**Официальные данные**

* Н н н
* 72 года
* Водитель
* Поступил:
* Начало курации:
* Окончание курации:

**Жалобы**

При поступлении: температура тела 39оС, кашель с выделением мокроты с примесью крови «ржавая», общая слабость.

На момент курации: одышка при ходьбе, недомогание, головокружение, слабость.

**Опрос по системам органов**

Общее состояние: Общая слабость, головокружение при физической нагрузке, раздражительность, подавленное настроение.

Система органов дыхания:

Нос: свободное дыхание, крылья носа не участвуют в акте дыхания, кровотечение из носа.

Одышка: экспираторная, периодическая, усиливается при быстрой ходьбе, при подъёме на лестницу, облегчается в покое.

Система органов кровообращения: выраженные отёки на нижних конечностях до нижней трети бедра.

Кроветворная система: десневые, носовые кровотечения

Эндокринная система:

Слабость: периодическая, облегчение после отдыха.

Масса тела: постепенное похудание.

Кожа: влажная

Система органов пищеварения: тяжесть в правом подреберье.

Нервная система:

Самооценка: спокойный

Сон: нормальный

Память: снижена (на текущие события; на события прошлых лет)

Заключение: на основании полученных жалоб можно сделать вывод, что в патологический процесс вовлечена система органов дыхания, кровообращения, пищеварения и нервная система. Выявлены следующие синдромы:

1. Интосикационный – повышенная температура тела, слабость.
2. Синдром дыхательной недостаточности – одышка.
3. Гепатомегалия – тяжесть в правом подреберье.

**Anamnesis Morbi**

В довольно морозный день 19 февраля 2011 года, больной решил зайти проведать своего друга. В гостях выпили бутылку водки, к вечеру отправился домой. Ночью резко поднялась температура до 39оС, самостоятельно принимал парацетамол. Затем появился кашель со слизистой мокротой. На следующий день больному стало хуже. Жена вызвала «Скорую» и его доставили в больницу.

Заключение: Заболевание началось остро.

**Anamnesis vitae**

Родился 18 сентября 1939 года, в городе \*\*\*. В семье 3-ое детей, был младшим ребёнком. Со слов больного детство было тяжёлое, приходилось работать, голодать. Простудными заболеваниями болел крайне редко. В школе учился хорошо, занимался спортом (футбол). Закончив 7 классов, пошел работать в колхоз. Заразными болезнями не болел, травмы и операции не получал. Аллергии на лекарственные препараты нет. Хроническая интоксикация: курение от 25–45 лет, употребление алкоголя. Болеет ИБС: постоянной формой мерцательной аритмии, поэтому принимает дигоксин. Сейчас живёт с супругой в частном доме.



Легенда:

I1 – Шарин Яков Владимирович, не болел, погиб на Великой Отечественной Войне.

I2 – Шарина Валентина Георгиевна, данных нет.

II1 – Шарин Алексей Яковлевич, умер по неизвестным причинам.

II2 – Шарин Георгий Яковлевич, не болел, погиб в Афганитсане.

II4 – Шарина Зоя Константиновна, гипертоническая болезнь.

III1,4 – данных нет.

III2,4 – погибли в автокатастрофе.

IV1,2 – данных нет.

Заключение: есть подозрения на предрасположенность к алкоголизму, предрасположенность к ХОБЛ (курение в течении 20-ти лет). Генеалогический анамнез не отягощен.

**Status praesens communis**

**Общий осмотр**

Общее состояние: средней тяжести, сознание помрачённое, положение больного в постели активное, телосложение непропорциональное, конституция нормостеническая.

Кожные покровы: Желтушный, эластичность сохранена, умеренная потливость, сосудистые звёздочки.

Подкожная клетчатка: Слабое отложение жира, выраженные отеки нижних конечностей до нижней трети бедра.

Лимфатические узлы не увеличены

Подкожные вены: расширенные, симптом «головы медузы»

голова: нормоцефалия, наклонена вперёд, симптом Мюссе отсутствует.

Шея: ярёмные вены расширены, искривления нет, щитовидная железа не пальпируется.

Лицо: лицо Корвизара - веки опущены, склера жёлтая, крылья носа не участвуют в акте дыхания; губы сухие и цианотичные; язык высовывает мало, прямо, величина не изменена, сухая поверхность, сосочки умеренно выражены.

**Исследование органов дыхания**

Осмотр грудной клетки: нормостеник, наблюдается ассиметрия: правая часть грудной клетки больше, чем левая, частота дыхательных движений равна 18 в минуту, дыхание поверхностное.

Пальпация: эластичность гр. клетки снижена, усиление резистентности, голосовое дрожание усилено в нижних отделах с 2-х сторон.

Сравнительная перкуссия: над лёгкими определяется тупой звук в нижних отделах с 2-х сторон, линия Демуазо.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы лёгкого | Правое лёгкое (см) | Левое лёгкое (см) |
| Высота стояния верхушек | 4 | 4 |
| Ширина поле Кренига | 7 | 7 |

Нижние границы лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Парастернальная | 4 | - |
| Среднеключичная | 4 | - |
| Переднеаксилярная | 4 | 6 |
| Среднеаксилярная | 5 | 7 |
| Заднеаксилярная | 6 | 8 |
| Лопаточная | 7 | 9 |
| Паравертебральная | 8 | 10 |

Подвижность нижнего лёгочного края

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое лёгкое (см) | Левое лёгкое (см) |
| Среднеключичная | 3 | - |
| Среднеаксилярная | 4 | 5 |
| Лопаточная | 3 | 4 |

Аускультация лёгких: характер основных дыхательных шумов - везикулярное дыхание ослаблено в нижних долях легких, с двух сторон. Побочные дыхательные шумы - влажные среднепузырчатые хрипы в обоих легких на нижних долях.

**Исследование органов кровообращения**

Осмотр области сердца и сосудов: верхушечный толчок не определяется, внесердечной пульсации не определяется.

Пальпация: верхушечный толчок локализуется в V м.р. по ср.ключичной линии, площадь 2 кв/см, слабой силы.

Симптом «кошачьего мурлыкания» отрицательный.

Пульс несимметричный на обеих руках, неритмичный, 76 уд/мин, мягкий, пустой, малый.

Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная | Абсолютная |
| Правая | В IV м/р на 1см кнаружи от правого края грудины | IV м/р левый край грудины |
| Левая | В V м/р по среднеключичной линии (т.е. смещена от нормы влево на 2 см) | V м/р на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | IIIм/р на 1,5 см кнаружи от левой парастернальной линии | IVм/р На 1,5см кнаружи от левой парастернальной линии |

Длинник сердца по Курлову 16 см;

Поперечник сердца по Курлову 14см;

Ширина сосудистого пучка 6 см.

Аускультация сердца и сосудов: соотношение тонов сердца сохранено, тоны приглушенные, ЧСС 76 ударов в минуту, количество тонов 2, тембр обычный, раздвоение не выслушивается, ритм неправильный, дополнительные внесердечные и внутрисердечные шумы не выслушиваются. АД: 130/85 мм.рт. ст. на обеих руках.

**Исследование органов брюшной полости**

Осмотр живота: форма «лягушачий живот», асцит, симметрична, подкожные вены выражены «голова медузы».

Пальпация: поверхностная – болезненности нет, локального и общего напряжения нет, грыжевые ворота по белой линии, симптом Щёткина-Блюмберга отрицателен, опухолевых образований не выявлено. Глубокая - уплотнений и болезненности при пальпации не выявлено, толстый кишечник не доступен для пальпации. Мышцы развиты умеренно, тонус сохранен.

Пальпация печени: передненижний край закругленный, поверхность гладкая.

Пальпация желчного пузыря: не пальпируется, симптом Ортнера отрицателен.

Пальпация селезёнки: пальпируется, увеличена в размерах.

Перкуссия живота: тимпанический звук, симптом Менделя отрицательна, симптом флюктуации положительна, границы печени по Курлову 15\*9\*7см, симптомы Ортнера, Василенко, Захарьина отрицательные. Размеры селезенки по Курлову: поперечник 7 см, длинник 9 см.

Аускультация живота: выслушивается умеренная перистальтика кишечника. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не выслушиваются.

**Исследование органов мочевыделения**

Осмотр: покраснения, припухлости, отечности кожи не выявляется, надлобковая область не изменена.

Пальпация:почки и мочевой пузырь не пальпируются.

Перкуссия: Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь на 4 см ниже пупка. Перкуторный звук над лобком тимпанический.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании всех жалоб больного, можно предположить, что в патологический процесс вовлечены системы: дыхательная, кровообращения, кроветворения, пищеварения и нервная.

**Выявленные синдромы:**

1. Интоксикационный – повышенная температура тела, общая слабость, потливость, снижение массы тела.
2. Синдром инфильтрации лёгочной ткани в нижних отделах с 2-х сторон – усиление резистентности, снижена эластичность гр.клетки, тупой перкуторный звук, усиление голосового дрожания, среднепузырчатые хрипы в нижних отделах с 2-х сторон.
3. Астено-вегетативный синдром - слабость, подавленное настроение, снижение работоспособности, раздражительность.
4. Синдром желтухи – желтушность кожных покровов и слизистых.
5. Печёночная недостаточность – помрачённое сознание, нарушение ориентировки во времени, память снижена.
6. Асцит – в горизонтальном положении живот распластан «лягушачий живот», положительный симптом флюктуации.
7. Портальная гипертензия – расширенные вены на передней поверхности живота «голова медузы», асцит, спленомегалия.
8. Гепато-югулярный рефлюкс – расширенные ярёмные вены которые при надавливании на область печени выбухают.
9. Гепатолиенальный – увеличенные печень и селезёнка.
10. Синдром выпотного плеврита справа – линия Демуазо.

**Диагноз:** внебольничная 2-х сторонняя нижнедолевая пневмония. ДН1 (по Дембо). Экссудативный плеврит справа. ХСН: 2Б, 3 функциональный класс. Кардиальный фиброз печени с возможной трансформацией в цирроз.

**План дополнительных методов исследования больного**

1. Общий анализ крови (выявление наличия или отсутствия воспалительного процесса, RW, ВИЧ, гепатиты B, C);
2. Общий анализ мочи (наличие эритроцитов, продукты распада белка);
3. Биохимический анализ крови (на билирубин, АСТ, АЛТ, альбумин, С-реактивный белок с целью диагностировать воспалительные поражения печени);
4. Микроскопическое исследование мокроты (выявить вид бактерии, на АК, КУМ, на чувствительность к антибиотику);
5. ЭКГ (для подтверждения аритмии);
6. ЭхоКГ (выявить нарушения фракции выброса);
7. Рентгенография органов грудной клетки, в прямой и боковой проекциях (определить точное расположение патологического очага в легких; уточнить гипертрофии отделов сердца);
8. ФГДС (на наличие расширенных сосудов в слизистой пищевода и желудка, на ЯБЖ и ЯБДПК).
9. Ректоскопия (на наличие расширенных сосудов в слизистой прямой кишки)
10. Плевроцентез (лечебно-диагностическая пункция т.е. убрать выпот; поиск АК);
11. Спироанализ (исключить ХОБЛ).

**Результаты дополнительных методов исследования больного**

1. **Общий анализ крови:** Гемоглобин- 100 г/л; лейкоциты- 15\*109/л ; СОЭ- 40 мм/ч; эритроциты-3,2\*104/л; эозинофилы-3; базофилы-1; метамиелоциты-3; палочкоядерные-9; сегментоядерные-46; лимфоциты-22; моноциты-16. В общем анализе крови наблюдается лейкоцитоз, сдвиг ЛФ влево и ускоренное СОЭ, что свидетельствует о воспалительном процессе. RW, ВИЧ, гепатиты B, C, отрицательны.
2. **Общий анализ мочи:** протеинурия (свидетельствует о тяжести интоксикации); билирубин, уробилин (является показателем недостаточности печени).
3. **Биохимический анализ крови:** Общий билирубин - 38 мкмоль/л (3,4-20,52 мкмоль/л); Непрямой билирубин – 20,1 мкмоль/л (1,7-17,1 мкмоль/л); прямой билирубин – 15,9 мкмоль/л (0,86-5,3 мкмоль/л); повышение АЛТ – 1,1 мккат/л (0-0,1 мккат/л (повреждение гепатоцитов)); повышение АСТ – 1,6 мккат/л (0-0,8 мккат/л (повреждение кардиомиоцитов)); альбумин -30% (48-61%); С-реактивный белок отрицательный.
4. **Анализ мокроты:** мокрота содержит много лейкоцитов, макрофагов, клеток цилиндрического эпителия, возбудителем является Стафилококк золотистый (тест на амоксиклав положителен; АК, КУМ не обнаружено).
5. **ЭКГ:** ЧСС = 76 уд/мин, отсутствие зубца P; наличие патологических зубцов f, имеющих различную форму и амплитуду; интервалы R – R не регулярны; комплексы QRS имеют нормальную форму.
6. **ЭхоКГ:** Нарушение систолической дисфункции левого и правого желудочка, уменьшение фракции выброса менее 40%, увеличение конечного диастолического давления в полости левого и правого желудочка.
7. **Рентгенография:** на основании рентгенограмм диагноз подтверждён



1. **ФГДС:** отмечается расширение вен слизистых пищевода и желудка, язвы желудка и ДПК не выявлено.
2. **Ректоскопия:** отмечается расширение вен слизистой.
3. **Плевроцентез:** Стафилококк золотистый, следовательно экссудат.
4. **Спироанализ:** по данным результатам ХОБЛ исключается.

Заключение: Результаты дополнительных методов исследования не противоречат предварительному диагнозу.

**Клинический диагноз и его обоснование**

* **Основное заболевание** – внебольничная двухсторонняя нижнедолевая пневмония подтверждена: рентгенограммой, лейкоцитозом, синдромом уплотнения лёгочной ткани, интоксикационным синдромом, лихорадкой.
* **Осложнение основного заболевания** – правосторонний экссудативный плеврит подтверждён: рентгенограммой, плевроцентезом.
* **Сопутствующие заболевание** – ИБС: мерцательная аритмия подтверждена: ЭКГ. ХСН: 2Б, III ф.к. подтверждена: ЭхоКГ-ой, асцитом, портальной гипертензией, экссудатом в плевре, появление в крови АСТ. Кардиальный фиброз печени подтверждён: тяжесть в правом подреберье, портальная гипертензия, астено-вегетативный синдром, печёночная желтуха, гепатолиенальный синдром, ОАК – анемия, эритропения, ОАМ – билирубинурия, уробилинурия, Б/Х анализ крови – повышение билирубина общего, прямого и непрямого, появление в крови АЛТ, гипоальбуминемия, гипопротеинемия.

**Дифференциальный диагноз**

Различия м/у внебольничной двусторонней пневмонией и двусторонней застойной пневмонией:

|  |  |
| --- | --- |
| Застойная пневмония (вторичная) | Внебольничная пневмония (первичная) |
| Протекает вяло, без характерных жалоб. Начинается на фоне застойных явлений, незаметно. Внезапно появляются слабость, одышка, кашель. Температура тела субфебрильная может быть даже в норме. Мокроты мало. Лейкоцитоз бывает редко, СОЭ не повышено. Часто располагается в нижних отделах лёгких.Перкуторный звук в нижнезадних отделах легких притуплён, дыхание ослаблено, выслушиваются обильные звучные влажные хрипы. | Протекает прогрессивно, в течение суток появляются интоксикационный синдром, кашель, обильная мокрота, температура тела 39-40оС, лейкоцитоз, повышение СОЭ. Перкуторный звук в нижнезадних отделах легких притуплён, дыхание ослаблено, выслушиваются влажные хрипы. |

**Заключение:** Исходя, из данных таблицы можно сделать вывод, что у больного была уже застойная пневмония (из-за сердечной недостаточности), которая в последующем при попадании инфекции в дыхательные пути развилась внебольничная двусторонняя нижнедолевая пневмония.

**Причины поражения печени на фоне ХСН:** замедление кровообращения усиливает переполнение кровью центральных вен долек и развивается центральная портальная гипертония, затем присоединяется гипоксия вследствие возникает центролобулярный некроз гепатоцитов, далее начинается разрастание соединительной ткани (фиброз).

**Причины поражения печени на фоне алкоголя:** при приёме алкоголя (этанола) в гепатоцитах накапливаются жирные кислоты и холестерин и развивается стеатоз печени, которая обратима при прекращении приёма. При систематическом употреблении алкоголя (3-5 лет) развивается алкогольный гепатит под воздействием прямого цитопатического действия ацетальдегида. У 8-20% интенсивно пьющих людей, развивается алкогольный цирроз печени.

**Заключение:** На основании вышеперечисленных данных можно сделать вывод, что причиной поражения печени пациента является оба фактора, но более вероятней поражение за счёт ХСН, чем алкоголь т.к. мы не имеем данных о точном количестве приёма алкоголя больным.

**План лечения и его обоснование**

1. Лечение пневмонии предусматривает ликвидацию очага воспаления (этиологическое лечение) антибиотиками. И лечение симптомов самого воспаления легких (симптоматическая терапия).

Антибактериальная терапия:

Rp.: Tabl. Amoxiсlavi 0,5

D.t.d. № 20

S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.

Побочные действия: В большинстве случаев побочные эффекты слабые и преходящие, чаще встречаются со стороны органов ЖКТ: потеря аппетита, тошнота, рвота, диарея. Возможно развитие суперинфекции, стоматита; в редких случаях — псевдомембранозного колита с тяжелой диареей. Могут возникать аллергические реакции: зуд, кожные высыпания.

Муколитик (разжижение мокроты) и отхаркивающее средство:

Rp.: Tabl. Ambroxoli 0,003

D.t.d. №10

S. По 1 таблетке 3 раза в день во время еды.

Побочное действие: Аллергические реакции: кожная сыпь, крапивница, ангионевротический отек, в отдельных случаях - аллергический контактный дерматит, анафилактический шок.

2. Лечение печёночной недостаточности путём нормализации онкотического давления (заместительной терапии) переливать плазму свежезамороженную из расчета 15 мл/кг массы тела с последующим, через 4 - 8 часов, повторным переливанием плазмы в меньшем объеме (5 - 10 мл/кг).

3. Мочегонная терапия для выведения жидкости из организма:

Rp.: Furosemidi 2% - 1ml

D.t.d. # 10 in ampulis

S. По 1мл внутривенно 2раза в день.

Побочное действие:

Со стороны ЦНС: головокружение, мышечная слабость, судороги; в отдельных случаях при применении препарата в высоких дозах у пациентов с выраженными нарушениями выделительной функции почек - нарушения слуха, зрения, парестезии.

Со стороны пищеварительной системы: сухость во рту; редко - тошнота, рвота, диарея.

Со стороны обмена веществ: транзиторная гиперурикемия (с обострением подагры), повышение уровня мочевины и креатинина; в отдельных случаях - гипергликемия.

Дерматологические реакции: дерматит.

Прочие: в отдельных случаях - анафилактический шок, изменения картины периферической крови.

4. Терапевтический парацентез с однократным выведением асцитической жидкости и одновременным внутривенным введением 10 г альбумина на 1,0 л удаленной асцитической жидкости и 150-200 мл полиглюкина.

5. Гемодез для дезинтоксикации организма.

Rp.: Sol. Haemodesi 400,0

D.t.d. # 2

S. Вводить по 400 мл внутривенно, капельно, медленно через день.

Побочные действия: понижение артериального давления, тахикардия, затруднение дыхания.

6.Лечение постоянной формы мерцательной аритмии: продолжить применение дигоксина.

**Рекомендации**

Предусматривается исключение бытовых вредностей, в том числе употребления алкоголя, нарушений режима дня и отдыха, погрешностей питания. Следует избегать любых физических усилий, вызывающих повышение внутрибрюшного давления. Рекомендуется диета №5 (по Певзнеру), но следует проявлять осторожность в употреблении большого количества белоксодержащих продуктов.