

ЭССЕ

* **На тему:** «Курация больного с ХОБЛ с оформлением амбулаторной карты»

* **Выполнила:** Сулейменова Э.Ш . 5053 группа ОМФ

* **Проверила:** Жанат Бедалиевна

*

Караганда 2014

- * **Больной:** Ахмет Толеубек Нурманулы
- * **Возраст:** 35 лет (1979)
- * **Место жительства:** г. Караганда, ул.Гоголя 50-52
- * **Место работы:** Arcelor Mitall - переводчик
- * **Семейное положение:** женат.
- * **Дата поступления в больницу:** 2 октября 2014.
- * **Поступил с жалобами:**

На момент курации больной жалуется на кашель в течение всего дня, реже наблюдается ночью, с небольшим количеством слизистой мокроты, чаще по утрам. Во время кашля и после окончания возникает одышка.

* ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

* Считает себя больным с детства, так как болел часто простудными заболеваниями. С 1997 года, когда на фоне ОРВИ, появился кашель в течение всего дня с отхождением слизисто - гнойной мокротой, чаще по утрам, прогрессирующая одышка. Больной обратился в поликлинику по месту жительства, где его госпитализировали в ЦРБ. Больному начали проводить антибактериальную терапию гентамицином, после чего почувствовал себя хуже, начался приступ удушья. Приступ купировали, (больной не может назвать лекарственные средства). Когда состояние больного стабилизировалось, его выписали с диагнозом бронхиальная астма. С 1997 года принимает дитек, беротек, сальбутамол. Ухудшения состояния почувствовал с 2007 года, когда усилилась одышка и кашель, снизилась толерантность к физической нагрузке. Проходил стационарное лечение по месту жительства. Несмотря на проводимое лечение самочувствие больного не улучшалось, кашель с отхождением слизисто - гнойной мокротой, усиливалась одышка, учитывая отсутствие эффекта от проводимой терапии больного госпитализировали ОМЦ для дальнейшего лечения и обследования. При поступлении больной жаловался на одышку при незначительной физической нагрузке, кашель периодический с мокротой жёлто-зелёного цвета. Приступы одышки возникают чаще в ночное время, но так же и утром. Приступ купируется сальбутамолом. Так же больной жаловался на головные боли, головокружения, потливость, повышения температуры до 37,5 град.

* ИСТОРИЯ ЖИЗНИ

- * Рос и развивался соответственно возрасту и полу. 1979 года рождения. Родился третьим ребенком по счету. На момент рождения мать и отец здоровы. Имеет высшее образование. Служил в армии 2 года.
- * Женат, имеет 2 детей. Работать начал с 20 лет, шофером в автомобильном транспортном предприятии. Работал в ночные смены, прибывал на сквозняке.
- * Жилищные условия - хорошие. Заболевания перенесённые в детстве: Корь, частые простудные заболевания. О проводимых профилактических прививках не помнит.
- * Вредных привычек - нет.
- * Наследственный анамнез - сестра болеет бронхиальной астмой.

* Питание нормальное, регулярное. Болезнь Боткина, туберкулёз, желтуху, венерические заболевания отрицает. Наличие аллергических реакций на лекарственные препараты - гентамицин, ампицилин, проявляется в виде бронхоспазма. Приступы одышки возникают при выходе на холодный воздух, на мороз, на лаки и краски.

* Настоящее состояние (status praesens) Общий осмотр.

* 1). Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C

* 2). Положение больного в постели - активное.

* 3). Сознание ясное.

* 4). Выражение лица - спокойное.

* 5). Рост - 179 см. Масса тела - 79 кг. Телосложение нормостеническое. Осанка прямая, походка быстрая. Индекс массы тела - 24,65 кг/м

- * 6). Кожные покровы бледноватые, лёгкий акроцианоз (нарушение оксигенации крови в лёгких приводит к увеличению содержанию восстановленного гемоглобина в тканях). На ощупь, кожа, влажная. Кожа эластичная. Высыпаний на коже нет. Ногти выпуклой формы, розового цвета, без видимых изменений. Цвет видимых слизистых оболочек - бледно-розовый, высыпаний нет. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена, гиперестезии нет.
- * 7). Степень развития подкожной жировой клетчатки умеренная. Толщина кожной складки в области нижнего угла лопатки - 1 см. Подкожно-жировая клетчатка при пальпации безболезненна. Периферических отеков нет.
- * 8). Лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, шейные, подмышечные, над-, подключичные,- не пальпируются.
- * 9). Опорно-двигательный аппарат:
 - * мышцы: развитие мышц удовлетворительное. Болезненность при ощупывании отсутствует. Симметрично принимают участие при движении.
 - * кости: при ощупывании и поколачивании кости безболезненны. При осмотре деформаций нет.
 - * суставы: нормальной конфигурации. Припухлость, флюктуация (наличие выпота в суставах) отсутствуют. Температура кожи над суставами нормальная. Суставы безболезненны при ощупывании и движениях.
 - * Функции суставов сохранены, хруста при движении нет. Объем активных и пассивных движений во всех суставах и отделах позвоночника соответствует норме.

* СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

- * **Осмотр.** Нос: Форма носа не изменена. Дыхание через нос свободное. Деформации мягких тканей, покраснения и изъязвления у наружного края ноздрей, герпетической сыпи нет. Состояние слизистой носа удовлетворительное.
- * **Гортань:** Деформации и отечность в области гортани отсутствуют. Голос громкий, чистый.
- * **Грудная клетка:** Форма грудной клетки эмфизематозная. Увеличение поперечного и особенно переднезаднего размера грудной клетки, развернутый эпигастральный угол (больше 90 град), более горизонтальное направления ребер и увеличение межрёберных промежутков, в надключичных областях наблюдается выраженное набухание, значительное увеличение межрёберных промежутков, снижение эластичности грудной клетке, плотное прилегание лопаток к грудной клетке. Грудная клетка симметричная.
- * Окружность грудной клетки - 110 см. Экскурсия грудной клетки - 8 см.
- * **Дыхание:** тип дыхания смешанный. Дыхательные движения симметричны. Частота дыхательных движений 23 в минуту. Дыхание менее ритмичное, удлинение фазы вдоха и выдоха.
- * **Пальпация.** При пальпации болезненные участки не выявлены. Снижение эластичности грудной клетке. Голосовое дрожание симметричное, двустороннее ослабление.

- * Перкуссия легких

- * **Сравнительная перкуссия:** На симметричных участках грудной клетки отмечается перкуторно коробочный звук.

- * Топографическая перкуссия:

- * Верхняя граница легких: справа слева

- * высота стояния верхушек спереди 6 см 6 см

- * высота стояния верхушек сзади 8 см 8 см

- * Ширина полей Кренига 9 см 9 см

- * Нижняя граница легких:

- * по окологрудной линии 7 межреберье не определяется

- * по срединно-ключичной линии 7 ребро не определяется

- * по передней подмышечной линии 8 ребро 8 ребро

- * по средней подмышечной линии 9 ребро 9 ребро
- * по задней подмышечной линии 10 ребро 10 ребро
- по лопаточной линии 11 ребро 11 ребро
- * по околопозвоночной линии остистый отросток остистый отросток
- * 11 грудного позвонка 11 грудного позвонка
- * **Аускультация.** На симметричных участках грудной клетки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. В лёгких выслушиваются сухие разнотональные хрипы по всем легочным полям. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки ослаблена с обеих сторон.

* СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

- * **Осмотр.** Видимая пульсация в области сердца, основания сердца, яремной ямки, подложечной области - отсутствует. Положительный венный пульс, симптом Мюсси, «пляска каротид» не выявлены.
- * **Пальпация.** Верхушечный толчок расположен на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, средней силы, ограниченный. Сердечный толчок не пальпируется.
- * Систолическое и диастолическое дрожания не пальпируются. Эпигастральная пульсация пальпируется; она обусловлена пульсацией брюшной аорты.
- * **Перкуссия.** Относительная тупость сердца:
- * Границы относительной тупости сердца:
 - * правая - по правому краю грудины (IV межреберье);
 - * левая - в V межреберье, на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии;
 - * верхняя - на уровне III межреберья по линии, расположенной на 1 см кнаружи от левой грудинной линии.
- * Поперечник относительной тупости сердца- 12 см.
- * Ширина сосудистого пучка- 6 см.
- * Конфигурация сердца нормальная.

* **Абсолютная тупость сердца:**

Границы абсолютной тупости: правая - по левому краю грудины;

- * левая - на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца; верхняя - на уровне 4 ребра.
- * **Аускультация.** Тоны сердца при аускультации приглушены, ритмичные. III и IV тоны сердца не выслушиваются. Патологические кардиальные и экстракардиальные шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 80 в минуту.

* СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

- * **Осмотр.** Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. Окружность живота - 90 см. Выпячивание пупка отсутствует. Расширенных подкожных вен нет. Рубцы, стрии, грыжевые образования - отсутствуют.
- * **Аускультация.** Кишечные шумы не выслушиваются. Перкуссия
 - * Над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук. Асцит методом флюктуации не определяется.
- * **Пальпация.** Поверхностная ориентировочная пальпация: живот мягкий, болезненность мышечное напряжение отсутствует, наличие грыжи белой линии, пупочной грыжи не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Поверхностно локализованные опухолевидные образования отсутствуют. Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову - Стражеско: сигмовидная кишка пальпируется как безболезненный, плотноватый, гладкий цилиндр, размером около 2-3 см, урчание не определяется. Слепая кишка: эластичной консистенции, безболезненная, размером около 3 см. Поперечная кишка: мягкой эластической консистенции, безболезненная, легко смещается, не урчит, размер 5-6 см. Восходящие и нисходящие отделы толстой кишки: пальпируются в форме цилиндра плотной, эластичной консистенции, размером 2-3 см., большая кривизна и привратник желудка не пальпируются.

* МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Осмотр. При осмотре почек в поясничной области покраснение, болезненность при прощупывании и ощущение зыбления (флюктуации) не выявлено. При осмотре области мочевого пузыря - выбухание в надлобковой области не выявляется.

* **Перкуссия.** Симптом Пастернацкого (поколачивание по поясничной области) отрицательный с обеих сторон.

* **Пальпация.** Почки не пальпируются. При пальпации в области почек болезненности не выявлено. Мочевой пузырь не пальпируется.

* ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

- * Видимого увеличения щитовидной железы нет. При пальпации определяется её перешеек в виде мягкого, подвижного, безболезненного валика. Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерные для акромегалии отсутствуют. Нарушений веса (ожирение, истощение) нет. Пигментаций кожных покровов, характерных для аддисоновой болезни не обнаружено. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет.

* НЕРВНАЯ СИСТЕМА

- * Умственное развитие соответствует жизненному опыту и полученному образованию. Сон не нарушен.
- * **Органы зрения:** подвижность глазных яблок нормальная, косоглазия нет; величина зрачков 2 мм, форма округлая, реакция зрачков на свет сохранена, аккомодация и конвергенция положительны; острота зрения +1.
- * Слух и вестибулярный аппарат: функции не нарушены
- * Мимическая мускулатура развита удовлетворительно.

- Акт глотания не нарушен.
- Движение языка функционально удовлетворительны.
- Речь. Расстройств речи нет.
- Читает и пишет хорошо.
- Походка больного: обычная.
- Координации движений адекватные. Гиперкинезы: клонические и тонические судороги отсутствуют. Дрожания нет. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено.
- * Менингеальных симптомов нет.

* ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

- * ХОБЛ, эмфизематозный тип, среднетяжёлое течение (II стадия), обострение средней степени тяжести.
- * На основании:
 - * - жалоб на кашель в течение всего дня, реже наблюдается ночью, с небольшим количеством слизистой мокроты, чаще по утрам. Во время кашля и после окончания возникает одышка.
 - * - anamnesis morbi - Считает себя больным с детства, так как болел часто простудными заболеваниями. С 1997 года, когда на фоне ОРВИ, появился кашель в течение всего дня с отхождением слизисто - гнойной мокротой, чаще по утрам, прогрессирующая одышка. Ухудшения состояния почувствовал с 2007 года, когда усилилась одышка и кашель, снизилась толерантность к физической нагрузке. Проходил стационарное лечение по месту жительства. Несмотря на проводимое лечение самочувствие больного не улучшалось, кашель с отхождением слизисто - гнойной мокротой, усиливалась отдышка, учитывая отсутствие эффекта от проводимой терапии больного госпитализировали ОКБ им. Бурденко в 40 отделение для дальнейшего лечения и обследование. Таким образом, в течение 10 лет больной не обращался за медицинской помощью, болезнь медленно прогрессировала

- * - данных объективного обследования - снижение эластичности грудной клетке. Голосовое дрожание симметричное, двустороннее ослабление. При перкуссии на симметричных участках грудной клетки отмечается коробочный звук. При аускультации на симметричных участках грудной клетки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. В лёгких выслушиваются сухие разнотональные хрипы по всем легочным полям. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки ослаблена с обеих сторон.
- * - среднетяжелое течение поставлено на основании частых обострений заболевания и на основании жалоб.
- * - обострение средней степени поставлено на основании выраженности одышки при незначительной физической нагрузке, мокроты желто-зеленого цвета. Нарастание ДН - участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, парадоксальное движение грудной клетки, появление и усугубление центрального цианоза, изменение газового состава крови.

* ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

* I. Лабораторные методы исследования

- * 1) Общий анализ крови - выявление признаков анемии, воспалительного изменения в лейкоцитарной формуле, ускорение СОЭ.
- * 2) Биохимический анализ крови - общий белок, мочеви́на, креатинин, билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ
- * 3) Общий анализ мочи
- * 4) Кровь на RW, ВИЧ
- * 5) Анализ мокроты - выявления клеточного состава бронхиального секрета, для дифференциальной диагностики с опухолевыми процессами. Для идентификации возбудителя и оценки его чувствительности к антибиотикам.

* II. Инструментальные методы исследования

- * 10) Спирометрия и тест на обратимость - для установление точного диагноза и плана лечения.
- * 11) Рентгенография органов грудной клетки - оценка состояния бронхиального дерева: повышение плотности и деформация стенок бронхов. Выявление эмфиземы легких. Признаки увеличения правых отделов сердца, диаметра легочной артерии.
- * 12) ЭКГ - выявление признаков перегрузки/гипертрофии правых камер сердца, аритмий.
- * 13) Исследование газов артериальной крови и кислотно-щелочного состояния (КЩС) при нарастании одышки, $ОФВ1 < 50\%$, клинических признаках ДН. (по неизвестной мне причине этот анализ не выполняли)

- * 15) Компьютерная томография - по показаниям для диагностики различных форм эмфиземы и исключения бронхоэктазов. (по неизвестной мне причине этот анализ не выполняли)
- * 16) ЭХОКГ - выявление и оценка выраженности признаков легочной гипертензии, дисфункции правых и левых камер сердца. (по неизвестной мне причине этот анализ не выполняли)
- * 17) Бронхологическое исследование
 - * осмотр слизистой
 - * взятие бронхиального содержимого и ЖБАЛ для оценки клеточного состава и характера воспаления
 - * биопсия слизистой бронхов

* Данные лабораторных и инструментальных методов исследования.

* Общий анализ крови.

03.10.2014

* Гемоглобин

* 136 г/л

* Эритроциты

* 4,4

* Цветовой показатель

* 0,95

* Лейкоциты

* 5,9

* Нейтрофилы

* Палочкоядерные

* 2

* Сегментоядерные

* 64

* Эозинофилы

* Лимфоциты

* 31

* Моноциты

* 3

* СОЭ

* 21 мм/час

* Биохимический анализ крови

* 16.02.2007

* Общ. Белок

* 69,0

* Мочевина

* 9,0

* Креатинин

* 84

* Билирубин

* 18,9

* Глюкоза

* 4,8

* АСТ

* нет

* АЛТ

* реактива

* Рентгенограмма грудной клетке 03.10.2014

* На рентгенограмме в прямой и боковой проекциях отчетливо видно низкое расположение купола диафрагмы, увеличение ретростернального пространства (в боковой проекции), увеличение передне - заднего размера грудной полости (бочкообразная грудная клетка), гиперпрозрачность лёгочных полей, усиление лёгочного рисунка, уплощение диафрагмы и уменьшение числа и калибра лёгочных сосудов в периферических зонах. Лёгочный рисунок в базальных отделах с обеих сторон деформирован за счет пневмосклероза.

* ЭКГ от 03.10.201

* 1. Ритм синусовый, правильный.

* 2. ЧСС- 88 уд в мин.

* 3. Угол $\alpha = +80$ (нормальное положение электрической оси сердца).

* **По II отведению:**

* 4. Зубец P высота = 2 мм, продолжительность = 0,06 с

5. Зубец Q глубина = 1 мм, продолжительность = 0,02 с

* 6. Зубец R высота = 18 мм, продолжительность = 0,02 с

* 7. Зубец S глубина = 2 мм, продолжительность = 0,02 с

* 8. Зубец T высота = 3,5 мм, продолжительность = 0,1 с

* 9. Сегмент PQ продолжительность = 0,06 с

* 10. Комплекс QRS продолжительность = 0,1 с

* 11. Сегмент ST продолжительность = 0,08 с

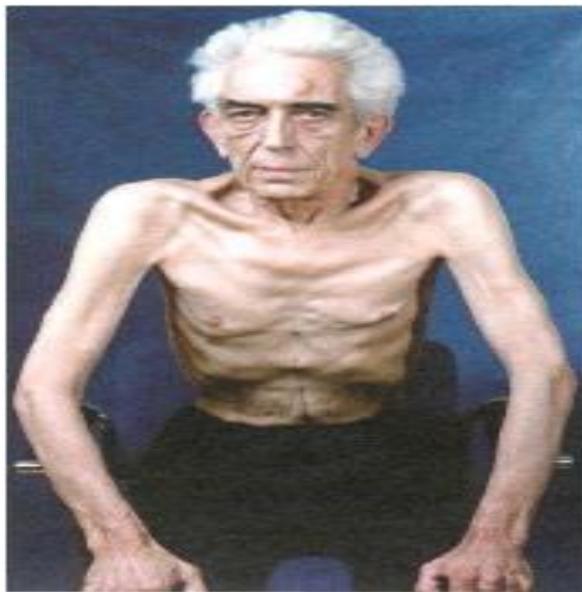
* 12. Интервал Q-T продолжительность = 0,34 с

* 13. Интервал R-R продолжительность = 0,7 с

* **Заключение:** все показатели находятся в пределах нормы; нарушения ритма сердца, нарушения проводимости, гипертрофии миокарда желудочков и предсердий, а также повреждений миокарда не выявлено.

* Что же такое ХОБЛ?

- * **Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ)** — самостоятельное заболевание, для которого характерно частично необратимое ограничение воздушного потока в дыхательных путях. Ограничение воздушного потока, как правило, имеет неуклонно прогрессирующий характер и спровоцировано аномальной воспалительной реакцией ткани лёгких на раздражение различными патогенными частицами и газами.



* Причины формирования ХОБЛ?

- * В формировании риска хронической обструктивной болезни легких следует различать факторы внешние и внутренние. Основным среди внешних факторов является курение табака (активное и пассивное), среди внутренних факторов на передний план несомненно выступает семейное предрасположение к хроническим болезням легких у кровных родственников подростка (отец, мать, братья, сестры). Как указано выше, хроническая обструктивная болезни легких включает хронически протекающие болезни: поражение крупных (проксимальных) бронхов (ХБ) и поражение мелких (дистальных) бронхов. Принципиально важно отметить, что формирование всех указанных компонентов патологии происходит как бы параллельно: чем клинически тяжелее ХОБЛ, тем более выражена мукоцилиарная недостаточность и нарушена дренажная функция проксимальных бронхов. Респираторные вирусы в фазе обострения хронически текущего проксимального бронхита, по-видимому, играют роль застрельщика в формировании и периодически возникающей вспышки воспалительного процесса, который имеет, в основном, бактериальную природу.

* При этом для острой фазы наиболее характерен вирус гриппа, а для подострого, затяжного и торпидного течения - РС-вирус и аденовирус, особенно склонные к персистенции. У наиболее тяжелых больных при обострении выявляется этиологическая роль 2-3 и более ассоциаций с участием бактерий, вирусов, микоплазм и хламидий. Обострения эндобронхита, связанные с вирусной и бактериальной (внутриклеточной) инфекцией, отличаются обычно затяжным течением, что связано с замедленной элиминацией продуктов воспаления или с персистенцией инфекционных антигенов на протяжении многих месяцев и даже лет. Это находит свое объяснение и в особенностях иммунологической реактивности таких больных с существенными нарушениями гуморального и клеточного звеньев иммунитета, как общего, так и, особенно, местного. Указанное свидетельствует о иммунологической недостаточности, в большинстве случаев вторичного характера, которая зависит от фазы болезни и ее облигатных осложнений. Вторичная иммунологическая недостаточность у этих больных проявляется слабостью противoinфекционной защиты со стороны клеточного и гуморального иммунитета

* **Клиническая картина**

- * **Кашель** — наиболее ранний симптом болезни[9]. Он часто недооценивается пациентами, будучи ожидаемым при курении и воздействии поллютантов. На первых стадиях заболевания он появляется эпизодически, но позже возникает ежедневно, изредка — появляется только по ночам. Вне обострения кашель, как правило, не сопровождается отделением мокроты. Иногда кашель отсутствует при наличии спирометрических подтверждений бронхиальной обструкции.
- * **Мокрота** — относительно ранний симптом заболевания. В начальных стадиях она выделяется в небольшом количестве, как правило, по утрам, и имеет слизистый характер. Гнойная, обильная мокрота — признак обострения заболевания.
- * Одышка возникает примерно на 10 лет позже кашля и отмечается вначале только при значительной и интенсивной физической нагрузке, усиливаясь при респираторных инфекциях. Одышка чаще смешанного типа, реже встречается экспираторная. На более поздних стадиях одышка варьирует от ощущения нехватки воздуха при обычных физических нагрузках до тяжелой дыхательной недостаточности, и со временем становится более выраженной. Она является частой причиной обращения к врачу.

* Классификация ХОБЛ (стадия)

* В основе стратификации два критерия: клинический, включающий кашель, образование мокроты и одышку, и функциональный, учитывающий степень необратимости обструкции дыхательных путей. Приводимые значения $ОФВ_1$ являются постбронходилатационными, то есть степень тяжести оценивается по показателям бронхиальной проходимости после ингаляции бронходилататора:

* Стадия I. Лёгкая

* $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ менее 70 % от должного

* $ОФВ_1$ более 80 % от должного

* Наличие или отсутствие хронических симптомов (кашель, мокрота)

* $ОФВ_1$ остаётся в пределах среднестатистической нормы, а отношение $ОФВ_1$ к $ФЖЕЛ$ становится ниже 70 % от должной величины. Этот показатель отражает раннее проявление бронхиальной обструкции, выявляемое методом [спирометрии](#). Он характеризует изменение структуры выдоха, то есть за 1-ю секунду форсированного выдоха пациент выдыхает показатель среднестатистической нормы, однако по отношению к $ФЖЕЛ$ этот процент снижается до 70 от нормы, что выявляет индивидуальное нарушение функции внешнего дыхания.

* Стадия II. Средняя

* ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 70 % от должного

* ОФВ₁ менее 80 % от должного

* Наличие или отсутствие хронических симптомов (кашель, мокрота, одышка)

* Стадия III. Тяжёлая

* ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 70 % от должного

* ОФВ₁ менее 50 % от должного

* Наличие или отсутствие хронических симптомов (кашель, мокрота, одышка)

* Стадия IV. Крайне-тяжёлая

* ОФВ₁/ФЖЕЛ менее 70 % от должного

* ОФВ₁ менее 30 % от должного или менее 50 % в сочетании с хронической дыхательной недостаточностью

* ХОБЛ возникает, протекает и прогрессирует задолго до появления значимых функциональных нарушений, определяемых инструментально. За это время воспаление в бронхах приводит к грубым необратимым морфологическим изменениям, поэтому данная стратификация не решает вопрос о ранней диагностике и сроках начала лечения.

* ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОСЛОЖНЕНИЕ

- * У данного больного ХОБЛ, эмфизематозный тип, тяжёлое течение (III стадия), обострение средней степени тяжести. Осложнения основного заболевания вентиляционная недостаточность III степени по смешанному типу (с преобладанием обструкции). Исходя из этого, течение заболевания протекает с постоянным кашлем с отделением слизистой мокроты, чаще по утрам. Обострение заболевания происходит каждый раз, как заболевает ОРВИ, т.е. в межсезонье. С 1997 года принимает дитек, беротек, сальбутамол. Ухудшения состояния почувствовал с 2007 года, когда усилилась одышка, снизилась толерантность к физической нагрузке, кашель с отхождением слизисто - гнойной мокротой. Так же больной жаловался на головные боли, головокружения, потливость, повышения температуры до 37,5 град.
- * Обострение заболевания: при объективном обследовании выявили эмфизематозный тип - снижение эластичности грудной клетке. Голосовое дрожание симметричное, двустороннее ослабление. При перкуссии на симметричных участках грудной клетки отмечается коробочный звук. При аускультации на симметричных участках грудной клетки выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. В лёгких выслушиваются сухие разнотональные хрипы по всем легочным полям. Бронхофония над симметричными участками грудной клетки ослаблена с обеих сторон.
- * Тяжелое течение поставлено на основании прогрессирование заболевания, нарастание одышки, частоты обострений, снижение качества жизни. ОФВ1 38% ОФВ1/ФЖЕЛ 21,2%
- * Обострение средней степени поставлено на основании выраженности одышки при незначительной физической нагрузке, мокроты желто-зеленого цвета. Нарастание ВН - участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, парадоксальное движение грудной клетки, появление и усугубление центрального цианоза.

* ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

- * Элиминация факторов риска ХОБЛ (производственных вредностей, атмосферных и домашних поллютантов...)
- * Бронходилататорная терапия - для снижения сопротивления дыхательных путей, уменьшение работы дыхания и улучшения клинических симптомов.
- * Противовоспалительная терапия (антибиотики) - снизить бактериальную нагрузку в дыхательных путях и предотвратить прогрессирование заболевания в фазу паренхиматозной инфекции.
- * Коррекция ДН - для предупреждению гипоксемии.
- * Мукорегуляторная терапия - стимулируют образование трахеобронхиального секрета пониженной вязкости, восстанавливают мукоцилиарный клиренс; разжижают мокроту.

* Индивидуальное лечение

* 1. Режим общий

2. Стол 15

* 3. Бронходилататоры:

* Rp.: «Serevent» 50 мкг 2 вдоха 2 раза/сут

* 4. Небулайзеротерапия, комбинированным с бронхорасширяющим препаратом, содержащим в2 - адреномиметик и м - холиниблокатор - «Berodual» 2 - 4 вдоха каждые 30 мин в течение первого часа, далее каждые 1 - 4 часа по потребности. Поддерживающая терапия 1-2 вдоха через 4 - 6 ч, через 6 - 8 ч.

* 5. Параллельно с бронходилататорами

* Rp.: Tab.Prednisoloni 0.005 по схеме 3 таб в 7 утра и 2 таб в 11 утра 14 дней внутрь. После стабилизации состояния постепенно снижать по 12 таб, затем 23 таб в течении 3-4 дней.

* 6. Антибактериальная терапия:

* Rp.: Tab. «Macropen» 400 мг по 1 таб 3 раза в день.

* 7. Кислородотерапия: 4 раза в день по 15 мин с увлажненным кислородом через канюли

* 8. Мукорегуляторная терапия

* Rp.: «Lasolvan» 100 мл - по 1 чайной ложке 2 раза в день.

* 9. Физиопроцедуры. ЛФК.

* ПРОГНОЗ

* Прогноз в отношении жизни благоприятный.

Прогноз для полного выздоровления - неблагоприятный - заболевание хроническое.

* Прогноз в отношении трудоспособности - неблагоприятный, является инвалидом II группы.

* РЕКОМЕНДАЦИИ

* Больному рекомендовано вакцинопрофилактика в период ремиссии, для устранения фактора провоцирующее болезнь. Остерегаться охлаждения. Постоянно использовать «Serevent» 50 мкг 2 вдоха 2 раза/сут, продолжать принимать беротек, при наличии мокроты «Lasolvan» 100 мл - по 1 чайной ложке 2 раза в день.

Приложение
к Правилам проведения экспертизы
временной нетрудоспособности,
выдачи листа и справки о временной
нетрудоспособности

Еңбекке уақытша жарамсыздыққа
сараптама жүргізу және еңбекке уақытша
жарамсыздық парағын және
анықтамасын беру қағидаларына
қосымша

Форма
Нысан

серия № 0000000

Еңбекке уақытша жарамсыздық парағы
Лист о временной нетрудоспособности

Алғашқы жалғасы / Первичный продолжение
(тіістісінің астын сызу / соответствующее подчеркнуть)

Ахмет Толеубек Нурманұлы

(еңбекке уақытша жарамсыз адамның тегі аты және әкесінің аты / фамилия, имя и отчество)

Г.Караганда, ул.Гоголя 50-52

(мекен жайы / домашний адрес)

Қызмет орны кәсіпорынның немесе мекеменің атауы / место работы, наименование предприятия или учреждения) _____

Берілді _____ 20 14 ж.

Выдан (күні, айы, жылы / число, месяц, год)

(дәрігердің тегі / фамилия врача)

Сыратнаманың №
№ истории
болезни _____

(алушының қолы / расписка получателя)

Еңбекке уақытша жарамсыздық парағы
Лист о временной нетрудоспособности

Алғашқы парактың жалғасы / Первичный продолжение листка
№ _____

(тіістісінің астын сызу соответствующее подчеркнуть)

Серия 0000000 Областной диагностический центр

(емдеу мекемесінің атауы және мекен жайы / наименование и адрес лечебного учреждения)

Берілді 10.10 _____ 20 14 ж.

Выдан күні, айы / число, месяц _____ 20 _____ г. ХАЖ-10 коды

Жасы 35
Возраст (толық жасы / полных лет)

Ахмет Толеубек Нурманұлы

Еңбекке уақытша жарамсыз адамның тегі, аты, әкесінің аты / фамилия, имя и отчество временно нетрудоспособного

қызмет орны, кәсіпорынның не мекеменің атауы, лауазымы / место работы, наименование предприятия или учреждения, должность

ХАЖ-10 коды

Код МКБ-10

Корытынды ХАЖ-10 коды / Заключительный код МКБ-10

(казак не орыс тілінде / на казахском или русском языке)

Емдеу мекемесінің
мөрі / Печать
лечебного учреждения

Ер Муж.
Әйел Жен.
Тіістісінің астын сызу
/ Соответствующее
подчеркнуть

Дәрігер толтырады да емдеу
мекемесінде қалдырады /
Заполняется врачом и остается в
получении учреждения

Емдеу мекемесінің дәрігері толтырады /
Заполняется врачом лечебного учреждения

Енбекке уакытша жарамсыздыктын түрі көрсетілісін (ауру, жаракаттар мен уланулар, жүктілікті жасанды УЭ, үлкіз баланы асырап алу, карантин, науқасты күту, санаторийлік-курорттық емдеу, босануға дейінгі немесе босанудан кейінгі демалыс)
Указатъ вид временной неспособности (заболевание, травма и отравления, искусственное прерывание беременности, усыновление/у дочерние ребенка, карантин, уход за больным, санаторно-курортное лечение, дородовой или послеродовой отпуск)

Күтім жасау бойынша демалыс кезінде ХАЖ-10 бойынша науқастын жағдайы, диагнозы көрсетілісін, карантин бойынша демалыс кезінде ХАЖ-10 бойынша карантинді туындаған аурудың атауы көрсетілісін
При отпуске по уходу указатъ возраст больного и диагноз по МКБ-10, при отпуске по карантину указатъ название заболевания по МКБ-10, вызвавшего карантин

Санаторийлік-курорттық емдеу кезінде жолдама мерзімінің басталатын және аяқталатын уакытты көрсетілісін
При санаторно-курортном лечении указатъ дату начала и окончания срока пребывания

Режим: _____
Режимді бұзғашылық туралы белгі / Отметки о нарушении режима
Дәрігердің қолы / Подпись врача: _____

Стационарда болды / Находился в стационаре
20 ____ ж. 20 ____ ж.
_____ дейін _____ г. по _____ г.

МЭС-та жіберілді / Выпущен на МЭС
20 ____ ж. 20 ____ г.
Дәрігердің қолы / Подпись врача _____

Уақытша басқа жұмысқа ауыстырылсын / Перевести временно на другую работу с _____ г. _____ г.

Қуалаңдырылды / Освидетельствован
20 ____ ж. 20 ____ г.
Сараптама қорытындысы / Экспертное заключение _____

20 ____ г. по 20 ____ г. дейін

Бас дәрігердің қолы / Подпись главного врача _____

МЭС бөлімі бастығының қолы
Подпись начальника отдела МЭС

МЭС-тің мөрі / Печать МЭС

Жұмыстан босатылу / Освобождение от работы

Кай күннен бастап / С какого числа (күні, айы / число, месяц) _____
Кай күнді қоса алғанда қай күнге дейін / По какое число включительно (күні мен айы жазумен / число и месяц прописью) _____

Дәрігердің қызметі мен тегі / Должность и фамилия врача _____
Дәрігердің қолы / Подпись врача _____

Жұмысқа кірісу / Приступить к работе _____

Күн мен айы жазумен / число и месяц прописью _____
Жаңа парақ берілді (жалғасы) / Выдан новый лист (продолжение) № _____

Дәрігердің қызметі, тегі, қолы / Должность, фамилия и подпись врача
Емдеу мекемесінің мөрі / Печать лечебного учреждения

02.10

02.10.14
05.10.14

20-ші октябры
14-ші октябры