Паспортная часть

1. Наименование лечебного учреждения:
2. Ф.И.О. больного ребенка
3. Год рождения (возраст): 07.10.2010 (6 мес.).
4. Пол: мужской
5. Группа крови: 3 (III ) , резус-фактор (+) положительный.
6. Аллергические реакции на лекарства и продукты питания: нет
7. Место жительства
8. Сведения о родителях:

Мать:

 Место работы: продавец –

 Отец:

 Место работы:

1. Дата поступления в клинику: 22.04.2010
2. Проведено койко-дней: 15
3. Диагноз при поступлении: Острая левосторонняя деструктивная пневмония. Буллезная форма. Плеврит справа? Анемия средней степени тяжести.

12. Клинический диагноз: Основной: Острая левосторонняя полисегментарная пневмония с деструкцией легочной ткани, средней степени тяжести.

Осложнение основного диагноза: Пневмоторакс слева. Бронхопульмональный свищ.

ДН II –III. Метаболическая кардиопатия. НК – 0. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести, смешанной этиологии.

13. Заключительный клинический диагноз: Основной: Острая левосторонняя полисегментарная пневмония с деструкцией легочной ткани, средней степени тяжести.

Осложнение основного диагноза: Пневмоторакс слева. Бронхопульмональный свищ.

ДН II –III. Метаболическая кардиопатия. НК – 0. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести, смешанной этиологии.

14. Операция: Дренирование левой плевральной полости 23.04.2010

*Жалобы при поступлении:* повышение температуры до 38,8, одышка в покое, редкий сухой кашель, слабость.

*Anamnesis morbi:* ребенок находился на лечении в ДИБ с 8.04.2010 с диагнозом: гастроэнтерит инфекционной этиологии, двусторонний гнойный отит, поступил в ДИБ с жалобами на повышение температуры до 39, непродуктивный кашель, рвоту при кашле, жидкий стул 2 раза. При поступлении состояние средней степени тяжести за счет интоксикации и обструктивного синдрома. В ОАК – умеренный лейкоцитоз. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: усиление рисунка корней. 15.04 состояние тяжелое за счет интоксикации, дн 2. на рентгенограмме: левосторонняя нижнедолевая пневмония, на следующий день присоединились явления нейротоксикоза ( менингизм ). С целью исключения нейроинфекции проведена люмбальная пункция. Ликвор: прозрачный, вытекает под давлением, р.Панди 0-1, белок 0,091, цитоз 1 х 10 6 /л, лимфоциты 100%, глюкоза 2,1 ммоль/л. 17.04 проведена консультация ЛОР: поставлен диагноз двухсторонний средний гнойный отит. 18,04 ребенок переведен в АРО в связи с отрицательной клинико-рентгенологической динамикой. Состояние тяжелое за счет интоксикации, дыхательной недостаточности. Аускультативно – ослабление дыхания слева; усилилась одышка. На рентгенограмме: тотальная левосторонняя пневмония. В АРО проводилось лечение: увлажненный кислород, инфузионная терапия, реамберин, трентал, фрагнин, но-шпа, пипольфен, рибоксин, кокарбоксилаза, лазикс, дофамин,эуфиллин, контрикал, цефоперабол, метрогил, ванкорус. В общем анализе крови: анемия легкой степени тяжести ( гемоглобин 96 г/л). Лейкоцитоз (14 х 10 9/л), увеличенная СОЭ ( 53 мм/час). На фоне проводимого лечения динамика отрицательная: температура до 39, смешанная одышка, нарастание анемии. На рентгенограмме: явления деструкции. 22.04 переведен в ОДКБ, где по тяжести состояния госпитализирован в отделение реанимации.

*Anamnesis vitae:*

 *1. Антенатальный период развития:*

Мальчик от первой беременности, первых родов. Экстрагенитальных заболеваний во время беременности у матери не было. Условия жизни, питание во время беременности расценивает как хорошие.

Течение беременности: токсикоз первой половины беременности.

Роды в 40 недель срочные, продолжительностью около 8 часов. Течение родов без осложнений. Акушерских вмешательств не проводилось. Окраска околоплодных вод нормальная, плацента без особенностей.

*2. Период новорожденности.*

Родился доношенным. Оценка по шкале Апгар 7-8. Масса ребенка при рождении 3200 г, рост 52 см. окружность головы 34 см. окружность грудной клетки 33 см.Закричал сразу, крик громкий, к груди приложен в первые сутки после рождения, сосал активно. Родовой травмы, сыпи, опрелостей не было, уродств нет. Физиологическая убыль массы новорожденного в родильном доме 250 г. Восстановление массы тела на восьмой день. Физиологической желтухи в роддоме не было. Остаток пупочного канатика отпал на 7 сутки, пупочная рана зажила ко 2-ой неделе. Срок пребывания в роддоме 6 суток, выписан домой. Масса при выписке 3100 г. БЦЖ в роддоме.

Смешанное вскармливание до 3 месяцев, с 3 месяцев искусственное вскармливание по причине гипогалактии у матери. Прибавка массы за первый месяц 600 г.- достаточная. Заболеваний на первом месяце жизни не было.

*3. Грудной (младенческий) период*

Физическое развитие:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | При рождении | 1 месяц | 3 месяца | 6 месяцев |
| Масса, г | 3200 | 3800 | 5400 | 7300 |
| Длина, см  | 52 | 55 | 61 | 67 |
| Окружность головы, см | 34 | 35.5 | 38.5 | 43 |
| Окружность груди, см | 33 | 35 | 39 | 42 |

В настоящее время рост 67 см, масса 7 300 г, окружность головы 43 см., окружность грудной клетки 42 см.

Нервно-психическое развитие:

 Развитие статических и моторных функций

-фиксация взора с 3 недель

-упирается на ножки с 2,5 мес.

-переворачивание с 5 мес.

-удерживание головы с 2,5 мес.

 Психоэмоциональное развитие ребенка

-сосредоточение 1 мес.

-улыбка 1 мес.

-гуление 2 мес.

-взятие игрушки 4 мес.

-узнавать мать и близких 5 мес.

 Заключение: развитие статических и моторных функций, психоэмоциональное развитие без патологических отклонений.

Вскармливание:

Смешанное вскармливание до 3 месяцев (смесь НАН), искусственное вскармливание с з месяцев по причине гипогалактии у матери ( смесь Нестожен). Фруктовый сок с 3 мес. Фруктовое пюре с 3,5 месяцев, овощное пюре с 5 месяцев. Перенесенные заболевания на первом полугодии жизни отрицает.

*Перенесенные заболевания и операции* отрицает.

*Профилактические прививки* БЦЖ 12.10.2009 0,025 м.

ОПВ 24.02.2010 2v 4 капли

*Аллергию* на медикаменты, бытовые и пищевые аллергены отрицает. Семейной отягощенности по аллергии нет.

*Наследственность* не отягощена

*Социально-бытовой и эпидемиологический анамнез:*

Семья полная. Семья проживает в отдельной квартире. Ребенок желанный, обстановка спокойная, доброжелательная, отношения между членами семьи хорошие. Материальное обеспечение удовлетворительное.

 В окружении ребенка больных гепатитом, туберкулезом, сифилисом, герпесом нет, контакта с инфекционными больными за последние 2-3 недели не было.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

(Status praesens)

Жалобы на день курации: повышение температуры до 38,8, одышку в покое, редкий сухой кашель, слабость.

Состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности 2-3, интоксикации. Самочувствие страдает.

Общий осмотр

Сознание ясное. Ребенок вялый. Выражение лица беспокойное, пассивен.. Сон беспокойный с частыми пробуждениями. Аппетит снижен. Температура тела 37,5. стигм дисморфогенеза нет.

Оценка физического развития.

антропометрия:

Оценка антропометрических показателей по таблицам стандартов перцентильного типа. рост 67 см, масса 7 300 г, окружность головы 43 см., окружность грудной клетки 42 см.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты измерений | Дентальный интервал, коридор | Оценка показателя |
| Рост (длина), см | 67 | 4 коридор, 75 центиль | Средняя величина |
| Масса, кг | 7300 | 3 коридор, 50 центиль | Средняя величина |
| Окр. головы, см | 43 | 4 коридор, 75 центиль | Средняя величина |
| Окр. груди, см | 42 | 4 коридор, 75 центиль | Средняя величина |

Индекс Эрисмана: 42 -67/2=8, 5 ( норма 8-10)

Заключение: физическое развитие среднее, гармоничное.

*Исследование органов и систем.*

*Кожа*

Кожные покровы бледные, сухие, эластичные, без видимых патологических высыпаний. Дермографизм белый.

*Видимые слизистые оболочки и склеры.*

Слизистые оболочки бледные, суховатые, гладкие, без патологических элементов.

Склеры белые. Иктеричности, инъецированности сосудами не отмечается.

*Придатки кожи*

Волосы мягкие, густые, светло-русые, без патологических изменений.

Ногти бледно-розового цвета, обычной формы, патологических изменений нет.

*Подкожно- жировой слой*

Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Отеков нет. Толщина подкожно-жировых складок на животе – 1 см, на груди – 7 мм, под лопаткой – 1 см, на конечностях – 1 см, на лице – 5 мм. Тургор мягких тканей на внутренних поверхностях плеча и бедра удовлетворительный.

*Опорно-двигательный аппарат*

Телосложение правильное. Визуально мышечный тонус удовлетворительный.

 *Костная система.*

Голова.

Голова правильной формы, величина соответствует возрасту.

Глазные щели обычной формы и размера, подвижность глазных яблок нормальная. Зрачки одинакового размера, округлой формы. Глазные симптомы (Мари, Мебиуса, Кохера, Грефе, Штельвага ) отрицательные. Носогубные складки симметричные. Ушные раковины обычной формы, симметричные. Соотношение лицевого и мозгового отделов черепа правильное.

Осмотр ротовой полости: зубов нет.

При пальпации большой родничок 1 х 1 см, кости черепа плотные, безболезненные.

При перкуссии кости черепа безболезненны, перкуторный звук симметричен.

Окружность головы-51 см.

*Грудная клетка.*

Форма коническая, над- и подключичные ямки выполнены. Ширина межреберных промежутков умеренная. Ход ребер имеет умеренно косое направление. Эпигастральный угол прямой. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Соотношение переднее -заднего и бокового размеров правильное.

Костные структуры и межреберные промежутки симметричны. Деформации грудной клетки отсутствуют.

При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична и податлива. Целостность костей (ключицы, ребра, лопатки, грудина) сохранена. Патологические изменения отсутствуют.

Перкуссия по ключице, ребрам, грудине безболезненна.

Окружность грудной клетки 43 см.

*Позвоночник*

При осмотре: физиологические изгибы -выражен умеренно шейный лордоз. Плечи, углы лопаток симметричны. Искривления позвоночника во фронтальной и саггитальной плоскостях отсутствуют.

Линия, проведенная по остистым отросткам позвонков прямая. Болезненность отсутствует. Западения или выпячивания остистых отростков отсутствуют.

Движения сохранены в полном объеме.

*Конечности*

Верхние конечности одинаковы по длине, симметричны, деформации отсутствуют, положение свободное.

Нижние конечности одинаковы по длине, симметричны, деформации отсутствуют, положение свободное.

Соотношения плеч, предплечий, кистей, бедер, голеней, стоп пропорциональны.

Свод стопы выражен.

При пальпации конечности безболезненны, патологических симптомов («браслетки», «нити жемчуга») нет. Целостность костей конечности сохранена.

*Суставы конечностей*

Осмотр симметричных суставов:

Форма правильная, величина одинаковая, объем не изменен. Кожа над суставами не изменена. Отечность мягких тканей, сглаженность контуров отсутствует.

При пальпации болезненность, отечность, местное повышение температуры не определяется.

Активные и пассивные движения в суставах сохранены в полном объеме, безболезненны.

*Мышечная система.*

Развитие мышц умеренное, соответствует возрасту и полу. Развитие мышц одинаково на симметричных участках тела. Визуально мышечный тонус достаточный. При пальпации мышцы упругие, одинаково развиты на симметричных участках тела. Мышечный тонус соответствует возрасту и полу. Мышечная сила одинаковая на симметричных конечностях, соответствует возрасту и полу, достаточная.

*Органы дыхания.*

Дыхание через нос свободное. Голос ребенка громкий. Слизистая оболочка зева, миндалин, задней стенки глотки бледная, чистая. Миндалины не увеличены.

Грудная клетка правильной нормостенической формы, симметрична. Левая половина грудной клетки ограничено учавствует в акте дыхания. Одышка в покое смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Число дыхательных движений 62 в минуту. Ритм регулярный. Дыхание поверхностное. Соотношение частоты пульса и дыхания 1:2,5..

При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна. Кожно-подкожные складки на грудной клетке симметричны.

Измерение окружностей грудной клетки:

 -при спокойном дыхании-42 см

 Перкуссия легких.

При сравнительной перкуссии притупление легочного звука слева по передне-боковой поверхности

Топографическая перкуссия.

Нижние границы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии |  Справа |  Слева |
| Срединно-ключичная | VI ребро |  |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная  | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная  | XI ребро | XI ребро  |

 Перкуторные границы соответствуют возрастным нормам.

 Аускультация.

При аускультации дыхание жесткое, резко ослаблено слева. Хрипов нет.

*Сердечно-сосудистая система.*

Область сердца не изменена. Патологические пульсации отсутствуют. Венозный рисунок выражен умеренно. Верхушечный толчок определяется в четвертом межреберье на левой среднеключичной линии ограниченный, положительный, умеренной силы, невысокий. Сердечный толчок визуально не определяется. Эпигастральная пульсация, пульсация основания сердца не определяется

 Перкуссия сердца

Границы относительной сердечной тупости

-Правая: кнаружи от правой парастернальной линии на 0,5 см.

-Верхняя: второй межреберный промежуток.

-Левая: по левой среднеключичной линии.

Поперечник относительной тупости: 7 см.

Границы абсолютной сердечной тупости.

-Правая: 0,5 см кнутри от левой парастернальной линия.

-Верхняя: третье ребро.

-Левая: на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Поперечный размер: 3 см.

 Границы сердца несколько смещены вправо.

Аускультация сердца

Число сердечных сокращений- 160 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В 1 и 4 точках первый тон выслушивается сильнее второго тоны ясные, ритмичные, раздвоения, расщепления и побочные шумы не выслушиваются. В 1 точке выслушивается нежный систолический шум (обусловлен открытым овальным окном и анемией средней степени тяжести). Исследование сосудов:

Исследование артерий: артерии (височные, сонные, лучевые, бедренные, подколенные, заднеберцовые и артерии тыла стопы) эластичные. Патологической пульсации не выявлено.

Артериальный пульс: пульс на обеих руках ритмичный,частота-160 уд. в мин., нормального наполнения и напряжения, синхронный, дефицита пульса нет.

Капиллярный пульс отсутствует.

Исследование вен: отсутствует видимая пульсация и набухание наружных яремных вен.

При аускультации артерий и вен, патологических шумы не выслушиваются.

*Органы пищеварения.*

Диспепсических расстройств на момент курации нет.

Аппетит снижен.

Слизистая полости рта сухая, бледная окраски, блестящая.

Язык бледно-розового цвета, сухой , умеренно обложен белым налетом, язв и трещин нет.

Десны бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Зев спокоен.

Состояние зубов: зубов нет.

Запаха изо рта нет.

 Живот при осмотре стоя и лежа обычной величины, форма правильная округлая, отделы живота симметричны. Брюшная стенка участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика отсутствует. Окружность живота на уровне пупка- 45 см.

Перкуссия живота.

При перкуссии симптом Менделя отрицательный, характер перкуторного звука - кишечный тимпанит. Признаки асцита методами перкуссии и флюктуации не выявлены.

Пальпация живота.

При поверхностной ориентировачной пальпации живот мягкий, безболезненный . Симптомы раздражения брюшины (Ситковского, Воскресенского, Ровзинга) отрицательные . Расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии живота, пупочного кольца, пахово-мошоночного кольца отсутствуют. Поверхностно расположенных опухолей и увеличенных органов нет. Глубокая медодическая пальпация по Образцову-Стражеско.

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка безболезненная, поверхность гладкая, ширина 1-2 см., подвижная урчания нет. Эпигастральная и пилоро - дуоденальная области при пальпации безболезненны.

При аускультации живота шум перистальтики не изменен

Печень и желчевыделительная система.

При осмотре область правого подреберья без изменений.

Пальпация живота в области проекции печени, в правом подреберье, в точке желчного пузыря и зоне Шоффара безболезненна. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы поражения печени (Ортнера, Керра, Мерфи, Мюсси, Боаса) отрицательные.

Глубокую пальпацию печени по методу Стражеско: печень выступает из-под реберной дуги на 4-5 см.

Поджелудочная железа: не пальпируется. Пальпация безболезненна в области ее проекции на брюшную стенку, а также в точках Мейо-Робсона и Де-Жардена.

Стул: регулярный, оформленный, без патологических примесей, количество испражнений 1-2 раза в сутки.

Осмотр ануса: патологических изменений не выявлено.

*Органы кроветворения.*

Кожа бледная. Слизистая полости рта сухая, бледная, блестящая. Зев спокоен. Геморрагическая сыпь, асимметрия живота, нарушение функций опрно-двигательного аппарата отсутствуют.

Лимфатические узлы: не пальпируются

 Заключение: патологии не выявлено.

Селезенка в положении на спине и на правом боку не пальпируется.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| параметры | Топографические границы | Размер |
| Поперечник (по средней подмышечной линии) | Верхний край на IX ребреНижний край на X I ребре | 3 см |
| Длинник ( по X или XI ребру) |  | 4 см. |

При пальпации грудных лимфатических узлов на уровне I I грудного позвонка определяется притупление звука (симптом Кораньи отрицательный), симптом Аркавина, Философова, Филатова отрицательный.

*Мочевыделительная система.*

Осмотр: кожа бледная, отеков и пастозности нет. Поясничная и надлобковая область без патологии. Наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу.

Пальпация: почки не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется, область проекции мочевого пузыря безболезненна. Верхние и средние мочеточниковые, реберно-позвоночные, реберно-поясничные точки безболезненны.

Перкуссия: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При перкуссии мочевого пузыря притупления перкуторного звука не выявлено. Перкуторные признаки асцита отсутствуют.

Диурез адекватный. Мочеиспускания свободные, нормальной частоты. Моча светло-желтая, прозрачная, без примесей и осадка.

*Предварительный диагноз:* Острая левосторонняя деструктивная пневмония, буллезная форма. ДН II –III .

Поставлен на основании:

1. жалоб на повышение температуры до 38,8, одышка в покое, слабость.

2. анамнеза заболевания: ребенок находился на лечении в ДИБ с 16.03.2010 с диагнозом: гастроэнтерит инфекционной этиологии, двусторонний гнойный отит, 26.03 переведены в отделение реанимации в связи с нарастающей дыхательной недостаточностью. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 30.03 выявлены явления деструктивной пневмонии левого легкого. 30.03 переведен в ОДКБ, по тяжести состояния госпитализирован в отделение реанимации.

3. данных объективного обследования: Состояние тяжелое за счет дыхательной

недостаточности, интоксикации. Самочувствие страдает.. Левая половина грудной клетки ограничено учавствует в акте дыхания. Одышка в покое смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Число дыхательных движений 62 в минуту. Ритм регулярный. Дыхание поверхностное. Соотношение частоты пульса и дыхания 1:2,5..При сравнительной перкуссии притупление легочного звука слева по передне-боковой поверхности При аускультации дыхание жесткое, резко ослаблено. Число сердечных сокращений- 160 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный.

*План обследования:*

1. общий анализ крови
2. биохимический анализ крови ( альбумин, креатинин, мочевина, АСТ, АЛТ, общий белок, билирубин)
3. коагулограмма
4. посев крови на стерильность
5. анализ крови на электролиты
6. общий анализ мочи
7. обзорная рентгенография органов грудной клетки
8. УЗИ плевральной полости
9. УЗИ органов брюшной полости
10. ЭКГ

*Результаты лабораторных и инструментальных исследований:*

1. *общий анализ крови (22.04.2010)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатели | У больного | норма |
| гемоглобин | 80 | 112 – 132 г/л |
| эритроциты | 3,0 | 3,7 – 4,5 |
| лейкоциты | 14 | 6,6 – 11,6 |
| палочкоядерные | 6 | 1 - 3 |
| сегментоядерные | 73 | 21 - 39 |
| эозинофилы | 0 | 1-5 |
| моноциты | 10 | 4-10 |
| лимфоциты | 49 | 48 - 68 |
| СОЭ | 15 | 4-10 |
| Цветной показатель | 0,8 | 0,75 – 0,95 |
| тромбоциты | 480 | 203 - 377 |
| гематокрит | 37 |  |

Заключение: в общем анализе крови выявлена анемия средней степени тяжести, нормохромная, выраженный нейтрофилез, увеличенная СОЭ( воспаление бактериальной этиологии), тромбоцитоз (причиной может быть: полицитемия и воспалительный процесс)

2. *общий анализ мочи(22.04..2010)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатели | У больного | норма |
| Количество | 4,0мл |  |
| Удельный вес  | 1010 | 1010-1015 |
| Реакция  | кислая | Слабокислая -5-7 |
| Прозрачность  | прозрачная | прозрачная |
| Цвет  | светло-желтый | светло-желтый |
| Лейкоциты | 8 - 10 в п/зр | До 5 в п/зр |
| Эпителий  | 1-2 в п/зр | 2-4 в п/зр |
| Белок | 0 | 0  |
| Сахар | 0 | 0 |

Заключение: в общем анализе мочи выявлена лейкоцитурия

*3. биохимический анализ крови (22.04.2010)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатели | У больного | норма |
| альбумин | 35 | 35 - 52 |
| креатинин | 34,9 | 50 - 110 |
| мочевина | 1,8 | 1,8 – 6,4 |
| АСТ | 29,3 | 15 - 60 |
| Общий белок | 67,7 | 65 - 85 |

Заключение: в биохимическом анализе крови выявлено снижение креатинина ( что может быть при: снижении мышечной массы; при задержке жидкости в организме (отеки, скопление жидкости в брюшной полости); дистрофии (уменьшении в объеме вследствие нарушения обменных процессов) мышц.)

*4. Коагулограмма*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатели | У больного | норма |
| фибриноген | 34,5 | 35 - 52 |
| В - фибриноген | 34,9 | 50 - 110 |
| Этаноловый тест | 1,8 | 1,8 – 6,4 |
| протромбин | 29,3 | 15 - 60 |
| Время рекальцификации | 67,7 | 65 - 85 |

Заключение: сочетание повышенного количества тромбоцитов и незначительного снижения фибриногена может говорить о подостром ДВС – синдроме?)

*5. Кровь на стерильность(23.04.2010)*:

заключение – бактериальная микрофлора не обнаружена

*6. электролиты: (23.04.2010)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатели | У больного | норма |
| Натрий  | 129,3 | 130 - 156 |
| Калий  | 4,54 | 3,4 – 5,3 |
| Кальций  | 1,27 | 1,15 – 1,27  |

Заключение: незначительное снижения натрия

*7. Обзорная рентгенография органов грудной клетки(23.042010):* сохраняется субтотальное затемнение левого легкого по зоне которого прослеживаются полости деструкции по протяженности размером 3,2 – 4 см, в нижнелатеральных отделах и поддиафрагмально. Справа в верхних отделах линейное затенение (дисковидный ателектаз? Инфильтрация?) диафрагма слева не дифференцируется. Сердце не увеличено.

Заключение: левосторонняя полисегментарная пневмония. Пневмония справа?

*8.УЗИ плевральной полости: (23.042010):*

При исследовании в горизонтальном положении в левой плевральной полости по средней и задней подмышечной облстям осумкованные скопления жидкости диаметром около 5 см

*3.УЗИ органов брюшной полости(24.04.2010)*

Печень – размер + 6,5 см, выступает из-под реберной дуги на 2/3 объема, сосудистый рисунок выражен, неравномерно усилен, паренхима среднезернистая, эхогенность умеренно повышена.

 Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Почки: левая – 62 х 26 мм, правая 58 х 26 мм, паренхима – 11 мм, дифференциация смазана, эхогенность коркового слоя повышена. Кишечник вздут.

*ЭКГ(24.042010):*

Заключение: Синусовая тахикардия. ЭОС вертикальная. Нарушение процессов реполяризации. Признаки перегрузки правого желудочка.

*Мазок из зева: (24.042010):*

выделен – pseudomonas aeruginosa, умеренный рост, чувствительный к имипенему, офлоксацину. Streptococcus pneumoniae, обильный рост чувствительный к амоксициллину, цефазолину, цефотаксиму, цефтриаксону.

*Лечение:*

1. ципринол 1,0 – 2 раза в день внутривенно
2. ванкорус 1,0 – через каждые 6 часов, внутривенно
3. фрагмин 10,0 – 10% подкожно 1 раз в день
4. милдронат 0,25 2 раза в день внутривенно
5. пентоксифиллин 0,1 внутривенно 2 раза в день
6. микосист 0,2 1 раз в день внутривенно
7. эуфиллин 2,45 мг каждые 6 часов внутривенно
8. капотен 0,035 2 раза в день
9. верошпирон 0,25 2 раза в день
10. глюкоза 5% 630 мл в сутки

аскорбиновая кислота 1мл -5%

рибоксин 5,0 – 2%

1. хлорид кальция 10,0 – 10%
2. иммуноглобулин человека нормальный 12,5 мл внутривенно 1 раз в день
3. плевральная пункция

*Дренирование левой плевральной полости(24.0.42010 11.00):*

под наркозом после обработки операционного поля хлоргексидином трижды в 7 межреберье по задней подмышечной линии слева проведено дренирование плевральной полости трубчатым дренажом – отошло 70 мл сливкообразного гноя(взят бак.посев и общий анализ). После отхождения гноя началось отхождение воздуха по дренажу. Наложена асептическая повязка.

Диагноз: Пневмоторакс слева. Бронхопульмональный свищ.

*УЗИ плевральной полости*: *(24.042010):* при дренировании диаметр образования уменьшился до 30 мм. Дренаж визуализируется в полости абсцесса.

*Мазок из плевральной полости(24.042010)::выделено -*– pseudomonas aeruginosa, умеренный рост, чувствительный к имипенему, офлоксацину.

*Анализ плевральной жидкости(24.042010)::*кол-во-3мл, буровато-коричневый цвет, мутная, характер – геморрагический экссудат, проба Ривельта положит., уд.вес 1030, белок 165 г/л, лейкоциты – сплошь, эритроциты – значительное количество, цитограмма – 85 %, нейтрофилы 5%,

ДНЕВНИК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | Данные о состоянии больного | назначения |
| 24.04.2010ЧСС-165 в минЧД-65 в минt- 37,3 | Состояние больного тяжелое за счет интоксикации, дыхательной недостаточности 2-3 степени. Самочувствие страдает. Аппетит нарушен. Сон беспокойный с частыми пробуждениями. Кожа бледная, сухая, видимые слизистые бледные. Дыхание через нос сохранено. Левая половина грудной клетки ограничено учавствует в акте дыхания. Одышка в покое смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Число дыхательных движений 65 в минуту. Ритм регулярный. Дыхание поверхностное. При сравнительной перкуссии притупление легочного звука слева по передне-боковой поверхности При аускультации дыхание жесткое, резко ослаблено слева. Хрипов нет. Слева установлен дренаж. По дренажу – серозно – гнойное отделяемое. Границы сердца несколько смещены вправо. Число сердечных сокращений- 165 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. На верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см. при аускультации выслушивается перистальтика. Стул 2 раза в сутки. Диурез достаточный, мочеиспускание свободное. В ОАК: анемия средней степени тяжести ( гемоглобин 86 г/л, эр – 3.5, ЦП – 0,87),Лейкоцитоз со сдвигом влево (лейк – 14, сегм – 55), увеличенная СОЭ ( 45 мм/час) | 1. общий анализ крови2. общий анализ мочи3. обзорная рентгеногрфия органов грудной клетки4. лечение продолжить |
| 26.04.2010ЧСС- 153 в минЧД- 53 в минt-.37,1  | Состояние больного тяжелое за счет интоксикации, дыхательной недостаточности 2-3 степени. Самочувствие страдает. Кожа бледная, сухая, видимые слизистые бледные. Дыхание через нос сохранено. Левая половина грудной клетки ограничено учавствует в акте дыхания.сохраняется одышка, усиливающаяся при беспокойстве.. Число дыхательных движений 65 в минуту. Ритм регулярный. При сравнительной перкуссии притупление легочного звука слева по передне-боковой поверхности При аускультации дыхание жесткое ослаблено слева. Хрипов нет. По дренажу серозно- гнойное отделяемое и воздух. Границы сердца несколько смещены вправо. Число сердечных сокращений- 165 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. На верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 3,5 см. при аускультации выслушивается перистальтика. Стул 2 раза в сутки. Диурез достаточный, мочеиспускание свободное. Рентгенограмма: затемнение левого легкого стало значительно ниже по интенсивности, меньше участков деструкции, в нижних отделах размеры полости значительно уменьшились, за тенью сердца горизонтальный уровень жидкости диаметром около 3 см, по зоне которого видны дренажные трубки. В ОАК: анемия легкой степени тяжести ( гемоглобин 96 г/л, эр – 3.7, ЦП – 0,9),Лейкоцитоз со сдвигом влево (лейк – 13, сегм – 49), увеличенная СОЭ ( 25 мм/час) | 1. общий анализ крови3. обзорная рентгеногрфия органов грудной клетки4. лечение продолжить |
| 28.04.2010ЧСС- 135 в минЧД- 40 в минt- 36,9 | Состояние средней степени тяжести. Самочувствие неплохое. Аппетит сохранен. Сон спокойный. Кожа бледная, умеренной влажности и эластичности. Сохраняется умеренная одышка. Дыхание через нос свободное. Аускультативно дыхание ослаблено в нижних отделах легких слева. Хрипов нет. Перкуторно притупление звука слева, в нижних отделах. По дренажу серозно- гнойное отделяемое и воздух. Тоны сердца ясные, ритм правильный. На верхушке выслушивается нежный систолический шум. Границы сердца не расширены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см. Стул 2 раза в сутки. Диурез достаточный, мочеиспускание свободное. Слева в базальных отделах определяется полость диаметром около 3 см, в полости которых видны дренажные трубки, окружающая легочная ткань пониженной пневматизации, легочный рисунок сгущен. Диафрагма слева прямая, выражена, синусы заполнены, паракостальная плевра утолщена, сердце увеличено в поперечном размере, больше влево КТО – 58% В ОАК: анемия легкой степени тяжести ( гемоглобин 105 г/л, эр – 3.7, ЦП – 0,9),Лейкоцитоз (лейк – 13, сегм – 43), увеличенная СОЭ ( 14 мм/час) | 1. общий анализ крови2. общий анализ мочи3. обзорная рентгенография органов грудной клетки4. Эхо-КГ5. отменить инфузионную терапию6. лечение продолжить  |
| 30.04.2010ЧСС-129 в минЧД- 34 в минt-36,7 | Состояние средней степени тяжести. Самочувствие неплохое. Аппетит сохранен. Сон спокойный. Кожа бледная, умеренной влажности и эластичности. Дыхание через нос свободное. Аускультативно дыхание ослаблено в нижних отделах легких слева. Хрипов нет. Перкуторно пртупление звука слева, в нижних отделах. По дренажу небольшое количество серозно- гнойное отделяемого .Тоны сердца ясные, ритм правильный. На верхушке выслушивается нежный систолический шум. Границы сердца не расширены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см. Стул 2 раза в сутки. Диурез достаточный, мочеиспускание свободное. Легочное поле прозрачное. Корни легких за тенью средостения. Буллы в левом легком не определяются. Паракостальная плевра справа утолщена, синус затемнен. Сердце не увеличено. *Эхо – КГ*: заключение: дополнительные трабекулы в левом желудочке, открытое овальное окно, недостаточность митрального клапана 1 степени В ОАК: анемия легкой степени тяжести ( гемоглобин 109 г/л, эр – 3.9, ЦП – 0,9), (лейк – 13,8, сегм – 39), увеличенная СОЭ ( 15 мм/час) | 1. общий анализ крови3. обзорная рентгеногрфия органов грудной клетки4. отменить ванкорус5. лечение продолжить  |

*Клинический диагноз:*

Основной: Острая левосторонняя полисегментарная пневмония с деструкцией легочной ткани, тяжелой степени тяжести.

Осложнение основного диагноза: Пневмоторакс слева. Бронхопульмональный свищ.

ДН II –III. Метаболическая кардиопатия. НК – 0. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести, смешанной этиологии.

 Диагноз поставлен на основании:

1. жалоб: на повышение температуры до 38,8, одышка в покое, редкий сухой кашель, слабость

2.анамнеза заболевания: ребенок находился на лечении в ДИБ с 16.03.2010 с диагнозом: гастроэнтерит инфекционной этиологии, двусторонний гнойный отит, 26.03 переведены в отделение реанимации в связи с нарастающей дыхательной недостаточностью. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 30.03 выявлены явления деструктивной пневмонии левого легкого. 30.03 переведен в ОДКБ, по тяжести состояния госпитализирован в отделение реанимации.

3. данных объективного осмотра: Состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности, интоксикации. Ребенок вялый. Выражение лица беспокойное, пассивен.. Сон беспокойный с ч Слизистые оболочки бледные, суховатые астыми пробуждениями. Аппетит снижен. Кожные покровы бледные, сухие Левая половина грудной клетки ограничено учавствует в акте дыхания. Одышка в покое смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Число дыхательных движений 62 в минуту. Ритм регулярный. Дыхание поверхностное. Соотношение частоты пульса и дыхания 1:2,5.. При сравнительной перкуссии притупление легочного звука слева по передне-боковой поверхности При аускультации дыхание жесткое, резко ослаблено слева. Хрипов нет. Границы сердца несколько смещены вправо. Число сердечных сокращений- 160 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В 1 точке выслушивается нежный систолический шум (обусловлен открытым овальным окном и анемией средней степени тяжести).

4. проведенных лабораторных и инструментальных исследований: в общем анализе крови выявлена анемия средней степени тяжести, нормохромная, выраженный нейтрофилез, увеличенная СОЭ, лимфопения, тромбоцитоз

Обзорная рентгенография органов грудной клетки: сохраняется субтотальное затемнение левого легкого по зоне которого прослеживаются полости деструкции по протяженности размером 3,2 – 4 см, в нижнелатеральных отделах и поддиафрагмально.

 УЗИ плевральной полости:

При исследовании в горизонтальном положении в левой плевральной полости по средней и задней подмышечной облстям осумкованные скопления жидкости диаметром около 5 см

5. проведенной плевральной пункцией. После отхождения гноя началось отхождение воздуха по дренажу. УЗИ плевральной полости: при дренировании диаметр образования уменьшился до 30 мм. Дренаж визуализируется в полости абсцесса.Анализ плевральной жидкости*:*кол-во-3мл, буровато-коричневый цвет, мутная, характер – геморрагический экссудат, проба Ривельта положит., уд.вес 1030, белок 165 г/л, лейкоциты – сплошь, эритроциты – значительное количество, цитограмма – 85 %, нейтрофилы 5%,

*Дифференциальный диагноз:* Дифференциальный диагноз надо проводить с полостной формой рака легкого, каверной при открытом туберкулезе, нагноившейся эхинококковой кистой, которая по сути дела является абсцессом паразитарного происхождения, а также с различными видами ограниченных эмпием плевры. Зная симптомы и клиническую картину инфекционных деструкции легких, можно легко отличить их от других заболеваний с образованием полости в легких.

Для туберкулеза характерны: Жалобы пациентов обычно минимальны: кашель (иногда с выделением мокроты с примесью крови), слабость и похудание, анорексия, потливость, особенно ночью, лихорадка, иногда боль в груди. При физикальном иссле¬довании грудной клетки можно выслушать хрипы в зоне поражения, притупление перкуторного звука в зоне инфильтративных изменений в легких. При наличии каверн (при открытом туберкулезе) можно определить симптомы, аналогичные тем, которые наблюдаются у больных с хроническим абсцессом.

При рентгенологическом исследовании в 85 % наблюдаются очаги затемнения в области верхушечного и заднего сегментов верхней доли легкого, в 10 % поражение наблюдается в верхнем сегменте нижней доли. Рентгенологическая картина туберкулеза легких весьма разнообразна. Это могут быть локальные узелковые образования, туберкулезная пневмония, милиарный туберкулез, каверны, туберкулема, похожая на периферический рак легкого, бронхостеноз или бронходилатация. контакт с лихорадящими больными, длительный субфебрилитет, длительный сухой или влажный кашель, кровохарканье, скудная физикальная картина в начальных стадиях болезни.

Решающее значение имеет бактериоскопия мокроты трехкратно и рентгенологическое исследование.

Для рака легких характерны: пожилой возраст, онконаследственность, наличие хронического заболевания дыхательной системы, кровохарканье, исхудание. В OAK — анемия и увеличение СОЭ, на рентгенограмме — округлая тень с просветлением (не всегда с наличием горизонтального уровня).

Эхинококкоз —Симптомы: кровохарканье, сухой кашель, одышка. Температура тела нормальная, признаков туберкулеза, рака, эмфиземы не обнаруживается. Решает вопрос диагноза рентгенологическое исследование — выявляется киста, обычно в нижней доле справа. Обычно различают три стадии развития заболевания.

При прорыве нагноившейся кисты в бронхи откашливаются гнойное содержимое, обрывки оболочек кисты, сколексы (мелкие дочерние пузыри). Попадание в бронхи эхинококковой жидкости, оболочек пузырей и мелких дочерних кист может вызвать асфиксию. Прорыв кисты в бронхи сопровождается тяжелым анафилактическим шоком вследствие всасывания токсичной эхинококковой жидкости и воздействия ее на рецепторный аппарат.

Нередко появляются уртикарные высыпания на коже.

При эхинококкозе легких нередко отмечается повышение температуры тела, обусловленное перифокальным воспалением. При нагноении кисты температура тела повышается до 38-39 °С и держится долго.

При осмотре грудной клетки при больших кистах иногда определяют ее выбухание на стороне поражения, расширение межреберных промежутков. В области прилежания эхинококкового пузыря выявляют притупление перкуторного звука. Аускультативные данные весьма разнообразны: при перифокальном воспалении выслушиваются хрипы; при наличии опорожнившейся полости и заполнении ее воздухом - бронхиальное, иногда амфорическое дыхание. Кисты, расположенные у корня легкого, а также кисты небольших размеров не сопровождаются указанными симптомами.

При рентгенологическом исследовании в легком обнаруживают одну или несколько гомогенных теней округлой или овальной формы с ровными четкими контурами . Иногда определяют обызвествление фиброзной капсулыПри гибели паразита и частичном всасывании жидкости между хитиновой оболочкой и фиброзной капсулой образуется свободное пространство, которое при рентгенографии выявляется в виде серпа воздуха (симптом отслоенияПри прорыве нагноившегося эхинококка в бронх рентгенологическая картина аналогична картине, наблюдаемой при абсцессе легкого, т. е. выявляется полость с ровными внутренними стенками и уровнем жидкости. В клиническом анализе крови определяют эозинофилию, увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Постановке диагноза помогают:

реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) - достоверный диагностический титр 1:200-250 и выше;

иммуноферментный анализ (ИФА) - реакция считается положительной при оценке в 2-3 плюса.

Бронхиолит развивается преимущественно у детей первого года жизни. По остроте и выраженности клинических симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности он часто сходен с острой пневмонией. При этом на первый план быстро выходит дыхательная недостаточность, определяя тяжесть заболевания. Развиваются выраженная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, эмфизема, периоральный и общий цианоз, быстро присоединяется лёгочно-сердечная недостаточность. При перкуссии над лёгкими определяется коробочный звук, аускультативно дыхание чаще ослаблено, выслушивается большое количество рассеянных мелкопузырчатых хрипов. В отличие от пневмонии отсутствуют клинически выявляемые локальные изменения в лёгких и инфильтративно-воспалительные очаги в лёгочной паренхиме при рентгенологическом исследовании.

Саркоидоз. Течение подострое или хроническое, нередко волнообразное; отмечаются слабость, субфебрилитет, боль в груди, сухой кашель, снижение аппетита. Хрипы в легких прослушиваются редко и в небольшом количестве. Иногда саркоидоз начинается остро с высокой температуры, припуханием суставов конечностей, появления узловатой эритемы, главным образом, на коже голеней, увеличения периферических лимфатических узлов. Клинические проявления саркоидоза и степень их выраженности весьма разнообразны. Для большинства случаев характерно несоответствие удовлетворительного общего состояния и обширности поражения легочной ткани и внутригрудных лимфатических узлов. Начало заболевания может быть бессимптомным, постепенным или острым. При отсутствии клинических проявлений, что наблюдается у 10% больных, заболевание обычно выявляется при рентгенологическом исследовании грудной клетки.

Самым серьёзным осложнением при саркоидозе является развитие дыхательной недостаточности.

Диагноз саркоидоза устанавливают, когда клинические и ретгенологические признаки подтверждены гистологически наличием неказеифицированных эпителиоидноклеточных гранулём.

*Этиология :* Этиология пневмонии в существенной степени зависит от условий её возникновения (домашняя, госпитальная и т.д.), а также от возраста ребёнка, поэтому эти факторы надо обязательно учитывать при назначении антибактериальной терапии.

Внебольничные пневмонии у детей до 6 мес жизни чаще всего обусловлены грамотрицательной кишечной флорой и стафилококками. Основной возбудитель атипичных пневмоний, протекающих на фоне нормальной или субфебрильной температуры, - Chlamydia trachomatis, инфицирующая ребёнка интранатально, а манифестирующая через 1,5-2 мес. У недоношенных и детей с иммунодефицитом пневмонии могут быть вызваны условно-патогенной микрофлорой и простейшими (например, Pneumocystis carinii). У детей старше 6 мес преобладающий возбудитель внебольничных пневмоний - пневмококк (35-50%). Реже (7-10%) заболевание вызывают гемофильная палочка и представители семейства Neisseriaceae (например, Moraxella catarrhalis). У детей школьного возраста пневмонии, вызванные гемофильной палочкой, почти не возникают, но увеличивается частота атипичных пневмоний, обусловленных Mycoplasma pneumoniae и Chlamydia pneumoniae. Ведущая роль в возникновении внутрибольничных пневмоний принадлежит грамотрицательной флоре (Escherichia coli, Proteus, Klebsiella pneumoniae, Enterobacter, Pseudomonas aeruginosa), реже золотистому стафилококку. Больничная флора нередко бывает резистентна к большинству применяемых антибиотиков. Внутрибольничные пневмонии имеют наиболее тяжёлые течение и исход.

*Патогенез*

Основной путь проникновения инфекции в лёгкие - аэрогенный. Возбудители, попадая в дыхательные пути, распространяются по ним в респираторные отделы лёгких, чему способствует предшествующая ОРВИ. Вирусы, поражающие слизистую оболочку дыхательных путей, нарушают защитную барьерную функцию эпителия и мукоцилиарный клиренс. Избыточная продукция слизи в верхних дыхательных путях защищает микроорганизмы от бактерицидного действия бронхиального секрета, способствуя их проникновению в терминальные респираторные бронхиолы. Здесь микроорганизмы интенсивно размножаются и вызывают воспаление с вовлечением прилегающих участков паренхимы лёгкого. Формированию воспалительного очага в лёгких способствуют также нарушение проходимости бронхов и развитие гипопневматозов. Нарушения проходимости бронхов, расстройства микроциркуляции, воспалительная инфильтрация, интерстициальный отёк и снижение воздушности лёгочной паренхимы приводят к нарушению диффузии газов и гипоксемии. Последняя сопровождается респираторным ацидозом, гиперкапнией, компенсаторной одышкой и появлением клинических признаков дыхательной недостаточности и гипоксии тканей. Пневмония у детей нередко сопровождается не только дыхательной, но и сердечно-сосудистой недостаточностью, возникающей в результате циркуляторных нарушений, перегрузки малого круга кровообращения, обменно-дистрофических изменений миокарда.

*Профилактика*

Профилактика острой пневмонии в первую очередь заключается в здоровом образе жизни, хорошем уходе за ребёнком и рациональном его закаливании с первых месяцев жизни. Большое значение имеет профилактика возникновения ОРВИ у детей, особенно первого года жизни: ограничение контактов с другими детьми в период сезонных вспышек респираторных инфекций, вакцинация против гриппа, немедленная изоляция заболевших. Целесообразно использовать в профилактике пневмоний такие препараты, как ИРС-19, бронхомунал, рибомунил, обладающие не только стимулирующим действием на все звенья неспецифической защиты организма, но и вызывающие вакцинальный эффект против основных возбудителей заболеваний органов дыхания.

*Обоснование лечения:* Этиотропное лечение

Сразу же после установления диагноза острой пневмонии следует начать антибиотикотерапию. Выбор антибактериального препарата в большинстве случаев бывает эмпирическим, так как выделение возбудителя из дыхательных путей и установление его чувствительности к антибиотикам требуют времени и не всегда бывают возможны даже в стационарных, а тем более в домашних условиях. Выбор стартового препарата производят по косвенным признакам, позволяющим предположить этиологию пневмонии у каждого конкретного больного с учётом его возраста, условий возникновения пневмонии (домашняя, госпитальная), особенностей клинических проявлений заболевания, преморбидного фона (наличие тяжёлой соматической патологии, иммунодефицита, проводимой ИВЛ и т.д.), предшествующей антибактериальной терапии.

В детской практике для лечения пневмоний чаще всего используют препараты пенициллинового ряда (природные и полусинтетические), цефалоспорины I-IV поколения, макролиды и аминогликозиды. Эти препараты, применяемые как монотерапия или в комбинации друг с другом, чаще всего позволяют подавить основной спектр возбудителей пневмонии у детей. В случаях тяжёлых осложнённых пневмоний, обусловленных антибиотикоустойчивой микрофлорой, или при недостаточной эффективности терапии первого выбора в педиатрии используют и другие группы антибиотиков: гликопептиды (ванкомицин), карбапенемы [имипенем+циластатин (тиенам), меропенем (меронем)], линкосамиды (клиндамицин, линкомицин). У детей старшего возраста (старше 12 лет) в лечении могут быть использованы фторхинолоны (офлоксацин, ципрофлоксацин), тетрациклины (доксициклин).

Показана длительная оксигенотерапия. Острые инфекционные деструктивные заболевания легких требуют комплексного лечения, направленного на борьбу с инфекцией с помощью антибиотиков широкого спектра действия, улучшение условий дренирования абсцесса, устранение белковых, водно-электролитных и метаболических нарушений, поддержание функций сердечно-сосудистой и дыхательной системы, печени, почек, повышение сопротивляемости организма.

Рациональную антибиотикотерапию проводят с учетом чувствительности микрофлоры, высеваемой из крови и мокроты. При отсутствии данных о чувствительности микрофлоры целесообразно использовать антибиотики широкого спектра действия: цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон-роцефин) или II поколения (цефуроксим, цефамандол). Очень хороший эффект получен при лечении септических деструктивных заболеваний легких антибиотиком тиенам (комбинированный препарат - имипенем/циластатин). Это антибиотик ультраширокого спектра, фактически действующий на все клинически значимые патогенные микроорганизмы. В связи с этим его можно назначать при смешанной инфекции эмпирически до получения результатов посева крови, мокроты, раневого отделяемого. Препарат накапливается в бронхолегочной системе в высокой концентрации и удерживается в течение длительного времени (препарат вводят один раз в сутки). Используют также комбинацию цефалоспоринов с гентамицином, метронидазолом.

Не следует забывать о назначении препаратов, расширяющих бронхи и разжижающих слизистую мокроту. Это позволяет более эффективно откашливать мокроту. Рекомендуется проводить постуральный дренаж, чтобы предотвратить затекание гноя в здоровое легкое (кроме того, гной будет лучше удаляться при отхаркивании).

Всем тяжелобольным необходима интенсивная терапия для восполнения водно-электролитных и белковых потерь, коррекции кислотно-основного состояния, дезинтоксикации, поддержания функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, печени, почек.

Большое значение имеет полноценное питание больного, богатое белками и витаминами. Учитывая большие потери белка, пациент должен получать в сутки не менее 3500-4000 калорий (в международной системе единиц 1 калория = 4187 Дж). Для этих целей используют энтеральное, зондовое и парентеральное питание.

Повторные переливания компонентов крови - эритроцитной массы, плазмы, альбумина, гамма-глобулина - показаны при анемии, гипо-протеинемии, низком содержании альбумина.

Лечение при осложнениях пневмонии

Наряду с антибактериальной терапией для успешного лечения пневмонии необходимы коррекция осложняющих её состояний и симптоматическое лечение.

Дыхательная недостаточность может быть связана с расстройствами микроциркуляции, обширностью поражения лёгочной или интерстициальной ткани, нарушением бронхиальной проводимости, развитием массивного экссудативного плеврита. Следует восстановить бронхиальную проводимость (бронхолитические, муколитические и отхаркивающие средства), уменьшить рестриктивные изменения Необходима постоянная оксигено- или аэроионотерапия с помощью кислородной палатки, редко ИВЛ.

При сердечно-сосудистых нарушениях применяют кардиотропные препараты (строфантин-К, коргликон, дигоксин) и средства, восстанавливающие микроциркуляцию (внутривенное введение среднемолекулярных коллоидных растворов, средства, улучшающие реологические свойства крови, и сосудорасширяющие препараты).

При токсическом синдроме необходимо проведение дозированной инфузионной терапии наряду с адекватным форсированным диурезом. В тяжёлых случаях показано парентеральное введение глюкокортикоидов в дозе 4-5 мг/кг/сут. При инфекционно-токсическом шоке эффективным может быть проведение плазмафереза. При изменениях кислотно-основного состояния необходима соответствующая коррекция.

*Прогноз:* для жизни - благоприятный.

*Этапный эпикриз:*

Ребёнок ФИО 07,10,2009г. находится в отделении АРО 10 дней с 22,04,2010г.

 Ребёнок поступил из ОДИБ с направительным диагнозом Острая деструктивная левосторонняя пневмония. ДН II-III ст. Острый энтероколит инфекционной этиологии. Двусторонний гнойный средний отит.

Ребёнок поступил в тяжелом состоянии. Тяжесть была обусловлена ДН II-III ст., эндотоксикозом, СН 2А ст., метоболическими нарушениями.

В анамнезе ребёнок находился в ОДИБ с 16,03,10 по 30,03,10. 26,03,10 отмечалось ухудшение состояния в связи с нарастающей дыхательной недостаточностью, на рентгенограмме от 30,03,10 явления деструкции левого легкого. 26,03,10 проведена плевральная пункция слева, было получено 30 мл желтой жидкости.26,03,10 был произведен посев из ушей, высев Staphylococcus Epidermidis (обильный рост) 70 мл) взят бакпосев и общий анализ.

По результатам бакпосева гнойного отделяемого выявлена синегнойная палочка, По анализу плевральной жидкости хар-р геморр. проба Ривельта положит., уд.вес 1030, белок 165 г/л, лейкоциты – сплошь, эритроциты – значительное количество, цитограмма – 85 %, нейтрофилы 5%,

После постановки дренажа в левую плевральную полость отмечается положительная динамика в течении заболевания. Состояние ребёнка тяжелое, ребёнок активен, в сознании, реакция на осмотр живая. По дренажу отходит гнойное отделяемой в небольшом количестве, воздух.

По результатам анализов: ОАК – анемия легкой степени, (Hb 109 г/л), лейкоцитоз (13,8\*109), СОЭ 15 мм/ч.

ОАМ – без особенностей

Электролиты – скомпенсированы

В плане лечения – отменён ванкорус

Монотерапия – ципринолом.

*Переводной эпикриз*:

ребенок ФИО, 6 мес находился в АРО с 22.04.2010 по 03.05.2010 с диагнозом

24.04 прведена дренирование левой плевральной полости.

На фоне проводимого лечения состояние с положительной клинико – дабораторной динамикой.

Проведена инфузионная терапия, метаболическая, антибактериальная терапия, ЭМОЛТ, иммуноглобулинотерапия.

Для дальнейшего лечения ребенок переводится в детское хирургическе отделение. Подключичный катетер слева функционирует, признаков воспаленияокружающих тканей нет. Дренаж по Бюлау, отделяемое серозно-гнойное

*Литература:*

1.Горасио Дж. Адроте, Мартин Дж. Тоби. «Дыхательная недостаточность»

Москва , «Медицина», 2003 г

 2. Баяров Г.А. « Срочная хирургия детей»

Санкт-Петербург, 1997 г

 3. «Хирургические болезни детского возраста» под ред. Ю.Ф. Исакова

 Москва, «ГОЭТАР-Медиа», 2006 г.

 4.Т.В. Капитан «Пропедевтика детских болезней»

 МЕДпресс-информ, 2006 г.

5. Бисенков Л.И. «Детская торакальная хирургия»

 Санкт-Петербург, «Гмппократ», 2004 г

6. www.invitro.ru

\