Воронежская государственная медицинская академия

им Н.Н. Бурденко

Кафедра факультетской терапии

Внебольничная очаговая остротекущая правосторонняя нижнедолевая пневмония

Воронеж, 2011г.

1. Паспортные данные

Ф.И.О: З\*\*\* Алексей Иванович

Возраст: 61 год

Место работы: безработный

Место жительства: г. Воронеж,

Семейное положение: женат

Дата поступления : 8.02.11 г.

Дата начала курации: 9.02.11г.

Диагноз при поступлении: Внебольничная очаговая правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести.

Жалуется на сухой кашель с мокротой, преимущественно зеленого цвета; одышку при физической нагрузке преимущественно на вдохе; повышение температуры до 390C; боли в правой половине грудной клетки на вдохе.

2. Anamnesis morbi

Считает себя больным с 04.02.11 когда впервые появилась одышка, лихорадка и сухой кашель. Связывает начало заболевания с длительным переохлаждением. Пациент лечился самостоятельно, принимаемых лекарственных средств указать не может. Одышка смешанного характера стала беспокоить и в покое, преимущественно в ночное время. Температура придерживалась значений 390С в течение четырех дней, в связи с чем решил обратиться в поликлинику №7. В связи с ухудшением состояния: усиление болей на вдохе в правой половине грудной клетки, одышки при физической нагрузке, кашля с мокротой зеленого цвета был направлен участковым врачом в ГКБ БСМП №1.

3. Anamnesis vitae

Родился в г. Воронеже. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенных в детстве заболеваний указать не может. Окончил среднюю школу. По окончании школы работал водителем.

Из профессиональных вредностей отмечает работу с бензином и маслами. Материально-бытовые условия хорошие, питается регулярно 3 раза в день.

Из перенесенных заболеваний отмечает пневмонию ,перенесенную в возрасте 46 лет, лечился амбулаторно; мерцательную аритмию с 2006 года, принимает Кордарон для купирования приступов; гипертоническую болезнь с сорокалетнего возраста, значения артериального давления до 200/120мм.рт.ст, принимает Эналаприл для его снижения.

Женат, есть сын. Из наследственных заболеваний отмечает гипертоническую болезнь по линии отца. Вредные привычки: отмечает курение в течение сорока лет по половине пачки в день, употребление алкоголя со слов пациента умеренно, употребление наркотических средств отрицает

Аллергологический анамнез не отягощен.Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатит, тифы, малярию, дизентерию и венерические заболевания отрицает.

4. Status prаesens communis

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное. Поведение больного обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция нормостеническая.. Рост 178 см, вес 80 кг. Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Волосы густые, сухие, блестящие, не секутся. Оволосенение по мужскому типу. Мышечная система развита хорошо, тонус в норме, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа, позвоночника, грудной клетки без искривлений. Движения в суставах свободные, ограничений нет. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы диаметром 0,7см, симметричные с обеих сторон, болезненные, плотной консистенции. Лимфатические узлы затылочные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные подмышечные не пальпируются.

Нервная система.

Психическое состояние без особенностей. Зрачковые и сухожильные рефлексы сохранены, одинаковы с обеих сторон. Кожная чувствительность сохранена.

Патологические рефлексы отсутствуют. Тремор конечностей отсутствует. Походка больного обычная. Парезы, параличи отсутствуют. Нарушений поверхностной чувствительности нет.

Органы дыхания

Голос нормальный. Форма носа не изменена. Гортань без видимых изменений. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип брюшной. ЧД=18 движений в минуту. Одышка, преимущественно инспираторного характера. При пальпации грудная клетка безболезненна. Голосовое дрожание усилено с правой стороны. Пальпация: грудная клетка безболезненна, эластичная. При сравнительной перкуссии - притупление перкуторного звука под лопаткой с правой стороны по лопаточной линии.

Топографическая перкуссия легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Среднеключичная | Нижний край VI ребра | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких: спереди на 2 см. выше ключицы, сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига 5 см. Активная подвижность нижнего края легких по linea axilaris media 4 см.

Аускультация - дыхание жесткое, сухие хрипы в правой половине грудной клетки, под лопаткой.

Сердечно - сосудистая система

При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, синхронный, аритмичный, частотой 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, форма и величина пульса не изменены.

При осмотре области сердца деформаций не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется. Пальпируется в 5 межреберье на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Сердечный толчок не пальпируется. Пульсации во внесердечной области не определяются. Перкуссия:

Границы относительной тупости сердца:

Правая: по правому краю грудины

Верхняя: в 3 межреберье слева

Левая: по левой передней подмышечной линии.

Абсолютная тупость сердца:

Границы абсолютной тупости сердца

* правая - по левому краю грудины
* левая - по левой среднеключичной линии
* верхняя- на уровне 4 ребра

Аускультация: тоны приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС= 100 в минуту, АД= 160/80 мм.рт.ст.

Варикозного расширения вен нет.

Пищеварительная система.

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

Живот округлой формы, симметричный. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При перкуссии определяется тимпанит, симптом Менделя отрицательный. Глубокая пальпация. В левой подвздошной области определяется безболезненная, эластичная, смещающаяся, с гладкой поверхностью сигмовидная кишка диаметром 2 см. Остальные отделы толстого кишечника не пальпируются. При аускультации перистальтика кишечника обычная.

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

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.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна. Мочевой пузырь не пальпируется, пальпация в области его проекции безболезненная.

Эндокринная система

Нарушение роста, телосложения, диспропорциональности частей тела, ожирения, акромегалии нет. Пальпируется перешеек щитовидной железы, эластичной консистенции, безболезненный. Доли щитовидной железы не пальпируются.

5. Предварительный диагноз

Основное заболевание: Внебольничная очаговая правосторонняя нижнедолевая пневмония. Средняя степень тяжести. Дыхательная недостаточность-2степень.

Сопутствующее заболевание: ХОБЛ. Стадия ремиссии.

План дополнительного исследования

1)общий анализ крови

2)общий анализ мочи

3)биохимический анализ крови

4)микроскопическое и бактериоскопическое исследование мокроты

5)рентгенография грудной клетки

6)консультация фтизиатора

7)фибробронхоскопия

8)серологическая диагностика

9)спирометрия

10)ЭКГ

6. План лечения

1)Немедикаментозная терапия

1.Лечебная физкультура

2.Дыхательная гимнастика

3.Контроль пациента за переохлаждением организма

2)Медикаментозная терапия

1.Антибиотикотерапия(Амоксиклав, Цефтриаксон)

Фармакологическое действие Амоксиклава: Антибактериальное широкого спектра. Блокирует синтез пептидогликана оболочки микробных клеток (амоксициллин), ингибирует бета-лактамазы (клавулановая кислота). Клавулановая кислота образует стойкий инактивированный комплекс с указанными ферментами и защищает амоксициллин от потери антибактериальной активности, вызванной продукцией бета-лактамаз основными возбудителями и условнопатогенными микроорганизмами. Активен в отношении грамположительных аэробов: Streptococcus pneumoniae, S.pyogenes, S.viridans, S.bovis, Staphylococcus aureus (кроме метициллинорезистентных штаммов), S.epidermidis (кроме метициллинорезистентных штаммов), Listeria spp., Enterococcus spp. Грамотрицательные аэробы: Bordetella pertussis, Brucella spp., Campylobacter jejuni, E.coli, Gardnerella vaginalis, H.influenzae, H.ducreyi, Klebsiella spp., Moraxella catarrhalis, N.gonorrhoeae, N.meningitidis, Pasteurella multocida, Proteus spp., Salmonella spp., Shigella spp., Vibrio cholerae, Yersinia enterocolitica. Анаэробы: Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp., Clostridium spp., Bacteroides spp., Actinomyces israelii.

Фармакокинетика: Быстро всасывается после введения внутрь (прием пищи не оказывает влияния на абсорбцию). Cmax достигается через 1 ч после приема. Cmax в плазме после болюсной инъекции 1,2 г составляет 105,4 мг/л (для амоксициллина) и 28,5 мг/л (для клавулановой кислоты). Имеет большой объем распределения - высокие концентрации обнаруживаются в жидкостях и тканях организма (легких, плевральной, перитонеальной, синовиальной жидкости, небных миндалинах, бронхиальном секрете, предстательной железе, перитонеальном абсцессе, мышечной ткани, жировой ткани, секрете придаточных пазух носа, среднем ухе и др.). Пик концентраций в жидкостях организма наблюдается через 1 ч после достижения пика плазменных концентраций. Не проходит через ГЭБ при невоспаленных мозговых оболочках, проходит через плацентарный барьер и в следовых концентрациях проникает в грудное молоко. Слабо связывается с белками плазмы. Амоксициллин частично метаболизируется, клавулановая кислота подвергается интенсивному метаболизму. Амоксициллин выводится почками практически в неизмененном виде тубулярной секрецией и клубочковой фильтрацией; клавулановая кислота - путем клубочковой фильтрации, частично в виде метаболитов. Небольшие количества выводятся кишечником и легкими. T1/2 составляет 1-1,5 ч, при тяжелой почечной недостаточности увеличивается до 7,5 (для амоксициллина) и 4,5 ч (для клавулановой кислоты). Удаляется при гемодиализе, незначительно - при перитонеальном диализе.

Показания: Инфекционные заболевания верхних (острый и хронический синусит, острый и хронический средний отит, заглоточный абсцесс, тонзилофарингит) и нижних дыхательных путей (острый и хронический бронхит, пневмония, эмпиема плевры); инфекции мочевыводящих путей (в т.ч. цистит, уретрит, пиелонефрит), гинекологические инфекции (в т.ч. сальпингит, сальпингоофорит, эндометрит, септический аборт, пельвиоперитонит); желчных путей (холецистит, холангит), костной и соединительной тканей (в т.ч. хронический остеомиелит), кожи и мягких тканей (флегмона, раневая инфекция), одонтогенные инфекции (периодонтит); инфекции, передающиеся половым путем (гонорея, шанкроид).

Противопоказания: Гиперчувствительность; аллергические реакции на антибиотики группы пенициллинов и цефалоспоринов в анамнезе; холестатическая желтуха, гепатит, вызванные приемом антибиотиков группы пенициллинов (в анамнезе); печеночная недостаточность; инфекционный мононуклеоз, лимфолейкоз.

Побочные действия: В большинстве случаев побочные эффекты слабые и преходящие, чаще встречаются со стороны органов ЖКТ: потеря аппетита, тошнота, рвота, диарея. Возможно развитие суперинфекции, стоматита, вагинита; в редких случаях - псевдомембранозного колита с тяжелой диареей. Могут возникать аллергические реакции: зуд, кожные высыпания; у чувствительных пациентов возможно развитие реакций немедленной гиперчувствительности (ангионевротический отек, бронхоспазм, редко - анафилактичеcкий шок). Крайне редко может наблюдаться транзиторное повышение уровня трансаминаз в плазме крови. Имеются единичные сообщения о возникновении холестатической желтухи, гепатита, нарушений функции печени.

2.Бронхолитическая терапия( Беродуал)

Беродуал содержит два компонента, обладающих бронхолитической активностью: ипратропия бромид - м-холиноблокатор, и фенотерола гидробромид - бета2-адреномиметик. Эти активные компоненты дополняют друг друга, в результате усиливается спазмолитическое действие на мышцы бронхов. Бронходилятация при ингаляционном введении ипратропиума бромида обусловлена главным образом местным, а не системным антихолинергическим действим. У пациентов с бронхоспазмом, связанным с хроническими обструктивными заболеваниями легких (хронический бронхит и эмфизема легких), значительное улучшение функции легких (увеличение объема форсированного выдоха за 1 с (ОФВ1) и средней объемной скорости форсированного выдоха на 15% и более) отмечается через 15 мин, максимальный эффект достигается через 1-2 ч и продолжается у большинства пациентов до 6 ч. Ипратропия бромид не оказывает отрицательного влияния на секрецию слизи в дыхательных путях, мукоцилиарный клиренс и газообмен. Фенотерола гидробромид избирательно стимулирует бета2-адренорецепторы. Фенотерол расслабляет гладкую мускулатуру бронхов и сосудов и противодействует развитию бронхоспастических реакций, обусловленных влиянием гистамина, метахолина, холодного воздуха и аллергенов (реакции гиперчувствительности немедленного типа). Фенотерол блокирует высвобождение медиаторов воспаления и бронхообструкции из тучных клеток, а также усиливает мукоцилиарный клиренс. Бета-адренергическое влияние препарата на сердечную деятельность (увеличение силы и ЧСС) обусловлено сосудистым действием фенотерола, стимуляцией бета2-адренорецепторов сердца, а при использовании доз, превышающих терапевтические, - стимуляцией бета1-адренорецепторов. Тремор является наиболее частым нежелательным эффектом при использовании бета-агонистов. При совместном применении этих двух активных веществ в форме дозированного аэрозоля бронхорасширяющий эффект достигается путем воздействия на различные фармакологические мишени. Взаимодополняющее действие таково, что для достижения желаемого эффекта требуется более низкая доза бета-адренергического компонента, что позволяет индивидуально подобрать эффективную дозу при практическом отсутствии побочных эффектов.

Показания: Профилактика и симптоматическое лечение хронических обструктивных заболеваний дыхательных путей с обратимым бронхоспазмом: бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит, осложненный или неосложненный эмфиземой.

Противопоказания: Гиперчувствительность, гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия, тахиаритмия, беременность (I триместр).

Побочные действия: Со стороны ЦНС: мелкий тремор, нервозность; редко - головная боль, головокружение, нарушение аккомодации; в единичных случаях - изменение психики. Со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия, сердцебиение (особенно у пациентов с отягощающими факторами); редко (при использовании в высоких дозах) - снижение дАД, повышение сАД, аритмия. Со стороны респираторной системы: в редких случаях - кашель, местное раздражение; очень редко - парадоксальный бронхоспазм. Со стороны органов ЖКТ: тошнота, рвота. Аллергические реакции: редко - сыпь, ангионевротический отек языка, губ и лица, крапивница.

3.Муколитики(Ацетилцистеин)

Фармакологическое действие - муколитическое, отхаркивающее, гепатопротективное, дезинтоксикационное. Тормозит полимеризацию мукопротеидов и уменьшает вязкость слизи. При приеме внутрь хорошо всасывается. Проникает через плацентарный барьер, обнаруживается в околоплодной жидкости. Выводится в основном почками в виде неактивных метаболитов, незначительная часть выделяется в неизмененном виде кишечником. Разжижает мокроту и значительно увеличивает ее объем. Оказывает стимулирующее действие на мукозные клетки, секрет которых лизирует фибрин. Обладает противовоспалительными свойствами, обусловленными подавлением образования свободных радикалов и реактивных кислородных метаболитов, ответственных за развитие острого и хронического воспаления в легочной ткани и воздухоносных путях. Действие начинается через 30-90 мин после введения и сохраняется 2-4 ч.

Показания к применению

Затрудненное отделение мокроты (бронхит, пневмония, бронхоэктатическая болезнь), бронхиальная астма, муковисцидоз легких, отиты, риниты, синуситы, осложнения при операциях на органах дыхания (профилактика), отравление парацетамолом (в качестве антидота).

Противопоказания

Гиперчувствительность, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, склонность к легочным кровотечениям, кровохарканье, легочное кровотечение, бронхиальная астма (без сгущения мокроты), заболевания печени, почек, надпочечников, беременность.

Побочное действие

Изжога, тошнота, рвота, шум в ушах, крапивница.

4.Антиоксидантная терапия(Аскорбиновая кислота)

Фармакологическое действие

Восполняющее дефицит витамина С, метаболическое, регулирующее окислительно-восстановительные процессы, антиоксидантное. Всасывается в тонкой кишке (двенадцатиперстной, частично - в подвздошной). Выводится с мочой, фекалиями, потом, грудным молоком. Курение и употребление этилового спирта ускоряют разрушение, резко снижая запасы в организме. Обладает выраженными антиоксидантными свойствами. Регулирует транспорт водорода во многих биохимических реакциях, улучшает использование глюкозы в цикле трикарбоновых кислот, участвует в образовании тетрагидрофолиевой кислоты и регенерации тканей, синтезе стероидных гормонов, коллагена, проколлагена. Поддерживает нормальную проницаемость капилляров. Активирует протеолитические ферменты, участвует в обмене ароматических аминокислот, пигментов и холестерина, способствует накоплению в печени гликогена. Улучшает желчеотделение, восстанавливает внешнесекреторную функцию поджелудочной железы и инкреторную - щитовидной. Регулирует иммунологические реакции, способствует фагоцитозу, повышает сопротивляемость организма инфекциям. Оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие.

Показания к применению

Гиповитаминоз С, геморрагический диатез, капилляротоксикоз, геморрагический инсульт, кровотечения (носовые, легочные, маточные и др.) инфекционные заболевания, интоксикации, алкогольный и инфекционный делирий, острая лучевая болезнь, посттранфузионные осложнения, заболевания печени (болезнь Боткина, хронические гепатиты и циррозы), ЖКТ (ахилия, язвенная болезнь, особенно после кровотечения, энтериты, колиты, гельминтозы), холецистит, надпочечниковая недостаточность (болезнь Аддисона), вяло заживающие раны, язвы, переломы костей, дистрофия, физические и умственные перегрузки, беременность и лактация, гемосидероз, меланодермии, эритродермии, псориаз, хронические распространенные дерматозы. В качестве антиоксиданта - атеросклероз, бронхиальная астма, диффузные болезни соединительной ткани (ревматоидный артирит, системная красная волчанка, склеродермия) и др.; передозировка антикоагулянтов, отравление аконитом, анестезином, анилином, антабусом, барбитуратами, бензолом, дихлорэтаном, калия перманганатом, метиловым спиртом, мышьяком, окисью углерода, синильной кислотой, сульфаниламидами, таллием, фенолами, хинином.

Противопоказания

Гиперчувствительность, тромбофлебит, склонность к тромбозам, сахарный диабет.

Побочное действие

Раздражение слизистой ЖКТ (тошнота, рвота, понос), артериальная гипертензия, нарушение обмена веществ, угнетение функции инсулярного аппарата поджелудочной железы (гипергликемия, глюкозурия) и синтез гликогена, снижает проницаемость капилляров и ухудшение трофики тканей, тромбоцитоз, гиперпротромбинемия, тромбообразование, эритроцитопения, нейтрофильный лейкоцитоз, дистрофия миокарда, повреждение гломерулярного аппарата почек, аллергические реакции (в т.ч. анафилактический шок); при длительном приеме образование мочевых камней, нарушение обмена цинка, меди, повышение возбудимости ЦНС, нарушение сна, развитие микроангиопатий.

5.Метилксантины(Эуфиллин)

Фармакологическое действие

Бронходилатирующее, токолитическое, диуретическое, спазмолитическое. Ингибирует фосфодиэстеразу и стабилизирует цАМФ, снижает концентрацию интрацеллюлярного кальция, блокирует аденозиновые рецепторы, подавляет эффекты ПГ на гладкие мышцы, снижает выброс гистамина и лейкотриенов из тучных клеток. Быстро всасывается из ЖКТ после перорального введения. Максимальная концентрация достигается в зависимости от лекарственной формы через 1-2 часа для обычных, через 4-7 часов - для пролонгированных форм и через 5 часов - для таблеток с кишечнорастворимым покрытием. Период полувыведения зависит от возраста и наличия сопутствующих заболеваний. Выводится почками. Аминофиллин вызывает расслабление гладкой мускулатуры бронхов, коронарных, церебральных и легочных сосудов, ЖКТ, желчевыводящих путей; повышает сократимость скелетных мышц, в т. ч. дыхательных. При использовании в больших дозах обладает противоэпилептическим действием. Бронходилатирующий эффект аминофиллина проявляется при его концентрации в крови 10-20 мкг/мл. Возбуждающие свойства на дыхательный центр реализуются при более низком содержании препарата в крови - 5-10 мкг/мл.

Показания к применению

Хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, астматический статус (дополнительная терапия), эмфизема легких, апноэ новорожденных, дыхание Чейна - Стокса.

Противопоказания

Повышенная чувствительность, острый гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, аритмия, артериальная гипертензия, патология миокарда, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, аденома предстательной железы, диарея, кистозно-фиброзная мастопатия, алкоголизм, легочное сердце, лихорадка, гипоксемия, инфекции дыхательных путей, нарушение функций печени, гипертиреоидизм, хроническая и острая почечная недостаточность, отечный синдром, гипернатриемия, заболевания прямой кишки, лактация.

Побочное действие

Изжога, рвота, боль в груди, сердцебиение, гипотензия, головная боль, головокружение, ощущение приливов крови к лицу, тахипноэ, аллергические реакции (потливость, лихорадка), реакции на месте введения.

6.Иммуномодуляторы(Тималин)

Фармакологическое действие

Иммуномодулирующее и стимулирующее средство, регулирует количество и соотношение Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций, стимулирует реакции клеточного иммунитета, усиливает фагоцитоз, стимулирует процессы регенерации и кроветворения в случае их угнетения, а также улучшает процессы клеточного метаболизма.

Показания к применению

При состояниях и заболеваниях, сопровождающихся понижением иммунитета, в том числе при острых и хронических гнойно-воспалительных заболеваниях костей и мягких тканей, острых и хронических вирусных и бактериальных инфекциях, нарушении регенераторных процессов (переломы костей, ожоговая болезнь и отморожения, трофические язвы, лучевые некрозы тканей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), бронхиальной астме, рассеянном склерозе, облитерирующем атеросклерозе, ревматоидном артрите, состояниях, связанных с гипофункцией вилочковой железы, с угнетением иммунитета и кроветворения после проведения лучевой терапии или химиотерапии у онкологических больных и др. Используют также с целью профилактики инфекционных и других осложнений, в посттравматическом и послеоперационном периодах, в процессе проведения лучевой и химиотерапии, при назначении больших доз антибиотиков.

7. Лист назначений

Схема листа назначения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Лист назначений | | | | № палаты 1109 | |
| Дата назначения | Дата отмены | Лечебные назначения | Дата и подпись врача | | Дата и подпись м/с |
| 08.02.11 |  | Постельный режим |  | |  |
| 08.02.11 | 12.02.11 | Rp. Amoxiclavi 0.625 D.t.d. №20 in tab. S. по 1 таб. 3 раза в сутки |  | |  |
| 08.02.11 | 12.02.11 | Rp. Ceftriaxoni 0.5 D.t.d. №20 in tab. S. по 1 таб. 2 раза в сутки |  | |  |
| 08.02.11 | 15.02.11 | Rp. Sol. Beroduali 0.4ml D.t.d. №10. in amp S. ингаляционно 5 раз в сутки с интервалом в 2 часа |  | |  |
| 08.02.11 | 15.02.11 | Rp. Sol. Acetylcysteini 20%-5ml D.t.d. №5 in amp. S. По 5мл ингаляционно 3 раза в день. |  | |  |
| 08.02.11 | 11.02.11 | Rp. Acidi ascorbinici 5%- 2ml D.t.d. №5 in amp. S. вводить внутривенно по 1г. 1 раз в день |  | |  |
| 08.02.11 | 15.02.11 | Rp. Sol. Euphyllini 2.4%- 10ml D.t.d. №10 in amp. S. вводить внутривенно капельно по 5мл 1 раз в день |  | |  |
| 08.02.11 | 13.02.11 | Rp. Thimalini 0.01 D.t.d. №10 in lagena originalis. S. 20 мг внутримышечно 1 раз в день в течение 5 дней |  | |  |

8. Дневник

|  |  |
| --- | --- |
| Дата курации | Течение заболевания |
| 09.02.11 | Состояние удовлетворительное. Температура снизилась до 37,50С. Беспокоит сухой кашель с небольшим количеством мокроты в утренние часы. Болевые ощущения в правой половине грудной клетки на вдохе. Обьективно: АД=160/100 мм.рт.ст. Пульс 79/мин.Чдд=17 в мин. Аускультативно тоны сердца ритмичные приглушенные, сухие хрипы под лопаткой справа. Результаты дополнительного исследования 1)Общий анализ крови эритроциты- 4,7 \* 10 12/л гемоглобин- 141 г/л цветной показатель- 0,9 лейкоциты- 9,4 \* 109/л палочкоядерные- 8 % сегментоядерные- 72 % эозинофилы- 3 % базофилы- 0 лимфоциты- 17 % моноциты- 3% СОЭ- 4 мм/ч Свертываемость крови Начало 30сек-2мин Окончание 3-5мин 2)Общий анализ мочи цвет - соломенно-желтый прозрачность - мутная относительная плотность- 1014 реакция - кислая белок - 0,008 эпителий - единичный в поле зрения глюкоза - отсутствует билирубин - отсутствует уробилиноиды - отсутствует ацетон- отсутствует лейкоциты- 5-10 в поле зрения эритроциты- 0-1 в поле зрения неизмененные Эпителий -плоский- мало -переходный - отсутствует -почечный - отсутствует Цилиндры -зернистые- отсутствуют -восковидные- отсутствуют -гиалиновые- отсутствуют бактерии- отсутствуют 3) Биохимический анализ крови: белок общий- 64,7 г/л альбумины- 62,1 г/л мочевина- 4,6 ммоль/л креатинин- 82 ммоль/л фибриноген- 2,0 г/л глюкоза- 5,5 ммоль/л билирубин общ.- 13,6 АЛТ- 83 нмоль/с\*л АСТ- 47- ммоль/л 4)Анализ мокроты: Физические свойства Цвет: светло- желтый Консистенция: вязкая Характер: слизистый Микроскопическое исследование -Лейкоциты: 15- 25 в поле зрения -Плоский эпителий -много -Альвеолярные макрофаги Микобактерии туберкулеза не обнаружены 5) Рентгенограмма грудной клетки: Легочные поля прозрачны. Легочный рисунок усилен. Гомогенное затемнение определяется в нижнем легочном поле, справа. Правый корень легкого малоструктурный. Диафрагма подвижна. Синусы свободны. Сердечно- сосудистая тень расширена влево.. Заключение: очаговая пневмония нижней доли правого легкого 6) ЭКГ: Ритм синусовый, 90 ударов в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка и правого предсердия. |
| 10.02.11 | Состояние удовлетворительное. Температура 37,70С. Интенсивность и частота приступов кашля меньше.. Болевые ощущения в правой половине грудной клетки на вдохе практически не беспокоят. Обьективно: АД=150/90 мм.рт.ст. Пульс 68/мин.Чдд=17 в мин. Аускультативно тоны сердца ритмичные приглушенные, сухие хрипы под лопаткой справа. Динамика положительная. |
| 11.02.11 | Состояние удовлетворительное. Температура 37,30С. Интенсивность и частота приступов кашля меньше. Болевые ощущения в правой половине грудной клетки не беспокоят. Обьективно: АД=158/90 мм.рт.ст. Пульс 70/мин.Чдд=18 в мин. Аускультативно тоны сердца ритмичные приглушенные, акцент второго тона над аортой. Динамика положительная. |
| 12.02.11 | Состояние удовлетворительное. Температура 37,00С. Кашель с небольшим количеством мокроты в утренние часы. Головная боль в вечернее время.Болевые ощущения в правой половине грудной клетки не беспокоят. Обьективно: АД=155/90 мм.рт.ст. Пульс 70/мин.Чдд=17 в мин. Аускультативно тоны сердца ритмичные приглушенные, акцент второго тона над аортой. Аускультативная картина в легких без изменений. Динамика положительная |

. Дифференциальный диагноз

.Бронхогенный рак легкого

Сходства анамнеза

-кашель с мокротой

болевые ощущения в грудной клетке

курение как фактор риска

Но у рака легкого, в отличие от пневмонии у курируемого больного имеются отличия:

кашель обычно мучительный, надсадный с незначительным количеством мокроты

болевые ощущения беспокоят постоянно

субфебрильная температура тела

кровохарканье

бессимптомное начало заболевания

У курируемого больного с пневмонией имеются свои анамнестические данные

повышение температуры до 390С

озноб

болевые ощущения беспокоят во время вдоха

одышка, преимущественно инспираторного характера

Сходства обьективного обследования

-грудная клетка симметрична, западений грудной клетки не выявляется

дыхание ритмичное, осабленное

Но у рака легкого, в отличие от пневмонии у курируемого больного имеются отличия

голосовое дрожание не изменено

при сравнительной перкуссии ясный легочный звук по всем легочным полям

хрипы и бронхофония отсутствуют

У курируемого больного с пневмонией имеются свои данные объективного обследования

жесткое дыхание

сухие хрипы в правой половине грудной клетки под лопаткой

голосовое дрожание усилено под лопаткой справа

при сравнительной перкуссии притупление перкуторного звука справа под лопаткой

Сходства результатов дополнительного исследования

-лейкоцитоз, увеличение СОЭ

на ЭКГ признаки гипертрофии правого предсердия

Но у рака легкого, в отличие от пневмонии у курируемого больного имеются отличия

на рентгенограмме полость с участком затемнения в центре с бугристой внутренней стенкой, лучистость контура, увеличение тени на динамических снимках

обнаружение атипичных раковых клеток в мокроте больного

поражение преимущественно верхней доли легкого

У курируемого больного с пневмонией имеются свои данные дополнительного обследования

на рентгенограмме участки гомогенного затемнения, усиление легочного рисунка, корень на стороне поражения несколько расширен

преимущественное поражение нижней доли

обнаружение возбудителя в бактериологическом исследовании мокроты

.Хроническая обструктивная болезнь легких

Сходства анамнеза

-кашель с мокротой

болевые ощущения в грудной клетке

курение как фактор риска

одышка

Но у ХОБЛ, в отличие от пневмонии у курируемого больного имеются отличия:

одышка преимущественно экспираторного характера

продуктивный кашель в утренние часы

гнойная мокрота при обострении заболеваения

набухание шейных вен

У курируемого больного с пневмонией имеются свои анамнестические данные

повышение температуры до 390С

озноб

болевые ощущения беспокоят во время вдоха

одышка, преимущественно инспираторного характера

Сходства обьективного обследования

-грудная клетка симметрична

дыхание ритмичное, осабленное

сухие хрипы при аускультации легких

цианоз

Но у ХОБЛ, в отличие от пневмонии у курируемого больного имеются отличия

изменение формы грудной клетки (эмфизематозная)

при сравнительной перкуссии коробочный звук по всем легочным полям

расщепление первого тона над легочной артерией при аускультации сердца

набухание шейных вен

вынужденное положение -ортопное

пальцы в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол

У курируемого больного с пневмонией имеются свои данные объективного обследования

жесткое дыхание

сухие хрипы в правой половине грудной клетки под лопаткой

голосовое дрожание усилено под лопаткой справа

при сравнительной перкуссии притупление перкуторного звука справа под лопаткой

при аускультации легких возможна крепитация

Сходства результатов дополнительного исследования

-лейкоцитоз, увеличение СОЭ

усиление легочного рисунка

Но у ХОБЛ, в отличие от пневмонии у курируемого больного имеются отличия

на рентгенограмме признаки эмфиземы легких: однородное повышение прозрачности легочных полей и обеднение легочного рисунка, особенно в нижних отделах, низкое стояние диафрагмы и "висячее сердце"

явления пневмосклероза: уменьшение в размерах пораженной части легкого, усиление, сетчатость и петлистость легочного рисунка по ходу разветвлений бронхов за счет деформации их стенок, склероза и инфильтрации перибронхиальной ткани. Нередко легочные поля нижних отделов приобретают вид пористой губки ("сотовое легкое").

на экг гипертрофия правого желудочка и предсердия

при спирометрии резко сниженные показатели ОФВ1, колебания ПСВ менее 20%

У курируемого больного с пневмонией имеются свои данные дополнительного обследования

на рентгенограмме участки гомогенного затемнения, корень на стороне поражения несколько расширен

преимущественное поражение нижней доли

обнаружение возбудителя в бактериологическом исследовании мокроты

Таким образом, у нашего больного не выявлено признаков более характерных для ХОБЛ или рака легкого, чем для пневмонии.

Окончательный клинический диагноз.

***Факторы, предрасполагающие к развитию пневмонии***

Дети раннего возраста

· внутриутробная <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%83%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F> гипоксия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F> и асфиксия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D1%84%D0%B8%D0%BA%D1%81%D0%B8%D1%8F>

· родовая травма <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F\_%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0>

· пневмопатии новорождённого <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B8\_%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D1%91%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE&action=edit&redlink=1>

· врождённые пороки сердца <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B8\_%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%86%D0%B0>

· пороки развития лёгкого <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B8\_%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D1%8F\_%D0%BB%D1%91%D0%B3%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE&action=edit&redlink=1>

· муковисцидоз <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%81%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B7>

· наследственные иммунодефициты <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%B8%D1%86%D0%B8%D1%82>

· гипотрофии <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D1%8F>

· гиповитаминозы <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B7>

Дети школьного возраста

· хронические очаги инфекции в носоглотке

· рецидивирующие бронхиты <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82>

· муковисцидоз <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%81%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B7>

· приобретённые пороки сердца <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B8\_%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%86%D0%B0>

· иммунодефицитные состояния <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%B8%D1%86%D0%B8%D1%82>

Взрослые

· курение <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%83%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5> и хронический бронхит <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82>

· хронические болезни лёгких <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D1%91%D0%B3%D0%BA%D0%BE%D0%B5>

· эндокринные заболевания <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5\_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8>

· сердечная недостаточность <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B4%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BD%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C>

· иммунодефицитные состояния <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BC%D0%BC%D1%83%D0%BD%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D1%84%D0%B8%D1%86%D0%B8%D1%82>

· хирургические операции грудной клетки и брюшной полости

· длительное пребывание в горизонтальном положении

· алкоголизм <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC>

· наркомания <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F>

**Этиология пневмонии вызванные различными возбудителями**

· Пневмококковая пневмония <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BA%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F\_%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1>

· Стафилококковая пневмония <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BA%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F\_%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1>

· Стрептококковая пневмония <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BA%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F\_%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1>

· Пневмония, вызванная Haemophilus influenzae <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F,\_%D0%B2%D1%8B%D0%B7%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_Haemophilus\_influenzae&action=edit&redlink=1> палочка Афанасьева-Пфейффера

· Пневмония, вызванная Mycoplasma pneumoniae <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%91%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B7&action=edit&redlink=1>

· Пневмония, вызванная Legionella pneumophila <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%BB%D0%BB%D1%91%D0%B7>

· Пневмония, вызванная Chlamydia psittaci <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B7>

· Пневмония, вызванная Escherichia coli <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F,\_%D0%B2%D1%8B%D0%B7%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_Escherichia\_coli&action=edit&redlink=1>

· Пневмония, вызванная Pseudomonas aeruginosa <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F,\_%D0%B2%D1%8B%D0%B7%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_Pseudomonas\_aeruginosa&action=edit&redlink=1>

· Пневмония, вызванная Klebsiella pneumoniae <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F,\_%D0%B2%D1%8B%D0%B7%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_Klebsiella\_pneumoniae&action=edit&redlink=1>

· Пневмония, вызванная Chlamydia pneumoniae <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F,\_%D0%B2%D1%8B%D0%B7%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_Chlamydia\_pneumoniae&action=edit&redlink=1>

· Пневмония, вызванная Pneumocystis carinii <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F,\_%D0%B2%D1%8B%D0%B7%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_Pneumocystis\_carinii&action=edit&redlink=1>

· Кандидозная пневмония <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9A%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1>

· Аспергиллёз лёгких <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%90%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B3%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D1%91%D0%B7\_%D0%BB%D1%91%D0%B3%D0%BA%D0%B8%D1%85&action=edit&redlink=1>

· Вирусная пневмония <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F>

· Цитомегаловирусная пневмония <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A6%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1>

· Бронхопневмония <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%BE%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F>

Патогенез:

Наиболее частым путём проникновения микроорганизмов в лёгочную ткань является бронхогенный - и этому способствуют: аспирация <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%81%D0%BF%D0%B8%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F>, вдыхание микробов из окружающей среды, переселение патогенной флоры из верхних отделов дыхательной системы (нос, глотка <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%BA%D0%B0\_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0>) в нижний, медицинские манипуляции - бронхоскопия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F>, интубация трахеи <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D1%83%D0%B1%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F\_%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%85%D0%B5%D0%B8>, искусственная вентиляция легких, ингаляция <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D1%8F%D1%86%D0%B8%D1%8F> лекарственных веществ из обсеменённых ингаляторов и т. д. Гематогенный путь распространения инфекции (с током крови) встречается реже - при внутриутробном заражении, септических процессах <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%81> и наркомании <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%80%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F> с внутривенным введением наркотиков. Лимфогенный путь проникновения встречается очень редко. Далее, при пневмонии любой этиологии, происходит фиксация и размножение инфекционного агента в эпителии респираторных бронхиол <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%B0> - развивается острый бронхит <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D1%82> или бронхиолит <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%82&action=edit&redlink=1> различного типа - от лёгкого катарального до некротического. Распространение микроорганизмов за пределы респираторных бронхиол вызывает воспаление <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5> лёгочной ткани - пневмонию. За счёт нарушения бронхиальной проходимости возникают очаги ателектаза и эмфиземы. Рефлекторно, с помощью кашля и чихания, организм пытается восстановить проходимость бронхов, но в результате происходит распространение инфекции на здоровые ткани, и образуются новые очаги пневмонии. Развивается кислородная недостаточность <http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9A%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BD%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C&action=edit&redlink=1>, дыхательная недостаточность <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%8B%D1%85%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BD%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C>, а в тяжёлых случаях и сердечная недостаточность <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B4%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%BD%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C>. Больше всего поражаются II, VI, X сегменты правого лёгкого и VI, VIII, IX, X сегменты левого лёгкого. Часто в процесс вовлекаются и регионарные лимфатические узлы - бронхопульмональные, паратрахеальные, бифуркационные.

**Патологическая анатомия**

При пневмонии патологический процесс проходит несколько стадий:

1. В первой стадии - стадии гиперемии <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F> и прилива - воспаление в альвеолах приводит к их расширению и появлению в них экссудативной <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BA%D1%81%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B0%D1%82> жидкости.

. Во второй стадии в альвеолярный экссудат из расширенных сосудов поступают эритроциты <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82>. Воздух из альвеолы вытесняется. Заполненные фибрином альвеолы придают лёгкому цвет печени. Эта стадия носит название красного опеченения.

. Третья стадия характеризуется преобладанием лейкоцитов <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82> над эритроцитами в экссудате. Эта стадия называется серым опеченением.

. Последняя стадия - стадия разрешения: фибрин и лейкоциты в альвеолах рассасываются и частично отхаркиваются с мокротой. Первая стадия продолжается 1-3 дня, вторая и третья - по 3-5 дней, разрешение наступает к 7-11 дню болезни.

На основании жалоб больного(сухой кашель с мокротой, преимущественно зеленого цвета; одышку при физической нагрузке преимущественно на вдохе; повышение температуры до 390C; боли в правой половине грудной клетки на вдохе), данных анамнеза(длительное переохлаждение, резкое начало заболевания, усиление предшествующих симптомов), данных объективного обследования(усиление голосового дрожания в под лопаткой с правой стороны, притупление перкуторного звука по лопаточной линии справа под лопаткой, аускультативно- жесткое дыхание, сухие хрипы под лопаткой справа), результатах дополнительного исследования(лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, на рентгенограмме- легочный рисунок усилен, гомогенное затемнение определяется в нижнем легочном поле, справа. правый корень легкого малоструктурный; лейкоциты в мокроте по всем полям зрения), дифференциальной диагностики(не выявлено признаков более характерных для ХОБЛ или рака легкого, чем для пневмонии) поставлен основной диагноз: Внебольничная очаговая правосторонняя нижнедолевая пневмония. Средняя степень тяжести.

Осложнения основного диагноза: дыхательная недостаточность 2 степени. анамнез диагноз лечение антибиотикотерапия

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 2 стадия, 3 степень, риск III. ХОБЛ, легкая степень тяжести, стадия ремиссии.

10. Эпикриз

Больной поступил в ГКБ СМП №1 8 февраля 2011 года с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, на кашель с выделением мокроты, одышку, и ознобы. За время пребывания в больнице больной был осмотрена ему были проведены лабораторно-инструментальные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, микроскопическое исследование мокроты, рентгенография грудной клетки в трех проекциях, ЭКГ. При этом было выявлено усиление голосового дрожания в правой половине грудной клетки под лопаткой, ослабление дыхания, наличие сухих хрипов справа в подлопаточной области, жесткое дыхание, притупление перкуторного звука справа в подлопаточной области; лейкоцитоз с сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ; в мокроте большое количество лейкоцитов, эритроцитов, альвеолярных макрофагов; при рентгенологическом исследовании - пневмоническая инфильтрация нижней доли правого легкого, реактивное сужение корней правого легкого, усиление легочного рисунка справа. Данные исследований позволили поставить диагноз: " Внебольничная очаговая правосторонняя нижнедолевая пневмония. Средняя степень тяжести. Дыхательная недостаточность 2 степени."

Проводилось лечение: медикоментозное (Амоксиклав, цефтриаксон, ацетилцистеин, беродуал, эуфиллин, аскорбиновая кислота, тималин) и немедикаментозное(дыхательная гимнастика) . Самочувствие больного улучшилось: перестали беспокоить боли, прошла слабость, одышка значительно уменьшилась, перестала выделяться мокрота. Для полного выздоровления показано курортно-санаторное лечение. Рекомендации: 1) проведение профилактических осмотров для выявления очагов хронической инфекции; 2) санация полости рта и зева; 3) закаливание организма; 4)отказ от курения, 5)избегание переохлаждения.