Ф.И.О. x

Возраст 56 лет

Место работы - не пенсии.

Жалобы на момент поступления: повышение температуры ( со 2 сентября и в течение 1.5 месяцев повышение температуры : днем температура как правило до 37-38 градусов, вечером отмечал повышение температуры до 39, что сопровождалась проливным потом, слабостью , головной болью, повышенной утомляемостью), также предъявляет жалобы на одышку на вдохе, которая появляется после небольшой физической нагрузки и проходящую в покое, на кашель со скудной мокротой слизисто-гнойного характера.

 За время пребывания в клинике больной отмечает улучшение состояния: температура нормализовалась, одышка и кашель не беспокоят, что связывает с проводимым лечением.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. Считает себя больным с начала сентября 1996 года, когда впервые появилась повышенная температура ( до 39 градусов к вечеру), что сопровождалось проливным потом, слабостью, головной болью. Это состояние пациент связывал с переохлаждением во время последней поездки за город. Обратился за помощью в поликлинику по месту жительства, где был обследован участковым терапевтом: были выполнены флюорография, клинический анализ крови и состояние было расценено как острое респираторное заболевание и больному был выдан больничный лист. Лечение по этому поводу не получал и температура не снижалась; через две недели вышел на работу. В ноябре с жалобами на плохое самочувствие повышенную температуру, которая повышалась , как правило, к вечеру и сопровождалась ознобами, головной болью, слабостью; также примерно с этого времени стал отмечать появление кашля с отхождением скудной мокроты светлого цвета повторно обратился к участковому терапевту. Был заподозрен туберкулез, в связи с чем был направлен на обследование в противотуберкулезный диспансер Кировского района, где диагноз не подтвердился, и с диагнозом острая пневмония был госпитализирован в городскую больницу №3 в отделение пульмонологии.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Родился в 1940 году в городе Ленинграде, единственным ребенком в семье. В школу пошел в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. С 1960 по 1963 служил в рядах Советской армии . После службы в армии закончил среднее техническое училище по специальности стропольщик .С 1965 года и по настоящее время работал по своей специальности на предприятии “Северная заря”

 Семейный анамнез: женат с 1967 года, имеет дочь 27 лет.

 Наследственность: Отец и мать умерли от инсульта ( страдали гипертонической болезнью).

Профессиональный анамнез: трудовую деятельность начал в 15 лет . Рабочий день был всегда нормирован, работа всегда была связана с тяжелой физической нагрузкой. Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило в летнее время.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день горячей пищей в достаточном количестве, дома.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Внутримышечных, внутривенных, подкожных инъекции не было. За пределы Ленинградской области последние 6 месяцев не выезжал

Перенесенные заболевания: туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

Привычные интоксикации: курит с 15 лет по одной пачке сигарет в день, после начала заболевания ограничивает себя в курении ( одна пачка на 2-3 дня), алкоголем злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

Страховой анамнез : больничный лист с 27 ноября 1996 года.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. Состояние больного средней тяжести. Положение активное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 175 см, вес 69.5 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно ( толщина кожно-подкожно-жировой складки над пупком 2 см). Кожные покровы обычной окраски, чистые. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

 Костно-мышечная система. Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Форма черепа мезоцефалическая. Форма грудной клетки правильная.

Грудные железы не увеличены, сосок без особенностей. Пальпируется большая грудная мышца.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Щитовидная железа не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

 Сердечно-сосудистая система. Пульс 90 ударов в минуту, аритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральный артериях верхних и нижних конечностей , а также на шее не ослаблен.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок справа на 3 см отступя от среднеключичной линии в пятом межреберье, разлитой , увеличенной протяженности ( около 3.5 см).

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя |  на 4 ребре у левого края грудины |
| левая | на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| правая левого края грудины в 4 межреберье  |  |
|   |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре  |
|   |
| левая на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5  |
|  межреберье  |

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, ослаблены на верхушке, ритмичные. Систолический шум хорошо прослушиваемый на верхушке и точке Боткина.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

Система органов дыхания. Форма грудной клетки правильная, экскурсия грудной клетки слева уменьшена. Дыхание поверхностное, . Частота дыхания 24 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких и больше степени слева , над лопаткой.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука в левой надолопаточной области.

 Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро |  7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

 Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

 справа 7 см

 слева 5 см

Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное отделах легких,также выслушиваются мелкие и среднепузырчатые хрипы в верхних отделах легких слева.

 При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей, и в левую надлопаточную область.

Система органов пищеварения.

Осмотр ротовой полости: губы сухие , красная кайма губ бледная, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

 При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

 Желудок: границы не определяются,отмечается шум плеска видимой перистальтики не отмечается.Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7.Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательный. Френикус симптом отрицательный.Поджелудочная. не прощупывается.

 Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА. Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Наружные половые органы развиты правильно, в мошонке пальпируются яички , плотноэластической консистенции.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС. Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

 На основании жалоб пациента на: повышение температуры ( со 2 сентября и в течение 1.5 месяцев повышение температуры : днем температура как правило до 37-38 градусов, вечером отмечал повышение температуры до 39, что сопровождалась проливным потом, слабостью , головной болью, повышенной утомляемостью), также предъявляет жалобы на одышку на вдохе, которая появляется после небольшой физической нагрузки и проходящую в покое, на кашель со скудной мокротой слизисто-гнойного характера;

 На основании данных анамнеза: заболел остро - в сентябре 1996 года появилась повышенная температура ( до 39 градусов к вечеру), что сопровождалось проливным потом, слабостью, головной болью. Это состояние пациент связывал с переохлаждением во время последней поездки за город. Был обследован участковым терапевтом (выполнены флюорография, клинический анализ крови) и состояние было расценено как острое респираторное заболевание. Лечение по этому поводу не получал и повышенная температура сохранялась; В ноябре отмечал ухудшение состояния: , повышение температуры как правило к вечеру, с ознобами, резкой слабостью, утомляемостью, головной болью, стал отмечать появление кашля с отхождением скудной мокроты светлого цвета повторно обратился к участковому терапевту. 27 ноября госпитализирован в городскую больницу №3 в отделение пульмонологии.

 На основании данных объективного исследования: состояние средней тяжести, положение активное, при исследовании системы органов дыхания выявлено: экскурсия грудной клетки слева уменьшена. Дыхание поверхностное, . Частота дыхания 24 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких и больше степени слева , над лопаткой.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука в левой надлопаточной области; уменьшение подвижности легочного края слева на 2-3 см, увеличение высоты стояния верхушек. Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное отделах легких,также выслушиваются мелкие и среднепузырчатые хрипы в верхних отделах легких слева. При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей, и в левую надлопаточную область; можно поставить диагноз острая очаговая сливная верхнедолевая пневмония.

 На основании жалоб на одышку , возникающую при небольшой физической нагрузке; данных объективного исследования: участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, слабовыраженный цианоз возникающий при физической нагрузке можно поставить дыхательную недостаточность 1- 2 ст.

 Учитывая жалобы больного, данные объективного исследовния в плане дифференциального диагноза необходимо исключить туберкулез легких.

 ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.

Лабораторные методы исследования:

1. клинический анализ крови
2. биохимический анализ крови ( С-реактивный белок, сиаловые кислоты, глобулины и их фракции, альбумин)
3. исследование мокроты, посев мокроты на бациллу Коха, на антибиотикорезистентность.

 Инструментальные исследования:

1. Рентгенография легких
2. Спирография

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

Клинический анализ крови от 22.10.96

гемоглобин 146 г\л

эритроциты 4.7 х 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 4х 10 в 9 степени на литр

 эозинофилы 1

сегментоядерные 56

лимфоциты 35

моноциты 4

СОЭ 18 мм\ч

 Заключение по клиническому анализу крови - повышенная СОЭ и нейтрофильный лейкоцитоз говорят в пользу наличия воспалительного процесса.

На рентгенограмме легких 14.06.96 : слева в S6 неоднородная сливная инфильтрация.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

На основании жалоб пациента на: повышение температуры ( со 2 сентября и в течение 1.5 месяцев повышение температуры : днем температура как правило до 37-38 градусов, вечером отмечал повышение температуры до 39, что сопровождалась проливным потом, слабостью , головной болью, повышенной утомляемостью), также предъявляет жалобы на одышку на вдохе, которая появляется после небольшой физической нагрузки и проходящую в покое, на кашель со скудной мокротой слизисто-гнойного характера;

 На основании данных анамнеза: заболел остро - в сентябре 1996 года появилась повышенная температура ( до 39 градусов к вечеру), что сопровождалось проливным потом, слабостью, головной болью. Это состояние пациент связывал с переохлаждением во время последней поездки за город. Был обследован участковым терапевтом (выполнены флюорография, клинический анализ крови) и состояние было расценено как острое респираторное заболевание. Лечение по этому поводу не получал и повышенная температура сохранялась; В ноябре отмечал ухудшение состояния: , повышение температуры как правило к вечеру, с ознобами, резкой слабостью, утомляемостью, головной болью, стал отмечать появление кашля с отхождением скудной мокроты светлого цвета повторно обратился к участковому терапевту. 27 ноября госпитализирован в городскую больницу №3 в отделение пульмонологии.

 На основании данных объективного исследования: состояние средней тяжести, положение активное, при исследовании системы органов дыхания выявлено: экскурсия грудной клетки слева уменьшена. Дыхание поверхностное, . Частота дыхания 24 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких и больше степени слева , над лопаткой.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука в левой надлопаточной области; уменьшение подвижности легочного края слева на 2-3 см, увеличение высоты стояния верхушек. Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное отделах легких,также выслушиваются мелкие и среднепузырчатые хрипы в верхних отделах легких слева. При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей, и в левую надлопаточную область; можно поставить диагноз острая очаговая сливная верхнедолевая пневмония.

На основании данных лабораторных и инструментальных исследований: в клиническом анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз , повышенная СОЭ ( до 18 мм/ч), на рентгенограмме легких 14.06.96 : слева в S6 неоднородная сливная инфильтрация. Можно поставить диагноз острая очаговая сливная верхнедолевая пневмония.

 На основании жалоб на одышку , возникающую при небольшой физической нагрузке; данных объективного исследования: участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, слабовыраженный цианоз возникающий при физической нагрузке можно поставить дыхательную недостаточность 1 ст.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.

1. Этиотропная терапия: антибактериальные средства - антибиотики группы пенициллина, сульфаниламиды.

 Rp.: Benzylpenicillini natrii 1000000 ЕД

 D.t.d. №30

 S. Содержимое флакона развести в 0.5% растворе новокаина, вводить внутримышечно 4

 раза в сутки, через каждые 6 часов.

Rp.: Sulfopiridazini 0.5

 D.t.d. #10

 S. Принять в первый день 4 таблетки, затем по 2 таблетки в день в последующие 5 дней.

2. Патогенетическая терапия.

 Отхаркивающие средства:

 а. Рефлекторного действия

 Rp.: Infus herbae Thermopsidis 0.45 180 ml

 Codeini phosphatis 0.2

 M.D.S. Внутрь по столовой ложке 3 раза в день

 б. Несопосредственно влияют на слизистую бронхов

 Rp.: Sol. Kalii iodidi 3% 180 ml

 D.S. Внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день.

 В. Муколитики, разрывающие S-S связи

 Rp.: Tab. Bromhexini 0.008 # 20

 D. S. По 1 таблетке 4 раза в день.

3. Средства влияющие на обмен:

 Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% 1 ml

 D.t.d. # 20 in amp.

 S. По 2 мл внутримышечно 2 раза в день.

 ЭПИКРИЗ

 Пациент x 56 лет поступил в городскую больницу №3 , в отделение пульмонологии 27.11.96. с жалобами на повышение температуры до 39, которое сопровождалось проливным потом, слабостью , головной болью, повышенной утомляемостью), также предъявляет жалобы на одышку на вдохе, которая появляется после небольшой физической нагрузки и проходящую в покое, на кашель со скудной мокротой слизисто-гнойного характера.

 На основании данных анамнеза: заболел остро - в сентябре 1996 года появилась повышенная температура ( до 39 градусов к вечеру), что сопровождалось проливным потом, слабостью, головной болью. Это состояние пациент связывал с переохлаждением во время последней поездки за город.

 На основании данных объективного исследования: состояние средней тяжести, положение активное, при исследовании системы органов дыхания выявлено: экскурсия грудной клетки слева уменьшена. Дыхание поверхностное, . Частота дыхания 24 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких и больше степени слева , над лопаткой.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии определяется укорочение перкуторного звука в левой надлопаточной области; уменьшение подвижности легочного края слева на 2-3 см, увеличение высоты стояния верхушек. Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное отделах легких,также выслушиваются мелкие и среднепузырчатые хрипы в верхних отделах легких слева. При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей, и в левую надлопаточную область; можно поставить диагноз острая очаговая сливная верхнедолевая пневмония.

На основании данных лабораторных и инструментальных исследований: в клиническом анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз , повышенная СОЭ ( до 18 мм/ч), на рентгенограмме легких 14.06.96 : слева в S6 неоднородная сливная инфильтрация. Можно поставить диагноз острая очаговая сливная верхнедолевая пневмония. На основании жалоб на одышку , возникающую при небольшой физической нагрузке; данных объективного исследования: участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, слабовыраженный цианоз возникающий при физической нагрузке можно поставить дыхательную недостаточность 1 ст.

 В отделении проводилось этиологическое ( антибиотикотерапия), патогенетическое ( отхаркивающие средства, средства улучшающие обмен веществ).

 Состояние больного улучшилось, что проявилось в нормализации температуры, улучшении общего самочувствия, уменьшении одышки и кашля. Пациенту рекомендовано продолжить лечение в условиях стационара для полного выздоровления.

ПРОФИЛАКТИКА. Профилактика пневмонии заключается в профилактике хронического бронхита - отказ от курения, профилактики острых респираторных заболеваний в осенне-весенний период - употребление в пищу достаточных количеств витаминов групп А, С, В.

ПРОГНОЗ.

 Прогноз в отношении жизни благоприятный так как у нашего пациента пневмония протекает без осложнений.

 Прогноз в отношении выздоровления благоприятный так как при своевременно начатой этиопатогенетической терапии удается достигнуть выздоровления.

 Прогноз в отношении восстановления работоспособности благоприятный так как практически всегда бронхопневмония не оставляет остаточных явлений.