**Ф.И.О.:**

**Пол:** мужской

**Возраст:** 25 лет

**Семейное положение:** не женат

**Постоянное место жительства:**

**Время поступления в клинику**

**Жалобы больного при поступлении в клинику**

* на ощущение тяжести в нижних отделах правой половины грудной клетки (при волнении или даже легкой физической нагрузке, тяжесть продолжается около двух часов, ничем не купируется)
* потливость (общая, сильная, возникновение не зависит от каких-либо факторов, ночные поты)
* общую слабость
* повышение t’ тела до 38’С (преобладает в вечернее время)
* сухой кашель (умеренный, приступообразный, средняя продолжительность 30 минут, возникает в течение дня, появление ни с чем не связанно)
* заложенность в груди и приступы удушья (в вечернее время суток, умеренной силы, продолжительность около часа, возникает при положении лежа, зависит от физической и эмоциональной нагрузки)

**История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Считает себя больным с начальной школы. При любой физической нагрузке возникала отдышка. В связи с этим ограничивал себя в физической нагрузке. Лечение не проводилось.

В детстве периодически болел ОРВИ, бронхиты в стадии обострения с бронхообструктивным синдромом. Если наблюдались осложнения, то после обращения в поликлинику по месту жительства, назначались антибиотики (ампициллин), отхаркивающие и муколитические средства (бронхикум, бромгексин), физиотерапию и прогревание. Госпитализация не проводилась.

Настоящее ухудшение состояния произошло в начале марта месяца, когда у него появился сухой кашель, затрудненное дыхание, температура тела поднималась до 38,5’C. Данные симптомы появились после похода в плавательный бассейн, с чем пациент и связывает их появление. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где ему предложили медикаментозное (бромгексин, ампициллин, эуфиллин в течение 7 дней) лечение без госпитализации. Через неделю наблюдалось снижение температуры до 37.5, с кашлем отделялось небольшое количество мокроты белого цвета. Дальнейшее лечение проводилось супраксом (в течение двух недель), ампициллином (в течение 5 дней). Отмечалось снижение температуры до 37.

13.04.2012 направлен городской поликлиникой на рентгенографию, на которой выявлена нижнедолевая правосторонняя бронхопневмония с инфильтрацией хвостового отдела корня легкого. Назначено медикаментозное лечение (цефриаксон, буродуаль и лазолван) и направлен на госпитализацию для обследования и подбора терапии в клинику пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко.

**История жизни больного (Anamnesis vitae)**

Пациент родился в срок, доношенным ребенком, у здоровых родителей. Возраст родителей мать – 21 год, отец – 23 года. Больной является вторым ребенком в семье (имеется старшая сестра). Вскармливался молоком матери до 6 месяцев, затем вскармливался искусственно. Ходить начал в 8 месяцев, а говорить в год. Рахитом не болел. Учебу в начальной школе начал в 7,5 лет. Особенных трудностей в процессе всей учебы не возникало. Окончил 11 классов. Трудовую деятельность начал после школы. Подрабатывал в свободное от работы время курьером. Окончил экономический факультет местного ВУЗа по профессии бухгалтер. Не служил в рядах вооруженных сил. Работает на предприятии (офисная работа). График работы напряженный. Спит не более 6 часов в день. Социально-бытовые условия удовлетворительные.

**Семейный анамнез**

Не женат. Имеет сына 5-ти лет. Живет в отдельной квартире с девушкой и сыном. Оба работают. Общий семейный бюджет составляет 75000 рублей. Обстановка в семье благоприятная. Бытовые условия: жил. площадь - 64,6 кв. м., этаж 4, отопление центральное, сырость не наблюдается. Характер питания: трехразовое (домашний обед заменяет бизнес-ланч на работе), никогда не соблюдал диету, в пище большое внимание уделяет мясным продуктам.

Свободное время полностью уделяет семье.

Принимает душ раз в два дня с абрикосовым гелем для душа. Два раза в неделю ходит в бассейн (до ухудшения самочувствия профессионально занимался плаванием).

Санитарная характеристика работы: рабочее помещение отапливаемое, размеры помещения 15 кв.м. в офисе поддерживается чистота и порядок. Освещение светодиодными лампами. Помещение вентилируемое, но часто встречается вывод из строя вентиляции. Продолжительность дня составляет 9 часов в дневное время. Перерыв на обед составляет 45 минут.

Вредные привычки: не курит, не злоупотребляет алкоголем, часто увлекается кофе и зеленым чаем.

**Перенесенные заболевания**

В детстве были частые ОРВИ, периодические хронические бронхиты с бронхообструкцией. О перенесенных детских инфекциях (корь, краснуха, ветрянка) не знает. Впервые был госпитализирован в 2002 году с диагнозом сотрясение головного мозга, полученное вследствие автомобильной аварии, отмечал головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Было назначено медикаментозное лечение. После терапии наблюдалось улучшение.

После был госпитализирован в 2005 году в НИИ имени Склифосовского в результате получения травмы головы в височной области с правой стороны, с диагнозом сотрясение головного мозга. После травмы больной отмечал частичное онемение левой руки и потерю чувствительности. Был выписан с улучшением. Частичное онемение руки осталось.

**Аллергологический анамнез**

Со слов больного, присутствует аллергическая реакция на кошек и пыль. По словам больного, аллергия появилась примерно 10 лет назад. Аллергия сопровождается покраснением, зудом, отеком, приступами удушья и обильным слезотечением.

Также отмечает аллергию на пищевые продукты (курагу). Аллергия сопровождается покраснением, приступами удушья и зудом.

Непереносимость медикаментов и других лечебных средств, запахов растений не отмечается. Отек Квинке, крапивница, сенная лихорадка, анафилактический шок при соприкосновении с теми или иными растительными, пищевыми, лекарственными веществами, после вливаний вакцины, сыворотки, аллергические реакции на переливание крови и крови заменители не наблюдались.

**Объективное (физическое) исследование**

**Настоящее состояние больного (Status praesens)**

* общее состояние средней тяжести
* температура тела 37,10С
* сознание ясное
* положение больного активное
* выражение лица спокойное
* телосложение нормостеническое
* рост 170 см, масса тела 67 кг

**Кожные покровы**

Окраска кожных покровов: бледно-розовая.

Патологические пигментации и участки депигментации отсутствуют.

Окраска видимых слизистых бледная.

При осмотре отмечается чистота кожных покровов, нет сыпи, кровоизлияния, расчесов, рубцов, «сосудистых звездочек», ангиом. Наблюдается шелушение кожи на ладонях, лице и шеи.

Отмечается сухость кожных покровов, общая потливость (сильная). Ночные поты. Причина возникновения – физическая и эмоциональная нагрузка.

Эластичность кожи понижена.

Волосяной покров развит умеренно, оволосение по мужскому типу. Ногти овальной формы, ломкость повышенная.

**Подкожная клетчатка**

Развитие подкожно-жирового слоя умеренное, определяется равномерность развития подкожно-жирового слоя.

Отеков нет.

**Лимфатическая система**

При осмотре лимфатические узлы не видны.

При пальпации все группы лимфоузлов (подчелюстные, затылочные, заушные, околоушные, подбородочные, поверхностные шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены.

**Мышечная система**

Общее развитие мышечной системы - умеренное. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

**Костная система**

При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

**Суставы**

При осмотре суставов: изменения конфигурации (припухлость, утолщения) нет. Объём активных и пассивных движений сохранен. Размеры суставов не изменены. При пальпации суставов припухлостей, деформаций и изменений околосуставных тканей не выявлено. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сустав | Правый (см) | Левый (см) |
| Лучезапястный | 18 | 18 |
| Локтевой | 26 | 26 |
| Плечевой | 34 | 34 |
| Тазобедренный | 48 | 48 |
| Коленный | 34 | 34 |
| Голеностопный | 25 | 25 |

**Система дыхания**

**Исследование верхних дыхательных путей**

Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет.

Отделяемого из носа не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух (самостоятельных, а также при ощупывании и поколачивании) не отмечается.

Боли, при разговоре и глотании, в гортани не отмечается.

Голос громкий, чистый.

Дыхание в гортани не затруднено.

При осмотре гортань нормальной формы, при пальпации области гортани болезненности не определяется.

**Осмотр и пальпация грудной клетки**

Грудная клетка ладьевидной формы, без деформаций.

Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над- и подключичные ямки обозначены слабо. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Тип дыхания - преимущественно брюшной. Частота дыхания – 18 в минуту. Ритм дыхания правильный. Дыхательная экскурсия ±2 см.

Окружность грудной клетки на уровне углов лопаток сзади и IV ребер спереди: при спокойном дыхании – 94 см, при максимальном вдохе – 97 см, при максимальном выдохе – 92 см. Максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки – 5 см.

При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Отеки также не наблюдаются.

Эластичность грудной клетки незначительно снижена.

Голосовое дрожание немного усилено в нижних отделах правой половины грудной клетки.

**Перкуссия легких**

Сравнительная перкуссия

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки ясный легочный звук. Отмечается небольшое укорочение перкуторного звука в нижних отделах правой половины грудной клетки.

Топографическая перкуссия

1. Высота стояния верхушек:

Верхушка легких выступают над ключицами справа на 3 см, слева на 3 см, сзади на уровне VII шейного позвонка.

2. Ширина полей Кренига: справа - 7 см, слева - 7,5 см

3. Расположение нижних границ легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | VI межреберье | - |
| Среднеключичная | 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 | остистый отросток XI ребра | остистый отросток XI ребра |

4. Подвижность нижних границ легких, в см:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | | | Слева | | |
| на вдохе | на выдохе | суммарно | на вдохе | на выдохе | суммарно |
| Среднеключичная | 1,5 | 1,5 | 3 | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |
| Лопаточная | 1,5 | 1,5 | 3 | 1,5 | 1,5 | 3 |

**Аускультация легких**

При аускультации над легкими определяется жесткое дыхание.

Выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах правого легкого по задней подмышечной линии справа. Бронхофония усилена в нижних отделах правого легкого.

**Система кровообращения**

Жалоб нет

**Исследование сердечно-сосудистой системы**

Осмотр сосудов шеи: не изменены. Пульсации, набухания сосудов шеи не наблюдается.

Осмотр области сердца: сердечный горб не определяется. Сердечный толчок отсутствует. Верхушечный толчок визуально не определяется, пальпируется в 5 межреберье по левой среднеключичной линии, ограниченный и неусиленный.

При осмотре грудной клетки над проекцией сердца изменений формы не обнаружено. Симптом Мюссе отсутствует.

Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной и голеностопной артерий. Диастолическое дрожание не пальпируется.

**Перкуссия сердца:**

Границы относительной тупости:

* правая – 1 см кнутри от правого края грудины;
* левая – 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в 5 межреберье;
* верхняя - на уровне III межреберья по левой окологрудинной линии;

Границы абсолютной тупости сердца:

* правая – левый край грудины
* левая – 2 см кнутри от левой среднеключичной линии
* верхняя – на уровне IV ребра

Поперечный размер относительной тупости сердца – 5.5 см

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во II межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка – 6 см.

**Аускультация сердца**

Первый тон: нормальной звучности. Второй тон: нормальный. Ритм «перепела», «галопа» не обнаруживается. Ритм сердечных сокращений правильный.

Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. В точке Боткина-Эрба патологические шумы не выслушиваются.

Частота сердечных сокращений - 100 ударов в минуту.

**Исследование сосудов**

При осмотре и пальпации височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы неизвитые, мягкие, с эластичными тонкими стенками.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой – 100 ударов в минуту, хорошего наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс не определяется.

При аускультации артерий патологических изменений нет.

При осмотре, пальпации и аускультации вен изменений не отмечается.

**Система пищеварения**

Жалоб нет

Аппетит хороший. Вкусовые ощущения не изменены. Жажда не усилена. Пищу прожевывает хорошо, болей при жевании не отмечает. Глотание свободное, безболезненное.

Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно, один раз в день. Испражнения оформленной консистенции, без примесей крови и слизи. Отхождение газов свободное, умеренное.

**Исследование органов пищеварения**

Полость рта: запах обычный.

Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, покрыт белым налетом. Зубы санированы. Зев розовой окраски. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за небные дужки. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, влажная, поверхность ее гладкая.

Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба бледно-розовой окраски; высыпания, изъязвления, афты отсутствуют. Десны бледно-розовой окраски, не кровоточат.

**Исследование живота**

Живот округлой формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Патологической перистальтики, рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Мышцы брюшной стенки активно участвуют в акте дыхания. Ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании и натуживании отсутствуют.

**Перкуссия живота**

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Симптомы флюктуации и Менделя отсутствуют.

**Поверхностная ориентировочная пальпация живота**

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. При исследовании "слабых мест" передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается. Симптомы раздражения брюшины (Щёткина-Блюмберга, Воскресенского) отрицательные.

**Пальпация желудка и определение его нижней границы**

Методом перкуссии, методом пальпации большой кривизны, методом перкуторной пальпации по Образцову (определение шума плеска), методом стетакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 3 см выше пупка.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются. Шум плеска справа от средней линии живота (симптом Василенко) не определяется.

**Исследование печени и желчного пузыря**

Границы абсолютной печеночной тупости в норме. Нижний край печени не выходит за реберную дугу.

Расположение границ печени: нижний край печени – по передней подмышечной линии X ребро, по среднеключичной линии – 1 см, по срединной линии – 2 см. Левая доля печни не выступает за lin. рarasternalis. Размеры по Курлову – 10х9х8 см.

Край печени закруглен, поверхность гладкая. Консистенция печени мягко-эластичная.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси, - отрицательные.

**Исследование поджелудочной железы**

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.

**Перкуссия селезенки**

По линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой реберно – суставной линии.

Верхняя граница – на уровне IX ребра

Нижняя граница – на уровне XI ребра

Передняя граница – не выходит за liniea costoarticularis sinitra. Размеры: поперечник – 6 см, длинник – 8 см.

**Аускультация живота**

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

**Система мочеотделения**

Жалоб нет

При осмотре области почек изменений не выявлено. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек и точек отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

**Эндокринная система**

Жалоб нет.

При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется.

Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля, Штельвага - отрицательные.

**Нервно-психическая сфера**

Жалоб нет

Пациент правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается с врачом. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено. Память сохранена. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное.

Головных болей, головокружений, обмороков нет. Сон глубокий, ровный. Засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее. Со стороны черепно-мозговых нервов – нарушений не выявлено. Слух в норме, зрение OS=3Д, OD=3Д. Реакция глаз на свет живая. Патологические неврологические симптомы не определяются, физиологические рефлексы в норме.

**Предварительный диагноз:**

На основании:

* жалоб на момент осмотра: общая слабость, кашель с мокротой.
* анамнеза заболевания: Считает себя больным с начальной школы. При любой физической нагрузке возникала одышка. В связи с этим ограничивал себя в физической нагрузке. Лечение не проводилось. В детстве периодически болел ОРВИ, бронхиты в стадии обострения с бронхообструктивным синдромом. Если наблюдались осложнения, то после обращения в поликлинику по месту жительства, назначались антибиотики (ампициллин), отхаркивающие и муколитические средства (бронхикум, бромгексин), физиотерапию и прогревание. Госпитализация не проводилась. Настоящее ухудшение состояния произошло в начале марта месяца, когда у него появился сухой кашель, затрудненное дыхание, температура тела поднималась до 38,5’C. Данные симптомы появились после похода в плавательный бассейн, с чем пациент и связывает их появление. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где ему предложили медикаментозное (бромгексин, ампициллин, эуфиллин в течение 7 дней) лечение без госпитализации. Через неделю наблюдалось снижение температуры до 37.5, с кашлем отделялось небольшое количество мокроты белого цвета. Дальнейшее лечение проводилось супраксом (в течение двух недель), ампициллином (в течение 5 дней). Отмечалось снижение температуры до 37. 13.04.2012 направлен городской поликлиникой на рентгенографию, на которой выявлена нижнедолевая правосторонняя бронхопневмония с инфильтрацией хвостового отдела корня легкого. Назначено медикаментозное лечение (цефриаксон, буродуаль и лазолван) и направлен на госпитализацию для обследования и подбора терапии в клинику пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко.
* при поступлении больной предъявлял жалобы на слабость, лихорадку, потливость, сухой кашель.
* данных объективного исследования: грудная клетка безболезненная. Голосовое дрожание немного усилено в нижних отделах правой половины грудной клетки. Верхушка легких выступают над ключицами справа на 3 см, слева на 3 см, сзади на уровне VII шейного позвонка.
* ширина полей Кренига: справа - 7 см, слева - 7,5 см. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется лёгочный звук, над аускультативными точками выслушивается жёсткое дыхание. Выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы по задней подмышечной линии справа.

Больному можно поставить диагноз: внебольничная правосторонняя ранняя нижнедолевая бронхопневмония средней степени тяжести

**Рентгенография грудной клетки**

Дата: 13.04.2012

Результаты обследования: На обзорных рентгенограммах в прямой и левой проекциях в легких очаговых и инфильтративных изменений отчетливо не определяется. Отмечается некоторое сгущение и обогащение сосудистого рисунка в заднебазальных сегментах справа, калибр сосудов на этом уровне увеличен. Корни не расширены, структурны. Жидкости в плевральных полостях не выявлено. Диафрагма четкая. Сердце, аорта рентгенологически не изменены.

Результаты предыдущего исследования не представлены, оценить динамику невозможно.

**Рентгенография придаточных пазух носа**

Дата: 27.04.2012.

Предварительный диагноз: Аллергический ринит. Искривление носовой перегородки. В верхнечелюстных пазухах определяется нерезко выраженное пристеночное утолщение слизистой оболочки.

Лобная пазуха развита, воздушна.

Носовая перегородка умеренно искривлена влево.

Костных деструктивных изменений не выявлено.

**Биохимический анализ крови**

Дата: 19.04.2012.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Параметр | Значение | Единицы измерения | Норма |
| комплемент | 32.2 | Гемм. ед | 20 – 40 |
| **КСР на сифилис** | | | |
| РПР | отр |  | отр |
| ИФА | отр |  | отр |
| **Иммуноглобулины** | | | |
| Иммуноглобулин A | 185 | Мг/дл | 50 – 300 |
| Иммуноглобулин M | 92 | Мг/дл | 40 – 200 |
| Иммуноглобулин G | 1350 | Мг/дл | 600 – 2000 |
| Иммуноглобулин E | >500 | МЕ/мл | 0 – 100 |
| **HBs Ag HCV Ab** | | | |
| HBs Ag | отр |  | отр |
| HCV Ab | отр |  | отр |
| **Ревмопробы** | | | |
| РФ (кач) | отр | МЕ/мл | отр |
| СРБ | отр | Мг/дл | отр |
| Антистрептолизин 0 | 0 | МЕ/мл | 0 – 125 |

В анализе обнаружено большое количество иммуноглобулин E,что связывает с наличием аллергии у пациента.

**Общий и биохимический анализы крови**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тест | Результат | Единицы измерения | Нормальные величины |
| Na + | 197.7 | ммоль / л | 135 – 145 |
| K + | 4.27 | ммоль / л | 3.5 – 5.0 |
| АЛТ | 19 | Ед / л | 10 – 40 |
| АСТ | 28 | Ед / л | 10 – 40 |
| Общий белок | 8.1 | Г / дл | 6 – 8 |
| Альбумин | 4.9 | Г / дл | 3.5 – 5.0 |
| Глюкоза | 102 | Мг / дл | 70 – 110 |
| Креатинин | 1.2 | Мг / дл | 0.7 – 1.4 |
| Общий билирубин | 0.9 | Мг / дл | 0.2 – 1.0 |

В анализе обнаружена гипернатриемия. Предварительно это можно связать с дегидратацией при водном истощении

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тест | Результат | Единицы измерения |
| Белые кровяные клетки | 6.26 | 10\*12/L |
| Нейтрофилы | 50.87 | % |
| Лейкоциты | 11 | 10\*9/L |
| Моноциты | 5.48 | % |
| KO | 5.16 | % |
| Базофилы | 0.63 | % |
| Эритроциты | 4.894 | 10\*12/L |
| Гемоглобин | 159.1 | g/L |
| Гематокрит | 46.26 | % |
| Ср.объем эритроцитов | 94.5 | fL |
| Ср.содержание тромбоцитов | 32.52 | pg |
| Ср.концентрация гемоглобина | 34.39 | g/dL |
| Абсолютное содержание тромбоцитов | 247.1 | 10\*9/L |

Заключение: в анализе крови выявлен небольшой лейкоцитоз (11х10 9/л), что свидетельствует об остром воспалительном процессе.

**Коагулограмма**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **Результат** | **Норма** |
| НТВ | 0.95 | 0.76–1.25 |
| Протромбиновый индекс  Протромбиновое отношение | 112 | 85–110  0.85–1.15% |
| Фибриноген | 3.30 | 1.8–4.5 |

Заключение: коагулограмма в пределах нормы

**Анализ мочи.** Дата: 19.04.2012

|  |  |
| --- | --- |
| Тест | Значение |
| Удельный вес | 1.030 |
| рН | 5.0 |
| Лейкоциты | 3/gl |
| Нитриты | Реакция отрицательная |
| Белок | Реакция отрицательная |
| Глюкоза | Норма |
| Кетоновые тела | Реакция отрицательная |
| Уробилиноген | Норма |
| Билирубин | Реакция отрицательная |
| Эритроциты | Реакция отрицательная |

Цвет: желтая

Прозрачность: полная

Микроскопия осадка

Эпителиальные клетки: в незначительном количестве

Эритроциты: в незначительном количестве

Лейкоциты: 0 – 1 в поле зрения

Слизь: в умеренном количестве

Бактерии: в незначительном количестве

Заключение: в ОАМ изменения не выявлены.

**Функциональная диагностика системы внешнего дыхания**

Возраст: 25 лет

Рост: 170 см

Вес: 67 кг

Дата: 20.04.2012

Заключение: МВЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1 снижены. Нарушению по обструктивному типу. Умеренная обструкция. Проба с вентолином положительная.

###### Температурный лист

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| День пребывания в стационаре | | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | |
| П | АД | Т | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |
| 120 | 175 | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 | 150 | 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 | 125 | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 | 100 | 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 | 75 | 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 | 50 | 35 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дыхание | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Стул | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

**Электрокардиография**

Ритм синусовый. Продолжительность интервала R–R одинакова

* ЧСС – 79/мин
* PQ – 0.16
* PQRS – 0.08
* QT – 0.36
* Нормальное положение ЭОС

**I стандартное отведение:**

Продолжительность интервала R – R одинакова и равна 0.76 с.

ЧСС – 79/мин

Амплитуда R 1 – 6мм

Продолжительность зубца P – 0.08 с. Амплитуда – 1мм.

Продолжительность интервала PQ – 0.16 с.

Зубец Q не регистрируется в данном отведении.

Продолжительность QRS – 0.08 с. Амплитуда – 6 мм.

Продолжительность интервала ST – 0.1 с. не смещен относительно изоэлектрической линии.

Зубец S слабо выражен в данном отведении.

Продолжительность зубца T – 0.14 с. Амплитуда – 2мм

Интервал TP – 0.32 с.

**II стандартное отведение:**

Амплитуда R 2 – 9мм

Продолжительность зубца P – 0.08 с. Амплитуда – 2мм.

Продолжительность интервала PQ – 0.16 с.

Зубец Q не регистрируется в данном отведении.

Продолжительность QRS – 0.08 с. Амплитуда – 6 мм.

Продолжительность интервала ST – 0.08 с. не смещен относительно изоэлектрической линии.

Зубец S слабо выражен в данном отведении.

Продолжительность зубца T – 0.12 с. Амплитуда – 2.5мм

Интервал TP – 0.32 с.

**III стандартное отведение:**

Амплитуда R 3 – 7мм

Продолжительность зубца P – 0.08 с. Амплитуда – 1мм.

Продолжительность интервала PQ – 0.16 с.

Зубец Q не регистрируется в данном отведении.

Продолжительность QRS – 0.08 с. Амплитуда – 7 мм.

Продолжительность интервала ST – 0.1 с. смещен относительно изоэлектрической линии на 1 мм.

Зубец S – 0.03, амплитуда зубца S – 1.5мм.

Зубец T в данном отведении слабо выражен.

Интервал TP – 0.72 с.

Нормальное положение ЭОС R2 > R1 > R3

**Клинический диагноз заболевания**

**Настоящее заболевание**: внебольничная бронхопневмония в нижней доле правого легкого средней тяжести.

**Фоновое заболевание**: смешанная форма бронхиальной астмы в стадии обострения.

**Окончательный диагноз и его обоснование**

На основании:

* жалоб на момент осмотра: общая слабость, кашель с мокротой.
* анамнеза заболевания: Считает себя больным с начальной школы. При любой физической нагрузке возникала отдышка. В связи с этим ограничивал себя в физической нагрузке. Лечение не проводилось.В детстве периодически болел ОРВИ, бронхиты в стадии обострения с бронхообструктивным синдромом. Если наблюдались осложнения, то после обращения в поликлинику по месту жительства, назначались антибиотики (ампициллин), отхаркивающие и муколитические средства (бронхикум, бромгексин), физиотерапию и прогревание. Госпитализация не проводилась. Настоящее ухудшение состояния произошло в начале марта месяца, когда у него появился сухой кашель, затрудненное дыхание, температура тела поднималась до 38,5оC. Данные симптомы появились после похода в плавательный бассейн, с чем пациент и связывает их появление. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где ему предложили медикаментозное (бромгексин, ампициллин, эуфиллин в течение 7 дней) лечение без госпитализации. Через неделю наблюдалось снижение температуры до 37.5, с кашлем отделялось небольшое количество мокроты белого цвета. Дальнейшее лечение проводилось супраксом (в течение двух недель), ампициллином (в течение 5 дней). Отмечалось снижение температуры до 37. 13.04.2012 направлен городской поликлиникой на рентгенографию, на которой выявлена нижнедолевая правосторонняя бронхопневмония с инфильтрацией хвостового отдела корня легкого. Назначено медикаментозное лечение (цефриаксон, буродуаль и лазолван) и направлен на госпитализацию для обследования и подбора терапии в клинику пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко.
* при поступлении больной предъявлял жалобы на слабость, лихорадку, потливость, сухой кашель.
* данных объективного исследования: грудная клетка безболезненная. Голосовое дрожание немного усилено в нижних отделах правой половины грудной клетки. Верхушка легких выступают над ключицами справа на 3 см, слева на 3 см, сзади на уровне VII шейного позвонка.
* ширина полей Кренига: справа - 7 см, слева - 7,5 см. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется лёгочный звук, над аускультативными точками выслушивается жёсткое дыхание. Выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы по задней подмышечной линии справа.
* данных лабораторных и инструментальных исследований:

при ФВД - нарушения по обструктивному типу, умеренная обструкция, снижение скорости потока на всех уровнях. Проба с вентолином оказалась положительной, что свидетельствует о наличии бронхиальной астмы у больного.

в биохимическом анализе крови обнаружено большое количество иммуноглобулин E,что связывает с наличием аллергии у пациента.

в анализе крови выявлен небольшой лейкоцитоз (11х10^9/л), что свидетельствует об остром воспалительном процессе.

Больному можно поставить диагноз: Внебольничная бронхопневмония в нижней доле правого легкого средней тяжести.

Фоновое заболевание: смешанная форма бронхиальной астмы в стадии обострения.

**Этиология и патогенез заболевания, паталогоанатомические изменения в органах**

**Определение**

Термин пневмония объединяет группу различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике острых очаговых инфекционно-воспалительных заболеваний легких с преимущественным вовлечением в патологический процесс респираторных отделов и наличием внутриальвеолярной экссудации.

Следует отметить, что привычное для отечественных врачей словосочетание острая пневмония уже давно не используется за рубежом, поскольку пневмония является в принципе острым инфекционным заболеванием. Поэтому следует согласиться, что определение острая перед диагнозом пневмония является излишним, особенно учитывая то обстоятельство, что диагноз хроническая пневмония практически вышел из употребления.

**Эпидемиология**

Пневмония остается одним из распространенных заболеваний. Так, в России среднестатистические показатели заболеваемости составляют 10 - 15‰. В последние годы в нашей стране отмечается устойчивая тенденция, демонстрирующая увеличение смертности от пневмонии - этот показатель в середине 90-х годов достиг отметки 18/100 000 населения; увеличилась и больничная летальность (до 2,2%).

**Этиология**

Вызывать пневмонию могут практически все известные на сегодняшний день инфекционные агенты. Однако на практике подавляющее большинство случаев пневмонии вызывается сравнительно ограниченным количеством видов микроорганизмов. Для прогнозирования этиологии пневмоний крайне важно их подразделение на внебольничные (внебольнично приобретенные) и госпитальные (внутрибольничные, нозокомиальные). К последним относятся случаи заболевания, характеризующиеся появлением спустя 48 часов после госпитализации нового легочного инфильтрата в сочетании с клиническими данными, подтверждающими его инфекционную природу (новая волна лихорадки, гнойная мокрота, лейкоцитоз и др.), при исключении инфекций, которые находились в инкубационном периоде на момент поступления. Подразделение пневмонии на внебольничную и госпитальную никак не связано с тяжестью течения заболевания. Основным и единственным критерием разграничения является то окружение, в котором развилась пневмония. Для внебольничной пневмонии возможно с высокой степенью вероятности предсказать этиологию заболевания. Госпитальная пневмония характеризуется большим разнообразием и несколько иной этиологической структурой.

К числу актуальных микроорганизмов, ответственных за развитие внебольничной пневмонии, относятся следующие:

* Streptococcus pneumoniae (пневмококк) - самый частый возбудитель пневмонии среди всех возрастных групп (30% и более);
* Mycoplasma pneumoniae вызывает внебольничную пневмонию в 20-30% случаев у лиц моложе 35 лет; этиологический вклад этого возбудителя у лиц старших возрастных групп оценивается более скромно (1-9%);
* Сhlamydia pneumoniae вызывает пневмонию, как правило, нетяжелого течения, в 2-8% случаев;
* Haemophilus influenzae ответственна за развитие пневмонии у взрослых (чаще у курильщиков и больных, страдающих хроническим обструктивным бронхитом) в 5-18% случаев;
* Legionella spp. (прежде всего Legionella pneumophila) - нечастый возбудитель внебольничной пневмонии (2-10%); однако легионеллезная пневмония занимает второе место (после пневмококковой) среди смертельных случаев заболевания;
* Кишечные грамотрицательные палочки (прежде всего семейство Enterobacteriaceae) - неактуальный возбудитель внебольничной пневмонии (< 5 %), как правило, у больных с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, почечная, печеночная недостаточность и др.);
* Staphylococcus aureus - неактуальный возбудитель (< 5%), как правило, у больных с известными факторами риска (пожилой возраст, наркомания, хронический гемодиализ, переносимый грипп);
* Moraxella (Branhamella) catarrhalis - неактуальный возбудитель (1-2%), как правило, у больных с сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом.

Важным также представляется разграничение респираторных вирусных инфекций и собственно пневмонии. Респираторные вирусные инфекции и, в первую очередь, эпидемический грипп, безусловно, являются ведущим фактором риска развития пневмонии. Однако вызываемые вирусами изменения в легких называть пневмонией не следует и, более того, необходимо четко от нее отграничивать по клинико-рентгенологическим признакам, поскольку подход к лечению этих двух заболеваний должен быть принципиально различным. С этой точки зрения представляется не вполне удачным широко распространенный термин вирусно-бактериальная пневмония, поскольку собственно бактериальная пневмония качественно отличается от чаще всего интерстициального вирусного поражения легких.

**Патогенез**

К числу известных механизмов противоинфекционной защиты нижних дыхательных путей относятся механические, фагоцитарные, иммунологические и секреторные. У здорового индивида между совершенными механизмами защиты и экспозицией микроорганизмов существует динамический баланс, обеспечивающий стерильность трахеобронхиального дерева практически на всем его протяжении (от гортани до терминальных бронхиол). При развитии пневмонии этот баланс нарушается. Принципиально можно выделить четыре патогенетических механизма, с разной частотой ответственных за развитие пневмонии:

а) аспирация секрета ротоглотки;

б) вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы;

в) гематогенное распространение из отдаленного очага инфекции (эндокардит трикуспидального клапана, септический тромбофлебит вен таза);

г) непосредственное распространение из соседнего инфицированного участка ткани (например, абсцесс печени) или в результате проникающего ранения грудной клетки.

**Патологическая анатомия**

Наиболее демонстративно представлены патоморфологические изменения при лобарной пневмококковой пневмонии (крупозной пневмонии). Они включают известные стадии:

а) стадия прилива - гиперемия легочной ткани, нарушение проницаемости капилляров с нарастанием воспалительного отека;

б) стадия красного опеченения - диапедез форменных элементов крови (в основном эритроцитов) и выпот белков плазмы (прежде всего, фибрина) в альвеолы и респираторные бронхиолы;

в) стадия серого опеченения - альвеолы заполняются большим количеством нейтрофилов;

г) стадия разрешения. Впрочем, подобная стадийность в известном смысле условна, поскольку в пораженном участке легкого наблюдается сочетание всех указанных стадий воспалительного процесса или преобладание одной из них.

При очаговой пневмонии изменения часто ограничиваются долькой или сегментом. Наблюдается чередование очагов воспаления с более темными участками ателектаза и светлыми зонами викарной эмфиземы, что придает фокусу поражения характерный пестрый вид. Внутриальвеолярный экссудат чаще носит серозный характер, однако может быть гнойным, геморрагическим или смешанным. В отличие от крупозной пневмонии фибрин в экссудате отсутствует или его содержание незначительно.

Клиническая картина

В типичных случаях пневмония характеризуется острым или даже внезапным началом с озноба, повышения температуры тела > 38,00С, чувства заложенности в груди, одышки и иногда болей в грудной клетке при дыхании. В анализах крови отмечается лейкоцитоз (> 10 000/мкл) и/или палочкоядерный сдвиг до 10% и более. Постепенно нарастает интоксикация. Чаще с конца первых суток появляется кашель с мокротой. У некоторых больных превалируют внелегочные проявления, например, спутанность сознания или дезориентация, но иногда, особенно у престарелых, а также лиц, страдающих алкоголизмом или нейтропенией, легочная симптоматика может отсутствовать. При сборе анамнеза важно получить данные о продромальном периоде, начале заболевания (внезапное или постепенное), аналогичных заболеваниях у членов семьи или лиц, с которыми контактировал больной, о контактах с животными, недавних путешествиях.

Физикальное обследование легких сохраняет существенное значение для ориентировочной первичной диагностики. Чрезвычайно важной особенностью собственно пневмонии, выявляемой при перкуссии и аускультации является асимметричность, односторонность поражения, поскольку первично двусторонние внебольничные пневмонии встречаются исключительно редко. Поэтому определяемые симметричные симптомы (например, хрипы или крепитация) чаще всего свидетельствуют о вирусном поражении бронхов и/или интерстициальной ткани легкого, левожелудочковой недостаточности, усилившейся в связи с переносимым респираторным вирусным заболеванием, но не о собственно пневмонии. Клинический опыт свидетельствует, что при диагнозе направления двусторонняя пневмония чаще всего исключается вообще. При перкуссии и аускультации выявляют укорочение (или тупость) перкуторного звука, ограничение подвижности легочного края, изменение дыхания (ослабленное, жесткое, бронхиальное) над зоной поражения, локальная инспираторная крепитация и/или фокус мелкопузырчатых влажных хрипов.

Топическое описание, а вместе с ним и синдромологическая диагностика пневмонии завершается рентгенологическим исследованием и сопоставлением полученных при этом данных с результатами физического обследования пациента. Типичным рентгенологическим признаком собственно пневмонии является инфильтративное, обычно одностороннее затемение легочной ткани, которое может быть очаговым, сливным, сегментарным (полисегментарным), долевым (обычно гомогенным) или еще более обширным. Так называемые центральные или прикорневые пневмонии практически не встречаются, и такой диагноз связан исключительно с исследованием легких только во фронтальной проекции, при которой затенения в 3 и 6 сегментах проецируются на область корня. Чрезвычайно важно в практическом отношении дифференцировать инфильтративные затенения, свойственные собственно пневмонии, от отека интерстициальной ткани, характерного для чисто вирусных поражений, респираторного дистресс-синдрома взрослых, кардиогенного застоя в легких. Рентгенологические изменения при перечисленных состояниях чаще всего характеризуются двусторонностью и состоят в расширении и нечеткости корней, усилении сосудистого рисунка в виде сетчатости, ячеистости, появлении перегородочных линий Керли над диафрагмой. При присоединении элементов альвеолярного отека преимущественно в нижних отделах обоих легких появляются симметричные сливающиеся очаговые затенения, делающие нечеткими границы куполов диафрагмы. Для интерстициального и альвеолярного отека характерна динамичность рентгенологической картины: возможно отчетливое прогрессирование или ослабление затенений в течение нескольких часов.

Особой демонстративностью отличается пневмококковая пневмония, которую в нашей стране нередко продолжают называть крупозная пневмония. В ряду ведущих клинических признаков этой формы пневмонии следует отметить острое начало, озноб, рвоту, боли в груди при вдохе, стойко высокую температуру тела с последующим ее критическим падением, отчетливость аускультативных и перкуторных изменений в легких, отделение ржавой или бурой, тягучей стекловидной мокроты. При рентгенографии органов грудной клетки визуализируется гомогенная инфильтрация доли или сегмента (формирование полостей деструкции нетипично); характерна отчетливая плевральная реакция или ограниченный плевральный выпот; в случаях лобарного распространения пневмонической инфильтрации границы пораженной доли представляются выпуклыми, визуализируется феномен воздушной бронхографии. Типичными лабораторными находками являются выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы (палочкоядерный нейтрофилез более 15%, метамиелоциты в периферической крови), токсигенная зернистость нейтрофилов, анэозинофилия, гиперфибриногенемия, протеинурия, уробилинурия, цилиндрурия.

Так, в частности, микоплазменная пневмония чаще всего диагностируется у лиц детского, юношеского и молодого возраста; характерны эпидемические вспышки или групповые случаи заболевания в тесно взаимодействующих коллективах (школьники, военнослужащие). Начало заболевания постепенное, доминирующими симптомами являются надсадный непродуктивный кашель и/или боли в горле при глотании. При обследовании больного обращают на себя внимание стойкая тахикардия, наклонность к гипотензии. Физикальные изменения со стороны легких представлены сдержанно: как правило, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы и незвучная крепитация над зоной легочного поражения при отсутствии притупления перкуторного звука и усиления голосового дрожания (бронхофонии). У части больных отмечаются шейная, реже генерализованная лимфаденопатия, кожные сыпи, пальпируется увеличенная печень, изредка выявляется спленомегалия. При рентгенографии органов грудной клетки визуализируется неоднородная очагово-сливная или ретикуло-нодулярная инфильтрация преимущественно нижних долей легких; чрезвычайной редкостью для микоплазменной пневмонии являются случаи распространенной и интенсивной пневмонической инфильтрации, плевральный выпот, абсолютно нетипично абсцедирование легочной ткани. В ряду лабораторных изменений, описываемых при микоплазменной пневмонии, с разной частотой фигурируют нормоцитоз или лейкоцитоз, умеренное увеличение СОЭ, повышение титра холодовых гемагглютининов, признаки гемолиза (положительная проба Кумбса, умеренный ретикулоцитоз).

В диагностике легионеллезной пневмонии (болезни легионеров) особое значение имеют следующие детали эпидемиологического анамнеза - земляные работы, строительство, проживание вблизи открытых водоемов, контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, развитие заболевания в теплые месяцы (вторая половина весны, лето, начало осени). Характерными дебютными признаками болезни легионеров являются острое начало, высокая лихорадка, одышка, сухой кашель, плевральные боли, цианоз, преходящая диарея, нарушения сознания, миалгии, артралгии. В анализах клинической гемограммы обращает на себя внимание относительная или абсолютная лимфопения на фоне умеренного лейкоцитоза со сдвигом влево, нередко значительное увеличение СОЭ до 50-60 мм/час.

К сожалению, в большинстве случаев, основываясь на анализе актуальной клинико-рентгенологической картины заболевания, не удается высказаться с определенностью о вероятной этиологии пневмонии.

**Лечение**

Терапию, которая используется при пневмониях, можно подразделить на этиотропную и патогенетическую. Этиотропное лечение включает антибиотикотерапию и сульфаниламидные препараты.

1. Наибольшее значение в комплексном лечении острых пневмоний принадлежит адекватному назначению антибактериальных препаратов: антибиотиков, сульфаниламидов, препаратов нитрофуранового ряда. Основными принципами антибактериальной терапии являются раннее начало лечения, учет вида возбудителя и его чувствительности к препарату, применение адекватных доз и оптимального ритма введения, обеспечивающих лечебную концентрацию препарата в очаге поражения. До получения результатов бактериологического исследования, а также в случаях невозможности идентифицировать возбудитель антибактериальные препараты назначают с учетом характера клинической картины и тяжести заболевания. При этом применяют бактерицидные антибиотики широкого спектра действия, обычно полусинтетические пенициллины и цефалоспорины. Например: Цефотаксим -[лекарственное средство](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D1%81%D1%80%D0%B5%D0%B4%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0), полусинтетический [антибиотик](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8) группы [цефалоспоринов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B5%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D1%8B) III поколения, широкого спектра действия, для парентерального введения. Препарат эффективен в отношении многих [граммположительных](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4_%D0%93%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B0) и обладает высокой активностью к [граммотрицательным](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4_%D0%93%D1%80%D0%B0%D0%BC%D0%B0) [бактериям](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B8). Влияет бактерицидно на [штаммы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%BC) бактерий, стойких к [пенициллину](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D0%BD), [аминогликозидам](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B7%D0%B8%D0%B4%D1%8B), [сульфаниламидам](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%84%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%B4%D1%8B). Механизм антимикробного действия Цефотаксима связан с угнетением активности [фермента](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B5%D1%80%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82) [транспептидазы](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BF%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D0%B7%D0%B0&action=edit&redlink=1) блокадой [пептидогликана](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%BD), нарушением образования [мукопептида](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%B8%D0%B4&action=edit&redlink=1) [клеточной стенки](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%B0) микроорганизмов.

Rp.:Sol. Cefotaximi 1,0

D.t.d. N10 in amp.

S. Внутримышечно 2 раза в день.

1. Дезинтоксикационная терапия. Назначают: 1)Обильное питье. 2) Глюкоза - вводят внутривенно струйно и капельно, так как она является универсальным антитоксическим средством.

Rp.: Sol. Glucosi 5% - 200,0 ml.

D.t.d. N. 5

S: Для внутривенного введения.

1. Хлорид кальция - препарат Ca2+, восполняет дефицит Ca2+, необходимого для осуществления процесса передачи нервных импульсов, сокращения скелетных и [гладких мышц](http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/283612), деятельности [миокарда](http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/137708). Снижает проницаемость [клеток](http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/970076) и сосудистой стенки, предотвращает развитие воспалительных реакций, повышает устойчивость организма к инфекциям и может значительно усиливать [фагоцитоз](http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/68767) (фагоцитоз, снижающийся после приёма [NaCl](http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/204), возрастает после приема Ca2+). При внутривенном введении стимулирует симпатический отдел вегетативной нервной системы, усиливает выделение [надпочечниками](http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/118607) [эпинефрина](http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/232509), оказывает умеренное [диуретическое](http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/47406) действие.

Rp.: Kalii chloride - 4% - 10,0

D.t.s.В/в капельно

1. Улучшение дренажной функции и бронхиальной проходимости достигается назначением отхаркивающих (йодид калия, мукалтин, бромгексин, термопсис), бронхолитических средств, ферментных препаратов (трипсина, химотрипсина, рибонуклеазы, камфоры). Бромгексин. Муколитик. Механизм действия: муколитический эффект связан с деполимеризацией и разжижением мукопротеиновых и мукополисахаридных волокон, стимулирует образование сурфактанта. Показания: бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма, туберкулез легких. Побочные действия: аллергические реакции, диспепсические расстройства. Rp.: Tab. Bromhexini 0,008 D.T.D.N. 40 S. По 1 таблетке 2 раза в день.
2. Для нормализации АД

Магния сульфат - при [парентеральном](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE) введении оказывает седативное, диуретическое, артериодилатирующее, противосудорожное, антиаритмическое, гипотензивное, спазмолитическое, в больших дозах. Mg2+ является "физиологическим" [БМКК](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80_%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D1%85_%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%86%D0%B8%D0%B5%D0%B2%D1%8B%D1%85_%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B2) и способен вытеснять его из мест связывания. Регулирует обменные процессы, межнейрональную передачу и мышечную возбудимость, препятствует поступлению Ca2+ через пресинаптическую мембрану, снижает количество [ацетилхолина](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%86%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BB%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%BD) в [периферической нервной системе](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0&action=edit&redlink=1) и [центральной нервной системе](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BD%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0). Расслабляет [гладкую мускулатуру](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BB%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B8%D0%B5_%D0%BC%D1%8B%D1%88%D1%86%D1%8B), снижает [артериальное давление](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B4%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) (преимущественно повышенное), усиливает диурез. Антиаритмическое действие - Mg2+ снижает возбудимость кардиомиоцитов, восстанавливает ионное равновесие, стабилизирует клеточные мембраны, нарушает ток Na+, медленный входящий ток Ca2+ и односторонний ток K+. Кардиопротекторный эффект обусловлен расширением коронарных артерий, снижением [ОПСС](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9E%D0%9F%D0%A1%D0%A1&action=edit&redlink=1) и агрегации [тромбоцитов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82). Системные эффекты развиваются почти мгновенно после внутривенного и через 1 ч после внутримышечного введения. Длительность действия при внутривенном введении - 30 мин, при внутримышечном - 3-4 ч.

Rp.: Magnii sulfatis - 25% - 5,0

D.t.s.В/в капельно

**Прогноз**

По основному заболеванию прогноз для жизни благоприятный. Возможно полное выздоровление при адекватном лечении и проведении соответствующей реабилитации.

**Профилактика**

Профилактика только не специфическая

1) проведение профилактических осмотров для выявления очагов хронической инфекции;

2) санация полости рта и зева;

3) оздоровление санитарных условий в учебных и рабочих помещениях, борьба с запыленностью воздуха;

4) своевременность и широкое проведение профилактических прививок;

5) борьба с курением и алкоголизмом;

6) закаливание организма;

7) широкая санитарно-просветительная работа среди населения.

**Используемая литература**

1. Непосредственное исследование больного, А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин, Москва, изд. Медпресс-информ, 2005
2. Болезни органов дыхания. Под ред. Фазлыевой Р.М., Уфа-2003
3. Внтуренние болезни, под редакцией Ф.И. Комарова, Москва, изд. Медицина, 1990 г.
4. Лекарственные средства, М.Д. Машковский, Харьков, изд. Торсинг, 1997 г.
5. Дифференциальная диагностика внутренних болезней, Роберт Хэгглин, Москва, изд. Инженер, 2000 г.