Паспортная часть:

Ф. И.О.

Возраст:

Профессия:

Домашний адрес

Дата поступления в клинику:

Дата начала курации:

## Основные жалобы

На момент поступления больной предъявляет жалобы на боль в грудной клетке в нижней доли слева, колющего характера постоянная в течения дня, усиливающаяся при глубоком дыхании. Одышка смешанного характера периодическая при подъеме по лестнице на четвертый этаж, проходящая в покое через 5мин.

Общее на повышение температуры тела до 39,5°С, недомогание, снижение аппетита, быструю утомляемость, слабость, головную боль.

Anamnesis morbi

Считает себя больным в течение 2 недель, заболевание связывает с переохлаждением на работе, появились боли в грудной клетке при глубоком дыхании в нижней доли слева, колющего характера, одышка смешанного характера, возникающая при значительной физической нагрузке, проходящая в покое. На боль и одышку внимания не обращал, лечения никакого не принимал. Через две недели повысилась температура до 40°С. Лечился самостоятельно принимал ацетилсалициловую кислоту улучшения состояния не почувствовал. Вечером вызвал скорую помощь, сделали инъекцию, отмечал улучшение, снизилась температура до 37,5°С, уменьшилась головная боль, к утру почувствовал ухудшение, усилились боли в грудной клетки, повысилась температура до 39,5°С, появилась слабость, недомогание, головная боль. В данное время, в связи с ухудшением состояния, находится на лечении в городской больнице №3.

ANAMNESIS VITAE

Общебиографические сведения:

Родился 23.06. 1973г. в селе … района. В данный момент живет ….

Социальный анамнез:

Родился в семье вторым ребенком, материальные условия удовлетворительные, условия питания удовлетворительные.

ДЕТСТВО:

Рос и развивался нормально от сверстников не отставал, в школе учился удовлетворительно, от занятий не был освобожден занимался физкультурой.

Профессиональный анамнез:

После армии работал продавцом. Настоящее время работает строителем.

Бытовой анамнез:

Разведен, имеет 2 дочерей. Санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Живет вместе с сестрой.

Питание регулярное, характер пищи смешанный.

Перенесенные заболевания:

Туберкулез и венерические заболевания отрицает.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:

Контакт с инфекционными больными и высоколихорадящими отрицает.

Трансфузионный анамнез:

Переливание крови отрицает

Аллергологический анамнез:

В детстве и в настоящее время аллергии на пищевые продукты, лекарства и химические вещества не отмечает.

ХРОНИЧЕСКИЕ ИНТОКСИКАЦИИ:

Курение с 21 года, количество сигарет в день 5-6, употребление алкоголя в умеренных количествах.

Наследственность

I

II

III

Легенда: I1 бабушка пробанда по отцовской линии умерла причина смерти неизвестна.

I2 дедушка пробанда по отцовской линии умер от гипертонической болезни.

I3 дедушка пробанда по материнской линии умер, причина смерти неизвестна.

I4 бабушка пробанда по материнской линии умерла, причина смерти неизвестна.

II5 отец пробанда страдает гипертонической болезнью.

II6 мать пробанда здорова.

Ш 7пробанд страдает внебольничной пневмонией нижнедолевая слевой стороны, средней степени тяжести, ДН-1

Заключение: на основании анализа генеалогического дерева наследственного характера данного заболевания у этого больного не выявлено.

STATUS PRAESENS COMMUNIS

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение больного активное, телосложение пропорциональное, конституция нормостеническая, походка быстрая, осанка прямая, рост 173, вес 70кг. Температура тела на момент поступления 39,5°С, тип лихорадки постоянная. Кожные покровы телесного цвета, без пигментации, Эластичность кожи сохранена. Истончение или уплотнение кожи не наблюдается, отсутствие кератодермии. Влажность кожных покровов умеренная, сыпи не выявлено. Ногти овальной формы, ломкости, поперечной исчерченности не наблюдается. Подкожная клетчатка умеренной толщины, наибольшее отложение жира на животе, отеки не наблюдаются. Лимфатические узлы единичные, пальпируются подчелюстные справа и слева размерами 0,5Ч0,5см округлой формы, эластичной консистенции, безболезненные, подвижные, неспаянные с окружающими тканями, изъязвлений и свищей нет. Затылочные, шейные, надключичные, подключичные, локтевые, биципитальные, подмышечные, подколенные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Подкожные вены малозаметные, тромбов и тромбофлебитов не выявлено. Голова овальной формы, окружность головы 60см, гидроцефалии и микроцефалии не наблюдается положение головы прямое, дрожание и качание - симптом Мюссе отрицательный. Шея не искривлена. Щитовидная железа не пальпируется. Выражение лица живое, глазная щель симметричная веки обычного цвета, дрожание, ксантелазмы, ячмень, дерматомиозиновые очки не наблюдаются, конъюнктива бледная, умеренной влажности, подконъюнктивальные кровоизлияния не обнаружены, склеры бледные, зрачки округлой формы реакция зрачков на свет прямая и содружественная сохранена, симптомы Греффе, Штельвага, Мебиуса отрицательны, нос заостренной формы, крылья носа участвуют в акте дыхания, изъязвления кончика носа не наблюдается, губы ярко-красного цвета, сухие, углы рта симметричны, открывание рта и полное, высыпаний (герпетическая сыпь, телеангиоэктазы, язвы) трещины не обнаружены, «симптом кисета» отрицательный, запах изо рта кисловатый, слизистые оболочки полости рта и твердого неба бледно-розового цвета, афт, пигментации, пятен Белбского-Филатова-Коплика, кровоизлияний телеангиоэктазы на слизистой оболочки полости рта не обнаружено, десны бледно-розового цвета, серая кайма, разрыхленности и кровоточивости не наблюдается, зубы кариозные, зубной камень, зубная формула:

|  |  |
| --- | --- |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 |

Язык больной высовывает свободно, цвет языка розовый, дрожание языка нет, язык обложен белым налетом, нормальной величины, тещины, прикусы, язвочки, отпечатков зубов нет. Миндалины правильной формы, не выступают из-за дужек, розового цвета, налета, гнойных пробок и язвочек нет.

## Исследование опорно-двигательного аппарата

Осмотр:

Конфигурация суставов: шаровидной формы, деформации не наблюдается.

Величина окружности сустава: коленного - 35см, локтевого-27см, голеностопного-25см.

Окраска кожи над коленными суставами не изменена.

Степень развития мышечной системы – мышцы развиты соответственно возрасту. Атрофии и гипертрофии мышц нет.

Наличие деформаций суставов и искривлений костей (Х-образная, О-образная, саблевидная формы, «барабанные палочки») не наблюдаются, «симптом мертвого пальца» отрицательный.

Поверхностная пальпация:

Исследование кожной температуры - над поверхностью суставов не изменена.

Объем активных и пассивных движений во всех плоскостях-в полном объеме.

Симптомы: подбородок-грудина, Томайера, Форестье, Отта, Шобера, проба «фабере» отрицательны

Суставные шумы не наблюдаются

Глубокая пальпация:

Наличие выпота в полости сустава или утолщения синовиальной оболочки не обнаружено.

Наличие «суставных мышей» нет

Выявление болезненности: (двупальцевая бимануальная пальпация, симптом «флюктуации», симптом переднего и заднего «выдвижного ящика», симптом Кушелевского) не выявлены

Оценка мышечной системы статические и динамические силы не изменены, нормотония.

Перкуссия

Перкуссия костей безболезненна.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Осмотр грудной клетки:

Грудная клетка правильной формы, нормостеническая. Без искривлений. Симметричная. Экскурсия обеих половин грудной клетки при дыхании не равномерная. Отставание левой стороны грудной клетки в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Частота дыхательных движений 18 в минуту, ритм дыхания правильный. Экскурсия грудной клетки 4 см.

Пальпация грудной клетки:

Грудная клетка резистентна, безболезненна при пальпации.

Усиление голосового дрожания в нижнем отделе слева в подлопаточной области.

Ощущения трения плевры при пальпации нет.

Сравнительная перкуссия легких:

При сравнительной перкуссии легких определяется притупление в нижней доли слева в подлопаточной области. В остальных отделах легких определяется ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Высота стояния верхушек | 4 | 4 |
| Ширина полей Кренинга | 6 | 6 |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная | 5м/р | - |
| Среднеключичная | 6м/р | - |
| Переднеаксиллярная | 7м/р | 7 м/р |
| Среднеаксиллярная | 8м/р | 8 м/р |
| Заднеаксиллярная | 9м/р | 9 м/р |
| Лопаточная | 10м/р | 10 м/р |
| Паравертебральная | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Среднеключичная | 3 | - |
| Среднеаксиллярная | 4 | 6 |
| Лопаточная | 3 | 4 |

Аускультация: Выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы, усиление бронхофонии в нижней доли слева в подлопаточной области. В остальных отделах легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, бронхофония не изменена. нхофонии в нижней доли справа. Исследование органов кровообращения

Осмотр области сердца и сосудов:

Дефигурации в области сердца нет. Верхушечный толчок визуально не определяется. Систолического втяжения в области верхушечного толчка не определяется. Пульсации во II и IV межреберьях слева нет. Пульсации во внесердечной области: пляска каротид, пульсация шейных вен в яремной ямке, эпигастральная пульсация - не обнаружено. Пульс Квинке отрицательный.

Пальпация в области сердца:

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберьи на 2см кнутри от среднеключичной линии, умеренной силы, S=1,5 смІ. Систолическое и диастолическое дрожание: (симптом «кошачьего мурлыканья») отрицательный.

Пульс 70 в минуту, синхронный, регулярный, равномерный, ритмичный, умеренного напряжения, наполнения, величины, скорости, дефицита пульса нет.

Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| границы | относительная | абсолютная |
| Правая | На уровне 4 ребра на 1см кнаружи от правого края грудины | В 4 межреберьи на 2см левее передней срединной линии |
| Левая | На 2 см кнутри от левой среднеключичной линии. | На 2 см кнутри от среднеключичной линии. |
| верхняя | III межреберье по левой парастернальной линии | IV межреберье слева по парастернальной линии |

Длинник сердца 17 см.

Поперечник сердца 14 см.

Ширина сосудистого пучка 6см.

Конфигурация сердечного притупления нормальная

Аускультация сердца и сосудов:

Тоны сердца: выслушиваются в количестве двух, обычной силы, тембр не изменен, нормокардия.

ЧСС 70 уд в мин. Ритм правильный. Раздвоение, расщепление, появление дополнительных шумов не выслушивается. Внутрисердечные и внесердечные шумы (шум трения плевры, плевроперикардиальный шум трения) не прослушиваются. Сосудистые шумы(симптом «волчка», двойной шум Виноградова-Дюразье, симптом Сиротинина-Куковверова, над брюшной аортой и почечными сосудами) не выявлены.

АД на обеих руках 130/80мм. рт. ст.

АД на обоих бедрах 140/90мм. рт. ст.

Исследование органов брюшной полости

Осмотр живота:

Живот округлой формы, симметричный. Живот участвует в акте дыхания. Перистальтические и антиперистальтические движения визуально не определяются. Подкожные венозные анастомозы на передней брюшной стенке не развиты. Окружность живота 78см.

Пальпация живота:

При поверхностной пальпации живот безболезнен. Напряжения брюшной стенки нет. Грыжевых отверстий в области пупочного кольца не обнаружено. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Опухолевых образований не обнаружено.

При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде, гладкого, плотного цилиндра, диаметром ~ 4см, безболезненная, не урчащая, подвижная. Пальпируется слепая кишка в правой подвздошной области в виде гладкого, плотного цилиндра, диаметром 4 см безболезненная, не урчащая, подвижная. Восходящие отделы толстой кишки, нисходящие отделы толстой кишки, червеобразный отросток не пальпируются. Желудок безболезнен, поверхность гладкая, консистенция эластичная. Аускультофрикцией и аускультоперкуссией граница желудка определяется на 3см выше пупка справа и слева от срединной линии.

Поперечно - ободочная кишка, поджелудочная железа не пальпируются. Край печень не выступает из под правой реберной дуги, край закруглен, мягкий, поверхность ровная. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Курвуазье. Френикус феномен, симптом Образцова-Мерфи отрицательны. Селезенка не пальпируется.

Перкуссия живота

При перкуссии выявляется тимпанический перкуторный звук. Симптом Менделя отрицательный. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Границы печени по Курлову 9х8х7см.

Симптомы Ортнера, Захрьина, Василенко отрицательные.

Размер селезенки по Курлову 4 х 6см.

Аускультация живота

Над брюшной полостью прослушивается перистальтика кишечника (урчание). Шума трения брюшины нет. Систолический шум над аортой и почечными артериями не прослушивается.

Исследование органов мочевыделения

Осмотр

Покраснения, припухлости, отечности в поясничной области не наблюдается.

Выпячиваний над лобком нет.

Перкуссия

Симптом поколачивания справа и слева отрицательный.

При перкуссии в надлобковой области притупления перкуторного звука нет.

Пальпация

В горизонтальном и вертикальном положении почки не пальпируются.

При пальпации в надлобковой области очагов уплотнения не выявлено. Пальпация безболезненна.

## Предварительный диагноз и его обоснование

На основании жалоб больного:

На боль в грудной клетке колющего характера в нижней доли слева при глубоком дыхании.

На одышку смешанного характера, появляющаяся при подъеме по лестнице на 4й этаж, проходящая в покое в течении 5ти минут.

На повышение температуры тела до 39,5°С, слабость, недомогание, головную боль, быстрая утомляемость.

Можно предположить что в патологический процесс вовлечена дыхательная система.

На основании жалоб и объективного исследования можно выделить следующие синдромы:

Синдром инфильтрации легочной ткани, т.к у больного имеется одышка смешанного характера появляющаяся при умеренной физической нагрузке, боль в грудной клетке при глубоком дыхании. При осмотре отмечается отставание грудной клетки в акте дыхания слева. При пальпации отмечается усиление голосового дрожания в нижней доли слева, уменьшение экскурсии грудной клетке. При перкуссии определяется притупление звука в нижней доли слева, уменьшена подвижность нижнего легочного края в нижней доли слева. При аускультации легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы, усиление бронхофонии в нижней доли слева.

Синдром интоксикации, т.к у больного отмечается повышение температуры тела до 39,5°С, слабость, недомогание, снижение аппетита, головная боль, быстрая утомляемость.

Синдром ДН-1, т.к у больного появляется одышка смешанного характера, появляющиеся при значительной физической нагрузке (при подъеме на 4 этаж), проходящая в покое в течении 5ти мин.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни больного можно выделить факторы риска: курение в течение14 лет, частое переохлаждение, ведущее к возникновению ОРВИ.

Внебольничная, т.к. заболевание началось вне больницы, острое начало.

Пневмония т.к. имеется синдром инфильтрации легочной ткани, синдром интоксикации.

Нижнедолевая слева т.к имеется усиление голосового дрожания, бронхофонии в нижней доли слева, притупление звука в нижней доли слева, уменьшена подвижность нижней доли слева.

Средней степени тяжести т.к температура тела поднималась до 39,5єС, интоксикация умеренно выражена.

ДН-1 т.к имеется одышка смешанного характера, появляющиеся при значительной физической нагрузке (при подъеме на 4 этаж), проходящая в покои в течении 5ти мин.

На основании всего выше перечисленного можно поставить предварительный диагноз: внебольничная пневмония в нижней доли слева легкого средней степени тяжести ДН - 1

## План лечения и его обоснование

Диета: сбалансированное, калорийное, витаминизированное питание

Антибактериальная терапия:

Rp: Amoxycillini 1000000 ЕД

D. t. d. № 60 in ampulis

S: По 100000 ЕД развести в 2мл 0,5% раствора новокаина, водить в/м 6 раз в сутки в течении 10 дней.

Препарат относят к антибиотикам действующим преимущественно на грамположительные бактерии, стафилококки, не продуцирующие пенициллиназу, стрептококки пневмококки. Антибиотик широкого спектра действия.

Дезинтоксикационная терапия:

Rp: Sol Glucosi 5% - 200 ml

D. t. d. № 5

S: для в/в ведения капельно 1 раз в сутки в течении 5 дней.

С целью улучшения микроциркуляции, уменьшения интоксикации, повышения защитных сил организма.

Противовоспалительная терапия

Rp: Indometacini 0,15

D. t. d. № 15 in tabulettis

S: по 0,15 г 3 раза в день, в течение 5 дней

С целью ликвидации воспалительного отёка, улучшения микроциркуляции и вентиляции лёгких. После окончания антибактериальной терапии, с целью рассасывания инфильтрата легочной ткани.

Обладает противовоспалительным эффектом, анальгетическим, жаропонижающим.

Антиоксидантная терапия:

Rp: Acidi ascorbinici 2,0

D. t. d. № 10 in tabulettis

S: По 1 таблетки 3 раза в сутки, в течении 5дней.

Основные эффекты кислоты связаны с ее участием в окислительно-восстановительных процессах. В результате окисления кислоты аскорбиновой в дегидроаскорбиновую. Процесс обратимый и сопровождается переносом водородов. Учувствует в образовании основного вещества соединительной ткани и синтезе коллагена.

Мембраностабилизирующий эффект.

Отхаркивающие препараты:

Rp: Tabulettas «Ambrocsolum»№ 30ml

D. S. По 1 таблетки 3 раза в сутки в течении 7 дней.

Муколитическое действие препарата обусловлено деполимеризацией мукопротеинов и мукополисахаридов мокроты, что приводит к ее разжижению. Стимуляция продукции эндогенного поверхностно-активного вещества (сурфактанта), образующегося в альвеолярных клетках. При этом нормализуется секреция бронхиальных желез, улучшаются реологические свойства мокроты, уменьшается ее вязкость, облегчается выделение мокроты из бронхов. С целью улучшения дренажной функции. С целью улучшения дренажной функции.

6. Физиолечение:

Электрофорез с лидазой в течении 10 дней.

ЛФК - дыхательная гимнастика.

Лечение для данного больного.

Диета: сбалансированное, калорийное, витаминизированное питание

Антибактериальная терапия:

Rp: Amoxycillini 1000000 ЕД

D. t. d. № 60 in ampulis

S: По 100000 ЕД развести в 2мл 0,5% раствора новокаина, водить в/м 6 раз в сутки в течении 10 дней.

Препарат относят к антибиотикам действующим преимущественно на грамположительные бактерии, стафилококки, не продуцирующие пенициллиназу, стрептококки пневмококки. Антибиотик широкого спектра действия.

Дезинтоксикационная терапия:

Rp: Sol Glucosi 5% - 200 ml

D. t. d. № 5

S: для в/в ведения капельно 1 раз в сутки в течении 5 дней.

С целью улучшения микроциркуляции, уменьшения интоксикации, повышения защитных сил организма

Антиоксидантная терапия:

Rp: Acidi ascorbinici 2,0

D. t. d. № 10 in tabulettis

S: По 1 таблетки 3 раза в сутки, в течении 5дней.

Основные эффекты кислоты связаны с ее участием в окислительно-восстановительных процессах. В результате окисления кислоты аскорбиновой в дегидроаскорбиновую. Процесс обратимый и сопровождается переносом водородов. Участвует в образовании основного вещества соединительной ткани и синтезе коллагена.

Мембраностабилизирующий эффект.

Физиолечение:

Электрофорез с лидазой в течении 10 дней.

ЛФК - дыхательная гимнастика.

Отхаркиваюшее средство:

Rp: Tab. Bromhexini 0008-20

D. S: По 1 таблетке 4 раза в сутки в течении 5 дней.

Этиология и патогенез.

Причины возникновения пневмонии - поражение патогенным возбудителем респираторных отделов легких. Спектр возбудителей зависит от типов пневмонии.

При внебольничных пневмониях наиболее часто возбудителями выступают стрептококк, микоплазма, хламидия, легионелла, стафилококк, клебсиелла, вирус гриппа на период эпидемии. При внутрибольничных наиболее частыми возбудителями среди грамположительной микрофлоры являются золотистый стафилококк, стрептококк, среди грамотрицательной микрофлоры - клебсиелла, ишерихия, протеус, легионелла, гемофильная палочка, а также анаэробы, вирусы, кандида, пневмоцист. Грамотрицательная кишечная микрофлора более типична для лиц, проживающих в домах престарелых, чем для лиц, проживающих дома. Существенной проблемой при внутрибольничных пневмониях является полирезистентность возбудителей к антибактериальным средствам. Ранняя вентилятор-ассоциированная пневмония, развивающаяся течение 48-96часов нахождения на ИВЛ, как правило, связана с обычной микрофлорой полости рта. Поздняя более 96 часов нахождение на ИВЛ – с нозокомиальными грамотрицательными бактериями.

Пневмония у лиц с иммунодефицитом может быть вызвана цитомегало вирусом, пневмоцистам, патогенными грибами, атипичными микобактериями, а также другими микроорганизмами. ВИЧ-ассоциированные пневмонии бывают обусловленные пневмоцистами, стрептококками, гемофильной палочкой, следует помнить, что один из основных легочных маркеров синдрома приобретенного иммунодефицита является микобактерия туберкулеза.

Аспирационная пневмония часто бывает связана облигатными анаэробами или их ассоциациями с аэробной грамотрицательной микрофлорой, обитающей в ротовой полости глотки. Пневмонию, вызванную анаэробами, особенно часто наблюдают при аспирации большого объема рвотных масс или при содержании в них вирулентной анаэробной микрофлоры. Нарушение кашлевого рефлекса также увеличивает риски пневмонии, равно как нарушение мукоцилиарного клиренса и дисфункции альвеолярных макрофагов. Источником анаэробных возбудителей пневмонии фузобактерия, актиномицета, спирохеты и анаэробные стрептококки считают щели между зубами и деснами и зубной налет.

Классификация пневмонии:

По возникновению: внебольничные (первичные, возникают вне больничной обстановке), нозокомиальные (госпитальные, развиваются через 48 часов и позднее после госпитализации).

По течению: острые, затяжные(более 4 недель).

По локализации: в правом легком, левом легком, с поражением обоих легких, доли или сегмента.

По степени тяжести:

Легкой степени тяжести.

Средней степени тяжести.

Тяжелой степени тяжести.

Крайне тяжелой степени.

Возникновение пневмонии чаще всего обусловлено пневмококком, микоплазмой, гемофильной палочкой, клебсиеллой, стафилококком, вирусом. Каждая из этих инфекций вносит свои особенности в клинику пневмонии и требует дифференцированной терапии.

Микроорганизмы, вызывающие пневмонию, проникают в легкие чаще всего трансбронхиальным путем при вдыхании возбудителя либо путем аспирации содержимого носоглотки. Значительно реже микроорганизмы проникают гематогенным заносом из отдаленного инфекционного очага или распространением инфекции с соседних органов.

Однако, несмотря на постоянную ингаляцию микроорганизмов с воздухом и аспирацию содержимого ротоглотки, воздухоносные пути дистальнее гортани остаются стерильными или же содержат небольшое количество микробной флоры. Это обусловлено функционированием защитных механизмов системы органов дыхания.

Обобщая данные о местных механизмов защиты бронхолегочного аппарата, можно сгруппировать основные из них следующим образом:

при аспирации какого-либо материала происходит рефлекторное закрытие голосовой щели;

с помощью кашлевого рефлекса удаляются из легких различные инфицированные частицы;

кроме того, эффективное функционирование ресничного эпителия (мукоцилиарный транспорт) позволяет перемещать любые инородные частицы в более крупные бронхи, из которых они удаляются при отхаркивании или глотании;

важным защитным механизмом является трахеобронхиальная секреция антибактериальных веществ(лизоцим, лактоферрин, итерферон)

клеточные механизмы защиты в легких представлены альвеолярными макрофагами и нейтрофилами, фагоцитирующими и транспортирующими ингалируемые частицы, в основном из альвеол;

системы иммунологической защиты бронхолегочного аппарата представлены Ig А, секретируемым слизистой бронхов, Т-лимфоцитами.

Развитие пневмонии обычно связано с условиями, которые ведут к повреждению этих защитных механизмов бронхов. Прорвав защитные механизмы бронхов, возбудитель посредством хемотаксиса достигает эпителиальных клеток, осуществляет адгезию на них и последующую колониализацию, формируя воспалительный процесс. Возбудители, выделяющие экзотоксины, способствуют возникновению реакции, ограничивающей участки воспаления. Аналогичное отграничение наблюдается при распространении воспалительного процесса в бронхах.

Возбудители, которые не выделяют экзотоксина, при попадании непосредственно в альвеолы вызывают выраженный серозный отек, служащий не только прекрасной средой для их размножения, но и посредством распространения в соседние альвеолы через поры Кона, причем этот процесс не ограничивается пределами дольки, сегмента.

## Результаты дополнительных методов исследования

Общий анализ крови (от 01.09.08)

Эритроциты 4,4х1012/л

Лейкоциты 10,3х109/л

Нb 158 г/л

СОЭ 21 мм/ч

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| базофилы | эозинофилы | юные | п/я | с/я | лимфоциты | моноциты |
| - | 2 | - | 1 | 58 | 32 | 8 |

Показатели в норме

Общий анализ мочи (от 01.09.08)

Цвет: светло-желтый

Мутность: прозрачная

Относительная плотность 1021

Реакция кислая

Белок отрицательный

Сахар отрицательный

Эпителий 1-2 вп/з

Лейкоциты 3-4 вп/з

Соли оксалаты +++

АНАЛИЗ КРОВИ НА САХАР (от 01.09.08)

5,3ммоль/л

Биохимический анализ крови (от 01.09.08)

Креатинин 79(норма 53-122 мкмоль/л)

Билирубин общий 11,0

Прямой 11,0

АЛТ - 68 ЕД

АСТ - 68 ЕД

Мочевина 4,0ммоль/л

ЭКГ

Ритм синусовый,70 в минуту, нормокардия.

RI > RII >RIII - ЭОС отклонена влево.

Рентгенография органов грудной клетки(от 01.09.08):

Справа без патологии. Слева в S10 легкие гомогенно, интенсивно затемнены элементы корня легкого не просматриваются.

Заключение: синдром инфильтрации легочной ткани в S10 слева.

Рентгенография органов грудной клетки(от 01.09.08)

Справа без патологии. Слева динамика умеренно положительная, затемнение легкого ниже 5 ребра. Элементы корня легкого более структурные.

## Дифференциальный диагноз (основного заболевания)

Инфильтративный туберкулез легких: отсутствует эффект от противомикробной терапии. Рентгенологически инфильтрат имеет округлую или овальную форму с четкими контурами, не редко виден симптом дорожки в виде тонко линейной тени, идущей к корню легкого. Характерно наличие очагов-отсевов. Многократное исследование мокроты и промывных вод бронхов позволяет обнаружить микобактерии туберкулеза.

Периферический рак легкого: прорастание опухоли в плевру сопровождается болевым синдромом. Прорастание опухоли в бронх сопровождается кашлем, появлением мокроты и кровохарканьем. Часто локализуется в передних сегментах верхних долей. В рентгенологической картине рака легкого выделяют такие характерные признаки, как лучистость контура, увеличение тени на динамических снимках. Опухолевый процесс с прогрессировании дает метастазы. Для подтверждения диагноза рака легкого показаны цитологическое исследование мокроты, томография, пункционная биопсия.

Ателектаз легкого характеризуется смещением средостения в сторону поражения, подъемом купола диафрагм и сужением межреберных промежутков на стороне поражения. Над местом поражения отмечается укорочение легочного звука, ослабление дыхания. Рентгенологически определяется повышенная прозрачность при отсутствии легочного рисунка, резко ограничена треугольная тень уменьшенного сегмента или доли легкого.

ТЭЛА: чаще развивается у больных, страдающий тромбофлебитом нижних конечностей и таза пребывающих длительное время в постели, при мерцательной аритмии, в послеоперационном периоде. У молодых женщин легочные тромбоэмболии иногда развиваются на фоне приема пероральных контрацептивов. Для инфаркта легкого характерна, боль в груди, при полисегментарном поражении - одышка и цианоз, тахикардия и артериальная гипотензия. Аускультация может выявить ослабления дыхания и шум трения плевры. При поражении одного сегмента на рентгенограммах выявляют гомогенную тень треугольной формы, обращенную основанием к висцеральной плевре, а верхушкой - к воротам легких. Информативно проведение перфузионного радиозотопного сканирования, при котором онаруживают ишемические «холодные» зоны в легких. На ЭКГ появляется картина острой или подострой перегрузки правых отделов сердца.

## Клинический диагноз и его обоснование

На основании выполненных лабораторных обследований выявлено в общем анализе крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, о чем свидетельствует о воспалительном процесс. При инструментальном обследовании: рентгенография органов грудной клетки - справа без патологии. Слева - ниже третьего ребра легкие гомогенно интенсивно затемнены. Элементы корня легкого не просматриваются. Свидетельствует об инфильтрации легочной ткани в нижней подлопаточной области слева, что подтверждает пневмонию.

Таким образом, на основании данных дополнительных методов обследования можно подтвердить синдром легочной инфильтрации, что подтверждает предварительный диагноз: внебольничная пневмония нижней доли левого легкого, S10, средней степени тяжести, ДН-1.

## План дополнительных исследований больного

Общий анализ крови-(определение лейкоцитоза, увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) для выявления воспалительного процесса.

Общий анализ мочи - для выявления воспалительного процесса.

Анализ крови на сахар. - определение скрытой формы сахарного диабета

Биохимический анализ мочи. - определение фибриногена, СРБ, общего белка которые характеризуют воспалительный процесс.

Общий анализ мокроты - на БК.

Анализ мокроты на атипические клетки - для исключения онкопатологии.

Анализ мокроты на определение микроорганизма и его чувствительности к антибиотикам – с целью выявления возбудителя и его чувствительности к антибиотикам.

Спирография – определения функции внешнего дыхания.

ЭКГ - признаки гипертрофии правых отделов сердца.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки с целью диагностики и регистрации на рентгеновской пленке патологических изменений органов дыхания.

## Этапный эпикриз

Больной … поступил 01.09. 2008года с жалобами на боль в грудной клетке в нижней доли слева, колющего характера постоянная в течения дня, усиливающаяся при глубоком дыхании. Одышка смешанного характера периодическая при подъеме по лестнице на четвертый этаж, проходящая в покои через 5мин. На повышение температуры тела до 39,5°С, недомогание, снижение аппетита, быструю утомляемость, слабость, головную боль. Объективно: отставание грудной клетки в акте дыхания, экскурсия уменьшена, при пальпации усиление голосового дрожания в подлопаточной области слева, при перкуссии определяется притупление в подлопаточной области слева, выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы, усиление бронхофонии в подлопаточной области слева. Из дополнительных методов исследования выявлено: лейкоцитоз 10,3х109/л, РОЭ-17, сахар крови 5,3ммоль/л. Рентгенография органов грудной клетки от 01.09.08(Заключение: Справа без патологии. Слева ниже 3 ребра легкие гомогенно, интенсивно затемнены элементы корня легкого не просматриваются). Назначено лечение амоксициллин 1000000ЕД 6 раз в день в/м, анальгин 50% -2,0 + димедрол 1% -1,0 2 раза в день в/м, глюкоза 5% -400мл в/в 1 раз в сутки. На фоне лечения: отмечается улучшение купировалась боль в грудной клетке, уменьшилась одышка, снизилась температура тела. рентгенография органов грудной клетки от 01.09.08. (Справа без патологии. Слева динамика умеренно положительная, затемнение легкого ниже 5 ребра. Элементы корня легкого более структурные). Планируется консультация физиотерапевта и физиолечение.

## Заключительный эпикриз

Больной …. поступил 01.09. 2008года с жалобами на боль в грудной клетке в нижней доли слева, колющего характера постоянная в течения дня, усиливающаяся при глубоком дыхании. Одышка смешанного характера периодическая при подъеме по лестнице на четвертый этаж, проходящая в покои через 5мин. На повышение температуры тела до 39,5°С, недомогание, снижение аппетита, быструю утомляемость, слабость, головную боль. Объективно: Экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерна, ЧД=16 в мин, экскурсия 6см, голосовое дрожание не изменено по всем полям легких, при перкуссии определяется ясный легочной звук, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, бронхофония не изменена. Из дополнительных методов исследования выявлено: лейкоцитоз 8,3х109/л, РОЭ-17, сахар крови 7,3ммоль/л, плевральная пункция (количество 190 мл, цвет с/ж, уд. вес 1019, белок 10,0, эритроциты большое количество, лейкоциты сплошь в поле зрения). Рентгенография органов грудной клетки от 01.09.08(Заключение: Справа без патологии. Слева ниже 3 ребра легкие гомогенно, интенсивно затемнены элементы корня легкого не просматриваются). Элементы корня легкого более структурные). Проведено физиолечение. На фоне лечения отмечается улучшение купировалась боль в грудной клетке, снизилась температура тела, уменьшилась одышка, улучшилось самочувствие.

Рекомендации: наблюдение в течение 1 года, избегать переохлаждения, отказ от курения, санаторно-курортное лечение в лесной зоне, витаминотерапия витрум по 1 таблетки 3 раза в день.

Заключение: Прогноз в отношении благоприятный, для жизни и трудоспособности благоприятный. Больной выписан 12.09.08 исход выздоровление.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Дневник наблюдения | Назначения |
| 03.09.08. | Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура тела 38,5 °С. Кожные покровы розового цвета, влажность умеренная, лимфатические узлы не увеличены. Жалобы на боль в грудной клетки колющего характера, одышка смешанного характера при подъеме на 4 этаж, слабость. Недомогание, быстрая утомляемость. Объективно: отставание левой стороны грудной клетки в акте дыхания, экскурсия уменьшена, усиление голосового дрожания в подлопаточной области слева, при сравнительной перкуссии легких выявляется притупление в подлопаточной области слева, при аускультации выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы, усиление бронхофонии в подлопаточной области слева. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберьи на 2см кнутри от среднеключичной линии, умеренной силы, S=1,5см. Тоны выслушиваются в количестве двух, обычной силы, тембр не изменен, АД=140/90 мм рт. ст, нормокардия, ЧСС= 70 уд в мин. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, напряжения брюшной стенки нет. Стул, диурез без изменений. | Стол №15. Лечение: амоксициллин 1000000ЕД 6 раз в день в/м, анальгин 50% -2,0 + димедрол 1% -1,0 2 раза в день в/м, глюкоза 5% -400мл в/в 1 раз в сутки. Дополнительные методы исследования: общий анализ крови(для выявления признаков воспаления), общий анализ мочи(для выявления признаков воспаления), биохимический анализ крови(для выявления СРБ и фибриногена), анализ крови на сахар(для выявления скрытой формы сахарного диабета), рентгенография органов грудной клетки(для выявления патологических изменений органов дыхания). |
| 04.09.08. | Состояние без динамики средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Температура тела 38,3 °С. увеличены. Объективно: отставание левой стороны грудной клетки в акте дыхания, при сравнительной перкуссии легких выявляется притупление в подлопаточной области слева, при аускультации выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца выслушиваются в количестве двух, обычной силы, тембр не изменен. АД=130/90 мм рт. ст, нормокардия, ЧСС= 72 уд в мин. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, напряжения брюшной стенки нет. Стул, диурез без изменений | Стол №15. Лечение: амоксициллин 1000000ЕД 6 раз в день в/м, анальгин 50% -2,0 + димедрол 1% -1,0 2 раза в день в/м, глюкоза 5% -400мл в/в 1 раз в сутки. |
| 05.09.08. | Отмечается положительная динамика уменьшилась боль в грудной клетке при дыхании. Температура тела 38,0 °С. Объективно: экскурсия грудной клетки равномерная, усиление голосового дрожания в подлопаточной области слева, при сравнительной перкуссии легких выявляется притупление в подлопаточной области слева, при аускультации выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца не изменены АД 125/80 мм. рт. ст. ЧСС=68 уд в мин. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, напряжения брюшной стенки нет. Стул, диурез без изменений. | Стол №15. Лечение: амоксициллин 1000000ЕД 6 раз в день в/м, цефтриаксон 1,0 в/м 2 раза в день в течении 3 дней, амикоцин 0,5 в/м 2 раза в день, глюкоза 5% -400мл в/в 1 раз в сутки. . |
| 08.09.08 | Отмечается положительная динамика купировалась боль в грудной клетки при дыхании, уменьшилась одышка, снизилась температура тела 36,8 °С. Объективно: экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная, ЧД=18, усиление голосового дрожания в подлопаточной области слева, при сравнительной перкуссии легких выявляется притупление в подлопаточной области слева, при аускультации выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца не изменены АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС=70 уд в мин. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, напряжения брюшной стенки нет. Стул, диурез без изменений. | Стол №15. Лечение: амоксициллин 1000000ЕД 6 раз в день в/м, амикоцин 0,5 в/м 2 раза в день, глюкоза 5% -400мл в/в 1 раз в сутки. . |
| 09.09.08. | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,7°С. Объективно: экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная, ЧД=18, голосовое дрожание не изменено по всем полям легких, при сравнительной перкуссии легких выявляется ясный легочной звук по всем полям легких, при аускультации выслушиваются ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца не изменены АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС=73 уд в мин. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, напряжения брюшной стенки нет. Стул, диурез без изменений. | Стол №15. Лечение: амоксициллин 1000000ЕД 2 раз в день в/м, амикоцин 0,5 в/м 2 раза в день. |
| 10.09.08. | Отмечается положительная динамика сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,8 °С. Объективно: экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная ЧД=18, голосовое дрожание не изменено по всем полям легких, при сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочной звук, при аускультации выслушиваются везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца не изменены АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС=65 уд в мин. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, напряжения брюшной стенки нет. Стул, диурез без изменений. | Стол №15. Назначено физиолечение электрофорез с лидазой, ЛФК, дыхательная гимнастика |
| 11.09.08. | Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,6 °С. Объективно: экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная, ЧД=18, голосовое дрожание не изменено по всем полям легких, при сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочной звук, при аускультации выслушиваются везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, бронхофония не изменена по всем полям легких. Тоны сердца не изменены АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС=73 уд в мин. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, напряжения брюшной стенки нет. Стул, диурез без изменений. | Стол №15. Назначено физиолечение электрофорез с лидазой, ЛФК, дыхательная гимнастика |
| 12.09.08. | Больной выписан с улучшением прошла боль в грудной клетки при дыхании, уменьшилась одышка, нормализовалась Температура тела 36,8 °С. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Объективно: экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная, ЧД=18, голосовое дрожание не изменено по всем полям легких, при сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочной звук, при аускультации выслушиваются везикулярное дыхание над всей поверхностью легких, бронхофония не изменена по всем полям легких. Тоны сердца не изменены АД 120/80 мм. рт. ст. ЧСС=73 уд в мин. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, напряжения брюшной стенки нет. Стул, диурез без изменений. | Стол №15. Назначено физиолечение электрофорез с лидазой, ЛФК, дыхательная гимнастика |

## Список литературы

1. «Руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней» (Минск, 1986г)
2. А.А. Гребенев « Пропедевтика внутренних болезней » (Москва 2002г)
3. Г.Г. Ефремушкин «ЭКГ в норме и патологии » (Барнаул 2003)
4. «Практические навыки по патофизиологии» (Барнаул 1999г)
5. Лекционный материал по пропедевтике внутренних болезней.
6. Семиотика и синдромальная диагностика заболеваний органов дыхания. А.В. Кузнецова, Г.Г. Ефремушкин.
7. Под редакцией Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. «Внутренние болезни» том 1. 2005г.