Северный государственный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии

Зав. кафедрой д.м.н., проф. Миролюбова О.А.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Внебольничная двусторонняя полисегментная пневмония

Куратор Глебко Екатерина Петровна

Архангельск 2014

I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О.:

2. Возраст: 34 года

. Пол: женский

. Семейное положение: не замужем

. Место работы:

. Адрес места жительства:

. Время поступления в клинику:

II. АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

1. Субъективные данные

Жалобы на момент поступления: слабость, тошнота через 1-2- часа после приема пищи, обильная рвота повторно 29.08.14 и 30.08.14, рвотные массы со слизью и пищей, принятой накануне, с характерным запахом, снижение аппетита, одышка, больная отмечала повышение температуры до фебрильных цифр, потливость.

Жалобы на момент курации: головокружение, слабость, субфебрильная температура.

2. История развития настоящего заболевания

Заболевание началось в четверг 28.08.14, остро, с такими симптомами как: рвота, тошнота, появление субфебрильной температуры. С развитием заболевания появились симптомы: слабость, одышка, увеличение температуры до фебрильной. Самостоятельное лечение не проводила. Обратилась в стационар в связи с частой рвотой и повышением температуры до фебрильных значений (41°).

3. Перенесенные заболевания

а) детские инфекции: ветрянка

б) инфекции взрослого возраста: дизентерия

в) простудные заболевания: ангина, грипп задолго до настоящего заболевания, с настоящим заболеванием не связывает

г) венерические заболевания: не переносила

д) туберкулезом не болела

е) психическими и нервными расстройствами не страдает

ж) эндокринных, аллергических и обменных заболеваний не имеет

з) травм и хирургических заболеваний не было

4. История жизни

Родилась в Архангельске, в нормальной семье, вторым по счету ребенком. Развивалась одновременно со сверстниками, начала учиться в 6 лет с нормальной успеваемостью, получила высшее образование. Инвалидности не имеет. Профессиональные вредности отсутствуют. Материально-бытовые условия хорошие, питается 3 раза в день, принимает горячую пищу.

Перенесенные заболевания и операции: хронический гастрит.

Привычные интоксикации: отрицает

Семейная жизнь: не замужем, детей нет.

Гинекологический анамнез: Менструации начались с 13 лет, регулярные, безболезненные. Половую жизнь начала в 17 лет. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает.

Наследственность: предрасположенность к онкозаболеваниям, так как дед умер от рака 12-перстной кишки.

Аллергологический анамнез: на запахи, пищевые продукты, лекарственные препараты и химические вещества аллергические реакции отрицает.

Эпидемиологический анамнез: Перенесла дезентерию. Туберкулез, гепатит, тифы, малярию и венерические заболевания отрицает. Контакта с лихорадящими больными не имела. За последние 2 года за пределы Архангельска и Архангельской обасти не выезжала. Операций по переливанию крови не было. Контакта с ВИЧ-инфицированными не имела.

III. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ - НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

Общее состояние больной на момент поступления - тяжелое, положение больной вынужденное - лежа на спине. Сознание ясное, настроение подавленное, телосложение нормостеническое. Температура тела на момент поступления - 38,6°. Кожные покровы бледного оттенка с высыпаниями по типу герпетических в области губ, кожа влажная, эластичная, тургор в норме. Волосы густые, блестящие, не секутся. Тип оволосения соответствует полу и возрасту. Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Имеется варикозное расширение вен нижних конечностей. Толщина подкожно - жировой складки в области пупка 1 см, в области лопаток 0,3 см. Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, над и подключичные, подмышечные, кубитальные, паховые, подколенные - не увеличены, безболезненны, обычной плотности, подвижны.

Зев чистый, миндалины не увеличены, их слизистая розовая.

Мышечный корсет развит умеренно, тонус и сила мышц ослаблены, одинаковы с обеих сторон. Кости не деформированы. Суставы правильной формы, движения в полном объеме, безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены. Череп округлой формы, средних размеров. Позвоночник имеет физиологические изгибы. Щитовидная железа: при пальпации не увеличена. При аускультации сосудистые шумы над ее поверхностью не выслушиваются.

Органы дыхания

Насморк, кашель - отсутствует, голос звучный. Тип дыхания - грудной. Дыхание ритмичное с частотой 28 дыхательных движений в минуту, средней глубины.

Грудная клетка правильной формы, нормостенического типа, симметричная. Обе половины ее равномерно и активно участвуют в акте дыхания. Пальпация грудной клетки безболезненная, грудная клетка ригидная. Голосовое дрожание ослаблено с обеих сторон.

Топографическая перкуссия легких.

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия  | Правое | Левое |
| l. parasternslis | Верхний край 6-го ребра | ------ |
| l. medioclavicularis | Нижний край 6-го ребра | ------ |
| l. axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l. axillaris media | 8 ребро | Верхний край 9-го ребра |
| l. axillaris posterior | 9 ребро | Нижний край 9-го ребра |
| l. sсapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| l. paravertebralis |  на уровне остистого позвонка | отростка 11 грудного  |

Высота стояния верхушек легких: спереди на 5 см. выше ключицы, сзади - на уровне остистого отростка 6 шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига 6 см. Активная подвижность нижнего края легких по linea axilaris media 4 см. справа и слева. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется коробочный звук. Аускультация: над поверхностью легких выслушивается ослабленное дыхание, справа на верхушке жесткое дыхание. Хрипов нет.

Органы кровообращения

Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно определяется в 5-ом межреберье, на 1.5 см. кнаружи от linea medioclavicularis sinistra, усиленный, разлитой, площадью 3.0 см. Сердечный горб не пальпируется. Кошачье мурлыканье во втором межреберье справа у грудины и на верхушке сердца не определяется. "Пляска каротид" отсутствует. Пальпируется физиологическая эпигастральная пульсация. При пальпации пульсация на периферических артериях сохранена и одинакова с обеих сторон. При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, синхронный, ритмичный, тоны ясные, частотой 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, форма и величина пульса не изменены. Наблюдается варикозное расширение вен нижних конечностей.

Границы относительной сердечной тупости.

Правая граница определяется в 4-ом межреберье - на 3 см. кнаружи от правого края грудины; в 3-ем межреберье на 2 см. кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница определяется между linea sternalis и linea parasternalis sinistra на уровне 2-го ребра.

Левая граница определяется в 5-ом межреберье на 1.5 см. кнаружи от linea medioclavicularis sinistra; в 4-ом межреберье на 1.5 см. кнаружи от linea medioclavicularis; в 3-ем межреберье на 2 см. кнаружи от линии parasternalis sinistra.

Границы абсолютной сердечной тупости.

Правая граница определяется в 4-ом межреберье на 1 см. кнаружи от левого края грудины.

Верхняя граница определяется на 3-ом ребре, между linea sternalis и parasternalis.

Левая граница определяется на 0.5 см. кнутри от левой границы относите льной сердечной тупости.

Сосудистый пучок распологается - в 1 и 2-ом межреберье, не выходит за края грудины.

При аускультации тоны сердца ясные, шумов нет. Артериальное давление на момент осмотра 130/50.

Органы пищеварения

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета. Десны розовые, обычной влажности. Осмотр языка: язык обычных размеров, розовый, влажный, обложен белым налетом, сосочки сохранены. Полость рта санирована.

Живот округлой формы, симметричный. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация. В левой подвздошной области определяется безболезненная, эластичная, смещающаяся, слегка урчащая, с ровной поверхностью сигмовидная кишка диаметром 2 см. Слепая кишка диаметром 2.5 см пальпируется в правой подвздошной области, безболезненная, подвижная, слегка урчащая.

Поперечно-ободочная определяется на уровне пупка в виде мягкого, эластичного цилиндра, диаметром 3 см, не урчащая, легко смещается, безболезненная, с ровной поверхностью.

Большая кривизна желудка методом баллотирующей пальпации определяется на 3 см. выше пупка.

Печень при пальпации не выходит из под края реберной дуги. Край ее ровный, острый, безболезненный. Размеры печени по Курлову 11\*9\*8 см.

Селезенка не пальпируется. Безболезненная. Перкуторно верхний полюс по linea axillaris media на уровне 9 ребра, нижний полюс по linea axillaris media на уровне 11 ребра.

Мочевыделительная система

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 - 4 раза в сутки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Эндокринная система и органы чувств

Рост 163см, размеры и соотношение частей тела в норме. Жировая клетчатка откладывается по женскому типу. На коже полосы и растяжения отсутсвуют. Выражение лица спокойное, изменение глаз не наблюдается. Слух, зрение, обоняние, вкус, глазные рефлексы в норме. Щитовидная железа безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, при пальпации эластичная, ярко выраженных признаков гипо- и гипертиреоза нет. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отсутствуют.

Нервная система

Настроение нормальное, сон со сновидениями, нарушений сна нет. Головокружения при резком подъеме с кровати. Сознание больной ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, общительна, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватною. Зрачковые и сухожильные рефлексы сохранены, одинаковы с обеих сторон. Кожная чувствительность сохранена. Патологические рефлексы отсутствуют. Тремор конечностей отсутствует.

IV. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

внебольничная двусторонняя полисегментная пневмония

Лабораторные данные:

ОАК

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| даты | эр.х 10¹²/л | Hb г/л | MCH | НСТ | лейк.х 10^9 | тр.х 10^9/л | э | с% | л% | м% | СОЭ мм/час |
| 01.09 | 3,87 | 100 | 25,8 | 0,312 | 11,1 | 176 | - | - | - | - | - |
| 11.09 | 4,09 | 114 | 27,9 | 0,354 | 4,2 | 689 | 1 | 68 | 25 | 6 | 56 |

ОАМ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата | Уд.вес | Л.в п/з | Ацет. | Бел. г/л | Сах. ммоль/л | Кет. | Уробил. | Бил. | Эп.пл. | Бакт. | Эр.в п/з |
| 04.09 | 1025 | - | отр. | отр. | норм. | отр. | норм. | отр. | отр. | отр. | отр. |

Яйца гельминтов от 05.09: отриц.

Исследование мокроты от 04.09: серая, слиз-гн, вязкая, лейк. -2-5 в поле зрения, эп.пл-1-3 в поле зрения, альвеол. кл -ед. в поле зрения.

Посев мокроты от 04.09: Escher. coli 10^10от 04.09: отр.

Биохимия крови

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель/Дата | 01.09 | 02.09 | 04.09 | 11.09 |  | 04.09 |
| Общ. белок г/л | 56,70 | 55,60 | 56,03 |  | Альбумины | 36,25 |
| Креатинин мкмоль/л | 101,0 | 77,60 |  |  | а1-глобулины г/л |  |
| Мочевина ммоль/л | 5,73 | 4,62 |  |  | а1-глобулины % | 7,51 |
| Глюкоза ммоль/л | 8,78 |  | 4,81 |  | а2-глобулины % | 15,82 |
| Бил. общ. мколь/л | 17,70 | 6,07 |  |  | В-глобулины % | 16,61 |
| Бил. прям. мкмоль/л | 11,70 |  |  |  | g-глобулины г/л |  |
| Натрий ммоль/л | 135,0 | 133,0 |  |  | g-глобулины % | 23,81 |
| Калий ммоль/л | 3,30 |  |  |  |
| Кальций ммоль/л | 1,25 | 1,29 |  |  |
| Железо ммоль/л |  | 6,82 |  |  |
| Амилаза ед. | 33,40 | 72,0 |  |  |
| АСТ ед/л | 26,30 | 35,80 |  |  |
| АЛТ ед/л | 14,90 | 20,10 |  |  |
| ЛДГ-П ед/л |  | 236,85 |  |  |
| МНО | 1,20 | 1,30 |  |  |
| Фибриноген г/л | 12,23 | 11,93 |  |  |
| Тромбиновое время сек | 15,0 | 15,90 |  |  |
| Д-димеры мкг/л | 3,05 |  |  |  |
| АТ 3 | 40,0 |  |  |  |
| АЧТВ сек | 51,9 | 46,10 |  |  |
| СРБ мг/мл |  |  | 60,36 | 4,80 |

Газы крови от 01.09: рН 7.465, рСО2 23,8, РО2 69,7, СНСО3 16,8, SВЕ.с 6,2, ctHb 111, sО2 96.5%, FCOHb 1.8%, FHHb 3.4%, FO2Hb 94.1%, FMetHb 0.7%, Na+136, cK+3.3, cLac 1.1

Газы крови от 02.09: рН 7.395, рСО2 24.9, РО2 81.4, СНСО3 17.6, SВЕ.с 6,3, ctHb 101, sО2 97.8%, FCOHb 1.5%, FHHb 2.2%, FO2Hb 95.8%, FMetHb 0.5%, Na+138, cK+3.3, cLac 1.1

Данные инструментальных исследований:

ЭКГ от 02.09:

Синусовая тахикардия с ЧСС 100 в мин. Нормальное положение электрической оси. Изменения в миокарде.

Рентгено(скопия-графия) ОГК от 02.09:

Правое легочное поле практически полностью затемнено за счет пневмонической инфильтрации на фоне которой прослеживается просвет бронхов. В нижне-латеральном отделе левого легкого определяется единичный дисковидный ателектаз и небольшая инфильтрация вокруг него. справа корень легкого неструктурный. Синусы свободные. Диафрагма подвижная. Сердце не расширено, аорта уплотнена.

Заключение: правосторонняя субтотальная пневмония. Левостороння нижнедолевая пневмония.

КТ грудной клетки от 02.09:

На серии компьютерных томограмм - вся верхняя доля легкого представлена зоной однородной консолидации легочной ткани с тонкими видимыми просветами бронхов. В нижних долях определяются неправильной формы разнокалиберные зоны повышенной плотности легочной ткани (от матового стекла до консолидации), в наиболее крупных видны просветы бронхов. Бронхи 1-3 порядка проходимы, не деформированы. Сосудистый рисунок не изменен. Сердечно-сосудистый пучок в пределах конституционно-возрастных параметров. Диафрагма обычно расположена, куполы ее ровные, четкие. Синусы дифференцируются. Клетчатка и лимфоузлы средостения не изменены. Костно-деструктивных изменений в зоне исследования не выявлено. Печень увеличена, плотность диффузно снижена до 46ЕХ.

Рентгено(скопия-графия) ОГК от 12.09:

Картина с положительной динамикой: пневматизация правого легочного поля улучшилась, сохраняется неоднородное затемнение правого легочного поля, более интенсивное на верхушке легкого, инфильтрация слева не определяется. Синусы свободные. Корень правого легкого широкий, инфильтрирован. Сердце расширено в поперечнике, аорта уплотнена.

V. ДИФФЕРНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

У данной больной ведущим и наиболее специфичным синдромом является синдром уплотнения легочной ткани (легочного инфильтрата), а также присутствует гипертермический синдром и синдром дыхательной недостаточности.

Заболевания, сходные по этим синдромам: очаговая пневмония, острый бронхит, бронхогенный рак легких, очаговый туберкулез легких.

Заболевания данной больной развилось стремительно, с внезапного начала лихорадки и появления внелегочного симптома - рвоты. Бронхит развивается постепенно, как правило либо сразу после ОРЗ, либо вместе с ним. Сначала больной чувствует общее недомогание, затем появляется насморк, головная боль, фебрильная или субфебрильная температура. Так что это заболевание можно исключить, тк заболевание больной развилось стремительно, насморка и головных болей не наблюдалось.

Сравнительная таблица по очаговой пневмонии, бронхогенному раку легких и очаговому туберкулезу

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Признаки  | Очаговая пневмония | Бронхогенный рак легких | Очаговый туберкулез легких  |
| Особенности анамнеза | Перенесенный острый или хронический бронхит | Длительное курение | Наличие в прошлом туберкулеза, контакт с больным туберкулезом |
| Кашель | Частый кашель с мокротой. | Часто мучительный, надсадный, с незначительным количеством мокроты | Незначительный, с небольшим количеством мокроты |
| Рентгенологическая картина | Очаговые изменения разлитой величины и интенсивности | Полость с участком просветления в центре, с бугристой внутренней стенкой | Наличие полости с признаками диссеминации очагов |
| Характер мокроты | В первую стадию ржавая мокрота. | Слизисто-гнойная, нередко цвета малинового желе; атипические клетки  | Чаще слизистая; микобактерии туберкулеза |
| Кровь | Лейкоцитоз, сдвиг формулы в лево, часто увеличена СОЭ | Нередко умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ | Часто лимфоцитоз |

Учитывая:

Наличие жалоб больной: на головокружение при вставании, слабость, температуру.

Данные анамнеза жизни:

не курила, контакта с туберкулезными больными не имела, туберкулезом не болела.

Данные анамнеза заболевания:

внезапное появление температуры и рвоты.

Данные объективного осмотра:

перкуторно в легких коробочный звук, справа на верхушке жесткое дыхание. На представленной рентгенограмме грудной клетки от 02.09:почти полное затемнение правого легкого за счет инфильтрации, единичный дисковидный ателектаз в нижнее-латеральном отделе левого легкого и наличие инфильтрации вокруг него.

Данные инструментального исследования:

На представленной рентгенограмме грудной клетки от 02.09:почти полное затемнение правого легкого за счет инфильтрации, единичный дисковидный ателектаз в нижнее-латеральном отделе левого легкого и наличие инфильтрации вокруг него. Справа корень неструктурный. Синусы своодны.

Данные лабораторных методов исследования:

Клинический анализ крови от 01.09- 100 г/л

Лейкоциты - 11,1\*10 9/л- 3,87\*10 12/л

СОЭ - 56 мм/ч

Можно сделать вывод, о том, что больная вероятнее всего болеет внебольничной двусторонней пневмонией тяжелого течения.

VI. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Основное заболевание: внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония тяжелое течение неуточненной этиологии.

Осложнение основного заболевания: дыхательная недостаточность второй степени.

Сопутствующие заболевания: Herpes labialis. Хроническая железодефецитная анемия легкой степени.

Причины заражения внебольничной пневмонией:

• аспирация секрета ротоглотки. Этот механизм является основным путем инфицирования нижних отделов респираторного тракта. У относительно здорового человека в обычных условиях ротоглотка колонизирована чаще всего Streptococcus pneumoniae, в то время как нижние отделы респираторного тракта остаются стерильными благодаря ряду защитных механизмов организма и дыхательной системы (кашлевой рефлекс, мукоцилиарный клиренс, антибактериальная активность макрофагов, секреторный иммуноглобулин). При нарушении систем защиты (например, при вирусной инфекции, поражающей дыхательную систему или при массивном размножении Streptococcus pneumoniae) происходит инфицирование нижних отделов респираторного тракта.;

• вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы. Встречается значительно реже и в основном этот механизм инфицирования играет важную роль при заражении такими атипичными возбудителями как Legionella spp. и C. pneumoniae;

• гематогенное распространение микроорганизмов из внелегочного очага инфекции (эндокардит трикуспидального клапана, септический тромбофлебит вен таза);