# ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## Ф.И.О. x

## Возраст: 36 лет

## Место жительства:

## Профессия: медицинская сестра

## Место работы: АОЗТ "Выбор"

## Дата госпитализации: 5 октября 1996 года

# STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS

## Жалобы на момент осмотра: на колющие, слабые боли слева в нижней части грудной клетки, постоянные, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, уменьшающиеся, когда больная лежит на больном боку, на сухой кашель и слабость.

## Жалобы на момент поступления: на интенсивные, постоянные, режуще-колющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и ослабляющиеся при сдавлении левой половины грудной клетки, на кашель с выделением мокроты с прожилками крови, на слабость, тошноту, одышку и потрясающие ознобы.

# ANAMNESIS MORBI

## Считает себя больной со 2 октября, когда остро поднялась температура тела до 39-40°С, внезапно почувствовала слабость, тошноту. К вечеру присоединился непродуктивный кашель и появились слабые, ноющие боли в левой половине грудной клетке. Принимала аспирин, но самочувствие ухудшалось: ночью кашель стал сильнее, появилось небольшое количество прозрачной мокроты. 3 октября вызвала участкового терапевта; после его осмотра был поставлен диагноз "Острое респираторное заболевание" и назначено лечение (ингаляции, бромгексин), больная принимала и ацетилсалициловую кислоту, и эффералган-UPSA. Самочувствие больной не изменялось. Ночью 5 октября самочувствие ухудшилось: усилился кашель, появилась мокрота с прожилками крови, нарастала слабость, тошнота, появилась одышка, температура тела не снижалась (39°), усилились постоянные, колюще-режущие боли в левой половине грудной клетки. Утром 5 октября больная вызвала участкового терапевта. После осмотра был поставлен диагноз "Левосто- ронняя нижнедолевая пневмония" и больная была направлена в больницу Святой Преподобной Мученицы Елизаветы с жалобами на постоянные, колюще-режущие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и ослабляющиеся при сдавлении левой половины грудной клетки, на кашель с выделением мокроты с прожилками крови, на слабость, одышку, тошноту и потрясающие ознобы. За время пребывания в больнице больной были проведены исследования: осмотр, рентгенография грудной клетки в 3-х проекциях, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, микроскопическое исследование мокроты, посев мокроты; был уточнен диагноз ("Острая плевропневмония слева в нижней доле") и назначено лечение (карбенициллин, гепарин, гемодез, эуфиллин, витаминотерапия). Самочувствие больной улучшилось: уменьшились слабость и кашель, он стал непродуктивным, прошла тошнота, снизилась температура тела, уменьшились боли в грудной клетке.

# ANAMNESIS VITAE

## Родилась 10 сентября 1960 года в городе Ленинграде в семье рабочих 1-м 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 туберкулезном диспансере, затем проводником на железной дороги. 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, вирусный паротит, корь). В 1992 году была выполнена резекция кисты правого яичника. В 1994 году перенесла острый вирусный гепатит типа А.

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

## Сын и дочь, и ближайшие родственники здоровы.

# СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

## Замужем, имеет взрослую дочь и сына 8-ми лет.

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Менструации с 12 лет, регулярные 28 по 4 дня, умеренные. Беременностей-7, родов-2, абортов-5.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## Курит с 18-ти лет. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

# 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 гриппозной инфекцией. Стул обычного цвета, регулярный-1 раз в день, оформленный, без примесей.

# СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ

## Последний больничный лист с 3 октября 1996 года.

# STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Дермагрофизм белый нестойкий. В правой подвздошной области имеется линейный послеоперационный рубец, размерами 8 на 0,5 см, поверхностный, розового цвета, эластической консистенции, безболезненный. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 4 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

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

## Пальпируются подчелюстные и подбородочные лимфоузлы овальной формы, размерами 1 на 0,5 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезнен- ные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 168 см, вес 70 кг.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок визуально не определяется.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 86 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 грудиныВерхняя-на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistraeЛевая-в 5-м межреберье, на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

## Границы абсолютной сердечной тупости:Правая-по левому краю грудиныВерхняя-на уровне 4-го ребраЛевая-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 110/70 мм рт. ст.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- грудной. Частота дыхательных движений 22 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, левая половина грудной клетки отстает от правой во время дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание усилено слева в нижней части грудной клетки.

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого:по l. parasternalis- верхний край 6-го ребрапо l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребрапо l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 8 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо 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 ребропо l. axillaris media- 9 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо 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 смна выдохе 4 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 2 смна 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. Тамже выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы и слабый шум трения плевры.

# 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 среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не паль-пируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ (ПЕРВИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛЬНОМ)

## Больная-женщина средних лет без особых конституциональных особенностей, вид соответствует возрасту и нормальному социальному положению. Ведущими симптомами у нее являются постоянные, не интенсивные, колющие боли слева в подлопаточной области, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, и уменьшающиеся при сдавлении левой половины грудной клетки, сухой кашель и слабость. При поступлении ведущими симптомами были высокая температура тела (39°С)-не снижающаяся несколько дней, постоянные, интенсивные, колюще-режущие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле и ослабляющиеся при сдавлении левой половины грудной клетки, кашель с выделением мокроты с прожилками крови, одышка, сильная слабость, тошнота. Из анамнеза заболевания обращает на себя внимание острое развитие всех симптомов, высокая лихорадка (39-40°С),не проходящая несколько дней, нарастание болей в левой половине грудной клетки (с 2 по 5 октября) от слабых до интенсивных, учащение кашля и появление большого количества мокроты с прожилками крови, нарастающая одышка, слабость и тошнота; причем проводимое лечение (бромгексин, ингаляции, аспирин) не помогало. 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 тамже притупленного перкуторного звука, уменьшение активной подвижности нижнего края левого легкого, жесткое дыхание, ослабление дыхания и влажные, мелкопузырчатые 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, и курение больной. Так как у больной присутствуют сильные боли, усиливающиеся при глубоком дыхании и ослабляющиеся при сдавлении грудной клетки, и шум трения плевры, можно говорить, что в процесс задействована плевра, то есть пневмонии сопутствует сухой плеврит. Диагноз будет звучать: "Острая левосторонняя нижнедолевая пневмония. Паропневмонический левосторонний фибринозный плеврит". Для оказания первой помощи больной необходима антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия (карбенициллин 1,0), дезинтоксикационная терапия (применение гемодеза, обильного питья, лазикса, кальция глюконата, натрия тиосульфата), для уменьшения болей-применение анальгетиков (анальгина с димедролом). Для уточнения диагноза и дифференцировки с другими патологическими состояниями (очаговая пневмония, сливная пневмония, выпотной плеврит, инфаркт легкого) необходимо проведение лабораторно-инструментальных исследований: клинического анализа крови, биохимического анализа крови, микроскопического исследования мокроты, посева мокроты для установления микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам, рентгенографии грудной клетки в 3-х проекциях, бронхоскопии.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

## Лабораторные исследования:

1. Клинический 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.
2. 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.
3. Анализ мочи. Назначаем для оценки дезинтоксикационной функции почек.
4. Микроскопическое исследование мокроты и посев мокроты. Назначаем для установления этиологии заболевания и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

## Инструментальные исследования:

1. 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.
2. Фибробронхоскопия. Назначаем для выявления заинтересованности трахеи и главных бронхов в патологическом процессе.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.
Эритроциты- 4,5х10^12/л
Hb- 120 г/л
Цвет. показатель- 0,98
Лейкоциты- 9,2х10^9/л
 палочкоядерные- 7%
 сегментоядерные- 63%
 Лимфоцитов- 20%
 Моноцитов- 9%
CОЭ- 62 мм/ч
2. 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
3. Анализ мочи.
Цвет темно-желтый Белок 0,078 г/л
Прозрачность Прозрачная Сахар 0
Реакция щелочная Уробилин (-)
Уд. вес 1,026 Желч. пигменты (-)
Лейкоциты 1-3 в поле зрения
Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения
Эпителий плоский 0-1 в поле зрения
Кристаллы: оксалатов небольшое количество
4. Анализ мокроты.
Жидкой консистенции, желтого цвета
Эпителия 1 в поле зрения
Лейкоцитов 150-200-250 в поле зрения
Эритроцитов 3-10-15 в поле зрения
Альвеолярных макрофагов 3-5-8 в поле зрения
ВК не обнаружены

## Результаты инструментальных исследований:

1. Рентгеноскопия грудной клетки.
Заключение: Тотальная пневмоническая инфильтрация в нижней доле левого легкого. Корни легких реактивно суженные. Усиление легочного рисунка справа за счет гиперемии. Затемнение левого синуса. Сердце и аорта по возрасту.
Диагноз: Левосторонняя плевропневмония нижней доли.
2. Фибробронхоскопия.
Заключение: Под местной анестезией (Sol. Lidocaini 10%-10ml et Sol. Lidocaini 2%-5,0) фибробронхоскоп введен в трахею. Кольца трахеи выражены хорошо, мембранозная часть подвижная; картина острая; со стороны главных, долевых и устьев сегментарных бронхов органических изменений не выявлено.

# КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Анализируя весь симптомокомплекс у больной, то есть жалобы на момент поступления на постоянные, интенсивные, колюще-режущие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле и ослабляющиеся при сдавлении левой половины грудной клетки, на кашель с выделением мокроты с прожилками крови, на слабость и тошноту, одышку и ознобы; данные из анамнеза заболевания: резкое развитие всех симптомов, высокая лихорадка (39-40°С), не спадающая несколько дней, нарастание болей (от слабых до интенсивных), слабости, тошноты, учащение кашля и появление большого количества мокроты с прожилками крови, присоединение одышки и неэффективность лечения; данные из анамнеза жизни: длительный контакт с ребенком, болеющим гриппом, курение больной; 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,шум трения плевры там же; данные лабораторно-инструментальных исследований: наличие в крови лейкоцитоза (9,2\*109/л) с преобладанием в лейкоцитарной формуле нейтрофилов и палочкоядерных, увеличение СОЭ до 62 мм/ч, наличие в мокроте лейкоцитов (150-250 в п/з), эритроцитов (3-15 в п/з), альвеолярных макрофагов (3-8 в п/з), при рентгенологическом исследовании грудной клетки- обнаружение тотальной пневмонической инфильтрации в нижней доле левого легкого, реактивного сужения корней легких, усиления легочного рисунка справа за счет гиперемии, затемнения левого синуса, и при бронхоскопии обнаружение острого процесса в трахеи, главных, долевых и устьев сегментарных бронхов, мы можем выделить несколько главных синдромов: болевого, интоксикационного, дыхательной недостаточности и воспаления плевры. Данные объективного и лабораторно-инструментального исследований позволяют связать эти синдромы с поражением нижней доли левого легкого, характерного для пневмонии, осложненной сухим (фибринозным) плевритом. Окончательный диагноз будет звучать: "Острая левосторонняя нижнедолевая пневмония. Парапневмонический левосторонний фибринозный плеврит".

## Клинический диагноз: Острая левосторонняя нижнедолевая пневмония. Парапневмонический левосторонний фибринозный плеврит.

# ЛЕЧЕНИЕ

## Лечение заболевания.

1. 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)Карбенициллин. Синтетический пенициллин. Обладает бактерицидным действием в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Показания: инфекционные заболевания, вызванные микроорганизмами, чувствительными к этому препарату. Побочное действие: аллергические реакции.
Rp.: Carbenicillini-dinatrici 1,0
 D.T.D.N. 20
 S. Содержимое флакона растворить в 5 мл физиологического раство-
 ра, вводить внутримышечно 4 раза в сутки.
2)Гентамицин. Антибиотик-аминогликозид. Обладает бактерицидным действием в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Показания: инфекционные заболевания, вызванные микроорганизмами, чувствительными к этому препарату. Побочные действия: аллергические реакции, ототоксическое и нефротоксическое действие.
Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4%-2ml
 D.T.D.N. 15
 S. Вводить по 2 мл внутримышечно 3 раза в сутки.
2. Дезинтоксикационная терапия. Назначают:
1)Обильное питье.
2)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.
Rp.: Sol. Haemodesi 400,0
 D.T.D.N. 2
 S. Вводить по 400 мл внутривенно, капельно, медленно через день.
3)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.
Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10%-10ml
 D.T.D.N. 5 in ampull.
 S. Вводить по 10 мл внутри мышечно 1 раз в день-днем, через день.
4)Натрия тиосульфат. Механизм действия: оказывает противотоксическое, противовоспалительное и десинсибилизирующее действие. Показания: отравление солями тяжелых металлов, тяжелые инфекционные заболевания, кожные заболевания.
Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-10ml
 D.T.D.N. 5 in ampull.
 S. Вводить внутривенно, медленно по 10 мл 1 раз в день, через
 день.
5)Лазикс. (Фуросемид). Салуретик. Механизм действия: угнетение реабсорбции Na и Cl в роксимальных, дистальных извитых канальцах и в области восходящего отдела петли Генле. Показания: усиление диуреза и выведения токсических продуктов. Побочные действия: тошнота, понос, гиперемия кожи, зуд, гипотензия, интерстициальный нефрит.
Rp.: Sol. "Lasix" (20mg)
 D.T.D.N. 3 in ampull.
 S. Вводить по 20 мг внутривенно 1 раз в день, через день.
3. Назначение витаминотерапии. Лечение симптоматическое или назначение поливитаминов.
4. Назначение анальгетиков для купирования болевого синдрома.
1)Анальгин. Ненаркотический анальгетик. Обладает выраженным анальгезирующим, ражопонижающим и противоваспалительным действием. Показания: боли различного происхождения. Побочные действия: угнетение кроветворения и аллергические реакции.
Rp.: Sol. Analgini 50%-2ml
 D.T.D.N. 5 in ampull.
 S. Вводить внутримышечно по 2 мл по необходимости.
2)Для потенцирования действия анальгина применяем димедрол. Антигистаминный препарат. Механизм действия: блокирует Н1-рецепторы, расслабляет гладкую мускулатуру, обладает седативным действием. Показание: успокаивающее и снотворное действие. Побочные действия: сонливость и общая слабость.
Rp.: Sol. Dimedroli 1%-1ml
 D.T.D.N. 5 in ampull.
 S. По 1 мл внутримышечно при необходимости.
5. Борьба с дыхательной недостаточностью. Препаратом выбора является эуфиллин.
Эуфиллин. 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.
Rp.: Sol. Euphyllini 2,4%-10ml
 D.T.D.N. 2 in ampull.
 S. Вводить внутривенно, капельно по 10 мл, предварительно развес-
 ти в 200 мл физиологического раствора.
6. Улучшение дренажной функции и бронхиальной проходимости достигается назначением отхаркивающих (йодид калия, мукалтин, бромгексин, термопсис), бронхолитических средств, ферментных препаратов (трипсина, химотрипсина, рибонуклеазы, камфоры).
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.
Rp.: Tab. Bromhexini 0,008
 D.T.D.N. 40
 S. По 2 таблетки 3 раза в день.
7. 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 больного.

1. Назначаем диету № 15, режим 1.
2. Антибактериальная терапия. Назначаем карбенициллин и гентамицин.
Rp.: Carbenicillini-dinatrici 1,0
 D.T.D.N. 20
 S. Содержимое флакона растворить в 5 мл физиологического раство-
 ра, вводить внутримышечно 4 раза в сутки.
 #
Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4%-2ml
 D.T.D.N. 15
 S. Вводить по 2 мл внутримышечно 3 раза в сутки.
3. Проводим дезинтоксикационную терапию. Для этого назначаем гемодез, кальция глюконат, натрия тиосульфат, лазикс.
Rp.: Sol. Haemodesi 400,0
 D.T.D.N. 2
 S. Вводить по 400 мл внутривенно, капельно, медленно через день.
 #
Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10%-10ml
 D.T.D.N. 5 in ampull.
 S. Вводить по 10 мл внутри мышечно 1 раз в день-днем, через день.
 #
Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-10ml
 D.T.D.N. 5 in ampull.
 S. Вводить внутривенно, медленно по 10 мл 1 раз в день, через
 день.
 #
Rp.: Sol. "Lasix" (20mg)
 D.T.D.N. 3 in ampull.
 S. Вводить по 20 мг внутривенно 1 раз в день, через день.
4. Снимаем болевой синдром анальгином с димедролом.
Rp.: Sol. Analgini 50%-2ml
 D.T.D.N. 5 in ampull.
 S. Вводить внутримышечно по 2 мл по необходимости.
 #
Rp.: Sol. Dimedroli 1%-1ml
 D.T.D.N. 5 in ampull.
 S. По 1 мл внутримышечно при необходимости.
5. Для борьбы с дыхательной недостаточностью применяем эуфиллин.
Rp.: Sol. Euphyllini 2,4%-10ml
 D.T.D.N. 2 in ampull.
 S. Вводить внутривенно, капельно по 10 мл, предварительно развес-
 ти в 200 мл физиологического раствора.
6. Для разжижения мокроты и улучшения дренажной функции назначаем муколитик бромгексин.
Rp.: Tab. Bromhexini 0,008
 D.T.D.N. 40
 S. По 2 таблетки 3 раза в день.
7. 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.

# ДНЕВНИК КУРАЦИИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЧислоТ. У-В | Результаты исследования | Назначения |
| 14.10.9636,6-36,5С | Жалобы на слабые, колющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, и ослабляющиеся при сдавлении грудной клетки, на кашель и слабость. Сознание ясное. Кожа телесного цвета, слизистые влажные, розовые, чистые. Пульс 82 уд/мин, АД 110/80 мм.рт.ст. Тоны сердца звучные, ясные, ритмичные. Отставание левой половины грудной клетки при акте дыхания. Усиление голосового дрожания слева в подлопаточной области. Жесткое дыхание. Ослабление дыхания и наличие влажных, мелкопузырчатых хрипов, слабого шума трения плевры слева в подлопаточной области. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Диета №15, Режим 1Carbenicillini 1,0\* в/м 4 р/с #Sol. Analgini 50%-2ml+Sol. Dimedroli 1%-1mlв/м 2 р/д #Sol. Calcii gluconati 10%-10ml в/м 1 р/д #Sol. Natrii tijsulfati30%-10ml в/в медленно 1 р/д #Sol. Haemodesi 400,0 в/в капельно 1 р/д #Sol. "Lasix" 20mg в/в 1 р/д  |
| 15.10.9636,7-36,5С | Жалобы на слабые, колющие боли в левой половине грудной клетки, на кашель и слабость. Самочувствие удовлетворительное. Слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 80 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Дыхание поверхностное. ЧД 22/мин. Усиление голосового дрожания, ослабление дыхания, наличие слабых влажных, мелкопузырчатых хрипов и слабого шума трения плевры слева в подлопаточной области. Жесткое дыхание. Притупление перкуторного звука тамже. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.  | То же +Sol. Euphyllini 2,4%-10ml, развести в 200 мл физр-ра, в/в капельно 1 р/д #Tab. Bromhexini 0,008 по 2 табл. 3 р/д |
| 16.10.9636,6-37,8С | Жалобы на кашель, насморк, озноб, головную боль. Сознание ясное. Самочувствие ухудшилось. Кожные покровы бледные. Слизистая полости рта гиперимирована. Пульс 90 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Дыхание жесткое. Усиление голосового дрожания и ослабления дыхания, наличие крепитации слева в подлопаточной области. Притупление перкуторного звука тамже. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул и диурез в норме. | То же, но отменить гемодез и лазикс. Назначить ингаляции. |
| 17.10.9636,7-36,4С | Жалобы на сухой кашель. Сознание ясное. Самочувствие удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета. Слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 70 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание жесткое. Крепитация слева в подлопаточной области. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Те же. Анальгин и димедрол по необходимости. |
| 18.10.9636,0-36,6С | Жалобы на сухой кашель. Сознание ясное. Самочувствие удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета. Слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 70 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание жесткое. Крепитация слева в подлопаточной области. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Те же + УВЧ-терапия грудной клетки слева, электрофорез цинка и йода в грудную клетку. |
| 19.10.9636,5-36,6С | Жалоб нет. Самочувствие удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые без видимых изменений. Пульс 66 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Дыхание везикулярное. Крепитация слева в подлопаточной области. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез не изменен. | Те же+ массаж грудной клетки, ПУФ носовых ходов.  |

##

# 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 5 октября 1996 года с жалобами на постоянные колюще-режущие боли в левой половине грудной клетки, интенсивные, усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле, уменьшающиеся при сдавлении левой половины грудной клетки, на кашель с выделением мокроты с прожилками крови, на слабость, одышку, тошноту и ознобы. 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, бронхоскопия. При этом было выявлено отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, усиление голосового дрожания, ослабление дыхания, наличие влажных мелкопузырчатых хрипов и шума трения плевры слева в подлопаточной области, уменьшение подвижности нижнего легочного края левого легкого, жесткое дыхание, притупление перкуторного звука слева в подлопаточной области; лейкоцитоз с нейтрофилёзом, повышенная СОЭ; в мокроте большое количество лейкоцитов, эритроцитов, альвеолярных макрофагов; при рентгенологическом исследовании - тотальная пневмоническая инфильтрация нижней доли левого легкого, реактивное сужение корней легких усиление легочного рисунка справа за счет гиперемии, наличии жидкости в левом синусе; наличие острого процесса в дренажной системе легких при бронхоскопии. Данные исследований позволили поставить диагноз: "Острая левосторонняя нижнедолевая пневмония. Парапневмонический левосторонний фибринозный плеврит". Проводилось лечение: медикоментозное (бромгексин, карбинициллин, гемодез, гентамицин, кальция глюконат, натрия тиосульфат, эуфиллин) и физиотерапия (УВЧ-терапия, электрофорез цинка и йода в грудную клетку, массаж грудной клетки, ПУФ носовых ходов). Самочувствие больной улучшилось: перестали беспокоить боли, прошла слабость, одышка, перестала выделяться мокрота. Для полного выздоровления показано курортно-санаторное лечение.