Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и терапии.

**История болезни**

Дата начала курации:

Дата окончания кураци:

Куратор:

Студентка 413-ой группы

Педиатрического факультета

Щербак Анастасия Сергеевна

г. Красноярск, 2018 год.

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Дата рождения: 13.09.1943 г.

Возраст, пол: 74 года, муж

Социальный статус: пенсионер

Непереносимость лекарственных препаратов: отрицает

Дата поступления: 20.06.2018 г.

Госпитализирован в плановом порядке, самостоятельно

Диагноз при направлении: ХОБЛ, II ст., средней степени тяжести, смешанный тип, ст. обострения, ДН I ст.

Диагноз при поступлении: ХОБЛ, II ст., средней степени тяжести, смешанный тип, ст. обострения, ДН I ст.

Сопутствующий диагноз: ИБС, Гипертоническая болезнь III ст. риск 4, СН II А ст.

Аденома простаты I cт. Хронический простатит в стадии ремиссии.

Хронический гастрит, вне обострения.

**ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

На кашель, в течение дня, с трудным отделение вязкой слизисто-гнойной мокроты, до 30 мл в сутки; на одышку смешанного характера с преобладанием экспираторного, при незначительной физ. нагрузке, чувство нехватки воздуха; слабость, потливость; частые повышения АД более 180/90 мм.рт.ст.; на ноющие, колющие боли в области сердца при ходьбе с положительным эффектом от приема валидола; боли в поясничном отделе позвоночника при изменении положения тела; головные боли, головокружение, шум в голове; боли в икроножных мышцах при ходьбе, приступы похолодания и побледнения.

**ANAMNESIS MORBI**

ХОБЛ диагностируется более 20 лет с сезонными проявлениями ДН. Последние годы появилась и прогрессирует экспираторная одышка при движении, в связи с чем снижается толерантность к физической нагрузке. Стационарно не лечился. Базисную терапию не принимает. Ухудшение состояния в течение 3 недель, после переохлаждения, жалуется на нарастание одышки, слабости, ограничение физической активности, усиление кашля и продукции вязкой гнойной мокроты, нарушение ночного сна. Температуру тела не измерял. Принимал отхаркивающие препараты. Амбулаторное лечение без эффекта. Госпитализирован в плановом порядке для лечения обострения ХОБЛ.

Последнее время участились подъемы АД до 180/90 мм.рт.ст. принимает лористу и дезагреганты, нерегулярно. Адаптирован к АД 130/80 мм.рт.ст.

**ANAMNESIS VITAE**

Родился 13.09.1943г. доношенным ребенком, в полной семье, вскармливался грудью. Когда начал ходить, говорить не помнит. Рос и развивался соответственно возрасту.

Материально-бытовые условия в детстве и на данный момент удовлетворительные.

Питание удовлетворительное, ведет активный образ жизни, много времени проводит на свежем воздухе. Физкультурой и споротом не занимается.

Перенесенные ранее заболевания: ИБС, Гипертоническая болезнь III ст. риск 4, СН II А ст.

Аденома простаты I cт. Хронический простатит в стадии ремиссии.

Хронический гастрит, вне обострения.

Оперативные вмешательства отрицает.

Частота простудных заболеваний 2-3 раза в год.

Эпиданамнез: Контакты с инфекционными больными, tbc, ВИЧ, вен.заболевания, переливания крови отрицает.

Вредные привычки: отрицает. В прошлом курильщик, не курит 30 лет.

Аллергический анамнез: не отягощен.

Наследственный анамнез: не отягощен.

**STATUS PRAESENS**

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, Больной нормостенического телосложения, удовлетворительного питания.

Голова правильной формы, выражение лица обычное.

Нарушений осанки и походки не отмечается. Температура тела 36,7. Spo2 92%.

Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные, акроцианоз. Тугор кожи сохранен, отеков нет.

Видимые оболочки слизистые розового цвета, язык влажный, чистый, миндалины не увеличены.

Подкожный жировой слой развит хорошо.

Лимфатические узлы не увеличены, пальпация их безболезненна.

Мышечная система и костная система без видимой патологии, мышечный тонус умеренный, болезненность мышц при пальпации не наблюдается.

Суставы обычной конфигурации, гиперемии над ними, местного повышения температуры не отмечается. Движения активное и пассивное в полном объеме, хруста и флюктуации нет.

Глазные щели равномерные, подвижность глазных яблок не нарушена, двоения нет, анизокория отсутствует, реакция зрачков на свет прямая, живая, содружественная.

Обоняние и слух не нарушены.

 *Органы дыхания.*

При осмотредыхание через нос не затруднено. Тип дыхания - брюшной. Дыхание ритмичное, ЧДД - 22 в минуту. Форма грудной клетки правильная, грудная клетка симметричная, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Голос нормальный.

При пальпации грудная клетка безболезненна, умеренно резистентна. Голосовое дрожание справа и слева не измененно.

При перкуссии над всеми легочными полями ясный легочный перкуторный звук. Границы лёгких в пределах нормы.

При аускультации дыхание жесткое с удлиненным выдохом с обеих сторон. Хрипы сухие свистящие с обеих сторон, усиливающиеся при форсированном выдохе. Бронхофония не изменена.

*Органы кровообращения.*

При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпацииСердечный толчок не определяется, верхушечный толчок расположен в V межреберье слева по срединно-ключичной линии, положительный.

При перкуссии границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Конфигурация сердца – нормальная. Границы абсолютной тупости сердца в пределах нормы.

При аускультации тоны в пяти точках сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет. Ритм сердца правильный. ЧСС 66 ударов в минуту.

При исследовании артерий видимой пульсации артерий нет.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевой артериях, ритмичный, с частотой – 66 в минуту, хорошего наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы.

АД 140/80 мм.рт.ст.

Набухания и видимой пульсации шейных вен нет.

 *Органы пищеварения.*

При осмотре полости рта слизистая розовая, влажная, высыпаний нет. Язык розовый, влажный, чистый. Слизистая мягкого, твердого неба, зева розовой окраски. Глотка розового цвета, влажная, гладкая. Миндалины средних размеров, припухлости и налета нет.

Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

При глубокой пальпацииСигмовидная кишка пальпируется на протяжении 15 см, цилиндрической формы, диаметром 2,5 см, плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 4-5 см, безболезненная, урчащая.

Слепая кишка пальпируется на протяжении 10 см, цилиндрической формы, диаметром 3 см, плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 3-4 см, безболезненная, урчащая.

Остальные отделы толстой кишки (восходящая и нисходящая часть, поперечная ободочная), терминальный отрезок подвздошной кишки, червеобразный отросток, большая кривизна желудка не пальпируются.

Нижняя граница желудка определяется на 1 см выше пупка.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

При аускультации кишечника выслушивается урчание, шума трения брюшины нет.

При пальпации нижний край печени не выступает из-под реберной дуги, гладкий, безболезненный, мягкой консистенции.

Желчный пузырь не пальпируется.

Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см.

Селезенка не пальпируется.

Стулрегулярный, самостоятельный, оформленный, цвет и запах обычный, без примесей.

*Органы мочевыделения.*

При осмотре поясничной области наличие припухлости, сглаживание контуров, выбухания и гиперемии не выявлено. Дизурических расстройств нет. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная.

Почки не пальпируются. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.

*Эндокринная система.*

Нарушений роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела нет.

Щитовидная железа не увеличена.

**ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛЬНОМ**

Учитывая жалобы, анамнез и данные объективного осмотра у больного имеется признаки бронхообструктивного и бронхолитического синдром, ДН,СН, гипертензионным синдромом.

Диагноз: ХОБЛ, II ст., средней степени тяжести, смешанный тип, ст. обострения, ДН I ст.

Сопутствующий диагноз: ИБС, Гипертоническая болезнь III ст. риск 4, СН II А ст.

Аденома простаты I cт. Хронический простатит в стадии ремиссии.

Хронический гастрит, вне обострения.

**План обследования**

1. Группа крови и резус фактор
2. Биохимический анализ крови
3. ОАМ
4. Общий анализ мокроты
5. Клинический анализ крови
6. Рентген грудной клетки
7. СПГ
8. ЭКГ
9. ЭхоКГ
10. УЗИ органов брюшной полости, почек

**План лечения**

1. ОВД
2. Режим общий
3. Муколитики
4. Бронхолитики
5. Антибактериальная терапия
6. АРА
7. Диуретики
8. Дезагреганты
9. Препараты К
10. Физиопроцедуры

**Результаты обследования**

1. Группа крови О(l), резус-принадлежность положительная.
2. Б/х анализ крови

Глюкоза 4,9 ммоль/л

Общий белок 69,00 г/л

Мочевина 3,50 ммоль/л

Креатинин 89

 Билирубин общий **22,3** мкмоль/л

Билирубин прямой **5,1** мкмоль/л

Билирубин непрямой 17,2 мкмоль/л

АЛТ 5,00 е/л

АСТ 11,20 е/л

Холестерин 4,6 ммоль/л

Калий 4,3 ммоль/л

Натрий 145 ммоль/л

Кальций ионизированный 1,24 ммоль/л

Кальций общий 2,48 ммоль/л

АЧТВ 39 сек

Фибриноген 217,56 мг%

Протромбиновый индекс 91%

**Заключение:** повышен общий и прямой билирубин. Все остальные показатели в пределах нормы.

1. ОАМ от 21.06.18 г.

Количество 78 мл

Цвет светло-желтый

Прозрачность прозрачная

Плотность 1019

Реакция 5.0

Билирубин отр.

Глюкоза отр.

Уробилиноген отр.

Кетоновые тела отр.

Лейкоциты ед. в п/з

Эпителий плоский 2-3 ед в п/з

Слизь ++

**Заключение:** все показатели в пределах нормы.

1. Общий аназиз мокроты от 21.06.18 г.

Цвет серый

Характер слизистая

Консистенция полужидкая

Запах не имеет

Примеси не обнаружены

Эпителий плоский в небольшом количестве

Эпителий цилиндрический не обнаружено

 Альвеолярные макрофаги 0 в п/з

Лейкоциты 2-4-6 в п/з

Эритроциты отр.

Грибы дрожжевые 1+ мицелий 1+

Гр(+) кокки +++ гр(+) палочки +++

Эозинофилы, спирали Куршмана, атип. клетки, кристаллы Шарко-Лейдена отр.

**Заключение:**  все показатели в пределах нормы.

1. КАК от 21.06.18 г.

Эритроциты(\*10^12/л) 4,73

Гемоглобин(г/л) 153

Гематокрит(%) 45?0

Сред содер гемоглобина в одном Эр(пг) 32,4

Средний объем эритроцита (кубич. микрометров 95,2

Тромбоциты (\*10 3 /л) 150

Лейкоциты (\*10 9 /л) 5,8

Палочкоядерные (% от числа лейк. [\*109 / л]) 2,0

Сегментоядерные (% от числа лейк. [\*109 / л]) 57,0

эозинофилы (% от числа лейк. [\*109 / л]) 4,0

базофилы(% от числа лейк. [\*109 / л]) 0,3

лимфоциты (% от числа лейк. [\*109 / л]) 33,0

моноциты (% от числа лейк. [\*109 / л]) 6,0

СОЭ (мм/час) 2

**Заключение:** все показатели в пределах нормы.

1. Rg грудной клетки

 **Заключение:** Фиброз справа в S4,5. Пневмосклероз. Аортосклероз.

1. СПГ от 21.06.18 г.

ЖЕЛ 106

ФЖЕЛ 90

ОФВ1 72

ИНДЕКС ТИФФНО 52

**Заключение:** нарушение проходимости дыхательных путей: лёгкие; с нормальной ЖЕЛ.

1. ЭКГ от 21.06.18 г.

**Заключение:** ритм синусовая брадикардия с ЧСС 57 уд. В мин. Признаки увеличения левого предсердия.

1. ЭхоКГ от 21.06.18 г.

 **Заключение:** умеренный склероз аорты с кальцинозом кольца АоК1 ст. умеренно расширена полость ЛП. Начальная гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ. Диастолическая функция ЛЖ нарушена по 1 типу. Кальциноз кольца МК 1 ст. митральная недостаточность 1 ст. сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительна. ФВ – 64% по Симпсону. Участков гипокинезии не определяется. Недостаточность ТК 1 ст. СДЛА 20 мм.рт.ст.

1. УЗИ органов брюшной полости и почек от 22.06.18 г.

 **Заключение:** Кальцинаты в печени 9до 0,5 см). Гепатомегалия. Диффузные изменения в печени. Утолщение стенок желочного пузыря. Выраженные диффузные изменения в поджелудочной железе. Кисты почечного синуса с обеих сторон до 1,9 см. Низкое расположение обеих почек.

**Назначения**

* Калия хлорид+натрия хлорид х 1 раз в день, в/в капельно ежедневно 10 дней

( калия хлорид (40 мг/мл) 20 мл; натрия хлорид (0,9%) 200 мл)

* Цефтриаксон+натрия хлорид х 1 раз в день, в/в струйно ежедневно 10 дней

( цефтриаксон порошок 2 г.; натрия хлорид(0,9%) 20 мл)

* Амброксол 30 мг по 1 таб. х 2 раза в день, внутрь после еды ежедневно до отмены.
* Омепразол 20 мг по 1 капс. х 1 раз в день(20:00), внутрь после еды ежедневно до отмены
* Гипотиазид 25 мг по ½ таб. х 1 раз в день(08:00), внутрь до еды ежедневно до отмены
* Лозартан 50 мг по 1 таб. х 1 раз в день, внутрь после еды ежедневно до отмены
* Беродуал (0,25 мг+0,5мг/мл раствор 20 мл по 1 мл х 3 раза в день ингаляции с помощью компрессионного небулайзера ежедневно до отмены

**Дневники наблюдений**

02.07.18 г.

Жалобы на кашель с отделением вязкой мокроты в небольшом количестве, одышку при ходьбе, головокруждение.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, влажные, лёгкий акроцианоз.

ЧДД 22 в минуту, аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы с обеих сторон. Spo2 93%.

ЧСС 76 уд в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. тоны сердца приглушены, ритмичные.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, газы отходят, печень при пальпации не увеличена.

Стул и мочеиспускание не нарушены.

03.07.18 г.

Жалобы на малопродуктивный кашель с отделением светлой мокроты в небольшом количестве, уменьшение отдышки.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, влажные, лёгкий акроцианоз.

ЧДД 20 в минуту, аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы с обеих сторон. Spo2 93%.

ЧСС 72 уд в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. тоны сердца приглушены, ритмичные.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, газы отходят, печень при пальпации не увеличена.

Физиологические отправления в норме.

04.07.18 г.

Улучшение самочувствия, уменьшение кашля, исчезновение в покое одышки.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура тела 36,8. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, влажные, чистые.

ЧДД 20 в минуту, аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы с обеих сторон. Spo2 93%.

ЧСС 68 уд в мин., АД 140/80 мм.рт.ст. тоны сердца приглушены, ритмичные.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, газы отходят, печень при пальпации не увеличена.

Стул и мочеиспускание не нарушены.

05.06.18 г.

Улучшение самочувствия, нормализация сна, значительное уменьшение кашля, исчезновение одышки.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, влажные, чистые. Температура тела 36,6.

ЧДД 19 в минуту, аускультативно дыхание жесткое, сухие хрипы с обеих сторон. Spo2 94%.

ЧСС 72 уд в мин., АД 130/80 мм.рт.ст. тоны сердца приглушены, ритмичные.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, газы отходят, печень при пальпации не увеличена.

Стул и диурез в норме.

**Выписной эпикриз**

Больной находился на лечении в КГБУ ККГВВ.

Поступил с клиникой бронхообструктивного, бронхитического синдрома, ДН, СН, гипертензионным синдромом. При поступлении диагноз подтвержден физикальными данными( наличие сухих хрипов в лёгких, вариабильность юронхиальной обструкции в течение суток, признаки ДН, СН).

Обследован: Лабораторные показатели без существенных отклонений.

Rg грудной клетки: Фиброз справа в S4,5. Пневмосклероз. Аортосклероз.

Спирография: нарушение проходимости дыхательных путей: лёгкие; с нормальной ЖЕЛ.

ЭКГ: ритм синусовая брадикардия с ЧСС 57 уд. В мин. Признаки увеличения левого предсердия.

ЭхоКГ: умеренный склероз аорты с кальцинозом кольца АоК1 ст. умеренно расширена полость ЛП. Начальная гипертрофия МЖП и ЗСЛЖ. Диастолическая функция ЛЖ нарушена по 1 типу. Кальциноз кольца МК 1 ст. митральная недостаточность 1 ст. сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительна. ФВ – 64% по Симпсону. Участков гипокинезии не определяется. Недостаточность ТК 1 ст. СДЛА 20 мм.рт.ст.

УЗИ ОБП и почек: Кальцинаты в печени 9до 0,5 см). Гепатомегалия. Диффузные изменения в печени. Утолщение стенок желочного пузыря. Выраженные диффузные изменения в поджелудочной железе. Кисты почечного синуса с обеих сторон до 1,9 см. Низкое расположение обеих почек.

Проводилось лечение антибиотиками(цс3), бронхолитиками, муколитиками, АРА, диуретиками, дезагрегантами, препаратами К, физиопроцедуры.

На фоне проводимой терапии наступило улучшение состояния, купирование одышки в покое и при ходьбе, уменьшение кашля. Больной выписывается домой в удовлетворительном состоянии.

Рекомендации:

* Наблюдение участкового врача по месту жительства
* При ухудшении состояния, увеличении одышки: амброксол по 1 таб. 3 раза в день, ингаляции беродуалом.
* Прием деагрегантов
* Контроль АД
* Избегать переохлождения
* Профилактика ОРЗ
* Дыхательная гимнастика
* Нормализация питания и рациональный выбор питания
* Санитарно - курортное лечение