# Пример написания обоснования клинического диагноза и тактики лечения больного

***1. Пример оформления титульного листа обоснования клинического диагноза и тактики лечения больного:***

|  |
| --- |
| **Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова.****Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета****Зав. кафедрой – профессор И.А. Горбачева****Обоснование клинического диагноза и тактики лечения больного** **Иванова И.И., 35 лет, автослесаря предприятия.****Клинический диагноз:****Основное заболевание: Внебольничная долевая (крупозная) пневмония**  **с локализацией в нижней доле левого легкого, тяжелого**  **течения****Сопутствующие заболевания**  **и их осложнения: -** **Осложнение основного заболевание: Дыхательная недостаточность III степени****Куратор студент 370 группы Петров П.П.****срок курации с 21 октября 2024 г. по 4 ноября 2024 г.****Преподаватель доцент Шабак-Спасский П.С.****Санкт-Петербург 2024 год.** |

***2. Пример обоснования клинического диагноза и тактики лечения больного***

Больной Иванов И.И., 35 лет, автослесарь, находится на лечении в терапевтическом отделении Клинической больницы Святителя Луки с 21.10.24 г. по настоящее время.

**Клинический диагноз:**

**Основное заболевание: Внебольничная долевая (крупозная) пневмония**

 **с локализацией в нижней доле левого легкого, тяжелого**

 **течения.**

**Сопутствующие заболевания**

 **и их осложнения:** **-**

**Осложнение основного заболевание: Дыхательная недостаточность III степени**

**В пользу диагноза «Пневмония нижней доли левого легкого» свидетельствуют:**

1. *Жалобы больного, характерные для пневмонии*: внезапное повышение температуры тела до 40 градусов Цельсия, потрясающий озноб, головная боль, изменение сознания (со слов родственников больного); интенсивные острые боли в левой половине грудной клетки, иррадиирующие в эпигастральную область, постоянные в течение дня, усиливающиеся при глубоком вдохе, при наклоне туловища в здоровую сторону; кашель с мокротой «ржавого» цвета, постоянная одышка смешанного характера.

2. *Анамнестические данные о наличии факторов риска*: переохлаждение организма, употребление алкоголя, профессиональные вредности, перенесенный психоэмоциональный стресс.

3. *Данные объективного исследования больного*: общее состояние средней степени тяжести, вынужденное положение больного на больном (левом) боку, участие крыльев носа в дыхании, дыхание открытым ртом, характерное лицо больного крупозной пневмонией, субиктеричность склер, одышка в покое, усиление голосового дрожания, изменение нижних границ легких, снижение подвижности нижнего края левого легкого, тупой перкуторный звук слева под лопаткой, бронхиальное дыхание, шум трения плевры и усиление бронхофонии в проекции пораженного участка левого легкого; небольшое увеличение печени, ее болезненность при пальпации.

4. *Данные лабораторных методов исследования*: в общем анализе крови - лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, токсогенная зернистость нейтрофилов; результаты микроскопии мокроты - небольшое количество эритроцитов, альвеолярные макрофаги, лейкоциты и кристаллы гематоидина.

5. *Данные рентгенологического исследования*: интенсивное затенение в нижней доле левого легкого, расширение, деформация корня на стороне поражения, усиление легочного рисунка.

 **В пользу тяжелого течения пневмонии свидетельствуют:**

* повышение температуры тела до 40,2 градусов Цельсия, что соответствует высокой лихорадке, не снижающейся после приема жаропонижающих препаратов, изменение сознания, озноб;
* тахипноэ (ЧДД= 26/мин);
* цианоз носогубного треугольника;
* тахикардия (ЧСС= 111/мин);
* гипотензия (АД= 102/60 мм рт. ст.);

токсико - дистрофическое поражение печени (субиктеричность склер, небольшое увеличение печени и ее болезненность при пальпации, увеличение уровня билирубина в крови);

**В пользу дыхательной недостаточности 3 степени свидетельствуют:**

* одышка в покое;
* тахипноэ, центральный цианоз;
* участие в дыхании вспомогательной мускулатуры.

**Обоснование тактики лечения**

*1. Этиотропное лечение*

Диагноз пневмонии является безусловным показанием для назначения антибиотиков. Их подбор осуществляют, не дожидаясь идентификации возбудителя, на основании имеющейся клинико - рентгенологической картины пневмонии.

*Антибиотикотерапия.*

При внебольничных пневмониях тяжелого течения независимо от возраста используют цефалоспорины 3 поколения (**цефотаксим** или **клафоран**, **цефтриаксон** или **лонгацеф**) и 4 поколения (**цефокситин** или **мефоксин**, **цефпиром** или **кейтен**) в комбинации с парэнтеральными макролидами и/или **рифампицином**. Альтернативными препаратами являются парэнтеральные фторхинолоны (**офлоксацин** или **таривид** в/в по 200-400 мг в 200 мл изотонического р-ра хлорида натрия или 5% р-ра глюкозы). Ципрфлоксацин (**ципробай**) во флаконах 50 мл инфузионного р-ра, содержащего 100 мг препарата, и во флаконах по 100 мл инфузионного р-ра, содержащего 200 мг препарата. Пефлоксацин (**абактал**) по 400 мг в таблетках по 2 раза в день и в ампулах по 400 мг в/в капельно на 400 мл 5% р-ра глюкозы). Карбапенемы (**тиенам**, содержащий 500 мг **имипинема** и 500 мг **циластатина натрия**, в/в 1-2 г/сут в расчете на **имипинем**, делить на 3- 4 инфузии).

*2. Патогенетическое лечение.*

* Восстановление дренажной функции бронхов.

Используют отхаркивающие средства и муколитики (калия йодит, корень алтея, мукалтин, ацетилцистеин, амброксол или лазолван,бромгексин.

* Нормализация тонуса бронхиальной мускулатуры.

Используют бронходилататоры. Наиболее часто применяют эуфиллин в/в капельно и во внутрь препараты теофиллина продленного действия (теопек). При тяжелых и осложненных пневмониях используется иммунозаместительная терапия (свежезамороженная плазма 1000- 2000 мл в течении 3 суток, человеческий иммуноглобулин 6- 10 г в/в однократно). При выраженной интоксикации в/в вводят гемодез 400 мл, физ. р-р 1000-3000 мл, 5% р-р глюкозы 400- 800 мл/сут.

При наличии признаков дыхательной недостаточности (одышке, цианозе) показана кислородотерапия.

*3. Симптоматическое лечение*

* Противокашлевые средства

Используются ненаркотические (глауцина гидрохлорид, либексин, тусупрекс) и наркотические (кодеина фосфат, метилморфин, кодтерпин) противокашлевые средства.

* Жаропонижающие и болеутоляющие противовоспалительные препараты.

Противовоспалительные средства назначаются для уменьшения воспалительного отека, улучшения микроциркуляции, а также жаропонижающего эффекта (ацетилсалициловая кислота, парацетамол).

При выраженных плевральных болях можно рекомендовать (метиндол-ретард, вольтарен, анальгин).

* Сердечно-сосудистые средства

Используются сульфокамфокаин и кардиамин

Сульфокамфокаин оказывает тонизирующие влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, усиливает сократительную функцию миокарда (вводится подкожно в/м).

Кордиамин стимулирует дыхательный и сосудодвигательный центры. Применяется подкожно, в/м и в\в при выраженной бронхиальной гипотензии у больных бронхиальной пневмонией.

В случае значительного снижения сократительной способности левого желудочка используются сердечные гликозиды в/в капельно в небольших дозах.

В течение периода лихорадки и интоксикации больным показан постельный режим, обильной питье и богатое витаминами и белками питание.