

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
2-я кафедра внутренних болезней



Клинический случай долевой пневмонии с антибиотик-ассоциированной диареей.

Подготовили студентки 4 курса
педиатрического факультета 6 группы
Андросюк А. Г., Жиглинская Д. Н.

**Сильвин Константин Васильевич. 13.08.1985 года рождения
(37 лет). Гродно.**

Анамнез заболевания.

Вечером **05. 02. 2022** почувствовал себя плохо. Температура тела поднялась до 38 °С, ей предшествовал озноб, появились общая слабость, головная боль и боли в мышцах. Выпил на ночь 1 таблетку парацетамола.

Ночью **06. 02. 2022** проснулся от потрясающего озноба, температура тела составляла 39 °С, снова выпил 1 таблетку парацетамола.

Утром появились сухой кашель и колющая боль в нижнем отделе грудной клетки справа, усиливающаяся во время глубокого вдоха и при наклонах туловища. Сохранялась общая слабость. Весь день держалась температура в пределах 38-39 °С. Принимал парацетамол, но эффект был кратковременный.

07. 02. 2022 обратился к участковому терапевту.

Жалобы: температура тела 39,1 °С, общая слабость, боль в нижних отделах грудной клетки справа, кашель с небольшим количеством мокроты желтого цвета, чувство нехватки воздуха при ходьбе.

При осмотре кожные покровы бледные, влажные, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, усиление голосового дрожания в проекции нижней доли правого легкого.

При перкуссии – притуплённый звук с тимпаническим оттенком в нижних отделах правого лёгкого.

При аускультации – в нижних отделах правой половины грудной клетки выслушивается выраженное ослабление везикулярного дыхания и на высоте глубокого вдоха крепитация, не изменяющаяся при покашливании. В VII-VIII межреберьях по подмышечным линиям справа определяется шум трения плевры.

Предварительный диагноз: Внегоспитальная плевропневмония нижней доли правого легкого, средней степени тяжести. ДН 0-1.

Пациенту предложена госпитализация в пульмонологическое отделение, от которой он категорически отказался.

Обследование:

- рентгенография органов грудной клетки,
- общий анализ крови,
- биохимический анализ крови,
- общий анализ мочи,
- анализ мокроты общий и посев мокроты на флору с определением чувствительности к антибиотикам.

Назначено лечение: амоксициклав 875/125 мг по 1 таблетке x 2 р/день, амброксол 30 мг по 1 таблетке x 3 раза/день, диклофенак 25 мг по 1 таблетке x 3 р/день после еды, парацетамол 500 мг по 1 таблетке при повышении температуры тела выше 38,0°C, обильное тёплое питьё, постельный режим и щадящее питание.

**На рентгенограмме
органов грудной
клетки в прямой и
боковой проекции
выявлена
полисегментарная
инфильтрация в
проекции нижней
доли правого легкого**



ОАК:

- лейкоцитоз – $16,8 \times 10^9 / \text{л}$,
- увеличение удельного веса нейтрофилов до 87 %,
- сдвиг лейкоцитарной формулы влево с увеличением количества палочкоядерных нейтрофилов (10 %) и появлением миелоцитов (1 %)
- СОЭ – 28 мм/ч.

ОАМ:

- протеинурия (белок – 0,2 г / л).

Биохимический анализ крови:

- повышение уровня мочевины – 9,6 ммоль / л,
- аспартатаминотрансферазы – 110 ед. / л,
- γ глутамилтранспептидазы – 85 ед. / л,
- С-реактивного белка – 86 мг /л.

10. 02. 2022 вызвал участкового терапевта на дом в связи с ухудшением состояния.

Жаловался на повышение температуры тела до 37,8 °С, обильную ржавую мокроту, одышку при ходьбе по квартире.

Появились умеренные боли в животе, вздутие живота, диарея до 4-х раз в сутки.

В связи с ухудшением состояния пациент был направлен в пульмонологическое отделение УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно.»

При поступлении был осмотрен врачом-пульмонологом.

Выставлен диагноз: Внегоспитальная правосторонняя долевая плевропневмония, средней степени тяжести. ДН I. Антибиотик-ассоциированная диарея, **легкая форма.**

Направлен на повторные исследования.

ОАК:

- лейкоцитоз – $20,1 \times 10^9 / \text{л}$,
- увеличение удельного веса нейтрофилов до 89 %,
- сдвиг лейкоцитарной формулы влево с увеличением количества палочкоядерных нейтрофилов (12 %).
- СОЭ – 32 мм/ч.

Биохимический анализ крови:

- повышение уровня мочевины 12 ммоль/л,
- аспартатаминотрансферазы – 121 ед. / л,
- γ -глутамилтранспептидазы – 93 ед. / л,
- С-реактивного белка – 194 мг / л.

ОАМ:

- протеинурия (белок – 0,3 г / л).

Пациенту выполнены экспресс-тесты на наличие ковидной и пневмококковой инфекции; первый из них продемонстрировал отрицательный, второй – положительный результат.

Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты выявило наличие *Streptococcus pneumoniae*.

SpO₂ – 92 %;

Лечение: левофлоксацин 0,5 г 2 раза в день внутривенно капельно, линекс по 2 капсулы 3 раза в день, дезинтоксикационная терапия, респираторная поддержка кислородом со скоростью 5 л/мин., парацетамол по требованию (при повышении температуры тела > 39,0 °С или > 38,0 °С при субъективно плохой переносимости), диета, щадящее питание, постельный режим.

В динамике через 72 ч терапии отмечалось уменьшение интенсивности одышки; ЧДД – 22 в минуту, SpO₂ – 96 % (при дыхании комнатным воздухом); сохранялся кашель и периодическое повышение температуры до 38,0 °С, при перкуссии и аускультации в легких – прояснение перкуторного звука, мелкопузырчатые хрипы на вдохе в нижних отделах справа. Количество дефекаций уменьшилось до 1-2 раз в сутки. Стул кашицеобразный, желтого цвета.

На 10-е сутки терапии в состоянии пациента отмечена выраженная положительная динамика: разрешение одышки, нормализация температуры тела, кашель редкий с небольшим количеством прозрачной мокроты. ЧДД – 18 в минуту, SpO₂ – 98 % (при дыхании комнатным воздухом), при аускультации справа в нижних отделах сохраняется небольшое ослабление везикулярного дыхания.

В общем анализе крови сохраняется незначительное увеличение удельного веса нейтрофилов (73 %), в биохимическом анализе крови и общем анализе мочи патологии не выявлено.

При контрольной рентгенографии органов грудной клетки, выполненной на 11-е сутки с момента госпитализации, прослеживается положительная динамика в виде уменьшения инфильтрации в проекции нижней доли; жидкости в плевральных полостях не выявлено. Стул кашицеобразный, 1 раз в сутки. Пациент выписан под наблюдение участкового терапевта по месту жительства.

При контрольном обследовании через 3 мес. Выявлено разрешение всех клинических симптомов и признаков внебольничной пневмонии, нормализация лабораторных изменений и разрешение воспалительной инфильтрации в легких.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

