История болезни.

Составил: студент 211 группы

Проверил: преподаватель по терапии

2005 год

1. Паспортная часть

Ф.И.О: ХХХ

Возраст: ...

Место жительства: ...

Профессия: пенсионер ( 2-ая группа инвалидности)

Дата госпитализации: 5-ое апреля 2005 года

Диагноз при поступлении: Гипертоническая болезнь 2-ой стадии и бронхиальная астма.

2. Субъективное обследование

Жалобы при поступлении:

Общая слабость, снижение работоспособности, невозможность сосредоточиться на работе, бессонница, преходящие головные боли, тяжесть в голове, головокружение, шум в ушах (симптомы гипертонической болезни). Одышка либо при физической нагрузке, либо при эмоциональных потрясениях, заканчивающаяся после приёма медикаментозного препарата с отхождением малого количества мокроты (симптомы бронхиальной астмы).

Анамнез заболевания:

ХХХ, считает себя больным около 7 лет, гипертоническая болезнь и бронхиальная астма развивались параллельно (оба заболевания существуют у пациента 5-7 лет). Приступы бронхиальной астмы связывает с эмоциональными и физическими нагрузками. Гипертоническая болезнь проявлялась гипертоническими кризами – артериальное давление во время кризов доходило до: Систолическое-200 мм. рт. ст., Диастолическое-120 мм. рт. ст.

В стационар был направлен участковым терапевтом поликлиники № 3- 4 апреля 2005 года.

Эпидемиологический анамнез:

Пациент отрицает контакты с инфекционными больными и с больными туберкулёзом, а также отрицает переливания крови и контакты с больными, с заболеваниями передающимися половым путём. Операций пациент не переносил.

Анамнез жизни:

Пациент ранее страдал неспецифическим язвенным колитом (на данный момент, по словам пациента, эта болезнь себя никак не проявляет).

Мать пациента также страдала гипертонической болезнью.

Пациент женат, имеет двоих, уже взрослых, детей. Проживает в хорошо освещённой, сухой и комфортабельной квартире. Питание у пациента удовлетворительное. Ранее работал водителем на севере.

Пациент отрицает вредные привычки.

Больной отрицает аллергию на продукты питания, как и на медикаментозные препараты, но около 20 лет назад была аллергия не ясной этиологии, сопровождающаяся сыпью и зудом кожи.

3. Объективное обследование

Общий осмотр:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное, телосложении гиперстеническое.

Кожные покровы физиологической окраски, слегка бледноваты, каких-либо дефектов (сыпь, изъязвления и прочие поражения) не обнаружено. Слизистые оболочки имеют физиологическую окраску и дефектов не имеют.

Подкожно-жировая клетчатка выражена в норме. Лимфатические узлы не пальпируются. Осанка правильная.

Мышечная система развита удовлетворительно, тонус мышц в норме. При пальпации мышечная система безболезненна. Судороги и дрожания пациент отрицает.

Костно-суставная система развита пропорционально, деформация костей отсутствует. Суставы не отёчны, безболезненны и без деформаций, объём движений - полный.

Сердечно – сосудистая система:

При осмотре пациента отёков не обнаружено. Одышка у больного не обнаружена. Кожные покровы и слизистые оболочки физиологической окраски, но кожа слегка бледновата.

Набухание шейных (яремных) вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

Артериальное давление – 165/110 мм. рт. ст.

Рs составляет 89 ударов в минуту, ритмичный, твёрдый, напряжённый. Верхушечный толчок объективно не обнаружен, пальпаторно – 2 см. слева от грудины в пятом межреберье. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена, одинакова с обеих сторон.

Перкуторно границы сердца:

Верхняя – на уровне верхних краёв третьего правого и левого рёберных хрящей.

Правая – проходит от верхнего края третьего правого рёберного хряща, на 2 см. правее правого края грудины, вертикально вниз до пятого правого рёберного хряща.

Нижняя – идёт от пятого правого рёберного хряща до верхушки сердца.

Верхушка сердца – пятое межреберье 2 см. слева от грудины.

Левая – от верхнего края третьего левого ребра к верхушке сердца.

Аускультативно различается акцент 2 тона над аортой. При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу.

Дыхательная система:

При осмотре: грудная клетка правильной формы (гиперстеническая – в форме цилиндра), правая и левая её половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания, ключицы и лопатки находятся на одном уровне. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены.

Частота дыхательных движений составляет 21 в минуту, тип дыхания – брюшной. Дыхание ритмичное с одинаковой глубиной и продолжительностью фазы вдоха и выдоха. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

При пальпации целостность рёбер не нарушена. Болезненность при ощупывании рёбер, межрёберных промежутков и грудных мышц не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки. Грудная клетка при сдавливании упругая, податливая.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный легочной звук.

Перкуторно границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия. | Правое лёгкое. | Левое лёгкое. |
| Окологрудинная | 5-ое межреберье | --- |
| Среднеключичная | 6-ое межреберье | --- |
| Передняя подмышечная | 7-ое межреберье | 7-ое межреберье |
| Средняя подмышечная | 8-ое межреберье | 8-ое межреберье |
| Задняя подмышечная | 9-ое межреберье | 9-ое межреберье |
| Лопаточная | 10-ое межреберье | 10-ое межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11-го грудного позвонка | Остистый отросток 11-го грудного позвонка |

Аускультативно: дыхание у пациента везикулярное (над легочной тканью) и бронхиальное (над гортанью, трахеей и крупными бронхами).

Пищеварительная система:

При осмотре живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются.

Пальпаторно: живот мягкий, безболезненный, расхождение прямых мышц отсутствует, пупочное кольцо не расширенно. Симптомы Щёткина – Блюмберга, Образцова, Кера, Мёрфи, Ортнера отрицательные. Печень и селезёнка не пальпируются.

Перкуторно признаки скопления в брюшной полости жидкости не определяются. Размеры печени по Курлову:

Первый размер – по правой среднеключичной линии от верхней до нижней границы абсолютной тупости печени – 10 см.

Второй размер – по передней срединной линии – 8 см.

Третий размер – по краю рёберной дуги – 7 см.

При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости; шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и местными артериями отсутствуют.

Мочевыделительная система:

При осмотре поясничная область не изменена, отёков не обнаружено. Также пациент отрицает какие – либо расстройства мочеиспускания.

После проведения бимануальной пальпации увеличение почек обнаружено не было. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников безболезненна.

Симптом Пастернацкого отрицательный.

Эндокринная система:

Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Вторичные половые признаки соответствуют паспортному полу.

Форма шеи обычная, контуры её ровные. Щитовидная железа визуально не определяется. Пальпируется её перешеек однородной мягкоэластической консистенции, безболезнен и легко смещаем при глотании, не спаян с кожей и окружающими тканями. Явления тиреотоксикоза и гипотиреоза отсутствуют.

Признаков сахарного диабета (сухость кожи; румянец на щеках и лбу; расчёсы; атрофические пятна на коже) отсутствуют.

Нервно – психический статус:

Сознание ясное, речь внятная, чувствительность в норме, походка ровная. Настроение устойчивое, ориентировка во времени, пространстве и в конкретной ситуации сохранена. Внимание устойчивое.

4. Предварительный диагноз

Руководствуясь данными по сердечнососудистой системе: повышенное артериальное давление (165/110 мм. рт. ст.) которое находится на таком уровне около 7 лет; по наследственности – мать пациента тоже страдала гипертонической болезнью. Плюс ко всему за период болезни у пациента случались гипертонические кризы (3 раза) во время которых давление подымалось до 200/120 мм. рт. ст. Следует поставить диагноз – Гипертоническая болезнь.

Учитывая то, что у пациента нет проявлений 3-ей стадии: инфаркт миокарда, инсульты; но давление стойкое и снижается только после приёма лекарственных средств у пациента – Гипертоническая болезнь 2-ой стадии.

В связи с тем, что у больного диастолическое давление 110 мм. рт. ст. у него 3-я степень заболевания. И учитывая то, что диастолическое давление 110 мм. рт. ст. у пациента умеренная форма.

Окончательный диагноз: Гипертоническая болезнь 2-ой стадии, 3-ей степени, умеренной формы.

Руководствуясь данными по жалобам пациента, в частности одышка при физической или эмоциональной нагрузке, проходящей после приёма лекарственного препарата (приступ удушья заканчивается отхождением малого количества мокроты) следует поставить диагноз сопутствующего заболевания Бронхиальная астма.

5. Лечение

Не медикаментозное лечение:

Создание оптимальных условий труда и отдыха. Ограничение в потреблении поваренной соли до 5 – 8 грамм в сутки. Назначение седативных, растительных средств: препараты валерианы, пустырника. Исключение из пищи жирных и солённых продуктов.

При бронхиальной астме рекомендовано применение отхаркивающих и муколитических препаратов: отвар термопсиса, корень алтея.

Медикаментозное лечение:

Гипертоническая болезнь:

МЕТИЛДОФА – per os 250 мг. 2-3 раза в сутки (первый приём – вечером перед сном). Через каждые 2 дня дозу увеличиваем на 250 мг. Максимальная суточная доза – 3 грамма. При сочетании с другими гипотензивными препаратами максимальная суточная доза – 500 мг.

ПИРАЦЕТАМ – per os по 2 таблетки 3 раза в сутки, постепенно доводя дозу до 10 таблеток. Курс лечения от 2-3 недель до 2-6 месяцев.

Бронхиальная астма:

БЕРОТЕК – 2 вдоха дозированного аэрозоля (для купирования приступов).

ИНТАЛ (кромолин – натрий) – по 20 мг. (1 капсула) 4 раза в день. Препарат препятствует дегрануляции тучных клеток.

«ТЕОПЕК» – по 0,3 г. 2 раза в день. Пролонгированный препарат для предупреждения приступов.