**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф.И.О. \*\*\*\*\*\*\*\*

2. Пол мужской

3. Возраст 44 года

4. Постоянное место жительства \*\*\*\*\*\*\*\*\*

5. Место работы, профессия безработный

6. Дата и время поступления в стационар

7. Дата выписки из стационара или перевода в другое лечебное учреждение

8. Кем направлен больной скорой медицинской помощью

9. Диагноз направившего учреждения Острая левостороняяя нижнедолевая пневмония

10 Диагноз при поступлении Внегоспитальная нижнедолевая пневмония слева, средней степени тяжести ДН 1

**ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

Больной жалуется на повышение температуры до 40° С, озноб, сухой кашель, резко выраженную инспираторную одышку в покое, боли колющего характера в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании и уменьшающиеся в положении на больном боку, общую слабость, выделение мокроты, головную боль, головокружение, повышенную потливость.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (anamnesis morbi)

Заболел остро 7 января 2013 года. Утром почувствовал озноб, лихорадку, общую слабость, повышение температуры до 40° С. Принимал в течение 3-х дней ибуклин в таблетках. Потом появился сухой, глубокий кашель с острыми болями, после последнего поднятия температуры тела, вызвал на дом бригаду СМП и был госпитализирован в стационар.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (anamnesis vitae)**

Родился 1-м ребёнком в семье. Рос и развивался нормально.Окончил среднюю школу, получил среднее специальное образование. В рядах ВС служил (ВДВ).

Начало трудовой деятельности с 20 лет. В течении 22 лет работал строителем.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные- живёт в отдельной 2-хкомнатной квартире с отцом. Питание регулярное, сбалансированное.

Курит с 18-летнего возраста. Алкоголь не употребляет. С 30-летнего возраста увлекается зимней рыбалкой.

Из перенесенных заболеваний отмечает, частые ОРВИ, в детстве перенёс гепатит А. В 2000 году был, перелом левой скуловой кости. Туберкулёз, вензаболевания, вирусный гепатит у себя и у родственников отрицает.

Наследственный анамнез не отягощен.

Лекарственной аллергии не отмечает. Переливаний крови не было.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (status praesens)**

**Общий осмотр**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное

Телосложение правильное, конституция нормостеническая, осанка правильная. Вес71 кг, рост 187 см. Индекс Кетле 23.

**Кожные покровы -** бледно-розового цвета, умеренно влажные, наблюдается цианоз губ. Тургор кожи снижен. Во время осмотра кожных покровов пигментации и депигментации кожи, лихорадочные высыпания, сыпь, сосудистые и трофические изменения не выявлены

Оволосение помужскому типу, волосы блестящие, мягкие, сухие, не ломкие, не истончены, очагового или генерализованного выпадения волос не отмечается. Ногти правильной формы, бледно-розового цвета, продольная или поперечная исчерченность отсутствует, ломкости ногтей не наблюдается, блестящая, гладкая поверхность, уплощения и вогнутости нет.

**Видимые слизистые -** видимые слизистые ротовой полости, глотки, конъюнктивы бледно-розового цвета, склеры белого цвета, умеренно влажные, патологические изменения и выраженность сосудистого рисунка не выявлено.

**Подкожно-жировая клетчатка -** развита умеренно, распределена равномерно, толщина кожной складки на животе (около пупка) - 2 см, на спине (под углом лопатки) - 2 см. Внешних отеков и пастозности нет.

**Лимфатические узлы -** околоушные, подбородочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые, подколенные группы лимфатических узлов не пальпируются

**Мышечная система -** степень развития удовлетворительная, тонус сохранен, сила симметричных мышц одинаковая. Болезненности при ощупывании не выявлено

**Костная система -** кости правильной формы, деформаций нет, болезненности костей при ощупывании не наблюдается. Концевые фаланги пальцев рук и ног без патологических изменений.

**Суставы** - конфигурация не изменена. Припухлости и видимых деформаций нет. Кожа над суставами не гиперемирована. Температура над суставами одинаковая с окружающими тканями. Активные и пассивные движения в суставах сохранены в полном объеме, безболезненны.

**Осмотр головы, лица и шеи**

**Осмотр лица -** у больного спокойное выражение лица, правильная форма носа, симметрическая носогубная складка. Патологических масок нет.

**Осмотр глаз и век -** отечности, птоза, темной окраски век не наблюдается; ширина глазной щели средних размеров, одинакова с обеих сторон; экзофтальма и энофтальма нет; бледно-розовая окраска конъюнктив, склеры белые, расширение сосудов склер не наблюдается; зрачки правильной формы, равномерные, реакция на свет сохранена, пульсация зрачков отсутствует, колец вокруг зрачков нет.

**Осмотр головы и шеи -** при осмотре головы и шеи изменения движения, размера и формы головы, искривление шеи, деформация шеи в переднем отделе, пульсации сонных артерий, пульсации и набухание яремных вен, воротник Стокса не обнаружены.

**Система органов дыхания**

**Форма грудной клетки -** правильная, симметричная.

**Тип грудной клетки -** нормостенический. Переднезадние размеры грудной клетки находятся в правильном соотношении с боковыми, над- и подключичные ямки умеренно выражены, межреберные промежутки умеренные, эпигастральный угол прямой, лопатки и ключицы не выступают. Искривления позвоночника не выявлено. Окружность грудной клетки 106 см, на вдохе 110 см, на выдохе 104 см. Экскурсия грудной клетки 6 см. Брюшной тип дыхания. Частота дыхательных движений 28 в минуту. Дыхание поверхностное, ритмичное, осуществляется через нос, наблюдается инспираторная одышка.

**Пальпация грудной клетки**

При пальпации болезненных участков не выявлено. Грудная клетка эластичная. По левой передней подмышечной линии на уровне 8 и 9 межреберья отмечается усиление голосового дрожания.

**Перкуссия легких**

**Сравнительная перкуссия -** при перкуссии по левой передней подмышечной линии на уровне8 и 9 межреберий отмечается притупленный звук. На остальных участках отмечается ясный легочный звук.

**Топографическая перкуссия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Нижняя граница: | | | |
| Линии | правое легкое | | левое легкое |
| Парастернальная | Верхний край 6 ребра | |  |
| Медиоклавикулярная | Нижний край 6-го ребра | |  |
| Передняя аксиллярная | 7 ребро | | 7 ребро |
| Средняя аксиллярная | 8 ребро | | 8 ребро |
| Задняя аксиллярная | 9 ребро | | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | | 10 ребро |
| Паравертебральная | На ур-не остистого отростка 11-го грудного позвонка | | |
| Верхняя граница легких: | | | |
| Высота стояния верхушек легких спереди | На 3 см выше ключицы | На 3 см выше ключицы | |
| Высота стояния верхушек легких сзади | На ур-не остистого отростка 7-го шейного позвонка | На ур-не остистого отростка 7-го шейного позвонка | |
| Ширина полей Кренига | 5 | 6 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подвижность нижних краев легких: | | |
| Линии | правое легкое (см.) | Левое легкое (см.) |
| Медиоклавикулярная | 3 |  |
| Средняя аксилярная | 4,5 | 5 |
| Лопаточная | 3,5 | 4 |

**Аускультация**

**Основные дыхательные шумы -** по левой передней подмышечной линии и на уровне 8 и 9 межреберий в симметричных участках грудной клетки выслушивается жесткое дыхание. На остальных участках выслушивается везикулярное дыхание.

|  |
| --- |
| **Побочные дыхательные шумы -** по левой передней подмышечной линии и на уровне 8 и 9 межреберий определяется крепитация, влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы  **Бронхофония -** по левой передней подмышечной линии на уровне 8, 9 межреберья отмечается усиление бронхофонии  **Система органов кровообращения**  **Осмотр области сердца**  При осмотре области сердца выпячивания, верхушечного и сердечного толчков, пульсации во II межреберьях около грудины не обнаружено. Пульсации артерий, пульсации и набухания вен шеи, патологической прекардиальной и эпигастральной пульсации нет. Вены в области грудины не расширены  **Пальпация**  **Верхушечный толчок -** локализован в V межреберье по левой срединно-ключичной линии, шириной 2 см, сильный, низкий, умеренной резистентности  **Сердечный толчок -** не определяется  **Дрожание в области сердца -** не определяется  **Перкуссия**  **Границы относительной тупости сердца**  Правая - по правому краю грудины на уровне IV межреберья  Левая - по срединно-ключичной линии на уровне V межреберья  Верхняя - III ребро по левому краю грудины  **Поперечник относительной тупости сердца**  Правый - 3 см  Левый - 11 см  Общий - 14 см  **Ширина сосудистого пучка -** во II межреберье составляет 7 см  **Конфигурация сердца -** нормальная  **Границы абсолютной тупости сердца**  Правая - по левому краю грудины на уровне IV межреберья  Левая - на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии на уровне V межреберья  Верхняя - IV ребро по левому краю грудины  **Аускультация**  **Тоны -** сердечные сокращения ритмичные, ЧСС - 80 уд/мин, тоны сердца приглушены.  Аускультация в первой точке - соотношение тонов правильное, так как I тон больше II в 2 раза. Ослабления или усиления I тона не наблюдается. Расщепления или раздвоения I тона не обнаружено. Дополнительных тонов, шумов нет  Аускультация во второй точке - соотношение тонов правильное, так как II тон больше I в 2 раза. Ослабления или усиления II тона не наблюдается. Расщепления или раздвоения II тона не обнаружено. Шумов нет  Аускультация в третьей точке - соотношение тонов правильное, так как II тон больше I в 2 раза. Ослабления или усиления II тона не наблюдается. Расщепления или раздвоения II тона не обнаружено. Шумов нет  Аускультация в четвертой точке - соотношение тонов правильное, так как I тон больше II в 2 раза. Ослабления или усиления I тона не наблюдается. Расщепления или раздвоения I тона не обнаружено. Дополнительных тонов, шумов нет  Аускультация в пятой точке - громкость I и II тонов одинаковая. Шумов нет  **Шум трения перикарда** отсутствует  **Исследование сосудов**  **Осмотр сосудов**  При осмотре пульсации сонных артерий, капиллярного пульса Квинке не наблюдается  **Пальпация**  При пальпации сонных, височных, плечевых, локтевых, лучевых, бедренных и подколенных артерий локального расширения, сужения и уплотнения не наблюдается. Стенка лучевой артерии эластичная, однородная. Пульс синхронный, одинаковый на обеих лучевых артериях, ритмичный, 80 уд/мин, умеренного напряжения, наполнения, величины, скорости, равномерный, дефицита пульса нет. На сонных, височных, плечевых, локтевых, лучевых, бедренных и подколенных артериях пульсация сохранена, одинаковая на симметричных артериях  **Аускультация**  При аускультации сонных и подключичных артерий выслушиваются 2 тона. При аускультации бедренных артерий выслушивается 1 тон. Двойного тона Траубе и двойного шума Дюрозье над бедренными артериями не обнаружено  Артериальное давление на плечевых артериях 140/80 мм рт ст  **Исследование вен**  При осмотре пульсации и набухания шейных вен, расширения вен грудной клетки, брюшной стенки и конечностей не наблюдается. Уплотнения и болезненности вен нет. При аускультации на яремных венах шум волчка не определяется  **Система органов пищеварения**  Губы: розовые, умеренно влажные, углы рта, симметричные. Запах изо рта отсутствует. Слизистая полости рта и твердого неба розовая, умеренно влажная, без налета, высыпаний, кровоизлияний нет.  Десны розовые, не кровоточащие. Зубы: кариозные измененные.  Язык: влажный, слегка обложен белым налетом. Глотка розовая, влажная.  При осмотре: живот круглый. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Видимая эпигастральная пульсация, венозная сеть, объемные процессы отсутствуют.  При поверхностной пальпации: живот мягкий, диффузное и локальное напряжение мышц живота не наблюдается, безболезненный, локальных объемных образований, грыжевых ворот нет.  Глубокая, скользящая, методическая пальпация по В.П.Образцову: сигмовидная кишка пальпируется в виде гладкого цилиндра умеренной плотности толщиной с большой палец. При пальпации кишка не урчит, безболезненна, пассивно подвижна в пределах 5 см. Нисходящая ободочная кишка не пальпируется. Слепая кишка мягкая, эластичная, слегка уплощена, диаметр 3 см, подвижна в пределах 4 см, безболезненна, слегка урчит. Восходящая ободочная кишка пальпируется в виде мягкой эластичной трубки, немного уплощенной, диаметр около 3 см, подвижность в пределах 3 см. Терминальный отдел тонкого кишечника не пальпируется. Большая кривизна желудка расположена на 4 см выше пупка, поверхность гладкая, пальпация безболезненна. Поперечно-ободочная кишка: ширина 4 см, безболезненна, не урчит.  Печень: размеры по Курлову:  по l. medioclavicularis dextra – 9 см  по l. mediana anterior – 8 см  по левой реберной дуге – 7 см  Нижний край печени выступает из- под правого подреберья на 1 см, мягкий, гладкий, безболезненный.  Желчный пузырь не пальпируется, в месте проекции болезненности нет, симптомы Ортнера, Курвуазье, Кера, Мюси, Мерфи отрицательные.  Селезенка: перкуторно - поперечник 4 см, длинник 6 см, пальпации не доступна, в месте проекции болезненности нет.  Поджелудочная железа – болезненности в месте проекции нет, симптом Мейо – Робсона, Воскресенского – отрицательный.  Симптомов раздражения брюшины нет, свободной жидкости в брюшной полости нет.  МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА  Осмотр поясничной области: кожный покров обычной окраски. Мочеиспускание произвольное, свободное и безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. При перкуссии и пальпации в области, проекции мочевого пузыря болезненности нет.    **НЕРВНО – ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА**  Настроение спокойное. Ориентирование во времени и месте не нарушено. Концентрация внимания без усилий. Интеллект сохранен, речь живая, связанная. Сон нормальный. Поведение, критика адекватны обстановке. Походка не изменена, в позе Ромберга устойчив. Сухожильные и брюшные рефлексы сохранены, менингеальные симптомы отсутствуют. Дермографизм красный, через 45 секунд.  Зрение: дальнозоркость, положение глазных яблок нормальное.  **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ** |

На основанииналичия синдрома поражения легочной ткани

- жалобы на сухой кашель, инспираторную одышку, боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость

- при осмотре - положение на больном боку, дыхание частое, поверхностное, ЧД 28 в минуту

- при пальпации - усиление голосового дрожания в области нижних отделов слева

- при перкуссии - притупление перкуторного звука в областинижних отлелов слева

- при аускультации - жесткое дыхание, крепитация и влажные мелкопузырчатые хрипы, усиление бронхофонии в области нижних отделов слева

Наличия синдрома интоксикации

- жалобы на головную боль, головокружение.

Можно предположить диагноз внегоспитальная нижнедолевая пневмония

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

*Лабораторные исследования:*

1. Клинический анализ крови. Назначается для выявления в крови признаков острого воспаления: выраженного лейкоцитоза с преобладанием в лейкоцитарной формуле нейтрофилов, в том числе юных форм, повышенного СОЭ;
2. Микроскопическое исследование мокроты и посев мокроты. Исследование на КУБ провести дважды. Назначается для установления этиологии заболевания и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам;
3. Анализ мочи. Назначается для оценки дезинтоксикационной функции почек;
4. Биохимический анализ крови. В нем интересуют показатели количества общего белка, белковых фракций, активности аминотрансфераз (они могут изменяться под действием интоксикации).

*Инструментальные методы исследования:*

1. Рентгенография грудной клетки в 3-х проекциях. Позволит по форме затемнения уточнить диагноз пневмонии (ожидается диффузное затемнение), оценить корни легких и не пораженную ткань легкого.
2. УЗИ органов брюшной полости;

3. ЭКГ.

Консультация фтизиопульмонолога и онкопульмонолога.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови (от 10.01)

|  |  |
| --- | --- |
| Hb –г\л | 155 |
| Эритроциты -1012/л | 4,42 |
| Лейкоциты – 109/л | 7.5 |
| Палочки - % | 4 |
| Сегменты - % | 42 |
| Эозинофилы - % | 4 |
| Лимфоциты -% | 45 |
| Моноциты - % | 4 |
| Цветовой показатель | 0,9 |
| СОЭ - мм/ч | 20 |

1. Общий анализ мочи  (от 11.01)

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | Полная |
| Удельный вес | 1022 |
| Белок | 0.119 г/л |
| Реакция | Кислая |
| Сахар | НЕТ |
| Эпителий | Единичные клетки |
| Лейкоциты | 4-6 в поле зрения |
| Эритроциты | 1-2 в поле зрения |

1. Биохимический анализ крови (от 5.03)

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок г/л | 62 |
| Глюкоза - ммоль/л | 5,2 |
| Мочевина - ммоль/л | 6,7 |
| АсАТ мкмоль/л | 54 |
| АлАТ мкмоль/л | 45 |
| Билирубин общий мкмоль/л | 13,3 |

СРП-12 мг/л

Альфа-амилаза-106 ед/л

Альбумин-40 г/л

4.Микроскопическое исследование мокроты и посев мокроты(от 11.01)

Количество 0,02 мл; консистенция вязкая; лейкоциты 8,9; плоский эпителий 6-7 в поле зрения; эозинофилы не обнаружены; аэробные и анаэробные микроорганизмы не обнаружены. Кондиды не выделены. КУБ не обнаружены.

*Инструментальные методы исследования:*

1. Рентгенография грудной клетки (10.01.2013)  
   Заключение: на обзорной Rtg-грамме в динамике определяется инфильтрация лёгочной ткани. Корни стуктурированы.
2. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, без видимых очагов изменений диффузное повышение эхогенности. Поджелудочная железа и желчный пузырь, селезёнка в норме. Свободная жидкость в брюшной полости abs, в левой плевральной полости, виз-ся спереди
3. ЭКГ: синусовый ритм,ЧСС 71 в минуту. Горизонтальная ЭОС.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Очаговый туберкулез легких. Длительное хроническое волнообразное течение со сменой фаз воспаления и затихания. Отсутствие ярких клинических проявлений даже в фазе обострения. Длительное покашливание без выделения или с выделением небольшого количества мокроты. |
|  | Инфильтративный туберкулез легких. При инфильтративном туберкулезе чаще наблюдается кровохарканье. Ведущая роль в диагностике принадлежит рентгенологическому исследованию. Также резко положительная туберкулиновая проба, определение микобактерий в мокроте, отчетливый эффект антитуберкулезной пневмонии. |
|  | Казеозная пневмония. Резко выраженное экссудативное воспаление всей доли или большей части его, которое быстро сменяется казеозно-некротическими изменениями с последующим образованием каверн. Течение казеозной пневмонии тяжелое. |
|  | Милиарный туберкулез легких. Начинается остро, температура тела повышается до 39-40 С, с-м интоксикации выражен резко, анорексия, похудание, одышка, упорной сухой кашель. |
|  | Диссеминированный туберкулез легких. Тяжелое течение, высокая температура, ознобы, ночные поты, очень выражен с-м интоксикации, беспокоит кашель, обычно сухой. |
|  | Инфаркт легкого. Появление в начале заболевания интенсивной боли в грудной клетке и одышки, затем – повышение температуры тела. Отсутствие выраженной интоксикации в начале тромбоэмболии легочной артерии. Кровохарканье, но при инфаркте легкого выделяется почти алая кровь, а при пневмонии с кровь с мокротой. Меньшая площадь поражения. Наблюдаются изменения в ЭКГ. Наличие тромбофлебита вен нижних конечностей. |
|  | Рак легкого. При раке антибактериальная терапия не помогает. При раке с-м Флейшнера отрицательный. Наибольшие значения для диагностики рака имеет рентгенография, бронхоскопия, цитологические исследования мокроты и плеврального экссудата, пункционная биопсия лимфатических узлов. |
|  | Острый аппендицит. При аппендиците положительный с-м Кохера. При пневмонии боли усиливаются при дыхании. Перкуссия, аускультация, рентгенологическое исследование помогают дифференцировать пневмонию. |
|  | Кардиогенный отек легких. Наличие у больных с «застойными легкими» симптоматики декомпенсированных кардиальных заболеваний. При «застойных легких» обнаруживается увеличение размеров сердца, чаще выявляется мерцательная аритмия, эпизоды сердечной астмы. Отека легких часто протекает как двусторонний процесс. Нет выраженных лабораторных изменений. |
|  | Плеврит. Сильные боли в грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, выслушивается шум трения плевры и сухие хрипы, может сопровождаться плевральным выпотом, нарастает зона тупости перкуторного звука и ослаблени­е дыхания, усиливается рестриктивная дыхательная недостаточность. Рентгенологическое отображение плеврального выпота зависит от его количества, состояния плевральной полости (например, спайки, шварты и др.) и положения туловища больного (вертикальное или горизонтальное). На рентгенограммах легких определяется затемнение от небольшого до тотального в зависимости от величины выпота. |
|  | Бронхоэктатическая болезнь, хронический абсцесс, киста легкого, лимфогранулематоз, туберкулез лимфоузлов. Высокоинформативны в такой ситуации томографическое исследование, биопсия лимфоуз­лов. |

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб пациента на повышение температуры до 40° С, озноб, сухой кашель, резко выраженную инспираторную одышку в покое, боли колющего характера в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании и уменьшающиеся в положении на больном боку, общую слабость, выделение мокроты, головную боль, головокружение, повышенную потливость.

На основании истории заболевания заболел остро 7 января 2013 года. Утром почувствовал озноб, лихорадку, общую слабость, повышение температуры до 40° С. Принимал в течение 3-х дней ибуклин в таблетках. Потом появился сухой, глубокий кашель с острыми болями.

На основании

**осмотра** - дыхание частое, поверхностное, ЧД 28 в минуту

**пальпации** - усиление голосового дрожания в области нижних отделов легких слева

**перкуссии** - притупление перкуторного звука в области нижних отделов легких слева

**аускультации -** жесткое дыханиев области верхушек легких, крепитация и влажные мелкопузырчатые звонкие хрипы в области верхушек легких, усиление бронхофонии в нижних отделах легких слева

**лабораторных исследований**

- общего анализа крови - лейкоциты 7,5\*1012/л , СОЭ 20мм/ч

- общего анализа мокроты - альвеолярные макрофаги 2-5 в п/зр, лейкоциты - все п/зр, эритроциты 1-2 в п/зр

- биохимического анализа крови - общий белок

62 г/л, положительный С - реактивный белок,

**Наличия синдрома поражения легочной ткани**

- жалобы на сухой кашель, инспираторную одышку, боли в грудной клетке, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость

- при осмотре - положение на больном боку, дыхание частое, поверхностное, ЧД 28 в минуту

- при пальпации - усиление голосового дрожания в нижних отделах легких слева

- при перкуссии - притупление перкуторного звука в нижних отделах легких слева

- при аускультации - жесткое дыхание, крепитация и влажные мелкопузырчатые хрипы, усиление бронхофонии в нижних отделах легких слева

- рентгенография органов грудной клетки - инфильтративные изменения в нижних долях легких слева

**Наличия синдрома интоксикации**

- жалобы на головную боль, головокружение

Можно поставить диагноз внегоспитальная нижнедолевая пневмония слева средней степени тяжести

**Диагноз ДН III** можно поставить на основании

- постоянная одышка в покое при поступлении

- ЧД 28 в минуту

**ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Основные направления лечебных мероприятий:

- режим;

- лечебное питание;

- лечение основного заболевания;

- коррекция осложнений;

- проведение реабилитационных мероприятий.

Режим. При легком течении и возможности обеспечения контроля за состоянием больного может проводиться амбулаторное лечение. В остальных случаях больные должны быть госпитализированы.

Питание. Обильное питье. Достаточное количество витаминов и достаточная калорийность пищи.

Лечение антибиотиками. Основным направлением лечения является проведение ранней и адекватной терапии антибиотиками. Выбор их осуществляется в зависимости от предполагаемой, а в последующем и установленной этиологии заболевания.

Дезинтоксикационная терапия. Должна включать обильное питье, внутривенное введение реополиглюкина, гемодеза, физиологического раствора или 5% раствора глюкозы.

Отхаркивающие препараты. Способствуют улучшению отхождения мокроты (бромгексин, ласольван, термопсис).

Нестероидные противовоспалительные препараты. Назначают в качестве жаропонижающих при температуре тела более 38,5 С. Бруфен, индометацин и др. могут применяться на заключительном этапе течения ОП, после окончания курса антибактериального лечения, для улучшения рассасывания воспалительной инфильтрации.

Физиотерапевтическое лечение. УВЧ-терапия грудной клетки, электро форез цинка и йода в грудную клетку, массаж грудной клетки, ингаляции, ПУФ носовых ходов.

Назначается диета № 15, режим 1;

С момента поступления больного в стационар начала проводиться антибактериальная терапия. Больной получает препараты – цефотоксин, азитромецин, амброксол, парацетамол

Rp: Sol.Cefatoxini1.0% 1ml 3раза в день;

1. Rp: Tab.Аzitromicini 0.5 – 1 неделя, затем 0.25, 5 дней ;
2. Rp: Tab. Амbroxoli 0.03-3
3. Rp: Tab.Paracetamoli 0.5 при повышении температуры

**Прогноз**

###### При пневмонии прогноз, как правило, благоприятный. Исключение составляют больные пожилого и старческого возраста, а также страдающие различной хронической патологией (ХНЗЛ, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, алкоголизм, наркомания), у которых часто возникают осложнения, определяющие исход болезни.

###### У данного больного прогноз для жизни благоприятный. Прогноз трудоспособности не благоприятный. Прогноз для выздоровления неблагоприятный. Самочувствие больного значительно улучшилось после проведенного лечения в клинике.

**ПРОФИЛАКТИКА**

Профилактика только не специфическая: 1) проведение профилактических осмотров для выявления очагов хронической инфекции; 2) санация полости рта и зева; 3) оздоровление санитарных условий в домашних и рабочих помещениях, борьба с запыленностью воздуха; 4) своевременность и широкое проведение профилактических прививок; 5) закаливание организма; 6) широкая санитарно-просветительная работа среди населения.

**ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПОЦИЕНТОМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дата* | *Содержание дневника* | *Назначения* |
| 4.02.13 | Жалобы на момент курации слабость,головокружение. Сознание ясное. Кожа телесного цвета, слизистые влажные, розовые, чистые. Пульс 83 уд/мин, АД 120/90 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Усиление голосового дрожания слева в области 8, 9 межреберий по передней подмышечной линии. Везикулярное, жесткое дыхание. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Стол № 15  Режим 1  См. лист назначений |
| 5.02.13 | Жалобы на момент курации отсутствуют. Сознание ясное. Кожа телесного цвета, слизистые влажные, розовые, чистые. Пульс 86 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Усиление голосового дрожания слева в области 8, 9 межреберий по передней подмышечной линии Везикулярное, жесткое дыхание. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Стол №15  Режим 1  См. лист назначений |
| 6.02.13 | Жалобы на момент курации отсутствуют. Сознание ясное. Кожа телесного цвета, слизистые влажные, розовые, чистые. Пульс 100 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Усиление голосового дрожания слева в подлопаточной области. Везикулярное, жесткое дыхание. Хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Стол №15  Режим 1  См. лист назначений |

**ЭПИКРИЗ**

Больной \*\*\*\*\*\*\*. Возраст 44 года (25.12.1968г).

Дата и время поступления в стационар 10.01.13 в 935 -1000

направлен больной скорой медицинской помощью. Больной жалуется на повышение температуры до 40° С, озноб, сухой кашель, резко выраженную инспираторную одышку в покое, боли колющего характера в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании и уменьшающиеся в положении на больном боку, общую слабость, выделение мокроты, головную боль, головокружение, повышенную потливость. Заболел остро 7 января 2013 года. Утром почувствовал озноб, лихорадку, общую слабость, повышение температуры до 40° С. Принимал в течение 3-х дней ибуклин в таблетках. Потом появился сухой, глубокий кашель с острыми болями, после последнего поднятия температуры тела, вызвал на дом бригаду СМП и был госпитализирован в стационар, где было проведены исследования: Клинический анализ крови

Микроскопическое исследование мокроты и посев мокроты.

Анализ мочи.

Биохимический анализ крови

Рентгенография грудной клетки

УЗИ органов брюшной полости;

ЭКГ.

Консультация фтизиопульмонолога и онкопульмонолога

Результаты исследований

- общего анализа крови - лейкоциты 7,5\*1012/л , СОЭ 20мм/ч

- общего анализа мокроты - альвеолярные макрофаги 2-5 в п/зр, лейкоциты - все п/зр, эритроциты 1-2 в п/зр

- биохимического анализа крови - общий белок

62 г/л, положительный С - реактивный белок,

- рентгенография органов грудной клетки - инфильтративные изменения в нижних долях легких слева

УЗИ диагностики Свободная жидкость в брюшной полости abs, в левой плевральной полости, виз-ся спереди

На основании данных осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов был поставлен диагноз: Внегосптальная нижнедолевая пневмония слева, средней степени тяжести, ДН 1 и назначено лечение:

Назначается диета № 15, режим 1;

С момента поступления больного в стационар начала проводиться антибактериальная терапия. Больной получает препараты – цефотоксин, азитромецин, амброксол, парацетамол

Rp: Sol.Cefatoxini1.0% 1ml 3раза в день;

1. Rp: Tab.Аzitromicini 0.5 – 1 неделя, затем 0.25, 5 дней ;
2. Rp: Tab. Амbroxoli 0.03-3
3. Rp: Tab.Paracetamoli 0.5 при повышении температуры
4. В результате проведённого лечения наблюдается положительная динамика. Результаты: антибиотикотерапия дала положительные результаты: сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, повышение температуры, слабость, утомляемость исчезли. При сравнительной перкуссии на передней, боковой и задней поверхности определяется ясный перкуторный звук. При аускультации по передней, боковой и задней поверхности выслушивается везикулярное дыхание. Общие и биохимические показатели крови восстановились до нормальных показателей. Контрольная рентгенография показала остаточные изменения в легких.

Рекомендуется 1) проведение профилактических осмотров для выявления очагов хронической инфекции; 2) санация полости рта и зева; 3) оздоровление санитарных условий в домашних и рабочих помещениях, борьба с запыленностью воздуха; 4) своевременность и широкое проведение профилактических прививок; 5) закаливание организма; контроль Rtg через 1 мес.

Диета

* Полноценная диета с достаточным содержанием белков и повышенным содержанием витаминов А,С, группы В;
* Ограничение углеводов до 200-250 г/сут, поваренной соли до 4-6 г/сут и увеличение продуктов, богатых солями кальция (молочные продукты);
* Необходимо насыщение диеты продуктами, богатыми витамином Р (черноплодная рябина, шиповник, черная смородина, лимоны);
* Включение продуктов, богатых витаминами группы В (мясо, рыба, дрожжи, отвар из пшеничных отрубей);
* Витамин А и бета-каротин (морковь, красные овощи и фрукты) способствуют регенерации эпителия дыхательных путей. Рекомендованы овощные и фруктовые соки;
* Энергетическая ценность до 2800 ккал/сут.

**Литература**

1. Козловский В.И. Лекции по факультетской терапии.- Издат. ВГМУ.-2001
2. Чиркин А.А., Окороков А.Н., Гончарик И.И. диагностический справочник терапевта. -Минск, Беларусь,-1993г.
3. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. -Минск, Вышейшая школа,- 1995-1999г.
4. Мартов В.Ю., Окороков А.Н. Лекарственные средства в практике врача.- Москва, Медицинская литература,-2006г.