**Паспортная часть**

Дата заболевания 28.11.2013

Дата поступления в стационар 1.12.2013

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст (полных лет): 58 лет (28.09.1955)

Семейное положение: женат

Место жительства, (адрес) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, профессия: Витебское вагонное депо, рабочий.

Диагноз при поступлении: ОРВИ: острый трахеобронхит средней тяжести, ДН 0-1

Клинический диагноз (2.12.2013): Внегоспитальная острая левосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. ДН0.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет

**Жалобы больного**

На момент курации пациент жалоб не предъявляет.

# Анамнез настоящего заболевания

Пациент заболел остро 28.11.12, когда повысилась температура тела до 39,00С, появилась головная боль, общая слабость, сухой редкий кашель. Самостоятельно ничего не принимал. Кашель усилился, стало наблюдаться отхождение небольшого количества слизистой мокроты. 1.12.13 поднялась температура до 400С, в связи с чем пациент вызвал скорую помощь. Был госпитализирован в УЗ «ВОКИБ» в пятое отделение, с диагнозом ОРВИ: острый трахеобронхит средней тяжести, ДН 0-1. При поступлении пациент предъявлял жалобы на частый кашель с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, повышенную температуру, головную боль, общую слабость; при объективном обследовании было выявлено - при сравнительной перкуссии слева в нижнем отделе лёгкого притупление легочного звука, при аускультации везикулярное дыхание в нижнем отделе левого легкого ослаблено. В связи с этим пациенту было назначено рентгенологическое исследование легких. После чего был выставлен диагноз: Внегоспитальная острая левосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести, ДН - 0. Пациент проходит лечение (Sol. Ceftriaxoni 1,0\* 2 раз в день в-в, Tab. Ambroxoli 30,0 mg\*3 раза в сутки, Инфузионная терапия- NaCl 0,9% 800 мл, Глюкоза 5% 400мл (+Vit.C 10,0)). На фоне проводимого лечения наблюдается положительная динамика: 5.12. температура тела нормализовалась (36,8 ºС), отсутствуют симптомы общей интоксикации (головная боль, общая слабость), кашель становился редким и к 10.12 полностью прекратился. На момент курации пациент жалоб не предъявляет.

## Эпидемиологический анамнез

Отмечает контакт с инфекционными больными: на работе двое коллег в ноябре болели инфекциями дыхательных путей. Раньше пневмонией пациент не болел.

**Анамнез жизни**

Пациент родился в Витебске в 1955 году. Единственный ребенок в семье. Рос и развивался соответственно возрасту и полу. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал.

Из перенесённых заболеваний отмечает ОРВИ.

Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает.

Из вредных привычек: курение (3-5 сигарет в день).

Условия жизни пациента хорошие: проживает с женой в квартире.

Наследственные заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Травмы, операции отрицает.

Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций не отмечает.

Трансфузиологический анамнез не отягощён.

**Настоящее состояние больного**

Общее состояние больного средней степени тяжести. Температура тела 36,7ºС. Сознание ясное. Положение больного в постели активное.

Конституциональный тип - нормостенический. Рост 175, вес 80 кг. Телосложение правильное. Отклонения в росте и физическом развитии отсутствуют.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы бледно розового цвета. Элементы сыпи отсутствуют. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Расчёсов, объёмных образований не определяется. Отёков не выявлено.

Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Щитовидная железа не увеличена.

Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен, сила достаточная. Суставы обычной конфигурации, симметричные, безболезненные, движения в них в полном объеме. Кости не деформированы.

**Система органов дыхания**Дыхание через нос свободное, ритмичное. Частота дыхания 20 в минуту.

Болей в груди и одышки нет. Миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы.

Грудная клетка симметричная, обе половины участвуют в акте дыхания. Грудная клетка при пальпации безболезненная. При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук.

При топографической перкуссии высота стояния верхушек спереди 3 см слева и 3 см справа, сзади на уровне остистого отростка CVΙΙ с обеих сторон.

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Левое легкое | Правое легкое |
| Окологрудинная | - | V межреберье |
| Среднеключичная | VI ребро | VI ребро |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток Th XI | Остистый отросток Th XI |

Подвижность нижних границ легких по лопаточной линии при форсированном дыхании справа 4 см, слева 4 см.

При аускультации по всем полям лёгких выслушивается везикулярное дыхание, в нижнем отделе левого легкого везикулярное дыхание ослаблено. Хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система**
Пульс ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках. Частота 88 ударов в минуту. Дефицита пульса нет.

Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст..

Видимой пульсации в области сердца не определяется. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, умеренной силы, резистентный.

При перкуссии границы сердца в пределах нормы.

При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет.

Частота сердечных сокращений 88 ударов в минуту.

**Система органов желудочно-кишечного тракта**

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют.

Язык розового цвета, влажный, обложен белым налетом.

Живот обычной формы, мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания, при поверхностной и глубокой пальпации безболезненный. Перистальтика обычная. Перитонеальные симптомы отсутствуют.

Печень не увеличена, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Желчный пузырь не определяется.

Стул ежедневный, обычный, 1 раз в день.

**Система органов мочевыделения**
Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Диурез достаточный.

**Нервная система и органы чувств**

При осмотре пациента парезы, параличи, мышечная атрофия, фибриллярные подёргивания, судороги отсутствуют. Менингеальные симптомы не определяются. Мышечная сила, сухожильные рефлексы одинаковые со всех сторон. Глотание не нарушено, тазовых расстройств не отмечается. В позе Ромберга устойчив, пальценосовую пробу выполняет хорошо. Обоняние и вкус не нарушены. При пальпации по ходу нервных стволов болезненность не определяется.

**Обоснование предположительного диагноза**

На основании жалоб больного (на повышение температуры тела мах. до 40ºС, , интенсивную головную боль, общую слабость, частый кашель с небольшим отделением слизистой мокроты), данных эпидемиологического анамнеза(контакт с инфекционными больными), анамнеза заболевания (заболел остро 28.11. 13, когда повысилась температура тела до 39,00С, отмечалась невысокой интенсивности головная боль, общая слабость, сухой редкий кашель; 1.12. 13 состояние ухудшилось: температура тела повысилась до 40ºС, интенсивная головная боль, общая слабость, частый кашель с небольшим отделением слизистой мокроты. Бригадой СМП был доставлен в ВОКИБ. При объективном обследовании было выявлено - при сравнительной перкуссии слева в нижнем отделе лёгкого притупление легочного звука, при аускультации везикулярное дыхание в нижнем отделе левого легкого ослаблено) можно выставить предварительный диагноз: Внегоспитальная острая левосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. ДН0

**План обследования и лечения**

### План обследования:

 1. Общий анализ крови (смотрим наличие анемии, лейкоцитоз или лейкопению, повышение СОЭ).

 2. Общий анализ мочи (смотрим наличие белка, гематурии, лейкоцитурии).

 3. Рентгенография органов грудной клетки.

 4. ЭКГ.

 5. Посев мокроты на микрофлору.

 6. Бактериоскопическое исследование мокроты на туберкулёз.

 7. Анализ крови на RW.

**План лечения**

1. Режим палатный

2. Лечебное питание: стол Б.

3. Этиотропная терапия:

 Sol. Ceftriaxoni 1,0\* 2 раз в день в-в

4. Патогенетическая терапия:

 Tab. Ambroxoli 30,0 mg\*3 раза в сутки

7.При повышении температуры выше 38,0 0С

 Tab. Paracetamoli0.5

8.Инфузионная терапия

 Sol. NaCl 0,9% 800 мл, Глюкоза 5% 400мл (+Vit.C 10,0)

**Данные лабораторных, инструментальных**

# и специальных методов исследования

**Общеклинический анализ крови от 1.12.13**

Эритроциты 5,1 \* 1012 /л

гемоглобин 170 г/л

ЦП – 1,0

лейкоциты 11,2 \* 109 /л

базофилы – 1%

эозинофилы 3%

палочкоядерные 9 %

сегментоядерные 45 %

лимфоциты 36 %

моноциты 6 %

СОЭ 38 мм/час

Заключение: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Повышение СОЭ.

**Общеклинический анализ крови от 10.12.13**

Эритроциты 4,9 \* 1012 /л

гемоглобин 160 г/л

ЦП – 1,0

лейкоциты 4.3 \* 109 /л

базофилы – 2%

эозинофилы 4%

палочкоядерные 3 %

сегментоядерные 50 %

лимфоциты 34 %

моноциты 7 %

СОЭ 15 мм/час

**Общий анализ мочи от 2.12.13**

цвет соломенно-желтый

прозрачность - прозрачная

реакция кислая

удельный вес 1016

белок, сахар нет

плоский эпителий 0-1 в поле зрения

лейкоциты 2-4 в поле зрения

эритроциты 0-1 в поле зрения

**ЭКГ от 1.12.13**

Заключение: Умеренная синусовая тахикардия, 91 в мин., горизонтальное положение эос.

**Рентгенография органов грудной клетки от 2.12.13**

На фоне усиленного легочного рисунка в нижней доле слева (S6 ) определяются участки очаговой воспалительной инфильтрации. Справа легочной рисунок не изменен. Тень средостения не смещена.

Заключение: Левосторонняя нижнедолевая пневмония.

**Рентгенография органов грудной клетки от 12.12.13**

Легочные поля без инфильтративных теней. Легочной рисунок не изменен.

Заключение: Левосторонняя нижнедолевая пневмония в стадии разрешения.

**Посев мокроты на микрофлору от 3.12.13**

Заключение: патогенная и условно-патогенная микрофлора не выделена.

**Бактериоскопическое исследование мокроты на туберкулёз от 3.12.13**

Заключение: кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены.

**Анализ на RW от 3.12**: отриц.

**Динамическое наблюдение за больным**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 12.12.Время 11.30T0С 36,7ЧСС 75 в мин.АД 125/80 мм.рт.ст. | Состояние пациента удовлетворительное.Жалоб не предъявляет.Объективно: кожный покров и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом.Дыхание везикулярное, изменено в нижнем отделе левого лёгкого. Хрипов нет. ЧД 19 в мин.Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Стул один раз с сутки, изменения консистенции стула и патологических примесей нет.Отёки не определяются. | Режим палатный,стол БSol. Ceftriaxoni 1,0\* 2 раз в день в-в; Tab. Ambroxoli 30,0 mg\*3 раза в сутки |
| Дата 13.12.Время 10.30T0С 36,6ЧСС 70 в мин.АД 120/80 мм.рт.ст. | Состояние пациента удовлетворительное.Жалоб нет.Объективно: кожный покров и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом.При аускультации по всем полям лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. ЧД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Стул один раз с сутки, изменения консистенции стула и патологических примесей нет.Отёки не определяются.Отмечается положительная динамика. | Режим палатный,стол БSol. Ceftriaxoni 1,0\* 2 раз в день в-в; Tab. Ambroxoli 30,0 mg\*3 раза в сутки |

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб больного (на повышение температуры тела мах. до 40ºС, , интенсивную головную боль, общую слабость, частый кашель с небольшим отделением слизистой мокроты), данных эпидемиологического анамнеза(контакт с инфекционными больными), анамнеза заболевания (заболел остро 28.11. 13, когда повысилась температура тела до 39,00С, отмечалась невысокой интенсивности головная боль, общая слабость, сухой редкий кашель; 1.12. 13 состояние ухудшилось: температура тела повысилась до 40ºС, интенсивная головная боль, общая слабость, частый кашель с небольшим отделением слизистой мокроты. Бригадой СМП был доставлен в ВОКИБ. При объективном обследовании было выявлено - при сравнительной перкуссии слева в нижнем отделе лёгкого притупление легочного звука, при аускультации везикулярное дыхание в нижнем отделе левого легкого ослаблено); данных лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования (в общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, при рентгенографии органов грудной клетки выявлена левосторонняя нижнедолевая пневмония) можно выставить следующий диагноз: Внегоспитальная острая левосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. ДН0

**Эпикриз**

Пациент Домбровский Валерий Валерианович, 58 лет, заболел 28.11.13, когда появилось повышение температуры до 39,00С, общая слабость, головная боль и сухой редкий кашель. Кашель усилился, стало наблюдаться отхождение небольшого количества слизистой мокроты. 1.12.13 поднялась температура до 400С, в связи с чем пациент вызвал скорую помощь. Был госпитализирован в УЗ «ВОКИБ» в пятое отделение. При поступлении пациент предъявлял жалобы на частый кашель с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, повышенную температуру, головную боль, общую слабость; при объективном обследовании было выявлено - при сравнительной перкуссии слева в нижнем отделе лёгкого притупление легочного звука, при аускультации везикулярное дыхание в нижнем отделе левого легкого ослаблено. В связи с этим пациенту было назначено рентгенологическое исследование легких. После чего был выставлен диагноз: Внегоспитальная острая левосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. ДН0.. В пятом отделении были проведены следующие исследования: ОАК, ОАМ, ЭКГ, посев мокроты на микрофлору, бактериоскопическое исследование мокроты на туберкулёз. Исходя из жалоб, данных анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, объективного исследования, данных лабораторных и инструментальных методов исследования был выставлен диагноз: Внегоспитальная острая левосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. ДН0

**и назначено лечение:**

1. Режим палатный

2. Лечебное питание: стол Б.

3. Этиотропная терапия:

 Sol. Ceftriaxoni 1,0\* 2 раз в день в-в

4. Патогенетическая терапия:

 Tab. Ambroxoli 30,0 mg\*3 раза в сутки

7.При повышении температуры выше 38,0 0С

 Tab. Paracetamoli0.5

8.Инфузионная терапия

 Sol. NaCl 0,9% 800 мл, Глюкоза 5% 400мл (+Vit.C 10,0)

За время лечения состояние пациента заметно улучшилось.

Прогноз для жизни и труда благоприятный.