## Министерство здравоохранения Российской Федерации

## Алтайский государственный медицинский университет

## Кафедра пропедевтики внутренних болезней

## Зав. кафедрой проф. Е.И. Буевич

## Академическая история болезни

## Больной: Черноусов Михаил Петрович

## Куратор: студентка 319 группы III курса лечебного факультета Никитина Дина Анатольевна

## Время курации: 25.03 – 02.04.2003 г.

## Преподаватель: Кац Ю.Н.

## Барнаул, 2003

Паспортная часть:

1. Ф.И.О.: Черноусов Михаил Петрович

2. Возраст: 59 лет

3. Место работы: центр занятости населения

4. Место жительства: г. Барнаул, ул. А. Петрова д. 166 кв. 28

5. Дата поступления в клинику: 19.03.2003 г.

# Диагноз: Пневмония в правой нижней доле. ДН II. Острый бронхит.

## Pneumonia crouposae dextri lobi inferioris. Insufficientia respiratoria gradus II.

# *STATUS PRAESENS SUBJECTIVUS*

## Жалобы больного на момент осмотра:

## редкий сухой кашель;

## одышка при физической нагрузке;

## лёгкая слабость, недомогание;

## головокружение

## Жалобы на момент поступления:

## редкий сухой кашель;

## одышка при физической нагрузке;

## слабость, недомогание;

## распирающие головные боли;

## головокружение;

## шум в ушах, закладывает уши при повышении и снижении АД

## боли за грудиной давящего характера.

## 

# *ANAMNESIS MORBI*

## Считает себя больным с 17.03.2003 г., когда появился редкий сухой кашель, одышка при физической нагрузке, головные боли, головокружение. К врачу обращаться не стал. Самостоятельно ни чем не лечился. Заболевание не прогрессировало. Состояние больного было удовлетворительным. 19.03.2003 из-за выраженных головных болей вызвал скорую помощь и был госпитализирован в городскую больницу №12 с диагнозом гипертонический криз (на момент поступления АД 180/100 при рабочем 130/80, температура 36,6).

## 

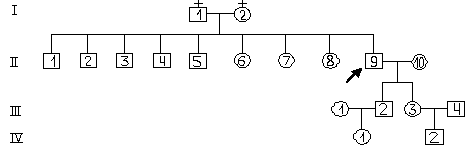
# *ANAMNESIS VITAE*

## Родился 1.07.1943 г. в деревне в многодетной семье. В детском возрасте переехал с родителями в город. Младший ребёнок в семье, имеет пять братьев и три сестры. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 7-ми лет пошел в школу. Учился хорошо. В период с 1962 г. по 1963 г.проходил службу в рядах Советской Армии. В 1963 г. сбежал из армии, женился и устроился работать в ГАИ. После некоторое время работал в сфере связи монтёром. Окончил Оренбургский железнодорожный техникум, получил профессию машиниста и в течение 20-ти лет работал по профессии. Затем в течение пяти лет электромонтёром на АТС, где, как утверждает, работал с кислотами. В данное время не работает и состоит на учёте в центре занятости.

# СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

## Женат, имеет двух взрослых детей и двух внуков.

## НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ



## Легенда: Пробанд – II-9; отец пробанда – I-1 (умер естественной смертью в старческом возрасте, причина неизвестна); мать пробанда – I-2 (умерла естественной смертью в старческом возрасте, причина неизвестна); братья пробанда – II-1,2,3,4,5 (здоровы); сестры пробанда – II-6,7,8 (здоровы); жена пробанда – II-10 (здорова); сын пробанда – III-2 (здоров); дочь пробанда – III-3 (здорова); внуки пробанда – IV-1,2 (здоровы).

## Наследственные и онкологические заболевания у родителей не знает, у родственников отрицает.

# БЫТОВОЙ АНАМНЕЗ

# Материально обеспечен, проживает с женой в 2-х комнатной квартире. Питание регулярное 3-4 раза в день, полноценное, разнообразное.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Инфекционный гепатит, венерические заболевания, тифы, малярию и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился, инъекции не производились, за пределы города не выезжал и контакта с инфекционными больными не имел. Последняя ФЛГ в мае 2002 года.

# ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Пережил тяжёлое психоэмоциональное переживание в 2000 г., когда попал в автомобильную аварию, в результате которого произошёл инфаркт миокарда.

# ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## В детстве несколько раз болел ОРЗ. Сведениями о перенесённых детских заболеваниях не располагает. В 1966 году была произведена аппендэктомия. ОИМ в 2000 году. Травм не было.

## ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## - Стенокардия напряжения III функционального класса (в течение 3-х лет).

## Принимает сустак 1 таблетку 1 раз в день.

## Приступы загрудинных болей снимает приёмом нитроглицерина.

## - Гипертоническая болезнь (с 1985 г.). АД повышается до 200/110 мм. рт. ст.

## Принимает капотен 0,25 мг 3 раза в день.

# ПРИВЫЧНЫЕ ИНТОКСИКАЦИИ

Не курит, алкоголь употребляет умеренно. Крепким чаем, кофе не злоупотребляет. Употребление наркотических веществ отрицает.

# ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ

## Гемотрансфузии раньше не производились.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на пищевые продукты не отмечает. Предполагает наличие аллергической реакции на супрастин.

# СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ

## Страховой полис имеется. Инвалид III группы (по ГБ и СН).

# *STATUS PRAESENS OBJECTIVUS*

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения, нормального питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы розового цвета, сухие, чистые, без высыпаний. Эластичность кожи и тургор тканей снижен. Отёков нет. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 4 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, белисовато-розового цвета, чистые.

## Слизистая глаз бледно-розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек бледно-розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десны не изменены. Зубы частично отсутствуют. Язык обычных размеров, влажный, без налета, сосочки выражены, глотание не затруднено.

## Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, не пальпируются.

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранён. Рост 170 см, вес 75 кг.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания смешанный. Частота дыхательных движений – 23 в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер прямой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка эластическая, болезненность при пальпации не определяется. Голосовое дрожание в 9 парах точек:

## 1 пара – второе межреберье по l. medioclavicularis;

## 2 пара – над ключицами;

## 3 пара – под ключицами;

## 4 пара – третье межреберье по l. axillaris media;

## 5 пара – пятое межреберье по l. axillaris media;

## 6 пара – над лопатками;

## 7 пара – верхний угол межлопаточного пространства;

## 8 пара – нижний угол межлопаточного пространства;

## 9 пара – под нижним углом лопатки

## симметричное, не изменено.

# Перкуссия

## Сравнительная перкуссия:

## В 9 парах точек (см. выше) над симметричными участками легочной ткани определяется ясный лёгочный звук и притупление в нижних отделах правого лёгкого.

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого: по l. parasternalis – 5 ребро по l. medioclavicularis – 6 ребро по l. axillaris anterior – 7 ребро по l. axillaris media – 8 ребро по l. axillaris posterior – 9 ребро по l. scapuiaris – 10 ребро по l. paravertebralis – на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого: по l. parasternalis – ---------- по l. medioclavicularis – ---------- по l. axillaris anterior – 7 ребро по l. axillaris media – 9 ребро по l. axillaris posterior – 9 ребро по l. scapuiaris – 10 ребро по l. paravertebralis – на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Верхние границы легких: Высота стояния верхушки 3 см справа и слева. Ширина полей Кренинга: слева 6 см по скату плеча, справа 6 см по скату плеча.

## Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 3 см на выдохе 3 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 3 см на выдохе 3 см

## 

# Аускультация

## Над аускультативными точками (9 пар – см. выше) выслушивается жесткое дыхание, которое ослаблено в нижних отделах. Также в нижних отделах правого лёгкого выслушивается крепитация и сухие хрипы.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок, сердечный толчок, пульсация у основания сердца, ретростернальная пульсация, пульсация периферических артерий, положительный венный пульс, ложная эпигастральная пульсация визуально не определяются.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной и голеностопной артерий. Сердечный толчок и диастолическое дрожание не пальпируется.

## Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье, площадью 2 на 2 см, умеренной силы, локализованный.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости: Правая – в 4-м межреберье на 1,0 см кнаружи от правого края грудины

## в 3-м межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины

## Верхняя – на уровне 3-го межреберья между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae Левая – в 5-м межреберье на 0,5 см кнаруже от левой среднеключичной линии

## в 4-м межреберье по левой среднеключичной линии

## в 3-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой окологрудинной линии

## Границы абсолютной сердечной тупости: Правая – по левому краю грудины в 4-м межреберье Верхняя – на уровне 4-го межреберья, на 1,5 см кнаружи от левого края грудины Левая – на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости в 5-м межреберье

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях справа и слева (ширина 5 см).

# Аускультация

## Аускультация сердца проводилась в точках:

## Основные: \* верхушечный толчок (I тон – митральный клапан) - в 5-м межреберье по левой среднеключичной линии;

## \* 2-ое межреберье справа у края грудины (II тон – аортальный клапан);

## \* 2-ое межреберье слева у края грудины (II тон – легочной ствол);

## \* 4-ое межреберье справа у края грудины (I тон – трехстворчатый клапан).

## Дополнительные: \* 3-е межреберье слева у края грудины (II тон – аортальный клапан);

## \* 4-ое межреберье слева у края грудины (I тон – митральный клапан);

## \* под мечевидным отростком в области эпигастрия (I тон – трикуспидальный клапан).

## 

## Тоны сердца в данных точках ритмичные, приглушенны. В точке Боткина-Эрба патологические шумы не выслушиваются.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десны не изменены. Зубы частично утрачены. Язык обычных размеров, влажный, без налета, сосочки выражены, глотание не затруднено.

## Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, пупок втянут.

# Пальпация

## Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

## Нижний край печени умеренно закруглённый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги, поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера слабо положительный. Симптомы Мерфи, френикус - отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 9 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре.

# МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Дизурических явлений нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

## Сознание ясное, адекватен, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей.

# 

# ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

# Из anamnesis morbi можно сделать вывод о том, что заболевание началось остро и протекало быстро (в течение 2-х дней).

# Из anamnesis vitae сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III степени; ИБС: СН – III степени, Н – IIА; очень высокий риск гипертонического криза от 19.03.2003 г.

## Обоснование основного диагноза основано на анализе жалоб больного и на основании объективных данных.

## На основании жалоб больного (редкий сухой кашель, одышка) можно сделать вывод, что в патологический процесс вовлечены органы дыхания.

## На основании объективных данных:

## притупление перкуторного звука над нижним отделом правого лёгкого указывает на наличие инфильтрации в этом отделе;

## крепитация при аускультации в нижнем отделе правого лёгкого может свидетельствовать о наличии воспалительной экссудации в просвете альвеол (синдром воспалительной инфильтрации в легком);

## сухие хрипы в нижнем отделе правого лёгкого свидетельствуют об воспалении и обструктивных процессах в бронхах, а так как больной жалуется на редкий сухой кашель, начавшийся два дня назад, то можно сделать вывод о наличии острого бронхита;

## так как пациент жалуется на одышку при ходьбе на 100 м и при подъёме на 2 этаж, то можно сделать заключение о наличии дыхательной недостаточности II степени (ДН-II).

## На основании выше перечисленного можно заподозрить у больного наличие правосторонней очаговой нижнедолевой пневмонии, ДН-II и острого бронхита. Тогда предварительный диагноз будет звучать так:

## Основное заболевание – правосторонняя очаговая пневмония в нижней доле; ДН – II ст., острый бронхит.

## Сопутствующие заболевания - гипертоническая болезнь III ст.; ИБС: СН – III ст., Н – IIА; очень высокий риск гипертонического криза от 19.03.2003 г.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления в крови признаков острого воспаления: выраженного лейкоцитоза с преобладанием в лейкоцитарной формуле нейтрофилов, в том числе юных форм, повышенного СОЭ.
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количества общего белка, белковых фракций, активности аминотрансфераз (они могут изменяться под действием интоксикации).
3. Анализ мочи. Назначаем для оценки дезинтоксикационной функции почек.

## Инструментальные исследования:

1. Рентгенография грудной клетки в 3-х проекциях. Позволит по форме затемнения уточнить диагноз пневмонии, оценить корни легких и не пораженную ткань легкого.
2. Фибробронхоскопия. Назначаем для выявления заинтересованности трахеи

и главных бронхов в патологическом процессе.

1. ЭКГ.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови:  
   Эритроциты – 4,5х10^12/л   
   Hb – 130 г/л   
   Цвет. показатель – 0,87   
   Лейкоциты – 6,6х10^9/л

базофилы – 0   
 палочкоядерные – 4   
 сегментоядерные – 55   
 Лимфоцитов – 32   
 Моноцитов – 9   
CОЭ – 17 мм/ч

1. Биохимический анализ крови  
   Общ. белок 70 г/л  
   АСТ 0,14 ммоль/л  
   АЛТ 0,29 ммоль/л   
   Билирубин общий 13,2 мкмоль/л

Билирубин прямой 2,4 мкмоль/л

Билирубин непрямой 10,8 мкмоль/л  
Сахар 5,8 ммоль/л  
Мочевина 4,15 мкмоль/л

Креатинин 65,7 мкмоль/л

Холестерин 5,17 мкмоль/л

β – липопротеиды 55 мкмоль/л

Сиаловые кислоты 205 мкмоль/л

«С» протеин – 0

1. Анализ мочи   
   Цвет: жёлтый   
   Прозрачность: прозрачная   
   Реакция: кислая   
   Уд. вес 1,025   
   Лейкоциты: 1-2 в поле зрения  
   Эпителий плоский: 2-3 в поле зрения

Белок отриц.

Сахар отриц.

## Результаты инструментальных исследований:

1. Рентгенография грудной клетки:  
   Заключение: Инфильтрация в нижней доле справа.
2. ЭКГ

Заключение: ритм синусовый, ЧСС – 60 уд./мин., горизонтальное положение электрической оси, гипертрофия левого желудочка, одиночные предсердные экстрасистолы, нагрузка на левый желудочек

PQ – 0,15

P – 0,1

QRS – 0,06

Q-T – 0,34

ST – без особенностей

# КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Анализируя весь симптомокомплекс у больного, то есть жалобы на момент поступления (редкий сухой кашель, одышка, слабость), данные объективного исследования (притупление перкуторного звука над нижним отделом правого лёгкого, крепитация и сухие хрипы в нижнем отделе правого лёгкого), данные лабораторно-инструментальных исследований: наличие в крови в лейкоцитарной формуле палочкоядерных лейкоцитов, увеличение СОЭ=17мм/ч (что указывает на наличие воспалительного процесса); при рентгенологическом исследовании грудной клетки - обнаружение инфильтрации в нижней доле правого легкого, что подтверждает предварительный диагноз. Таким образом, мы можем выделить интоксикационный синдром и синдром дыхательной недостаточности. Данные объективного и лабораторно-инструментального исследований позволяют связать эти синдромы с поражением нижнего отдела правого легкого, характерные для пневмонии, а также для острого бронхита.

## На основании anamnesis vitae и ЭКГ (гипертрофия левого желудочка одиночные предсердные экстрасистолы, нагрузка на левый желудочек), сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III ст., ИБС: СН – III ст., Н – IIА; очень высокий риск гипертонического криза от 19.03.2003 г.

## Окончательный диагноз будет звучать: Правосторонняя очаговая нижнедолевая пневмония. ДН – II ст. Острый бронхит.

## Клинический диагноз: Правосторонняя очаговая пневмония в нижней доле. ДН – II ст. Острый бронхит.

## Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь III ст., ИБС: СН – III ст., Н – IIА; очень высокий риск гипертонического криза от 19.03.2003 г.

## Таким образом предварительный диагноз подтвердился.

# ЛЕЧЕНИЕ

1. Назначаем диету № 10.
2. Антибактериальная терапия. Назначаем карбенициллин и гентамицин.  
   Rp.: Carbenicillini-dinatrici 1,0  
    D.T.D.N. 20 in amp.  
    S. Содержимое флакона растворить в 5 мл физиологического раство-  
    ра, вводить внутримышечно 4 раза в сутки.  
    #  
   Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4%-2ml  
    D.T.D.N. 15 in amp.  
    S. Вводить по 2 мл внутримышечно 3 раза в сутки.
3. Проводим дезинтоксикационную терапию. Для этого назначаем обильное питьё, гемодез, кальция глюконат, натрия тиосульфат, лазикс.

Rp.: Sol. Haemodesi 400,0  
 D.T.D.N. 2  
 S. Вводить по 400 мл внутривенно, капельно, медленно через день.  
 #  
Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10%-10ml  
 D.T.D.N. 5 in amp.  
 S. Вводить по 10 мл внутри мышечно 1 раз в день-днем, через день.  
 #  
Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-10ml  
 D.T.D.N. 5 in amp.  
 S. Вводить внутривенно, медленно по 10 мл 1 раз в день, через   
 день.  
 #  
Rp.: Sol. "Lasix" (20mg)  
 D.T.D.N. 3 in amp.  
 S. Вводить по 20 мг внутривенно 1 раз в день, через день.

#

4. Назначение витаминотерапии. Лечение симптоматическое или назначение поливитаминов.

5. Борьба с дыхательной недостаточностью. Препаратом выбора является эуфиллин.  
Эуфиллин. Спазмолитик. Механизм действия: расслабляет мышцы бронхов, понижает сопротивление кровеносных сосудов, понижает давление в системе легочной артерии, увеличивает почечный кровоток, оказывает диуретическое действие. Показания: гипертензия в малом круге кровообращения. Побочные явления: дерматит, лихорадочная реакция.

#  
Rp.: Sol. Euphyllini 2,4%-10ml  
 D.T.D.N. 2 in amp.  
 S. Вводить внутривенно, капельно по 10 мл, предварительно развес-   
 ти в 200 мл физиологического раствора.

#

1. Улучшение дренажной функции и бронхиальной проходимости достигается назначением отхаркивающих (йодид калия, мукалтин, бромгексин, термопсис), бронхолитических средств, ферментных препаратов (трипсина, химотрипсина, рибонуклеазы, камфоры).  
   Бромгексин. Муколитик. Механизм действия: муколитический эффект связан с деполимеризацией и разжижением мукопротеиновых и мукополисахаридных волокон, стимулирует образование сурфактанта. Показания: бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма, туберкулез легких. Побочные действия: аллергические реакции, диспепсические расстройства.

#  
Rp.: Tab. Bromhexini 0,008  
 D.T.D.N. 40  
 S. По 2 таблетки 3 раза в день.

#

1. Для ускорения рассасывания воспалительного процесса, улучшения дренажной функции, уменьшение вязкости мокроты назначают физиотерапевтическое лечение: ингаляции щелочей, бронхолитиков, отхаркивающих, электрофорез хлорида кальция, аскорбиновой кислоты, цинка, йода, гепарина, лидазы, УВЧ-терапия, микроволновая терапия, иглоукалывание, массаж грудной клетки, ЛФК.

## ЛИТЕРАТУРА:

## Гребенев А. Л. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник. – М.: Медицина, 2001 г.;

## Цветкова О. А. Острый и хронический бронхиты, пневмония. – М.: Издательский дом «Русский врач». – 2002 г. – Приложение к журналу «Врач».

## Страчунский Л. С. Эмпирическая антибактериальная терапия внебольничных пневмоний (обзор зарубежной литературы). – Журнал SYNOPSIS MEDICINALIS. – М.: Издательский дом «Русский врач». – 2002 г., №2

## Фисенко В., Чичкова Н. Фармакологическое воздействие на тонус бронхов: перспективные направления. – Журнал «Врач» № 11 2002 г.;

1. Внтуренние болезни, под редакцией Ф.И. Комарова, Москва, изд. Медицина, 1990г.
2. Машковский М. Д . Лекарственные средства. – Харьков: издательство «Торсинг». – 1997 г.
3. Диагностический справочник терапевта, под редакцией Чиркина Ч.А. – Минск: издательство «Беларусь». – 1993 г.

## 

# **ДНЕВНИК КУРАЦИИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 14.10.02 | 36,8 | 36,6 | Жалуется на кашель с небольшим количеством белой мокроты, на тупую боль в правом боку по рёберной дуге при механическом раздражении.Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, на контакт идёт легко. Пульс 68 уд/мин. АД 150/80 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык влажный чистый. Зубы частично отсутствуют. Лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Присутствует систолический шум на верхушке, не проводится. Имеется гипертрофия левого желудочка и смещение левой границы относительной сердечной тупости кнаружи. Дыхание жесткое. Присутствуют влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. Притупление перкуторного звука над лёгкими в нижней части грудной клетки. Живот мягкий, подвздут, безболезненный, равномерно участвует в акте дыхания. Печень не выступает из-под рёберной дуги. Мочеиспускание самостоятельное, без затрудноний. Присутствуют отёки на нижних третях голеней. Стул оформлен, коричневый, без примесей. Диурез в пределах нормы. Пульс 76 уд/мин., ритмичный. АД 130/80. | Режим 2 Диета №10 S. Ampicillini 1,0 в/м 4р/суткиTab. Aspirini 0,5 по ј таблетки 1 р/суткиTab. Phenosipami 0,01 по 1 таблетке 1 раз на ночьTab. Furosemidi 0,04 по 1 таблетке утромОтхаркивающая микстура |
| 15.10.02 | 36,4 | 36,6 | Жалуется на кашель с небольшим количеством белой мокроты, на колющую боль в правом подреберье при дыхании, кашле и пальпации.Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, на контакт идёт легко. Пульс 73 уд/мин., ритмичный. АД 140/75. | Режим 2 Диета №10Назначения те же |
| 16.10.02 | 36,8 | 36,7 | Жалуется на колющие боли в правом подреберье при дыхании, кашле и пальпации. Состояние удовлетворительное. Пульс 72 уд/мин., ритмичный. АД 135/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, слегка подвздут. Отёков нет. Отправления в норме. | Режим 2 Диета №10Назначения те же |
| 17.10.02 | 36,6 | 36,7 | Боли в правом подреберье умеренные. Симптом Ортнера слабо «+». Состояние удовлетворительное. Беспокоит лёгкий кашель. Пульс 68 уд/мин., ритмичный. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Отправления в норме. | Режим 2Диета №10Назначения те же+ S. Diclophenaci 3,0 в/м вечером |
| 18.10.02 | 36,8 | 36,6 | Жалуется на колющие боли в правом подреберье при дыхании, кашле и пальпации. Симптом Ортнера слабо «+». Кашель беспокоит мало. Состояние удовлетворительное. Пульс 70 уд/мин., ритмичный. АД 135/80 мм.рт.ст. | Режим 2Диета №10Назначения те же + S. Diclophenaci 3,0 в/м вечером |
| 19.10.02 | 36,9 | 36,8 | Жалуется на колющие боли в правом подреберье при дыхании, кашле и пальпации. Симптом Ортнера слабо «+». Кашель беспокоит мало. Состояние удовлетворительное. Пульс 70 уд/мин., ритмичный. АД 135/80 мм.рт.ст. | Режим 2Диета №10Назначения те же + S. Diclophenaci 3,0 в/м вечером |
| 20.10.02 | 36,7 | 36,7 | Состояние значительно улучшилось. Кашель не беспокоит. Болей в правом подреберье нет. В лёгких единичные хрипы в нижних отделах. Пульс 82 уд/мин., ритмичный. АД 130/80 мм.рт.ст. | Режим 2Диета №10Назначения те же + S. Diclophenaci 3,0 в/м вечером |
| 21.10.02 | 36,7 | 36,6 | Отчётливая положительная клиническая и рентгенологическая динамика. Состояние удовлетворительное. Пульс 64 уд/мин., ритмичный. АД 150/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушенные, систолический шум на верхушке; не проводится. Дыхание несколько ослаблено справа в нижних отделах. Там же единичные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный, отёков нет. | Режим 2Диета №10Назначения те же + S. Diclophenaci 3,0в/м вечеромКроме ампициллина – отменён. |
| 22.10.02 | 36,5 | 36,7 | Состояние удовлетворительное. Кашель не беспокоит. Болей в правом подреберье нет. В лёгких единичные хрипы в нижних отделах. Пульс 72 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм.рт.ст.Больной Полупанов Александр Павлович 1930 года рождения выписан. | Режим 2Диета №10 |
| 23.10.02 | 36,8 | 36,7 | Для дальнейшей курации принял больного Дикалова Александра Анатольевича 1959 года рождения.Жалоб на момент осмотра не предьявляет. При поступлении беспокоила боль в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, одышки инспираторного характера.Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, на контакт идёт легко. Пульс 70 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык влажный чистый. Тоны сердца ритмичные, ясные. Область сердца без видимых изменений. Границы сердечной тупости в норме. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, равномерно участвует в акте дыхания. Печень не выступает из-под рёберной дуги. Мочеиспускание самостоятельное, без затрудноний. Физиологические отправления без видимых отклонений. Диурез в пределах нормы. | Режим 1Диета №15Tab. Bromgexini 0,08 по 2 таблетки 3 р/деньTab. Ranithidini 0,3 по 1 таблетке на ночь |
| 24.10.02 | 36,6 | 36,7 | Состояние прежнее. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 74 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм.рт.ст. Дыхание жёсткое. Шумов нет. Физиологические отправления в норме. | Режим 1Диета №15Tab. Bromgexini 0,08 по 2 таблетки 3 р/деньTab. Ranithidini 0,3 по 1 таблетке на ночь |
| 25.10.02 | 36,7 | 36,8 | Состояние прежнее. Пульс 68 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм.рт.ст. Дыхание жёсткое. Шумов нет. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Физиологические отправления в пределах нормы. | Режим 1Диета №15Tab. Bromgexini 0,08 по 2 таблетки 3 р/деньTab. Ranithidini 0,3 по 1 таблетке на ночь |