

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"
Кафедра факультетской терапии
Контрольная работа
ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

студентка 4 курса 12 группы
лечебного факультета
Полоз О.В.
Преподаватель:
Антонышева О.В.
Витебск, 2014 год
Задание

Питаленко Михаила Титовича, 72 года. Заключительный клинический диагноз:
-основной: Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести.

-осложнения: ДН I, кровохарканье.

-сопутствующий: ХОБЛ, ДН I. ИБС: Атеросклеротическая болезнь сердца.

Суправентрикулярная тахикардия, Н - I.

история болезнь эпикриз диагноз

I. Паспортные данные

1) Ф.И.О. пациента: Питаленко Михаил Титович

2) пол: мужской

3) дата рождения: 04.03.1941г. (72 года)

4) место жительства: пер. Партизанский, д.10

5) место работы: пенсионер

6) дата поступления в стационар: 28.01.2014г.

7) дата выписки: 7.02.14г.

8) кем направлен: СМП

9) диагноз направившего учреждения: Внегоспитальная двусторонняя нижнедолевая пневмония

10) диагноз при поступлении: Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести.

II. Основные жалобы пациента

При поступлении: сильный кашель со слизисто-гноющей мокротой с прожилками

крови, боль в грудной клетке при кашле, одышка, общая слабость, t0- 38,00С.
На момент курации: периодический кашель с легко отделяемой мокротой, t0- 37,00С.
III. Общие жалобы пациента

Система органов кровообращения: жалуется на периодическое сердцебиение, возникающие в покое, проходит после приседаний.

Система органов пищеварения: жалоб нет.

Мочевыделительная система: жалоб нет.

Нервно-психическая сфера: предъявляет жалобы на головокружения, которые появляются после физических нагрузок, иногда при переходе из горизонтального положения в вертикальное.

IV. История заболевания

Со слов пациента, кашель с мокротой беспокоят его давно, точного времени указать не может, поэтому должного внимания не обращал. Принимал муколитики и отхаркивающие средства. 23 января после переохлаждения впервые поднялась температура до t- 37,50С. Пациент на это также не обратил внимания, принимал НПВС (аспирин), однако это не помогало.

Утром 28 января состояние ухудшилось, температура поднялась до t- 38,00С, усилился кашель, в мокроте заметил кровь. Вызвал бригаду СМП и был госпитализирован в Витебскую центральную городскую клиническую больницу, с диагнозом - Внегоспитальная двусторонняя нижнедолевая пневмония.

Из ранее перенесённых заболеваний дыхательной системы пациент отмечает ОРВИ, бронхиты.

V. История жизни

Краткие биографические данные: Питаленко М.Т. родился 04.03.1941г. в г. Витебске, рос и развивался нормально. Образование средне-специальное.

Трудовой анамнез: начал работу в 20 лет в бухгалтерии (без профессиональных вредностей), на данный момент на пенсии.

Бытовой анамнез: жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные, питание регулярное.

Вредных привычек нет.

Перенесённые заболевания: скарлатина, ОРВИ, ОРЗ, острый аппендицит. Гепатиты, туберкулёз, венерические заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез: непереносимости лекарственных средств, пищевых продуктов и др. веществ нет.

Пациент состоит на диспансерном учёте по месту жительства по поводу ХОБЛ с декабря 2012 года.

VII. Объективное обследование

Общий осмотр

Общее состояние: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Телосложение: нормостеническое, осанка прямая, рост - 187 см, вес - 76 кг, окружность грудной клетки - 85 см. Индекс Кетле - 22.

Кожа: цвет - бледный, влажность и тургор кожи снижены. Очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения - нет. Послеоперационный рубец в правой подвздошной области.

Видимые слизистые оболочки: бледно-розовый цвет; высыпаний, кровоизлияний и др. - нет.

Оволосение: соответствует полу и возрасту.

Ногти: изменение формы в виде «часовых стёкол», прозрачные, ровная поверхность.

Подкожная жировая клетчатка: развита умеренно.

Отёки: нет.

Периферические лимфатические узлы: не пальпируются.

Мышечная система: степень развития мышц умеренная, при пальпации - безболезненны, тонус мышц снижен, судорог нет.

Костно-суставная система: деформации и искривления костей нет.

Суставы: изменений формы нет, безболезненны при движении и пальпации, объём активных и пассивных движений нормальный

Позвоночник: нормальная подвижность при сгибании и разгибании, искривлений нет. Походка нормальная.

Осмотр головы, лица, шеи

Голова: нормальной формы и величины, положение прямое, подвижность свободная.

Лицо: выражение - спокойное, цвет - бледный.

Глаза: глазная щель правильной формы. Косоглазия, экзофтальма и др. - нет.

Зрачки: сужены, реакция на свет нормальная.

Веки: отёков, опущения, дрожания нет.

Нос: правильной формы, движения крыльев носа при дыхании нет.

Зев: цвет - розовый; налётов, пробок и др. - нет.

Шея: длинная, тонкая. Щитовидная железа не увеличена.

Система органов дыхания

Форма грудной клетки эмфизематозная, степень выраженности над- и подключичных ямок нормальная, ширина межрёберных промежутков - 1 см, надчревный угол - тупой, положение лопаток - отстают, горизонтальный ход рёбер. Асимметрических выпячиваний и западений грудной клетки нет.

Динамический осмотр грудной клетки.

Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания, брюшной тип дыхания, ритмичное и глубокое дыхание, ЧД - 18 в мин., одышки нет. Окружность грудной клетки: во время спокойного дыхания - 85 см, на высоте вдоха - 93 см, на высоте выдоха - 81 см.

Пальпация грудной клетки.

Эластичность и ригидность грудной клетки нормальная. Пальпация кожи, мышц, межрёберных промежутков, грудного отдела позвоночника безболезненна.

Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

Перкуссия грудной клетки.

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках звук ясный лёгочный.

Топографическая перкуссия:

Нижняя граница

Линии

Правое лёгкое

Левое лёгкое

парастернальная

нижн.кр. VI р.

-

медиоклавикулярная

VII р.

-

передняя аксиллярная

VIII р.

-

средняя аксиллярная

IX р.

-

задняя аксиллярная

X р.

-

лопаточная

XI р.

-

паравертебральная

XII р.

-

Верхняя граница

Высота стояния верхушек лёгких спереди

3см

4см

Высота стояния верхушек лёгких сзади

5см

5см

Ширина полей Кренига

4см

5см

Подвижность нижних краёв лёгких

Линии

Правое лёгкое (см)

Левое лёгкое (см)

медиоклавикулярная

3

-

средняя аксиллярная

5

4

лопаточная

3

3

Аускультация лёгких:

Везикулярное дыхание ослаблено. Бронхиальное дыхание над лёгкими - нет.

Добавочные дыхательные шумы: влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон в нижних отделах.

Бронхофония на симметричных участках определяется одинакова.

Система органов кровообращения

Осмотр области сердца и сосудов патологий не выявил.

Пальпация области сердца и сосудов: верхушечный толчок пальпируется в V м/р на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью 1,5 см², нормальной

силы, средней амплитуды. Сердечный толчок не выявляется. Симптом "кошачьего мурлыканья" не обнаружен.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ЧП - 88 в мин., ритм правильный, пульс среднего напряжения и наполнения, средней величины, нормальной формы, стенка лучевой артерии эластичная. АД - 130/80 мм.рт.ст. Определяется пульсация височной, сонной, локтевой, лучевой, подключичной, подмышечной, плечевой, бедренной, подколенной артерий, а. tibialis posterior, а. dorzalis pedis, стенка их эластична.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка.

Границы относительной тупости:

Правая

Левая

Верхняя

IV м/р, на 1 см кнаружи от правого края грудины

V м/р, на 1,5 см кнутри от срединноключичной линии

нижн.кр. III р.

Конфигурация сердца нормальная.

Размеры поперечника относительной тупости сердца 12,5 см.

Ширина сосудистого пучка во II м/р - 5 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая

Левая

Верхняя

IV м/р, у левого края грудины

V м/р, на 1 см кнутри от срединноключичной линии

IV р.

Аускультация сердца: ритм сердца правильный, тоны - приглушены, ритмичные, патологических шумов нет.

Система органов пищеварения

Общий осмотр: запах изо рта обычный; слизистая - розовая, без изменений; дёсны нормальные; зубы - наличие кариозных полостей и отсутствие некоторых зубов; язык - розовый, влажный, чистый.

Исследование живота в вертикальном положении

Общий осмотр: живот нормальной конфигурации, асимметрий, выпячиваний, видимой перистальтики, расширений вен на передней брюшной стенке («голова медузы»), стрий, сыпи, пигментации нет. Рубец в правой подвздошной области.

Перкуссия живота: перкуторный звук по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам тимпанический. Признаков метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости нет.

Исследование живота в горизонтальном положении

Общий осмотр: живот нормальной конфигурации, асимметрий, местных выпячиваний нет. Пупок втянут.

Перкуссия живота: перкуторный звук по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам тимпанический. Признаков метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости нет. Признаков асцита нет.

Поверхностная ориентировочная пальпация: пальпация безболезненна, напряжения мышц, опухолевидных образований, грыж передней брюшной стенки нет.

Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация: сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде плотного валика, округлой формы, диаметром 1,5 см, гладкая, ровная, подвижная; нисходящий отдел поперечно-ободочной кишки не пальпируется; слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде цилиндра, округлой формы, диаметром 2,5 см, гладкая, ровная, подвижная; восходящий отдел поперечно-ободочной кишки не пальпируется; большая кривизна желудка пальпируется в области эпигастрия в виде плотного валика, ровная, гладкая, подвижная; пилорический отдел желудка пальпируется в области эпигастрия, поверхность гладкая, ровная; поперечный отдел поперечно-ободочной кишки пальпируется на 3 см выше от пупка горизонтально, округлой формы, диаметром 3 см, поверхность гладкая, ровная.

Перкуссия печени:

Определение верхней границы абсолютной тупости печени по:

Правой передней аксиллярной линии

VIII ребро

Правой медиоклавикулярной линии

VII ребро

Правой парастеральной линии

Нижн. край VI ребра

Определение нижней границы абсолютной тупости печени по:

Правой передней аксиллярной линии

X ребро

Правой медиоклавикулярной линии

реберная дуга

Правой парастеральной линии

на 2 см ниже реберной дуги

Передней срединной линии

на границе $1/3$ расстояния от мечевидного отростка до пупка

Левой парастеральной линии

край реберной дуги

Измерение высоты печеночной тупости по:

Правой передней аксиллярной линии

10 см

Правой медиоклавикулярной линии

9 см

Правой парастернальной линии

8 см

Определение размеров печени по Курлову по:

Правой медиоклавикулярной линии

9 см

Передней срединной линии

8 см

Левой реберной дуге

7 см

Пальпация печени: пальпация безболезненна, край печени закругленный,

эластичный.

Перкуссия селезенки:

Верхняя граница

Нижняя граница

Передняя граница

Задняя граница

Средняя аксиллярная

Верхн. край IX р.

Нижн. край XI ребра

-

-

Передняя аксиллярная

-

-

по X м/р на 0,5см влево

-

Лопаточная

-

-

-

по X м/р на 1,5 см влево

Поперечник селезенки 4 см, длинник - 6 см.

Пальпация селезенки: селезенка не пальпируется.

Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Мочеполовая система

Осмотр поясничной области - без изменений.

Перкуссия почек: симптом поколачивания отрицательный.

Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

Аускультация почек: шума в рёберно-позвоночном углу нет.

VII. Предварительный диагноз

На основании жалоб пациента, данных истории болезни, результатов вышеизложенного объективного обследования пациента можно выставить следующий предварительный диагноз:

Основной: Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести.

Осложнения: ДН - I, кровохарканье.

Сопутствующий: ИБС: Атеросклеротическая болезнь сердца. ХОБЛ, ДН-I.

VIII. План обследования пациента

- 1) Общий анализ крови.
- 2) Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, СРБ, мочевины, креатинин).
- 3) Общий анализ мочи.
- 4) Rg грудной клетки.
- 5) Микроскопическое исследование мокроты.
- 6) ЭКГ.

IX. Результаты лабораторных и инструментальных исследований

- 1) ОАК от 29.01.14г.

Показатели:

Полученные данные

Норма

Hb (г/л)

134,0

130,0 - 160,0

Er (*1012/л)

4,6

4,0 - 5,0

Lc (*109/л)

11,4

4,0 - 9,0

НФ: (%)

Палочкоядерные

Сегментоядерные

Эозинофилы

Лимфоциты

Моноциты

Базофилы

11

47

1

35

6

0

1 - 6
47 - 72
0,5 - 5
19 - 37
3 - 11
0 - 1

СОЭ (мм/ч)

13

2 - 10

Tr (*10⁹/л)

210,0

180,0 - 320,0

Заключение: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом ЛФ влево, ускорение СОЭ.
2) БАК от 29.01.14г.

Показатели:

Полученные данные

Норма

Глюкоза (ммоль/л)

5,4

4,2 - 6,1

Общ. белок (г/л)

73

65 - 85

Мочевина (ммоль/л)

4,3

2,5 - 8,3

Креатинин (ммоль/л)

0,070

0,044 - 0,115

СРБ (мг/л)

8,2

До 6,0

Заключение: повышено содержание С - реактивного белка.
З) ОАМ от 29.01.14г.

Показатели:

Полученные данные

Цвет

жёлтый

Плотность

1015

Реакция рН

нейтральная

Белок

нет

Сахар

нет

Lc

До 3 в поле зрения

Eg

нет

Бактерии

нет

Заключение: норма.

4) Rg грудной клетки от 28.01.14г.:

На прямой Rg и правой боковой проекции в участке S10 - неомогенная инфильтрация лёгочной ткани. Правый корень уплотнён. В нижних отделах уплотнена нижнедолевая плевра справа.

Слева - явления пневмосклероза, корень тяжистый.

Тень средостения расположена обычно.

Заключение: Правосторонняя нижнедолевая пневмония.

5) Микроскопическое исследование мокроты:

Слизисто-гнойная мокрота с прожилками крови, вязкой консистенции, в поле зрения множество бактерий.

Высеяна: Гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*).

6) ЭКГ от 28.01.14г.

- зубцы R не видны,

- тахикардия с узкими комплексами QRS,
- нормальные комплексы QRS,
- сегмент ST изоэлектричный,
- нормальные зубцы Т.

Заключение: Суправентрикулярная тахикардия.

Х. Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику внегоспитальной пневмонии проводят с такими заболеваниями как: периферический рак лёгкого, ТЭЛА мелких ветвей, инфаркт лёгких, туберкулёзная пневмония (казеозная пневмония), синдром Леффлера, атипичный отёк лёгких.

признак

Внегоспитальная пневмония

Периферический рак лёгких

Туберкулёзная внегоспитальная пневмония

Анамнез

Переохлаждение, патология ЛОР, трахеобронхит

Длительное и интенсивное курение

ТВП в прошлом или возможный контакт с ТВП-носителем

Возраст

В любом возрасте, чаще у лиц моложе 50 лет

Чаще у лиц старше 50 лет

В любом возрасте

Пол

Одинаково часто у мужчин и женщин

Чаще у мужчин - курильщиков

Чаще у мужчин

Обычное начало болезни

Острое, с лихорадкой постоянного характера

Незаметное или с небольшой лихорадкой

Подострое с малым количеством симптомов и субфебрильной лихорадкой

Кашель

В начале может не быть, потом интенсивный со слизисто-гноной мокротой

Чаще отсутствует

Сухой или неинтенсивное "покашливание" со скудной слизистой мокротой

Одышка

При большом поражении лёгочной ткани

Может отсутствовать

При обширном поражении лёгочной ткани

Кровохарканье

Редко

Нередко

Нередко

Боли в грудной клетке

Возникают при вовлечении плевры

Возможны

Чаще отсутствуют

Интоксикация

Выражена

Часто не выражена

Умеренно выражена, непрерывно прогрессирует

Физикальные данные

Выражены ярко: меняется характер дыхания, и появляются мелко пузырьчатые влажные хрипы или крепитация

Скудные или отсутствуют

Скудные или отсутствуют

Лабораторные данные

Лейкоцитоз и СОЭ, которые снижаются после пневмонии

Умеренный рост СОЭ при нормальном количестве лейкоцитов

Обычно СОЭ и число лейкоцитов не изменяются или умеренно повышены

Rg - данные

Резко выражены, чаще поражаются нижние доли, однородные очаговые тени с расплывчатыми границами, усиление лёгочного рисунка, увеличение корней лёгкого, возможно наличие плевритов

Вначале тень опухоли малоинтенсивная с нечёткими контурами и "усиками"

Сегментарное или полисегментарное неомогенного характера с локализацией чаще в верхней доле, очаги полиморфны, имеют разную давность с чёткими контурами, могут быть "дорожка" к корню и очаги обсеменения

Эффект от АБ

Выражен, обратное развитие процесса через 9- 12 дней

Отсутствует или имеется ложноположительная динамика, но изменения при Rg-исследовании сохраняются

Отсутствует; Rg-изменения долго сохраняются

XI. Клинический диагноз и его обоснование

На основании основных жалоб пациента (сильный кашель со слизисто-гнойной мокротой с прожилками крови, боль в грудной клетке при кашле, одышка, общая слабость, t_0 - 38,00С);

на основании данных истории болезни (кашель с мокротой беспокоили давно, после переохлаждения впервые поднялась температура до t - 37,50С., в течение 5 дней состояние ухудшилось), истории жизни (пациент состоит на диспансерном учёте по месту жительства по поводу ХОБЛ с декабря 2012 г.);

на основании объективных данных (аускультация лёгких: везикулярное дыхание ослаблено; добавочные дыхательные шумы: влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон в нижних отделах);

на основании данных лабораторных и инструментальных исследований (ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом ЛФ влево, ускорение СОЭ. БАК: повышено содержание С - реактивного белка. Rg грудной клетки: на прямой Rg и правой боковой проекции в участке S10 - неомогенная инфильтрация лёгочной ткани. Правый корень уплотнён. В нижних отделах уплотнена нижнедолевая плевра справа. ЭКГ: Суправентрикулярная тахикардия);

и на основании проведённой дифференциальной диагностики можно поставить диагноз:

а) основной: Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести.

б) осложнения: ДН I, кровохарканье.

в) сопутствующий: ХОБЛ, ДН I. ИБС: Атеросклеротическая болезнь сердца.

Суправентрикулярная тахикардия, Н - I.

XII. Лечение и его обоснование

Общие принципы терапии внегоспитальной пневмонии (ВГП) средней степени тяжести у данного пациента:

1) подавление инфекции - назначение АБ.

Возможные группы использования АБ для лечения ВГП средней степени тяжести, вызванной гемофильной палочкой, у данного пациента:

- защищённые пенициллины (амоксиклав, аугментин);
- цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим);
- макролиды (кларитромицин, спиромицин, доксициклин).

Для лечения ВГП средней степени тяжести рационально использовать 2 АБ из различных групп, один из которых вводится парентерально, второй - внутрь.

Возможные комбинации: аугментин + цефтриаксон, аугментин + кларитромицин и др.

Возможные побочные действия препаратов:

аугментин - кандидоз кожи и слизистых оболочек, ангионевротический отек, анафилактические реакции, синдром, сходный с сывороточной болезнью, аллергический васкулит.

цефтриаксон - аллергические реакции, головокружение, головные боли, олигурия, тошнота, рвота, псевдомембранозный энтероколит (у пожилых), анемия.

кларитромицин - тошнота, рвота, диарея, шум в ушах, изменение вкуса, тромбоцитопения.

2) дезинтоксикационная терапия - инфузия солевых растворов;

3) симптоматическое лечение - назначение отхаркивающих средств (амброксол), муколитиков;

4) коррекция сопутствующих заболеваний.

Лист назначений:

1) Режим общий, строгий палатный при лихорадке.

2) Стол №15.

3) Медикаментозное лечение:

- Rp.: Ceftriaxonum 1,0

D.t.d. № 10

Signa: развести содержимое флакона в 3,5 мл 1% раствора лидокаина. Вводить 1 раз в день в/м.

- Rp.: Tab. "Augmentini" 0,5

D.t.d. № 80

Signa: внутрь по 2 таблетке 4 раза в день.

- Rp.: Tab. Ambroxoli 0,3

D.t.d. № 30

Signa: внутрь по 1 таблетке 3 раза в день

- Rp.: Tab. Salbutamoli 0,002

D.t.d. № 40

Signa: внутрь по 1 таблетке 3 раза в день

- Sol. Natrii chloridi 0,9 % - 250 ml S. Вводить в/в капельно

6.02.14г. - Rg - контроль на 10 день.

XIII. Прогноз

По основному заболеванию прогноз для жизни благоприятный. Возможно полное выздоровление при адекватном лечении и проведении соответствующей реабилитации.

XIV. Профилактика

Профилактика только неспецифическая:

- закаливание, дыхательная гимнастика;
- излечение хронических очагов инфекции;
- укрепление иммунитета;
- применение ингаляционных адrenomиметиков и муколитиков у больных ХОБЛ;
- избегание переохлаждений и других стрессовых факторов;
- избегание контактов с больными пневмонией.

XV. Дневник наблюдения за пациентом

5.02.14.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Жалуются на кашель с небольшим количеством белой мокроты, t0 - 37,1.

Пульс 80 уд/мин. АД 130/80 мм.рт.ст.

Видимые слизистые розовые, влажные, чистые.

Язык влажный, чистый.

Лимфоузлы не пальпируются.

Тоны сердца ритмичные, приглушенные.

Дыхание - везикулярное ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких.

Живот мягкий, безболезненный, равномерно участвует в акте дыхания.

Мочеиспускание свободное.

Стул, диурез достаточный.

6.02.14.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное.

Жалуются на кашель с небольшим количеством белой мокроты, t0 - 37,0; приступ сердцебиения.

Пульс 100 в мин. АД - 130/80 мм.рт.ст.

Тоны сердца приглушены, ритмичные.

Дыхание везикулярное ослаблено.

Живот мягкий, безболезненный.

Стул, диурез достаточный.

Rg - контроль: на прямой Rg - лёгочные поля прозрачные.

7.02.14.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное.

Жалуются на кашель с небольшим количеством белой мокроты.

Пульс 82 в мин. АД - 130/80 мм.рт.ст.

Тоны сердца приглушены, ритмичные.
Дыхание везикулярное ослаблено.
Живот мягкий, безболезненный.
Стул, диурез достаточный.
XVI. Эпикриз

Пациент Питаленко М.Т., 1941 года рождения поступил 28.0.2014 года в Витебскую ЦКБ с жалобами на сильный кашель со слизисто-гноющей мокротой с прожилками крови, боль в грудной клетке при кашле, одышку, общую слабость, t0- 38,00С. Заболевание развивалось постепенно после переохлаждения, когда у пациента поднялась температура до 37,50С, за помощью не обращался, принимал НПВС. В течение 5 дней состояние ухудшилось (усилился кашель, поднялась температура, появилось кровохарканье), вызвал бригаду СМП, был госпитализирован.

Пациенту были проведены:

- объективное обследование (аускультация лёгких: везикулярное дыхание ослаблено; добавочные дыхательные шумы: влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон в нижних отделах),
- лабораторные анализы (ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом ЛФ влево, ускорение СОЭ. БАК: повышено содержание С - реактивного белка),
- инструментальные исследования (Rg грудной клетки: на прямой Rg и правой боковой проекции в участке S10 - неомогенная инфильтрация лёгочной ткани. Правый корень уплотнён. В нижних отделах уплотнена нижнедолевая плевра справа. ЭКГ: Суправентрикулярная тахикардия).

На основании жалоб пациентки, истории развития настоящего заболевания, истории жизни, объективного обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования, дифференциальной диагностики выставлен диагноз

а) основной: Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония средней степени тяжести.

б) осложнения: ДН I, кровохарканье.

в) сопутствующий: ХОБЛ, ДН I. ИБС: Атеросклеротическая болезнь сердца.

Суправентрикулярная тахикардия, Н - I.

В стационаре получила лечение:

Ceftriaxon 1,0 в/м 1 раз в день

Tab. "Augmentini" 0,5 по 2 таблетки 4 раза в день

Tab. Ambroxoli 0,3 по 1 таблетке 3 раза в день

Tab. Salbutamoli 0,002 по 1 таблетке 3 раза в день

Sol. Natrii chloridi 0,9 % - 250 ml в/в капельно

Состояние пациента улучшилось, 6.02.14 был проведён Rg-контроль, заключение которого - лёгочные поля прозрачные.

7.02.14г. пациент выписан домой.

Рекомендуется продолжить применение амброксола и сальбутамола, избегать переохлаждения и контакта с больными....