**I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф.И.О.:

2. Пол: женский

3. Возраст: 28.01.1999

4. Постоянное место жительства:

5. Место работы, профессия:

6. Дата и время поступления в стационар: 6.12.2016

7. Кем направлен больной:

8. Диагноз направившего учреждения: Левосторонняя нижнедолевая пневмония

9. Диагноз при поступлении: Внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония среднетяжелое течение, ДН0

**II. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

Повышение температуры до 38,5С, кашель с трудноотделяемой мокротой, боль в груди, головную боль, слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности.

**III. ОБЩИЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА (anamnesis communis)**

**Система органов дыхания:**

Боль в грудной клетке периодическая, умеренно тянущая, в левой подлопаточной области, возникает во время кашля. Приступообразный кашель (до 10-15 раз за сутки) с отделяемой мокротой, сопровождается болями в грудной клетке,  возникающий независимо от физической нагрузки, положения тела. Мокрота, трудно отделяемая, слизисто-гнойного характера, (около 20-30 мл за сутки), без примесей крови, без запаха. Удушья, кровохарканья нет.

**Система органов кровообращения:**

Болей в области сердца не отмечает. Сердцебиение, перебоев в работе сердца нет. Отеков нет.

**Система органов пищеварения:**

Аппетит хороший. Насыщаемость обычная. Вкус во рту обычный. Слюнотечение, кровотечение из десен не беспокоит. Глотание и прохождение пищи свободное. Отрыжка, изжога, тошнота, рвота не беспокоят. Живот не болит. Стул регулярный, самостоятельный, без патологических примесей.

**Мочевыделительная система:**

Боли в поясничной области не беспокоят. Мочеиспускание свободное, обычной струей, безболезненное, регулярное. Моча соломенно-желтого цвета, без патологических примесей.

**Нервно-психическая сфера:**

Сон нормальный. Память, внимание не нарушены. Головная боль, снижение слуха не беспокоят. Зрение сохранено. Дрожания конечностей, судорог, нарушения чувствительности, неустойчивости при ходьбе не наблюдается.

**Опорно-двигательный аппарат:**

Болей, дискамфорта в суставах и мышцах не отмечает. Признаков артрита не наблюдается. Объем пассивных и активных движений полный.

**Эндокринная система:**

Рост 173 см. Телосложение астеническое. Вес 56 кг. Кожа чистая, не сухая, чистая. Избыточное выпадение волос не наблюдается. Менструальный цикл регулярный.

IV. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (anamnesis morbi)

Считает себя больной с 28.11.2016, когда без видимых провоцирующих факторов, у больной впервые появились ощущение нехватки воздуха, слабость, утомляемость, снижение работоспособности. Температура тела в этот момент времени повысилась до 38,5°С. Лихорадка сохранялась на следующий день с подъемом до 39,3°С и сопровождалась слабостью, повышенной утомляемостью. В конце 2-го дня болезни появились постоянные умеренные тянущие боли в правой подлопаточной области, которая возникала во время кашля. Одновременно появился сухой кашель. Был вызван врач поликлиники. Назначено лечение: Ангримакс, Амоклав. Рекомендовано 05.12.2016 явиться на приём в поликлинику. На фоне проводимой терапии самочувствие несколько улучшилось – лихорадка снизилась до 37,8°С), уменьшились боли в грудной клетке, но более интенсивным стал кашель с отделением небольшого количества вязкой мокроты слизисто-гнойного характера без примесей крови. 05.12.2016 на приеме у педиатра было сделано рентгенография грудной клетки, где обнаружено усиление, деформация легочного рисунка с перибронхиальной, периваскулярной инфильтрацией в нижней доле левого легкого, корни тяжисты. Было выдано направление в пульмонологическое отделение УЗ « ВОКБ». 06.12.2016 была госпитализирована в пульмонологическое отделение УЗ « ВОКБ» с диагнозом: Внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония среднетяжелое течение, ДН0.

**V. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (anamnesis vitae)**

**Краткие биографические данные:** родилась 28.01.1999, в семье служащих, первым ребенком в семье. В развитии от сверстников не отставала. В 2016 году поступила на первый курс ВГУ им. Машерова П.М. на факультет романо-немецкой филологии.

**Бытовой анамнез:** жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное, полное, разнообразное.

**Вредные привычки:** не курит, алкоголь, наркотики не употребляет.

**Перенесенные заболевания:** простудные. Травм, ранений не было. В 2007 году операция по поводу удаление аденоидов. Вирусным гепатитом, туберкулезом, сифилисом, ВИЧ-инфекцией, венерическими заболеваниями не болела.

**Семейный анамнез и наследственность:** не отягощен.

**Аллергологический анамнез:** не отягощен.

**VI. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (status praesens)**

**Общий осмотр**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное.

Выражение лица спокойное. Походка свободная. Астенический тип телосложения. Рост 173 см, Вес 56 кг. ИМТ=18,7.

Кожа бледно-розового цвета, чистая, влажная. Тургор сохранен. Наличие очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, рубцов – нет. Видимые слизистые бледно-розовые. Наличие высыпаний, кровоизлияний, петехий, изъязвлений и т. д. – нет. Оволосение по женскому типу. Подкожная клетчатка развита слабо. Отеков нет. Лимфатические узлы (подбородочные, подчелюстные, околоушные, затылочные, шейные, над- и подключичные, локтевые, подмышечные, паховые) не пальпируются. Миндалины не увеличены, розового цвета. Щитовидная железа не увеличена, узловых образований не пальпируется.

Костно-мышечная система без особенностей. Мышцы развиты умеренно, тонус умеренный, безболезненны при пальпации и движениях. Суставы не изменены, активные и пассивные движения в полном объеме, гиперемии кожи над суставами и местного повышения температуры не наблюдается.

Осмотр головы, лица, шеи

Голова правильной формы, среднего размера, положение прямое, подвижность свободное. Выражение лица спокойное. Цвет кожи лица бледно-розовый. **Г**лазная щель правильной формы. Форма носа правильная, деформация – нет. Движение крыльев носа при дыхании – нет. Зев розового цвета, гнойных пробок, налета, изъязвления, кровоизлияния, сыпи – нет. Шея обычной формы. Увеличение щитовидной железы – нет. Наличие бугристости, степень плотности, болезненность, подвижность при глотании и пальпации нет.

**Система органов дыхания**

Форма носа не изменена, дыхание через нос свободное. Отделяемых из носа нет. Деформаций и припухлости в области гортани нет. Голос тихий, чистый.

**Статический осмотр грудной клетки**

Форма грудной клетки астеническая, над- и подключичных ямок выражены хорошо, межреберные промежутки широкие, надчревный угол острый, лопатки хорошо контурируются, ход ребер косой. Асимметрические выпячивания или западения грудной клетки – нет.

**Динамический осмотр грудной клетки**

Тип дыхания – смешанный. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхании. Вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Число дыхательных движений – 16 в минуту. Дыхание ритмичное. Преобладает продолжительность фазы выдоха. Видимого затруднения дыхания нет.

**Пальпация грудной клетки**

Эластичность грудной клетки снижена.Болезненность при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника – нет. Голосовое дрожание усилено в подлопаточной области слева.

**Перкуссия грудной клетки**

***Сравнительная перкуссия:*** определяется ясный лёгочный звук над симметричными участками легких, за исключением подлопаточной слева, где выявляется отчетливое притупление ниже угла лопатки.

***Топографическая перкуссия:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Нижняя граница: | | | | |
| Линии | | правое легкое | | левое легкое |
| Парастернальная | | V межреберье | | - |
| Медиоклавикулярная | | VI ребро | | - |
| Передняя аксиллярная | | VII ребро | | VII ребро |
| Средняя аксиллярная | | VIII ребро | | VIII ребро |
| Задняя аксиллярная | | IX ребро | | IX ребро |
| Лопаточная | | X ребро | | X ребро |
| Паравертебральная | | На уровне XI грудного позвонка | | |
| Верхняя граница легких: | | | | |
| Высота стояния верхушек легких спереди | | 3 см выше ключицы | | |
| Высота стояния верхушек легких сзади | | Остистый отросток VII шейного позвонка | | |
| Ширина полей Кренига | | 5 см | | |
| Подвижность нижних краев легких: | | | | |
| Линии | правое легкое (см.) | | Левое легкое (см.) | |
| Медиоклавикулярная | 5 | | 4 | |
| Средняя аксилярная | 5 | | 4 | |
| Лопаточная | 5 | | 4 | |

**Аускультация легких**

Ниже угла лопатки слева (соответствует 9-10 сегменту нижней доли левого легкого) дыхание резко ослаблено. Над симметричными участками остальных отделов грудной клетки отмечается небольшое ослабление везикулярного дыхания.

Ниже угла левой лопатки определяется умеренное количество влажных мелкопузырчатых звучных хрипов. Шум трения плевры или крепитация не выслушиваются.

 В области притупления и резкого ослабления дыхания слева ниже угла лопатки бронхофония усилена.

Система органов кровообращения

**Осмотр области сердца и сосудов**

Выпячивание грудной клетки в области сердца (сердечный горб) – нет.

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

**Пальпация области сердца и сосудов**

Пульс: на правой руке - 70 в минуту, на левой – 70 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках, артериальные стенки эластичные. Дефицит пульса – нет

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 1см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Площадь 2 см2. Наличие “кошачьего мурлыканья”- нет.

**Перкуссия сердца и сосудистого пучка**

***Границы относительной тупости сердца:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| в 4-ом межреберье на 1см кнаружи от правого края грудины. | в 5-м межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. | верхний край 3-о ребра слева на уровне окологрудинной линии. |

Поперечник относительной тупости сердца: справа в 4-м межреберье – 4см, слева в 5-м межреберье – 9см, в целом 13см.

Конфигурация сердца нормальная.

***Граница абсолютной тупости сердца:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| левый край грудины на уровне 4-го межреберья. | в 5-м межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. | нижний край 4-го ребра слева на уровне окологрудинной лини. |

**Аускультация сердца и сосудов**

Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 70 в 1 мин.

АД – 110/70 мм рт ст.

**Система органов пищеварения**

**Общий осмотр**

Запах изо рта обычный, слизистая оболочка ротовой полости розового цвета, десны нормальные. Язык сухой, чистый.

**Исследование живота в вертикальном положении**

***Общий осмотр***

Форма живота нормальной конфигурации, наличие асимметрий и местных выпячиваний, видимой перистальтики, расширение вен на передней брюшной стенке (“голова медузы”), рубцов, стрий, сыпи, пигментации-нет.

***Пальпация живота поверхностная***

Живот мягкий безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания.

Зон болезненности, напряжения мышц, грыж передней брюшной стенки не выявлено.

***Перкуссия живота***

Выраженный тимпанический звук выслушивается в пупочной и надчревной областях (над тонким кишечником, газовым пузырем желудка). Наличие признаков метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости нет.

***Аускультация эпигастральной области***

После проглатывания жидкости появляются первый шум – сразу же после проглатывания, второй спустя 6 секунд.

**Исследование живота в горизонтальном положении**

***Общий осмотр***

Форма живота нормальной конфигурации, изменений по сравнению с вертикальным положением нет. Наличие местных выпячиваний нет.

***Перкуссия живота***

Тимпанический звук выслушивается в пупочной и надчревной областях (над тонким кишечником, газовым пузырем желудка).

***Аускультация живота***

Частота перистальтических шумов над толстым кишечником 4 в минуту, над тонким – 6 в минуту.

***Поверхностная ориентировочная пальпация***

Живот мягкий безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания.Наличие болезненности, напряжения мышц передней брюшной стенки, опухолевидных образований и грыж не выявлено.

***Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана***

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка толщиной около 2 см в диаметре, безболезненная, подвижная.

Пальпировать нисходящий отдел толстого кишечника не удалось.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка, урчащая, безболезненная, около 4см в диаметре, подвижная.

Восходящую кишку пальпировать не удалось.

Ниже слепой кишки, косо вниз кнаружи пальпируется терминальный отрезок подвздошной кишки в виде тяжа диаметром около 0,5 см, плотного, урчащего, безболезненного.

Большая кривизна желудка пальпаторно не определена. Выявлена аускультативно на 4,5 см выше пупка.

Малую кривизну желудка, привратник и поперечно-ободочную кишку пальпировать не удалось.

***Перкуссия печени***

*Определение верхней границы абсолютной тупости печени по*:

правой передней подмышечной линии верхний край VI ребра правой срединно-ключичной линии нижний край VI ребра передняя подмышечная линия нижний край VII ребра

*Определение нижней границы абсолютной тупости печени по:*

передней подмышечной ли­нии верхний край X ребра

срединно–ключичной линии нижний край реберной дуги

правой окологрудинной линии на 2 см ниже реберной дуги

передней срединной линии на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком

левой окологрудинной линии нижний край реберной дуги

*Измерение высоты печеночной тупости по:*

правой передней подмышечной линии 8

правой срединно-ключичной линии 9

правой окологрудинной линии 10

*Определение размеров печени по Курлову по:*

правой срединно-ключичной линии 9

передней срединной линии 8

левой реберной дуге 7

***Пальпация печени***

Край печени мягкий, слегка закругленный по форме, ровный по своим очерта­ниям и безболезненный.

***Перкуссия селезенки***

Верхняя граница селезеночной тупости соответствует нижнему краю 9 ребра, нижняя – верхнему краю 11 ребра. Передняя граница находится на 1–2 см левее передней подмышечной линии.

По­перечник 4 см, длинник 6 см селезенки.

***Пальпация селезенки***

Селезенка не пальпируется.

Мочеполовая система

**Осмотр поясничной области**

Выпячивания поясничной области – нет. Покраснение и отечность кожи – нет.

**Перкуссия почек**

Симптом поколачивания отрицательный.

**Пальпация мочеточниковых точек**

При пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мо­четочниковых, реберно–позвоноч­никовых, реберно–поясничных точек для болезненности не выявлено.

**Аускультация почек**

Наличие шума в реберно-позвоночном углу – нет.

**VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб(повышение температуры до 38,5С, кашель с трудноотделяемой мокротой, боль в груди, головную боль, слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности),данных истории заболевания(считает себя больной с 28.11.2016, когда без видимых провоцирующих факторов, у больной впервые появились ощущение нехватки воздуха, слабость, утомляемость, снижение работоспособности. Температура тела в этот момент времени повысилась до 38,5°С. Лихорадка сохранялась на следующий день с подъемом до 39,3°С и сопровождалась слабостью и повышенной утомляемостью. В конце 2-го дня болезни появились постоянные умеренные тянущие боли в правой подлопаточной области, которая возникала во время кашля. Одновременно появился сухой кашель. Был вызван врач поликлиники. Назначено лечение: Ангримакс, Амоклав. Рекомендовано 05.12.2016 явиться на приём в поликлинику. На фоне проводимой терапии самочувствие несколько улучшилось – лихорадка снизилась до 37,8°С), уменьшились боли в грудной клетке, но более интенсивным стал кашель с отделением небольшого количества вязкой мокроты слизисто-гнойного характера без примесей крови. 05.12.2016 на приеме у педиатра было сделано рентгенография грудной клетки, где обнаружено усиление, деформация легочного рисунка с перибронхиальной, периваскулярной инфильтрацией в нижней доле левого легкого, корни тяжисты. Было выдано направление в пульмонологическое отделение УЗ « ВОКБ». 06.12.2016 была госпитализирована в пульмонологическое отделение УЗ « ВОКБ» с диагнозом: Внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония среднетяжелое течение, ДН0), результатов объективного исследования пациента(левая половина грудной клетки отстает в акте дыхании, эластичность грудной клетки снижена, голосовое дрожание усилено в подлопаточной области слева, при сравнительной перкуссии определяется ясный лёгочный звук над симметричными участками легких, за исключением подлопаточной слева, где выявляется отчетливое притупление ниже угла лопатки. при аускультации легких: ниже угла лопатки слева (соответствует 9-10 сегменту нижней доли левого легкого) дыхание резко ослаблено, над симметричными участками остальных отделов грудной клетки отмечается небольшое ослабление везикулярного дыхания, ниже угла левой лопатки определяется умеренное количество влажных мелкопузырчатых звучных хрипов, в области притупления и резкого ослабления дыхания слева ниже угла лопатки бронхофония усилена) можно выставить следующий диагноз: Внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония среднетяжелое течение, ДН0.

**VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

1. ОАК
2. ОАМ
3. БАК(СРБ, общий белок, глюкоза, мочевина, креатинин, фибриноген, натрий, калий, кальций, АсАТ, АлАТ)
4. Общий анализ мокроты
5. Анализ мокроты на БК
6. Анализ мокроты на чувствительность с АБ
7. Анализ мокроты на флору
8. Рентгенография органов грудной клетки.
9. Спирография
10. ЭКГ
11. RW

**IX. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

1. Общий анализ крови (7.12.2016)

Эритроциты – 4,48\*1012/л

Гемоглобин – 127 г/л

Тромбоциты – 276\*109/л

Лейкоциты – 6,6\*109/л

Лейкоцитарная ф-ла: п/я – 5%, с/я – 52%, эоз – 1%, мон - 8%, лим – 34%

СОЭ – 50 мм/ч

Заключение: лейкоцитоз, ускорение СОЭ

1. Общий анализ мочи (7.12.2016)

Цвет - св. желтый

Прозрачность – полная

Относительная плотность – 1020

Реакция – кислая

Белок – нет

Глюкоза – нет

Плоский эпителий 0-1 в п/зр

Лейкоциты 2-3 в п/зр

Заключение: все показатели в норме

1. Биохимический анализ крови (7.12.2016)

Билирубин общий 10,7 мкм/л

Билирубин прямой 2,1 мкм/л

Общий белок 71 г/л

Щелочная фосфотаза 63 Е/л

Глюкоза 4,8 ммоль/л

Мочевина крови 3,5 ммоль/л

Креатинин 0,067 мкмоль/л

АлАТ 34 Е\л

АсАТ 55 Е\л

Холестерин 4,0 ммоль/л

СРБ 50,1мг/л

Заключение: повышение уровня АсАТ и СРБ

1. ЭКГ (7.12.2016)

Ритм синусовый. Вертикальное положение оси сердца. ЧСС=70/мин.

1. RW (9.12.2016) – отрицательный
2. Рентгенография органов грудной клетки(5.12.2016)

Усиление, деформация легочного рисунка с перибронхиальной, периваскулярной инфильтрацией в нижней доле левого легкого, корни тяжисты. Срединная тень не смещена.

Заключение: левосторонняя нижнедолевая пневмония.

**X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Важно отличать пневмонию от туберкулёзного инфильтрата, рака лёгкого, ТЭЛА, эозинофильного инфильтрата, внутрибольничной пневмонии.

*Туберкулёз лёгких*

Для туберкулёза характерно наличие очагов-отсевов. Многократное исследование мокроты и промывных вод бронхов позволяют обнаружить микобактерии туберкулёза. Не менее важен тщательный сбор анамнеза: характерен длительный контакт с бактериовыделителями - семейный или профессиональный. Фтизиатрическая настороженность важна при обследовании больных, получающих системные глюкокортикоиды. В дифференциально-диагностическом плане важно проводить эмпирическую терапию пневмонии без использования противотуберкулёзных препаратов широкого спектра действия (рифампицин, стрептомицин, канамицин, амикацин, циклосерин, фторхинолоны).

*Рак лёгкого*

Периферический рак лёгкого долгое время остаётся бессимптомным и нередко выявляется при рентгенологическом исследовании, не связанном с подозрением на опухолевый процесс органов дыхания. Прорастание опухоли в плевру сопровождается выраженным болевым синдромом. Прорастание опухоли в бронх сопровождается кашлем, появлением мокроты и кровохарканьем. Наиболее часто периферический рак лёгкого локализуется в передних сегментах верхних долей. В рентгенологической картине рака лёгкого выделяют такие характерные признаки, как "лучистость" контура, увеличение тени на динамических снимках. Опухолевый процесс с прогрессированием даёт метастазы - дочерние опухоли в лёгкие или другие органы. В свою очередь опухоли лёгких сами могут быть метастатическими.

*ТЭЛА*

ТЭЛА чаще развивается у больных, страдающих тромбофлебитом нижних конечностей и таза, пребывающих длительное время в постели, при мерцательной аритмии, в послеоперационном периоде. У молодых женщин лёгочные тромбоэмболии иногда встречаются при использовании пероральных контрацептивов. Для инфаркта лёгкого характерна боль в груди, при полисегментарном поражении - одышка и цианоз, тахикардия и артериальная гипотензия. Аускультация может выявить ослабление 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 лёгких. Информативно проведение перфузионного радиоизотопного сканирования, при котором обнаруживают ишемические "холодные" зоны в лёгких. На ЭКГ появляется картина острой или подострой перегрузки правых отделов сердца.

*Эозинофильный инфильтрат*

Для эозинофильного инфильтрата характерна "летучесть" изменений на рентгенограммах: исчезновение и появление инфильтрации с непостоянной локализацией. Типичны эозинофилия крови и/или мокроты, наличие отягощенного аллергологического анамнеза, наличие глистных инвазий.

*Внутрибольничная пневмония*

Больные с внутрибольничной пневмонией часто требуют диагностических исследований. Дифференциальная диагностика острого заболевания органов дыхания у госпитализированных пациентов в тяжёлом состоянии достаточно разнообразна и требует исключения таких неинфекционных состояний, как застойная сердечная недостаточность, респираторный дистресс-синдром взрослых, ателектаз, токсические поражения лёгких кислородом и лекарствами, которые трудно отличить на рентгенограммах от пневмонии.

**ХI. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

- на основании основных жалоб пациента(повышение температуры до 38,5С, кашель с трудноотделяемой мокротой, боль в груди, головную боль, слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности);

- на основании данных истории болезни(считает себя больной с 28.11.2016, когда без видимых провоцирующих факторов, у больной впервые появились ощущение нехватки воздуха, слабость, утомляемость, снижение работоспособности. Температура тела в этот момент времени повысилась до 38,5°С. Лихорадка сохранялась на следующий день с подъемом до 39,3°С и сопровождалась слабостью и повышенной утомляемостью. В конце 2-го дня болезни появились постоянные умеренные тянущие боли в правой подлопаточной области, которая возникала во время кашля. Одновременно появился сухой кашель. Был вызван врач поликлиники. Назначено лечение: Ангримакс, Амоклав. Рекомендовано 05.12.2016 явиться на приём в поликлинику. На фоне проводимой терапии самочувствие несколько улучшилось – лихорадка снизилась до 37,8°С), уменьшились боли в грудной клетке, но более интенсивным стал кашель с отделением небольшого количества вязкой мокроты слизисто-гнойного характера без примесей крови. 05.12.2016 на приеме у педиатра было сделано рентгенография грудной клетки, где обнаружено усиление, деформация легочного рисунка с перибронхиальной, периваскулярной инфильтрацией в нижней доле левого легкого, корни тяжисты. Было выдано направление в пульмонологическое отделение УЗ « ВОКБ». 06.12.2016 была госпитализирована в пульмонологическое отделение УЗ « ВОКБ» с диагнозом: Внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония среднетяжелое течение, ДН0);

- на основании объективных данных(левая половина грудной клетки отстает в акте дыхании, эластичность грудной клетки снижена, голосовое дрожание усилено в подлопаточной области слева, при сравнительной перкуссии определяется ясный лёгочный звук над симметричными участками легких, за исключением подлопаточной слева, где выявляется отчетливое притупление ниже угла лопатки. при аускультации легких: ниже угла лопатки слева (соответствует 9-10 сегменту нижней доли левого легкого) дыхание резко ослаблено, над симметричными участками остальных отделов грудной клетки отмечается небольшое ослабление везикулярного дыхания, ниже угла левой лопатки определяется умеренное количество влажных мелкопузырчатых звучных хрипов, в области притупления и резкого ослабления дыхания слева ниже угла лопатки бронхофония усилена);

- на основании данных лабораторных и инструментальных исследований(ОАК(лейкоцитоз, ускорение СОЭ), БАК(повышение уровня СРБ) рентгенография органов грудной клетки (усиление, деформация легочного рисунка с перибронхиальной, периваскулярной инфильтрацией в нижней доле левого легкого, корни тяжисты, срединная тень не смещена)

* и на основании проведенной дифференциальной диагностики можно поставить диагноз

а) основной диагноз: Внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония среднетяжелое течение, ДН0.

б) осложнения нет

в) сопутствующие заболевания нет

**XII. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Режим: палатный

Стол: Б

Этиологическая терапия – антибактериальная терапия.

цефтриаксон 2 г 1 раза в сутки в/в в течении 14 дней

азитромицин 500 мг 1 раз в сутки в/в в течении 14 дней

Патогенетическая терапия

Дезинтаксикационная терапия:

Обильное питье 1л

5% р-р глюкозы 600мл

Отхаркивающие препараты:

Амброксол 30 мг внутрь 3 раза в сутки (стимулирует мукоцилиарную активность и оказывает отхаркивающее действие, является метаболитом бромгексина).

**XIII. ПРОГНОЗ**

Прогноз по отношению к жизни благоприятный, к восстановлению здоровья благоприятный, трудоспособности благоприятный.

**XIV. ПРОФИЛАКТИКА**

**Первичная профилактика пневмонии**

Этот вид профилактики направлен на предупреждение заболеванием острой пневмонией. Сюда относится укрепление иммунитета, адекватная физическая активность, полноценное питание, вакцинация.

Укрепление иммунитета включает в себя закаливание, достаточное пребывание на свежем воздухе. В период повышения заболеваемостью [ОРВИ](http://med36.com/ill/2368) и [гриппом](http://med36.com/ill/360) рекомендуется профилактический прием иммуномодуляторов (например, настойки эхинацеи), гомеопатических средств (афлубин, анаферон и т.д.), поливитаминов.

Отдельно необходимо осветить вопрос, касающийся вакцинации. Здесь речь пойдет об иммунопрофилактике гриппа. Ведь зачастую, как осложнение после него, может возникать острая пневмония.

**Вторичная профилактика пневмонии**

К вторичной профилактики относится витаминотерапия, дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки. Рекомендуется применение таких адаптогенов, как элеутерококк, алоэ. Санация носоглотки и ротовой полости. Рекомендуется пребывание в профилакториях или санаториях, которые специализируются на реабилитации больных с органами дыхания. Там созданы специальные условия, включающие в себя [диетическое питание](http://med36.com/beauty/article/191), а также [оздоровительный режим](http://med36.com/article/469). Обычно они находятся в хвойной лесополосе, а, как известно, эти леса оказывают благоприятное действие на дыхательную систему.

**XV. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** | **Содержание дневника** |
| 8.12.2016 | Жалобы на общую слабость, малопродуктивный кашель.  Общее состояние больной удовлетворительное, температура тела 37,5. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета.  Дыхание ослабленное везикулярное, выслушиваются рассеянные влажные хрипы слева в нижней доли. ЧД 17 в минуту.  При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные, без патологических шумов. АД - 110/70, пульс - 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения, хорошего наполнения.  Живот мягкий, безболезненный. Участвует в акте дыхания.  Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был.  Диагноз тот же. Назначенное лечение продолжать.  Куратор Ковалёва О.А. |
| 14.12.2016 | Жалобы на общую слабость, малопродуктивный кашель.  Общее состояние больной удовлетворительное, температура тела 37,2. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета.  Дыхание ослабленное везикулярное, выслушиваются рассеянные влажные хрипы слева в нижней доли. ЧД 16 в минуту.  При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные, без патологических шумов. АД - 120/70, пульс - 77 в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения, хорошего наполнения.  Живот мягкий, безболезненный. Участвует в акте дыхания.  Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был.  Диагноз тот же. Назначенное лечение продолжать.  Куратор Ковалёва О.А. |

**XVI. ЭПИКРИЗ**

\_\_\_\_\_, 1999 года рождения, поступила 6.12.2016 в пульмонологическое отделение. Жаловалась на повышение температуры до 38,5С, кашель с трудноотделяемой мокротой, боль в груди, головную боль, слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности. считает себя больной с 28.11.2016, когда без видимых провоцирующих факторов, у больной впервые появились ощущение нехватки воздуха, слабость, утомляемость, снижение работоспособности. Температура тела в этот момент времени повысилась до 38,5°С. Лихорадка сохранялась на следующий день с подъемом до 39,3°С и сопровождалась слабостью и повышенной утомляемостью. В конце 2-го дня болезни появились постоянные умеренные тянущие боли в правой подлопаточной области, которая возникала во время кашля. Одновременно появился сухой кашель. Был вызван врач поликлиники. Назначено лечение: Ангримакс, Амоклав. Рекомендовано 05.12.2016 явиться на приём в поликлинику. На фоне проводимой терапии самочувствие несколько улучшилось – лихорадка снизилась до 37,8°С), уменьшились боли в грудной клетке, но более интенсивным стал кашель с отделением небольшого количества вязкой мокроты слизисто-гнойного характера без примесей крови. 05.12.2016 на приеме у педиатра было сделано рентгенография грудной клетки, где обнаружено усиление, деформация легочного рисунка с перибронхиальной, периваскулярной инфильтрацией в нижней доле левого легкого, корни тяжисты, купола диафрагмы чёткие. Было выдано направление в пульмонологическое отделение УЗ « ВОКБ». 06.12.2016 была госпитализирована в пульмонологическое отделение УЗ « ВОКБ» с диагнозом: Внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония среднетяжелое течение, ДН0); Из объективных данный было выявлено: левая половина грудной клетки отстает в акте дыхании, эластичность грудной клетки снижена, голосовое дрожание усилено в подлопаточной области слева, при сравнительной перкуссии определяется ясный лёгочный звук над симметричными участками легких, за исключением подлопаточной слева, где выявляется отчетливое притупление ниже угла лопатки. при аускультации легких: ниже угла лопатки слева (соответствует 9-10 сегменту нижней доли левого легкого) дыхание резко ослаблено, над симметричными участками остальных отделов грудной клетки отмечается небольшое ослабление везикулярного дыхания, ниже угла левой лопатки определяется умеренное количество влажных мелкопузырчатых звучных хрипов, в области притупления и резкого ослабления дыхания слева ниже угла лопатки бронхофония усилена. Лабораторные и инструментальные данные: ОАК(лейкоцитоз, ускорение СОЭ), БАК(повышение уровня СРБ) рентгенография органов грудной клетки (усиление, деформация легочного рисунка с перибронхиальной, периваскулярной инфильтрацией в нижней доле левого легкого, корни тяжисты, срединная тень не смещена, купола диафрагмы чёткие).

Основной: Внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония среднетяжелое течение, ДН0

Осложнения: нет

Сопутствующий: нет

Пациентке в стационаре проведено лечение:

Режим: палатный

Стол: Б

Этиологическая терапия – антибактериальная терапия.

цефтриаксон 2 г 1 раза в сутки в/в в течении 14 дней

азитромицин 500 мг 1 раз в сутки в/в в течении 14 дней

Патогенетическая терапия

Дезинтаксикационная терапия:

Обильное питье 1л

5% р-р глюкозы 600мл

Отхаркивающие препараты:

Амброксол 30 мг внутрь 3 раза в сутки (стимулирует мукоцилиарную активность и оказывает отхаркивающее действие, является метаболитом бромгексина).

На время окончания курации состояние пациента стабильное, без ухудшения.