**Паспортная часть:**

**ФИО:**

**Пол:** женский

**Возраст:** 65 лет, инвалид III группы

**Профессия**: пенсионер

**Дата и время госпитализации**:

**Диагноз при поступлении:** внебольничная правосторонняя пневмония

**ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**:

На кашель с отделением скудной светло-желтой мокроты, повышение температуры тела до 39,0 С, общую слабость, боли в правой половине грудной клетки, жидкий стул.

**ANAMNESIS MORBI**

Больной себя считает в течение двух недель до госпитализации, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 39,0 С, появиласьслабость, тошнота, рвота, жидкий стул. По назначению участкового терапевта принимала ТОФФ плюс и Антигриппин без выраженной динамики. Через неделю присоединился кашель со светло-желтой мокротой, выраженные боли в правой половине грудной клетки, по СМП госпитализирована в ГКБ №61.

Также в течении 3-4 лет отмечает повышение АД до 180/100 мм.рт.ст, адаптирована к 120-130/80 мм.рт.ст, принимает Тенорик 50/12,5 мг по ¼ таб. утром. В 1998 г перелом шейки бедренной кости слева, состояние после операции отеосинтеза.

**ANAMNESIS VITAE**

Росла и развивалась нормально. В физическом развитии не отставала от сверстников, в школу пошла с 7 лет, училась хорошо.

*Перенесенные заболевания*: Простудные заболевания – Грипп, ОРВИ, в детстве скарлатина.

*Материально – бытовые условия:* удовлетворительные.

*Питание:* регулярное, полноценное.

*Вредные привычки*: отрицает.

*Профессиональные вредности*: нет.

*Аллергический анамнез*: не отягощен.

*Эпиданамнез*: не отягощен. Контакты с инфекционными больными отрицает, в течение 3-х лет в эпидемиологические неблагоприятные районы не выезжала.

**STATUS PRESENS**

*Общее состояние*: средней тяжести, Температура 37,5 С. Сознание ясное. Положение активное.

*Выражение лица*: спокойное.

*Нарушение осанки*: не выявлено, походка не нарушена.

*Телосложение правильное*. Конституция астеническая.

*Кожные покровы*: нормальной окраски, чистые, сухие, тургор не снижен.

*Подкожная клетчатка*: выражена умеренно.

*Лимфатическая система:* регионарные лимфоузлы (затылочные, задние шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые) не пальпируются.

*Мышечная и костно-суставная система*: Костно-мышечный аппарат без видимых изменений, мышцы безболезненны. Тонус мышц нормальный. Суставы без видимой деформации, движения в полном объеме, кожные покровы над ними нормальной окраски. При их пальпации изменения околосуставных тканей, а также безболезненности не выявлено. Контрактур и очагов уплотнения не выявлено. Объем пассивных и активных движений сохранен в полной мере.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Дыхание через нос свободное. Число дыхательных движений в минуту – 20.

Выделений из носовых ходов нет. Грудная клетка конической формы, деформаций западений нет. Эпигастральный угол прямой. Под и надключичные ямки не выбухают, имеют правильную форму.

*Пальпация грудной клетки:*

Безболезненная. При ощупывании ребер целостность их не нарушена, поверхность гладкая. При сдавлении грудная клетка упругая, податливая, особенно в боковых отделах. Голосовое дрожание выраженно умеренно.

*Сравнительная перкуссия*:

Притупление перкуторного звука в нижних отделах справа от угла лопатки.

*Топографическая перкуссия*:

Высота стояния верхушек:

Спереди справа: 3 см выше уровня ключицы.

Спереди слева: 3 см выше уровня ключицы.

Сзади справа: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Сзади слева: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига: справа – 6 см, слева – 6 см.

**Нижние границы легких**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | V м/р | - |
| Среднеключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII |
| Средняя подмышечная | VII ребро | VIII |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX |
| Лопаточная | X ребро | X |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

**Подвижность нижних краев легких (в см)**

|  |  |
| --- | --- |
| Топографическиелинии | Подвижность нижнего края в (в см) |
| Правого | Левого |
| На вдохе | На выдохе | Суммарно | На вдохе | На выдохе | Суммарно |
| Среднеключичная | 2 | 3 | 5 | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 3 | 4 | 7 | 3 | 4 | 7 |
| Лопаточная | 2 | 3 | 5 | 2 | 3 | 5 |

*Аускультация легких:*

Дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах справа от угла лопатки, хрипов нет.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:**

*Осмотр прекардиальной области:*

Область сердца визуально не изменена. Патологических пульсаций в прекардиальной области визуально не определяется.

Осмотр поверхностных сосудов: пульсации поверхностных артерий шеи и конечностей не изменены.

*Пальпация прекардиальной области:*

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Сердечный толчок не определяется. Других патологических пульсаций, а также таких пальпаторных феноменов как систолическое и диастолическое дрожание при пальпации прекордиальной области не определяется.

*Перкуссия сердца:*

Границы относительной тупости: верхняя – на уровне III ребра, правая – по правому краю грудины. Левая – на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

Границы абсолютной тупости: верхняя – на уровне IV ребра, правая – левый край грудины, левая – по левой среднеключичной линии.

*Аускультация сердца:*

Тоны сердца ясные, патологических шумов нет, ритм правильный. Число сердечных сокращений 82 в минуту.

*Исследование артериального давления*:

На момент исследования артериальное давление на правой и левой руке 130/80 мм.рт.ст.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:**

Аппетит снижен за счет высокой температуры. Десны бледно – розовой окраски, не кровоточат. Запах изо рта обычный. Зубы санированы. Язык влажный, чистый Зев чистый. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за небные дужки. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное.

Живот нормальной формы, симметричен. Активно участвует в акте дыхания. Видимой на глаз патологической перистальтики не отмечается. Расширения подкожных вен живота нет. Пупок обычной формы. Стул жидкий – с утра был один раз.

*Поверхностная пальпация живота:*

Передняя брюшная стенка мягкая, податливая, безболезненная. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Курвуазье, Мюсси, Ортнера отрицательные. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) – грыжевых выпячиваний не обнаружено.

*Перкуссия живота:*

Отмечается тимпанит различной степени выраженности. Методом перкуссии и флуктуации свободная жидкость в брюшной полости не выявляется.

*Поджелудочная железа:* не пальпируется.

*Аускультация живота:*

Выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

*Печень:*

Размеры по М. Г. Курлову:

Первый прямой размер – 9 см.

Второй прямой размер – 8 см.

Косой размер – 7 см.

Не пальпируется, безболезненная.

*Желчный пузырь:* не пальпируется, безболезненная.

*Селезенка:* не увеличена.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА:**

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, не учащенное, безболезненное. Дизурических изменений нет.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА:**

Не отмечается изменений при осмотре передней поверхности шеи.

*Щитовидная железа –* не увеличена. Симптомы Грефе, Мебиус, Штельфага – отрицательны.

*Тремор рук* – нет

В позе Ромберга устойчив.

**ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:**

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственный личности. Контактен, охотно общается с врачом. Восприятие не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное. Нарушений чувствительности не отмечается.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

Внебольничная правосторонняя плевропневмония.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Общий анализ мокроты + ВК.
4. Посев мокроты на чувствительность к антибиотикам.
5. Рентгенография грудной клетки в 2х проекциях.
6. Биохимический анализ крови ( об. Белок, билирубин, холестерин, АСТ, АЛТ, Мочевина, креатинин, глюкоза, СРБ, тимоловая проба)
7. HCV, HbS, ВИЧ, RW. Группа крови, резус фактор.
8. Узи органов брюшной полости.
9. ФБС.
10. Пункция плевральной полости.
11. ЭКГ.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

**Общий анализ крови**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| Гемоглобин | 104 | 140-180 |
| Лейкоциты | 19,0 | 4,0 – 11,0 |
| Эозинофилы | 0 | 0,5-5 |
| Палочкоядерные | 2 | 1-6 |
| Сегментоядерные | 88 | 47-72 |
| Лимфоциты | 7 | 20-40 |
| Моноциты | 3 | 1-10 |
| Эритроциты | 3,39 | 3,90-6,50 |
| Тромбоциты | 573 | 150-400 |
| СОЭ | 60 | 1-10 |
| ЦП | 0,9 | 0,85-1,1 |

Заключение:

1. Пониженное содержание гемоглобина – анемия.
2. Повышенное содержание лейкоцитов – лейкоцитоз.
3. Повышенное содержание сегментоядерных - свидетельство бактериальной инфекции.
4. Повышенное содержание тромбоцитов – говорит о сгущении крови.
5. Повышенное содержание СОЭ – свидетельствует о воспалении.

**Общий анализ мочи.**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Результат |
| Количество | 60 мл |
| Цвет | Желтая |
| Прозрачность | Полная |
| Относительная плотность | 1013 |
| Реакция | 5 |
| Белок | Не обнаружено |
| Глюкоза | Не обнаружено |
| Кетоновые тела | Не обнаружено |
| Реакция на кровь | Не обнаружено |
| Билирубин | Не обнаружено |
| Уробилиноиды | Не обнаружено |
| Желчные кислоты | Не обнаружено |
| Индикан | Не обнаружено |

**Биохимический анализ крови.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель  | Результат | Норма | Единица измерения |
| Общий белок | 57,8 | 65-85 | г/л |
| Мочевина | 7,1 | 2.5-8.3  | мкмоль/л |
| Креатинин | 106,8 | 45-130 | Мкмоль/л |
| Холестерин | 3.5 | До 5,2 | Ммоль/л |
| Билирубин общий | 11,3 | 8,5-20,5 | Мкмоль/л |
|  |  |  |  |
| СРБ | 181,2 | 0-5 | Мг/л |
| Железо | 1,3 | 10,7-32,2 | Мкмоль/л |
| Натрий | 136,5 | 135-152 | Мкмоль/л |
|  АЛТ | 23,8 | 0-40 | Eu/I |
| АСТ | 44,4 | 0-40 | Eu/I |
|  |  |  |  |
| Лактатдегидрогеназа | 176,1 | 0-450 | Eu/I |
| Креатинфосфокиназа | 66 | 0-190 | Eu/I |
|  |  |  |  |
| Глюкоза | 4,39 | 3,0-6,1 | Мкмоль/л |

**Общая мокрота.**

Эпит. плос – немного, альвеолярные макрофаги – в преп., лейкоциты – 20-25-30 в поле зрения до 100-110-120 в поле зрения, эритроциты – нет, эозинофилы – ед. в преп, спирали Куршмана – найдены.

**Рентген ОГК от 21.02.11.**

В легких справа в верхней доле в передних и задних сегментах инфильтрация легочной ткани. Доля несколько уменьшена в размере. В плевральной полости жидкость с частичным осумкованием. Слева без особенностей. Заключение: Правосторонняя пневмония в верхней доле. Правосторонний гидроторакс. BL правого легкого под вопросом.

**ЭКГ от 21.02.11:**

Ритм правильный, ЧСС – 110 в минуту, нарушено проведение, перегрузка правого предсердия.

**Узи органов брюшной полости:**

*Печень:*

Левая доля: не увеличена.

Правая доля: не увеличена.

Контуры: ровные.

Структура: однородна.

Эхогенность: средняя.

*Желчный пузырь:*

Размеры: не увеличен.

Стенка: не утолщена.

*Поджелудочная железа*:

Головка: не увеличена.

Тело: не увеличено.

Хвост: не увеличен.

Контуры: ровные.

Структура: однородна.

Эхогенность: средняя.

 *Правая почка: Левая почка:*

Положение: правильное правильное

Размеры: не увеличены не увеличены

Контуры: ровные ровные

Паренхима: 16-18 16-18

**Заключение:** Эхографических изменений не выявлено.

**25.02.11**

Пункция, дренирование правой плевральной полости. Под местной анастезией раствором Новокаина 0,5% в 6 межреберье справа по задне-подмышечной линии выполнена пункция правой плевральной полости, при пункции получен гной. Выполнено дренирование правой плевральной полости, налажена активная аспирация. Ас. повязка.

**Бронхоскопия:**

**Заключение:** хронический диффузный двусторонний бронхит по субтрофическому типу.

**Результаты цитологического исследования:**

1. *Цитограмма жидкости:* BK не обнаружен. Элементы воспаления. В большом количестве клетки бронхиального эпителия с дистрофическими изменениями.
2. *Результаты ФББ:* ВК не обнаружен. Лейкоциты до 60-80, нейтрофилы - 97%, лимфоциты - 2%, полибласты - 1%. Большое количество разрушенных клеток.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

**Основной:** Простая распространенная парапневмоническая эмпиема плевры справа. Хронический бронхит.

**Сопутствующие заболевания:** Гипертоническая болезнь, II стадии, з степени, 4 риск.

**Осложнения:** ДН II ст. НК I. Интоксикационный синдром. Пневмосклероз. Эмфизема легких.

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА:**

*Диагноз поставлен на основе жалоб:* на кашель с отделением скудной светло – желтой мокроты, повышение температуры тела до 39,0 С, общую слабость, боли в правой половине грудной клетки, жидкий стул.

*На основание анамнеза:* больной себя считает в течение двух недель до госпитализации, когда после переохлаждения повысилась температура тела до 39,0С, появилась слабость, тошнота, рвота, жидкий стул. По назначению участкового терапевта принимала ТОФФ плюс и Антигриппин без выраженной динамики. Через неделю присоединился кашель со светло-желтой мокротой, выраженные боли в правой половине грудной клетки, по СМП госпитализирована в ГКБ №61.

После пункции был обнаружен гной в правой плевральной полости.

Также в течении 3-4 лет отмечает повышение АД до 180/100 мм.рт.ст, адаптирована к 120-130/80 мм.рт.ст, принимает Тенорик 50/12,5 мг по ¼ таб. утром. В 1998 г перелом шейки бедренной кости слева, состояние после операции отеосинтеза.

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Стол ОВД, режим палатный.

*Инфузионная терапия*: NaCl 0,9% 200,0, Аскорбиновая кислота 5% 5,0, глюкоза 20% 10,0.

*Антибактериальная температура*: Амписид 1,5 3 раза в день, в/м; Гентамицин 240 мг в/м 1 раз в день.

*Бронхолитическая терапия:* Эуфиллин 0,15 г 1 таблетка 2 раза в день.

*Гипотензивная терапия*: Эналаприл по 5 мг на ночь

*Общеукрепляющая терапия*: Вит В1 2 мл в/м чередовать с Вит В6 2 мл.

Дренирование правой плевральной полости с активной аспирацией и фракционным лаважем.

**ДНЕВНИКИ:**

01.03.2011 г. 09:00

Состояние средней тяжести. Жалобы на слабость, малопродуктивный кашель. Температура вечером 37,4 С. Дыхание ритмичное, ослаблено в нижних отделах справа. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Дизурии нет. По дренажу: жидкость полупрозрачная желтоватого цвета.

02.03.2011 г. 09:00

Состояние средней тяжести. Жалобы на слабость, малопродуктивный кашель. Температура вечером 37,2 С, утром 36,8 С. Дыхание ритмичное, ослаблено в нижних отделах справа. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. По дренажу: жидкость полупрозрачная желтоватого цвета.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

Дифференциальная диагностика с плевропневмонией:

Простая распространенная эмпиема часто является осложнением пневмонии, протекающей с явлениями большего или меньшего затенения легочного поля при рентгенологическом исследовании. Если при этом имеется смещение средостения в здоровую сторону, следует думать об эмпиеме. Если же средостение не смещено (что возможно при ограниченной эмпиеме), то диагностика значительно труднее. При эмпиеме плевры в таких случаях чаще можно выявить частичное выбухание и расширение межреберных промежутков, локальные боли при пальпации, ослабление голосового дрожания, притупление легочного звука, ослабленное дыхание, усиленную бронхофонию. Иногда межреберные промежутки, наоборот, сужены и уплощены, но в отличие от ателектаза легких средостение не смещено или слегка смещено в здоровую сторону. Решающее значение в дифференциальной диагностике имеют многоосевая рентгеноскопия, томография легких и пункция плевральной полости

В нашем случае был сделан рентген и пункция плевральной полости.

Дифференциальная диагностика с опухолевыми процессами:

При рентгенологическом исследовании обнаруживают плоскую пристеночную тень. И данные цитологического исследования подтверждают наличие опухоли.

В нашем случае при рентгенологическом исследовании обнаружена инфильтрация легочной ткани в легких справа в верхней доле в передних и задних сегментах. Доля несколько уменьшена в размере. В плевральной полости жидкость с частичным осумкованием. Слева без особенностей. И заключение рентгена: правосторонняя пневмония в верхней доле.

Никаких плоских пристеночных теней нет, а также результаты цитологического исследования отрицают наличие опухоли**.**

Дифференциальная диагностика с острой эмпиемой плевры:

При острой эмпиеме плевры присутствуют: •• Кашель с выделением мокроты. Длительные и частые приступы кашля с отделением большого количества мокроты свидетельствуют о наличии бронхоплеврального свища •• Боль в грудной клетке минимально выражена при спокойном дыхании, резко усиливается во время полного глубокого вдоха •• Одышка •• Нарушение голосового дрожания или отчётливая эгофония •• Тупой или притуплённый перкуторный звук на стороне поражения, верхняя граница тупости соответствует линии Эллиса–Дамуазо–Соколова •• Ослабление или отсутствие дыхания при аускультации над областью выпота •• Бронхиальное дыхание над прилежащим к выпоту сдавленным лёгким •• Покраснение кожи возникает только при прорыве гноя из полости эмпиемы под кожу •• Общее состояние прогрессивно ухудшается: слабость, потеря аппетита, похудание, гектическая температура тела, частый пульс.

В нашем случае кашель с мокротой присутствует, но нет длительных и частых приступов кашля с отделением большого количества мокроты. Нет отдышки. Есть притупленный перкуторный звук в месте поражения. И общее состояние пациентки удовлетворительное.

**Заключение:**

Проведя дифференциальную диагностику можно с уверенностью сказать, что у больной простая распространенная парапневмотическая эмпиема плевры справа.