Паспортные данные

1. Ф.И.О.:
2. Возраст: 35 лет
3. Пол: мужской.
4. Семейное положение: женат.
5. Профессия:
6. Место работы:
7. Адрес места жительства:
8. Время поступления в клинику:
9. Клинический диагноз:

#### Основное заболевание: правосторонняя нижнедолевая карнифицирующая пневмония.

Осложнение основного заболевания: отсутствуют;

Сопутствующие заболевания: отсутствуют;

Жалобы.

На влажный продуктивный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке.

На момент курации жалоб активно не предъявляет.

Anamnesis morbi.

28.05.03 появились кашель с темной мокротой и лихорадка (до 38,7 С). С 29.05 по 17.06 лечился в 6 Городской больнице, откуда 17.06 был переведен в АОКБ для дальнейшего лечения. С 6.08 переведен на амбулаторное лечение. Чем лечили не знает.

10.09. с теми же жалобами поступает в 6 Городскую больницу. 30.09. переведён в АОКБ.

Anamnesis vitae.

Родился в Архангельской области. Второй ребенок в семье. В физическом и психическом развитии от сверстников не отставал. В школу пошел с 7 лет, окончил 9 классов, после чего окончил ПТУ. В 19 лет пошел служить в армию. После армии устроился на СЦБК сварщиком. Жилищно-коммунальные условия благоприятные.

Перенесенные заболевания: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные (ОРЗ, ОРВИ, грипп), болеет часто. Со слов больного, туберкулезом, венерическими заболеваниями, малярией не болел. В 1998г множественный двусторонний перелом рёбер (каких не помнит).

Наследственность: Не отягощена, наличие психических заболеваний, злокачественных новообразований, болезней сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, болезней обмена веществ у кровных родственников не отмечает.

Аллергологический анамнез: На приём лекарственных препаратов, пищевые продукты, профессиональные и бытовые факторы изменений в состоянии не отмечал.

Эпидемиологический анамнез: С инфекционными больными не контактировал.

Вредные привычки: систематические злоупотребление алкоголем (1 раз в месяц по 3 -4 дня).

Гемотрансфузионный анамнез: не отягощен.

Status praesens.

Общий осмотр:

Общее состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное, настроение подавленное. Больной контактен, ориентирован в личности, месте и времени, на вопросы отвечает адекватно.

Телосложение нормостеническое. Рост 178 см. Вес 88 кг.

Температура тела 37,0 °С.

Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски, чистые, нормальной влажности. Эластичность и целостность их не нарушены. Отеков нет. Толщина кожной складки на уровне пупка 2,5 см. Волосяной покров развит в соответствии с возрастом и полом. Волосы и ногти не изменены. Периферические лимфатические узлы - затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные - не пальпируются. Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненные, тонус и сила их достаточные. Развитие костного скелета правильное, искривлений и деформаций нет. Суставы внешне не изменены, симметричны. Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах и позвоночнике в полном объеме.

Дыхательная система:

ОСМОТР: Грудная клетка правильной формы, нормостенического типа (эпигастральный угол 90°). Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Ход ребер обычный, межреберные промежутки не расширены. Частота дыхания 18 в минуту, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Преобладает брюшной тип дыхания. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

ПАЛЬПАЦИЯ: Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. Целостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявляется. Голосовое дрожание ослаблено над нижними отделами правой половины грудной клетки.

ПЕРКУССИЯ:

Топографическая перкуссия: высота стояния верхушек легких спереди на 3 см выше ключиц справа и слева, сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Ширина полей Кренига 4 см справа и слева.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | 5 межреберье | --- |
| Среднеключичная | 6 ребро | --- |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | остистый отросток 11-ого грудного позвонка |

Подвижность легочного края по средней подмышечной линии левого легкого 6 см, правого легкого 3 см.

Сравнительная перкуссия: в нижних отделах правой половины грудной клетки – притупление перкуторного звука, над остальными отделами грудной клетки определяется ясный легочной звук.

Аускультация: дыхание жесткое, над нижними отделами правой половины грудной клетки выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы.

Сердечнососудистая система:

ОСМОТР: Верхушечный толчок при осмотре не определяется.

ПАЛЬПАЦИЯ: Пульс на лучевых артериях удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный, равномерный, ритмичный, частотой 76 в минуту, нормального напряжения. Верхушечный толчок невысокий, умеренной силы, расположен в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии и совпадает во времени с пульсом на лучевой артерии. Пульсация височных артерий, сонной, плечевой, бедренной, подколенной, задней большеберцовой, артерии тыла стопы сохранена, одинакова с обеих сторон.

ПЕРКУССИЯ:

Границы сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная сердечная тупость | Абсолютная сердечная тупость |
| Правая | 4 межреберье по правому краю грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Верхняя | 3 межреберье по левой окологрудинной линии | 4 межреберье по левой окологрудинной линии |
| Левая | 5 межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии | 5 межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии |

Ширина сосудистого пучка во 2-ом межреберье 6 см.

АУСКУЛЬТАЦИЯ: Ритм сердца правильный. ЧСС соответствует пульсу. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не выявлены.

Артериальное давление 120/85 мм. рт. ст.

Пищеварительная система:

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА: Слизистая полости рта и глотки бледно-розовая, влажная.

Язык влажный. Акт глотания свободный, безболезненный. Миндалины не выступают из-за небных дужек, однородные. Голос не изменен, соответствует полу.

ОСМОТР ЖИВОТА: Живот овальной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания, послеоперационные рубцы и расширение подкожных вен живота не определяются. Пупок втянут.

ПАЛЬПАЦИЯ:

Поверхностная пальпация: Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Напряжения, расхождения мышц передней брюшной стенки нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Шум плеска не выслушивается.

Глубокая скользящая пальпация кишечника по Образцову-Стражеско: При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются перистальтика кишечника обычная.

Край печени ровный, мягкий, безболезненный, не выступает из-под реберной дуги. Желчный пузырь, селезенку пропальпировать не удалось.

ПЕРКУССИЯ: Размеры печени по Курлову 9-8-7 см. Печеночная тупость сохранена.

Размеры селезенки: длинник 7 см, поперечник 5 см. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Акт дефекации регулярный, свободный и безболезненный. Стул оформленный.

Желудок. При перкуссии нижняя граница определяется на 3 см выше пупка. Большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка желудка ровная, эластичная, подвижная, безболезненная.

АУСКУЛЬТАЦИЯ: Выслушивается шум перистальтики кишечника.

Нервная система:

Сознание ясное. Больной контактен, ориентирован в личности, месте, времени и пространстве, на вопросы отвечает адекватно. Сон и память не нарушены, продолжительность сна около 8 часов. Чувствительность не нарушена. Рефлексы сохранены. Зрение, слух, обоняние, осязание в пределах нормы.

Мочеполовая система:

При осмотре поясничная область и область мочевого пузыря не изменены. Наружные половые органы развиты правильно. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Расстройств мочеиспускания нет.

Эндокринная система:

Рост, размеры и соотношение отдельных частей тела соответствуют полу и возрасту. Жировой слой расположен равномерно, по мужскому типу. Вторичные половые признаки по мужскому типу, соответствуют полу и возрасту. Щитовидная железа не увеличена.

Предварительный диагноз:

#### Основное заболевание: правосторонняя нижнедолевая карнифицирующая пневмония, затяжное течение.

Осложнение основного заболевания: отсутствуют;

Сопутствующие заболевания: отсутствуют

Лабораторные методы исследования.

1. Общий анализ крови (1.10.2003):

Er =5,07\*10 /л

Hb = 144 г/л

Цв. пок. = 0,86

Lei = 9,6\*10 /л

Палачкоядерные = 1

Сегментоядерные = 74

Лимфоциты = 20

Моноциты = 3

СОЭ=15 мм/час

2. Биохимическое исследование крови (01.10.2003):

Сахар = 3,7 ммоль/л

АСТ =19 ЕД

АЛТ = 23 ЕД

Мочевина = 3,9 ммоль/л

Фибриноген = 3,33 г/л

Протромбиновый индекс = 101 %

3. Общий анализ мочи (01.10.2003):

Цвет – светло-желтый.

Среда – кислая.

Удельный вес- 1004 г/л

Прозрачная

Белок: ----.

4.Реакция крови на сифилис(01.10.2003):

RW –отрицательная.

5.ЭКГ (01.10.2003):

Заключение: ритм синусовый. ЧСС= 68 в мин. Электрическая ось сердца не отклонена.

6. Флюорография (01.09.2003):

В нижней доле преимущественно в S6,9,10 правого лёгкого определяется неоднородная инфильтрация, сливающаяся с тенью корня, на фоне деформированного легочного рисунка.

Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония, не исключается деструктивная.

7. Компьютерная томография ( 7.09.2003 ):

Заключение: признаки сегментарной S6S10 пневмонии с деструктивным с деструктивными изменениями с элементами карнификации.

Этиология и патогенез заболевания.

Воспаление легких — этиологически неоднородное заболевание, в возникновении которого играют роль различные бактерии: пневмо -, стафило- и стрептококки, клебсиелла пневмонии, палочка Пфейффера, иногда кишечная палочка, протей, гемофильная и синегнойная палочки, возбудитель Ку-лихорадки — риккетсия Бернета, легионелла, палочка чумы, некоторые вирусы, микоплазмы, грибы. В возникновении заболевания важную роль могут играть вирусно-бактериальные ассоциации. Открыта новая группа возбудителей пневмонии — бактероиды, длительное время Считавшиеся непатогенной флорой полости рта. Пневмоциста, ацинобактерии, аспергиллы, аэромонас и бранхамелла, рассматривавшиеся лишь как частые возбудители нозокомиальных (госпитальных) пневмоний, могут вызывать и "домашние" пневмонии. Химические и физические агенты — воздействие на легкие химических веществ (бензин и др.), термических факторов (охлаждение или ожог), радиоактивного излучения — как этиологические факторы обычно сочетаются с инфекционными. Пневмонии могут быть следствием аллергических реакций в легких или проявлением системного заболевания (интерстициальные пневмонии при заболеваниях соединительной ткани).

Возбудители проникают в легочную ткань бронхогенным, гематогенным и лимфогенным путями, как правило, из верхних дыхательных путей обычно при наличии в них острых или хронических очагов инфекции и из инфекционных очагов в бронхах (хронический бронхит, бронхоэктазы). Важную роль в патогенезе играют нарушения защитных механизмов бронхолегочной системы и состояния гуморального и тканевого иммунитета. Выживаемость бактерий в легких, их размножение и распространение по альвеолам в значительной мере зависят от их аспирации со слизью из верхних дыхательных путей и бронхов (чему благоприятствует охлаждение), от избыточного образования отечной жидкости, охватывающей при крупозной (пневмококковой) пневмонии целую долю или несколько долей легких. Одновременно возможно иммунологическое повреждение и воспаление легочной ткани вследствие реакции на антигенный материал микроорганизма на другие аллергены. Вирусная инфекция, сама по себе вызывая воспаление верхних дыхательных путей и бронхов, а в части случаев и пневмонию, еще чаще благоприятствует активации бактериальной инфекции и возникновению бактериальных очаговых или долевых пневмоний. Появлению бактериальных пневмоний обычно в конце 1-й или в начале 2-й недели респираторного вирусного заболевания соответствует значительное снижение бактерицидной активности альвеолярно-макрофагальной системы легких. Хроническая пневмония может возникнуть вследствие неразрешившейся острой пневмонии при замедлении и прекращении резорбции экссудата в альвеолах и формировании пневмосклероза, воспалительно-клеточных изменений в интерстициальной ткани нередко иммунологического характера (лимфоцитарная и плазмоклеточная инфильтрация). Затяжному течению острых пневмоний, их переходу в хроническую форму способствуют иммунологические нарушения, обусловленные повторной респираторной вирусной инфекцией, хронической инфекцией верхних дыхательных путей (хронические тонзиллиты, синуситы и др.) и бронхов, метаболическими нарушениями при хроническом алкоголизме, сахарном диабете.

Клинический диагноз.

#### Основное заболевание: правосторонняя нижнедолевая карнифицирующая пневмония.

Осложнение основного заболевания: отсутствуют;

Сопутствующие заболевания: отсутствуют;

Обоснование клинического диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

1.Жалоб: влажный продуктивный кашель с небольшим количеством светлой мокроты/

2.Анамнеза заболевания: 28.05.03 появились кашель с темной мокротой и лихорадка ( до 38,7 С ). С 29.05 по 17.06 лечился в 6 Городской больнице, откуда 17.06 был переведен в АОКБ для дальнейшего лечения. С 6.08 переведен на амбулаторное лечение. Чем лечили не знает.10.09. с теми же жалобами поступает в 6 Городскую больницу. 30.09. переведён в АОКБ.

3. Данных лабораторных исследований: Флюорография: В нижней доле преимущественно в S6,9,10 правого лёгкого определяется неоднородная инфильтрация, сливающаяся с тенью корня, на фоне деформированного легочного рисунка. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония, не исключается деструктивная.

Лечение основной болезни.

Антибактериальная терапия. При среднетяжелых и тяжелых формах пневмонии используют антибиотики всех групп. Эффективным остается пенициллин (предпочтительно бензилпенициллина натриевая соль) в суточных дозах от 6 000 000 до 30 000 00.0 ЕД. в 0,5—1% растворе новокаина или изотонического раствора натрия хлорида; препарат вводят равными дозами в/м или в/в каждые 3—4 ч. При пенициллинрезистентных формах пневмоний, чаще вызванных штаммами стафилококка, продуцирующего пени-циллиназу, эффективны полусинтетические пенициллины — метициллина натриевая соль (по 1 г через 4—6 ч в/м, до 10— 12 г/сут), оксациллина натриевая соль (по 0,25—0,5 г на прием, до 3—8 г/сут в зависимости от тяжести пневмонии или 1,5—3 г/сут в/м), а при пневмониях, вызванных грамотрицательными микробами (клебсиелла пневмонии, палочка Пфейффера, кишечная палочка)—ампициллина тригидрат (по О,5 г каждые 4—6 ч внутрь с увеличением суточной дозы при тяжелых пневмониях до 6—10 г) или ампициллина натриевая соль (по 0,5 г в/м, в/в капельно или струйно каждые 4 ч, до 10 г/сут). Цефалоспорины ( цепорин по 1—2 г 2—3 раза в день в/м или в/в, в том числе капельно, интратрахеально или эндобронхиально, в плевральную полость) в отличие от пенициллина устойчивы к стафилококковой пенициллинаде, что делает их особенно эффективными при стафилококковых пневмониях. Сочетание пенициллина со стрептомицином, как правило, не применяется в связи с высокой частотой стрептомицинрезистентных форм микробов, но в случаях "фридлендеровских" пневмоний стрептомицина сульфат (по 0,5—1 т в/м 2 раза в день) обычно оказывается эффективным. Стрептомицин по 0,5 г 2 раза в день сочетается с пенициллином и действует также на палочку Пфейффера.

Лечение проводимое больному.

1. Режим общий.
2. Диета – стол №15.

3. Recipe: Tab. Bromhexini 0,008

D.s. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

#

Отхаркивающая микстура, 1 столовая ложка 3 раза в день.

#

Витамины B1 и B6 по 1,0мл внутримышечно, через день.

Дневник.

|  |  |
| --- | --- |
| Дневник | Состояние больного |
| 13.10.2003гАД=135/85 мм рт стPS=72 в мин.T=37,0 C | Жалоб активно не предъявляет.Общее состояние удовлетворительное, настроение бодрое, сознание ясное. Кожные покровы обычной влажности и окраски. Дыхание над правыми нижнеми отделами ослаблено, ЧД=18 в минуту. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не выявлены. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Шум плеска не выслушивается. Стул регулярный, оформленный.  |
| 14.10.2003г.АД=125/80 мм рт стPS=75 в мин.T=36,9 C | Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное, настроение бодрое, сознание ясное. Кожные покровы обычной влажности и окраски. Дыхание над правыми нижнеми отделами ослаблено, ЧД=16 в минуту. Хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не выявлены. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Шум плеска не выслушивается. Стул регулярный, оформленный. |

Этапный эпикриз.

Больной, 35 лет, находится на стационарном лечении в торакальном отделении ОАКБ с 30.09.2003г. с основным диагнозом правосторонняя нижнедолевая карнифицирующая пневмония. При поступлении жаловался на влажный продуктивный кашель с небольшим количеством светлой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке. Считает себя больным с 28.05.03, когда появились кашель с темной мокротой и лихорадка ( до 38,7С). С 29.05 по 17.06 лечился в 6 Городской больнице, откуда 17.06 был переведен в АОКБ для дальнейшего лечения. С 6.08 переведен на амбулаторное лечение. Чем лечили, не знает. 10.09. с теми же жалобами поступает в 6 Городскую больницу. 30.09. переведён в АОКБ.

Объективно: Частота дыхания 18 в минуту, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания.

Пальпация: Голосовое дрожание ослаблено над нижними отделами правой половины грудной клетки.

Перкуссия: в нижних отделах правой половины грудной клетки – притупление перкуторного звука, над остальными отделами грудной клетки определяется ясный легочной звук.

Аускультация: дыхание жесткое, над нижними отделами правой половины грудной клетки выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. В клинике проведены следующие исследования: ОАК ( лейкоцитоз ), ОАМ, биохимия крови, кровь на RW.Флюорография: В нижней доле преимущественно в S6,9,10 правого лёгкого определяется неоднородная инфильтрация, сливающаяся с тенью корня, на фоне деформированного легочного рисунка. Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония, не исключается деструктивная. Компьютерная томография: заключение: признаки сегментарной S6S10 пневмонии с деструктивным с деструктивными изменениями с элементами карнификации.

Лечение: стол № 15, режим общий. Бромгексин по 1 таб. 3 раза в день. Отхаркивающая микстура по 1 столовой ложке 3 раза в день.

Рекомендации:

Санаторно-курортное лечение в местных пригородных санаториях и на курортах Южного берега Крыма. После выписки из стационара наблюдение у участкового терапевта в течение 1 года.

Литература

1. "Руководство для врачей скорой медицинской помощи" под ред. В.А. Михайловича и А.Г. Мирошниченко. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб.: "Невский Диалект", 2001. - 704 с.: илл.

2. "Внутренние болезни", Мартынов А.И., Москва , Геотар-Мед, 2002г.

3. "Лекарствееные средства", Машковский М.Д., Москва, Новая Волна, 2002г.

4. "Хирургические болезни", Кузин М.И., Москва, Медицина,1986г.