Паспортная часть.

ФИО:

Возраст:

Место жительства:

Профессия: инвалид II группы

Дата поступления: 6.05.2007

Дата курации:

Жалобы.

При поступлении жалобы на: приступы удушья до двух раз в день, 1-2 раза в неделю ночью, купирующиеся приемом B-адреномиметиков; кашель после приступа удушья с выделением слизистой мокроты.

Anamnesis morbi.

Болен с 2006 года, когда впервые внезапно возник приступ удушья в троллейбусе: нехватка воздуха на вдохе. Вышел из троллейбуса, приступ самостоятельно купировался через 15 минут. До ноября 2006 года отмечает эпизоды инспираторной одышки 1-2 раза в месяц с последующим приступом кашля с выделением слизистой мокроты. За врачебной помощью не обращался, лечился самостоятельно «от бронхита» антибиотиками (какими не помнит) безрезультатно.

В ноябре 2006 года находился в санатории, где после простуды приступы удушья участились, стали возникать и в ночное время. Был установлен диагноз: бронхиальная астма. Лечился дома под контролем жены (она - терапевт) атровентом, оксисом, альдецином с положительным эффектом.

С марта 2007 года отмечает учащение приступов до 3 раз в сутки.

Поступил в пульмонологическое отделение рязанской областной больницы для обследования и лечения.

Anamnesis vitae.

Родился в Рязани в 1937 году. Рос и развивался нормально. Образование высшее. Служил в Советской армии.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире, бытовые условия удовлетворительные.

Питание: удовлетворительное.

Трудовой анамнез: инженер. Профессиональных вредностей не отмечает.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не употребляет.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, корь,

Аллергический анамнез: без особенностей.

Наследственность: у отца – бронхиальная астма, у сестры - хронический бронхит.

Status praesens.

Состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Телосложение по нормостеническому типу, пропорциональное. Тип оволосения соответствует полу и возрасту.

Кожные покровы: гиперемированы, высыпания отсутствуют. Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки розового цвета. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Толщина подкожно-жировой складки в области пупка 2 см.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, над и подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, подколенные – не увеличены, безболезненны, обычной плотности, подвижны.

Зев чистый, миндалины не увеличены, их слизистая розовая.

Мышцы развиты умеренно, тонус и сила мышц сохранены, одинаковы с обеих сторон. Кости не деформированы. Суставы правильной формы, движения в полном объеме, безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены. Позвоночник имеет физиологические изгибы.

Исследование сердечно - сосудистой системы

Жалобы на: сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца.

Осмотр области сердца.

Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Сердечный толчок не пальпируется. При пальпации пульсация на периферических артериях сохранена и одинакова с обеих сторон. При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, синхронный, ритмичный, частотой 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряженный, форма и величина пульса не изменены.

Границы относительной сердечной тупости.

Правая граница определяется в 4-ом межреберье - на 2 см. кнаружи от правого края грудины; в 3-ем межреберье на 1,5 см. кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница определяется между linea sternalis и linea parasternalis sinistra на уровне 3-го ребра.

Левая граница определяется в 5-ом межреберье на 1.5 см. кнаружи от linea medioclavicularis sinistra; в 4-ом межреберье на 1.5 см. кнаружи от linea medioclavicularis; в 3-ем межреберье на 2 см. кнаружи от линии parasternalis sinistra.

Границы абсолютной сердечной тупости.

Правая граница определяется в 4-ом межреберье на 1 см. кнаружи от левого края грудины.

Верхняя граница определяется на 3-ом ребре, между linea sternalis и parasternalis.

Левая граница определяется на 0.5 см. кнутри от левой границы относительной сердечной тупости.

Сосудистый пучок располагается - в 1 и 2-ом межреберье, не выходит за края грудины.

При аускультации тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент второго тона во 2 межреберье справа. Артериальное давление 130/80.

Система органов дыхания.

Одышка инспираторная в момент приступа.

Удушье возникает без сезонной связи, независимо от времени суток, купируется принятием В-адреномиметиков.

Продуктивный кашель после приступа удушья с отделением незначительного количества слизистой мокроты.

Осмотр: форма носа не изменена, дыхание через нос не затруднено. Гортань не деформирована.

При дыхании вспомогательная мускулатура не используется.

Грудная клетка нормостеническая.

Тип дыхания смешанный, дыхательные движения симметричные, дыхание ритмичное, поверхностное, ЧДД – 18. При пальпации грудная клетка безболезненная. Голосовое дрожание нормальное.

При перкуссии отмечается ясный легочный звук над всей поверхностью легких.

Границы легких:

Верхняя

высота стояния спер.

высота стояния сзади

справа

3см

VII шейный

слева

3см

VIIшейный

шир. полей Кренига

8см

8 см

Нижняя

по окологрудинной 6 ребро не определ.

по среднеключичной 7 ребро не определ.

по переднеподмышечной 8 ребро 8 ребро

по среднеподмышечной 9 ребро 9 ребро

по заднеподмышечной 10 ребро 10 ребро

по лопаточной 10 ребро 10 ребро

по околопозвоночной 11 ребро 11 ребро

Дыхательная экскурсия нижнего края легкого

по среднеподмышечной 4 см 4 см

При аускультации: дыхание жесткое везикулярное, в нижних отделах легких на выдохе выслушиваются влажные хрипы, исчезающие после кашля.

Пищеварительная система.

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета. Десны розовые, обычной влажности.. Осмотр языка: язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки сохранены.

Живот округлой формы, симметричный. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Нижний край печени не выступает из под правого подреберья. При перкуссии размеры печени по Курлову 9-8-7 см

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка не пальпируется. Перкуторно верхний полюс по linea axillaris media на уровне 9 ребра, нижний полюс по linea axillaris media на уровне 11 ребра.

Мочевыделительная система.

Мочеиспускание безболезненно, диурез в норме.

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна. Мочевой пузырь не пальпируется, пальпация в области его проекции безболезненная.

Нервно-психический статус.

Сознание ясное, сон нормальный, психическое состояние без особенностей. Зрачковые и сухожильные рефлексы сохранены, одинаковы с обеих сторон. Кожная чувствительность сохранена. Патологические рефлексы отсутствуют. Тремор конечностей отсутствует. Слух в пределах нормы. Видимого увеличения щитовидной железы нет. При пальпации определяется её перешеек в виде мягкого, подвижного, безболезненного валика. Дермографизм розовый, быстро проявляющийся

Предварительный диагноз

На основании жалоб:

приступы удушья до двух раз в день, 1-2 раза в неделю ночью, купирующиеся приемом B-адреномиметиков; кашель после приступа удушья с выделением слизистой мокроты.

на основании истории настоящего заболевания:

Болен с 2006 года, когда впервые внезапно возник приступ удушья в троллейбусе: нехватка воздуха на вдохе. Вышел из троллейбуса, приступ самостоятельно купировался через 15 минут. До ноября 2006 года отмечает эпизоды инспираторной одышки 1-2 раза в месяц с последующим приступом кашля с выделением слизистой мокроты. За врачебной помощью не обращался, лечился самостоятельно «от бронхита» антибиотиками (какими не помнит) безрезультатно.

В ноябре 2006 года находился в санатории, где после простуды приступы удушья участились, стали возникать и в ночное время. Был установлен диагноз: бронхиальная астма. Лечился дома под контролем жены (она - терапевт) атровентом, оксисом, альдецином с положительным эффектом.

С марта 2007 года отмечает учащение приступов до 3 раз в сутки.

на основании истории жизни

отягощенная наследственность – у отца – бронхиальная астма

на основании данных объективного исследования:

инспираторная одышка в момент приступа. При аускультации: дыхание жесткое везикулярное, в нижних отделах легких на выдохе выслушиваются влажные хрипы, исчезающие после кашля.

Можно поставить

Основной диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, тяжелое течение.

План обследования:

Спирометрия и пикфлуометрия c пробой с В2-агонистами.

Рентгенограмма грудной клетки в прямой и боковой проекциях.

Анализ мокроты общий АК+ВК+эозинофилы

ЭКГ

Биохимический анализ крови (билирубин (общий, прямой непрямой), АСТ, АЛТ, креатинин, остаточный азот. СРБ, общий белок + фракции, щелочная фосфатаза)

Общий анализ крови

Глюкоза крови

Общий анализ мочи

Исследование крови на RW

Кал на яйца глист.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования, а также консультаций специалистов.

7.05.2007 Электрокардиография.

Заключение: Синусовый ритм. Вертикальное положение электрической оси сердца. ЧСС 80 уд в 1 мин.

11.05.2007 Анализ крови на RW.

Заключение: Реакция Вассермана отрицательная.

7.05.2007 Общий анализ крови:

Эритроциты: 4.7\* 1012/л

Гемоглобин: 148 г/л

Цветовой показатель: 0,94

Лейкоциты: 5,3\*109 /л

П/я: 2%

С/я 62 %

Лимфоциты: 35%

Моноциты 1 %

СОЭ: 2 мм/час

10.05.2007 Анализ мокроты

Эпителиальные клетки 2- 3 в п/з.

Лейкоциты 10-15 в п/з.

7.05.2007 Анализ мочи

Удельный вес: 1018

Реакция: кислая

Прозрачность: прозрачная

Цвет: соломенно-желтый

Белок: 0

Эпителий: единичные в поле зрения

Лейкоциты: единичные в поле зрения

7.05.2007

Глюкоза крови: 6,8 ммоль/л

Клинический диагноз и его обоснование.

На основании предварительного диагноза:

Основной диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, тяжелое течение.

А так же данных дополнительных методов исследования:

10.05.2007 Анализ мокроты

Эпителиальные клетки 2- 3 в п/з.

Лейкоциты 10-15 в п/з.

Можно поставить окончательный клинический диагноз:

Основной диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, тяжелое течение.

Лечение больного.

Rp: Tab. Prednizoloni 0,005 № 30

D.S. Принимать 3 таблетки утром,

2 таблетки в обед, с постепенным

снижением дозы до минимальной

поддерживающей.

#

Rp.: Sol. "Berotec” 0,1 % - 20 ml

D.S. Вдыхать через небулайзер по

10 капель 3 раза в сутки

#

Rp: Sol. Lasolvani 100 ml

D.S. Вдыхать через небулайзер по 3 мл

3 раза в сутки

Прогноз заболевания.

Прогноз на выздоровление - неблагоприятный

Прогноз на жизнь – благоприятный

Эпикриз

ФИО (70 лет) находится в пульмонологическом отделении на лечении с 6.05.2007. Поступил с жалобами на приступы удушья до двух раз в день, 1-2 раза в неделю ночью, купирующиеся приемом B-адреномиметиков; кашель после приступа удушья с выделением слизистой мокроты.

Диагноз: Бронхиальная астма, смешанная форма, тяжелое течение.

За время настоящей госпитализации произведены исследования и взяты анализы:

7.05.2007 Электрокардиография.

Заключение: Синусовый ритм. Вертикальное положение электрической оси сердца. ЧСС 80 уд в 1 мин.

11.05.2007 Анализ крови на RW.

Заключение: Реакция Вассермана отрицательная.

7.05.2007 Общий анализ крови:

Эритроциты: 4.7\* 1012/л

Гемоглобин: 148 г/л

Цветовой показатель: 0,94

Лейкоциты: 5,3\*109 /л

П/я: 2%

С/я 62 %

Лимфоциты: 35%

Моноциты 1 %

СОЭ: 2 мм/час

10.05.2007 Анализ мокроты

Эпителиальные клетки 2- 3 в п/з.

Лейкоциты 10-15 в п/з.

7.05.2007 Анализ мочи

Удельный вес: 1018

Реакция: кислая

Прозрачность: прозрачная

Цвет: соломенно-желтый

Белок: 0

Эпителий: единичные в поле зрения

Лейкоциты: единичные в поле зрения

7.05.2007

Глюкоза крови: 6,8 ммоль/л

Назначено лечение:

Rp: Tab. Prednizoloni 0,005 № 30

D.S. Принимать 3 таблетки утром,

2 таблетки в обед, с постепенным

снижением дозы до минимальной

поддерживающей.

#

Rp.: Sol. "Berotec” 0,1 % - 20 ml

D.S. Вдыхать через небулайзер по

10 капель 3 раза в сутки

#

Rp: Sol. Lasolvani 100 ml

D.S. Вдыхать через небулайзер по 3 мл

3 раза в сутки

На фоне проводимого лечения состояние больного улучшилось – частота приступов уменьшилась, хрипы уменьшились.

Планируется продолжение назначенного лечения.

Дневники.

8.05.2007 Жалоб нет. Состояние удовлетворительное AD = 120/80 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные.Ритм правильный. Пульс - 76/мин. ЧДД = 18/мин. При перкуссии над легкими определяется ясный легочный звук. Дыхание жесткое везикулярное. Влажные хрипы в нижних отделах легких.

Живот округлой формы, симметричный. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

10.05.2007 Жалоб нет. Состояние удовлетворительное AD = 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца ясные. Ритм правильный. Пульс - 80/мин. ЧДД = 16/мин. При перкуссии над легкими определяется ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Живот округлой формы, симметричный. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

14.05.2007 Жалоб нет. Состояние удовлетворительное AD = 120/80 мм. рт. ст. оны сердца ясные. Ритм правильный. Пульс - 78/мин. ЧДД = 18/мин. При перкуссии над легкими определяется ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот округлой формы, симметричный. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.