**ФИО:**

**Возраст:** 76 лет

**Пол:** мужской

**Семейный статус:**

**Образование:** среднее техническое

**Профессия:**

**Место жительства:**

**Дата поступления в стационар:**

**Кем направлен больной:**

**Диагноз при поступлении:**

**Клинический диагноз:**

**Операции:**

**Дата выписки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Жалобы при поступлении:**

При поступлении больной предъявил жалобы на мелькание мушек перед глазами, периодические головокружения, головные боли в затылочной, теменной, лобной, височной областях, давящего характера, периодические, возникающие при волнении, физической нагрузке, купирующиеся самостоятельно в течение нескольких часов. На слабость, потливость, ухудшение памяти, работоспособности. На одышку (затруднён вдох и выдох), кашель с трудноотделяемой прозрачной густой желтоватой мокротой. На резкие загрудинные боли при эмоциональном напряжении, ходьбе, купирующиеся прекращением движения или приёмом нитроглицерина через 2-3 мин.

**Anamnesis vitae:**

Родился в срок в Москве в 1934 году, вскармливался молоком матери, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. Условия жизни и питания на протяжении жизни были удовлетворительны. На данный момент проживает в отдельной квартире в хороших условиях.

**Условия труда:** трудовую деятельность начал после окончания училища, работал крановщиком. Профессиональные вредности: малоподвижная деятельность. В настоящее время на пенсии.

**Образование:** получилсреднее техническое образование

**Наследственность:**

Мать: была относительно здорова, умерла в 93 года.

Отец: пропал без вести на войне.

Дети: относительно здоровы

**Семейный анамнез:**

Женат, есть сын и дочь. На данный момент проживает в отдельной квартире в хороших условиях, **Питание:** регулярное, домашнее, ни в чём себя не ограничивает.

**Перенесенные и сопутствующие заболевания и операции:**

Октябрь 2004 – операция экстракапсулярная экстракция катаракты плюс ЭОЛ. 40 лет назад – перелом лучезапястного сустава, в 1946 году перенес эдартериит левой нижней конечности, перелом ребра.

**Принимает лекарственные препараты:** в периоды обострений принимает Беротек, Спириву, Флуимуцил, Верапамил; вне обострений: Беротек

**Вредные привычки:** курит в течение 52 лет по 20 сигарет/день (индекс курящего

человека: 52 пачка/лет)

Алкоголь: употребляет по 200мл. водки в неделю

**Аллергологический анамнез:**

Не отягощён

**Anamnesis morbi:**

Считает себя больным с 2005 года, когда впервые почувствовал головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, возникающие при волнении и физической нагрузке, купирующиеся самостоятельно. АД не измерял, лекарственных препаратов не принимал. С октября по ноябрь 2004 года находился на стационарном лечении в ГКБ №72 по поводу обострения хронического обструктивного бронхита, где проходил обследование, в результате которого были выявлены ХОБЛ, эмфизема лёгких, ИБС, постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертония IIст., дисциркуляторная энцефалопатия IIст., атеросклероз сосудов головного мозга, ишемия обеих почек; были прописаны: Беротек, Спирива, Флуимуцил, Верапамил в периоды обострений, вне обострений: Беротек

В последнее время отмечал усиление головной боли в затылочной, теменной, лобной и височной областях, давящего характера, учащённое сердцебиение. 7 октября обратился за помощью в ФТК, где был госпитализирован для дальнейшего обследования и лечения.

Заключение по I этапу

Обращает на себя внимание диагноз «энцефалопатия II ст.», поставленный в ГКБ №72 в 2004 году, при которой наблюдаются расстройства памяти, в связи с чем необходимо опросить родственников для уточнения анамнеза и истории заболевания, ставить под сомнение данные анамнеза.

Исходя из этого возможно предположить наличие следующих заболеваний:

* Следует учесть диагнозы, поставленные в ГКБ №72: хронический обструктивный бронхит эмфизема лёгких, ИБС, артериальная гипертония IIст., дисциркуляторная энцефалопатия IIст., атеросклероз сосудов головного мозга, ишемия обеих почек.
* Ревматический порок сердца: больной может не помнить о перенесённой ранее ангине. Это заболевание может объяснить одышку, стенокардитические боли в сердце, дисциркуляторную энцефалопатию, так как при пороках аортального и митрального клапана развивается застой крови в малом круге кровообращения и недостаточность кровообращения в большом.
* Склеротический порок сердца: возможно предположить данный диагноз учитывая возраст пациента, также может объяснить одышку, стенокардитические боли в сердце и дисциркуляторную энцефалопатию.
* Артериосклероз: может вызывать головные боли, ишемию почек, головного мозга, спазм капилляров лёгких вследствие повышения давления.
* Гормонпродуцирующая опухоль (ренин-, альдостеронпродуцирующая опухоль, опухоль щитовидной железы, коры надпочечников) – может вызывать повышение давления, в связи с чем спазм капилляров лёгких (рефлекс Китаева), почек, головного мозга.
* Тиреотоксический зоб также может спровоцировать развитие артериальной гипертонии.
* Кардиореспираторный паранеопластический синдром: при карциноидном синдроме (опухоли, происходящей из энтерохромаффинных клеток) характерно развитие фиброэластоза эндокарда и клапанов сердца. Возможен и бронхоспастический синдром, сопровождающий кардиореспираторный паранеопластический синдром, слабо выраженный из-за применения бронхорасширяющих препаратов.
* ХОБЛ, диагностированная у больного в 2004 году, может вызывать эмфизему лёгких, системную артериальную гипертонию посредством альвеолярной гипоксии, в связи с чем возможно развитие ишемии почек и головного мозга вследствие спазма их сосудов.
* Саркоидоз – в данном случае возможно поражение почек, лёгких и глаз (была произведена экстракция катаракты).
* Алкогольная гипертензия – не следует отвергать этот диагноз по причине длительного хронического употребления алкоголя больным.

**Данные объективного исследования**

**Status praesens:**

Общее состояние больного средней тяжести, сознание ясное, положение активное,

нормостенического телосложения. Рост: 167; Вес: 60; ИМТ: 21,5 – норма; t = 36,7 0С

**Кожные покровы:**

На момент осмотра: кожа бледно-розовой окраски. Окраска видимых слизистых нормальная.

Влажность и эластичность кожных покровов нормальная.

Волосяной покров развит по мужскому типу. Отмечается грибковое поражение ногтевых пластинок пальцев рук и ног.

**Подкожная клетчатка:**

Развита умеренно и равномерно. Подкожно-жировой слой развит равномерно. Толщина

складки на передней брюшной стенке 5 см. Отёков не наблюдается.

**Лимфатическая система:**

Затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые

лимфатические узлы не пальпируются. Болезненности в области пальпации не наблюдается.

При осмотре гиперемии кожных покровов в областях расположения лимфатических узлов не

отмечается.

**Мышечная система:**

Развита умеренно, симметрична, безболезненна при пальпации, нормального тонуса. Местных

гипертрофий и атрофий мышц не выявлено. Наблюдается контрактура сухожилий мизинца и безымянного пальцев левой руки.

**Костная система и суставы:**

Патологических изменений не выявлено.

Ограничены движения в левом лучезапястном суставе в связи с перенесённым переломом.

Суставы по форме не изменены.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

На момент осмотра наблюдался сухой кашель. Голос сиплый, тихий. Болей при разговоре и глотании не возникает. Грудная клетка бочкообразная, надключичные и подключичные ямки сглажены, эпигастральный угол ~ 100°, ребра в боковых отделах имеют умеренно косое направление. Деформации грудной клетки не отмечается.

Грудная клетка симметрична, при дыхании движения грудной клетки синхронны, в акте дыхания участвуют мышцы плечевого пояса. Дыхание смешанного типа с преобладанием брюшного. ЧДД 20 в минуту, одышки не наблюдается. Ритм дыхания правильный.

Окружность грудной клетки:

в покое \_\_\_ см.,

при глубоком вдохе \_\_\_ см.,

при максимальном выдохе \_\_\_ см.

Дыхательная экскурсия грудной клетки: \_\_\_ сантиметров.

При пальпации болезненности не выявлено, эластичность грудной клетки снижена, голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. При сравнительной перкуссии над всем легочным полем слышен коробочный звук. При аускультации над всем легочным полемнаблюдается жёсткое дыхание. Выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всем лёгочным полем. Крепитации, шума трения плевры не определяется. Бронхофония снижена, одинакова с обеих сторон. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается. При топографической перкуссии:

Ширина полей Кренига: справа – 6 см., слева 5,5 см.

Нижняя граница лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | С лева |
| Окологрудинная  | V межреберье | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Срединно-ключичная  | VI | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Передняя подмышечная | VII | VII |
| Средняя подмышечная | VIII | VIII |
| Задняя подмышечная | IX | IX |
| Лопаточная  | X | X |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижнего края лёгкого:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | На вдохе | На выдохе | Суммарная | На вдохе | На выдохе | Суммарная |
| Средне-ключичная линия | 2 см. | 2 см. | 4 см. | ---- | ---- | ---- |
| Средняя подмышечная линия | 2,5 см. | 2,5 см. | 5 см. | 2,5 см. | 2,5 см. | 5 см. |
| Лопаточная линия | 2,5 см. | 2,5 см. | 5 см. | 2,5 см. | 2,5 см. | 5 см. |

СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ

При осмотре сосудов шеи отмечается немного повышенная пульсация сонных артерий. При осмотре области сердца сердечный горб не определяется. При пальпации сердечный толчок отсутствует, верхушечный толчок не пальпируется. Лучевые, сонные, бедренные артерии не извиты, мягкие. Височная артерия мягкая, извитая.

**Границы относительной тупости сердца:**

**Правая** – IV межреберье, на 1 см. кнаружи от правого края грудины

**Левая** – на 2 см. кнаружи отлевой срединно-ключичной линией в V межреберье

**Верхняя** – на уровне III ребра

**Границы абсолютной тупости сердца:**

Не определяются

При аускультации: тоны сердца приглушены, выслушиваются слабо, отмечается акцент 2-го тона над аортой, ЧСС – 70 ударов в минуту, пульс ритмичный, артериальное давление – 170/100.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ

Аппетит не снижен, глотание не нарушено. Миндалины не увеличены, налета не наблюдается. Язык влажный, не обложен. Слизистая оболочка зева розового цвета, отечности не наблюдается.

Живот округлой формы, симметричный, выпячиваний и втяжений не отмечается. Отмечается участие брюшной стенки в акте дыхания, видимой пульсации, наличия подкожных сосудистых анастомозов не выявляется.

При перкуссии живота определяется тимпанит различной степени выраженности, асцита нет. Симптом Менделя отрицателен, флюктуация отсутствует.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, грыжевых выпячиваний не отмечается. Зон кожной гипералгезии не выявлено, симптом Щёткина-Блюмберга отрицателен.

При глубокой пальпации определяется чувствительность в эпигастрии, напряжённости мышц передней брюшной стенки не выявляется. Сигмовидная кишка не пальпируется. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде гладкого умеренно плотного цилиндра диаметром 4 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Восходящая ободочная кишка не пальпируется. Нисходящая ободочная кишка не пальпируется. Поперечная ободочная кишка пальпируется в виде поперечно расположенного, умеренно плотного безболезненного подвижного, неурчащего цилиндра диаметром 3 см. Поджелудочная железа не пальпируется.

Методом перкуссии и стетоакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 4 сантиметра выше пупка. Малая кривизна и привратник не пальпируются.

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы. Печень не увеличена, опущена, пальпируется на 1 см. ниже края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии, край печени мягкий, гладкий, ровный, безболезненный. Симптомы Василенко, Ортнера, Захарьина, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательны.

Границы абсолютной печёночной тупости:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Линии | Верхняя граница | Нижняя граница | Высота печёночной тупости |
| Правая передне-подмышечная | VII ребро | X ребро | 11 см. |
| Правая срединно-ключичная | VI ребро | По краю ребёрной дуги | 10 см. |
| Правая окологрудинная | 5-е межреберье | На 2 см. ниже реберной дуги | 9 см. |
| Передняя срединная | Основание мечевидного отростка | На 3 см. ниже мечевидного отростка | 8 см. |
| Границы левой доли | На уровне левой окологрудинной линии | 5 см. |

Поджелудочная железа не пальпируется, болезненность при пальпации в зонах Шоффара и Гротта не отмечается. Симптом Мэйо-Робсона отрицателен.

Селезёнка не пальпируется, при перкуссии длинник селезёнки 8 см., поперечник 6 см.

СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

Гиперемии и припухлости в области почек не обнаруживается. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага – отрицательные.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Больной правильно ориентирован в окружающем пространстве и времени. Легко идет на контакт, восприятие и внимание не нарушено. Способен сосредотачиваться на одном деле. Память достаточно сохранена. Мышление не нарушено. Настроение хорошее. Обмороков не отмечалось.

В двигательной сфере патологических изменений не выявлено.

**Заключение ко 2 этапу**

Здесь стоит обратить внимание на следующие патологические изменения:

* Грибковое поражение ногтевых пластинок пальцев рук и ног.
* Контрактура сухожилий мизинца и безымянного пальцев левой руки.
* На момент осмотра наблюдался сухой кашель. Голос сиплый, тихий. Грудная клетка бочкообразная, надключичные и подключичные ямки сглажены, дыхание смешанного типа с преобладанием брюшного.
* Бронхофония снижена, одинакова с обеих сторон. Ширина полей Кренига увеличена. При пальпации болезненности не выявлено, эластичность грудной клетки снижена, голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон. При сравнительной перкуссии над всем легочным полем слышен коробочный звук. При аускультации над всем легочным полемнаблюдается жёсткое дыхание. Выслушивается большое количество сухих свистящих хрипов над всем лёгочным полем.
* Тоны сердца при аускультации приглушены, отмечается акцент 2-го тона над аортой, ЧСС – 70 ударов в минуту, пульс ритмичный, артериальное давление – 170/100. При осмотре сосудов шеи отмечается немного повышенная пульсация сонных артерий. Левая граница сердца смещена на 2 см. кнаружи от левой срединно-ключичной линии в V межреберье.

Исходя из этого:

1. Можно усомниться в наличии ревматического порока сердца: отсутствие систолического дрожания над областью сердца, шумов, симптомов Мюссе, Квинке.
2. Следует подтвердить или опровергнуть диагнозы, поставленные в ГКБ №72: эмфизема лёгких, ИБС, артериальная гипертония IIст., дисциркуляторная энцефалопатия IIст., атеросклероз сосудов головного мозга, ишемия обеих почек.
* Эмфизема лёгких: одышка, бочкообразная грудная клетка, коробочный звук при перкусии, ослабление бронхофонии и голосового дрожания.
* Хронический обструктивный бронхит: жёсткое дыхание, свистящие хрипы при аускультации над легочным полем, одышка, кашель с трудноотделяемой вязкой прозрачной мокротой. Есть предрасполагающий фактор риска – курение (индекс курящего человека = 50 пачка/лет)
* ИБС: стенокардия напряжения, II фк.: жалобы на резкие загрудинные боли при эмоциональном напряжении, ходьбе, физических нагрузках, купирующиеся прекращением движения или приёмом нитроглицерина через 2-3 мин. Для доказательства – тредмилтест или нагрузочный тест с добутамином.
* ГБ II ст.: АД = 170/100, что укладывается в критерии II степени. Наблюдаются поражения нескольких органов мишеней (ишемия почек, атеросклероз сосудов ГМ, ИБС) – критерии II стадии; полностью факторы риска будет возможно определить после инструментальных исследований и анализов.
* дисциркуляторная энцефалопатия IIст., атеросклероз сосудов ГМ, ишемия обеих почек: возможно подтверждение диагноза только при инструментальных методах исследования.
1. Наличие акцента 2-го тона над аортой может быть следствием атеросклеротического поражения (стеноза) аортального клапана, повышенного АД или обоих факторов. Не следует исключать возможности атеросклеротического поражения других клапанов.
2. Следует оставить артериосклероз в круге диагностического поиска.
3. Возможно исключить некоторые гормонпродуцирующие опухоли: опухоль щитовидной железы и тиреотоксический зоб, которые обычно провоцирует развитие тремора, экзофтальма, гиперемии, аритмии и других сопутствующих тиреотоксикозу симптомов; феохромоцитому, так как она характеризуется кризовым течением.
4. Другие опухоли (альдостеронома, опухоли энетрохромафинных клеток) необходимо оставить в круге дифференциально-диагностического
5. Вероятно наличие кардиореспираторного паранеопластического синдрома: при карциноидном синдроме (опухоли, происходящей из энтерохромаффинных клеток) характерно развитие фиброэластоза эндокарда и клапанов сердца; в том числе и бронхоспастический синдром, сопровождающий кардиореспираторный паранеопластический синдром, слабо выраженный из-за применения бронхорасширяющих препаратов.
6. ХОБЛ, диагностированная у больного в 2004 году, может вызывать эмфизему лёгких, системную артериальную гипертонию посредством альвеолярной гипоксии, в связи с чем возможно развитие ишемии почек и головного мозга вследствие спазма их сосудов. ХОБЛ наиболее полно объясняет все наличествующие у больного симптомы.
7. Особое внимание следует обратить на возможность наличия у больного саркоидоза из-за:

- Сходности клинической картины ХОБЛ и саркоидоза по таким параметрам, как кашель, волнообразное течение, изменения ФВД, сходность рентгенологической картины. К тому же больному была произведена экстракция катаракты, что может свидетельствовать в пользу наличия саркоидоза.

 - Возможности увеличение лимфоузлов средостения, которые недоступны для пальпации.

1. Алкогольная гипертензия обычно диагностируется у людей, принимающих алкогольные напитки в течение длительного времени и исчезает после прекращения их употребления. Таким образом, можно исключить или подтвердить этот диагноз пассивно в период нахождения больного в стационаре.

Таким образом, дифференциальный диагноз следует проводить между:

* Атеросклеротическое поражение клапанов сердца – не следует исключать по причине пожилого возраста больного
* Артериосклероз – вероятно наличие этого заболевания ввиду выявленных ранее ишемии почек, атеросклероза сосудов ГМ, ИБС
* Опухоли энетрохромафинных клеток, кардиореспираторный паранеопластический синдром – не столь вероятны ввиду отсутствия кахектичности больного (ИМТ в норме), отсутствия резковыраженных общих неспецифических симптомов.
* Альдостеронома, как правило, вызывает учащённый диурез и чувство жажды, что не отмечается в анамнезе пациента, тем не менее следует рассмотреть возможность её наличия у пациента, взять пробы для анализа уровня содержания ренина в крови.
* ХОБЛ – наиболее вероятный в данном случае диагноз, способен вызвать повышение давления, одышку, эмфизему лёгких, есть предрасполагающий фктор риска (курение – индекс курящего человека = 50 пачка/лет)
* Саркоидоз – возможно опровержение диагноза по причине эффективности подобранной больному лекарственной терапии, не включающей ГКС. Тем не менее, следует обратить внимание на рентгенологическую картину лёгких, УЗИ брюшной полсти.
* Также в диагноз следует внести: эмфизема лёгких, ИБС: стенокардия напряжения, II фк., артериальная гипертония IIст., IIст.,
* Атеросклероз сосудов головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия IIст., ишемия обеих почек – требуется доказать.

**Предварительный DS**: Атеросклеротическое поражение (стеноз) аортального клапана; Артериосклероз; ХОБЛ; хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии; эмфизема лёгких, ИБС: стенокардия напряжения, II фк.; артериальная гипертония IIст., IIст., подозрение на альдостероному.

**План обследования:**

1. Рутинные исследования
2. Биохимический анализ с учётом липопротеинового спектра
3. Коагулограмма
4. ЭКГ
5. ЭхоКГ
6. Суточное мониторирование Ад
7. Холтеровское мониторирование
8. УЗИ щитовидной железы, брюшной полости
9. Исследование мокроты
10. ФВД

**РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ**

Клинический анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Значение** |
| Гемоглобин | 160.2 G/L |
| Эритроциты | 5.553 x1012/L |
| Гематокрит | 48.88 % |
| Цветной показатель | 0.84 |
| Средний объем эритроцитов (MCV) | 88.0 fl |
| Содержание гемоглобина в эритроците (МСН) | 28.84 pg |
| Концентрация гемоглобина в эритроците (МСНС) | 32.76 G/dL |
| Лейкоциты | 6.00 x109/L |
| Нейтрофилы | 52.00 % |
| Лимфоциты | 32.06 % |
| Моноциты | 12.2 % |
| Эозинофилы | 2.5 % |
| Бызофилы | 0.7 % |
| СОЭ | 4 mm/H |
| Тромбоциты | 257.0 x109/L |

Ig E

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Результат**  | **Единицы** | **Норма** |
| Ig E | 114.04 | МE/мл | 0-100 |

Ревмопробы

Отриц.

Биохимический анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Результат**  | **Единицы** | **Норма** |
| Натрий | 144.7 | Ммол/Л | 135 |
| Калий | 4.5 | Ммол/Л | 3.5 |
| Общий белок | 67.9 | г/Л | 82 |
| Альбумин | 44.2 | г/дЛ | 48 |
| АЛТ | 8 | Ед/Л | 40 |
| АСТ | 20 | Ед/Л | 40 |
| Глюкоза | 4.2 | Ммоль/Л | 5.9 |
| Креатинин | 0.88 | Мг/дЛ | 1.2 |
| Общий билирубин | 10.21 | Мкмоль/Л | 21 |
| Гамма-ГТ | 20 | Ед/Л | 61 |
| Общий холестерин | 5.19 | Ммоль/Л | 6.47 |

ЛПВП-ХС 1.44 Ммоль/Л 2.3

ЛПНП-ХС 3.5 Ммоль/Л 4.2

ЛПОНП-ХС 0.25 Ммоль/Л 0.114

Щел. Фосфатаза 94 Ед/Л 115

Железо 180 Мкг/дЛ 160

Трансферрин 221 мг/дЛ 440

%насыщ. железом 57.8 % 55

ЛДГ 269 ЕД/Л 480

Анализ мочи

|  |
| --- |
| Количество: 100Цвет: соломенныйРеакция: рН 6.5Удельный вес: 1010Прозрачность: неполнаяБелок: --- Сахар: ---Ацетон: ---Уробилин: в N.Плоские эпителиальные клетки: умеренное количествоЛейкоциты: 1-3 в п. з.Эритроциты: единичные в поле зренияЦилиндры: ---Слизь: немногоСоли: немного |

Иммунологические анализы

Гепатит В, гепатит С, сифилис не выявлены; АТ к ВИЧ не выявлены.

Коагулограмма

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Значение** |
| АЧТВ (Нормализованное отношение) | 1.14  |
| Протромбиновый индекс | 107 % |

Исследование мокроты

Количество 10 мл., консистенция вязкая, характер слизистый, запах обычный, цвет серый

**Микроскопия:**

Лейкоциты: 70-100-150 в п/з, эпителий плоский умер. кол-во, эритроциты 10-50-70 в п/з, эпителий цилиндрич. – немного, макрофаги – много, спирали Куршмана – не найдены, кл. сердечных пороков – не найдены, кр. Шарко-Лейдена – ед. в п/з, атипичные клетки не найдены.

**Бактериоскопия**

Б.К. не найдены, другие микроорганизмы: слишком мелкие, умер. кол-во.

**Инструментальные методы исследования**

**ЭХО-КГ**

Визуализация возможна лишь из эпигастрального доступа.

Полости сердца не расширены. Толщина стенок: МЖП 1,3 (N до 1 см.), ЗС 1,0 (N до 1.1 см.)

Глобальная сократительная функция ЛЖ: определить не удаётся

Нарушение локальной сократимости не выявлено.

Полость правого желудочка 2.3 (норма до 2.6), толщина свободной стенки ПЖ 0.6 (N до 0.5), характер движения стенок не изменён.

Левое предсердие – 55мл., правое – 53 мл.

Межпредсердная перегородка: без особенностей

Нижняя полая вена: коллабирует после глубокого вдоха более чем на 50%

Митральный клапан: уплотнение фиброзного кольца

Митральной регургитации нет

Аортальный клапан: уплотнение створок и фиброзного кольца

Аортальной регургитации нет

Трикуспидальный клапан не изменён, митральной регургитации нет

САД в легочной артерии:\_\_\_\_\_\_\_ мм. Рт.Ст.

Клапан лёгочной артерии – признаки лёгочной гипертензии, регургитации нет

Диаметр ствола лёгочной артенрии – 2.4 см.

Стенки аорты не уплотнены, жидкости в полости перикарда нет.

Заключение: Дегенеративные изменения стенок аорты, створок аортального клапана, фиброзных колец, лёгочная гипертензия, умеренная гипертрофия стенок правого желудочка.

**ФВД**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Воздух** |  |
|  | % к N |  | № к N |
| Частота | 10 |  |  |  |
| Глубина | 350 |  |  |  |
| МОД | 3500 |  |  |  |
| ЖЕЛ | 1760 | 51 | АТРОВЕНТ |
| ОФВ1  | 550 | 21 | 630 | 24 |
| МОС25 |  | 8 |  | 11 |
| МОС50 |  | 4 |  | 8 |
| МОС75 |  | 8 |  | 11 |
| ОФВ1/ФЖЕЛ |  | 40 |  | 42 |

Заключение: ЖЕЛ значительно снижен, выражена бронхообструкция, реакция на атровент сомнительна, резкие вентилляционные нарушения смешанного типа.

**ЭКГ**

Пульс неправильный, синусовый, с частотой 110 уд./мин. PQ = 0,12; QS = 0.08, отмечается невыраженный косой восходящий подъем ST; QT = 0.3; QTc = 0.42;

QT/QTc = 0.71; P = 0.4 мВ (больше нормы), двухфазный Р в V1, V2; отрицательный Р в aVR, aVL; амплитуда QRS не увеличена. Отмечается миграция водителя ритма в пределах предсердий, вставочные желудочковые экстрасистолы. Отклонение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка, гипертрофия правого предсердия, возможна блокада передней ветви левой ножки пучка Гисса.

**Заключение к 3 этапу**

При проведении обследования выявлены следующие изменения:

* Эритроцитоз, повышение Hb, уровня моноцитов, нейтрофилов
* Повышение уровня IgE
* Повышение Na, K, ЛПОНП, железа
* Дегенеративные изменения стенок аорты, створок митрального клапана, фиброзных колец, лёгочная гипертензия, умеренная гипертрофия стенок ПЖ
* Значительное снижение ЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ, бронхообструкция, сомнительная реакция на атровент

Повышение уровня IgE может указывать на присоединение к хроническому бронхиту астматического компонента. Эритроцитоз и повышение Hb являются компенсаторным явлением вследствие дыхательной недостаточности. Увеличение количества моноцитов и нейтрофиллёз подтверждают хронический обструктивный бронхит и ХОБЛ. Снижение ОФВ1 указывает на наличие у больного хронического обструктивного бронхита, снижение ЖЕЛ и ОФВ1/ФЖЕЛ указывают на ХОБЛ.

На основании приведённых данных анализов можно

 - считать ложным подозрение на альдостероному (не снижены уровни Na и К).

 - Подтвердить:

* наличие атеросклеротического поражения митрального клапана.
* ХОБЛ: бронхитический тип, IV стадия, тяжёлое течение, в фазе ремиссии;
* хронический обструктивный бронхит IIIст., ремиссия;
* эмфизему лёгких
* ИБС: стенокардия напряжения, II фк.
* ГБ IIст., (ишемия почек, атеросклероз сосудов ГМ), среднего риска

Клинический диагноз:

 ИБС: стенокардия, II фк.; ГБ IIст. с поражением органов-мишеней (ишемия почек, атеросклероз сосудов ГМ), среднего риска; атеросклероз митрального клапана; ХОБЛ: бронхитический тип, IV стадия, тяжёлое течение, в фазе ремиссии; хронический обструктивный бронхит IIIст., ремиссия; эмфизема лёгких.

Лечение:

* Прекращение курения, приёма алкоголя
* Диета №10

Характерно небольшое снижение энергоценности за счет жиров и отчасти углеводов; значительное ограничение количества поваренной соли, уменьшение потребления жидкостей. Ограничено содержание веществ, возбуждающих сердечно-сосудистую и нервную системы, раздражающих печень и почки, излишне обременяющих желудочно-кишечный тракт, способствующих метеоризму. Увеличено содержание калия, магния, липотропных веществ, продуктов, оказывающих ощелачивающее действие (молочные, овощи, фрукты). Кулинарная обработка с умеренным механическим щажением. Мясо и рыбу отваривают. Исключены трудноперевариваемые блюда. Пищу готовят без соли. Температура обычная. Режим питания: 5 раз в день относительно равномерными порциями.

* Показана кислородотерапия с потоком О2 12 л/мин через носовую канюлю.
* Физиотерапия
* Лекарственные препараты:
* Для лечения хронических обструктивных заболеваний лёгких:
* дозированные аэрозоли, содержащи 20 мкг ипратропиума бромида в одной ингаляционной дозе. Рекомендуемая доза: 1-2 ингаляции 3-4 раза в день – Холинолитики не обладают вазодилатационным действием (не снижается Pa O2) и кардиотоксическим действием (не повышают ЧСС, давление и сократимость)
* комбинированная терапия холинолитиками и В2-агонистами: «беродуал»: ипратропиум бромид 20 мкг + фенотерол 50 мкг – позволяют использовать меньшую дозировку В2-агонистов
* Метилксантены пролонгированного действия – обладают выраженным пронходилатационным действием, применяются при неэффективности комбинированной терапии холинолитиками и В2-адреномиметиками.
* Отхаркивающие средства в небольших количествах – для улучшения отхождения мокроты и мукоцилиарного клиренса.
* Для лечения сердечнососудистых заболеваний (аритмия, ГБ, лёгочная гипертензия):
* Блокатор Са каналов: нифедипин 20-40 мг/сут – обладают сосудо- и бронхорасширяющими, противоаритмическим свойствами, используются для лечения аритмий, лёгочной гипертензии
* Ингибитор АПФ: ренитек внутрь 2,5 -5 мг в сутки в 1 или 2 приема – уменьшают задержку Na и воды в организме (у больного повышен уровень Na), снижают АД, ОЦК.