

Клиническая задача

Выполнили: Гиргель Ю.С., Ротман Р.В.,
Самигулина А.А. студентки
педиатрического факультета 403 группы

**Селезнева Анна Андреевна, 25 лет,
регионарный представитель.**

Неделю назад возникли сильные ноющие боли в грудном и поясничном отделе позвоночника, поднялась температура тела от 37, 8 до 38, 5 градусов, одышка при умеренной физической нагрузке, кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета.

Анамнез настоящего заболевания

Пациентка обратилась к неврологу. Была назначена рентгенография грудного и поясничного отдела позвоночника, где выявился хондроз грудной отдела позвоночника и определялся участок затемнения (инфильтрации) легочной ткани в верхней доле правого легкого. Невролог отправил больную на консультацию к терапевту. После приема терапевта пациентка была направлена в ККБ №2 в терапевтическое отделение.

Анамнез жизни

Вирусные гепатиты, венерические заболевания, туберкулез – отрицает.

Травм не наблюдалось.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредных привычек нет.

Гемотрансфузий не было.

Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные. Подкожно-жировой слой развит умеренно, отеков нет, периферические лимфатические узлы не увеличены. ЧД в покое – 18 в мин. Перкуторно на фоне легочного звука отмечается участок притупления справа выше лопатки, в этой же области – усиление голосового дрожания. При аускультации справа выше лопатки – зона крепитации, мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС – 70 в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, доступный пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены.

Проведенные исследования

Клинический анализ крови,
общий анализ мочи,
исследование мокроты на патогенную
микрофлору и чувствительность ее к
антибиотикам,
рентгенография грудной клетки,
ЭКГ.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Ведущий клинический синдром.
3. Тактика лечения.

Предварительный диагноз

Внебольничная правосторонняя
верхнедолевая пневмония,
среднетяжелого течения.

Ведущий клинический синдром

Синдром воспалительной инфильтрации легочной ткани.

1. Рентгенография грудной клетки - участок затемнения (инфильтрации) легочной ткани в верхней доле правого легкого.
2. Аускультация - зона крепитации, мелкопузырчатые хрипы справа выше лопатки.
3. Перкуссия - притупления перкуторного звука, усиление голосового дрожания справа выше лопатки.
4. Жалобы - повышение температура тела от 37, 8 до 38, 5 градусов, одышка при умеренной физической нагрузке, кашель с отхождением мокроты желто-зеленого цвета.

Лечение

Цефотаксин в/в по 2 г 2 раза в сутки,
сумамед в/в капельно 500 мг 1 раз в сутки.

Эффективность лечения следует оценивать через 48-72 часа, продолжительность антимикробной терапии - 5 суток с момента нормализации температуры тела.