Ф.И.О. x

Возраст 56 лет

Место работы - не пенсии.

Жалобы на момент поступления: повышение температуры ( с 5 марта и в течение недели повышение температуры : днем температура как правило до 37-38 градусов, вечером отмечал повышение температуры до 39, что сопровождалась проливным по-том, слабостью , головной болью, повышенной утомляемостью), также предъявляет жалобы на одышку на вдохе, которая появляется после небольшой физической на-грузки и проходящую в покое, на кашель со скудной мокротой слизисто-гнойного характера, сердцебиение.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Считает себя больной с 5 марта 2001 года, когда впервые появилась повышенная температура ( до 39 градусов к вечеру), что сопро-вождалось проливным потом, слабостью,ознобом, головной болью, сухой кашель. Это состояние пациентка связывала с переохлаждением во время последней поездки за город. Обратилася за помощью в поликлинику по месту жительства, где была об-следована участковым терапевтом: были выполнены клинический анализ крови, мо-чи и состояние было расценено как острое респираторное заболевание и больной были назначены следующие препараты: аспирин упса, бромгексин, горячее питье, постельный режим. Самочувствие не улучшалось, температура снижалась на не-сколько часов и затем снова поднималась до 38 градусов . Утром 12 марта больная приняла 2 таб. анальгина и 2 таб. супрастина (по совету мамы) после чего ей стало хуже: отмечалось сильное сердцебиение, резкая слабость, головокружение, обильное потоотделение. Родственниками была вызвана скорая помощь и с предворительным диагнозом острая пневмония была госпитализирована в городскую больницу №55 в отделение терапии.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Родилась в 1972 году в городе Москве, единственным ребенком в семье. В школу пошла в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. В 1985 году закончила медицинское училище. Устроилась на работу в поликлинику № 130 г. Москвы мед. сестрой.

Первая менструация в 14 лет, выделения умеренные, нерегулярные, продолжитель-ностью 7 дней через 30 дней.

Семейный анамнез: в браке с 22 лет, имеет дочь 7 лет.

 Наследственность: Отец и мать умерли от инсульта ( страдали гипертонической болезнью).

Профессиональный анамнез: трудовую деятельность начал в 15 лет . Рабочий день был всегда нормирован, работа всегда была связана с тяжелой физической нагруз-кой. Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило в летнее время.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материаль-но обеспечен относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день горячей пи-щей в достаточном количестве, дома.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Внутримышечных, внутривенных, под-кожных инъекции не было. За пределы Ленинградской области последние 6 месяцев не выезжал

Перенесенные заболевания: туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отри-цает.

Привычные интоксикации: курит с 15 лет по одной пачке сигарет в день, после на-чала заболевания ограничивает себя в курении ( одна пачка на 2-3 дня), алкоголем злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых ве-ществ и пищевых продуктов не отмечает.

Страховой анамнез : больничный лист с 27 ноября 1996 года.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Состояние больного средней тяжести. Поло-жение активное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 175 см, вес 69.5 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно ( толщина кожно-подкожно-жировой складки над пупком 2 см). Кожные покровы обычной окраски, чистые. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

 Костно-мышечная система. Общее развитие мышечной системы хорошее, болез-ненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощу-пывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная под-вижность в суставах в полном объеме. Форма черепа мезоцефалическая. Форма грудной клетки правильная.

Грудные железы не увеличены, сосок без особенностей. Пальпируется большая грудная мышца.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Щитовидная железа не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы ти-реотоксикоза отсутствуют.

 Сердечно-сосудистая система. Пульс 90 ударов в минуту, аритмичный, ненапря-жен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральный артериях верхних и нижних конечностей , а также на шее не ослаблен.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок справа на 3 см отступя от средне-ключичной линии в пятом межреберье, разлитой , увеличенной протяженности ( около 3.5 см).

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

граница местонахождение

правая на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межре-берье

верхняя на 4 ребре у левого края грудины

левая на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 меж-реберье

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

правая левого края грудины в 4 межреберье

верхняя у левого края грудины на 4 ребре

левая на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5

 межреберье

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, ослаблены на верхушке, ритмич-ные. Систолический шум хорошо прослушиваемый на верхушке и точке Боткина.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

Система органов дыхания. Форма грудной клетки правильная, экскурсия грудной клетки слева уменьшена. Дыхание поверхностное, . Частота дыхания 24 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких и больше степени слева , над лопаткой.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкутор-ного звука в левой надолопаточной области.

 Топографическая перкуссия легких:

линия справа слева

l.parasternalis 5 ребро -

l.medioclavicularis 6 ребро -

l.axillaris anterior 7 ребро 7 ребро

l.axillaris media 8 ребро 9 ребро

l.axillaris posterior 9 ребро 9 ребро

l. scapulars 10 межреберье 10 межреберье

l.paravertebralis на уровне остистого отростка

 11 грудного позвонка

 на уровне остистого отростка

 11 грудного позвонка

 Высота стояния верхушек легких:

 слева справа

спереди 5 см 5 см

сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка

Подвижность легочных краев

 справа 7 см

 слева 5 см

Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное отделах легких,также вы-слушиваются мелкие и среднепузырчатые хрипы в верхних отделах легких слева.

 При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах ле-гочных полей, и в левую надлопаточную область.

Система органов пищеварения.

Осмотр ротовой полости: губы сухие , красная кайма губ бледная, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

 При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезнен-ная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и попе-речно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свобод-ный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перисталь-тика кишечника обычная.

 Желудок: границы не определяются,отмечается шум плеска видимой перистальти-ки не отмечается.Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7.Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательный. Френикус симптом отрицатель-ный.Поджелудочная. не прощупывается.

 Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА. Почки и область проекции мочеточников не паль-пируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Наружные поло-вые органы развиты правильно, в мошонке пальпируются яички , плотноэластиче-ской консистенции.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС. Сознание ясное, речь внятная. Больной ори-ентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенно-стей. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицатель-ные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

 На основании жалоб пациента на: повышение температуры ( со 2 сентября и в тече-ние 1.5 месяцев повышение температуры : днем температура как правило до 37-38 градусов, вечером отмечал повышение температуры до 39, что сопровождалась про-ливным потом, слабостью , головной болью, повышенной утомляемостью), также предъявляет жалобы на одышку на вдохе, которая появляется после небольшой фи-зической нагрузки и проходящую в покое, на кашель со скудной мокротой слизисто-гнойного характера;

 На основании данных анамнеза: заболел остро - в сентябре 1996 года появилась по-вышенная температура ( до 39 градусов к вечеру), что сопровождалось проливным потом, слабостью, головной болью. Это состояние пациент связывал с переохлажде-нием во время последней поездки за город. Был обследован участковым терапевтом (выполнены флюорография, клинический анализ крови) и состояние было расценено как острое респираторное заболевание. Лечение по этому поводу не получал и по-вышенная температура сохранялась; В ноябре отмечал ухудшение состояния: , по-вышение температуры как правило к вечеру, с ознобами, резкой слабостью, утом-ляемостью, головной болью, стал отмечать появление кашля с отхождением скудной мокроты светлого цвета повторно обратился к участковому терапевту. 27 ноября госпитализирован в городскую больницу №3 в отделение пульмонологии.

 На основании данных объективного исследования: состояние средней тяжести, по-ложение активное, при исследовании системы органов дыхания выявлено: экскур-сия грудной клетки слева уменьшена. Дыхание поверхностное, . Частота дыхания 24 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких и больше степени слева , над лопаткой.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкутор-ного звука в левой надлопаточной области; уменьшение подвижности легочного края слева на 2-3 см, увеличение высоты стояния верхушек. Аускультация легких: ды-хание жесткое, ослабленное отделах легких,также выслушиваются мелкие и сред-непузырчатые хрипы в верхних отделах легких слева. При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей, и в левую надло-паточную область; можно поставить диагноз острая очаговая сливная верхнедолевая пневмония.

 На основании жалоб на одышку , возникающую при небольшой физической нагруз-ке; данных объективного исследования: участие в дыхании вспомогательной муску-латуры, слабовыраженный цианоз возникающий при физической нагрузке можно поставить дыхательную недостаточность 1- 2 ст.

 Учитывая жалобы больного, данные объективного исследовния в плане дифферен-циального диагноза необходимо исключить туберкулез легких.

 ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

Лабораторные методы исследования:

1. клинический анализ крови

2. биохимический анализ крови ( С-реактивный белок, сиаловые кислоты, глобулины и их фракции, альбумин)

3. исследование мокроты, посев мокроты на бациллу Коха, на антибиотикорези-стентность.

 Инструментальные исследования:

1. Рентгенография легких

2. Спирография

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

Клинический анализ крови от 22.10.96

гемоглобин 146 г\л

эритроциты 4.7 х 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 4х 10 в 9 степени на литр

 эозинофилы 1

сегментоядерные 56

лимфоциты 35

моноциты 4

СОЭ 18 мм\ч

 Заключение по клиническому анализу крови - повышенная СОЭ и нейтрофильный лейкоцитоз говорят в пользу наличия воспалительного процесса.

На рентгенограмме легких 14.06.96 : слева в S6 неоднородная сливная инфильтра-ция.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

На основании жалоб пациента на: повышение температуры ( со 2 сентября и в тече-ние 1.5 месяцев повышение температуры : днем температура как правило до 37-38 градусов, вечером отмечал повышение температуры до 39, что сопровождалась про-ливным потом, слабостью , головной болью, повышенной утомляемостью), также предъявляет жалобы на одышку на вдохе, которая появляется после небольшой фи-зической нагрузки и проходящую в покое, на кашель со скудной мокротой слизисто-гнойного характера;

 На основании данных анамнеза: заболел остро - в сентябре 1996 года появилась по-вышенная температура ( до 39 градусов к вечеру), что сопровождалось проливным потом, слабостью, головной болью. Это состояние пациент связывал с переохлажде-нием во время последней поездки за город. Был обследован участковым терапевтом (выполнены флюорография, клинический анализ крови) и состояние было расценено как острое респираторное заболевание. Лечение по этому поводу не получал и по-вышенная температура сохранялась; В ноябре отмечал ухудшение состояния: , по-вышение температуры как правило к вечеру, с ознобами, резкой слабостью, утом-ляемостью, головной болью, стал отмечать появление кашля с отхождением скудной мокроты светлого цвета повторно обратился к участковому терапевту. 27 ноября госпитализирован в городскую больницу №3 в отделение пульмонологии.

 На основании данных объективного исследования: состояние средней тяжести, по-ложение активное, при исследовании системы органов дыхания выявлено: экскур-сия грудной клетки слева уменьшена. Дыхание поверхностное, . Частота дыхания 24 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких и больше степени слева , над лопаткой.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкутор-ного звука в левой надлопаточной области; уменьшение подвижности легочного края слева на 2-3 см, увеличение высоты стояния верхушек. Аускультация легких: ды-хание жесткое, ослабленное отделах легких,также выслушиваются мелкие и сред-непузырчатые хрипы в верхних отделах легких слева. При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей, и в левую надло-паточную область; можно поставить диагноз острая очаговая сливная верхнедолевая пневмония.

На основании данных лабораторных и инструментальных исследований: в клиниче-ском анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз , повышенная СОЭ ( до 18 мм/ч), на рентгенограмме легких 14.06.96 : слева в S6 неоднородная сливная инфильтра-ция. Можно поставить диагноз острая очаговая сливная верхнедолевая пневмония.

 На основании жалоб на одышку , возникающую при небольшой физической нагруз-ке; данных объективного исследования: участие в дыхании вспомогательной муску-латуры, слабовыраженный цианоз возникающий при физической нагрузке можно поставить дыхательную недостаточность 1 ст.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.

1. Этиотропная терапия: антибактериальные средства - антибиотики группы пени-циллина, сульфаниламиды.

 Rp.: Benzylpenicillini natrii 1000000 ЕД

 D.t.d. №30

 S. Содержимое флакона развести в 0.5% растворе новокаина, вводить внутри-мышечно 4

 раза в сутки, через каждые 6 часов.

Rp.: Sulfopiridazini 0.5

 D.t.d. #10

 S. Принять в первый день 4 таблетки, затем по 2 таблетки в день в последую-щие 5 дней.

2. Патогенетическая терапия.

 Отхаркивающие средства:

 а. Рефлекторного действия

 Rp.: Infus herbae Thermopsidis 0.45 180 ml

 Codeini phosphatis 0.2

 M.D.S. Внутрь по столовой ложке 3 раза в день

 б. Несопосредственно влияют на слизистую бронхов

 Rp.: Sol. Kalii iodidi 3% 180 ml

 D.S. Внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день.

 В. Муколитики, разрывающие S-S связи

 Rp.: Tab. Bromhexini 0.008 # 20

 D. S. По 1 таблетке 4 раза в день.

3. Средства влияющие на обмен:

 Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% 1 ml

 D.t.d. # 20 in amp.

 S. По 2 мл внутримышечно 2 раза в день.

 ЭПИКРИЗ

 Пациент x 56 лет поступил в городскую больницу №3 , в отделение пульмонологии 27.11.96. с жалобами на повышение температуры до 39, которое сопровождалось проливным потом, слабостью , головной болью, повышенной утомляемостью), также предъявляет жалобы на одышку на вдохе, которая появляется после небольшой фи-зической нагрузки и проходящую в покое, на кашель со скудной мокротой слизисто-гнойного характера.

 На основании данных анамнеза: заболел остро - в сентябре 1996 года появилась по-вышенная температура ( до 39 градусов к вечеру), что сопровождалось проливным потом, слабостью, головной болью. Это состояние пациент связывал с переохлажде-нием во время последней поездки за город.

 На основании данных объективного исследования: состояние средней тяжести, по-ложение активное, при исследовании системы органов дыхания выявлено: экскур-сия грудной клетки слева уменьшена. Дыхание поверхностное, . Частота дыхания 24 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких и больше степени слева , над лопаткой.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкутор-ного звука в левой надлопаточной области; уменьшение подвижности легочного края слева на 2-3 см, увеличение высоты стояния верхушек. Аускультация легких: ды-хание жесткое, ослабленное отделах легких,также выслушиваются мелкие и сред-непузырчатые хрипы в верхних отделах легких слева. При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей, и в левую надло-паточную область; можно поставить диагноз острая очаговая сливная верхнедолевая пневмония.

На основании данных лабораторных и инструментальных исследований: в клиниче-ском анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз , повышенная СОЭ ( до 18 мм/ч), на рентгенограмме легких 14.06.96 : слева в S6 неоднородная сливная инфильтра-ция. Можно поставить диагноз острая очаговая сливная верхнедолевая пневмония. На основании жалоб на одышку , возникающую при небольшой физической нагруз-ке; данных объективного исследования: участие в дыхании вспомогательной муску-латуры, слабовыраженный цианоз возникающий при физической нагрузке можно поставить дыхательную недостаточность 1 ст.

 В отделении проводилось этиологическое ( антибиотикотерапия), патогенетическое ( отхаркивающие средства, средства улучшающие обмен веществ).

 Состояние больного улучшилось, что проявилось в нормализации температуры, улучшении общего самочувствия, уменьшении одышки и кашля. Пациенту реко-мендовано продолжить лечение в условиях стационара для полного выздоровления.

ПРОФИЛАКТИКА. Профилактика пневмонии заключается в профилактике хрони-ческого бронхита - отказ от курения, профилактики острых респираторных заболе-ваний в осенне-весенний период - употребление в пищу достаточных количеств ви-таминов групп А, С, В.

ПРОГНОЗ.

 Прогноз в отношении жизни благоприятный так как у нашего пациента пневмония протекает без осложнений.

 Прогноз в отношении выздоровления благоприятный так как при своевременно на-чатой этиопатогенетической терапии удается достигнуть выздоровления.

 Прогноз в отношении восстановления работоспособности благоприятный так как практически всегда бронхопневмония не оставляет остаточных явлений.