкий, чем кишечный); жидкость в брюшной полости (свободная и осумкованная) не определяется (нет притупления перкуторного звука).

Аускультация:

Перистальтика кишечника в норме; шум трения брюшины и сосудистые шумы не выслушиваются.

Печень и желчный пузырь.

Осмотр:

Выпячивания в области правого подреберья и ограничения этой области в дыхании нет.

Перкуссия:

Границы печени по Курлову:

-Верхняя граница абсолютной тупости печени:

по правой срединно-ключичной линии – на VI ребре;

по передней срединной линии (условная граница) – на уровне прикрепления верхнего края VI ребра;

по правой окологрудинной линии – у верхнего края VI ребра;

-Нижняя граница абсолютной тупости печени:

по правой срединно-ключичной линии – по нижнему краю правой реберной дуги;

по передней срединной линии – на 4 см от нижнего края мечевидного отростка (на границе верхней трети расстояния от основания мечевидного отростка до пупка);

по левой окологрудинной линии – по краю левой реберной дуги;

Размеры печени по Курлову:

по правой срединно-ключичной линии (от верхней до нижней границы абсолютной тупости печени) – 10 см;

по передней срединной линии (от верхней условной границы печени до нижней) – 8 см;

по левой косой линии – 7 см;

Границы абсолютной тупости печени по Образцову:

-Верхняя граница абсолютной тупости печени:

по правой срединно-ключичной линии – на VI ребре;

по правой окологрудинной линии – у верхнего края VI ребра;

по правой передней подмышечной линии – на VII ребре;

-Нижняя граница абсолютной тупости печени:

по правой срединно-ключичной линии – по нижнему краю правой реберной дуги;

по правой передней подмышечной линии – на X ребре;

по правой окологрудинной линии – на 2 см ниже нижнего края правой реберной дуги;

по передней срединной линии – на 4 см от нижнего края мечевидного отростка (на границе верхней трети расстояния от основания мечевидного отростка до пупка);

по левой окологрудинной линии – по краю левой реберной дуги;

Размеры печени по Образцову:

по правой передней подмышечной линии – 11 см;

по правой срединно-ключичной линии – 10 см;

по правой окологрудинной линии – 9 см;

Симптомы поколачивания по реберной дуге (симптом Ортнера, Калька, Кера) - отрицат.

Пальпация:

Нижний край печени прощупывается на 1 см ниже правой реберной дуги, острый, ровный, безболезненный, нормальной плотности, поверхность гладкая.

Желчный пузырь не прощупывается. Пузырные симптомы (Курвуазье-Терье, Мюсси-Георгиевского, Захарьина, Василенко, Образцова-Мерфи) отрицат.

Аускультация:

Шум трения брюшины в области правого подреберья не выслушивается.

Селезенка.

Осмотр:

Ограниченного выпячивания в области левого подреберья не обнаружено, ограничения этой области в дыхании нет.

Перкуссия:

Продольный размер селезенки 7 см, поперечный размер – 5 см.

Верхний край селезенки – на IX ребре, нижний край – на XI ребре.

Пальпация:

Селезенка не прощупывается (норма).

Система мочеотделения.

Осмотр:

Поясничная область: покраснение кожи – нет, припухлость – нет, отечность – нет; сглаживание контуров поясничной области – нет;

Надлобковая область: ограниченного выбухания не наблюдается.

Перкуссия:

Поясничная область: симптом поколачивания справа и слева отрицательные;

Надлобковая область: притупление перкуторного звука над лобком при наполнении мочевого пузыря.

Пальпация:

Почки: не пальпируются;

Мочевой пузырь: наполненный мочевой пузырь прощупывается над лобком в виде эластичного флюктуирующего образования, безболезненного;

Болевые точки: при пальпации в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников (мочеточниковые точки) болезненности не выявлено;

Верхняя граница мочевого пузыря при его наполнении определяется на 2 см ниже пупка.

**6. Предварительный диагноз и его обоснование. Ожидаемые результаты.**

На основании жалоб на одышку при физической нагрузке, нехватку воздуха, малопродуктивный кашель; из анамнеза: частые переохлаждения, курение, лечение по поводу хронического обструктивного бронхита; объективно: жесткое дыхание, сухие хрипы, целесообразно поставить диагноз основного заболевания:

хронический обструктивный бронхит, стадия обострения.

**7.План обследования.**

1. Общий анализ крови: в норме

2. Общий анализ мочи: в норме

3. Биохимический анализ крови: в норме

4. Исследование функции внешнего дыхания: снижение индекса Тиффно.

5. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: усиление легочного рисунка.

6. Бронхография: исключение бронхоэктатической болезни.

**8. Данные лабораторных и инструментальных исследований.**

1. Общий анализ крови:

Hb -120 г/л

Эритроциты - 3.86\*10 512 0 г/л

Цветной показатель - 0.98

Лейкоциты - 6.3\*10 59 0 г/л

Палочки - 3%

Сегменты - 70%

Эозинофилы - 1%

Лимфоциты - 18%

Моноциты - 8%

СОЭ - 18 мм/ч

2. Общий анализ мочи:

Количество - 100 мл

Цвет - светло-жёлтый

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес - 1012

Белок - 0.033

Сахар - нет

эритроциты - 0-1 в поле зрения

Лейцоциты - 1-2 в поле зрения

Цилиндры - нет

3. Биохимический анализ крови:

Общий белок - 70.0 г/л

Альбумины - 2  048 %

А 41 0-глобулины - 4 %

А 42 0-глобулины - 9 %

Бета-глобулины - 18 %

Гамма-глобулины - 21 %

АЛТ - 0.40 ммоль/л ч

АСТ - 0.33 ммоль/л ч

Общий биллирубин - 14.45 мкмоль/л

Сулемовый титр - 1.9 мл

Тимоловая проба - 4 ед.

Сахар - 5.0 ммоль/л

Холестерин общий - 3.4 ммоль/л

Фибриноген - 4.25 г/л

СРБ (-)

Электролиты:

K 3.6 ммоль/л

Na 147 ммоль/л

Cl 83 ммоль/л

4. Исследование функции внешнего дыхания:

снижение ПСВ на 60%

снижение индекса Тиффно на 50%

5. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки:

при рентгенографии лёгких локальных и дессиминированных поражений не выявлено. Отмечается усиление легочного рисунка, утолщение бронхиальных стенок.

6. Бронхография.

При бронхографии бронхоэктазов не выявлено.

**9. Клинический диагноз и его обоснование.**

На основании:

1. Жалоб - одышка постоянного характера, резко усиливающаяся при минимальной физической нагрузке, ощущение нехватки воздуха из-за недостаточности выдоха,

кашель по утрам с отделением слизистой мокроты без запаха;

2. Анамнеза – курение, хронический обструктивный бронхит;

3. Объективного осмотра – жесткое дыхание, сухие хрипы;

4. Лабораторных исследований – нижение индекса Тиффно, снижение ПСВ; при рентгологическом исследовании – усиление легочного рисунка;

поставлен диагноз: хронический обструктивный бронхит, стадия обострения.

**10. Дифференциальный диагноз.**

ХОБ следует дифференцировать от бронхиальной астмы.

Дифференциально-диагностические критерии ХОБ и ЕА

Признаки ХОБ БА

Аллергия нехарактерна характерна

Кашель постоянный, приступооб­ разной интенсивности разный

Одышка постоянная без приступы резких колебаний экспиратор- выраженности ной одышки

Суточные

изменения менее 10% должи . более 1 5% ОФВ1 должн.

Обратимость нехарактерна характерна бронхиальной обструкции

Эозинофилия нехарактерна характерна

крови и мокроты

Понятие "астматический бронхит" не рекомендуется употреблять,так как оно препятствует четкому разграничению больных БА и ХОБ.

При длительном течении ХОБ или БА и формировании необратимой обструкции бронхов дифференциальная диагностика между этими заболеваниями крайне затруднительна.

**11. Лечение.**

1. Режим общий.

2. Диета № 15.

3. Медикаментозная терапия:

Aerosolum Salbutamoli 2 ингаляции 4 раза в сутки

Tab. Ambroxoli 30 мг 3 раза в день

Tab. Prednisoloni 2 мг 6 раз в день

Herba thermopsidis lanceolata 1 ст.ложка 3 раза в день.

**12. Дневники.**

06/10/06

Общее состояние удовлетворительное, кашель с отхождением слизистой мокроты. Температура тела 37.1.Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и склеры нормальной окраски. Дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы. При пальпации органов брюшной полости болезненности нет. Стул оформленный. Диурез не изменен. АД.130/90 мм.рт.ст. ЧСС-68 в мин. ЧД-20 в мин.

09/10/06

Общее состояние удовлетворительное, кашель с отхождением слизистой мокроты. Температура тела 36,6. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и склеры нормальной окраски. Дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы. При пальпации органов брюшной полости болезненности нет. Стул оформленный. Диурез не изменен. АД.130/80 мм.рт.ст. ЧСС-68 в мин. ЧД-20 в мин.

11/10/06

Общее состояние удовлетворительное, кашель без отхождения мокроты. Температура тела 36,6. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и склеры нормальной окраски. Дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы в верхних отделах легких. При пальпации органов брюшной полости нет. Стул оформленный. Диурез не изменен. АД.130/80 мм.рт.ст. ЧСС-68 в мин. ЧД-20 в мин.

13/10/06

Общее состояние удовлетворительное, кашель без отхождения мокроты. Температура тела 36,6. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и склеры нормальной окраски. Дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы в верхних отделах легких. При пальпации органов брюшной полости болезненности нет. Стул оформленный. Диурез не изменен. АД.130/80 мм.рт.ст. ЧСС-68 в мин. ЧД-20 в мин.

16/10/06

Общее состояние удовлетворительное, кашель без отхождения мокроты. Температура тела 36,6. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и склеры нормальной окраски. Дыхание жесткое, хрипов нет. При пальпации органов брюшной полости болезненности нет. Стул оформленный. Диурез не изменен. АД.130/80 мм.рт.ст. ЧСС-68 в мин. ЧД-20 в мин.

18/10/06

Общее состояние удовлетворительное, кашель без отхождения мокроты. Температура тела 36,6. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа и склеры нормальной окраски. Дыхание жесткое, хрипов нет. При пальпации органов брюшной полости болезненности нет. Стул оформленный. Диурез не изменен. АД.130/80 мм.рт.ст. ЧСС-68 в мин. ЧД-20 в мин.

**13. Прогноз.**

При соблюдении врачебных назначений и рекомендаций, профилактике заболевания прогноз в отношении нарастания бронхивльной обструкции благоприятный.

**14. Выписной эпикриз.**

Больной (Ф.И.О.) Абрамов В. И. лет, проживающий по адресу Калинина 24-13,

пенсионер находился на стационарном лечении в отделении терапии МУЗ ГБ № 4г.Тулы с «6» октября 2006 г. по «18»октября 2006г.

Жалобы при поступлении на одышку постоянного характера, резко усиливающуюся при минимальной физической нагрузке, ощущение нехватки воздуха из-за недостаточности выдоха, непродуктивный приступообразный кашель,

Из анамнеза ХОБ, курение, туберкулёз легких.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: общее состояние удовлетворительное; сознание ясное; положение тела активное; кожные покровы цианотичные;

отеков нет; периферические лимф. узлы не увеличены, размером с горошину, подвижны, не спаяны с кожей и другими тканями, окраска кожи над ними не изменена, мягкие, эластичные, б/б.

Телосложение нормостеническое; костно-мышечная системабез видимой патологии.

Грудная клетка нормостеничекая; ЧД 20, перкуторный звук ясный легочный; границы легких в норме; аускультативно жесткое дыхание, сухие хрипы.

Сердце: ЧСС 62, пульс 62, АД 130\ 90 мм.рт.ст.; перкуторно в норме

аускультативно ритм правильный, тоны в норме, шумов нет.

Живот мягкий, б\б

Печень в норме4 С-м поколачивания отрицательный.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови:

Hb -120 г/л

Эритроциты - 3.86\*10 512 0 г/л

Цветной показатель - 0.98

Лейкоциты - 6.3\*10 59 0 г/л

Палочки - 3%

Сегменты - 70%

Эозинофилы - 1%

Лимфоциты - 18%

Моноциты - 8%

СОЭ - 18 мм/ч

2. Общий анализ мочи:

Количество - 100 мл

Цвет - светло-жёлтый

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес - 1012

Белок - 0.033

Сахар - нет

эритроциты - 0-1 в поле зрения

Лейцоциты - 1-2 в поле зрения

Цилиндры - нет

3. Биохимический анализ крови:

Общий белок - 70.0 г/л

Альбумины - 2  048 %

А 41 0-глобулины - 4 %

А 42 0-глобулины - 9 %

Бета-глобулины - 18 %

Гамма-глобулины - 21 %

АЛТ - 0.40 ммоль/л ч

АСТ - 0.33 ммоль/л ч

Общий биллирубин - 14.45 мкмоль/л

Сулемовый титр - 1.9 мл

Тимоловая проба - 4 ед.

Сахар - 5.0 ммоль/л

Холестерин общий - 3.4 ммоль/л

Фибриноген - 4.25 г/л

СРБ (-)

Электролиты:

K 3.6 ммоль/л

Na 147 ммоль/л

Cl 83 ммоль/л

4. Исследование функции внешнего дыхания:

снижение ПСВ на 60%

снижение индекса Тиффно на 50%

5. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки:

при рентгенографии лёгких локальных и дессиминированных поражений не выявлено. Отмечается усиление легочного рисунка, утолщение бронхиальных стенок.

6. Бронхография.

При бронхографии бронхоэктазов не выявлено.

Проведено лечение:

Aerosolum Salbutamoli 2 ингаляции 4 раза в сутки

Tab. Ambroxoli 30 мг 3 раза в день

Tab. Prednisoloni 2 мг 6 раз в день

Herba thermopsidis lanceolata 1 ст.ложка 3 раза в день.

За время лечения отмечена следующая динамика: улучшение состояния больного

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

Основной: хронический обст руктивный бронхит, стадия обострения.

Лечащий врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись)

Зав. отделением: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись)