**Паспортная часть**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения:

3. Дата поступления в клинику:

4. Мать-\*\*\*\*\*\*, \*\*\*\* – банк, кредитный эксперт. Отец-\*\*\*\*\*\*\*, ТЭЦ, аппаратчик.

5. Ходит в детский сад №.

# 6. Адрес:

# 7. Клинический диагноз:Внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония. Затяжное течение. ДН 0.

Anamnesis morbi

# 1. Основные жалобы больного при поступлении:

# Поступила с жалобами на частый малопродуктивный кашель, больше ночью, заложенность носа. Жалобы на вялость и недомогание.

2. История настоящего заболевания:

Больна в течение месяца, когда появился кашель, насморк. Лечилась амбулаторно (получала цефтацидин в/м и симптоматическую терапию) и стационарно. В процессе лечения кашель сохранялся. 12.05.09 была сделана Rg. Поставлен диагоз – правосторонняя нижнедолевая пневмония. Была направлена в ДОКБ, 6 дней получала цефтриаксон., 12.05.09 госпитализирована во 2 ХО.

3. Заключение по анамнезу: предположение о поражении дыхательной системы, в частности легких.

**Сведения о семье**

Социально-бытовой анамнез: Мать- \*\*\*\*\*, 26 лет, кредитный эксперт. Вредные привычки отрицает. Отец-\*\*\*\*\*, 26 лет, аппаратчик. Вредные привычки отрицает. Квартира двухкомнатная благоустроенная, ребенок имеет отдельную комнату. Режим дня соблюдается. За ребенком ухаживает мать, внимания уделяет достаточно. Единственный ребенок в семье.

Гинекологический анамнез: Ребенок от первой беременности.

Акушерский анамнез: Течение беременности физиологическое, протекавшая с хронической гипоксией плода. Условия режима питания и труда во время беременности благоприятные. Роды первые, срочные. Родилась девочка без асфиксии, в родильном зале приложена к груди. Период первичной адаптации протекал благополучно.

Аллергологический анамнез: не отягощен

Период новорожденности: Ребенок родился в срок 41 неделя 07.06.06.

При рождении состояние удовлетворительное, без асфиксии. Состояние в отделении новорожденных удовлетворительное. Масса тела при рождении: 3690г. Рост при рождении:53 см. Окружность груди 33 см. Окружность головы 34 см. Пупочный канатик отпал на 4 сутки. Выписан из родильного дома на 6 сутки с массой 3400 г.

Развитие ребенка: Начал сидеть с 6 месяцев, стоять – с 8 месяцев, ходить – с 12 месяцев. Первые зубы появились в 6 месяцев, количество зубов к одному году – 4. Психическое развитие нормальное, ходит в Детский Сад №. Вредных привычек нет.

Перенесенные заболевания: Частые ОРВИ, ринит.

**Объективное обследование**

Состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирована, настроение ровное, адекватна, контактна. Осанка и походка не изменены. Менингеальные симптомы отрицательны, координационные пробы выполняет. Дермографизм красный, нестойкий. Конституция нормостеническая.

Кожные покровы – бледно-розового цвета; сыпи, кровоизлияний, участков депигментации не выявлено, эластичность кожи нормальная, сухость не отмечена.

Подкожно-жировой слой развит умеренно (толщина жировой складки - 1 см), распределен равномерно. Отеки не выявлено.

Лимфоузлы (подчелюстные, подбородочные, передние и задние шейные, подчелюстные, глубокие шейные, преларингеальные, претрахеальные, подключичные, надключичные, подмышечные, кубитальные, паховые) - не увеличены, безболезненны, с кожей и между собой не спаяны. Кожа над лимфоузлами не изменена.

Мускулатура - степень развития мускулатуры соответствует возрасту, тонус и сила мышц в норме, болезненности нет.

Суставы – безболезненны, деформации и дефигурации не выявлено, движения в суставах в полном объеме, кожа над суставами не изменена.

Костная система - развита пропорционально. Отсутствие болезненности при надавливании и поколачивании. Искривления позвоночника не выявлено.

# **Система дыхания**

Осмотр грудной клетки: Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон. Носовое дыхание сохранено. Частота дыхания - 26 в минуту. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхательные движения ритмичны, средней глубины. Грудной тип дыхания.

Пальпация грудной клетки: Грудная клетка эластичная, безболезненная. Межреберные промежутки не расширены. Голосовое дрожание усилено в 4-5 межреберье справа.

Перкуссия легких: Сравнительная. Над всей поверхностью легких ясный легочной звук, притупление в 4-5 межреберье справа.

Топографическая. Высота стояния верхушек легких спереди - на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка. Ширина полей Кренига - 3 см.

Нижние границы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| место перкуссии | правое легкое | левое легкое |
| окологрудинная линия | 5-е межреберье | - |
| среднеключичная линия | 6-е ребро | - |
| передняя подмышечная линия | 7-е ребро | 7-е ребро |
| средняя подмышечная линия | 8-е ребро | 8-е ребро |
| задняя подмышечная линия | 9-е ребро | 9-е ребро |
| лопаточная линия | 10-е ребро | 10-е ребро |
| околопозвоночная линия | остистый отросток 11-го грудного позвонка | остистый отросток 11-го грудного позвонка |

Подвижность нижнего края легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | правое легкое | левое легкое |
| На вдохе | на выдохе |  сумма | на вдохе | на выдохе | сумма |
| среднеключичная | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| средняя подмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

Аускультация. Над легкими с обеих сторон выслушивается жесткое дыхание, справа под лопаткой влажные, мелкопузырчатые хрипы. При бронхофонии усиление в 4-5 межреберье справа.

# **Сердечно-сосудистая система**

Осмотр и пальпация сосудов. Видимой пульсации артерий нет. Венный пульс не выражен. Состояние височных, сонных, плечевых артерий при пальпации - стенки не уплотнены, с одинаковой пульсацией. Венозного застоя нет.

Артериальный пульс на лучевых артериях симметричен, нормального наполнения и напряжения, частота – 102 в минуту.

АД - 100/70 мм рт. ст.

Осмотр области сердца.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 м/р 2х2 см, умеренной силы. Симптом «кошачьего мурлыканья» не выявлен. Истинная и передаточная пульсация печени не обнаружена.

Перкуссия сердца

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| границы сердца | правая | левая | верхняя |
| относительнаятупость | на 1 см к наружи от правого края грудины | на 1 см кнутри от левой срединно- ключичной линии | на уровне 3 ребра по левой парастернальной линии |
| абсолютнаятупость | по левому краю грудины | на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии | на уровне 4 ребра по левой парастернальной линии |

Левая граница левого предсердия при перкуссии по 3-му межреберью за левый край грудины не выступает. Поперечник относительной тупости сердца равен 12 см. Ширина сосудистого пучка - 6 см. Конфигурация сердца нормальная.

Аускультация сердца. Во всех аускультативных точках тоны сердца ясные ритмичные, соотношение тонов не изменено, патологических шумов не выявлено. При аускультации сосудов патологического шума не выявлено.

# **Система пищеварения**

Осмотр полости рта. Язык нормальной величины, бледно-розовый, влажный, сосочки языка выражены. Десны розовые, безболезненны, без патологии. Зев и задняя стенка глотки в норме. Миндалины нормальной величины, розовые, чистые.

Осмотр живота. Живот нормальных размеров, пупок втянут. Подвижность брюшной стенки в норме. Живот симметричен, равномерно участвует в акте дыхания. Геморрагических пятен нет. Подкожные вены не расширены, асцита нет.

Ориентировочная поверхностная пальпация живота. Напряжение брюшной стенки не определяется, болезненность отсутствует. Поверхностных уплотнений нет. Расхождения мышц брюшной стенки не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско. Сигмовидная кишка: локализация - в левой подвздошной области, форма -цилиндрическая, диаметр - 2 см, подвижность - 4 см, болезненность - нет, консистенция - плотная, поверхность - гладкая.

Слепая кишка: локализация - в правой подвздошной области, форма - цилиндрическая, диаметр - 3 см, подвижность - 2 см, болезненность - нет, консистенция - мягкая, поверхность - гладкая. Подвздошная кишка и аппендикс не пальпируются. Восходящая ободочная кишка: локализация - в правом фланге живота, форма - цилиндрическая, диаметр - 2 см, подвижность - 2 см, болезненность - нет, консистенция - мягкая, поверхность - гладкая.

Нисходящая ободочная кишка: локализация - в левом фланге живота, форма - цилиндрическая, диаметр - 2 см, подвижность - 1.5 см, болезненность - нет, консистенция - плотная, поверхность - гладкая.

Поперечная ободочная кишка: локализация - на уровне пупка, форма - цилиндрическая, диаметр - 2.5 см, подвижность - 3 см, болезненность - нет, консистенция - плотноватая, поверхность - гладкая.

Желудок: большая кривизна пальпируется на 2 см выше пупка в виде плотного валика, малая кривизна не пальпируется, привратник пальпируется в виде плотного тяжа.

Пальпация поджелудочной железы: поверхностная - симптомы Кача и Керта – отрицательные; глубокая - пальпация по Гроту: в точках Де-Жардена, треугольнике Шофара, точках Мейо-Робсона 1 и 2 отсутствует. Френикус-симптом - отрицательный.

Пальпация желчного пузыря: симптомы Захарьина, Образцова-Мерфи, Кера, Курвуазье-Терье, Мюсси-Георгиевского отрицательные.

Пальпация печени: поверхностная - болезненности нет, глубокая - край печени не выступает за нижний краем правой реберной дуги; мягкий, округлый, ровный, безболезненный.

Перкуссия области живота.

Желудка: нижняя граница на 3 см выше пупка, определяется тимпанический звук, шум плеска отсутствует.

Кишечника: в местах проекции кишечника определяется тимпанический звук различных оттенков и степени притупления.

Желчного пузыря: симптомы Грекова-Ортнера, Василенко - отрицательные.

Печени:

|  |  |
| --- | --- |
| Линия | Положение края печени |
| окологрудинная справа | верхний край 6 ребра |
| срединно-ключичная справа | верхний край 6 ребра |
| передняя подмышечная справа | верхний край 7 ребра |
| передняя подмышечная справа | 10 ребро |
| срединно-ключичная справа | нижний край правой реберной дуги |
| срединно-грудинная | нижний край правой реберной дуги |

Ординаты по М. Г. Курлову: 9х8х7 см.

Аускультация области живота.

Желудка - определяется нижняя граница на 3 см выше пупка.

Кишечника - перистальтика умеренная, равномерная.

Шум трения брюшины не выслушивается.

Исследование селезенки

Пальпация - не пальпируется.

Перкуссия - размеры 4х6 см.

Аускультация- шум трения брюшины над селезенкой не выслушивается.

Заключение: патологии не выявлено.

# **Система мочеотделения**

Осмотр области почек – припухлости, деформации, гиперемии в поясничной области нет. Выбухания брюшной стенки над почками и мочевым пузырем не обнаружено.

Пальпация – почки не пальпируются, болезненности при пальпации нет.

Перкуссия - симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При осмотре и пальпации надлобковой области патологии не обнаружено.

Половые органы и вторичные половые признаки развиты в соответствии с полом и возрастом.

Заключение: патологии не выявлено.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб, анамнеза и данных объективного осмотра (продуктивный кашель, не проходящий в течение 3 недель, затруднение носового дыхания, слабость, вялость, недомогание, усиление голосового дрожания, притупление, выслушивание справа под лопаткой влажные, мелкопузырчатые хрипы и жесткое дыхание) можно поставить диагноз - внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония. Затяжное течение. ДН 0.

**План обследования**

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови.
3. Общий анализ мочи.
4. Анализ кала на копрограмму.
5. Кал на яйца глист.
6. ЭКГ.
7. Рентгенография грудной клетки.

**Результаты обследований**

1.ОАК (13.05.09.)

|  |  |
| --- | --- |
| ПОКАЗАТЕЛЬ | ЗНАЧЕНИЕ |
| Эритроциты | 5.1\*1012/л |
| Гемоглобин | 141 г/л |
| Цветной показатель | 0.89 |
| СОЭ | 10 мм/час |
| Лейкоциты | 5\*109/л |
| Палочкоядерные | 2% |
| Сегментоядерные | 47% |
| Базофилы | - |
| Эозинофилы | 2 |
| Моноциты | 6% |
| Лимфоциты | 43% |
| Тромбоциты | 398\*109/л |

Заключение: анализ крови без особенностей.

2.ОАМ(13.05.09.)

цвет – светло-желтый, прозрачная,

плотность – 1013;

белок – 0,066 г/л;

эритроциты 0-1 в п/зр,

лейкоциты 10-15 В п/зр,

Заключение:

3. Исследования кала: (13.05.09)

Заключение: при посеве кала патогенных микробов кишечной группы не обнаружено.

4. Рентгенологическое исследование(12.05.09.)

На снимке определяется грудная клетка обычной формы. Корни лёгких расширены. Легочной рисунок инфильтрирован больше справа. Синусы свободные. Сердце без особенностей.

Заключение: правосторонняя пневмония.

5. ЭКГ (13.05.09)

Заключение: ритм синусовый, регулярный. ЧСС 120 ударов в минуту. ЭОС - вертикальная (угол α +81). Проводимость в норме.

**Дифференциальная диагностика**

Пневмонию чаще всего дифференцируют от ОРВИ, на фоне которой она в большинстве случаев развивается, а также от острого бронхита и бронхиолита.

Для ОРВИ характерны интоксикация, нарушение самочувствия, катаральные изменения в носоглотке, высокая температура тела в первые дни заболевания. Температура тела нормализуется у большинства больных в первые 3 дня болезни. В лёгких отсутствуют локальные физикальные и рентгенологические изменения.

Для острого бронхита, развившегося на фоне ОРВИ, характерны умеренное повышение температуры тела, кашель, сначала сухой, затем влажный. Одышки, как правило, нет. При перкуссии определяют коробочный оттенок звука. Часто дыхание становится жёстким, появляются рассеянные разнокалиберные хрипы с обеих сторон, исчезающие или меняющие характер после кашля. При рентгенологическом исследовании выявляют усиление лёгочного рисунка, снижение структурности корней лёгких. Локальные клинико-рентгенологические изменения в лёгких отсутствуют.

Бронхиолит по остроте и выраженности клинических симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности часто сходен с острой пневмонией. При этом на первый план быстро выходит дыхательная недостаточность, определяя тяжесть заболевания. Развиваются выраженная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, эмфизема, периоральный и общий цианоз, быстро присоединяется лёгочно-сердечная недостаточность. При перкуссии над лёгкими определяется коробочный звук, аускультативное дыхание чаще ослаблено, выслушивается большое количество рассеянных мелкопузырчатых хрипов. В отличие от пневмонии отсутствуют клинически выявляемые локальные изменения в лёгких и инфильтративно-воспалительные очаги в лёгочной паренхиме при рентгенологическом исследовании.

**Клинический диагноз**

Внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония. Затяжное течение. ДН 0.

Обоснование диагноза: Жалобы на продуктивный кашель, чаще ночью, заложенность носа. Больна в течение 3 недель, лечилась амбулаторно, положительной динамики симптомов не было. Контактировала с больными детьми. При пальпации усиление голосового дрожание в 4-5 межреберье справа, здесь же притупление перкуторного тона, выслушивается жесткое дыхание и сухие свистящие мелкопузырчатые хрипы.

Рентгенологическое исследование: На снимке определяется снижение прозрачности легочной ткани в нижних отделах справа, здесь же усиление легочного рисунка, синусы свободные.

Заключение: правосторонняя пневмония.

Рентгенологическое исследование носа: На рентгенограмме носа определяется незначительное утолщение слизистых оболочек гайморовых пазух.

Заключение: катаральный гайморит.

# **Дневники курации**

|  |  |
| --- | --- |
| 11.03.2009 |  |
| ЧСС 83.ЧД – 19.АД – 100/70.T=36.60С. | Жалобы на продуктивный кашель, заложенность носа. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистые без изменений. Зев умеренно гиперемирован, язык не обложен. Миндалины не увеличены, лимфоузлы не увеличены. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца не изменены. Дыхание жесткое, ослаблено в 4-5 межреберье, там же сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации болезненность отсутствует. Стул, диурез в норме.  |
| 13.03.2009 |  |
| ЧСС –85.ЧД – 20АД – 100/70.T=36.50С. | Жалобы на продуктивный кашель, возникает реже, заложенность носа. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистые без изменений. Зев умеренно гиперемирован, язык не обложен. Миндалины не увеличены, лимфоузлы не увеличены. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца не изменены. Дыхание жесткое, в 4-5 межреберье ослаблено, выслушиваются сухие свистящие хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. |
| 16.03.2009 |  |
| ЧСС – 82ЧД – 19.АД – 100/70.T=36.60С. | Жалобы на кашель, возникающий реже. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистые без изменений. В зеве спокойно, язык не обложен. Миндалины не увеличены, лимфоузлы не увеличены. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца не изменены.Дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы справа. Живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации болезненность отсутствует. Стул и диурез в норме. |

**Лечение**

Режим 3

Диета (стол № 15)

Медикаментозное лечение:

1.Цефалоспорины.

Rp.: Ceftriaxoni 1,0

D.t.d. № 20

Signa: развести содержимое флакона в 2 - 3 мл изотонического раствора натрия хлорида. Вводить 1 раз в день внутримышечно.

2.Закапывание сложных капель по 2 капли 3 раза в день.

3. Микстура от кашля по 10 мл 3 раза в день.

4.Ингаляции с лазолваном – 1 мл 2 раза в день, с беродуалом в кап. 2 раза в день.

5. Массаж.

6. УВЧ на пазухи.

7. Индуктотермия на грудную клетку.

8. Витаминотерапия (алфавит, селмевит)

9.Дезинтоксикационная терапия :

Sol. Natrii chloridi 0,9 % - 250 ml

**Патогенез**

Основной путь проникновения инфекции в лёгкие - аэрогенный. Возбудители, попадая в дыхательные пути, распространяются по ним в респираторные отделы лёгких, чему способствует предшествующая ОРВИ. Вирусы, поражающие слизистую оболочку дыхательных путей, нарушают защитную барьерную функцию эпителия и мукоцилиарный клиренс. Избыточная продукция слизи в верхних дыхательных путях защищает микроорганизмы от бактерицидного действия бронхиального секрета, способствуя их проникновению в терминальные респираторные бронхиолы. Здесь микроорганизмы интенсивно размножаются и вызывают воспаление с вовлечением прилегающих участков паренхимы лёгкого. Формированию воспалительного очага в лёгких способствуют также нарушение проходимости бронхов и развитие гипопневматозов. Нарушения проходимости бронхов, расстройства микроциркуляции, воспалительная инфильтрация, интерстициальный отёк и снижение воздушности лёгочной паренхимы приводят к нарушению диффузии газов и гипоксемии. Последняя сопровождается респираторным ацидозом, гиперкапнией, компенсаторной одышкой и появлением клинических признаков дыхательной недостаточности и гипоксии тканей. Пневмония у детей нередко сопровождается не только дыхательной, но и сердечно-сосудистой недостаточностью, возникающей в результате циркуляторных нарушений, перегрузки малого круга кровообращения, обменно-дистрофических изменений миокарда.

**Профилактика**

Основные принципы профилактики пневмонии основываются на проведении общих санитарно-гигиенических мероприятий (режим труда, питания, борьба с запыленностью, проветривание помещений, изоляция больных и т.д.) и личной профилактике. Последняя предусматривает систематическое закаливание организма, исключение перегреваний и переохлаждений. Важную роль играет своевременное осуществление противоэпидемических мероприятий, включая вакцинацию против гриппа, рациональное лечение респираторных вирусных инфекций.

Питание ребёнка должно соответствовать возрастным потребностям в энергии, белках, жирах и углеводах. Однако, учитывая снижение аппетита в острый период заболевания, больного следует кормить часто, малыми порциями, предлагать ему любимые блюда. После улучшения самочувствия, нормализации температуры тела аппетит быстро восстанавливается. Следует ограничить количество углеводов, так как они усиливают бродильные процессы в кишечнике, а метеоризм, высокое стояние диафрагмы затрудняют дыхательные движения, усиливают одышку. Очень важен рациональный питьевой режим с учётом физиологической суточной потребности в жидкости. Объём получаемой жидкости следует корригировать соответственно дополнительным неощутимым потерям (повышенная температура тела и одышка).

**Прогноз**

Прогноз благоприятный.

Смертность среди больных, переносящих нетяжелую внебольничную пневмонию, как правило, не превышает 5%.Внебольничные пневмонии в подавляющем большинстве случаев заканчиваются выздоровлением.

Необходимо соблюдать следующие рекомендации:

Питание ребёнка должно соответствовать возрастным потребностям в энергии, белках, жирах и углеводах. Очень важен рациональный питьевой режим с учётом физиологической суточной потребности в жидкости. Употреблять в пищу свежие овощи и фрукты, проводить витаминопрофилактику (например, витамины «Алфавит»). Избегать переохлаждений.