1.Общие сведения

левосторонний нижнедолевой пневмония

1.ФИО:

.Возваст:53 года

.Пол:мужской.

.Место работы:ООО-Сульча .

.Должность в настоящее время: тракторист.

.Домашний адрес:

Дата поступления в стационар:15.12.2016 г.

.Анамнез

.Жалобы на момент поступления:

острую боль в грудной клетке в левом боку при дыхании и кашле;

кашель с трудно отделяющейся вязкой мокротой желто-зеленого цвета(около 10-20 мл,без примесей крови)

инспираторную одышку в покое, стихающую самостоятельно;

на повышение температуры тела (до 38,5°С). Снижение температуры происходит самостоятельно или под действием жаропонижающих препаратов и сопровождается обильным потоотделением;

отеки на нижних конечностях до средней трети голени.

Второстепенные жалобы: общая выраженная слабость, утомляемость, головная боль, отсутствие аппетита.

. Жалобы на момент курации:

кашель с выделение вязкой мокроты желто-зеленого цвета( около 20-30 мл.,без примесей крови);

инспираторную одышку при незначительной физической нагрузке( ходьба по коридору на расстоянии 50-100 м.), стихающую в покое при остановке спустя 2-3 минуты;

повышение температуры тела до 37,0-37,8 С0.

Второстепенные жалобы: слабость, утомляемость.

. История настоящего заболевания

Считает себя больным с 2.12.2016 года, когда без видимых провоцирующих факторов у больного, впервые появилась слабость во всем теле, снизилась работоспособность, а к вечеру повысилась температура тела до 390 С. Лихорадка сохранялась в течение последующих 2-х суток с колебаниями от 37.6ºС до 39°С и сопровождалась слабостью и одышкой при небольшой физической нагрузке. К врачам не обращался, лечился самостоятельно, принимал парацетамол и аспирин, после которого общее состояние улучшилось и температура тела на короткое время снижалась примерно на 1,0-1,5ºС.

В конце 3-го дня болезни появились и нарастали острые колющие боли в левой подлопаточной области, которые резко усиливались на высоте глубокого вдоха и кашле. Одновременно появился кашель, вначале сухой, а в последующие дни - с небольшим отделением слизистой мокроты.На 4-5 день болезни стала нарастать одышка с затрудненным вдохом, из-за чего заметно снизилась переносимость физических нагрузок.

.12.2016 года больной обратился в поликлинику по месту жительству. В тот же день была произведена госпитализация в терапевтической отделение в связи с тяжестью состояния больного. Были проведены соответствующие лабораторные и инструментальные исследования и на основании них был выставлен диагноз:»внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония, тяжелой степени тяжести, ДН 1 степени».Больной получал антибактериальную терапию(со слов больного).Терапия не дала должного положительного эффекта(состояние больного ухудшалось, температура не снижалась, одышка нарастала, нарастала дыхательная недостаточность).

.12.2016 г. было принято решение о переводе больного в ГАУЗ РКБ в пульмонологическое отделение для дальнейшего обследования и подборе рационального лечения. 3.История жизни больного

Перенесенные заболевания и оперативные вмешательства.

Перенесенные заболевании:

ОРВИ,ОРЗ;

ветряная оспа в детстве.

Оперции:

аппендоэктомия в возрасте 12 лет.

Эпидеиологический анамнез

TBC, вирусные гепатиты, ВИЧ, ЗППП отрицает.Гемотрансфузий не было .Вхождение в контакт с инфицированными больными отрицает. В течение последних 6 месяцев за пределы региона не выезжал.

Аллергический анамнез

Непереносимости пищевых продуктов ,парфюмерных изделий , запахов растений не отмечает.

Социальный анамнез

Бытовой анамнез.

Материально обеспечен.Живет в собственном доме. Питание нерегулярное 2-3 раза в день, неполноценное.

Трудовой анамнез.

С 1980 года работает трактористом «ООО Сульча».

Вредные привычки.

-курит по одной пачке в день,стаж более 20 лет;

алкоголем не злоупотребляет, наркотические вещества не употребляла (со слов пациента).

4.Объективный осмотр.

.Общий наружный осмотр.

Общее состояние: средней степени тяжести.

Температура тела: 37,5С..

Сознание: ясное.

Положение тела: активное.

Антропометрические данные: Рост 178 см,вес - 57 кг.ИМТ- 18,3кг/м2. Дефицит массы тела.

Телосложение правильное. Конституционный тип -астенический.

2.Система органов дыхания.

Форма грудной клетки правильная, левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Частота дыхательных движений 25 в минуту. Тип дыхания-смешанный. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Одышка в покое с затрудненным вдохом. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются. Пальпация грудной клетки. При пальпации V- межреберных промежутков слева по лопаточной линии отмечается умеренная болезненность. Эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание ослаблено в подлопаточной и аксиллярной области слева. На остальных симметричных участках грудной клетки одинаково. При сравнительной перкуссии определяется коробочный перкуторный звук над симметричными участками легких, за исключением подлопаточной и аксилярной области слева, где выявляется отчетливое притупление в нижних долях.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Верхняя граница легких | | |
| Высота стояния верхушек спереди | 3 см выше ключицы | |
| Высота стояния верхушек сзади | Остистый отросток VII шейного позвонка | |
| Ширина полей Кренига | 5 см | |
| Нижняя граница легких | | |
| Окологрудинная линия |  |  |
| Срединно-ключичная линия |  |  |
| Передняя подмышечная линия |  |  |
| Средняя подмышечная линия |  |  |
| Задняя подмышечная линия |  |  |
| Лопаточная линия |  |  |
| Околопозвоночная линия |  |  |

Основные дыхательные шумы: на симметричных участках грудной клетки выслушивается жесткое дыхание, ослабленное в нижних долях слева

Побочные дыхательные шумы: выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних долях слева, не исчезают при покашливании. Шума трения плевры, крепитации нет.

Бронхофония: выслушивается усиление бронхофонии в нижних долях слева.

.Сердечно-сосудистая система

При осмотре области сердца выпячиваний, видимой пульсации не обнаружено.

Пальпация: верхушечный толчок визуализируется, пальпируется в V межреберье слева на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии,низкий , сильный, умеренно резистентности.

Тоны сердца приглушенные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) - 75 ударов в минуту. Дополнительных тонов, побочных органических и функциональных шумов не выявлено. Исследование сосудов.

Пульс симметричный, частотой 75 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.. Симметричный с обеих сторон. 3.4.Артериальное давление. Артериальное давление на левой руке- 120/85 мм.рт.ст., на правой руке 130/80 мм.рт.ст.

5.Желудочно-кишечный тракт

Слизистая ротовой полости бледно-розового цвета. Язык влажный, покрыт белым налетом. Миндалины не увеличены, бледно-розового цвета. Живот не вздут, участвует в акте дыхания.

Кишечные шумы прослушиваются, перистальтика кишечника сохранена.

При поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации сигмовидная кишка не пальпируется. Слепая кишка не пальпируется. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

Печень: размеры по Курлову:

по l. medioclavicularis dextra - 9 см;

по l. mediana anterior - 8 см;

по левой реберной дуге - 7 см;

Нижний край печени выступает из- под правого подреберья на 1 см, мягкий, гладкий, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется, в месте проекции болезненности нет, симптомы Ортнера, Курвуазье, Кера, Мюси, Мерфи отрицательные.

Селезенка: перкуторно - поперечник 4 см, длинник 6 см, пальпации не доступна, в месте проекции болезненности нет.

Поджелудочная железа - болезненности в месте проекции нет.

Симптомов раздражения брюшины нет, свободной жидкости в брюшной полости нет.

6.Мочеполовая система

В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Гиперемии кожи, припухлости или сглаживания контуров поясничной области нет. Ограниченное выбухание в надлобковой области (после опорожнения мочевого пузыря) отсутствует.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Над лобком притупления перкуторного звука (после опорожнения мочевого пузыря) нет.

Почки не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется. При пальпации в рёберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников болезненности нет.

.Предварительный диагноз: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелой степени тяжести, ДН 2 ст..

.План обследования:

Лабораторные исследования:

.Развернутый клинический анализ крови с лейкоформулой. Назначается для выявления в крови признаков острого воспаления: выраженного лейкоцитоза с преобладанием в лейкоцитарной формуле нейтрофилов, в том числе юных форм, повышенного СОЭ;

.Микроскопическое исследование мокроты и посев мокроты. Исследование на КУБ провести дважды. Назначается для установления этиологии заболевания и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам;

. Клинический анализ мочи. Назначается для оценки дезинтоксикационной функции почек;

.Биохимический анализ крови (ОБ, холестерин, глюкоза, мочевина, креатинин, калий, натрий, АсТ, АлТ, ЛДГ, СРБ).

7.Инструментальные методы исследования

.Рентгенография грудной клетки в 3-х проекциях. Позволит по форме затемнения уточнить диагноз пневмонии (ожидается диффузное затемнение), оценить корни легких и не пораженную ткань легкого.

.Фибробронхоскопия.

.УЗИ органов брюшной полости;

.УЗИ плевральной полости.

.ЭКГ.

.Консультация фтизиопульмонолога и онкопульмонолога.

.Данные лабораторных и инструментальных исследований.

)ОАК от 15.12.2016 г.Эрит-3,26 \*1012 /л,Hb-107г/л,Tr-470 \*10 9 /л,лейк-17,7\*109/л,нейт-72,2%,лимф-6,1%,мон-19,2%,эоз-0,2%,баз-2,3%.Заключение:анемия ,лейкоцитоз со сдвигом влево,тромбоцитоз.

ОАК от 16.12.2016 г.Эрит-3,23 \*1012 /л,Hb-103г/л,Tr-480 \*10 9 /л,Лейк-16,4\*109/л,сегм-75,2%,пал-3%,лимф-16,1%,мон-6%,эоз-0,2%,баз-1,3%,СОЭ-46 мм/ч.Заключение:анемия ,лейкоцитоз со сдвигом влево,тромбоцитоз

ОАК от 19.12.2016 г.Эрит-3,10 \*1012 /л,Hb-98г/л,Tr-540 \*10 9 /л,Лейк-13,4\*109/л,сегм-79,0%,пал-4%,лимф-14%,мон-2%,эоз-1%,баз-1,0%,СОЭ-51мм/ч.Заключение:анемия ,лейкоцитоз со сдвигом влево,тромбоцитоз.

ОАК от 21.12.2016 г.Эрит-3,24 \*1012 /л,Hb-109г/л,Tr-598 \*10 9 /л,Лейк-13,5\*109/л,сегм-75,0%,пал-2%,лимф-13%,мон-10%,эоз-1%,баз-1,0%,СОЭ-48мм/ч.

Заключение:анемия ,лейкоцитоз со сдвигом влево,тромбоцитоз.

)ОАМ от 16.12.2016г.цв.- желтый,уд.вес- 1015.прозрачность-мутная.белок-0.33.макроскопическое исследование:лейк:10-12 в п/з,эритр.измененные:7-8 в п /з.эпителий плоский- 14-16 в п/з.цилиндры зернистые 2-3 в п/з,слизь=+.бактерии =+.

ОАМ от 21.12.2016г.цв.-с/ж,уд.вес- 1005.прозрачность-проз.белок-отр.макроскопическое исследование:лейк:1-2в п/з,эпителий плоский- 1-2 в п/з.

ОАМ от 16.12.2016г.цв.-с/ж.вес- 1003.прозрачность-проз.,белок-отр.,макроскопическое исследование:лейк:5-8в п/з,эритр.измененные:2-4 в п /з.эпителий плоский- 10-12 в п/з.

)БАК от 15.12.2016 г.АЛТ-21 ед/л,общий белок-58,6г/л.,общий билирубин- 15,6 ммоль/л.,мочевина- 3,9 ммоль/л.,креатинин- 34 мкм/л.,калий 2,8ммоль/л,натрий- 134.9 ммоль/л.

БАК от 16.12.2016 г.АсТ-14 ед/л,общий белок-54,8/л.,общий билирубин- 10,6 ммоль/л.,мочевина- 3,9 ммоль/л.,креатинин- 52 мкм/л.,калий 3,0ммоль/л,натрий- 144 ммоль/л.,глюкоза- 5, моль/л.С реактивный белок-200 мг/л.

БАК от 19.12.2016 г.АЛТ-24 ед/л,общий белок-61,4г/л.,общий билирубин- 5,6 ммоль/л.,мочевина- 3,4 ммоль/л.,креатинин- 44 мкм/л.,калий 3,6 ммоль/л,глюкоза-4.7 ммоль/л.

БАК от 22.12.2016 г. С-реактивный белок-102,1 мг/л.

)Коагулограмма от 15.12.2016 г.: протромбин по Квику 34,2%, МНО-2,03%.

Коагулограмма от 16.12.2016 г.: протромбин по Квику 60,3%, МНО-1,48,фибриноген-5,10 г/л.

Коагулограмма от 21.12.2016 г.: протромбин по Квику 71,0%, МНО-1,18,АЧТВ- 33,00 сек,фибриноген-4,6 г/л.

)Анализ мокроты от 16.12.2016:цвет-желто-зеленая,констинтеция-вязкая,эоз-не обнаружены,лейк-3-6 в п/з,эпит.кл.-2-4 в п/з,макрофаги-

Анализ мокроты от 19.12.2016:цвет-желто-зеленая ,констинтеция-вязкая,характер-гнойная,эоз-не обнаружены,лейк-315-20-25 в п/з,эпит.кл.-35 в п/з,макрофаги

)Рентгенография грудной клетки от 15.12.2016г.

Заключение:уменьшение объема левого легкого, возможно за счет сколиоза верхнегрудного отдела позвоночника.Прозрачность нижней доли левого легкого несколько неоднородно снижена за счет уплотнения паренхимы, на которого видны просветы бронхов, а в зоне С6 и участок просветления,подозрительный на деструкцию. Легочный рисунок диффузно обогащен за счет уплотнений стенок бронхов крупных и средних калибров.Корни легких не совсем четкой структуры,левый корень легкого смещен кнаружи.Костнодиафрагмальные синусы справа свободны ,слева не дифференцируются.Высокое стояние левого купола диафрагмы.Тень сердца без особенностей.Аорта расширена,уплотнена, с кальцием в стенке.

По сравнению с рентгенографиями от 14.12.2016-12.12.2016-9.12.2016-5.12.2016г. отмечается постепенное прогрессирование инфильтративных изменений в левом легком.

) Фибробронхоскопия от 15.12.2016 г.

Осмотрены просветы трахеи и бронхов от 5-7 генерации.Рельеф хрящевых колец прослеживается.Гиперемия слизистой проксимальных бронхов не выражена.Слева имеется умеренная отечность слизистой, устья субсегментарных ветвей нижнедолевого бронха уплощены ,овальной формы.Умеренное количество мутной слизистой мокроты на стенках бронхов с обеих сторон, преимущественно слева.

Санация.Катетеризация бронхов.

Аспират для цитологии взят из ветвей В6 левого легкого, лаваж раствором NaCl, вливание в нижнедолевой бронх слева+ вливание диоксидина.

)Узи плевральной полости: в плевральных полостях дополнительных эхо-образований не обнаружено.

)Экг от 15.12.2016 г:синусовый ритм ,нормограмма(угол а45 гр).Вероятно увеличение левых камер сердца.

8.Лечение

.Режим палатный .

.Стол №16.

.Гепарин 5 тыс .ед п/к

Применяется ступенчатая антибактериальная пневмония.Сначала парентеральный путь введения лекарственных препаратов,после переход на пероральный прием.

Так же следует отметить что у данного пациента затяжная(впервые симптомы заболевания появились 2.12.2016 и на фоне проведенного лечения в ЦРБ по месту жительства не было достигнуто ожидаемого положительного эффекта) пневмония( возможна атипичная).

.Меропенем(ингибиторзащищенные цефолоспарины)

г.на 200 мл NaCl 0,9 % в/в капельно в течение 5 дней.

.Диоксидин 50 мл 1% эндобронхиально через катерер, 1 раз в сутки в течение 5 дней.

Перед применением проводят пробу на переносимость Диоксидина <http://nmedicine.net/instrukciya-po-primeneniyu-dioksidina-v-ampulax/> введением в полость 10 мл 1% раствора. Если в течение 3-6 часов отсутствуют побочные эффекты (повышение температуры, озноб, головокружение) приступают к курсовому лечению, в противном случае Диоксидин не применяют.

Диоксидин применяется при неэффективности других медикаментозных препаратов и затяжном течении внебольничной пневмонии.

. .Азитромицин(макролиды)

,5 г. на 200 NaCl в/в капельно в течение 3-5 дней.

Основные критерии отмены антибиотиков является обратное развитие клинических симптомов:

нормализация температуры тела;

уменьшение кашля;

нормализации анализов периферической крови;

наличие отрицательной динамики на рентгенографии органов грудной клетки.

уменьшение объема и/или характера мокроты.

.Амброксол 30 мг 3 р/д ингаляции течение 10 дней(муколитик)

Ожидаемы эффект:улучшение эвакуацию вязкой,гнойной мокроты.

.глюкоза 5% 250 мл+ аскорбиновая кислота 5% 4,0 мл в/в капельно.в течение 3-5 дней.