Министерство здравоохранения и социального развития РФ

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет

Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

**Зав.кафедрой – профессор Струтынский А.В.**

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**ФИО:** Звонов Сергей Дмитриевич, 54 лет (дата рождения: 12.06.1955)

**Диагноз основного заболевания:** Бактериальная полисегментарная очаговая пневмония в нижней доле правого легкого (сегменты IX-X), средней тяжести течения

Куратор - студентка 453 группы IV курса Мякина А.В.

Преподаватель - доцент Кочетков Б.М.

2009 г.

**I. Паспортная часть**

1. Фамилия, имя, отчество: Звонов Сергей Дмитриевич
2. Возраст: 55 года (дата рождения: 12.06.1955)
3. Пол: мужской
4. Профессия: слесарь
5. Место постоянного жительства: г.Москва, ул.Катукова, 12, кв.14
6. Дата поступления в стационар: 17 ноября 2009 г.
7. Дата курации: 20 ноября 2009 г.

**II. Жалобы**

Жалобы в настоящее время:

* на приступообразный (до 10-15 раз за сутки) кашель, возникающий независимо от физической нагрузки, положения тела, и длящийся 1-2 мин., стихающий самостоятельно;
* на выделение с кашлем трудно отделяющейся вязкой слизисто-гнойной мокроты, (около 20-30 мл за сутки), без примесей крови, пищи, без запаха;
* на небольшую одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по коридору на расстоянии 30-50 м), стихающую в покое, при остановке спустя 2-3 мин;
* на повышение температуры тела (до 38,8-39,1°С), преимущественно во второй половине дня и сохраняющейся на протяжении 3-5 часов. Снижение температуры происходит самостоятельно или под действием жаропонижающих препаратов и сопровождается обильным потоотделением;
* на слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности.

**III. История настоящего заболевания (Аnamnesis morbi)**

Заболел около 9-10 дней тому назад, когда без видимых провоцирующих факторов, у больного впервые появились выраженный озноб и ощущение нехватки воздуха, слабость. Температура тела в этот момент времени повысилась до 39,1°С. Лихорадка сохранялась в течение последующих 2-х суток с колебаниями от 37,6ºС до 39,2°С и сопровождалась слабостью, одышкой при небольшой физической нагрузке и внезапно, без причины, начавшимся кашлем с отделением мокроты. При кашле отмечалась боль в грудной клетке.

Обратился в поликлинику 11ноября 2009 г. Где был поставлен диагноз очаговая пневмония. Проводилось лечение антибактериальными препаратами широкого спектра (Амоксиклав) курсом 6 дней по 250 мг 3 раза в день, муколитиками (Аскорил) курсом 6 дней по 10 мл 3 раза в день.

На фоне проводимой терапии самочувствие несколько улучшилось – лихорадка снизилась до субфебрильных цифр (37.2ºС-37.5ºС), уменьшились боли в грудной клетке, но более интенсивным стал кашель с отделением небольшого количества вязкой мокроты слизисто-гнойного характера без примесей крови. Кашель особенно беспокоил больного ночью, когда он принимал горизонтальное положение в постели. На 7-й день болезни стала нарастать одышка, из-за чего заметно снизилась переносимость физических нагрузок. Был повторно вызван врач поликлиники, который настоятельно рекомендовал больному госпитализироваться, в связи с чем больной поступил в терапевтическое отделение ЦКБ МП св.Алексия.

При поступлении в стационар были проведены обследования: рентгенография грудной клетки, биохимический анализ крови. На основании полученных данных и сбора анамнеза был поставлен диагноз: бактериальная полисегментарная очаговая пневмония в нижней доле правого легкого (сегменты IX-X), средней тяжести течения. Больному было назначено лечение в виде антибактериальной терапии широкого спектра действия (Флемоклав Солютаб) 500 мг 3 раза в сутки, муколитики (Аскорил) по 10 мл 3 раза в сутки.

**IV. История жизни (Аnamnesis vitae)**

Краткие биографические данные: родился в 1955г. в г. Москве в семье рабочих, вторым ребенком по счету. В развитии от сверстников не отставала. Образование – средне-специальное.

Семейно-половой анамнез: В настоящий момент женат, имеет двух детей: сыну 25 лет, дочери 33 лет.

Трудовой анамнез: Трудовую деятельность начала с 18 лет. После окончания техникума работал на заводе по специальности слесарь. Профессиональная деятельность была связана с психоэмоциональными нагрузками.

Профессиональных вредностей не отмечает.

Бытовой анамнез: Семья состоит из четырех человек и в настоящее время занимает благоустроенную трехкомнатную квартиру общей площадью более 70 м2. В течение всей жизни проживал в г. Москве, в зонах экологических бедствий не находился.

Питание: калорийное, разнообразное.

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

Перенесенные заболевания: в младшем детском возрасте перенёс: корь, краснуху, ветряную оспу, пневмонию. В течение последующей жизни болел «простудными» заболеваниями в среднем 1 раз в год.

Другие заболевания (в том числе туберкулез, инфекционные заболевания, болезни печени, почек, заболевания сердца и т.п.), а также травмы, ранения отрицает.

Эпидемиологический анамнез: в контакте с лихорадящими и инфекционными больными, в эндемических и эпизоотических очагах не был. Переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей не проводилось. Инъекций, операций, санаций полости рта, других медицинских манипуляций, нарушающих целостность кожных покровов и слизистых в течение последних 6-12 месяцев не выполнялось.

Аллергологический анамнез: аллергических реакций на лекарственные препараты и пищевые продукты не было.

Страховой анамнез:. Имеет страховой полис А 56984 компании «РОСНО».

**V.** **Наследственность**

Отец, умер в возрасте 68 лет от злокачественной опухоли в почке. Мать 72 лет страдает гипертонической болезнью. Эндокринных и психических заболеваний, геморрагических диатезов и алкоголизма, наличие туберкулеза, сифилиса, ВИЧ-инфекции у ближайших родственников отрицает.

**VI. Настоящее состояние (Status praesens)**

**ОБЩИЙ ОСМОТР:**

Общее состояние больного: средней тяжести.

Сознание: ясное.

Положение: больного активное.

Телосложение: гиперстенический конституциональный тип, рост 168 см, масса тела 89 кг. Осанка сутуловатая, походка медленная.

Температура тела: 37,3ºС.

Выражение лица: утомленное.

Кожные покровы, ногти и видимые слизистые. Кожные покровы чистые, бледноватые с участками пигментации кожи стоп и голеней. Высыпаний и сосудистых изменений (сыпи, телеангиэктазии, «сосудистые звездочки» и кровоизлияния) нет. Рубцы, видимые опухоли и трофичекие изменения кожи не обнаруживаются.

Кожа сухая, ее тургор нормальный. Тип оволосения – мужской.

Ногти: форма правильная (изменения формы ногтей в виде «часовых стекол» или койлонихий отсутствуют). Цвет ногтей розовый, исчерченности нет.

Видимые слизистые: розового цвета, влажные; высыпаний на слизистых (энантемы), язв, эрозий нет, язык суховатый, с небольшим тремором.

Подкожно-жировая клетчатка: развита умеренно и равномерно. Толщина подкожно-жирового слоя на уровне пупка – 3,5 см. Отеков, пастозности нет. Болезненность и крепитация при пальпации подкожно-жировой клетчатки отсутствует.

Лимфатические узлы: Затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, локтевые, подколенные и паховые лимфатические узлы – не пальпируются.

Зев: отмечается небольшая гиперемия зева, отёчности и налётов нет. Миндалины не выступают за дужки, розовые, без отека и налетов.

Мышцы: развиты удовлетворительно. Тонус и сила мышц не снижены. Болезненности и уплотнений при пальпации мышц нет.

Кости: Осанка правильная, позвоночник не искривлён. Форма других костей скелета не изменена. Болезненности при поколачивании костей нет.

Суставы: конфигурация суставов не изменена. Припухлости и болезненности суставов при их ощупывании, а также гиперемии, изменения температуры кожи над суставами нет. Активные и пассивные движения в суставах в полном объеме. Отмечается хруст при активных движениях в коленных суставах.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Жалобы:** см. выше (основные жалобы больного).

**Осмотр**

Нос: форма носа не изменена, дыхание через нос слегка затруднено, наблюдается небольшая ринорея.

Гортань: деформаций и припухлости в области гортани нет. Голос тихий, чистый.

Грудная клетка: форма грудной клетки гиперстеническая. Над- и подключичные ямки выражены. Ширина межрёберных промежутков умеренная. Эпигастральный угол тупой. Лопатки и ключицы выступают отчётливо. Грудная клетка симметрична. Окружность грудной клетки – 102 см. при спокойном дыхании, на вдохе – 109, на выдохе – 101. Экскурсия грудной клетки равна 8 см.

Дыхание: тип дыхания – смешанный. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. Вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Дыхание ритмичное, Преобладает продолжительность фазы выдоха. Видимого затруднения дыхания нет.

**Пальпация:**

При пальпации VIII-Х межреберных промежутков справа по лопаточной линии отмечается умеренная болезненность. Болезненность выявляется также при пальпации 4-7 остистых отростков и паравертебральных точек грудного отдела позвоночника. Эластичность грудной клетки снижена. Голосовое дрожание ослаблено в подлопаточной и аксиллярной области справа. На остальных симметричных участках грудной клетки одинаково.

**Перкуссия лёгких:**

При сравнительной перкуссии определяется ясный лёгочный звук над симметричными участками легких, за исключением подлопаточной и аксиллярной области справа, где выявляется отчетливое притупление ниже угла лопатки.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические ориентиры | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Верхняя граница легких | | |
| Высота стояния верхушек спереди | 4 см выше ключицы | |
| Высота стояния верхушек сзади | Остистый отросток VII шейного позвонка | |
| Ширина полей Кренига | 6 см | |
| Нижняя граница легких | | |
| Окологрудинная линия | VI ребро | — |
| Срединно-ключичная линия | VI ребро | — |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная линия | VIII ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | VIII ребро | X ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток VIII грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |
| Подвижность нижнего края легкого по linea axillaris posterior | 2 см | 5 см |

**Аускультация:**

Основные дыхательные шумы: Ниже угла лопатки справа (соответствует 9-10 сегменту нижней доли правого легкого) дыхание резко ослаблено. Над симметричными участками остальных отделов грудной клетки отмечается небольшое ослабление везикулярного дыхания.

Побочные дыхательные шумы: Ниже угла правой лопатки определяется умеренное количество влажных мелкопузырчатых звучных хрипов. Шум трения плевры или крепитация не выслушиваются.

Бронхофония: в области притупления и резкого ослабления дыхания справа ниже угла лопатки шепотная речь не проводится.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Жалобы**:

Жалоб на боли в области сердца нет.

На небольшую одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по коридору на расстоянии 30-50 м), стихающую в покое, при остановке спустя 2-3 мин.

Удушья нет.

На сердцебиения, изредка возникающие при подъемах АД, при эмоциональном напряжении или физической нагрузке. Перебоев в работе сердца больной не отмечает.

Жалоб на появление отеков нет.

**Осмотр:**

Осмотр шеи: наружные яремные вены и сонные артерии без видимых патологических изменений. Набухания вен шеи или усиленной пульсации сонных артерий нет.

Осмотр области сердца: верхушечный толчок виден в V межреберье слева, на 2 см. кнаружи от срединно-ключичной линии. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация визуально не определяются.

**Пальпация:**

Верхушечный толчок: пальпируется на 2 см. латеральнее срединно-ключичной линии в 5 межреберье, несколько усиленный, занимает площадь 2-х концевых фаланг среднего пальца правой руки.

Сердечный толчок: не определяется.

Эпигастральная пульсация: отсутствует.

Дрожание в области сердца (систолическое или диастолическое) не определяется.

Пальпаторная болезненность и зоны гиперестезии в области сердца отсутствуют.

**Перкуссия:**

|  |  |
| --- | --- |
| Относительная тупость сердца: | |
| Границы | Ориентиры |
| Правая | На 1 см. правее края грудины |
| Левая | На 3 см левее левой срединно-ключичной линии на уровне V межреберья |
| Верхняя | Верхний край III ребра |

Поперечник относительной тупости сердца 19 см.

Ширина сосудистого пучка 7 см.

Конфигурация сердца аортальная.

|  |  |
| --- | --- |
| Абсолютная тупость сердца | |
| Границы | Ориентиры |
| Правая | Левый край грудины |
| Левая | 2 см кнутри от среднеключичной линии на уровне V межреберья |
| Верхняя | V ребро |

**Аускультация:**

Тоны сердца ритмичные. Число сердечных сокращений (ЧСС) – 85 уд/мин.

Первый тон громкий, расщепления или раздвоения нет.

Отмечается акцент второго тона на аорте. Расщеплений или раздвоений второго тона нет.

Дополнительных тонов (пресистолического или протодиастолического галапа, тона открытия митрального клапана, систолического галопа и др.) нет.

Шумы: отсутствуют.

Шум трения перикарда: отсутствует.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ**

Исследование артерий: височные, сонные, лучевые, бедренные, подколенные, заднеберцовые артерии эластичные, безболезненные. Извитости артерий нет. Пульсация аорты в яремной ямке отсутствует. «Пляски Каротид» нет, пульсация на а.dorsalis pedis хорошего наполнения, одинакова на обеих стопах.

Шумы или патологические тоны над бедренными и сонными артериями (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье и др.) не выслушиваются.

Артериальный пульс на обеих лучевых артериях одинаков, ритмичен, нормального наполнения и напряжения. Число пульсаций – 85 в мин.

Артериальное давление, измеренное методом Короткова на правой и левой плечевых артериях 140/90 мм.рт.ст.

Исследование вен: наружные яремные вены не набухшие. Определяется нормально выраженная пульсация вен шеи. При выслушивании яремных вен шумы, в том числе «шум волчка», не определяются.

Вены грудной клетки, передней брюшной стенки, конечностей не расширены, не уплотнены, при пальпации безболезненны.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

**Жалобы:**

Боли в животе отсутствуют.

Диспепсические явления, в том числе затруднения глотания, тошноты, рвоты, отрыжки, изжоги и вздутия живота нет.

Аппетит сохранен, отвращения к пище (жирной, мясной и т.п.) нет.

Стул: обычно 1 раз в сутки, количество умеренное. Кал оформленный, коричневого цвета, обычного запаха. Примеси крови и слизи в кале нет.

Кровотечения: Признаков пищеводного, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечений (рвота кровью, «кофейной гущей», алая кровь в кале, мелена) нет.

**Осмотр:**

Полость рта: язык розового цвета, слегка суховатый, без налётов, наблюдается не большой тремор. Дёсны, мягкое и твёрдое небо обычной окраски, геморрагий и изъязвлений нет. Запах изо рта отсутствует.

Живот: обычной формы, подкожно-жирового слой развит умеренно, равномерно. Живот симметричный, выбухания или втяжения отсутствуют. Живот участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника отсутствует. Венозных коллатералей передней брюшной стенки нет.

Окружность живота на уровне пупка 120 см.

**Перкуссия:**

Перкуторный звук – тимпанический над всей поверхностью живота. Свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости нет.

**Пальпация:**

Поверхностная ориентировочная: передняя брюшная стенка не напряжена, безболезненна во всех отделах. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Образцова, Мерфи, Ортнера, френикус-симптом отрицательны.

Расхождения прямых мышц живота нет, пупочной грыжи, грыжи белой линии живота нет. Поверхностно расположенных опухолевидных образований нет.

Методическая глубокая скользящая пальпация по В.П. Образцову и Н.Д. Стражеско: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 2 см. Подвижная, не урчащая, безболезненная.

Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная.

Поперечная ободочная кишка не пальпируется.

Восходящая ободочная кишка не пальпируется.

Нисходящая ободочная кишка не пальпируется.

Илеоцекальный угол не пальпируется.

Желудок: большая кривизна методом аускульто-перкуссии и методом определения шума плеска – на половине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Большая и малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

**Аускультация:**

Выслушивается нормальная перистальтика кишечника. Шума трения брюшины нет. Сосудистые шумы в области проекции брюшной аорты, почечных артерий не выслушиваются.

ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

**Жалобы:**

Жалоб на боли в правом подреберье, диспепсические расстройства, тошноту, рвоту, отрыжку, кожный зуд, желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых больная не предъявляет.

**Осмотр:**

Выпячивания в области правого подреберья нет. Ограничение этой области в дыхании отсутствует.

**Перкуссия:**

Границы печени по Курлову

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Верхняя граница | Нижняя граница |
| Правая срединно-ключичная линия | V ребро | На 1 см ниже края рёберной дуги |
| Передняя срединная линия | — | Между верхней и средней третями расстояния от пупка до мечевидного отростка |
| Левая рёберная дуга | — | Левая парастернальная линия |

Симптом Ортнера отрицательный.

**Пальпация:**

Нижний край печени не выступает из-под рёберной дуги. При пальпации безболезненный, эластичной консистенции с закруглённым краем.

Размеры печени по Курлову

|  |  |
| --- | --- |
| Линии | Размеры |
| Правая среднеключичная | 11 см |
| Передняя срединная | 8 см |
| Левая рёберная дуга | 6 см |

Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Кера и френикус-симптом отрицательны. Симптомы Ортнера, Василенко не выявляются.

**Аускультация:**

Шума трения брюшины в области правого подреберья нет.

СЕЛЕЗЕНКА

**Жалобы** на боль в левом подреберье отсутствуют.

**Осмотр:**

Выпячивания в области левого подреберья нет, ограничения этой области в дыхании нет.

**Перкуссия:**

Продольный размер селезенки по X ребру – 6 см, поперечный – 5 см.

**Пальпация:**

Селезенка не пальпируется.

**Аускультация:**

Шума трения брюшины в области левого подреберья нет.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

**Жалоб** на боли и диспепсические явления, тошноту и рвоту, понос и запоры нет. Жажды и ощущения сухости во рту нет.

**Пальпация:**

Поджелудочная железа не пальпируется.

Болезненности в панкреатических точках Де-Жардена и Мейо нет.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ**

**Жалоб** на опоясывающие боли в поясничной области, по ходу мочеточников или внизу живота нет.

Мочеиспускание: количество мочи за сутки около 1,5 л. Полиурии, олигурии, анурии или ишурии нет.

Дизурические явления отсутствуют. Мочеиспускание не затруднено. Резь, жжение, боль во время мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание отсутствуют. Поллакиурии или ночного мочеиспускания нет.

Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная. Примесей крови в моче нет.

**Осмотр:**

В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Гиперемии кожи, припухлости или сглаживания контуров поясничной области нет. Ограниченное выбухание в надлобковой области (после опорожнения мочевого пузыря) отсутствует.

**Перкуссия:**

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Над лобком притупления перкуторного звука (после опорожнения мочевого пузыря) нет.

**Пальпация:**

Почки не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется. При пальпации в рёберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников болезненности нет.

**СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

**Жалоб** на боль внизу живота, в паху, в пояснице, крестце, в области наружных половых органов нет.

Половые органы развиты правильно, оволосение по мужскому типу.

Развитие первичных и вторичных половых признаков соответствует возрасту.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**

**Жалобы**: на нарушение роста, телосложения, выраженное увеличение массы тела или истощение, чрезмерную жажду, постоянное чувство голода, ощущение жара, потливость, судороги отсутствуют. Больной не отмечает мышечную слабость, быстрое утомление.

**Осмотр и пальпация:**

Нарушений роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела не выявлено. Кожные покровы влажные. Гиперпигментации, стрий, атипичного оволосения нет. Равномерно развитый подкожно-жировой слой. Увеличения размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, лунообразного лица нет.

Пальпируется мягкий безболезненный перешеек щитовидной железы.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ**

**Жалобы** на головную боль отсутствуют, головокружение отсутствует. Работоспособность снижена, внимание в норме. Ночной сон не нарушен. Настроение бодрое.

Нарушения кожной чувствительности нет.

Острота зрения и слуха не снижены. Обоняние сохранено.

**Осмотр:**

Сознание ясное, интеллект соответствует уровню развития. Больной уравновешен, общителен, спокоен.

Походка медленная. Речь внятная, чистая.

**VII. Предварительный диагноз**

Диагноз основного заболевания: Бактериальная полисегментарная очаговая пневмония в нижней доле правого легкого (сегменты IX-X), средней тяжести течения.

Диагноз осложнений основного заболевания: Нет.

Диагноз сопутствующих заболеваний: Гипертоническая болезнь II стадии, I степени (мягкая артериальная гипертензия).

**VIII. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования**

План дополнительного обследования

1. Клинический анализ крови.
2. Клинический анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови: общий белок, глюкоза крови, мочевина, креатинин, АсТ, АлТ, ЛДГ.
4. Рентгенография органов грудной клетки.
5. Клинический анализ мокроты.
6. Бактериологический анализ мокроты.
7. ЭКГ.

**1. Клинический анализ крови: 17.11.09**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат исследования | Норма |
| Гематокрит | | |
| Мужчины | 0,45 | 0.407-0.503 |
| Женщины |  | 0.361-0,443 |
| Гемоглобин | | |
| мужчины | 150 г/л | 138 – 172 г/л |
| женщины |  | 121 – 151 г/л |
| Эритроциты | | |
| Мужчины | 5 х 1012/л | 4.5-5.7 × 1012/л |
| Женщины |  | 3.9-5.0 × 1012/л |
| Лейкоциты | | |
| Число лейкоцитов | 15 × 109/л | 3.8-9.80 × 109/л |
| Лимфоциты | 3.5 × 109/л, или 25% | 1.2-3.0 × 109/л или 19-37% |
| Моноциты | 0.7 × 109/л | 0.1-0.6 × 109/л или 3-11% |
| Гранулоциты | 10.7 × 109/л | 1.8-6.6 × 109/л |
| Палочкоядерные | 1,4 × 109/л или 10% | 0,04-0,3 × 109/л или 1-6% |
| Сегментоядерные | 10,5× 109/лили 72% | 2,0-5,5 × 109/л или 47-72% |
| СОЭ | 46 мм/ч | 3 – 10 мм/ч |
| Тромбоциты | 326 × 109/л | 190-405 × 109/л |

**2. Биохимический анализ крови: 17.11.09**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат исследования | Нормальные показатели |
| Белок общий | 66,1 г/л | 65-85 г/л |
| Глюкоза | 5.7 ммоль/л | 3.58-6.05 ммоль/л |
| Креатинин | 78 мкмоль/л | 44-120 мкмоль/л |
| Мочевина | 5.6 ммоль/л | 2.5 – 8.32 ммоль/л |
| Амилаза | 79 ед/л | 35-118 ед/л |
| АСТ | 54 ед/л | 11-47 ед/л |
| АЛТ | 40 ед/л | 7 -53 ед/л |
| КФК | 64 ед/л | 30-220 ед/л |
| МВ-КФК\* | 7 ед/л | 0-12 ед/л |
| К+ | 4,6 ммоль/л | 3,4-5,3 ммоль/л |
| Na+ | 145 ммоль/л | 135 – 155 ммоль/л |
| Cа++ | 2,4 ммоль/л | 2,2-2,75 ммоль/л |

**3. Анализ мочи**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Общий анализ мочи | 18.11.09 | Нормальные показатели |
| Кол-во | 0,02 |  |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | Прозрачная | прозрачная |
| Реакция | слабо-кислая | слабо-кислая |
| Плотность | 1015 | 1008-1025 |
| Белок (кач.) | нет | нет |
| Белок (п/кол.) | нет | нет |
| Белок (кол.) | нет | нет |
| Глюкоза (кач/) | 0 | не определяется |
| Глюкоза (п/кол.) | 0 |  |

**4. Рентгенограмма органов грудной клетки: 17.11.09**

Легочный рисунок деформирован. Имеется уплотнение легочной ткани справа (сегменты IX-X). Корень легкого справа расширен, плотный. Купол диафрагмы слева четкий. Справа в плевральной полости небольшое количество жидкости, уровень которой достигает 9 ребра. Форма сердца в норме, тень аорты не расширена, тень средостения в норме.

Заключение: Полисегментарная пневмония в нижней доле правого легкого (IX-X сегменты правого легкого). Плевральный выпот справа.

**5. Общий анализ мокроты от 18.11.09.**

Мокроты небольшое количество, однородная, слизисто-гнойная, без запаха, реакция нейтральная; при микроскопическом исследовании – альвеолярные макрофаги в умеренном количестве, большое количество нейтрофилов. Эритроцитов немного. Клеток злокачественных опухолей и микобактерий туберкулеза не обнаружено.

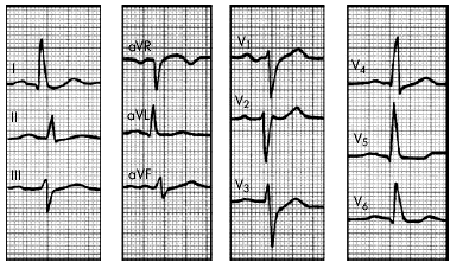
**6. Бактериоскопическое исследование мокроты от 18.11.09.**

Выявляется большое количество Грам(+) пневмококков .

**7. Исследование плеврального выпота**

На момент курации диагностической пункции плевральной полости для исследования плевральной жидкости еще не выполнялось.

**8. ЭКГ от 17.11.09.**



Ритм синусовый правильный. Интервал R-R = 0.65 сек.

ЧСС - 85 в мин.;

P-Q = 0.16 сек.; QRS = 0.10сек.; Q-T = 0.36 сек. PI, II Pv 6 уширен;

RI >RII >RIII ; S-T и Т I, II, III, v6 - ниже изолинии; Tv5-6 двухфазные

Заключение: синусовая тахикардия. Признаки гипертрофии левого желудочка. Электрическая ось отклонена влево (R**I** - высокий, S - глубокий )

## IХ. Клинический диагноз и его обоснование

Диагноз основного заболевания: Бактериальная полисегментарная очаговая пневмония в нижней доле правого легкого (сегменты IX-X), средней тяжести течения.

Диагноз осложнений основного заболевания: Парапневмонический выпотной плеврит.

Диагноз сопутствующих заболеваний: Гипертоническая болезнь II стадии, I степени (мягкая артериальная гипертензия).

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА:

**Диагноз поставлен на основании жалоб больной**:

* на приступообразный (до 10-15 раз за сутки) кашель, возникающий независимо от физической нагрузки, положения тела, и длящийся 1-2 мин., стихающий самостоятельно;
* на выделение с кашлем трудно отделяющейся вязкой слизисто-гнойной мокроты, (около 20-30 мл за сутки), без примесей крови, пищи, без запаха;
* на небольшую одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по коридору на расстоянии 30-50 м), стихающую в покое, при остановке спустя 2-3 мин;
* на повышение температуры тела (до 38,8-39,1°С), преимущественно во второй половине дня и сохраняющейся на протяжении 3-5 часов. Снижение температуры происходит самостоятельно или под действием жаропонижающих препаратов и сопровождается обильным потоотделением;
* на слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности.

**На основании эволюции признаков болезни в истории настоящего заболевания:**

* внезапное, без видимых провоцирующих факторов, появление лихорадки, одышки, и малопродуктивного кашля, сохраняющихся на протяжении последующих 9-10 дней, степень выраженности которых изменялась на фоне проводимой противовоспалительной антибактериальной терапии;
* появление на этом фоне умеренных по силе постоянных «болей», усиливающихся на высоте вдоха, с последующим их уменьшением на фоне лечения,
* увеличение степени выраженности одышки на фоне уменьшения боли, что послужило поводом для госпитализации в стационар.

**На основании данных непосредственного исследования больной:**

* отставание правой половины грудной клетки в дыхании;
* отсутствие голосового дрожания в подлопаточной и аксиллярной области справа (сегмент IX-X), связано с выпотом в плевральную полость;
* притупление перкуторного звука в этой зоне при сравнительной перкуссии; смещение вверх нижней границы легких справа (до 7 ребра) по задней аксиллярной, лопаточной и паравертебральной линиям;
* резкое ослабление дыхания в зоне отсутствия голосового дрожания и притупления перкуторного звука (IX-X сегменты справа);
* наличие умеренного количества влажных мелкопузырчатых звучных хрипов, что является признаком бронхопневмонии и наличия жидкой мокроты в бронхиолах, а также уплотнения легочной ткани вокруг бронхов.

**Диагноз подтвержден результатами дополнительных методов исследования**:

* лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг формулы крови и увеличение СОЭ до 46 мм/час;
* рентгенологически – уплотнение легочной ткани в нижней доле правого легкого (сегменты IX-X правого легкого); небольшой выпот в плевральной полости справа.

**Х. Диагностика патологических синдромов**

Обнаруженные признаки болезни можно сгруппировать в следующие синдромы:

1. **Синдром очагового уплотнения легких**;

* боли (скорее всего, связанные с поражением плевры из-за поверхностной локализации очага воспаления, исчезнувшие в результате появления выпота в плевральную полость);
* отставание в дыхании пораженной половины грудной клетки,
* притупление перкуторного звука в проекции нижней доли (9-10 сегменты) правого легкого (из-за уплотнения легочной ткани и появления выпота в плевральной полости),
* ослабление дыхания в зоне притуплении (выпот в плевральной полости);
* умеренное количество влажных мелкопузырчатых звучных хрипов;
* Рентгенологические данные – уплотнение легочной ткани в нижней доле правого легкого (S IX-X); выпот в плевральную полость справа.

2. **Синдром дыхательной недостаточности**;

* Одышка (степень которой увеличилась на фоне уменьшения болей (!), 20 дыхательных движений в минуту на момент осмотра, в покое;
* цианоз слизистых,
* тахикардия – число сердечных сокращений 85 в мин.

3. **Синдром бактериального воспаления:**

* лейкоцитоз с увеличением числа гранулоцитов, палочкоядерный сдвиг формулы крови и увеличение СОЭ до 46 мм/час;
* повышение температуры тела (послабляющая лихорадка),
* гиперферментемия (АСТ – 54 ед/л).
* при исследовании мокроты – слизисто-гнойный ее характер, при бактериоскопическом исследовании обнаружен пневмококк.

**Диагноз сопутствующей гипертонической болезни поставлен на основании:**

* анамнестических указаний на повышение в прошлом АД и прием антигипертензивных средств;
* жалоб на головные боли, боли в области сердца, сердцебиений при физическом и эмоциональном напряжении, а также при подъемах АД;
* выявленного повышения АД;
* наличия признаков усиления верхушечного толчка, его смещения влево(гипертрофия миокарда и расширение полости левого желудочка);
* небольшого расширения левой границы относительной тупости сердца;
* наличия акцента II тона над аортой (повышение АД);
* наличия электрокардиографических признаков гипертрофии левого желудочка (отклонение электрической оси сердца влево).