АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

**КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: Внебольничная вирусно-бактериальная левосторонняя нижнедолевая пневмония, нетяжелое течение**

**СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: Бронхиальная астма, атопическая стадия, контролируемое течение**

Срок курации:3.09.19-10.09.13 г

КУРАТОР: Шипилова Нина Сергеевна

Группа 434

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: Таранникова Анастасия Олеговна

Барнаул 2013

Официальные данные:

Фамилия, имя, отчество:

Пол: м

Домашний адрес: г. Барнаул

Возраст(дата рождения) 26.08.68

Профессия: энергетик

Дата поступления в клинику: 28.08.13

Дата выписки из стационара: Х

Дата начала курации: 3.09.13

Дата окончания курации: 10.09.13

ЖАЛОБЫ

Больным себя считает с 25 августа 2013 года. В это время больного стали беспокоить приступы кашля, сопровождающиеся отделением небольшого количества слизистой мокроты. Приступы кашля сопровождались одышкой смешанного типа. Считает что заболеванию предшествовало переохлаждение. Дома принимал аспирин. Появились недомогание, потливость, боли в грудной клетке, повышение температуры тела до 39.0 С. В дальнейшем усилился кашель, появилась слизистая -гнойная мокрота. После ухудшения позвонил в скорую помощь, после чего был доставлен по СМП в поликлинику.

Основные жалобы: Больной жалуется на слабость, боль при кашле в левом подреберье, одышку смешанного характера, кашель с мокротой, температура до 39 С .

Дополнительные жалобы: Слабость, утомляемость, головные и мышечные боли, бледность, осиплость голоса.

На основание жалоб больного на повышенную температуру до 39 С, кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты, боль в грудной клетке при кашле,смешанную одышку при небольшой физической нагрузке, а также остром начале заболевания на фоне ОРВИ можно предположить, что поражена дыхательная система

Опрос по системам органов

Общее состояние

Повышение температуры тела: температура тела фебрильная (39 С) 2 дня после начала заболевания. Лихорадочный период длился 3 дня с ознобом и потливостью.

Общая слабость, снижение трудоспособности: нетрудоспособность, слабость периодичная на момент болезни.

Опорно-двигательная система

Боли в суставах, позвоночнике (артралгии): Нарушение подвижности суставов: По утрам скованность суставов. Миалгии при физических нагрузках.

Суставные шумы: нет

Мышечные боли: в шейном отделе позвоночника, переодические, связанные с переохлождением.

Мышечная слабость: нет

Похолодание и побеление пальцев рук: нет

Система органов дыхания

Нос: дыхание через нос свободное, выделений из носа нет, сухости в носу нет.

Гортань: голос звучный ,в норме

Боли в грудной клетке: левосторонние боли в области грудной клетки в VI-VII межреберье по передней подмышечной линии, усиливающиеся при вдохе и кашле.

Кашель: кашель приступообразный со слизисто-гнойной мокротой.

Мокрота: характер-слизисто-гнойная, отделяется с трудом после сильных приступов кашля.Отходит утром. Консистенция вязкая. Без запаха. В малом количестве.

Кровохарканье (кровотечение): отсутствует

Одышка: смешанная, периодическая, усиливается при быстрой ходьбе и подъемах на лестницу. Облегчение при покое.

Удушье: нет

Вывод: Имеется поражение легочной ткани с левой стороны в нижней доле легкого.

Кроветворная система

Общие жалобы: слабость,утомляемость.

Извращение обоняния, вкуса: нет

Геморрагии:отсутствуют

Кровотечения: отсутствуют

Боли в левом подреберье: при глубоком дыхании и кашле.

Система органов кровообращения

Одышка: смешанная, периодическая, усиливается при быстрой ходьбе и подъемах на лестницу. Облегчение при покое. И засыпание на высоких подушках ,т.к у больного получается возвышенное положение и грудная клетка становится более расправленная, что облегчает дыхание.

Удушье: нет

Отеки: нет.

Онемение пальцев ног - нет

Обмороки: нет.

Система органов пищеварения

Аппетит: сохранен

Вкус: не изменен

Сухость во рту: нет

Глотание: свободное.

Отрыжка: нет

Тошнота:нет

Рвота:нет

Абдоминальные боли: нет

Стул: нормальный оформленный

Вздутие живота (метеоризм): нет

Система органов мочеотделение

Боль: нет

Мочеиспускание: в норме(днём-4-6 раз, ночью 0-1)

Диурез: количество мочи за сутки в норме.(1200мл)

Цвет соломенно-желтый.

Отеки: нет

Эндокринная система

Слабость, утомляемость: общая постоянная утомляемость и слабость средней степени.

Масса тела: ИМТ=30,4кг/м3 (избыточная масса тела)рост=184см,вес=146кг

Волосяной покров: ломкость и истончение волос не наблюдается

Состояние кожи: в норме. Влажность и эластичность умеренная, тургор в норме.

Ломкость ногтей: нет

Жажда: в сутки выпивает до 2 литров воды.

Чувство голода: не усилено.Ест 3-4 раза в день.

Ощущение «ползание мурашек» похолодание в конечностях, болезненные судороги мышц: нет

Нервная система

Самооценка больного: спокойный, общительный

Сон: нормальный.

Головные боли: редко

Головокружение: Обычно не бывает.

Судороги: нет

Память: сохранена

Зрение: в норме

Слух: в норме

История заболевания

Anamnesis morbi

Дата курации 3.09.13 г. Заболевание началось 25.09.13 дома. Пациент жаловался на слабость,сухой кашель около 2-3 дней, резкие острые боли в грудной клетке в области подреберья по передней подмышечной линии, усиливающиеся при вдохе и кашле, затем резко поднялась температура до 39 С, думал что заразился ГРИППом , принимал парацетамол с аспирином, но температура не спадала, за медицинской помощью не обращался, ,находился дома еще 2 дня, улучшений не наступало. Вызвал скорую помощь и поступил в поликлинику. Через несколько дней начала отделяться мокрота. Во время нахождения в стационаре самочувствие больного улучшилось.

Anamnesis vitae (История Жизни)

Общебиографические сведения: Родился в Алтайском крае, в г. Барнауле.

Социальный анамнез: По счету в семье второй ребенок. Сейчас у него своя семья, живет с женой. У него двое детей (дочь и сын). Материальная обеспеченность -средний достаток. Условия питания хорошие.

Детство: Развитие правильное, учился в школе хорошо, занимался физкультурой.

Профессиональный анамнез: Начал работать в 22 года электриком. Продолжительность работы стандартная 8-ми часовая, дневная, помещения теплые, сухие.

Бытовой анамнез: жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Питание хорошее. Режим и регулярность соблюдается.

Перенесенные заболевания: Корь, краснуха, ангина. Часто болел бронхитами. В 14 лет первый раз переболел пневмонией. В 2000 году были удалены миндалины. В 2002 была проведена аппендектэктомия.

Эпидемиологический анализ: Перенес краснуху, ветрянку.

Трансфузионный анамнез: Донором и рецепиентом не является.

Аллергический анамнез: У пациента есть аллергия на бытовую пыль ( бронхиальная астма).

Хронические интоксикации: не курит, алкоголь не употребляет,не принимает наркотики.

Наследственность:

Семейная родословная

Анализ:

мать и отец пробанда(отец болел Б.А)

пробанд и его жена

брат, сестра и сноха пробанда

племянники пробанда

Заключение: На основании анализа генеалогического древа наследственного характра заболевания у больного не выявлено.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

(Status praesens communis)

ОБЩИЙ ОСМОТР

Состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение больного в постели - активное.

Выражение лица - спокойное.

Телосложение: пропорциональное.

Конституция: гиперстеническая.

Походка: нормальная.

Осанка: прямая

Температура тела 36,90С

Вес:96 кг

Рост: 180 см

ИМТ: 30.4 кг/м3

Вывод: ИМТ 30.4, следовательно у пациента избыточная масса тела.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА

Кожные покровы:

Кожные покровы бледно-розовые, кожа эластична. Высыпаний на коже нет.

Цвет видимых слизистых оболочек - бледно-розовый, высыпаний нет. Тактильная, болевая, температурная чувствительность сохранена.

Ногти: Форма правильная, овальные. «Часовые стекла», барабанные палочки отсутствуют.

Подкожная клетчатка:

Степень развития подкожной жировой клетчатки усиленная.Толщина складки в подключичной области равна 5,5 см.

Места наибольшего отложения жира: на животе, на бедрах по типу «яблоко». Подкожно-жировая клетчатка при пальпации безболезненна.

Отёков нет.

Лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, шейные, подмышечные, над-, подключичные,- не увеличены, безболезненны.

Подкожные вены не расширенные , безболезненны, воспаления, припухлостей, покраснений нет.

Форма головы овальная, нормоцефалия, положение прямое, симптом Мюссе отрицательный.

Щитовидная железа: безболезненна.

Выражение лица живое, глазная щель не изменена, веки не изменены, глазное яблоко не изменено, конъюнктива розовая, склеры белые, зрачки круглые, реакция зрачков на свет прямая и содружественная сохранена.

Симптомы: Греффе, Штельвага, Мебиуса отрицательные.

Губы: углы рта симметричны, цвет розвый, высыпаний нет, трещин, сухости, «симптома кисета» нет.

Десны: розовые

Зубы

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| З | О | К | З | З | З | З | З | З | З | З | К | К | З | З | З |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| О | З | К | К | З | З | З | З | З | З | З | З | З | З | К | К |

о- отсутствие зуба

к- корень

з- здоровй зуб

Язык: больной высовывает язык свободно, дрожания нет, величина не изменена, влажный, обложен бело-желтым налётом у корня, сосочки умеренно выражены.

Форма миндалин правильная, не выступают из за дужек, розовые, налётов нет, гнойных пробок, язвочек нет.

Опорно-двигательный аппарат

Мышцы: развитие мышц удовлетворительное. Болезненность при ощупывании отсутствует. Симметрично принимают участие при движении.

Кости: при ощупывании и поколачивании кости безболезненны. При осмотре деформаций нет.

Суставы: нормальной конфигурации. флюктуация (наличие выпота в суставах) отсутствуют. Температура кожи над суставами нормальная. Функции суставов сохранены. Объем активных и пассивных движений во всех суставах и отделах позвоночника соответствует норме. Окраска кожи над суставами телесного цвета.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Осмотр.

Нос: Форма носа не изменена. Дыхание через нос свободное. Деформации мягких тканей, покраснения и изъязвления у наружного края ноздрей, герпетической сыпи нет. Состояние слизистой носа в норме (выделений,кровотечения и чувства сухости нет)

Голосовое дыхание свободное

Грудная клетка: гиперстенического типа. Переднезадний размер ее приближается к боковому, над- и подключичные ямки выражены сглажены, грудная клетка широкая, но короткая,эпигастральный угол тупой (больше 90° градусов),ребра имеют горизонтальное направление, межреберные промежутки узкие, лопатки хорошо прилегают к грудной клетке.

Дыхание: тип дыхания смешанный. Дыхательные движения симметричны. Частота дыхательных движений 23 в минуту(тахипноэ)

Пальпация.

При пальпации обнаружено усиление голосового дрожания. Слева в 4 межреберье обнаружено ослабление голосового дрожания. Грудная клетка при пальпации безболезненна, эластична.

Перкуссия легких: На симметричных участках грудной клетки отмечается притупление перкуторного звука в 4- 5 межреберье в нижних долях легких.

НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
| l. parasternalis | 4 м/р | - |
| l. medioclavicularis | 5 м/р | - |
| l. axilaris anterior | 6 м/р | 6 м/р |
| l. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| l. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| l. scapularis | 9 м/р | 9 м/р |
| l. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l. medioclavicularis4 см- |  |  |
| l. axilaris media | 5 см | 5 см |
| l. scapularis | 4 см | 4 см |

Аускультация лёгких

Жесткое бронховезикулярное дыхание, в нижних отделах с левой стороны, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы , усиление бронхофонии.

Выводы: Исходя из обследования системы органов дыхания обнаружили поражения на уровне левой нижней доли легкого. Усиление голосового дрожание на момент поступления в стационар, бронховезикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы говорят о наличии воспаления и инфильтрации в ткани легкого.

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Сердечно-сосудистая система.

Визуально какой-либо пульсации в области сердца, эпигастрия, проекции крупных сосудов не определяется. Пальпаторно определяется верхушечный толчок в V межреберье на 1,0 см кнутри от среднеключичной линии, размерами 1,0Х1,5 см, умеренно выраженный, резистентный. Систолическое и диастолическое дрожания в области верхушки и основания сердца не определяется.

Перкуссия

Границы относительной тупости сердца:

Правая по правому краю грудины в IV межреберье.

Левая в V межреберье на 1,0 см кнутри от среднеключичной линии слева.

Верхняя в III межреберье по левой парастернальной линии .

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая по левому краю грудины.

Левая на 2 см кнутри от границы относительной тупости сердца.

Верхняя по левой парастернальной линии в IV межреберье.

Конфигурация сердца не изменена(дефигурация,сердечный горб, выпячивания не обнаружены). Длинник сердца 17 см, поперечник: 14 см. Сосудистый пучок не выступает за края грудины и составляет 4 см.

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. I тон нормальной громкости, ясный, лучше прослушивается на верхушке и в IV межреберье по парастернальной линии справа. II тон нормальной громкости, ясный, лучше прослушивается во II межреберьях по парастернальным линиям справа и слева. Шумов нет. ЧСС=86, ритм правильный. ЧСС и число пульсовых волн на периферических сосудах совпадает.

При пальпации периферических артерий (плечевых, лучевых, бедренных, подколенных, тыла стопы) определяется гладкая и эластичная стенка. Пульс ритмичный, умеренного наполнения, синхронный и одинаковый на обеих руках. Патологической пульсации артериол ногтевых фаланг не определяется(Пульс Квинке отрицательный). Артериальное давление на обеих руках составляет 130/80 мм рт ст. Пульсовое давление 50 мм рт ст. При аускультации сосудов патологических явлений не прослушивается. При осмотре и пальпации вен не обнаруживается каких-либо покраснений, болезненностей, уплотнений.

Исследование органов брюшной полости.

Осмотр живота: округлой формы, симметричный, передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, перистальтические и антиперистальтические движения отсутствуют, подкожные венозные анастомозы отсутствуют, окружность живота на уровне пупка 95 см..

Пальпация живота:

Болезненность отсутствует, брюшная стенка мягкая, грыжевые отверстия отсутствуют, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, опухолевые образования отсутствуют.

Сигмовидная кишка пальпируются в левой подвздошной области в виде цилиндра диаметром 3 см., мягкой эластичной консистенции с гладкой поверхностью, безболезненна, умеренно подвижная, не урчащая.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, в виде цилиндра, диаметром 2,5 см., мягкой, эластичной консистенции с гладкой поверхностью, безболезненна, умеренно подвижная, урчащая.

Нисходящая кишка пальпируется в левом подреберье, в виде цилиндра диаметром 3 см., мягкой эластичной консистенции с гладкой поверхностью, безболезненна, умеренно подвижная, урчащая.

Восходящая кишка не пальпируется.

Желудок не пальпируется.

Пальпация печени: пальпируется нижний край по краю реберной дуги: заострённый, ровный, мягкой, эластичной консистенции, безболезненный. Границы печени по Курлову 9/8/7..

Пальпация желчного пузыря: желчный пузырь не пальпируется. Пальпация селезёнки: селезёнка не пальпируется..

Перкуссия живота: тимпанический перкутонный звук, симптом Менделя отрицательный, симптом флюктуации отрицательный, свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Аускультация живота: периодическая перистальтика, шум трения брюшины отсутствует, систолический шум над аортой, над почечными и другими артериями отсутствует.

Исследование органов мочевыделения.

Осмотр: покраснения, припухлости, отёчности кожи в поясничной области нет. Выпячивания над лобком не обнаружено.

Пальпация: почки в горизонтальном и вертикальном положении не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется.

Перкуссия: при поколачивании по поясничной области болезненности не выявлено, симптом Пастернацкого отрицательный. При перкуссии в надлобковой области притупления перкуторного звука не выявлено, тимпанический перкуторный звук.

Нервная система

Умственное развитие соответствует жизненному опыту и полученному образованию. Сон не нарушен.

Органы зрения: подвижность глазных яблок нормальная, косоглазия нет; величина зрачков 2 мм, форма округлая, реакция зрачков на свет содружественная.

Слух и вестибулярный аппарат: функции не нарушены

Мимическая мускулатура развита удовлетворительно.

Акт глотания не нарушен.

Движение языка функционально удовлетворительны.

Речь. Расстройств речи нет.

Читает и пишет хорошо.

Походка больного: свободная.

Координации движений адекватные. Гиперкинезы: клонические и тонические судороги отсутствуют. Дрожания нет. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности не выявлено.

Менингеальных симптомов нет.

Заключение: По данным объективного обследования: усиление голосового дрожания на момент поступления в стационар,ослабление голосового дрожания слева после лечения (соответствует формированию постпневмонического пневмофиброза), притупление перкуторного звука , жесткое дыхание, одышка. Эти признаки характерны для синдрома очаговой инфильтрации легочной ткани. Таким образом, мы имеем дело с патологией легких сопровождающейся образованием очаговых инфильтратов в ткани легкого в VI-VIII межреберьях от лопаточной до задней подмышечной линии слева.

Предварительный диагноз и его обоснование

Внебольничная вирусно-бактериальная левосторонняя нижнедолевая пневмония

На основании жалоб больного на слабость, малопродуктивный кашель 3 дня, острое поднятие температуры до 39 С , боли в грудной клетке в области левого подреберья, усиливающиеся при вдохе и кашле, выделение мокроты слизисто-гнойной. Во время кашля и после окончания возникает одышка. Заболел после ОРВИ - делаем вывод, что патологический процесс локализуется в легких и затрагивает плевру.

. Бронхообструктивный синдром: кашель с отхождением слизистой жидкой светло-серой мокроты, одышка. Перкуторный звук притуплен в нижних долях левого легкого, при аускультации выявлено бронховезикулярное дыхание.

. Синдром бронхиальной реактивности: кашель с отхождением жидкой светлой-серой мокроты, одышка смешанного характера, бронховезикулярного дыхания, влажные мелкопузырчатые хрипы, ослабление голосового дрожания что свидетельствует о формировании очага постпневмонического пневмофиброза слева.

. Синдром дыхательной недостаточности: одышка смешанного характера возникает при минимальной физической нагрузке (ходьбе, лечебной гимнастике) и иногда в покое. I степени.

. Интоксикационный синдром: слабость,резкое повышениие температуры до 39 градусов,держалась 3 дня.

. Инфильтративный синдром: Усиление голосового дрожания на момент поступления больного (слева).

Анамнез заболевания- острое начало заболевания, его острое течение и наличие у него продромального периода. Объективное обследование указывает на наличие у больной симптома очаговой инфильтрации легочной ткани.

Из всего вышеперечисленного можно заключить, что заболевание:

локализуется в легких и затрагивает плевру.

Возникло остро и имеет острое течение и продромальный период.

сопровождается очаговой инфильтрацией легочной ткани,

сопровождается интоксикацией.

Сочетание таких признаков характерно для пневмонии.

Локализация болей, указанная больным, симптом очаговой инфильтрации легочной ткани, выявленный объективно, указывают на локализацию процесса в нижних долях левого легкого,

ЧД=23, ЧСС=86, незначительность выраженности симптомов интоксикации указывают на легкую степень тяжести.

Таким образом на основании жалоб больного, данных истории болезни, сочетания симптомов и осмотра можно поставить предварительный диагноз: Острая внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. Нетяжелое течение.

Хроническое заболевание: Бронхиальная астма, атопическая стадия,фаза обострения.

План обследования

Лабораторные методы:

1.Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой

.Биохимический анализ крови

(фибриноген, сиаловые кислоты, С-РБ)

.Общий анализ мочи

.Окраска мазка мокроты по Граму

. Мокрота на ВК №3

. Посев мокроты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам

.ЭКГ

.Общий анализ мокроты.

Результаты обследования:

ОАК с лейкоцитарной формулой(03.09.2013)

Эритроциты 3,4 х 1012 л-1

Лейкоциты 10,4 х 109 л-1

Гемоглобин 121 г/л

СОЭ 40 мм/ч

Лейкоцитарная формула

Э Б М ПЯ СЯ Л М

3 - -- 10 74 10 3

Биохимический анализ крови(03.09.2013)

Билирубин 8,4

Непрямой 8,4

Прямой-0

Сахар 4,8

Мочевина 5,0

ПТИ 92 %

Фибриноген 3,6 г/л (2,0-4,0)

Общий белок 76

Заключение:Из полученных результатов анализов видно, что заболевание имеет воспалительный характер (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, увеличение фибриногена).

ОАМ(03.09.2013)

Количество 80 мл

Отн. плотность 1030 г/л

Прозрачность +++

Реакция кислая

Белок отр.

Лейкоциты ед.

Эпителий ед.

Заключение:

В анализе мочи отклонений нет.

Рентгенограмма (28.08.13)

На обзорной рентгенограмме в прямой проэкции видны:

легочные поля одинакового объёма

легочной рисунок усилен по всем легочным полям

корни легких расширены,малоконструктурны

слева,в нижнем легочном поле инфильтрация легочной ткани

COR- б/о

Заключение: Нижнедолевая пневмония слева.

ЭКГ(29.08.13)

Заключение:

Ритм правильный, синоатриальный, ЧСС= 72. Нормограмма (RII> RI>RIII). Проводимость по предсердиям и желудочкам не нарушена.

Общий анализ мокроты (3.09.13)

Цвет серый, характер слизисто-гнойная, консистенция вязкая. Лейкоциты до 60 в х1, эритроциты 3-8 х1, эпителий цилиндрический небольшое количество, эпителий альвеол небольшое количество, эластические волокна, бактериальная флора.

Спирография(03.09.2013):

ФЖЕЛ - 67

ОФВ1-71

ТИФНО -109

МОК25- 75

МОК50-77

МОК75-62

СОС-76

ЖЕЛ вд-83

Заключение:ЖЕЛ на нижней границе нормы,проходимость дыхательных путей на нижней границе нормы. Обследование проведено на фоне приёма бронхолитика.

Клинический диагноз и его обоснование

На основании результатов объективного исследования подтверждается предположение о задействовании в патологическом процессе дыхательной системы и указывают на наличие очаговых инфильтраций в нижних левого легких. ОАК указывает на воспалительный характер патологического процесса. Данные рентгенограммы подтверждают данные объективного обследования о наличии очаговых инфильтраций в нижних долях левого легких, патологический процесс:

.имеет воспалительный характер,

.локализуется в нижней доле левого легкого,

. сопровождается очаговой инфильтрацией ткани легкого,

.сопровождается слабовыраженным интоксикационным синдромом и другими вышеперечисленными синдромами

.имеет вирусно-бактериальную этиологию

Собранные данные позволяют поставить клинический диагноз:

Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. Нетяжелое течение.

Сопутствующее заболевание: Бронхиальная астма, атопическая стадия, контролируемое течение.

Учитывая основания диагноза и сопутствующее заболевание назначим соответствующее лечение:

Лечение

I этап (бак. агрессии):

постельный режим

антибиотикотерапия препаратами пенициллинового ряда, при их неэффективности смена препарата по предложенной ниже схеме:

муколитики

II этап (клинической стабилизации):

полупостельный режим

антибиотикотерапия

ЛФК

III этап (период морфологического восстановления):

режим стационарный

отмена антибиотикотерапии

физиотерапия (УВЧ, СВЧ)

ЛФК

витаминотерапия

IV этап (функциональное восстановления):

витаминотерапия

физиотерапия

ЛФК

расширенный режим двигательной активности

Медикаментозное лечение:

Этиологическое.

Антибиотикотерапия .

Препарат 1-го ряда:

Пеннициллин(500 000-1 000 000 ЕД, 3-4 р.д., в/м, в/в)

Ампициллин (1,0-2,0 г 3-4 р.д., в/м, в/в)

Амоксициллин (0,5-1,0 г 2-3 р.д., в/м, в/в)

Механизм действия заключается в воздействии молекул препарата на клеточную стенку микроорганизма, точнее на фермент муреинсинтетазу, ингибируя его, что ведет к нарушению синтеза клеточной стенки и бактериолизу.

Альтернативный препарат:

Эритромицин (0,5 г 3-4 р.д., п/о)

Роксритромицин (150-300 мг 1-2 р.д.,п/о)

Кларитромицин (250 мг 2 р.д., п/о, 4-8 мг/кг 2 р.д., в/в)

Механизм действия заключается во взаимодействии молекул препарата с большими субъединицами рибосом бактерий, что ведет к нарушению синтеза белка бактериальной клеткой и ее цитолизу.

Препарат резерва:

Цефалотин (0,5-2,0 г 4-6 р.д., в/м, в/в)

Цефазолин (0,5-1,0 г 3 р.д., в/м, в/в)

Цефуроксим (1,0-2,0 г 2-3 р.д., в/м, в/в)

Механизм действия заключается во взаимодействии препарата с мембраной бактериальной клетки, нарушении ее проницаемости, что ведет к гибели бактериальной клетки.

Патогенетическое.

Дезинтоксикационная терапия :

При тяжелом течение:

Аскорбиновая кислота 5% р-р 1-3 мл в/м

Тиосульфат натрия 30% р-р 5-10 мл в/в

Р-р Полиглюкина 400,0 в/в капельно.

Аскорбиновая кислота 5,0 +глюкоза 5%-400,0-в/в капельно.

Механизм действия первых трех препаратов связан с увеличением диуреза за счет избыточного поступления жидкости в организм, а второго и третьего еще плюс к этому связан с адсорбцией токсических веществ. Раствор глюкозы стимулирует также утилизацию токсинов печенью. Аскорбиновая кислота, являясь компонентом антиоксидантной системы, также способствует инактивации токсинов. Тиосульфат, обладая сульфгидрильными группами, способствует окислению токсинов.

Бронхолитики: Беродуал -2 дозы 3 раза в день.

Муколитики:

Ацетилцистеин 20%-5мл 3-4 р.д. ингаляционно

Бромгексин 16 мг 3-4 р.д. внутрь

Амброксол 0,03 г 3 р.д. внутрь

Механизм действия связан со способностью препаратов разрывать дисульфидные мостики мукополисахаридов мокроты, что ведет к уменьшению ее вязкости.

Симптоматическая терапия.

Жаропонижающие:

Аспирин 0,25-0,5 2-3 р.д. внутрь

Пироксикам 0,02 1 р.д. внутрь

Механизм действия связан с ингибированием фермента липоксигеназа, который участвует в синтезе простогландинов, вырабатываемых в очаге воспаления и действующих на центр терморегуляции повышая температуру тела.

Не медикаментозное:

СВЧ-терапия (30-50 Вт) 15 мин. 10-12 процедур

Электрофорез (CaCl2)

УВЧ-терапия (70-100Вт) 10-15 мин. 8-10 процедур

Механизм действия связан со стимулирующим влияния тепла и эл. тока на процессы рассасывания инфильтрата и восстановления ткани, так как происходит ориентация клеток по направлению тока ионов, а тепло ускоряет биохимические реакции.

Диета:

Показания:

Различные заболевания при отсутствии показаний для назначения специальной диеты и при нормальном состоянии органов пищеварения.

Общая характеристика:

Содержание белков, жиров, углеводов и калорийность соответствует нормам питания здорового человека, не занятого физическим трудом; витамины в повышенном количестве; пища состоит из разнообразных продуктов; исключаются трудноусвояемые жирные блюда, сдобное тесто; пряности в умеренном количестве.

Кулинарная обработка:

Обычная, рациональная, с сохранением витаминов.

Энергетическая ценность: 3100 ккал (12979 кДж)

Состав: белков 100 г, жиров 90 г, углеводов 450 г, поваренной соли 8-10 г.

Режим питания: 4-5 раз в сутки.

вирусный бактериальный пневмония

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Больной Шейн Михаил Алексеевич поступил в клинику 28 сентября 2013 года с жалобами на: высокую температуру тела (39°С), постоянные колющие боли в левом подреберье, усиливающиеся при дыхании, кашле и пальпации, кашель с выделением слизистой мокроты, одышку и слабость. За время пребывания в клинике больной был осмотрен и ему были проведены общие и лабораторно-инструментальные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, рентгенография грудной клетки. При этом было выявлено наличие влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах левого лёгкого, уменьшение подвижности нижнего края левого легкого, жесткое дыхание, притупление перкуторного звука в нижних отделах левого лёгкого; лейкоцитоз со здвигом формулы влево; при рентгенологическом исследовании - инфильтрат слева в нижней доле, застойные явления в лёгких. Данные исследований позволили поставить диагноз: « Внебольничная вирусно-бактериальная левосторонняя пневмония нижней доли.» Проводилось лечение: медикоментозное ( цефазолин, аспирин, Тиосульфат натрия ,Р-р Полиглюкина, отхаркиваящая микстура,ацетилцестеин, бромбексин). Самочувствие больного улучшилось: перестали беспокоить боли, прошла слабость, перестал беспокоить кашель, перестала выделяться мокрота. 19.09.2013 больной был выписан. По основному заболеванию прогноз для жизни благоприятный. Для полного выздоровления показано курортно-санаторное лечение.