Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики

Кыргызско-Российский Славянский Университет

История болезни: ФИО. 1975г.р.

с клиническим диагнозом:

Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. ХОБЛ в стадии обострения

Куратор: Головащенко Е.В. студентка 4 курса гр. ЛД-2-07

Руководитель: Саткыралиева З.Т.

Бишкек 2011

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.

Диагноз при поступлении: Внебольничная левостороняя нижнедолевая пневмония. ХОБЛ дифференцировать с бронхиальной астмой .

Окончательный диагноз: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. ХОБЛ в стадии обострения.

STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS

Дата опроса: 20.12.10. Время: 14.30

Жалобы на момент поступления: Жалобы: на кашель с трудно отделяемой слизистой мокротой в небольшом количестве, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38,5 С, общую слабость, потливость и снижение аппетита.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Считает себя больной с середины ноября, после перенесенной ОРВИ. Длительно сохранялся кашель и повышенная температура. Применяла аммоксициллин, бромгексин, аспирин, цефазолин без положительного эффекта. Температура тела вновь стала повышаться до 38,5С/, усилился кашель с ржавой мокротой, усилилась одышка. Амбулаторно получала цефатоксим 1,0 в/в - 2 раза в сутки с 18.12.10, отмечала положительный эффект, температура нормализовалась, уменьшилось количество мокроты, мокрота стала слизистой, но сохранился кашель в ночное время интенсивный, удушье.

ANAMNESIS VITAE

Родилась 10 апреля 1975 года в Джалал-Абадской области, в г. Кара-Тектир в семье рабочих третьим ребенком. Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. С 7-ми лет пошла в школу. Училась хорошо. По окончании 9-ти классов училась в медучилище. После окончания которого работала медицинской сестрой в детском саду в течение 5 лет, затем продавцом на базаре. В данное время не работает. Материально обеспечена, проживает в трехкомнатной квартире с семьей из 5-ти человек. Питание регулярное-3 раза в день, полноценное, разнообразное.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Перенесла детские инфекции (ветряная оспа), Боткина в детстве.

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

У матери, брата, сестры - аллергия.

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Замужем, имеет двух взрослых сыновей и дочь 7-ми лет.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Менструации с 16 лет, регулярные 31 по 5-7 дней, умеренные, безболезненные. Беременностей-4, родов-4, абортов-0.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

Не курит. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет.

АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает. На укусы пчел - отек Квинке, на пыль- сыпь, зуд кожи.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Перенесла вирусный гепатит типа А. Венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечилась, инъекции не производились, за пределы города не выезжала. Имела длительный контакт с больным ребенком с ОРВИ. Стул обычного цвета, регулярный-1 раз в день, оформленный, без примесей.

СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ

Последний больничный лист с 3 октября 1996 года.

ПОЛОВОЙ АНАМНЕЗ

Случайные половые связи, смену партнеров отрицает, выявление вирусного гепатита и венерических заболеваний у полового партнера отрицает.

STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

ОБЩИЙ ОСМОТР

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, нормостенической конституции, умеренного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Рост 163, вес 69, температура 37,8С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 3 см, наибольшее отложение жира на бердах. Отеки отсутствуют. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

Слизистая глаз розовая, влажная, чистая. Склеры бледные. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десны не изменены. Зубы санированы. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

Пальпируются подчелюстные и подбородочные лимфоузлы округлой формы, небольших размеров, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.

Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Осмотр

Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- грудной. Частота дыхательных движений 22 в минуту. Форма грудной клетки правильная, цилиндрическая, симметричная, левая половина грудной клетки отстает от правой во время дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки не сглажены.

Пальпация

Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание проходит одинаково с обеих сторон.

Перкуссия

Топографическая перкуссия.

Нижние границы правого легкого:

по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра

по l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребра

по l. axillaris anterior- 7 ребро

по l. axillaris media- 8 ребро

по l. axillaris posterior- 9 ребро

по l. scapuiaris- 10 ребро

по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:

по l. parasternalis- -------

по l. medioclavicularis- -------

по l. axillaris anterior- 7 ребро

по l. axillaris media- 9 ребро

по l. axillaris posterior- 9 ребро

по l. scapuiaris- 10 ребро

по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких:

Спереди на 3 см выше ключицы.

Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:

на вдохе 4 см

на выдохе 4 см

Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:

на вдохе 2 см

на выдохе 2 см

Сравнительная перкуссия:

Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук. Определяется притупление перкуторного звука слева в подлопаточной области.

Аускультация:

Дыхание жесткое. Ослабление дыхания слева в подлопаточной области. Там же выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы и крепитация в нижнебоковой поверхности слева.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Осмотр

Область сердца не изменена.

Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пальпация

Пульс симметричный, частотой 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Верхушечный толчок не пальпируется.

Перкуссия

Границы относительной сердечной тупости:

Правая-в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины

Верхняя-на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae

Левая-в 5-м межреберье, на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая-по левому краю грудины

Верхняя-на уровне 4-го ребра

Левая-на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях

Аускультация

Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные; соотношение тонов не изменено.

Артериальное давление 120/70 мм рт. ст.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Осмотр

Живот правильной формы, симметричный, не участвует в акте дыхания, пупок втянут.

Пальпация

Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный.

Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из-под края реберной дуги; поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус- отрицательные. Селезенка не пальпируется.

Перкуссия

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 9 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой средне-оксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по 12 ребру - отрицательный. Мочевой пузырь безболезненный, не пальпируется. Наружные половые органы без видимых изменений.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

При осмотре изменений эндокринной системы не выявлено. При пальпации щитовидная железа не увеличена.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА

Поведение адекватное, к контакту доступно, менингиальные симптомы отрицательные. Состояние черепно-мозговых нервов в норме. Состояние органов зрения в норме. Бульбарных расстройств не обнаружено.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ (ПЕРВИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛЬНОМ)

Больная-женщина средних лет без особых конституциональных особенностей, вид соответствует возрасту и нормальному социальному положению. При поступлении ведущими симптомами у нее являются постоянный кашель с трудно отделяемой слизистой мокротой в небольшом количестве, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38,5 С, общую слабость, потливость и снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания обращает на себя внимание длительное присутствие симптомов с середины ноября, после перенесенной ОРВИ. Длительно сохранялся кашель и повышенная температура. Примнимала аммоксициллин, бромгексин, аспирин, цефазолин без положительного эффекта. Температура тела вновь стала повышаться до 38,5С, усилился кашель с ржавой мокротой, усилилась одышка. Амбулаторно получала цефатоксим 1,0 в/в - 2 раза в сутки с 18.12.10, отмечала положительный эффект, температура нормализовалась, уменьшилось количество мокроты, мокрота стала слизистой, но сохранился кашель в ночное время интенсивный, удушье.

Из объективных данных интерес представляет неравномерное участие в акте дыхания правой и левой половин грудной клетки, поверхностное дыхание, усиление голосового дрожания слева в нижней части грудной клетки, преобладание там же притупленного перкуторного звука, уменьшение активной подвижности нижнего края левого легкого, жесткое дыхание, ослабление дыхания и влажные, разнокалиберные хрипы слева в подлопаточной области. Перечисленный симптомокомплекс позволяет заподозрить у больной левостороннюю нижнедолевую пневмонию. Этому способствуют и сведения из анамнеза жизни: длительный контакт с ребенком, болеющим гриппом, перенесенная ОРВИ. Так как у больной отсутствуют боли, и шум трения плевры, можно говорить, что в процесс не задействована плевра. Диагноз будет звучать: "Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. ХОБЛ в стадии обострения".

Для уточнения диагноза и дифференцировки с другими патологическими состояниями (очаговая пневмония, сливная пневмония, выпотной плеврит, инфаркт легкого) необходимо проведение лабораторно-инструментальных исследований: общего анализа крови, биохимического анализа крови, микроскопического исследования мокроты, посева мокроты для установления микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам, рентгенографии грудной клетки, бронхоскопии, для диагностики ХОБЛ с БА провести спирометрию.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

дыхание хрип мокрота

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). Так как больная перенесла гепатит обязателен показатель билирубина.

Общий анализ мочи.

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

Реакция Вассермана.

Инструментальные исследования:

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

Спирометрия. Назначаем для диагностики ХОБЛ с бронхиальной астмой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Клинический анализ крови.

Hb- 150 г/л

Эритроциты- 4,95х10^12/л

Цвет. показатель- 0,9

Лейкоциты- 8,9х10^9/л

палочкоядерные- 10%

сегментоядерные- 53%

Лимфоцитов- 30%

Моноцитов- 3%

CОЭ- 46 мм/ч Заключение по ОАК: лейкоцитоз с преобладанием в лейкоцитарной формуле палочкоядерных, увеличение СОЭ говорит о воспалительном процессе в организме

Биохимический анализ крови.

Общ. белок 76 г/л

АСТ 1,0 ммоль/л

АЛТ 0,7 ммоль/л

Билирубин общ. 13 мкмоль/л

Сахар 5,5 ммоль/л

Мочевина 4,6 ммоль/л

Анализ мочи.

Цвет соломенно-желтый Белок 0,078 г/л

Прозрачность Прозрачная Сахар 0

Реакция щелочная Уробилин (-)

Уд. вес 1013 Желч. пигменты (-)

Лейкоциты 1-3 в поле зрения

Эритроциты 0-1 в поле зрения

Эпителий плоский 0-1 в поле зрения

Кристаллы: оксалатов небольшое количество

Анализ мокроты.

Вязкой консистенции, серого цвета

Характер слизисто-гнойная

Деление на слои 1:3

Плоский эпителий ед. в поле зрения

Альвеолярные макрофаги ед. в поле зрения

Лейкоциты сплошь

Лейкоформула мокроты: Н 88%, М 2%, Л 10%.

ВК не обнаружены, АК не обнаружены,

Микрофлора кокки

Результаты инструментальных исследований:

Рентгеноскопия грудной клетки.

Заключение: Синусы плевры свободные. В нижней доле левого легкого негомогенное затемнение за счет инфильтрации. Корни легких реактивно суженные. Усиление легочного рисунка. Сердце и аорта без особенностей. Диагноз: Левосторонняя нижнедолевая пневмония.

Спирометрия: Показатели ЖЕЛ снижены умеренно. Показатели проходимости дыхательных путей снижены резко. После ингаляции сальбутамола прирост ОФВ 1 составил 9% от должного (260 мл). Бронходилатационная проба отрицательная.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Анализируя весь симптомокомплекс у больной, то есть жалобы на момент поступления: на кашель с трудно отделяемой слизистой мокротой в небольшом количестве, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38,5 С, общую слабость, потливость и снижение аппетита; данные из анамнеза заболевания: считает себя больной с середины ноября, после перенесенной ОРВИ. Длительно сохранялся кашель и повышенная температура. Применяла аммоксициллин, бромгексин, аспирин, цефазолин без положительного эффекта. Температура тела вновь стала повышаться до 38,5 С, усилился кашель с ржавой мокротой, усилилась одышка. Амбулаторно получала цефатоксим 1,0 в/в - 2 раза в сутки с 18.12.10, отмечала положительный эффект, температура нормализовалась, уменьшилось количество мокроты, мокрота стала слизистой, но сохранился кашель в ночное время интенсивный, вплоть до удушья; данные объективного исследования: отставание левой половины грудной клетки при акте дыхания, поверхностное дыхание, усиление голосового дрожания слева в нижней части грудной клетки, уменьшение подвижности нижнего легочного края левого легкого, притупление перкуторного звука слева в подлопаточной области, ослабление дыхания и наличие влажных мелкопузырчатых хрипов, там же; данные лабораторно-инструментальных исследований: наличие в крови лейкоцитоза (8,9\*10^9/л) с преобладанием в лейкоцитарной формуле палочкоядерных, увеличение СОЭ до 46 мм/ч, наличие в мокроте лейкоцитов (сплошь), альвеолярных макрофагов (ед. в поле зрения), микрофлора – кокки, при рентгенологическом исследовании грудной клетки - обнаружение в нижней доле левого легкого негомогенное затемнение за счет инфильтрации. Корни легких реактивно суженные. Усиление легочного рисунка, сердце и аорта без особенностей, мы можем выделить несколько главных синдромов: болевого, интоксикационного, дыхательной недостаточности. Данные объективного и лабораторно-инструментального исследований позволяют связать эти синдромы с поражением нижней доли левого легкого, характерного для пневмонии, осложненной ХОБЛ. Окончательный диагноз будет звучать: "Острая левосторонняя нижнедолевая пневмония. ХОБЛ в стадии обострения".

Клинический диагноз: Острая левосторонняя нижнедолевая пневмония. ХОБЛ в стадии обострения

ПАТОГЕНЕЗ.

1. Проникновение возбудителя пневмонии в легочную ткань – респираторные отделы легких бронхогенным путем: происходит микроаспирация секрета ротоглотки, при нормальном функционировании механизмов «самоочищения» трахеи и бронхов аспирационный секрет удаляется и не возникает развитие пневмонии, при нарушении механизмов удаления инфекции развивается пневмония.

2. Нарушение системы бронхопульмональной защиты: бронхопульмональной иммунной системы, мукоцилиарного транспорта, постинфекционных факторов бронхиального секрета (лизоцим, лактоферрин, интерферон, ИГ А), сурфактанта и альвеолярных макрофагов, нарушение функций местной защиты способствует проникновению инфекции в респираторные альвеолы.

3. Развитие под влиянием инфекции локального воспалительного процесса и его распространение по легочной ткани.

4. Развитие сенсибилизации к инфекционным агентам и развитие иммунно – воспалительной реакции.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение заболевания.

Наибольшее значение в комплексном лечении острых пневмоний принадлежит адекватному назначению антибактериальных препаратов: антибиотиков, сульфаниламидов, препаратов нитрофуранового ряда. Основными принципами антибактериальной терапии являются раннее начало лечения, учет вида возбудителя и его чувствительности к препарату, применение адекватных доз и оптимального ритма введения, обеспечивающих лечебную концентрацию препарата в очаге поражения. До получения результатов бактериологического исследования, а также в случаях невозможности идентифицировать возбудитель антибактериальные препараты назначают с учетом характера клинической картины и тяжести заболевания. При этом применяют бактерицидные антибиотики широкого спектра действия, обычно полусинтетические пенициллины и цефалоспорины. Например:

1) Аммоксициклин – клавуланат 1200 мг каждые 8 часов, в/в. Синтетический пенициллин. Обладает бактерицидным действием в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Показания: инфекционные заболевания, вызванные микроорганизмами, чувствительными к этому препарату. Побочное действие: аллергические реакции.

2) Азитромицин – 1.0 г в\в, каждые 12 часов. Антибиотик широкого спектра действия. Антибиотик-азалид, представитель новой подгруппы макролидных антибиотиков. При создании в очаге воспаления больших концентраций оказывает бактерицидное действие. К Азитромицину чувствительны грамположительные кокки. Показания: инфекционные заболевания, вызванные микроорганизмами, чувствительными к этому препарату. Побочные действия: аллергические реакции, ототоксическое и нефротоксическое действие.

3)Дезинтоксикационная терапия. Назначают:

- Обильное питье.

- Гемодез. Группа плазмозамещающих растворов. Механизм действия: обусловлен способностью низкомолекулярного поливинил пирролидона связывать токсины, циркулирующие в крови, и быстро выводить их из организма. Показания: для дезинтоксикации организма при токсических формах острых легочных, желудочно-кишечных заболеваний, ожоговой болезни. Побочные действия: понижение артериального давления, тахикардия, затруднение дыхания.

- Кальция глюконат. Назначаем как средство, уменьшающее проницаемость сосудов при эксудативных процессах (пневмония, выпотной плеврит) и как дезинтоксикационное средство. Побочные действия: тошнота, рвота, понос, замедление пульса.

4) Борьба с дыхательной недостаточностью. Препаратом выбора является теофиллин. Теофиллин. Спазмолитик. Механизм действия: расслабляет мышцы бронхов, понижает сопротивление кровеносных сосудов, понижает давление в системе легочной артерии, увеличивает почечный кровоток, оказывает диуретическое действие. Показания: гипертензия в малом круге кровообращения. Побочные явления: дерматит, лихорадочная реакция.

Улучшение дренажной функции и бронхиальной проходимости достигается назначением отхаркивающих (йодид калия, мукалтин, бромгексин, термопсис), бронхолитических средств, ферментных препаратов (трипсина, химотрипсина, рибонуклеазы, камфоры).

5) Бромгексин. Муколитик. Механизм действия: муколитический эффект связан с деполимеризацией и разжижением мукопротеиновых и мукополисахаридных волокон, стимулирует образование сурфактанта. Показания: бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма, туберкулез легких. Побочные действия: аллергические реакции, диспепсические расстройства.

Для ускорения рассасывания воспалительного процесса, улучшения дренажной функции, уменьшение вязкости мокроты назначают физиотерапевтическое лечение: ингаляции щелочей, бронхолитиков, отхаркивающих, электрофорез хлорида кальция, аскорбиновой кислоты, цинка, йода, гепарина, лидазы, УВЧ-терапия, микроволновая терапия, иглоукалывание, массаж грудной клетки, ЛФК, ПУФ носовых ходов.

ЛЕЧЕНИЕ У ДАННОЙ БОЛЬНОЙ

Назначаем диету № 15

1. Цефотаксим – 1.0 х 2 раза в сутки.
2. Ровамицин – 3 млн ЕД по 1й таблетке х 2 раза в сутки.
3. Теофиллин – 300 мг по 1й капсуле х 2 раза в день.
4. Мукалтин – 2 таблетки х 3 раза в день, растворить в 50 мл воды.

ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни благоприятный. Возможно полное выздоровление при адекватном лечении и проведении соответствующей реабилитации. Также возможно полное восстановление работоспособности.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика только не специфическая - 1) проведение профилактических осмотров для выявления очагов хронической инфекции; 2) санация полости рта и зева; 3) оздоровление санитарных условий в учебных и рабочих помещениях, борьба с запыленностью воздуха; 4) своевременность и широкое проведение профилактических прививок; 5) борьба с курением и алкоголизмом; 6) закаливание организма; 7) широкая санитарно-просветительная работа среди населения.

ЭПИКРИЗ

Больная поступила в больницу 20 декабря 2010 года с жалобами на кашель с трудно отделяемой слизистой мокротой в небольшом количестве, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38,5 С, общую слабость, потливость и снижение аппетита. За время пребывания в больнице больная была осмотрена и ей были проведены лабораторно-инструментальные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, микроскопическое исследование мокроты, рентгенография грудной клетки в трех проекциях, спирометрия. При этом было выявлено отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, усиление голосового дрожания, ослабление дыхания, наличие влажных разнокалиберных хрипов слева в подлопаточной области, уменьшение подвижности нижнего легочного края левого легкого, жесткое дыхание, притупление перкуторного звука слева в подлопаточной области; лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, повышенная СОЭ; в мокроте большое количество лейкоцитов, альвеолярных макрофагов, микрофлора - кокки; при рентгенологическом исследовании - в нижней доле левого легкого негомогенное затемнение за счет инфильтрации. Корни легких реактивно суженные. Усиление легочного рисунка. Сердце и аорта без особенностей.

Данные исследований позволили поставить диагноз: "Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония. ХОБЛ в стадии обострения". Проводилось лечение: медикоментозное (аммоксициллин-клавуналат, азитромицин, теофиллин, мукалтин). Самочувствие больной улучшилось: перестал беспокоить кашель, перестала выделяться мокрота, прошла слабость, одышка, нормализовалась температура тела.

Рекомендовано:

Для полного выздоровления показано курортно-санаторное лечение.

Для улучшения рассасывания воспалительного инфильтрата и быстрейшего выздоровления назначаем физиотерапию: УВЧ-терапию грудной клетки слева, электрофорез цинка и йода в грудную клетку, массаж грудной клетки, ингаляции, ПУФ носовых ходов.