Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

Волгоградский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра факультетской терапии

История болезни

Отделение-Терапия

Двухсторонняя внебольничная пневмония

Куратор

Студент 4 ого курса

Лечебного факультета

Волгоград 2016г.

1. Паспортные данные

Ф.И.О. больного - С.А.В.

Возраст- 73 года

Пол - Женский

Семейное положение - Замужем

Профессия - Пенсионер

Место Жительства -

Дата и время поступления- 15.11.2015 10.30. утром

Диагноз при поступлении - Внегоспитальная двухсторонняя пневмония

кровообращение пищеварение пневмония дыхание

2. Основные жалобы больного при поступления

Больную беспокоят слабость, недомогание, озноб, снижение трудоспособности, потливость, головная боль, потерь аппетита.

. История настоящего заболевания

Заболевание началось остро 11 ноября 2015 г. после переохлаждения, когда у больной поднялась температура до 39,5 ºС и появился сухой кашель. Никаких лекарственных препаратов больная не принимала. Через 2 дня кашель стал влажным с трудно отделяемой мокротой, при этом температура держалась в течение 4-х дней. 15 сентября 2015г. вызвала бригаду СМП и была госпитализирована в больницу № 07, с диагнозом Внегоспитальная двухсторонняя пневмония. Пациентка не состояла на диспансерном учёте. Из ранее перенесённых заболеваний дыхательной системы больная отмечает только ОРВИ.

4. История жизни больного

С.А.В. родилась в 1942 г. в городе Волгограде. Первым ребёнком в семье. Роды были своевременными и проходили без осложнений. Масса тела при рождении 3600 г. Возраст матери и отца на момент её рождения 19 и 20 лет соответственно. Вскармливался естественно. Физически и психически развивался соответственно возрасту, рахитом не страдала. Говорить начала в 12 месяцев, ходить в 11 месяцев. В школу пошла с 7 лет. Успеваемость в школе была хорошая. Получила средне-специальное образование. Бухгалтер.

Трудовой анамнез. Начала работать с 22 лет бухгалтером (Вредные факторы, физическое и психическое напряжение). В настоящее время не работает.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Проживает в двухкомнатной квартире в кирпичном доме. Дом сухой, достаточная степень инсоляции жилых помещений. Питается нерегулярно 3 раза в день. В рационе преобладает рыба и растительная пища. Питается в основном дома. Физкультурой и спортом не занимается. Пребывание на воздухе около 1ч. в сутки.

Вредные привычки Курение, употребление наркотиков отрицает. Алкоголем не злоупотребляет.

Перенесенные ранее заболевания, ранения. Перенесенные детские инфекции не помнит. Из перенесённых заболеваний отмечает ОРВИ. Туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты отрицает.

Семейный анамнез: Со стороны отца наследственность не отягощена. У матери Г.Б. Нервными, психическими заболеваниями никто из членов семьи или родственников не страдает.

Наследственность: не отягощена.

Семейный анамнез: замуж вышла в 20 лет. Имеет двух детей.

Аллергологический анамнез: со слов пациента, аллергических реакций на лекарственные средства, продукты питания, косметические средства, запахи, пыльцу различных растений, также на контакт с различными животными, одеждой, шерстью, дорожной пылью, постельными принадлежностями аллергических реакций не отмечал.

Трансфузионный анамнез: переливание крови и введение сывороток не проводились.

. Опрос по системам

Общий осмотр.

Общее состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное; бреда и галлюцинаций нет. Походка свободная. Телосложение правильное. Конституциональный тип - нормостеник. Длина шеи и конечностей пропорциональна длине туловища. Рост 167 см, масса тела 65 кг.

Система кожных покровов и видимых слизистых. Кожный покров бледно-розового цвета, видимые слизистые оболочки (глаз, носа, губ, полости рта) - бледно-розовые. Патологической пигментации не обнаружено. Кожа эластична, тургор сохранен. Влажность кожи умеренная. При осмотре общие отеки не выявлены. Сыпь, шелушения, рубцы, "сосудистые звездочки" не обнаружены.

Оволосение.

Оволосение выражено умеренно, по женскому типу. Выпадение и ломкость волос не наблюдается. Отмечается частичное поседение волос.

Ногти.

Форма овальная, поверхность ровная, прозрачные. Исчерченности, ломкости, матовости не отмечается.

Подкожно-жировая клетчатка.

Выражена умеренно, толщина кожной складки в области трёхглавой мышцы плеча - 2,5 см. Отложение жира равномерное, место наибольшего отложения жира - живот.

Периферические лимфатические узлы.

Затылочные, передние и задние шейные, околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Мышечная система.

Степень развития мышечной системы обычная, тонус мышц нормальный. При пальпации и движении болезненность не отмечается. Сила мышц в кисти, бёдрах, голени умеренная. Дрожание отдельных мышц и мышечных групп конечностей и туловища не обнаружено. Парезов и параличей нет.

Костно-суставная система.

При исследовании костей черепа, таза, конечностей утолщений, искривлений и других нарушений не установлено. Периостита, акромегалий, изменений концевых фаланг кистей и стоп, болезненности при пальпации и перкуссии не отмечается.

Конфигурация суставов нормальная, припухлостей и деформаций нет. Болей и неприятных ощущений в других отделах костно-суставной системы не обнаружено. Хруст, флюктуации, контрактуры, анкилозы не обнаружены. Походка нормальная.

Осмотр головы, лица, шеи.

Голова. округлой формы, нормальной величины, положение прямое, подвижность свободная, мозговая и лицевая части черепа развиты пропорционально. Надбровные дуги выражены умеренно.

Лицо. Выражение спокойное, цвет кожи лица бледно-розовый.

Глаза. глазная щель правильной формы, не сужена, зрачки нормальной величины и формы, реакция зрачков на свет равномерная, быстрая, содружественная. Блеск глаз умеренный, слезотечение отсутствует. Конъюнктива бледно-розового цвета. Экзофтальма и западения глазных век не наблюдается.

Нос. форма правильная, не деформирован.

Слизистая носа бледно-розового цвета, умеренной влажности, не гипертрофирована. Выделений из носа нет. Носовое дыхание свободное.

Зев. Слизистая розовая. Гнойных пробок, налётов, изъязвлений, кровоизлияний, сыпи нет.

Губы. бледно-розовые, влажность нормальная, кайма губ не сглажена, герпетических высыпаний нет, трещин в уголках рта не обнаружено.

Шея. правильной формы, симметричная, без видимых деформаций. Уплотнений, болезненности нет.

Щитовидная железа: область проекции щитовидной железы визуально не изменена.

Система органов дыхания.

Осмотр грудной клетки.

Статический осмотр грудной клетки.

Нормостеническая форма грудной клетки. Эпигастральный угол прямой. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ход ребер прямой. Межреберные промежутки прослеживаются. Ключицы выявляются хорошо, надключичные и подключичные ямки выражены умеренно. Ассиметрических выпячиваний и западений грудной клетки нет. Патологического искривления позвоночника нет.

Динамический осмотр грудной клетки.

Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Тип дыхания грудной. Вспомогательные дыхательные мышцы не участвуют. Дыхание ритмичное, обычной глубины. Частота дыхания 20 в минуту. Одышка носит смешанный характер.

Пальпация грудной клетки.

Грудная клетка эластичная, при пальпации безболезненная. Ширина межреберных промежутков нормальная. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки не изменено.

Перкуссия.

Сравнительная перкуссия легких.

В 4-м и 5-м межреберьях по правой окологрудинной и правой среднеключичной линиям отмечается притупление перкуторного звука. На остальных симметричных участках грудной клетки, над всей легочной поверхностью определяется ясный легочный звук. Исключение составляет физиологическое укорочение перкуторного тона в правой подмышечной области, т.к. рядом находится печень, и во II и III межреберьях слева за счет близкого расположения сердца.

Топографическая перкуссия легких.

Высота стояния верхушки левого легкого спереди 3 см выше середины ключицы, сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Высота стояния верхушки правого легкого спереди на 3 см выше середины ключицы, сзади на уровне VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига слева и справа 6 см. Нижние границы легких по всем топографическим линиям в норме.

Аускультация легких.

В 4-м и 5-м межреберьях по правой окологрудинной и правой среднеключичной линиям выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы и крепитация. Над остальной поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Физиологическое бронхиальное дыхание выслушивается в области рукоятки грудины и места соединения её с грудиной - спереди, а сзади - в межлопаточном пространстве на уровне III и IV грудных позвонков. Шум трения плевры не выслушивается. Выслушивается усиление бронхофонии справа в 4-м и 5-м межреберьях по окологрудинной и среднеключичной линиям.

Система органов кровообращения.

Осмотр области сердца.

Область сердца визуально не изменена. Верхушечный и сердечный толчки не визуализируются. Сердечный горб отсутствует. Патологических пульсаций не видно.

Пальпация области сердца.

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью 1,5 кв. см., нормальной силы, средней амплитуды. Сердечный толчок не выявляется. Симптом "кошачьего мурлыканья" в области верхушки и основания сердца не обнаружен.

Исследование артериального пульса.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях по наполнению и времени появления пульсовых волн. Частота пульса - 65 в минуту. Ритм правильный. Пульс среднего напряжения и наполнения, средней величины, нормальной формы. Дефицита пульса нет. Стенка лучевой артерии эластичная и равномерная. Определяется пульсация височной, сонной, локтевой, лучевой, подключичной, подмышечной, плечевой, бедренной, подколенной артерий, a. tibialis posterior, a. dorzalis pedis, стенка их эластична.

Определение размеров сердца.

Поперечник сердца - 12,5см (сумма 2-х перпендикуляров). Первый перпендикуляр - расстояние от крайней точки правой относительной тупости сердца до передней срединной линии - 4см. Второй - расстояние от передней срединной линии до крайней точки левой границы относительной тупости сердца - 8,5 см.

Ширина сосудистого пучка определяется во II -м межреберье - 5,5 см.

Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца.

Правая граница - IV межреберье у левого края грудины.

Верхняя граница - IV ребро.

Левая граница - на 1см внутри от левой границы относительной тупости сердца.

Абсолютная тупость сердца образована правым желудочком.

Аускультация сердца и сосудов.

Ритм сердца правильный. Тоны сердца ясные. Изменения тонов, добавочных тонов, шумов сердца, экстракардиальных шумов нет. При аускультации сонной, бедренной артерий, яремной вены патологических изменений не выявлено. Двойной тон Траубе, двойной шум Дюрозье на бедренных артерий не выслушивается.

Правая рука Левая рука Классическое положение пациента: Систолическое АД 130 120Диастолическое АД 85 80.

Положение пациента стоя: Систолическое АД 125 115Диастолическое АД 80 75.

Система органов пищеварения.

Осмотр полости рта.

Запах изо рта обычный. Ротовая полость санирована. Язык бледно-розового цвета, умеренной влажности, не обложен. Десны бледно-розового цвета, не кровоточат. Цвет слизистой губ, щёк, твердого и мягкого неба - бледно-розовый. Слизистая рта и зева достаточной влажности. Запах изо рта, трещины в углах рта отсутствуют. Миндалины не увеличены. Лакуны не расширены. Исследование живота в вертикальном положении.

Общий осмотр.

Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики не выявлено. Подкожная венозная сеть на боковых стенках живота и вокруг пупка, расхождение прямых мышц живота, сыпи, не выявлено.

Поверхностная пальпация живота.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, напряжения мышц, грыжевых выпячиваний нет.

Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Пупочное и паховое кольца без патологии.

Перкуссия живота.

Желудок и кишечник дают громкий тимпанический звук. Наличие свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Симптом Менделя отрицательный.

Аускультация живота.

В пупочной области, в правом и левом фланках, в правой и левой подвздошных областях выслушивается умеренная перистальтика кишечника. Шум трения брюшины не выявлен.

Исследование живота в горизонтальном положении.

Исследование печени.

Осмотр области печени.

При осмотре области проекции печени на переднюю поверхность грудной клетки, правого подреберья и эпигастральной области ограниченного и диффузного выбухания не выявлено. Расширение кожных вен и анастомозов, кровоизлияний, сосудистых «звездочек» не обнаружено.

Пальпация селезенки.

Селезенка не пальпируется.

Свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено.

Мочеполовая система

Осмотр поясничной области.

При осмотре поясничной области припухлости, покраснения и отечности не обнаружено.

Перкуссия почек.

Болезненности при поколачивании поясничной области справа и слева нет (симптом Пастернацкого).

Пальпация почек и мочеточниковых точек.

В горизонтальном и вертикальном положении почки не пальпируются. Болезненности в болевых точках по ходу мочеточников нет.

Аускультация почек.

При аускультации почечных артерий в реберно-позвоночном углу шумы не выявлены.

6. Состояние больного во время обследования

Система кожных покровов и видимых слизистых.

Кожный покров бледно-розового цвета, видимые слизистые оболочки (глаз, носа, губ, полости рта) - бледно-розовые. Патологической пигментации не обнаружено. Кожа эластична, тургор сохранен. Влажность кожи умеренная. При осмотре общие отеки не выявлены. Сыпь, шелушения, рубцы, "сосудистые звездочки" не обнаружены.

Оволосение.

Оволосение выражено умеренно, по женскому типу. Выпадение и ломкость волос не наблюдается. Отмечается частичное поседение волос.

Ногти.

Форма овальная, поверхность ровная, прозрачные. Исчерченности, ломкости, матовости не отмечается.

Подкожно-жировая клетчатка.

Выражена умеренно, толщина кожной складки в области трёхглавой мышцы плеча - 2,5 см. Отложение жира равномерное, место наибольшего отложения жира - живот.

Периферические лимфатические узлы.

Затылочные, передние и задние шейные, околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Мышечная система.

Степень развития мышечной системы обычная, тонус мышц нормальный. При пальпации и движении болезненность не отмечается. Сила мышц в кисти, бёдрах, голени умеренная. Дрожание отдельных мышц и мышечных групп конечностей и туловища не обнаружено. Парезов и параличей нет.

Костно-суставная система.

При исследовании костей черепа, таза, конечностей утолщений, искривлений и других нарушений не установлено. Периостита, акромегалий, изменений концевых фаланг кистей и стоп, болезненности при пальпации и перкуссии не отмечается.

Конфигурация суставов нормальная, припухлостей и деформаций нет. Болей и неприятных ощущений в других отделах костно-суставной системы не обнаружено. Хруст, флюктуации, контрактуры, анкилозы не обнаружены. Походка нормальная.

. Функциональные методы исследования

Результаты лабораторных и инструментальных исследований.

. Общий анализ крови от 22.03.2012г.

Показатели полученные данные норма

Эритроциты 4,65 \* 1012 / л 3,9 - 4,7 \*1012 /л

Гемоглобин 147 г/л 130 - 160 г/л

Цветовой показатель 0,95 0,85 - 1,05

СОЭ 40 мм/час 2- 15 мм/час

Тромбоциты 210 \* 109 /л 180-320 \* 109 /л

Лейкоциты 11,1 \* 109 /л 4,0 - 9,0 \* 109 /л

Нейтрофилы:

Палочкоядерные 9 % 1 - 6 %

Сегментоядерные 73% 47 - 72 %

Эозинофилы 5 % 0,5 - 5 %

Базофилы 1,6 % 0 - 1 %

Лимфоциты 27% 19 - 37 %

Моноциты 3% 3- 11 %

Заключение: Умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ

. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин) от 23.03.2012.

Показатели Полученные данные. Норма

Общий белок сыворотки 65 г/л 65-85г/л

Креатинин 0,093ммоль/л 0,044-0,120ммоль/л

Глюкоза 6,0 ммоль/л 3,58-6,05ммоль/л

Мочевина 7,26 ммоль/л 2,5-8,32 ммоль/л

Заключение: Норма

. Общий анализ мочи. Цвет Жёлтый Прозрачность Прозрачна Удельный вес 1030 ↑ Реакция мочи Слабо кислая Белок 0,184 ↑

Эпителиальные клетки плоские 2-4 в поле зрения (Норма) Лейкоциты 35-40 в поле зрения Эритроциты 10-15 в поле зрения компьютерная томография органов грудной клетки с в/в болюсным контрастированием №2627 от 18.11.2015.

На серих стандартных и акисленных форма срезов грудной клетки обычная. С обеих сторон в плащевой зоне S 3,4,8-10 справа, в S 3, 8-10 слева определяются интертициальные изменения в виде утольщения междольковых и внутридольковых перегородок. Междолевая и костальная плевра справа утольшена. Слева определяется осумкование незначительного количества жидкости по междолевой плевре и в переднем отделе левого реберно-диафрагмального синуса и над диафрагмой, слой осумкованной жидкости над куполом диафрагмы слева до 3,8 с.м.

Заключение - Выявленые изменения в лёгких наиболее характерны недостаточности кровообращения в малом круге. Осумкованный рёберно-диафрагмальный плеврит слева. 20.11.2015.УЗИ органов брюшной полости. -Без патологии.

. ЭКГ

Вертикальное положение ЭОС. Ритм синусовый, ЧСС - 65 в мин

9. Данные рентгеноскопии и рентгенографии

На обзорной рентгенограмме органов грудной полости видны очаговые затемнения справа в 4-м и 5-м сегментах, бронхо-легочный рисунок умеренно усилен.

. Анализ основных симптомов

У больной отмечается высокая температура. Это происходит потому что антигены бактерии действуют в качестве пирогены и организм в реакции показывает лихорадку.

У больной кашель с зелённой мокротой. Пневмококки являются пиелогенными. В результате их действия у больной образуется гнойная трудно отделяемая мокрота.

У больной отмечается слабость. Токсины образуемые бактериями в их процессах метаболизма влияет на слабость организма.

У больной отмечается одышка. Это объясняется тем что объем легких уменьшился и дыхательная экскурсия снижена.

. Дифференциальный диагноз

Болезни легких различного происхождения имеют схожие симптомы. В первую очередь пневмонию дифференцируют от:

туберкулеза;

тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА);

опухолевых поражений;

1.) Дифференциальная диагностика пневмонии и туберкулеза

Течение некоторых форм туберкулеза в начальной стадии очень похоже на клиническую картину бактериальной пневмонии. Однако следует помнить, что начало туберкулеза протекает почти бессимптомно. Больные жалуются на утомляемость, легкое недомогание (как следствие интоксикации), покашливание, потливость. На этой стадии при рентгенологическом исследовании поражение легких уже явны.

Для бактериальной пневмонии характерно выраженное начало с ознобом, повышением температуры выше 38,5 градусов. Кожа у такого пациента сухая и горячая, но у нашей больной (С.А.В.) кожа влажная потому что у нее происходит потоотделение. Мокрота при пневмонии - с пузырьками воздуха, более вязкая, чем при туберкулезе. У нашей больной трудно отделяемая- густая мокрота.

Туберкулез на рентгеновском снимке выглядит в виде четких округлых полиморфных очагов, чаще в верхней доле. У нашей больной поражение наблюдается в нижних долях. Анализ крови при пневмонии обнаруживает выраженный лейкоцитоз, а при туберкулезе - лимфопению и умеренный лейкоцитоз. У нашей больной отмечается увеличенное количество лимфоцитов.

Микробиологическое исследование мокроты обнаруживает микобактерии туберкулеза.

У нашей больной пневмококки.

Только 5% больных туберкулезом получают положительный эффект от лечения антибиотиками широкого спектра действия. А состояние нашей больной улучшается под действием антибиотиков.

2. Дифференциальная диагностика пневмонии и рака легкого

Кашель, появление мокроты, болевые ощущения и кровохаркание могут сопровождать прорастание метастаз в плевру. До этого момента рак легких проходит бессимптомно, но может быть выявлен на рентгеновском снимке. При этом периферический рак расположен чаще в передних верхних долях легкого, его контуры лучисты.

3. Дифференциальная диагностика пневмонии и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА

Длительный постельный режим после операции, переломов шейки бедра, при мерцательной аритмии может приводить к тромбофлебиту нижних конечностей. Последствием нередко становится тромбоэмболия легких. У молодых женщин данная проблема иногда возникает после приема пероральных контрацептивов. Наша больная в пожилом возрасте и у неё в анамнезах не определяется сверху описанные причины.

Характерными особенностями ТЭЛА, кроме фона, являются:

цианоз;

одышка;

артериальная гипотензия;

тахикардия.

При прослушивании врач выявляет шум трения плевры и ослабление дыхания. Рентген показывает тень треугольной формы, а перфузионное радиоизотопное сканирование - ишемические «холодные» зоны. При этом наблюдается острая перегрузка правого отдела сердца.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Очаговая пневмония | Периферический рак легкого | Туберкулез |
| Возраст | В любом возрасте, но чаще у лиц моложе 50 лет | Чаще у лиц старше 50 лет | В любом возрасте |
| Пол | Одинаково часто у мужчин и женщин | Чаще у мужчин-курильщиков | Чаще у мужчин |
| Начало болезни | Обычно острое с лихорадкой | Может быть незаметным или с повышением температуры | Острое, подострое с малым количеством симптомов |
| Кашель | Вначале может не быть | Часто отсутствует | Сухой или покашливание |
| Одышка | При большом поражении легочной ткани | Может отсутствовать | При обширном поражении легочной ткани |
| Кровохарканье | Редко | Редко | Нередко |
| Боли в грудной клетке | Возникают при вовлечении плевры | Возможны | Чаще отсутствуют |
| Интоксикация | Не выражена | Часто не выражена | Выражена, непрерывно прогрессирует |
| Физикальные данные | Выражены ярко: меняется характер дыхания и появляются влажные хрипы | Скудные или отсутствуют | Скудные или отсутствуют |
| Лабораторные данные | Лейкоцитоз, рост СОЭ, которые снижаются после разрешения пневмонии | Умеренный рост СОЭ при нормальном количестве лейкоцитов | Обычно СОЭ и число лейкоцитов не изменяются |
| Рентгенологические данные | Резко выражены, чаще поражаются нижние доли, очаговые тени однородны, границы расплывчаты, усиление легочного рисунка, увеличение корней легкого | Вначале тень опухоли малоинтенсивная с нечеткими контурами и «усиками» | Локализация чаще в верхней доле, очаги полиморфны, имеют разную давность с четкими контурами, могут быть «дорожка» к корню и очаги обсеменения |
| Эффект от антибиотиков | Выражен, обратное развитие процесса через 9-12 дней | Отсутствует или имеется ложноположительная динамика, но изменения при рентгенологическом обследовании сохраняются | Отсутствует; рентгенологические изменения долго сохраняются |

. Клинический диагноз и его обоснования

На основании жалоб (на повышение температуры до 39.5 C, постоянный кашель с трудно отделяемой серозной мокротой), истории болезни (заболевание началось остро после переохлаждения), истории жизни (работа на открытом воздухе, пыль, физическое и психическое напряжение), объективного осмотра (в 4-м и 5-м межреберьях по правой окологрудинной и правой среднеключичной линиям отмечается притупление перкуторного звука), лабораторных и инструментальных исследований (в ОАК - умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ; ОАМ - протениурия, лейкоцитоз, микрогематурия; Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - очаговые затемнения справа в 4-м и 5-м сегментах, бронхо-легочный рисунок умеренно усилен; Бактериологическое исследование мокроты - высеян Staphylococcus pneumoniae) больному можно выставить следующий клинический диагноз:

Основной: Внегоспитальная пневмония нижней доли правого легкого, средней степени тяжести.

. Индивидуальный этиопатогенез

В этиологии рассматривается переохлаждение. В пожилом возрасте и в состоянии сниженном иммунитете у нее быстро протекала обычная простуда в пневмонию с присоединением инфекции.

. Течение и осложнения

У больной состояние постепенно улучшается в течение курсе лечения. Не обнаруживается значительные осложнения.

. Лечение

. Режим общий, строгий постельный во время лихорадочного периода.

. Диета по Пивзнеру № 15, обильное щелочное питьё.

. Этиотропное лечение - антибиотикотерапия по схеме “лихорадочный период + 5-7 дней”.

Rp.: Ceftriaxoni 1,0.t.d. № 20: развести содержимое флакона в 2 - 3 мл изотонического раствора натрия хлорида. Вводить 1 раз в день внутримышечно.

4. Дезинтоксикационная терапия:. Natrii chloridi 0,9 % - 250 ml.Вводить в/в капельно.

. Симптоматическое лечение

Для разжижения мокроты и улучшения дренажной функции

Rp.: Tab. Bromhexini 0,008

D.T.D.N. 40

S. По 2 таблетки 3 раза в день

. Дневник

.11.2015-Состояние больной удовлетворительное. Частота покашливания уменьшилась. Головная боль отсутствует. Лихорадка есть. ЧСС 82 уд/ мин А/Д. 124/82 ЧД 18 в мин Температура 38.4 С

.11.2015-Состояние больного улучшалось. Кашель уменьшалась, мокрота слегка отделяется, сейчас мокрота бесцветный. Голова не болеет. Лихорадки нет. ЧСС 82 уд/ мин А/Д. 124/80 ЧД 16 в мин Температура 37.С

. Прогноз жизни

По основному заболеванию прогноз для жизни благоприятный. Возможно полное выздоровление при адекватном лечении и проведении соответствующей реабилитации.

. Эпикриз

Паспортные данные

Ф.И.О. больного - С.А.В.

Возраст- 73 года Пол- Женский

Семейное положение -Замужем Профессия - Пенсионер

Место Жительства- г. Волгоград, ул. Ким, Д., Кв.

Дата и время поступления- 15.11.2015 10.30. утром

Диагноз при поступлении - Внегоспитальная двухсторонняя пневмония.

Жалобы. Слабость, лихорадка, головная боль, кашель с мокротой.

Анамнез заболевания. Переохладилась, в результате простуда и сухой кашель возникал, через 4 дня поднялась температура и была госпитализирована с диагнозом двухсторонней внебольничной пневмонией.

Анамнез жизни. Росла и развивалась нормальным ребёнком, вовремя в школу ходила, образование получила, работала и замуж вышла. Вредные привычки отсутствуют. Хронические заболеваний не было, отмечает только ОРВИ аллергии нет. Анализы. В общем анализе крови повышенный лимфоцитоз ускорённый СОЭ. Бактериологическое исследование мокроты - высеян Staphylococcus pneumoniae).. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - очаговые затемнения справа в 4-м и 5-м сегментах, бронхо-легочный рисунок умеренно усилен.

Течение и осложнения течение благоприятное, особых осложнениях нет.

Заключительный диагноз: Внегоспитальная двухсторонняя пневмония, средней степени тяжести

Прогноз. Благоприятное, выздоравливает полностью. Состояние удовлетворительное, трудоспособность сохранена.Рекомендации Избегать переохлаждения, избегать физические и эмоциональные нагрузки.

Литература

1. Гельцер Б. И., Семисотова I:. Ф. Пропедевтика внутренних болезней - Владивосток: Дальнаука, 2011 г.

. Маколкин В. И., Овчаренко С. И. Внутренние болезни: Учебник - М.: Медицина, 2009 г.

. Чиркин А. А. Диагностический справочник терапевта: Клинические симптомы, программы обследования больных, интеграция данных - Минск: Беларусь, 2003 г.

. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2 томах - М.: Медицина, 2006г.

. Чучалин А.Г., Синопальников А.И. и др. «Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике.» - 2003г.

. Внтуренние болезни, под редакцией Ф.И. Комарова, Москва, изд. Медицина, 2000г.

. Лекарственные средства, М.Д. Машковский, Харьков, изд. Торсинг, 1997г.

. Диагностический справочник терапевта, под редакцией Ч.А. Чиркина, Минск, изд. Беларусь, 2013г.