

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра семейной и доказательной медицины

Тема СРИ: Обоснование клинического диагноза при распространенных заболеваниях в терапии

Обоснование диагноза пациента: Темиров Талгат Сагатович

Подготовил врач-интерн: Турдалиев Ержан Аскарлович

Группа: 660 ОВП

Преподаватель: Жакупбекова М.О.

Информация о пациенте:

№ п/п	Данные пациента	Информация о пациенте
1	ФИО пациента:	Темиров Талгат Сагатович
2	Дата рождения:	18.04.1965
3	Дом. адрес:	Пос.Косшы
4	Место работы:	Водитель
5	Клинический диагноз :	<ol style="list-style-type: none">1. Основное заболевание:ХОБЛ.Бронхитический тип. Категория В. Фаза обострение.2. Осложнение основного заболевания: ДН 2 ст.3. Сопутствующие заболевания: Гипохромная железодефицитная анемия,легкой степени тяжести.

Критерии диагностики:

№ п/п	Критерии	Описание
1	Субъективные	Кашель трудно выделяемым мокротой слизисто –гнойного характера. На приступы удушья . На одышку при физической нагрузке . Чувство нехватки воздуха. Температура тела 38,2С.Слабость, повышенная утомляемость, на головокружения.
2	Анамнестические	Считает себя больным в течение 10 лет. Заболевание началось в 1993 году, когда после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции, стал отмечать появление одышки после физической нагрузки, усилился кашель с выделением светлой слизистой мокроты, появились приступы удушья по ночам и затем с утра. В 1995 годы выставлен диагноз – хронический бронхит.

Общее состояние: удовлетворительное, сознание ясное, ориентируется в пространстве. Положение пассивное. Телосложение: нормостенический тип, рост 173 см., вес 82 кг. Температура тела 36,6 градусов.

Кожные покровы и видимые слизистые: Кожные покровы бледноватые, лёгкий акроцианоз. Высыпаний на коже нет. Ногти выпуклой формы, розового цвета, без видимых изменений. Цвет видимых слизистых оболочек - бледно-розовый, высыпаний нет.

Периферические лимфоузлы: Не пальпируются.

Состояние мышц: Болезненность при ощупывании отсутствует. Мышечный тонус нормальный. При осмотре лица патологий не выявлено. Склеры нормальной окраски.

Состояние костной системы: При ощупывании и поколачивании кости безболезненны. При осмотре деформаций нет.

Органы дыхания: Дыхание через нос свободное. Деформации и отечность в области гортани отсутствуют. Форма грудной клетки бочкообразная. Аускультативно коробочный оттенок перкуторного тона. ЧДД 22. Тип дыхания преимущественно диафрагмальный.

Сердечно-сосудистая система: При осмотре сосудов шеи отмечается слабая пульсация сонных артерий дыхание-везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца- в пределах нормы. Тоны сердца: приглушены, ритмичные. Шумы: не выслушиваются. ЧСС 78 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. ЭКГ).

Система пищеварения: Язык характерен малиновый язык с гладкой поверхностью. Зубы требуют санации, десны без воспаления и изъязвлений. Живот округлой формы, не увеличен. Видимой перистальтики желудка и кишечника, наличие венозных коллатералей не отмечается. Выслушивается тимпанический перкуторный звук.

Система мочевыделения: Припухлость, покраснение кожи в поясничной области не отмечаются. Боли не беспокоят. Надлобковая область не выбухает. Оволосение по мужскому типу. Отеки отсутствуют. Боли при поколачивании в области поясницы не возникают. Мочевой пузырь не пальпируется. Болевые точки безболезненны.

4	ОАК	Нв 90 г/л Эритроцит $3,3 \cdot 10^{12}$ Гематокрит Лейкоцит 2,9 Цветного показателя 0,75 Ретикулоцит 0,1
	ОАМ	Без изменений
	БХ	Сывороточного железа 77 мкм/л Непрямого билирубина 3,3 мг%
	Анализ макроты	Цвет серый, характер гнойно-слизистый. Эпителий плоский, цилиндрический. Альвеолярные макрофаги немного. Лейкоциты покрывают поле зрения. Эритроциты, эозинофилы единичные в поле зрения.
5	Рентгенография грудной клетки	Утолщение стенок бронхиальных структур. Увеличение переднезаднего размера грудной полости ;признаки хронического бронхита.

Клинические синдромы (выделить ведущий синдром):

№ п/п	Синдромы	Описание
1	Синдром бронх обструкции	Кашель с отделением слизисто -гнойный мокроты, приступы удушья, чувство нехватки воздуха.
2	Синдром дыхательной недостаточности	Одышка при незначительной физической нагрузке.
3	Интоксикационный синдром	Температура тела 38,2С,слабость.

Клинический диагноз (согласно классификации):

№ п/п	Структура диагноза	Формулировка диагноза
1	Основное заболевание:	ХОБЛ . Бронхитический тип. Категория В. Фаза обострение.
2	Осложнение основного заболевания	ДН 2 ст.
3	Сопутствующие заболевания:	Гипохромная железодефицитная анемия , легкой степени тяжести.

Обоснование основного заболевания с осложнениями

(см. пример в таблице)

Пункт диагноза для обоснования	Анамнез	Клиника	Лабор. данные	Инструм. данные
<i>ХОБЛ</i>	<i>Хроническое течение, Считает себя больным в течение 10 лет. Заболевание началось в 1993 году, когда после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции</i>	<i>Синдром бронхо-обструкций Синдром интоксикации Синдром дыхательной недостаточности</i>	<i>ОАК – лейкоцитоз Ан.мокроты- лейкоциты</i>	<i>Утолщение стенок бронхиальных структур. Увеличение переднезаднего размера грудной полости ; признаки хронического бронхита.</i>
<i>Бронхитический тип</i>		<i>кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, одышка умеренно, усиливается при обострении,</i>		<i>Фиброзно-склеротические изменения. Утолщение стенок бронхиальных структур.</i>
<i>Категория В</i>		<i>Число баллов по опроснику mMRC ≥ 2 / Число баллов по опроснику CAT ≥ 10; · Число обострений в течение года – 0-1; · Степень бронхообструкции по данным спирометрии – 1- 2 степени.</i>		
<i>ДН 2</i>		<i>Одышка при незначительной</i>	<i>Газы крови в норме</i>	

п/п	Принципы лечения	Описание
1	Воздействие на факторы риска	Пациенту пративопакозание употребление алкоголя и курения. Адекватное соблюдение режима и диеты. Избегать: переохлаждения воздействие профессиональных вредностей (пыль, химические полютанты, пары кислот и щелочей)
2	Этиотропное	<p>Антибактериальные препараты. Устранение причин, приведших к развитию ХОБЛ, а также воздействие на факторы риска. Способствующие возникнавлению ХОБЛ.</p> <p>-Цефтриаксон 1гр+натрий хлорид 0,9% 20,0мл в/в 2раза в день -Левифлоксацин 500мг 100,0мл в/в кап. 2раза в день</p>
3	Патогенетическое	<p>Восстановление нарушенной бронхиальной проходимости. Улучшение легочной вентиляции и кровообращения.</p> <p>Сальбутамол раствор 2,5мг 3-4раза ингаляция Пульмикорд 2-4 мл Беродуал 1-2 мл ингаляция 3раза в день.</p>
4	Симптоатическое	<p>Противокашлевые , отхаркивающие. Устронение гипоксии.</p> <p>Амбро 4мл 1 раз в день Оксигенотерапия</p>

План диспансеризации данного больного (приказ №885):

<i>n/n</i>	<i>Мероприятие</i>	<i>Выполнение</i>
1	<i>Наименование и частота лабораторных и диагностических исследований</i>	<i>ОАК- 2 раза в год, ОАМ- 2 раза в год, X-Ray обзорная ОГК-1 раз в год, Микроскопия мазков мокроты - 1 раз в год, анализ мокроты на чувствительность бактерии к антибиотикам- 1 раз в год, Оксиметрия - 1 раз в год, Спирометрия - 1 раз в год, Бронхоскопия - 1 раз в 2 года, КТ легких - 1 раз в 2 года.</i>
2	<i>Медицинские осмотры СМР (среднего медицинского работника)</i>	<i>Направление и контроль за соблюдением частоты лабораторных и других диагностических исследований. Действие по маршруту пациента, при появлении признаков прогрессирования и изменения лабораторных показателей направление к ВОП.</i>
3	<i>Частота осмотра СМР</i>	<i>4 раза в год.</i>
4	<i>Медицинские осмотры ВОП</i>	<i>Контроль за состоянием пациента. При появлении факторов риска коррекция терапии. При появлении признаков прогрессирования решение вопроса госпитализации. При отсутствии эффективности и лечения в течении 2 недель, направление к врачу-пульмонологу.</i>
5	<i>Частота осмотра ВОП</i>	<i>2 раза в год (плановая), по показаниям частота может увеличиться.</i>
6	<i>Консультация профильных специалистов</i>	<i>Врач-пульмонолог (по показаниям др. узкие специалисты).</i>
7	<i>Частота наблюдения профильными специалистами</i>	<i>При отсутствии эффективности лечения и/или прогрессирования заболевания.</i>