Карагандинский Государственный Медицинский Университет

Кафедра внутренних болезней №2

История болезни

Клинический диагноз: Внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония, средней степени тяжести. ДН II степени

Караганда - 2015

**Паспортная часть**

Ф.И.О:

Пол: мужской

Дата рождения: 77 лет

Национальность: русский

Адрес:

Место работы: пенсионер

Дата поступления: 20.01.2015 г.

Кем направлен больной: скорая помощь

Предварительный диагноз: внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония.

Окончательный клинический диагноз: внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония, средней степени тяжести, ДН II степени.

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры тела до 38 градусов, приступообразный кашель с небольшим количеством трудноотделяемой мокроты белого цвета. Боль в грудной клетке в нижней доле справа, колющего характера постоянная в течения дня, усиливающаяся при глубоком дыхании. Одышка смешанного характера.

**Анамнез morbi**: Считает себя больным в течение 4 дней, когда после переохлаждения появилась общая слабость в теле, боль и одышка. Значения этому не придал, никак не лечил. Через два дня отметил повышение температуры до 38 градусов. На третий день заболевания к вышеуказанным симптомам присоединился приступообразный кашель с небольшим отхождением мокроты. Самостоятельно принимал жаропонижающие средства - парацетамол, аспирин, но эффекта они не дали. В связи с ухудшением самочувствия обратился в скорую помощь. С подозрением на правостороннюю пневмонию он был госпитализирован в терапевтическое отделение КГБ №1.

**Анамнез vitae**: В анамнезе хронический бронхит. Артериальная гипертензия до 240/100, из - за чего принимает - коронал по 1 т. в день. Контакт с инфекционными больными отрицает. Туберкулез, кожно-венерологические заболевания, б. Боткина, гепатит В отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Курил долгое время на протяжении жизни, но бросил 7 лет назад. Наследственный фактор отрицает.

**Объективный статус:** Состояние пациента средней степени тяжести, обусловленное легочно - воспалительным синдромом. Кожные покровы бледные, сухие, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Телосложение нормостеническое, симметричное.

**Опорно-двигательный аппарат:** без видимой деформации

**Дыхательная система**: Дыхание осуществляется через нос, в спокойном состоянии без напряжения, при физической нагрузке - затрудненное, появляется одышка, исчезающая в состоянии покоя. Отделяемого из носа нет. Обоняние не нарушено.

Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, без видимых деформаций. В акте дыхания обе половины участвуют одинаково.

При пальпации грудная клетка безболезненна, поперечная и продольная нагрузка болевыми ощущениями не сопровождается.

Перкуторно притупление легочного звука справа на уровне задней подмышечной линии, справа от угла лопатки.

**Границы легких:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница | Справа | Слева |
| Спереди (высота стояния верхушки) Сзади (высота стояния верхушки) Поля Кренига | 3 см VII шейный 8 см | 3,5 см VII шейный 8 см |
| Нижняя граница |  |  |
| по окологрудинной линии по срединноключичной линии по передней подмышечной линии по средней подмышечной линии по задней подмышечной линии по лопаточной линии по околопозвоночной линии | 6 ребро 6 ребро 7 ребро 8 ребро 8 ребро 9 ребро 11 ребро | - - 7 ребро 8 ребро 9 ребро 10 ребро 11 ребро |
| Дыхательная экскурсия нижнего края легких | |  |
| по средней подмышечной линии | Вдох - 2,5 см Выдох 2,0 см 4,5 см | Вдох - 2,5 см Выдох 2,0 см 4,5 см |

Аускультативно: ослабление везикулярного дыхания справа. Мелкопузырчатые влажные хрипы по всем легочным полям. Усиление бронхофонии в нижней доле справа.

ЧДД 25 в мин.

**Сердечно - сосудистая система**

При визуальном осмотре область сердца не изменена. Патологической пульсации крупных сосудов не обнаружено.

Пальпация: верхушечный толчок локализуется слева, в V межреберье.

Пульс на лучевой артерии симметричный на обеих руках, частота 82 ударов в минуту, ритм правильный, ненапряженный , полный , большой, ровный.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной сердечной тупости | Абсолютной сердечной тупости |
| Правая | О.5 см правому краю грудины | На 0,5 см кнаружи от левого края грудины |
| Левая | V межреберье, на 0,5 см кнаружи От l. Media clavicularis sinistra | V межреберье, на 1,5 см кнутри от l. media clavicularis sinistra |
| Верхняя | III межреберье | IV ребро |

Аускультация: тоны сердца неясные, ритм неправильный. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст.

**Система органов пищеварения**

Слизистая полости рта розовая, умеренно влажная. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Миндалины не увеличены, розовой окраски, лакуны чистые, задняя стенка глотки чистая. Живот округлой формы, увеличен за счет подкожно жировой клетчатки, участвует в дыхании, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. При пальпации живот мягкий, безболезненный. При пальпации печень у края реберной дуги, безболезненна, закруглена.

Пальпация (по Образцову - Стражеско)

|  |  |
| --- | --- |
| Сигмовидная кишка | Пальпируется в виде гладкого плотного безболезненного цилиндра, не урчащего при пальпации, протяженностью около 2 -3 см и диаметром около 2,5 см |
| Слепая кишка | В виде умеренно твердого, упругого цилиндра, смещаемого на 3 см, безболезненного, урчащего |
| Повздошная кишка | Пальпируется терминальный отрезок кишки в виде мягкого цилиндра диаметром около 1,5 см, протяженностью около 7 см, урчащего |
| Ободочная кишка | Восходящий и нисходящий отделы в виде цилиндров диаметром около 2 см, плотных, с гладкой поверхностью. Поперечная часть - в виде цилиндра диаметром около 3 см, плотного, не урчащего |

Печень и желчный пузырь

Перкуссия печени:

Размеры по Курлову: 9\*8\*7 см.

Пальпация печени:

Край - не определяется.

Желчный пузырь - не определяется.

Селезенка

Осмотр области селезенки - видимое увеличение - нет.

Пальпация - не определяется.

**Мочевыделительная система**

При осмотре изменений в поясничной и надлобковой областях не выявлено.

При осмотре поясничной области гиперемии кожи, сглаживания контуров и выбухания в области почек не выявлено.

Пальпация: в положении лёжа и стоя почки не определяются. Пальпация в проекции почек по ходу мочеточника, в мочеточниковых точках безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь не пальпируется, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, обычными порциями.

**Нейроэндокринный статус**

Пациент в сознании, в контакт вступает, в пространстве и времени ориентирован, мыслит логически. Речь, слух не нарушены. Память не нарушена. Ширина глазных щелей одинаковы справа и слева, зрачки округлой формы, одинаковой величины. Прямая и одновременная реакция зрачков на свет, аккомодация и конвергенция сохранены. Движения координированы, пальценосовая проба положительная. Менингиальные симптомы отрицательные. Глубокие и сухожильные рефлексы сохранены. Кожные рефлексы в норме.

Щитовидная железа без изменений.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Симптом | Синдром | Хронологические промежутки | |
| Повышение температуры тела до 38,0°С, слабость, недомогание, снижение трудоспособности, боль | Синдром интоксикации: | Январь 2015 г. | |
| Притупление перкуторного звука, ослабление дыхания, усиление бронхофонии | Уплотнения легочной ткани | Январь 2015 г. | |
| Приступообразный кашель усиливающийся ночью с мокротой слизисто-гнойного характера, мелкопузырчатые хрипы; | Легочно-воспалительный | Январь 2015 г. | |
| Появление одышки при умеренной физической нагрузки, ЧДД 22 дыхательных движений в минуту | Синдром дыхательной недостаточности | Январь 2015 г. | |
| Боли на высоте вдоха | Болевой синдром | | Январь 2015 г. | |

**Выделение симптомов и синдромов**

Симптомы, встречаемые у моего пациента можно объединить в следующие синдромы:

). Легочно - воспалительный синдром - приступообразный кашель усиливающийся ночью с мокротой слизисто-гнойного характера, мелкопузырчатые хрипы;

) Интоксикационный синдром, характеризующийся повышением температуры тела, общей слабостью, недомоганием, потливостью, снижением аппетита.

) Синдром уплотнения легочной ткани, включающий притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание, усиление бронхофонии

) Синдром дыхательной недостаточности в виде одышки.

) Болевой синдром - боли справа на высоте вдоха.

**Ведущим синдромом** у курируемого пациента является Легочно - воспалительный синдром, так как данный синдром более выражен, наиболее продолжителен, и привёл к госпитализации больного.



**Дифференциальный диагноз. I этап**

Легочно-воспалительный синдром может наблюдаться при следующих заболеваниях:

. Рак легкого

. Инфильтративный туберкулез

. Аллергический пневмонит

. Внебольничная пневмония

) Легочно-воспалительный синдром при раке легких характеризуется надсадным, постоянным кашлем с отделением скудной ржавой мокроты, иногда кровохарканьем. У моего пациента этот синдром характеризуется приступообразным кашлем с мокротой слизисто-гнойного характера без прожилок крови.

Синдром уплотнения легочной ткани при раке легких проявляется ослаблением дыхания, укорочением перкуторного звука над областью объемного образования. У моего пациента данный синдром характеризуется также притуплением перкуторного звука, ослабленным дыханием, но отличительным свойством является усиление бронхофонии.

Заключение: На данном этапе дифференциального диагноза я не могу утверждать, что у моего пациента имеется рак легкого, для точной постановки диагноза необходимо провести дополнительные методы исследования

) Легочно-воспалительный синдром при инфильтративном туберкулезе легких характеризуется небольшим кашлем, иногда кровохарканьем, немногочисленными влажными мелкопузырчатыми, среднепузырчатыми хрипами, выслуживающимися после покашливания на вдохе, что не характерно для моего пациента.

Синдром уплотнения легочной ткани при инфильтративном туберкулезе включает в себя укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания, бронхиальное дыхание.

Заключение: На данном этапе дифференциального диагноза, говорить о наличии у моего пациента, инфильтративного туберкулеза еще рано, необходимы дополнительные методы исследования.

) Легочно-воспалительный синдром при аллергическом пневмноните характеризуется сухим кашлем или покашливанием, мелко- и среднепузырчатыми хрипами. У моего пациента данный синдром проявляется кашлем с мокротой слизисто-гнойного характера, мелкопузырчатыми влажными хрипами.

Синдром уплотнения легочной ткани при аллергическом пневмоните проявляется притуплением перкуторного звука над нижними отделами легких, двусторонней нежной крепитацией («треск целлофана»), выслушивающейся по задней и средней подмышечной линиям и между лопатками, поверхностным дыханием.

Заключение: На данном этапе дифференциального диагноза, говорить о наличии у моего пациента еще рано, необходимы дополнительные методы обследования.

) Легочно-воспалительный синдром при пневмонии сопровождается в начале заболевания сухим кашлем, затем влажным с отхождением слизисто-гнойной или ржавой мокротой, лейкоцитозом, повышением СОЭ. У моего пациента данный синдром проявляется кашлем с мокротой слизисто-гнойного характера, но не наблюдается сухой кашель.

Синдром уплотнения легочной ткани при внебольничной пневмонии проявляется укорочением перкуторного звука над пораженным участком, усилением бронхофонии, усилением голосового дрожания, бронхиальным дыханием. У моего пациента данный синдром проявляется притуплением перкуторного звука, ослабленным дыхание, усилением бронхофонии, однако не отмечается бронхиального дыхания и усиление голосового дрожания.

Заключение: На данном этапе дифференциального диагноза, я не могу утверждать, что у моего пациента внебольничная пневмония, необходимо провести дополнительные методы обследования.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

Учитывая жалобы больного, анамнез заболевания и проведенного I этапа дифференциального диагноза, можно выставить предварительный диагноз: Внебольничная пневмония в нижней доли правого легкого, средней степени тяжести.

Внебольничная: на основании появление первых симптомов заболевания ранее чем за 48 часов до поступления в больницу.

Пневмония: на основании следующих клинических синдромов:

 Легочно-воспалительный - кашель с трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера

 Синдром уплотнения легочной ткани - на основании данных объективного осмотра: притупление перкуторного звука справа от угла лопатки, аускультативной картины - ослабленное дыхание в нижних отделах справа. Усиление бронхофонии в нижней доли правого легкого.

 Интоксикационный синдром - проявляющийся повышением температуры тела до 39С, общей слабостью, недомоганием, потливостью, снижением аппетита, бледностью.

 Болевой синдром - в грудной клетке справа на высоте вдоха, без иррадиации.

В нижней доле справа - локализация изменений по объективным и инструментальным данным соответствует нижней доле правого легкого.

Средней степени тяжести - на основании диагностических критериев: лихорадка до 38С, ЧСС 100 уд/мин, умеренно выраженной интоксикации.

**План обследования**

Лабораторные исследования:

Общий 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.

Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количества общего белка, белковых фракций, активности аминотрансфераз (они могут изменяться под действием интоксикации).

Общий анализ мочи. Назначаем для оценки дезинтоксикационной функции почек.

Микроскопическое исследование мокроты и посев мокроты. Назначаем для установления этиологии заболевания и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Инструментальные исследования:

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

**1. Общий анализ крови от 21.01.15г.**

Гемоглобин - 121 г/л

Эритроциты - 3,3 х 1012/л

Гематокрит - 43%

Лейкоциты - 15,9 х 109/л

Палочкоядерные - 17%

Сегментоядерные - 51%

Эозинофилы - 2%

Моноциты - 10%

Лимфоциты - 20%

СОЭ - 47

Тромбоциты - 252 х 109/л

Интерпретация: лейкоцитоз, повышение СОЭ, небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

**2. Общий анализ мочи от 21.01.15г.**

Цвет - светло-желтый

Прозрачность - прозрачная

Относительная плотность - 1015

Реакция - 6,0

Белок - 1,013

Глюкоза - отр.

Лейкоциты - 1-2

Эритроциты - нет

Плоский эпителий - 7

Интерпретация: минимальная протеинурия

**. Биохимический анализ крови от 21.01.15**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты | Норма показателей |
| Белок | 74 | 66-87 |
| Креатинин | 70 | 45-115 |
| Мочевина | 6,2 | 2,3-8,3 |
| Билирубин(общий) | 11,4 | 3,1-22 |
| Билирубин(прямой) | 2,7 | 0-5,1 |
| АЛТ | 250 | 28-189 |
| АСТ | 131 | 28-129 |
| А-амилаза | 3,59 | 3,3-8,9 |
| Липаза | 47 | 22-193 |
| Трипсин | 24 | 10-60 |
| **Заключение** | Повышение АЛТ,АСТ | |

**Рентгенография от 20.01.2015г.**

На R-граммах органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях определяется снижение прозрачности легочной ткани за счет гомогенной инфильтрации справа в нижней доле. Легочный рисунок усилен. Корни расширены. Тень средостения без смещения.

Заключение: Картина правой нижнедолевой пневмонии.

**Анализ мокроты от 21.01.2015г.**

Мокроты небольшое количество, однородная, слизисто-гнойная, без запаха, реакция нейтральная; при микроскопическом исследовании - альвеолярные макрофаги в умеренном количестве, большое количество нейтрофилов. Эритроцитов немного. Клеток злокачественных опухолей и микобактерий туберкулеза не обнаружено**.**

**Анализ чувствительности микробов к антибиотикам:**

KOE 104 Klebsiellaorsaenae

KOE 104Streptococcusagalastiae

Ампициллин, Цефотаксим,Цефураксим, Цефтазидим. Гентамицин. Амоксиклав, Бензилпенициллин, Цефтриаксон.

**Дифференциальный диагноз. II этап**

1. Рак легкого. Данные лабораторно-инструментальных исследований:

• локализация при рентгенографии, КТ - чаще всего в II, IV, VI сегментах легкого или в средней доле правого легкого, в то время как у моего больного затемнение локализуется в нижней доле

• затемнение часто имеет негомогенный характер, тогда как у моего больного очаговая инфильтрация имеет гомогенный характер

• лимфангит, перибронхиальный и периваскулярный рост опухоли - «дорожка» к корню легкого. У моего больного подобного симптома не наблюдается.

• при бронхоскопии можно выявить непосредственно опухолевую ткань или косвенные признаки опухолевого роста (выпячивание или ригидность стенки бронха и т.п.). Но необходимость проведения бронхоскопии у моего больного не была доказана

• при цитологическом исследовании мокроты можно выявить наличие атипичных раковых клеток (проводится не менее 5 раз), а у моего больного атипичных клеток при микроскопии мокроты не было выявлено

• в некоторых случаях наблюдается значительное повышение СОЭ - до 60 мм/ч и выше, тогда как у моего больного этот показатель достиг 47 мм/ч

**Заключение**: По совокупности анамнестических данных, данных физикального и лабораторно-инструментальных обследований можно с достаточной долей вероятности исключить наличие у моего больного рака легких.

. Инфильтративный туберкулез легких. Данные лабораторно-инструментальных исследований:

• локализация очага на рентгенограммах, томограммах - в верхних сегментах легких, чаще всего справа, тогда как у моего больного изменения в легких локализованы в нижней доле справа

• наличие «отводящей дорожки» из лимфангита и лимфаденита к корню легкого, чего у моего больного на рентгенограммах не наблюдается

• выявление микобактерий туберкулеза при анализе мокроты на БК, чего у моего больного не обнаружено

• в картине крови характерен лимфоцитоз, в то время как у моего больного преобладает лейкоцитоз(15,9 \*10 9) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

• в биохимическом анализе крови характерны гипопротеинемия и диспротеинемия, а у моего больного снижения общего белка сыворотки не наблюдается

**Заключение:** По совокупности анамнестических данных, данных физикального и лабораторно-инструментальных обследований можно с достаточной долей вероятности исключить у моего больного наличие очагового туберкулеза легких.

. Аллергический пневмонит. Данные лабораторно-инструментальных исследований:

• Локализация на рентгенограммах - в обоих легких и субплеврально, у моего больного только в нижней доле правого легкого.

• Диффузные интерстициальные изменения в легких в виде сетчатости, нечеткости контура сосудов, инфильтративные изменения с нечеткими контурами, располагающиеся в нижних отделах обоих легких и субплеврально, при подострой форме двусторонние мелкоочаговые затемнения, при хронической форме - выявляются характерные признаки выраженного фиброза легких: распространенная ячеистая деформация легочного рисунка, диффузные сетчатые и линейные тени, картина «сотового легкого», признаки сморщивания легкого, легочной гипертензии. Данные признаки не характерны для моего пациента.

• При исследовании функции внешнего дыхания - снижение ЖЕЛ и отмечается умеренное нарушение бронхиальной проходимости (в связи с развитием бронхиолоальвеолита).

**Заключение**: На основании столь явных различий в данных, аллергический пневмонит у курируемого пациента можно исключить.

. Внебольничная пневмония. Данные лабораторно-инструментальных исследований:

• В начальной стадии - повышение прозрачности легочной ткани за исключением участка инфильтрации, в которой легочный рисунок усилен; в стадию разрешения - уменьшаются размеры инфильтрации, легочный рисунок и нормальная прозрачность восстанавливаются.

• лейкоцитоз(15,9 \*10 9) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ - признаки также наблюдаются у моего больного.

СОЭ =47 мм/ч

**Заключение**: по совокупности анамнестических данных, данных физикального, лабораторно-инструментальных обследований можно с наибольшей вероятностью сделать заключение о наличии у моего больного очаговой пневмонии.

**Клинический диагноз**

Внебольничная пневмония в нижней доле справа, средней степени тяжести. ДН II.

Внебольничная: на основании появление первых симптомов заболевания ранее чем за 48 часов до поступления в больницу.

Пневмония: на основании следующих клинических синдромов:

 Легочно -воспалительный - кашель с трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, повышение СОЭ, повышение уровня лейкоцитов в ОАК и мокроте. Рентгенологического подтверждения в виде инфильтративного затемнения в нижних отделах справа

 Интоксикационный синдром - проявляющийся повышением температуры тела до 39С, общей слабостью, недомоганием, потливостью, снижением аппетита, бледностью.

 Синдром уплотнения легочной ткани - на основании данных объективного осмотра: притупление перкуторного звука справа от угла лопатки, аускультативной картины - ослабленное дыхание в нижних отделах справа. Усиление бронхофонии в нижней доли правого легкого.

 Болевой синдром -боли в грудной клетке справа на высоте вдоха, без иррадиации.

В нижней доле справа - локализация изменений по объективным и инструментальным данным соответствует нижней доле правого легкого.

Средней степени тяжести - на основании диагностических критериев: лихорадка до 38С, ЧСС 95 уд/мин, умеренно выраженной интоксикации, вовлечением в патологический процесс одной доли, лейкоцитоз со сдвигом влево.

Дыхательная недостаточность II -затруднение дыхания, ЧДД 25 в минуту.

**План лечения**

диагноз пневмония лечение симптом

**Режим 2**

В течение всей фазы обострения соблюдается полупостельный режим. После достижения положительной клинико-лабораторной динамики назначается палатный режим.

Диета: стол №15 + рекомендуется употребление около 2-2,5 литров жидкости (помимо еды) - подкисленную воду с соком лимона, клюквенный морс, фруктовые соки и т.п. Полезны также куриные бульоны.

**Медикаментозная терапия**

- Для борьбы с возбудителем антибиотики широкого спектра действия. К таким относятся производные пенициллина (аугментин, амоксиклав, ампиокс, флемоклав), макролиды (азитромицин, азицин, сумамед, максопен, кларитромицин), фторхинолоны (офлоксацин, норфлоксацин, левофлоксацин), цефалоспорины (цефепим, цефатаксим, цефтриаксон, цефазолин). Курс лечения занимает от 7 до 10 дней.

Для купирования кашля применяются муколитики-амброксол, лазолван, АЦЦ, бромгексин. Эти препараты способствуют разжижению мокроты и лучшему ее отхождению из дыхательных путей.

При наличии одышки назначаются бронходилятаторы - препараты, расширяющие бронхи. К ним относятся сальбутамол, сальброксол, беродуал, теопек.

При повышении температуры тела назначаются нестероидные противовоспалительные средства. К ним относятся парацетамол, анальгин, ибупрофен. Они не только снижают температуру тела, но и обладают противовоспалительным и обезболивающим эффектами.

**Лечение для пациента**

Режим 2, стол 15

Медикаментозное лечение:

Этиотропная терапия

Rp: Cefotaximi 1.0

Solutionis NaCl 0,9% 200,0.t.d.n. №10: 2 раза в день внутривенно капельно

Rp: Levolet 0.05- 1 ml.t.d.n. №10

Signa: 3 раза в день внутривенно капельно

Патогенетическая терапия

Rp.: Tab.Solfrani 30 mg

Datalesdosesnumero 20: принимать внутрь по 1 таблетки 3 раза в день

Симптоматическая терапия:

Rp: Tabulettam Paracetamoli 0.5

D.t.d.n. №10: по половине таблетки при повышении температуры

Rp: Solutionis Drotaverini 2%-2 ml

D.t.d.n. №5

Signa: 2 мл в\м при болях

Ингаляции с 20 каплями беродуала через небулайзер.

**Дневник курации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 21.01.15 ЧСС - 72 уд/мин. ЧДД - 17 в/мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Температура - 37.8 27.01.15 ЧСС - 72 уд/мин. ЧДД - 25 в/мин. АД 130/90 мм.рт.ст. Температура - 37.0 04.02.15 ЧСС - 76 уд/мин. ЧДД - 18 в/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Температура - 37.1 | Жалобы на повышение температуры до 38 оС, слабость, утомляемость, одышку. кашель. Общее состояние средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома и синдрома воспалительных изменений легочной ткани. Кожные покровы физиологической окраски, чисты, отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы. Обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. В легких дыхание везикулярное ослабленное, влажные мелкопузырчатые хрипы. Отмечается притупление перкуторного звука справа. На R-грамме от 20.01.15г.-снижение прозрачности легочной ткани за счет гомогенной инфильтрации справа в нижней доле. Перкуторно границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Жалобы на слабость, утомляемость, периодическое повышение температуры тела, редкий кашель, одышку. На фоне проводимой терапии наблюдается улучшение состояния, регрессию интоксикационного синдрома, урежение кашля. Общее состояние средней степени тяжести за счет легочно-воспалительного синдрома. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное ослабленное, в легких влажные мелкопузырчатые хрипы. На R-грамме от 26.01.15г.- положительная динамика, повышение прозрачности, снижение инфильтрации в размерах и интенсивности. справа в нижней доле. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Продолжена намеченная терапия. Жалобы на одышку, эпизодический кашель, повышение температуры тела до 37,5-38 о С.На фоне проводимой комплексной терапии отмечается улучшение состояния, уменьшение выраженности интоксикационного и легочно-воспалительного синдромов. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное ослабленное, единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Перкуторно- без изменений. На R-грамме от 03.01.15г.- положительная динамика, повышение прозрачности, снижение инфильтрации в размерах и интенсивности, справа в нижней доле. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Продолжена намеченная терапия. | Режим 2, стол 15 Cefotaximi 1.0 SolutionisNaCl 0,9% 200,0 2 раза в день внутривенно капельно Levolet 0.05- 1 ml 3 раза в день внутривенно капельно Solfrani 30 mg ,принимать внутрь по 1 таблетки 3 раза в день Paracetamoli 0.5 , по половине таблетки при повышении температуры SolutionisDrotaverini 2%-2 ml 2 млв\мприболях Режим 2, стол 15 Cefotaximi 1.0 SolutionisNaCl 0,9% 200,0 2 раза в день внутривенно капельно Solfrani 30 mg, принимать внутрь по 1 таблетки 3 раза в день Paracetamoli 0.5 , по половине таблетки при повышении температуры Solutionis Drotaverini 2%-2 ml 2 млв\м при болях Режим 2, стол 15 Cefotaximi 1.0 SolutionisNaCl 0,9% 200,0 2 раза в день внутривенно капельно Solfrani 30 mg, принимать внутрь по 1 таблетки 3 раза в день Paracetamoli 0.5 , по половине таблетки при повышении температуры Solutionis Drotaverini 2%-2 ml 2 млв\м при болях |

**Эпикриз**

Пациент (77 лет), находился на стационарном лечении в общетерапевтическом отделении в КГБ №1 с 20.01.2015 по 05.02.2015 с диагнозом: внебольничная пневмония в нижней доле справа, средней степени тяжести, ДН II.

**Больной поступил с жалобами на** повышение температуры тела до 38 градусов, приступообразный кашель с небольшим количеством мокроты и общую слабость. Боль в грудной клетке в средней доле справа, колющего характера, постоянная в течения дня, усиливающаяся при глубоком дыхании. Одышка смешанного характера периодическая при подъеме по лестнице на четвертый этаж, проходящая в покое через 5мин.

**Из Anamnes morbi**

Считает себя больным в течение 4 дней, когда после переохлаждения появилась общая слабость в теле, боль и одышка. Значения этому не придал, никак не лечил. Через два дня отметил повышение температуры до 38 градусов. На третий день заболевания к вышеуказанным симптомам присоединился приступообразный кашель с небольшим отхождением мокроты. Самостоятельно принимал жаропонижающие средства - парацетамол, аспирин, но эффекта они не дали. В связи с ухудшением самочувствия обратился в скорую помощь. С подозрением на правостороннюю пневмонию он был госпитализирован в терапевтическое отделение КГБ №1.

**Anamnes vitae**: В анамнезе хронический бронхит. Артериальная гипертензия до 240/100, из - за чего принимает - коронал по 1 т. в день. Контакт с инфекционными больными отрицает. Туберкулез, кожно-венерологические заболевания, б. Боткина, гепатит В отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Курил долгое время на протяжении жизни, но бросил 7 лет назад. Наследственный фактор отрицает.

**Status praesens:** Общее состояние средней степени тяжести за счет интоксикационного синдрома.

Кожа бледно-розовой окраски. Видимые слизистые без изменений. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отмечается притупление перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах справа, крепитация. ЧДД 18 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс 95 уд/мин. АД120/80. мм.рт.ст. Аппетит снижен. Печень по Курлову 9\*8\*7 см, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон

Обследование в отделении:

**Лабораторные данные:**

Общий анализ крови от 21.01.15г.

Гемоглобин - 121 г/л, Эритроциты - 3,3 х 1012/л, Гематокрит - 43%, Лейкоциты - 15,9 х 109/л,Палочкоядерные - 17%, Сегментоядерные - 51%, Эозинофилы - 2%, Моноциты - 10%, Лимфоциты - 20%, СОЭ - 47, Тромбоциты - 252 х 109/л

Интерпретация: лейкоцитоз, повышение СОЭ, небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Общий анализ мочи от 21.01.15г.

Цвет - светло-желтый, прозрачность - прозрачная, относительная плотность - 1015, реакция - 6,0 , белок - 1,013, глюкоза - отр., лейкоциты - 1-2, эритроциты - нет, плоский эпителий - 7

Интерпретация: минимальная протеинурия

Белок- 74, Креатинин- 70, Мочевина- 6,2, Билирубин(общий)- 11,4, Билирубин(прямой)-2,7, АЛТ- 250, АСТ- 131, А-амилаза- 3,59,

Липаза- 47, Трипсин- 24.

Интерпретация: Повышение АЛТ,АСТ

**Инструментальные данные:**

Рентгенография от 20.01.2015 г.

в прямой и боковой проекциях определяется снижение прозрачности легочной ткани за счет гомогенной инфильтрации справа в нижней доле. Легочный рисунок усилен. Корни расширены. Тень средостения без смещения.

Заключение: Картина правой нижнедолевой пневмонии.

Лечение для больного

Режим 2, стол № 91.00,9% 200,0

раза в день внутривенно капельно

Levolet 0.05- 1 ml

раза в день внутривенно капельно

Патогенетическая терапия.Solfrani 30 mg

Принимать внутрь по 1 таблетки 3 раза в день0.5 , по половине таблетки при повышении температуры

Solutionis Drotaverini 2%-2 ml

млв\мприболях

Ингаляции с 20 каплями беродуала через небулайзер.

На фоне проводимой терапии состояние больного с улучшением. Лихорадка регрессировала. Купировались боли в грудной клетке, уменьшилась одышка, улучшилось самочувствие.

Рекомендации:

. Режим: рекомендовано избегать повторных переохлаждений. Также больному после выписки рекомендуется заниматься дыхательными упражнениями, в частности тренировкой диафрагмального дыхания (улучшает аэрацию легких и предупреждает повторное развитие пневмонии), общеукрепляющими физическими упражнениями (утренняя гимнастика).

. Диета: питание должно обеспечивать поступление достаточного количество белков и витаминов, для восстановления работоспособности организма. Рекомендовано употребление овощей и фруктов в повышенных количествах, белковых продуктов.

. Поливитаминотерапия: рекомендованы сбалансированные витамины- «Витрумcentury», Прием лекарственных средств для повышения иммунитета и общей резистентности организма, профилактики повторных инфекций. Например, рибомунил после выписывания по 1 таблетке в первый месяц ежедневно в первые 4 дня каждой недели, в течение 3 недель, в последующие 5 месяцев - в первые 4 дня каждого месяца.

Также рекомендован прием адаптогенов: женьшеня, элеутерококка, лимонника, облепихи, мумиё и др.

. Рентген-контроль через 30 дней, амбулаторно.

. Контрольный общий анализ крови через 12-14 дней, амбулаторно.

**Список литературы:**

1. А.Н. Окороков: «Диагностика болезней внутренних органов. Том 3: Болезни органов дыхания»

. Внебольничная пневмония Колосов В.П., Кочегарова Е.Ю., Нарышкина С.В

. Диагностика и лечение болезней органов дыхания Практическое руководство. Милькаманович В.К.

. Клинические рекомендации. Пульмонология Чучалин А.Г 2007.

. Клинические рекомендации. Внебольничная пневмония у взрослых. под ред. А.Г. Чучалина, А.И. Синопальникова.

. Механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия, Г.Б. Федосеев.