ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской Федерации».

Кафедра внутренних болезней №2

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного: \_\_\_\_\_\_

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого, средней степени тяжести

Куратор:

Студент 618 группы лечебного факультета

Мерзляков Артем Евгеньевич

Красноярск 2014

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

внебольничная пневмония кашель

Ф.И.О. больного: \_\_\_\_\_\_

Дата и время поступления: 9.11.2014г. 11:31

Дата курации: 12.11-15.11.2014г

Пол: Женский

Возраст: 18 лет.

Профессия и место работы: Студентка

Домашний адрес: г.Красноярск, \_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении: Внебольничная пневмония .

ЖАЛОБЫ

На повышение температуры тела до 38,7 С, озноб, потливость, сухой кашель, боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, усиливающаяся при кашле, глубоком вдохе, общую слабость, головную боль, ломоту в теле, снижение работоспособности.

MORBI

Считает себя больной с конца октября, когда впервые появился кашель и насморк, температура тела не повышалась. Лечилась самостоятельно: грудной сбор, синекод, барсучий жир, амоксициллин - без эффекта. C 09.11.14- температура повысилась до 37,7 C, затем максимально до 38,7С, вызвала СМП, доставлена в ПО ККБ№1. При обследовании на R-графии ОГК: Признаки очаговой пневмония в н/доле правого легкого. В анализах крови: лейкоцитоз 15,19. Госпитализирована в пульмонологическое отделение для лечения.

ANAMNESIS VITAE

Бытовой анамнез: Жилищные условия благоприятные.

Характер питания: Питается 2-3 раз в день.

Перенесенные заболевания: Пневмония от 2012г

Операции: отрицает

Венерические заболевания, малярию, тифы, туберкулез, гепатиты, сахарный диабет, язвенную болезнь, бронхиальную астму, онкологические заболевания отрицает.

Семейный анамнез: не отягощен

Вредные привычки: Отрицает

Аллергологический анамнез: Аллергические реакции на лекарственные средства, пищевые продукты, предметы бытовой химии, на укусы пчел, комаров, блох, клопов и других насекомых, растения, пыль, домашних животных отрицает.

Гинекологический анамнез: Менструации c 14 лет, регулярные, беременностей 0

ВТЭ

Выписать справку учащегося с 9.11.14

PREAZENS

Общий осмотр.

Состояние: Средней степени тяжести обусловлено интоксикационным синдромом.

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Телосложение: правильное, нормостенический конституционный тип. Рост 165 см, вес 65кг.

Температура: 38 С.

Кожные покровы чистые , теплые, нормальной влажности, тургор нормальный, эластичность умеренная. Отеки: нет. Слизистые чистые. Лимфатические узлы не визуализируются, не пальпируются

При осмотре костной системы деформаций нет.

Суставы обычной конфигурации, симметричные.

Движения в суставах не ограничены

Дыхательная система.

Осмотр: дыхание через нос затруднено.

Дыхание ритмичное, ЧДД 18 в минуту. Тип дыхания грудной. Сатурация О2- 97 Грудная клетка нормостенического типа, асимметрии не наблюдается. Обе половины активно учавствуют в акте дыхания.

Пальпация: Эластичность грудной клетки удовлетварительная. Эпигастральный угол 90 град.

Глосовое дрожание усилено в нижних отделах справа.

Перкуссия: отмечается тупой перкуторный звук в нижних отделах справа.

Топографическая перкуссия

|  |
| --- |
|  Высота стояния верхушек |
|  | спереди | слева |
| Спереди | 3см выше уровня ключицы | 3 см выше уровня ключицы |
| Сзади  | На 1,5 см. латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка  | На 1,5 см. латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка |

Ширина полей Кренинга-справа 5см., слева-5,5см

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Pulmo dexter | Pulmo sinister |
|  Окологрудинная | 5 межреберье |  -  |
| Среднеключичная |  VI ребро |  - |
| 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 Th позвонка | Остистый отросток XI Th позвонка |

Подвижность нижнего края:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Топографическая линия | справа | слева |
|  | На вдох | На выд | сумм | На вдох | На выд | сумм |
| Среднеключичная | 2см | 2см | 4см | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 3см | 3см | 6см | 3см | 3см | 6см |
| Лопаточная | 2см | 2см | 4см | 2см | 2см | 4см |

Аускультация: В нижних отделах правого легкого дыхание ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые единичные хрипы

Сердечно-сосудистая система. Деформации грудной клетки нет. Тоны сердца ясные ритмичные.

Шумы в 5 классических точках аускультации не выслушиваются. ЧСС -105 уд/мин.

АД- 100/70 мм.рт.ст

Органы пищеварения.

Язык чистый влажный. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика сохранена. Газы отходят свободно, стул 2 раза в день/

Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется

Мочевыделительная система.

Почки не пальпируются. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 4-5 раз в сутки.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛЬНОМ

В клинике данного заболевания можно выделить следующие синдромы:

Синдром инфильтрации легочной ткани - объективно при пальпации локальное усиление голосового дрожания в области нижней доли правого легкого, локальное укорочение перкуторного звука над областью нижней доли правого легкого, аускультатативно ослабленное везикулярное дыхание, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижнем отделе правого легкого. Рентгенография грудной клетки от 9.11.2014г.: В н/доле справа ( проекция S8) определяются очаговые тени без четких контуров.

Лихорадочный синдром- жалобы на озноб, потливость, повышение температуры тела до 38,7 С, Обьективно температура тела - 38 C

Интоксикационный синдром - жалобы на слабость, утомляемость, головные боли, ломоту в теле, снижение работоспособности. Обьективно: состояние средней степени тяжести, ЧСС-105 уд/мин.

Бронхитический синдром - жалобы на сухой приступообразный кашель

На основании жалоб, анамнеза, объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных можно сформулировать следующий диагноз: Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого, средней степени тяжести.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

РАК

Биохимический анализ крови ( СРБ, билирубин, АЛТ, АСТ, K, Na, общий холестерин, мочевина, креатинин, глюкоза, общий белок, фибриноген, сиаловые кислоты)

Кровь на RW

ОАМграфия ОГК

Анализ мокроты на КУМ, цитологию ,бак. посев с антибиотикограммой

Кал на я/глистов

ЭКГ

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Антибиотикотерапия ( Sol. Ceftriaxoni 2,0 + Sol.Natrii chloridi 0,9%-250,0 в/в кап 1р/д (Цефалоспорины III поколения), Sol. Sumamedi 0,5 + Sol.Glucosae 5%-200,0 в/в кап 1 р/д ( Макролиды))

Муколитики (Tab. Bromgexini 0,008 по 2 таб 3 р/д)

Дезинтоксикационная терапия ( Sol.Plasmoliti 500.0 в/в кап 2 р/д)

НПВС( Sol Ketopropheni 2,0 в/м при подьеме температуры тела выше 38,5 C)

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

РАК от 10.11.14г

Гемоглобин- 119 г/л

Эритроциты- 2,76 г/л

Лейкоциты- 15,19 г/л

Тромбоциты- 262 г/л

Палочкоядерные -7 %

Сегментоядерные- 70.5%

Лимфоциты- 17,1%

Моноциты-4%

Эозинофилы -3%

СОЭ- 38 мм/час

Заключение: Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ

Биохимический анализ крови от 10.11.14г

Общий белок-73 г/л ( 66-87 )

Мочевина- 2 ммоль/л ( 1,70-8,30)

Креатинин- 67 ммоль/л ( 74-110)

Билирубин общий- 18,1 ммоль/л ( 1,7-20)

Глюкоза - 4.82 ммоль/л ( 4,10-5,90)

Холестерин общий- 5,0 ммоль/л ( 0-5,30)ммоль/л (90-150)

К-3,8 ммоль/л ( 3,3-5,5)общий- 2,64 ммоль/л ( 2,20-2,65)

АСТ- 14,3 Ед/л ( 0-36)

АЛТ- 11,8 Ед/л ( 0-45)РБ- 57,40 мг/л (0-5)12,4 ммоль/л ( 10,70-32,20)

ОЖСС- 55,10 ммоль/л ( 45.30-77.10)

Фибриноген- 3,8 г/л (2-4)

Заключение: повышение СРБ,.

Общий анализ мочи от 10.11.14г

Цвет: Соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Реакция: 6,0

Белок: отрицателно

Сахар: Отрицательный

Лейкоциты: 0-2-4 в поле зрения

Эритроциты- измененные 0-1-2 в поле зрения

Эпителий плоский: в значительном колличестве

Удельный вес: 1021

Бактерии +

Заключение : Нормальные показатели

Анализ крови на RW от 10.11.14г - отрицательно

Анализ кала на яйца глистов от 11.11.14г - отрицательно

Рентгенография грудной клетки от 9.011.14г-.: В н/доле справа ( проекция S8) определяются очаговые тени без четких контуров. корни легких не расширены, синусы плевры свободны, диафрагма расположена обычно. Тень сердца не изменена.

Анализ мокроты от 10.11.14- КУМ отрицательно, цитология: С/я -10-15, макрофаги-ед, клетки плоского эпителия- 6-8 в п/з

ЭКГ от 10.11.14г г- Ритм синусовый ЧСС- 85 уд/мин

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Важно отличать пневмонию от туберкулёзного инфильтрата, рака лёгкого, инфаркта лёгких, эозинофильного инфильтрата.

Туберкулёз лёгких

Для туберкулёза характерно наличие очагов-отсевов.

Многократное исследование мокроты и промывных вод бронхов позволяют обнаружить микобактерии туберкулёза.

Не менее важен тщательный сбор анамнеза: характерен длительный контакт с бактериовыделителями - семейный или профессиональный.

Фтизиатрическая настороженность важна при обследовании больных, получающих системные глюкокортикоиды.

В дифференциально-диагностическом плане важно проводить эмпирическую терапию пневмонии без использования противотуберкулёзных препаратов широкого спектра действия (рифампицин, стрептомицин, канамицин, амикацин, циклосерин, фторхинолоны).

Рак лёгкого

Периферический рак лёгкого долгое время остаётся бессимптомным и нередко выявляется при рентгенологическом исследовании, не связанном с подозрением на опухолевый процесс органов дыхания.

Прорастание опухоли в плевру сопровождается выраженным болевым синдромом.

Прорастание опухоли в бронх сопровождается кашлем, появлением мокроты и кровохарканьем.

Наиболее часто периферический рак лёгкого локализуется в передних сегментах верхних долей.

В рентгенологической картине рака лёгкого выделяют такие характерные признаки, как "лучистость" контура, увеличение тени на динамических снимках.

Опухолевый процесс с прогрессированием даёт метастазы

ТЭЛА

ТЭЛА чаще развивается у больных, страдающих тромбофлебитом нижних конечностей и таза, пребывающих длительное время в постели, при мерцательной аритмии, в послеоперационном периоде.

У молодых женщин лёгочные тромбоэмболии иногда встречаются при использовании пероральных контрацептивов.

Для инфаркта лёгкого характерна боль в груди, при полисегментарном поражении - одышка и цианоз, тахикардия и артериальная гипотензия.

Аускультация может выявить ослабление дыхания и шум трения плевры.

При поражении одного сегмента на рентгенограммах выявляют гомогенную тень треугольной формы, обращенную основанием к висцеральной плевре, а верхушкой - к воротам лёгких. Информативно проведение перфузионного радиоизотопного сканирования, при котором обнаруживают ишемические "холодные" зоны в лёгких.

На ЭКГ появляется картина острой или подострой перегрузки правых отделов сердца.

Эозинофильный инфильтрат

Для эозинофильного инфильтрата характерна "летучесть" изменений на рентгенограммах: исчезновение и появление инфильтрации с непостоянной локализацией.

Типичны эозинофилия крови и/или мокроты

Наличие отягощенного аллергологического анамнеза, наличие глистных инвазий.

ДНЕВНИКИ КУРАЦИИ

|  |  |
| --- | --- |
| 12.11.14 Состояние больной средней степени тяжести. Больная в сознании адекватна. Жалуется на повышение температуры тела до 38C умеренную слабость, недомогание, снижение аппетита, кашель, боли в грудной клетке справа. Обьективно: Кожные покровы обычной окраски. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, в нижней доле справа ослаблено, множественные инспираторные, мелкопузырчатые хрипы, перкуторно притупление звука. ЧДД-18, АД 100\70, ЧСС- 76 уд/мин, PS- 76 уд\мин. Тоны сердца ясные ритмичные.. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Диурез мелкими порциями. Отеков нет. Температура тела 37 С | Стол №15 Режим стационарный Термометрия Терапия согласно плану  |
| 13.11.14 Состояние больной с положительной динамикой в виде нормализации температуры тела и уменьшения интоксикационного синдрома. Больная в сознании адекватна. Жалуется на слабость, кашель, сохранение болей в грудной клетке справа. Обьективно: Кожные покровы обычной окраски. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, в нижней доле справа ослаблено, инспираторные мелкопузырчатые хрипы, перкуторно притупление звука. ЧДД-17, АД 100\70, ЧСС- 80 уд/мин, PS- 80 уд\мин. Тоны сердца ясные ритмичные.. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Диурез мелкими порциями. Отеков нет. Температура тела 36,7 С | Терапия плановая Термоиетрия  |
| 15.11.14г Состояние больной ближе к удовлетворительному. Больная в сознании адекватна. Жалуется на, кашель, боли в грудной клетке справа. Обьективно: Кожные покровы обычной окраски. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание, в нижней доле справа ослаблено, единичные влажные инспираторные хрипы, перкуторно притупление звука. ЧДД-16, АД 100\70, ЧСС- 80 уд/мин, PS- 80 уд\мин. Тоны сердца ясные ритмичные.. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Стул регулярный, оформленный. Диурез мелкими порциями. Отеков нет. Температура тела 36,5 С Динамика состояния- на фоне терапии отмечается уменьшение кашля, интенсивности болей, интоксикации, хрипов | 1.Терапия плановая 2.Термометрия  |

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Больная \_\_\_\_\_\_ 18 лет с 9.11.14г находится на стационарном лечении в пульмонологическом отделении КГБУЗ№1 с диагнозом Внебольничная пневмония в нижней доле правого легкого, средней степени тяжести.

С конца октября стала отмечать сухой кашель, с 09.11.14- температура повысилась до 37,7 C, затем максимально до 38,7С, вызвала СМП, доставлена в ПО ККБ№1. При обследовании на R-графии ОГК: Признаки очаговой пневмония в н/доле правого легкого. В анализах крови: лейкоцитоз 15,19. СРБ-57,4 мг/л Госпитализирована в пульмонологическое отделение для лечения.

В отделении проводится комбинированная антибиотикотерапия Цефтриаксоном и Сумамедом, дезинтоксикационная, муколитическая и противовоспалительная терапия. На фоне проводимого лечения общее состояние больной с положительной динамикой в виде купирования лихорадочного синдрома, уменьшения интоксикационного синдрома, уменьшения интенсивности кашля, болей в грудной клетке аускультативно отмечается уменьшение выраженности хрипов.