# I. Паспортная часть

1. Ф.И.О.:
2. Пол: женский
3. Возраст: 75 лет
4. Постоянное место жительства:
5. Профессия: Пенсионерка
6. Дата поступления:
7. Дата курации:

# II. Жалобы

При поступлении на кашель с незначительным количеством мокроты, повышенную температуру (до 39,2°), незначительную одышку, стесненность в левой половине грудной клетки при дыхании, общую слабость, головную боль

На момент курации: За время лечения состояние заметно улучшилось, кашель продолжает беспокоить, отмечает отхождение незначительного количества слизистой мокроты; общая слабость сохранилась, температура в норме

# III. Anamnesis morbi

Считает себя больной в течение последних 15-20 лет, когда после ухода на пенсию, устроилась на работу уборщицей. Работа была сопряжена с неблагоприятными температурными режимами. В осенне-зимний период часто чувствовала недомогание, 1-2 раза в год брала больничный. Через три года работы уволилась, но тем не менее продолжала заболевать по 1-2 раза в год. Симптомы заболевания чаще сводились к следующему: повышение температуры до 37,6 - 38,2°С, присоединение кашля со скудным количеством бесцветной, трудноотделяемой мокроты, общая слабость, периодически появлялась одышка в покое. На протяжении 10 лет участковый терапевт ставил диагнозы ОРВИ или ОРЗ, но больная самостоятельно принимала антибиотики (чаще эритромицин), что приводило к заметному улучшению. Температура спадала через 7-8 дней. Количество мокроты незначительно увеличивалось к этому времени, кашель ослабевал. Выздоровление наступало на 2-3 неделе. Три года назад при смене участкового терапевта был поставлен диагноз хронического бронхита. За последние 2-3 года частота обострений увеличилась до 3-4 раз за год.

Последнее ухудшение состояния произошло в течение 3 недели назад, когда во время очередного обострения хронического бронхита, стало заметно ухудшаться самочувствие (этому предшествовал выход на улицу на 4-5 день обострения хронического бронхита): постепенное нарастание температуры (за 24 часа до 38,4°С), незначительный озноб и потливость, усиление кашля, появление одышки. Через сутки после начала роста температуры, вызвала участкового терапевта, который и вызвал скорую помощь. На момент госпитализации температура повысилась до 39,0°С.

# IV. История жизни (Anamnesis vitae)

*Краткие биографические данные:* Родилась в 1923 году, в Горьковской области, девятым ребенком в семье; имеет среднее образование.

*Семейно-половой анамнез:* Живет одна. Перенесла одну беременность; сыну 48 лет. 5 м
*Трудовой анамнез:* Работала бухгалтером в стройуправлении, после ухода на пенсию устроилась на работу уборщицей.

*Бытовой условия:* нормальные

*Питание* нерегулярное, сбалансированное, достаточной калорийности.

*Вредные привычки:* отрицает.

*Перенесенные заболевания:* переболела детскими инфекционными заболеваниями.

*Операции:* 25 лет назад перенесла аппендэктомию. Примерно в то же время лежала в больнице по поводу удаления камней обеих почек, где был поставлен диагноз киста левой почки. 20 лет назад была прооперирована по поводу удаления узловой миомы матки.

Около 20 лет назад был поставлен диагноз Гипертоническая болезнь, чуть позже поставлен диагноз ИБС: стенокардия. В 1992 году перенесла ОНМК.

Диагноз полиартрит был поставлен примерно 15 лет назад.

*Аллергологический анамнез:* отрицает аллергические реакции на препараты, продукты и пыльцу растений.

# V. Наследственность

По утверждению больной в семье четыре старшие сестры скончались от инфаркта миокарда. Наличие у ближайших родственников злокачественных новообразований, эндокринных, психических расстройств, а так же наличие в анамнезе туберкулеза, сифилиса, гепатита, больная отрицает.

# VI. Настоящее состояние (Status praesens)

## Общий осмотр

*Общее состояние больного* - удовлетворительное; ясное *сознание.*

*Телосложение:* нормостенический тип, рост 153 см., вес 92 кг, осанка сутуловатая, при ходьбе хромает, что связано с артритом левого коленного сустава.

*Температура тела* 36,8 градусов. *Выражение лица* - спокойное.

*Кожные покровы:* бледного цвета; цианоза не отмечается. Кожа сухая, тургор снижен; аномалий пигментации не наблюдается; сосудистых изменений и кровоизлияний не наблюдается. Слизистые бледные. Высыпаний на коже и слизистых, видимых новообразований не обнаружено. Ногти без деформаций.

*Подкожно-жировая клетчатка:* развита, наиболее выражена на животе, поясничных областях и бедрах, не болезненна при пальпации, незначительная пастозность голеней.

*Лимфатические узлы:* основные группы лимфатических узлов при пальпации не увеличены.

*Мышцы* удовлетворительной степени развития, тонус снижен, безболезненны.

*Кости:* без заметных изменений. *Суставы:* отмечаются изменения в следующих суставах: незначительные, практически безболезненные деформации лучезапястных суставов обеих рук, выраженная деформация левого коленного сустава, с незначительной болезненностью при пальпации; больная так же предъявляет жалобы на боли в позвоночнике, носящие приступообразный характер, усиливающиеся при смене положения. *Щитовидная железа* не пальпируется.

## Система органов дыхания

### Осмотр

При внешнем осмотре патологии воздухоносных путей не отмечается. *Грудная клетка* имеет нормостеническую форму. Искривления позвоночника нет. Отмечается болезненность при пальпации позвоночника по остистым отросткам.

*Дыхание* по грудному типу, поверхностное, ритмичное, 20 раз в минуту, симметрично.

### Пальпация

Эластичность грудной клетки немного снижена, голосовое дрожание усиленно незначительно по левой задней подмышечной линии.

### Перкуссия

*Сравнительная перкуссия:* ясный легочный звук на симметричных участках грудной клетки.

### Аускультация

*Основной дыхательный шум:* Симметричное везикулярное дыхание.

*Побочные дыхательные шумы* определяются звонкие, мелкопузырчатые хрипы слева по средней, задней подмышечным и лопаточной линиям.

## Система органов кровообращения

### Жалобы

*Боли в области сердца* сжимающего характера локализующиеся в основном за грудиной; носят приступообразный характер (после физической нагрузки), длительностью чаще не более 10 минут.

*Одышка и удушье* не сопровождают приступы.

*Сердцебиение* не отмечала.

*Отеков* изредка возникают, не с чем не связывает.

### Осмотр

*Осмотр шеи:* Шейные сосуды не изменены, выбухание и патологической пульсации не отмечается.

В *области сердца* патологических изменений (припухлости, видимые пульсации, «сердечного горба») не отмечаются

### Пальпация

*Верхушечный толчок* в V межреберье, по срединноключичной линии.

*Сердечный толчок* не определяется.

*Эпигастральная пульсация* отсутствует.

*Дрожание в области сердца:* не отмечается.

### Перкуссия

Определяется смещение границ сердца влево на 1 см. кнаружи от срединно-ключичной линии.

### Аускультация

*Тоны* ритмичные, приглушенные, определяется соответствие тонов. Дополнительные тоны и шумы не выслушиваются.

### Исследование сосудов

*Артериальный пульс:* частота около 80 ударов в минуту, нормального напряжения, наполнения и величины.

*Исследование вен:* шейные вены не выбухают, видимая пульсация отсутствует, венный пульс не определяется. На яремной вене «шум волчка» не выслушивается.

## Система органов пищеварения

## Желудочно-кишечный тракт

### Осмотр

*Полость рта:* Язык влажный, не обложен налетом. Зубы требуют санации, десны без воспаления и изъязвлений. Твердое небо бледно-розового цвета.

*Живот* округлой формы, незначительно увеличен в размерах, за счет жировых отложений. Видимой перистальтики желудка и кишечника, наличие венозных коллатералей не отмечается.

### Перкуссия

Выслушивается тимпанический перкуторный звук.

### Пальпация

*Поверхностная ориентировочная пальпация:*Живот мягкий безболезненный. Симптомы Щеткина - Блюмберга и Менделя отрицательные.

### Аускультация

Перистальтика кишечника выслушивается отчетливо. Шум трения брюшины, сосудистые шумы не выслушивается.

## Печень и желчные пути

### Перкуссия

Нижняя граница печени по правому подреберью.

### Пальпация

Край печени пальпируется под правой реберной дугой, закруглен, мягкий, болезненный при пальпации, поверхность гладкая.

***Размеры печени по Курлову:***

по правой срединно-ключичной линии ≈ 11 см,

по передней средней линии ≈ 9 см,

по левой реберной дуги ≈ 7см.

*Желчный пузырь:* не пальпируется

## Селезенка

### Осмотр

Выпячивание в области левого подреберья отсутствует.

### Пальпация

Селезенка не пальпируется.

## Мочеполовая система

### Осмотр

Припухлость, покраснение кожи в поясничной области не отмечаются. Боли не беспокоят. Надлобковая область не выбухает. Оволосение по женскому типу. Отеки отсутствуют.

### Перкуссия

Боли при поколачивании в области поясницы не возникают.

### Пальпация

*Мочевой пузырь* не пальпируется.

*Болевые точки* безболезненны.

## Нервная система и органы чувств

### Осмотр

*Состояние психики:* ясное сознание, ориентирована в месте и времени, общительна, адекватно воспринимает вопросы.

*Исследование черепно-мозговых нервов:* острота зрения снижена, реакция зрачков на свет нормальная, лицо симметрично. *Менингиальные симптомы:* отсутствуют.

*Двигательная сфера:* снижена. Судороги, тремор отсутствуют. *Чувствительная сфера:* пальпаторная болезненность по ходу нервных корешков не определятся, нарушения кожной и глубокой чувствительности нет. *Рефлексы* сохранены. Речь без отклонений.

*Вегетативная нервная система* без особенностей.

# IX. Данные лабораторных, инструментальных методов исследования.

###  Общий анализ крови.

от 21.01.99.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма | Разряд |
| Гемоглобин | 118 | 120,0-140,0 | г/л |
| Эритроциты | 4,4 | 3,9-4,7 | 1012/л |
| Цветовой показатель | - | 0,85-1,05 | - |
| Лейкоциты | 6,7 | 4,0-9,0 | 109/л |
| Моноциты | 6 | 3-11 | % |
| Эозинофилы | 5 | 0,5-5 | % |
| Лимфоциты | 26 | 19-37 | % |
| Тромбоциты | - | 180,0-320,0 | 109/л |
| СОЭ | 5 | 2-10 | мм/ч |

от 25.01.99.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма | Разряд |
| Гемоглобин | 134 | 120,0-140,0 | г/л |
| Эритроциты | 3,6 | 3,9-4,7 | 1012/л |
| Цветовой показатель | - | 0,85-1,05 | - |
| Лейкоциты | 6,6 | 4,0-9,0 | 109/л |
| Моноциты | 2 | 3-11 | % |
| Эозинофилы | 1 | 0,5-5 | % |
| Лимфоциты | 43 | 19-37 | % |
| Тромбоциты | - | 180,0-320,0 | 109/л |
| СОЭ | 20 | 2-10 | мм/ч |

### Б/х крови.

23.01.99.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель  | Значение |  |
| Общий белок | 65 | г/л |
| Фибриноген | - | м/г% |
| Мочевина | - | ммоль/л |
| Креатинин | - | ммоль/л |
| Холестерин | - | ммоль/л |
| Трииглицериды | - | ммоль/л |
| β - Липопротеиды | - | ммоль/л |
| Билирубин общ. | 12,6 | мкмоль/л |
|  связ.  | 0,2 | мкмоль/л |
| Калий  | - | ммоль/л |
| Натрий | - | ммоль/л |
| АлАТ | 24 | ммоль/л |
| АсАт | 28 | ммоль/л |
| Глюкоза | 5,2 | мкмоль/л |

### Анализ мочи по нечипоренко

19.01.99.

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Результат** |
| **Лейкоциты** | 452,0 млн/л. |
| **Эритроциты** | Нег. |
| **Цилиндры** | Нег. |

05.02.99.

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатель** | **Результат** |
| **Лейкоциты** | 230,0 млн/л. |
| **Эритроциты** | 1,0 млн/л |
| **Цилиндры** | Нег. |

### Анализ мокроты.

23.01.99.

|  |  |
| --- | --- |
| **Цвет** | Сер. |
| **Характер** | Слизистый |
| **Консистенция** |  Вязкая |
| **Эпителий** | Ум. Колич. |
| **лейкоциты** | 25-30 в п/зр. |
| **Волокна** | Нег. |
| **Спирали КуршманаКристаллы Шарко-Лейдена** | Нег. |

### Результаты микробиологического исследования чувствительности выделенных культур к химиотерапевтич. препаратам.

25.01.99.

Материал: Мокрота

Выд. Культура: Стрептококк

|  |  |
| --- | --- |
| Пенициллин | Уст |
| Оксациллин | Чувст |
| Ампициллин | Мало чувст |
| Карбенициллин | Чувств |
| Эритромицин | Чувст |
| Ристомицин | Уст |
| Левомицетин | Уст |
| Тетрациклин  | Уст |
| Цефазолин | Чувст |
| Ванкомицин | Чувст |
| Азлоциллин | Чувст |

### Рентгенография грудной клетки

от 25.01.99.

Легочные поля повышенной прозрачности, эмфизема с явлением диффузного пневмосклероза.

Легочный рисунок деформирован, усилен с явлениями гипертензии в сосудах малого круга.

Выявляются инфильтративные изменения в базальном отделе левого легкого.

Структура корней сохранена, умеренно расширены, утолщены за счет гипертензии в малом кругу кровообращения.

Синусы свободны.

Купол диафрагмы четкий с обеих сторон.

Тонус сердца сохранен, оба желудочка равномерно расширены.

Подчеркнута тень аорты.

Тень средостения не расширена

**Заключение**: Левосторонняя бронхопневмония.

### УЗИ.

04.02.99.

*Печень:* размеры увеличены - 13,5; контуры-ровные; плотность - средняя; структура-однородная.

*Vv. Cava et portae:* норма

*Желчный пузырь*: размер не увеличен; стенки 0,2 см.; форма овоидная; просвет пузыря гомогенен; общий желчный проток не увеличен.

*Поджелудочная железа*: размеры не увелич.; контуры неровные, четкие; эхогенность незначительно диффузно повышена.

*Селезенка*: размер не увелич.; контуры ровные.

*Почки:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Правая** | **Левая** |
| положение | обычное | Обычное |
| Форма | овоидная | Овоидная |
| размеры | N | N |
| контуры | ровные | Ровные |
| Консист. | Уплотнена, с наличием умерен. Кол-ва микролитов по 0,3-0,5 см | Уплотнена, с наличием умерен. Кол-ва микролитов по 0,3-0,5 см |
|  |  | В верхнем полюсе определяется жидкостное включение до 1,3 см в ∅ |

### ЭКГ.

21.08.98.

Синусовый ритм. Поворот электрической оси сердца влево. Функция проведения не нарушена (P - Q = 0,14 c., QRS = 0,08 c.). Отмечается небольшая гипертрофия левого желудочка.

25.08.98.

По сравнению с ЭКГ от 21.02.99. без особой динамики.

# X. Клинический диагноз и его обоснование.

**Острая левосторонняя бронхопневмония, средней тяжести. Хронический обструктивный бронхит. Дыхательная недостаточность I-II.**

Исходя из истории данного заболевания, а именно, начало заболевания наступило на фоне обострения хронического бронхита, в начале целесообразно верифицировать диагноз *хронического обструктивного бронхита*. Постановка данного диагноза основана на следующих моментах:

* Жалобы больной: на частые рецидивы заболевания (до 3-4 раз в осенне-зимний период), которые сопровождаются повышением температуры до 38 °С, в дальнейшем присоединение кашля, количество мокроты незначительно и немного увеличивается к концу очередного обострения. Одышка начинает беспокоить только при физическом напряжении.
* Истории настоящего заболевания: со слов больной страдает данным заболеванием примерно десять лет. В последние 3-4 года частота обострений увеличилась. При первых приступах заболевания обратилась к участковому терапевту, который на протяжении 5 лет ставил диагноз ОРВИ. Больная самостоятельно принимала антибиотик (эритромицин), что приводило к заметному улучшению состояния. Это подтверждает бактериальную этиологию заболевания, что в большинстве случаев характерно для обострений хронического бронхита. Диагноз хронического бронхита был поставлен 3 года назад, после смены участкового терапевта.
* Данных лабораторных исследований: Наиболее информативно в этом случае результаты исследования функции внешнего дыхания, из которых следует наличие обструктивных изменений у данной больной. Результаты других лабораторных исследований не достоверны в отношении подтверждения диагноза хронического бронхита, а скорее указывают на основное заболевание и тяжесть его течения.

Таким образом, постановка диагноза хронического обструктивного бронхита ставится преимущественно на основании жалоб больной, истории заболевания, а так же результатов исследования функции внешнего дыхания.

Постановка диагноза *острая левосторонняя бронхопневмония средней тяжести* основывается на определенных данных:

* Жалоб больной и истории настоящего заболевания: Со слов больной заболевание началось на фоне обострения хронического бронхита и проявлялось в виде: повышения температуры до 39,0-39,2°С в течение суток; сопровождалось незначительным, кратковременным ознобом; усилением кашля; появлением чувства стеснения и незначительной тяжести в левой половине грудной клетки ("чуть ниже лопатки"); незначительным усилением одышки. После госпитализации состояние заметно улучшилось после назначения антибиотикотерапии.
* Осмотра: При аускультации выявляются влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы по задней подмышечной и лопаточной линиям.
* Лабораторных исследований: В анализе крови выявляются неспецифические признаки воспаления (↑ СОЭ до 20мм/ч), в то же время лейкоцитоз не определяется. По данным обзорной рентгенографии грудной клетки выявляются инфильтративные изменения в базальных отделах левого легкого.

Суммируя перечисленные данные, можно с большой вероятностью поставить диагноз бронхопневмонии, для которой характерно более длительное начало, невыраженные симптом интоксикации, незначительные признаки воспаления (температура, носящая достаточно постоянный характер, невысокие цифры СОЭ и количества лейкоцитов) у данной больной. Сторона поражения определяется методом аускультации и по результатам обзорной рентгенографии грудной клетки. Средняя тяжесть течения заболевания ставится на основании пожилого возраста больной (75 лет), а так же наличие в анамнезе хронических инвалидизирующих заболеваний (артериальная гипертензия, хронический обструктивный бронхит), что позволяет отнести больную в данную группу, хотя невысокая температура (в среднем 37,6°С) и отсутствие лейкоцитоза (6,6 млн/л) характерно для легкой степени течения заболевания.

*Дыхательная недостаточность I-II* ставится на основании жалоб больной - появление одышки при подъеме по лестнице (2 этаж) или при прохождении по прямой около 200 метров, а так же по результатам исследования функции внешнего дыхания.

# XI. Этиология и Патогенез.

В последние десятилетия прогрессивно увеличивается заболеваемость различными формами ХОЗЛ, и прежде всего хроническим обструктивным бронхитом. Наличие хронического бронхита оказывает значительное влияние на течение острой пневмонии и нередко способствует затяжному разрешению воспалительного процесса. В этой связи представляет интерес изучение особенности этиологической структуры острой пневмонии, возникающей на фоне хронического бронхита. Как известно, основным возбудителем острой внегоспитальной бронхопневмонии является пневмококк (до 90% случаев), особенно VI, VII, XII, XIX, XXIII серотипов; а также кишечная палочка, легионелла, микоплазма, на долю которых приходится незначительный процент заболеваемости у здоровых людей. У людей, страдающих хроническими обструктивными заболеваниями легких, в частности хроническим обструктивным бронхитом, происходит изменение этиологической структуры при заболевании острой бронхопневмонией. Так анализ результатов микробиологического исследования мокроты больных с сопутствующим хроническим бронхитом, показал, что в возникновении острой пневмонии на фоне хронического бронхита ведущую роль играют микробные ассоциации (микст - инфекция), они встречаются с частотой 73,5±6,3%. Один вид бактерий высевался, при наличии хронического бронхита лишь 26,5±6,3%. Основной спектр бактерий, высеваемых при смешанных инфекционных поражениях следующий: пневмония, гемофильные бактерии, нейссерии, стафилококки, хотя в основном наиболее часто встречаются ассоциации пневмококка с другими видами микроорганизмов, чаще H. Influenzae.

Среди этиологических факторов фонового заболевания - хронического обструктивного бронхита выделяют следующие:

1. Длительное воздействие на дыхательные пути аэрополлютантов (табачный дым, промышленная пыль, СО, диоксиды азота и серы, озон, синтетические материалы).
2. Рецидивирующие вирусные и бактериальные инфекции (коклюш, парагрипп).
3. Термические и химические ожоги верхних дыхательных путей
4. Климато-погодный фактор (холодная и влажная погода или обстановка)
5. Генетический (врожденный дефициит α1-антитрипсина)

Наиболее вероятными факторами заболевания у данной больной послужило длительное воздействие аэрополлютантов (работа на стройке), рецидивирующие инфекции дыхательных путей, а так же климато-погодный фактор, который, возможно, выполнил роль пускового механизма еще и для развития острой пневмонии.

Основные патогенетические механизмы развития острой пневмонии:

* Развитие инфекционного процесса.
* Нарушение проходимости сегментарного бронха в очаге поражения.
* Нарушение микроциркуляции в очаге поражения.
* Экссудация и миграция гранулоцитов в очаг.
* Нарушение клеточного и гуморального иммунитета.
* Нарушение в системе антиоксидантной защиты.

Пути проникновения инфекции в ткань легких: бронхиальный, гематогенный, лимфогенный. Наиболее часто инфекция опускается вниз по бронхам, чему способствуют различные врожденные или приобретенные (как в этом случае наличие у больной хронического обструктивного бронхита) дефекты элиминации инфекционных агентов, нарушение мукоцилиарного клиренса, недостаточная фагоцитарная активность нейтрофилов и альвеолярных макрофагов, снижение кашлевого рефлекса, нарушение бронхиальной проводимости, дефекты сурфактантной системы легких и др. Тяжесть течения острой пневмонии определяется прежде всего патогенностью микроорганизма и реактивностью макроорганизма (которая в данном случае была снижена: невысокая температура, отсутствие лейкоцитоза).

# XII. Лечение.

При назначении лечения необходимо учитывать наличие у больной помимо бронхопневмонии и хронического обструктивного бронхита - гипертонической болезни и стенокардии напряжения.

*Острая бронхопневмония:* лечение больных пневмонией наиболее эффективно в отношении выздоровления и присоединения осложнений лишь при раннем его назначении.

1. Необходимость госпитализации данной больной обусловлена следующим: возраст старше 65 лет, наличие сопутствующих серьезных заболеваний, отсутствие адекватного ухода на дому.
2. Постельный режим соблюдается больным на протяжении всего периода лихорадки и интоксикации.
3. Лекарственная терапия, которая включает следующие препатраты:
* Антибиотики: использование в перву очередь пенициллинового ряда - **ампициллин** 1-2,0х4 р/д (в/м) Целесообразно назначения комбинированной антибиотикотерапии, т. к. имеются для нее показания: наличие сопутствующей патологии, состояние иммунодефицита, добавление аминогликозидов - **гнтамицин** 80 мгх2 р/д (в/м). Длительность терапии определяется наличием положительной динамики в течение заболевания, улучшением общего состояния, снижение температуры тела, интоксикации. Необходимо продолжать прием антибиотиков еще 4-5 дней после исчезновения основных проявлений пневмонии.
* Отхаркивающие: средства назначаются для дренажа бронхиального дерева, особенно сегментарного бронха пораженного очага: **бромгексин** 1тх3 р/д, так же возможно прием настоев трав, которые так же восполняют водный фонд организма, что необходимо при потре жидкости с потом ( ностои малины, мать-и-мачехи, багульника, подорожниак и др.), обратить внимание на сердечную патологию.
* Иммуномодуляторы: необходимы для коррекции иммунного статуса, которыц по косвенным данным больной снижен **витамины** аскорбиновая кислота 1,0х1 р/д; Sol, В1;6 3% 1mlх 1 р/д; вит. Е 10% 1,0х 1 р/д.
* Физиотерапия: применяется после острого периода. Наиболее эффективно использование ингаляций бронхолитиков: **атровент** 2 инг.х3 р/д, так же возможно применение β2 -агонисты. Возможно проведение ЛФК под контролем специалиста.

*Хронический обструктивный бронхит* лечится как фоновое заболевание и включает следующее:

1. Расширение бронхов, у половины больных наступает улучшение функции дыхания
* Метилксантины : **эуфиллин** 1т.х3 р/д.
* Холинолитики: **атровент** 2 инг.х3 р/д
1. Отхаркивающие средства дают слабоположительный эффект. Мягкие гидратирующие аэрозоли могут дать преходящее улучшение бронхиального дренажа.
2. ЛФК, позволяет улучшить толерантность к физической нагрузке, улучшить общее состояние больной (обратить внимание на наличие полиартрита)

*ИБС: Стенокардия:* используются следующие группы препаратов (в основном как поддерживающая терапия, для профилактики осложнений)

1. Коронародилататоры: **Папаверин** - таблетки по 0.04 - 0.08 3-4 р/д. **Эуфиллин** - 0.1х 2 р/д.
2. Группа нитроглицеринов пролонгированного действия: **Сустак-форте** - 6.4 мг/сут; **Нитросорбид** - 0.01/сут
3. Препараты, ослабляющие адренергические влияния на сердце: **Кордарон** 1тх3 р/д.

# XIII. Дневник.

|  |  |
| --- | --- |
| Дневник | Назначение |
| 08.02.99.Состояние средней тяжести. Жалобы на кашель с трудным отхождением мокроты. Тоны приглушенные, ритмичные. Выслушивается везикулярное дыхание, влажные хрипы в подмышечной области Сохраняет постельный режим.ЧСС = 78 АД = 140/80ЧДД = 18 t=36,8 | Постельный режим, диета № 101. Нитросорбид 1т.х 4 р.д.
2. Ампициллин 1,0.х 4 р.д.
3. Эуфиллин 1т. - 3 р д
4. Бромгексин 1 т х 3 р д
5. Гентамицин 80 мг.х 2 р.д.
6. Астмопент 1 инг х 3 р.д.
7. Коринфар 1т х 3р.д.
 |
| 09.02.99.Состояние с улучшением. Кашель редкий, одышки нет. Везикулярное дыхание, влажные хрипы отсутствуют. Тоны сердца приглушены, ритмичные.Ходит самостоятельно до туалетаЧСС = 78 АД = 130/80ЧДД = 16; t=36,4 | 1. Нитросорбид 1т.х 4 р.д.
2. Ампициллин 1,0.х 4 р.д.
3. Эуфиллин 1т. - 3 р д
4. Гентамицин 80 мг.х 2 р.д.
5. Нитроксолин 2тх2 р.д.
6. Коринфар 1т х 3р.д.
 |
| 9.09.98.Состояние удовлетворительное. Незначительно беспокоит кашель. Утром беспокоили суставные боли в позвоночннике. Тоны ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное, хрипы не определяются. ЧСС = 76 АД = 140/90ЧДД = 20 | 1. Нитросорбид 1т.х 4 р.д.
2. Ампициллин 1,0.х 4 р.д.
3. Эуфиллин 1т. - 3 р д
4. Гентамицин 80 мг.х 2 р.д.
5. Нитроксолин 2тх2 р.д.
6. Коринфар 1т х 3р.д.
 |

# XIV. Прогноз.

Для больной перенесшей острую бронхопневмонию на фоне хронического обструктивного бронхита, прогноз для полного выздоровления является отрицательным, что обусловлено длительным прогрессирующим течением хронического бронхита, пожилой возраст, наличие сопутствующей сердечной патологии. Наиболее эффективным в данном случае является тактика уменьшения прогрессирования основных хронических заболеваний

# XV. Эпикриз

1. ФИО, 75 лет поступила 21.01.99г. в 4 т.о. 55 ГКБ с диагнозом: Острая левосторонняя бронхопневмония, средней тяжести. Хронический обструктивный бронхит. Дыхательная недостаточность I−II.
2. Жалобы при поступлении на кашель с незначительным количеством мокроты, повышенную температуру (до 39,2°), незначительную одышку, стесненность в левой половине грудной клетки при дыхании, общую слабость, головную боль.
3. Anamnesis morbi:. Считает себя больной в течение последних 15-20 лет, когда после ухода на пенсию, устроилась на работу уборщицей. Работа была сопряжена с неблагоприятными температурными режимами. В осенне-зимний период часто чувствовала недомогание, 1-2 раза в год брала больничный. Через три года работы уволилась, но тем не менее продолжала заболевать по 1-2 раза в год. Симптомы заболевания чаще сводились к следующему: повышение температуры до 37,6 - 38,2°С, присоединение кашля со скудным количеством бесцветной, трудноотделяемой мокроты, общая слабость, периодически появлялась одышка в покое. На протяжении 10 лет участковый терапевт ставил диагнозы ОРВИ или ОРЗ, но больная самостоятельно принимала антибиотики (чаще эритромицин), что приводило к заметному улучшению. Температура спадала через 7-8 дней. Количество мокроты незначительно увеличивалось к этому времени, кашель ослабевал. Выздоровление наступало на 2-3 неделе. Три года назад при смене участкового терапевта был поставлен диагноз хронического бронхита. За последние 2-3 года частота обострений увеличилась до 3-4 раз за год. Последнее ухудшение состояния произошло в течение 3 недели назад, когда во время очередного обострения хронического бронхита, стало заметно ухудшаться самочувствие (этому предшествовал выход на улицу на 4-5 день обострения хронического бронхита): постепенное нарастание температуры (за 24 часа до 38,4°С), незначительный озноб и потливость, усиление кашля, появление одышки. Через сутки после начала роста температуры, вызвала участкового терапевта, который и вызвал скорую помощь. На момент госпитализации температура повысилась до 39,0°С.
4. При осмотре: Состояние удовлетворительное, отмечается бледность кожи без цианоза. Отеков нет. При перкуссии - ясный легочный звук; при аускультации: везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются.
5. Лаб. Исследование: В крови отмечается повышение СОЭ и незначительно лейкоцитов, незначительный лимфоцитоз. ФВД: ДН I-II по смешанному типу.
6. Лечение: назначен постельный режим, стол 10. Назначения: Нитросорбид 1т.х 4 р.д. Ампициллин 1,0.х 4 р.д. Эуфиллин 1т. - 3 р д Бромгексин 1 т х 3 р д Гентамицин 80 мг.х 2 р.д. Астмопент 1 инг х 3 р.д. Коринфар 1т х 3р.д. За время лечения отмечается значительное улучшение состояния больной: уменьшение кашля, исчезновение одышки.
7. Заключение: Оставлена для продолжение лечения в стационаре по поводу сопутствующих патологий сердечно-сосудистой и костно-суставной систем.

# XV. Литература

1. «Руководство по медицине» Мерк, Шарп, Доум в 2-х т.; Москва «Мир» 1997 г.
2. «Внутренние болезни» уч. Под редакцией А. В. Сумарокова в 2-х томах; Москва "Медицина" 1993 г.
3. «Внутренние болезни» уч. Под редакцией Ф. И. Комарова, В. Г. Кукеса, А. С. Сметнева; Москва «Медицина» 1990 г.
4. «Внутренние болезни» кн. 5, 6 под редакцией Е. Браунвальда, в 10 книгах; Москва «Медицина» 1995 г.
5. "Заболевания органов дыхания" под редакцией М. М. Ильковича. С.-Петербург "Нормед-Издат", 1998 г.
6. "Хронический бронхит" И. П. Данилов, А. Э Макаревич; Минск "Беларусь" 1989 г.
7. "Особенности этиологической структуры острой пневмонии, возникающей на фоне хронического бронхита" Г. П. Кондратенко/ "Микробиология, эпидимиология и клиника инфекционных болезней"; Харьков ХМИ 1989 г.