Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней №2

им. проф. А.М.Дыхно

Зав. Кафедрой: ДМН, профессор Черданцев

 Дмитрий Владимирович

Преподаватель: КМН, доцент Коваленко

 Альберт Александрович

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Клинический диагноз: Внебольничная правосторонняя полисегментарная деструктивная пневмония, затяжное течение.

 Куратор: студентка 502 группы

 специальности «лечебное дело»

Верещагина Ольга Игоревна

 Дата проверки:

 Количество баллов:

 Подпись:

Красноярск

2019

1. **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**
2. Ф.И.О. больного: Больной К.
3. Дата и время поступления: 15.10.2019, 10:21
4. Пол: мужской
5. Возраст: 44 года
6. Профессия и место работы: охранник в магазине.
7. Домашний адрес: г. Красноярск
8. Диагноз при поступлении: Внебольничная правосторонняя полисегментарная деструктивная пневмония, затяжное течение.
9. Клинический диагноз основной: Внебольничная правосторонняя полисегментарная деструктивная пневмония, затяжное течение.
10. Заключительный диагноз: Внебольничная правосторонняя полисегментарная деструктивная пневмония, затяжное течение.
11. Операция: Чресбронхиальная биопсия лёгкого(22.10.2019).
12. Исход болезни: улучшение
13. **ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ КУРАЦИИ**

На постоянные ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, выраженную одышку при незначительных физических нагрузках, слабость, повышенную утомляемость.

**III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)**

Считает себя больным с 20.08.2019, после длительного пребывания в тайге (с 19.07.2019 по 20.08.2019) и переохлаждения возникли боль в левой половине грудной клетки, выраженная одышка при минимальных физических нагрузках, слабость, повышенная утомляемость, кашель с отделением небольшого количества густой слизистой мокроты. В лечебные учреждения с данными жалобами не обращался, самостоятельно не лечился. 4.09.2019 после повышения температуры до 39°С, пациент вызвал бригаду скорой медицинской помощи, которой был доставлен в ЦРБ г.Байкит. Госпитализирован с диагнозом: Внебольничная верхнедолевая плевропневмония, тяжёлое течение. ДН II. Гипохромная анемия средней тяжести. Проводилась антибактериальная, дезинтоксикационная терапия (амоксиклав в/в). В стационаре находился в течение месяца, сохранялась субфебрильная температура, слабость, одышка. С подозрением на новообразование левого лёгкого был направлен в ККОД. Осмотрен онкологом – данных за онкопатологию недостаточно. Направлен в ККБ, 15.10.2019 госпитализирован в отделение торакальной хирургии. На момент госпитализации предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, выраженную одышку, слабость, повышенную утомляемость, редкий непродуктивный кашель, повышение температуры до 37-39°С, снижение массы тела на 7 кг за последние 2 месяца.

1. **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae)**

Родился в городе Красноярске в 1974 году в рабочей семье первым ребенком. Семья полная, благополучная. В росте и развитии пациент не отставал от сверстников. Пошел в школу в 7 лет, трудностей в учебе не было. Простудными заболеваниями болел редко.

На данный момент работает охранником в магазине. Условия труда приемлемые. Продолжительность рабочего времени строго нормирована и составляет в среднем 8 часов 5 дней в неделю. В течение рабочего дня имеются небольшие перерывы по 15 минут, нормированный обеденный перерыв.

В детстве пациент переболел ветряной оспой. Туберкулез, гепатит и венерические заболевания, онкологическую патологию, ВИЧ, сахарный диабет отрицает.

Перенесенные переломы, вывихи, операции отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Анамнез ВТЭ: работает, первичный больничный лист с 04.09.2019 по 07.10.2019 с диагнозом: Внебольничная верхнедолевая плевропневмония, тяжёлое течение. Инвалидность отсутствует.

 Гемотрансфузионный анамнез: переливания крови отрицает.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Проживает с женой в двухкомнатной квартире на 2 этаже. Температура в помещении в пределах нормы, сырость отсутствует.

Питание регулярное, домашнее, полноценное, рациональное. Иногда употребляет в пищу жирные и копченые продукты. На свежем воздухе бывает часто, продолжительное время. Спортом не занимается.

 Вредные привычки: курит менее 1 пачки в день, приём алкоголя, наркотиков отрицает.

Наследственный анамнез не отягощен.

1. **ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО. STATUS PRAESENS**

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение астеническое, пониженного питания. Рост – 173 см, вес - 55 кг. ИМТ=18,3. Вторичные половые признаки выражены в нормальной степени, соответствуют мужскому полу. Температура тела – 36,8 °C.

 Кожные покровы: цвет нормальный (розовый), напряжение и эластичность в норме, влажные. Варикозного расширения вен, отеков, подкожных кровоизлияний, депигментации и высыпаний нет. Развитие подкожно – жирового слоя пониженное. Ногти без изменений, волосы густые, темно-русые.

Лимфатические узлы: затылочные, поднижнечелюстные, околоушные, верхние, средние, нижние яремные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются.

Слизистые оболочки имеют розовый цвет, высыпания и налет отсутствуют. Язык розовый, правильной формы. Зев спокоен, миндалины в норме.

Мышцы: степень развития мускулатуры нормальная, тонус и сила в норме, болезненности при ощупывании мышц нет. Сила мышц в кисти, бёдрах, голени умеренная. Дрожание отдельных мышц и мышечных групп конечностей и туловища не обнаружено. Парезов и параличей нет.

Костная система: деформаций и искривлений нет. Болезненности при пальпации и поколачивании (грудины, ребер, трубчатых костей, позвонков, плоских костей, черепа) нет. Голова правильной формы, симметричная, лицо правильной формы, пропорциональное, черты лица правильные. Осанка правильная, деформаций скелета нет. Конечности одинаковой длины.

Суставная система: при осмотре плечевые, локтевые, лучезапястные, тазобедренные, коленные и голеностопные суставы обычной конфигурации, кожные покровы над ними не изменены. При пальпации суставов, их припухлости, деформации, изменений не выявлено. Пальпация суставов безболезненная.. Хруста, изменения конфигурации, гиперемии и отёчности близлежащих тканей нет. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью.

**Психический статус:**

Сознание ясное, речь правильная, понятная, умственное развитие соответствует возрасту пациента, настроение без изменений, эмоциональная лабильность не выражена.

 **Нервная система:**

Нарушений болевой, температурной и тактильной чувствительности нет. Глубокая чувствительность: суставно-мышечная, вибрационная сохранена. Сложная чувствительность: двумерно-пространственное чувство, дискриминационное чувство, стереогноз не нарушены. Острота зрения и слуха не снижены. Обоняние не нарушено. Мышечный тонус не изменен. Рефлексы: сухожильные: сгибательно-локтевые и разгибательно-локтевые, коленные и ахилловы с рук: D = S, с ног: D =S; периостальные: карпо-радиальные; кожные: брюшные и подошвенные в норме. Роговичный, глоточный, сухожильные рефлексы в норме. Патологические рефлексы (симптомы Бабинского и Россолимо, орального автоматизма) отсутствуют. Поза Ромберга – устойчив. Нистагм отсутствует. Исследование местного и рефлекторного дермографизма – красный.

**Эндокринная система:**

 Шея правильной формы. При пальпации болезненность отсутствует.

Щитовидная железа не визуализируется, не пальпируется. Глазные симптомы (Грефе, Мебиуса, Дальримпля, Елинека) отрицательные.

**Органы кровообращения:**

Пульс на левой руке совпадает с пульсом на правой руке, полный, напряженный, нормальной величины, равномерный, частота - 76 ударов в минуту, дефицита пульса нет. Артериальное давление (лежа):120/80 мм рт. ст.

Патологических пульсаций в области сердца и периферических сосудов не выявлено. Пульсаций в эпигастральной области и яремной ямке нет.

Грудная клетка в области сердца не деформирована. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пальпация:

Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекардиальной области, рет­ростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются, верхушечный толчок расположен в V межреберье слева на 1 см кнутри от lineamediaclavicularis, положительный, локализованный (ширина ~ 2 см). Шумы при пальпации в области сердца не определяются.

Перкуссия:

Границы относительной тупости сердца:

правая граница – в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая граница – в V межреберье на 1 см кнутри от l. mediaclavicularis, верхняя граница ~ на уровне третьего ребра.

Границы абсолютной тупости сердца:

правая – левый край грудины, левая – на l.mediaclavicularis, верхняя – IV ребро.

Поперечник относительной тупости сердца – 3 + 8 = 11 см, конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка ~ 5 см.

Аускультация:

Тоны сердца ритмичные, ясные, чистые, приглушенные. I тон ослаблен, II тон более громкий, шумов нет. Ритм сердца нормальный. На периферических артериях и яремных венах шумы не определяются.

Видимой пульсации артерий нет, симптом Мюссе отрицательный, артерии плотные, нормальной формы. Капиллярный пульс отсутствует. Двойные тоны Траубе и шумы Виноградова - Дюрозье над бедренной артерией не выслушиваются.

Набухания и видимой пульсации шейных вен нет, венный пульс выражен слабо, отрицательный, при аускультации шум «волчка» отсутствует.

**Система органов пищеварения:**

Язык розовый, влажный, не обложен. Зубы без кариеса, имеются отложения зубного камня. Слизистая оболочка ротовой полости – бледно-розовая; десна, мягкое и твердое неба обычной окраски, геморрагий и изъязвлений нет. Запах изо рта отсутствует. Зев не гиперемирован. Нёбные дужки хорошо контурируются.

Миндалины бобовидной формы, не увеличены.

При осмотре живот правильной формы, округлый, симметричный, не вздут. Участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудочно-кишечного тракта не отмечается. Расширения вен передней брюшной стенки нет. Пульсация в околопупочной области не визуализируется. Видимых грыжевых выпячиваний по ходу средней линии живота и в пупочной области при глубоком дыхании и натуживании не обнаруживается. Диастаза прямых мышц живота нет. Кожа живота чистая, рубцов нет.

Звук при перкуссии тимпанический. Дополнительные патологические образования в брюшной полости, признаки скопления свободной жидкости в брюшной полости не определяются.

Поверхностная пальпация:

Живот безболезненный, мышцы передней брюшной стенки не напряжены, симптомы Щеткина-Блюмберга и Ортнера-Грекова отрицательные. Перитонеальных симптомов нет. Поверхностно расположенных опухолевидных образований нет.

Глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско:

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области на протяжении 12 см пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром 1,5 см; она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перисталь­тирует.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягкоэластического, несколько расширенного книзу цилиндра диаметром 2,5 см; она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании.

Восходящие и нисходящие отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом фланках живота в виде под­вижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров диаметром около 2 см.

Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного ци­линдра диаметром около 2,5 см; она безболезненна, легко смещается.

Большая кривизна желудка прощупывается на 2 см выше пупка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного, безболезненного валика, идущего поперечно по позвоночнику по обе стороны от него. Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

Пальпация в области тонкого кишечника безболезненна; тонкий кишечник не пальпируется.

Аускультативно: выявляются шумы перисталь­тики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости. Шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и мезентери­альными артериями отсутствуют.

Печень и желчный пузырь:

Край печени не выступает за пределы реберной дуги, острый, ровный, мягкой консистенции, безболезненный.

Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в проекции его безбо­лезненна, симптомы Кера, Образцова-Мерфи, Ортнера-Грекова и Мюсси (френикус-симптом) отрицательные.

Топографическая перкуссия печени: нижний край печени по правой срединно-ключичной линии располагается на уровне реберной дуги, по передней срединной линии на границе верхней и средней трети расстояния от мечевидного отростка до пупка, по левой реберной дуге на уровне левой парастернальной линии.

Размеры печени по Курлову: по правой срединно-ключичной линии 9 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 6 см.

Аускультативно: шума трения брюшины в области правого подреберья не выявлено.

Селезенка

Селезенка в положениях лежа на спине и на правом боку (по Сали) не пальпируется.

Перкуторно: продольный и поперечный размеры составляют 6 и 8 см.

Аускультативно: шума трения брюшины в области левого подреберья не выявлено.

Поджелудочная железа

Пальпация в области локализации головки и хвоста поджелудочной железы безболезненна.

Прямая кишка:

 Per rectum: тонус сфинктера сохранен, ампула свободная. Нависания, болезненности стенки не определяется. Патологические образования достижимые пальцем: не определяются. На перчатке следы кала обычного цвета. Видимых грыжевых выпячиваний в паховой области при глубоком дыхании и натуживании не обнаруживается. Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно, утром. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, количество умеренное, обычного запаха. Примесей крови и слизи в кале нет. Отхождение газов свободное, умеренное.

**Система органов мочевыделения:**

Поясничная область при осмотре не изменена. Надлобковая область без патологических изменений.

Пальпация и перкуссия:

Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников, а также поколачивания по пояснице в области XII ребра безболезненны с обеих сторон. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют. Мочевой пузырь пальпаторно не определяется, при перкуссии над лоном слышен притупленный тимпанический звук.

1. **МЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ (Status localis)**

**Органы дыхания:** Дыхание через нос не затруднено, форма нормальная, отделяемое отсутствует. Голос громкий, чистый; деформации и припухлость в области гортани отсутствуют. Тип дыхания – брюшной. Дыхание ровное, ЧДД – 18 в минуту. Форма грудной клетки нормальная, грудная клетка симметрична, правая половина грудной клетки отстает в дыхании. Ширина межреберных промежутков нормальная ~ 1 см., положение лопаток нормальное. Надключичные и подключичные ямки без патологий. Пальпация: Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации це­лостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявля­ется. Голосовое дрожание усиленно на уровне III-IV м/р справа, спереди. Перкуссия: перкуторный звук ясный лёгочный, притупляется справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям. Данные топографической перкуссии:

|  |
| --- |
| Высота стояния верхушек |
|  | Справа | Слева |
| Спереди | На 3 см выше уровня ключицы | На 3 см выше уровня ключицы |
| Сзади | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

Ширина полей Кренига: справа ~ 5 см, слева ~ 5см. Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
| ОкологрудиннаяСреднеключичнаяПередняя подмышечнаяСредняя подмышечнаяЗадняя подмышечнаяЛопаточнаяОколопозвоночная | 5 межреберьеVI реброVII реброVIII ребро IX реброX реброОстистый отросток XI грудного позвонка | --VII реброIX реброIX реброX реброОстистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижнего края легких при вдохе, с обеих сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | Слева |
| На вдох | На выдох | Сумма | На вдох | На выдох | Сумма |
| Среднеключичная Средняя подмышечная Лопаточная  | 2 см3 см2 см | 2 см3 см2 см | 4 см6 см4 см | -3 см2 см | -3 см2 см | -6 см4 см |

Пространство Траубе сохранено.

Аускультация: Дыхание жёсткое, ослаблено над всеми легочными полями, справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям определяются единичные мелкопузырчатые хрипы. Бронхофония усиленна по среднеключичной линии на уровне III-IV м/р справа.

1. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб, анамнеза заболевания и объективного обследования можно предположить диагноз: Внебольничная правосторонняя полисегментарная деструктивная пневмония, затяжное течение. Дифференциальную диагностику следует провести со следующими заболеваниями: инфильтративный туберкулёз лёгких, злокачественные новообразования лёгкого.

1. **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Для подтверждения данного диагноза необходимо провести дополнительные обследования:

1. Группа крови, коагулограмма;
2. Развернутый анализ крови;
3. Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, билирубин, печеночные ферменты, глюкоза, альбумин);
4. С-реактивный белок в сыворотке крови;
5. Общий анализ мочи;
6. Бактериологическое исследование крови;
7. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов;
8. Цитологическое исследование смывов с верхних дыхательных путей;
9. Обзорная Rg-графия органов грудной клетки;
10. Фибробронхоскопия;
11. МСКТ органов грудной клетки;
12. УЗИ-плевральных полостей.
13. **ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Лабораторные данные:

1. Определение группы крови резус-фактора (15.10.19):Группа крови: А(II), резус-фактор- положительный
2. Развернутый анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 15.10.19 | 22.10.19 |
| WBC Лейкоциты | **11,2 10\*9/л** | 8,5 10\*9/л |
| RBC Эритроциты | 4,85 10\*12/л | 4,9 10\*12/л |
| HGB Гемоглобин | 146 г/л | 156 г/л |
| HCT Гематокрит | 44 % | 42,2 % |
| MCVСредний объем эритроцитов | 90,7 фл | 86,2 фл |
| MCHСр.содержание гемоглобина в эр. | 30,1 пг | 32,0 пг |
| Цветовой показатель | 0,91 | 0,92 |
| MCHCСр.концентрация гемоглобина в эр. | 33,2 г/л | 37,1 г/л |
| RDW-СV | 14,1 % | 14,4 % |
| PDW Индекс распределения по объему тромбоцитов | 15,9 % | 11,9% |
| MPVСр.объем тромбоцитов | 10,5 фл | 9,5 фл |
| P-LCR Крупные тромбоциты | 29,5 % | 26,5% |
| PCT тромбокрит | 0,31 % | 0,3 % |
| Лимфоциты  | 2.2 10\*9/л | 3.2 10\*9/л |
| Лимфоциты  | **4.5%** | 10.3% |
| Гранулоциты | **86.4 %** | 73,2 % |
| Гранулоциты  | 41,5\*10\*9/л | 40,1\*10\*9/л |
| Моноциты  | 9.1 % | 10 % |
| Моноциты | 4.4\*10\*9/л | 4.4\*10\*9/л |
| СОЭ | **42** | 30 |
| Лейкоформула: |  |  |
| Ю | **2** | 0 |
| П | **10** | **8** |
| С | 46 | 49 |

Лейкоцитоз (**11,2 10\*9/л**) за счёт гранулоцитарного звена (**86.4 %**) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (ю-2, п-10, с-46), относительная лимфопения(**4.5%**), повышение СОЭ (**42**).

1. Б/х

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 15.10.19 | 22.10.19 |
| Глюкоза | 5,4 ммоль/л | 5,1 ммоль/л |
| Общий белок | 64,55 г/л | 62 г/л |
| Мочевина | 4,10 ммоль/л | 4,9 ммоль/л |
| Креатинин | 86 мкмоль/л | 73 мкмоль/л |
| Билирубин общий | 6,6 мкмоль/л | 8,6 мкмоль/л |
| АЛТ | 17,7 Ед/л | 20,8 Ед/л |
| АСТ | 14,2 Ед/л | 17,0 Ед/л |
| Амилаза | 33 Е/л | 30 Е/л |
| СРБ | Нет | Нет |

1. Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 15.10.19 | 22.10.19 |
| Количество | 75 мл | 75 мл |
| Цвет | Светло - желтый | Светло – желтый |
| Прозрачность | Прозрачный | Прозрачный |
| Относительная плотность | 1014  | 1015 |
| рН реакция | 5,0 Ед/рН | 5,0 Ед/рН |
| Белок  | Отрицательно | Отрицательно |
| Глюкоза | Отрицательно | Отрицательно |
| Билирубин | Отрицательно | Отрицательно |
| Уробилиноген | Отрицательно | Отрицательно |
| Кетоновые тела | Не обнаружено | Не обнаружено |

|  |  |
| --- | --- |
| Микроскопическое исследование |  |
| Эпителий плоский | 0-1 в п/зр | 0-1 в п/зр |
| Лейкоциты | единичные в п/зр | единичные в п/зр |

 5. МСКТ грудной клетки(15.10.2019): по ходу междолевой плевры правого лёгкого определяется неправильной формы уплотнение по типу консолидации, структура уплотнения неоднородная за счёт наличия воздушных полостей. В прилежащих отделах S2, S3, S4, S5, S6 правого лёгкого определяются участки уплотнения лёгочной ткани по типу матового стекла. Перибронхиальное уплотнение в нижней части корня слева. Жидкости в плевральных полостях нет. Трахея и бронхи проходимы. Лимфоузлы не увеличены. Костно-деструктивных изменений не определяется. Заключение: неоднородность структуры, уплотнение по ходу междолевой плевры правого лёгкого может соответствовать деструктивной пневмонии. Уплотнение в нижней части корня левого лёгкого может соответствовать секундарному поражению.

6. Ультразвуковое исследование плевральных полостей (15.10.2019): в правой плевральной полости жидкость не определяется, в левой плевральной полости жидкость не определяется.

**IX. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб (на постоянные ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, выраженную одышку при незначительных физических нагрузках), анамнеза заболевания (болен с 20.08.2019, когда впервые возникли боль в левой половине грудной клетки, выраженная одышка при минимальных физических нагрузках, кашель с отделением небольшого количества густой слизистой мокроты, после длительного пребывания в тайге, на момент госпитализации(15.10.2019) предъявлял жалобы на постоянные ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, выраженную одышку, редкий непродуктивный кашель, повышение температуры до 37-39°С, снижение массы тела на 7 кг за последние 2 месяца) объективного статуса (состояние средней тяжести, телосложение астеническое, пониженного питания), локального статуса (правая половина грудной клетки отстает в дыхании, голосовое дрожание усиленно на уровне III-IV м/р справа, спереди, перкуторный звук ясный лёгочный, притупляется справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям, дыхание жёсткое, ослаблено над всеми легочными полями, справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям определяются единичные мелкопузырчатые хрипы, бронхофония усиленна по среднеключичной линии на уровне III-IV м/р справа), методов лабораторной диагностики (лейкоцитоз (11,2 10\*9/л) за счёт гранулоцитарного звена (86.4 %) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (ю-2, п-10, с-46), относительная лимфопения(4.5%), повышение СОЭ (42) в развернутом анализе крови), инструментальной диагностики (МСКТ органов грудной клетки: по ходу междолевой плевры правого лёгкого определяется неправильной формы уплотнение по типу консолидации, в прилежащих отделах S2, S3, S4, S5, S6 правого лёгкого определяются участки уплотнения лёгочной ткани по типу матового стекла, перибронхиальное уплотнение в нижней части корня слева) можно поставить **диагноз**: Внебольничная правосторонняя полисегментарная деструктивная пневмония, затяжное течение.

**XII.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальную диагностику следует проводить с нфильтративным туберкулезом лёгких, злокачественными новообразованиями лёгкого:

Инфильтративный туберкулёз лёгких: заражение происходит при контакте с больным туберкулёзом, пациент контакт с больными отрицает, связывает возникновение заболевания с длительным нахождением в тайге, переохлаждением. Для МСКТ картины туберкулёза характерно наличие очаговых изменений в S1-3,6, наличие петрификатов, увеличение лимфатических узлов корня лёгкого, у обследуемого больного были выявлены участки уплотнения лёгочной ткани по типу матового стекла в прилежащих отделах S2, S3, S4, S5, S6 правого лёгкого, перибронхиальное уплотнение в нижней части корня слева, лимфоузлы не увеличены. В анализе крови для больных туберкулёзом характерно повышение уровня лимфоцитов, у пациента относительная лимфопения (лимфоциты - 4.5%). Биохимический анализ крови пациента без патологических изменений, при туберкулёзном поражении лёгких часто развиваются диспротеинемия гипоальбуминемия. При поражении почек в анализе мочи возможно высевание туберкулёзной палочки, у больного изменений в анализе мочи не наблюдалось. При биопсии не выявлено наличие туберкулёзной гранулемы, у пациента не характерная картина: диффузный двусторонний слабовыраженный бронхит с признаками атрофии слизистой и слабовыраженной слизистой гиперсекрецией.

Злокачественные новообразования лёгкого: для данного заболевания характерна следующая динамика кашлевого синдрома – от сухого надсадного малопродуктивного кашля, кашля со слизистой или слизисто–гнойной мокротой с прожилками крови до мокроты типа «малинового желе», кровохарканья, что не было прослежено у исследуемого пациента, у которого кашель с отделением небольшого количества густой слизистой мокроты, постепенно перешёл в редкий малопродуктивный кашель. У больного наблюдалась положительная динамика от проводимого антибактериального лечения, уменьшения признаков интоксикации, снижение температуры тела от 39° до субфебрильных цифр. МСКТ картина злокачественного новообразования лёгкого может включать ателектаз, очаговые образования, инфильтраты, сужение бронхов, их обтурацию, увеличение лимфоузлов корня лёгкого, у пациента не характерная МСКТ-картина: участки уплотнения лёгочной ткани по типу матового стекла в прилежащих отделах S2, S3, S4, S5, S6 правого лёгкого, перибронхиальное уплотнение в нижней части корня слева, лимфоузлы не увеличены. Для точного проведения дифференциальной диагностики у пациента была взята щипцовая биопсия из S3,6 справа.

**X. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО**

1. Режим палатный
2. Стол 15
3. Постуральный дренаж
4. Дренажная гимнастика
5. Rp.: Sol. Ipratropii bromidi 1,0 ml

 D.S. Через нейбулайзер 3 раза в сутки

1. Rp.: Cefoperazoni +Sulbactami 1,0+1,0

 Sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0 ml

 S. Внутривенно капельно 2 раза в сутки

1. Rp.: Sol. Levofloxacini 0,005 – 100 ml

 S. Внутривенно капельно 2 раза в сутки

1. Rp.: Sol. Ambroxoli 2,0 ml

 D.S. Через нейбулайзер 2 раза в сутки

**XI. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

Ф.И.О. пациента: Больной К.

Дата поступления: 15.10.2019

Диагноз: Внебольничная правосторонняя полисегментарная деструктивная пневмония, затяжное течение. Подтвержден: на основании жалоб(на постоянные ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, выраженную одышку при незначительных физических нагрузках), анамнеза заболевания (болен с 20.08.2019, когда впервые возникли боль в левой половине грудной клетки, выраженная одышка при минимальных физических нагрузках, кашель с отделением небольшого количества густой слизистой мокроты, после длительного пребывания в тайге, на момент госпитализации(15.10.2019) предъявлял жалобы на постоянные ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, выраженную одышку, редкий непродуктивный кашель, повышение температуры до 37-39°С, снижение массы тела на 7 кг за последние 2 месяца), общего статуса (состояние средней тяжести, телосложение астеническое, пониженного питания), локального статуса (правая половина грудной клетки отстает в дыхании, голосовое дрожание усиленно на уровне III-IV м/р справа, спереди, перкуторный звук ясный лёгочный, притупляется справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям, дыхание жёсткое, ослаблено над всеми легочными полями, справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям определяются единичные мелкопузырчатые хрипы, бронхофония усиленна по среднеключичной линии на уровне III-IV м/р справа), методов лабораторной диагностики (лейкоцитоз (11,2 10\*9/л) за счёт гранулоцитарного звена (86.4 %) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (ю-2, п-10, с-46), относительная лимфопения(4.5%), повышение СОЭ (42) в развернутом анализе крови), инструментальной диагностики (МСКТ органов грудной клетки: по ходу междолевой плевры правого лёгкого определяется неправильной формы уплотнение по типу консолидации, в прилежащих отделах S2, S3, S4, S5, S6 правого лёгкого определяются участки уплотнения лёгочной ткани по типу матового стекла, перибронхиальное уплотнение в нижней части корня слева).

Показания к эндоскопической операции: затяжное течение пневмонии, деструктивная пневмония, длительная одышка.

Планируется плановая чресбронхиальная биопсия лёгкого.

Обезболивание: местная анестезия.

Группа крови: А(II), резус-фактор - положительный

Больной с планом операции и возможными осложнениями ознакомлен, согласие на операцию получено.

**XII ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

Пациент: Больной К.

Название операции: Чресбронхиальная биопсия лёгкого

Дата начала операции: 22.10.2019

Время начала операции: 08:55

Дата окончания операции: 22.10.2019

Время окончания операции: 09:10

Продолжительность: 15 мин.

Срочность: плановая.

Анестезия: местная анестезия.

Описание операции: Под местной анестезией S. Lidocaini 2% 10ml+10% аэр., трансназально, фибробронхоскоп введен в просвет трахеобронхиальное дерево. В ТБД картина двустороннего слабовыраженного эндобронхита. Секрет скудный слизистый, аспирационная биопсия на БК, цитология, бак посев. Под R-контролем взята щипцовая биопсия из S3,6 справа. Полученный материал отправлен на гистологическое исследование. После биопсии поступление крови из указанных устьев не определяется. Под контрольной рентгеноскопией легкое расправлено. Ход операции без осложнений. Заключение: диффузный двусторонний слабовыраженный бронхит с признаками атрофии слизистой и слабовыраженной слизистой гиперсекрецией.

**XIII. Дневники наблюдений и назначения**

|  |  |
| --- | --- |
| **18.10.2019****Жалобы:** на постоянные ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, выраженную одышку, слабость, повышенную утомляемость.**Общее состояние:** средней тяжести.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 76 уд. в мин. ; АД: 120/80 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стула не было. Диурез в норме.Температура тела 36.8 С.**Status localis:** Дыхание через нос не затруднено, отделяемое отсутствует. Голос громкий, чистый; деформации и припухлость в области гортани отсутствуют. Тип дыхания – брюшной. Дыхание ровное, ЧДД – 18 в минуту. Форма грудной клетки нормальная, грудная клетка симметрична, правая половина грудной клетки отстает в дыхании. Ширина межреберных промежутков нормальная ~ 1 см., положение лопаток нормальное. Надключичные и подключичные ямки без патологий. Пальпация: Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации це­лостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявля­ется. Голосовое дрожание усиленно на уровне III-IV м/р справа, спереди. Перкуссия: перкуторный звук ясный лёгочный, притупляется справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям. Аускультация: Дыхание жёсткое, ослаблено над всеми легочными полями, справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям определяются единичные мелкопузырчатые хрипы. Бронхофония усиленна по среднеключичной линии на уровне III-IV м/р справа. | **Лечение:*** Режим палатный
* Стол 15
* Постуральный дренаж
* Дренажная гимнастика
* Rp.: Sol. Ipratropii bromidi 1,0 ml

 D.S. Через нейбулайзер 3 раза в сутки* Rp.: Cefoperazoni +Sulbactami 1,0+1,0 Sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0 ml

S. Внутривенно капельно 2 раза в сутки* Rp.: Sol. Levofloxacini 0,005 – 100 ml S. Внутривенно капельно 2 раза в сутки
* Rp.: Sol. Ambroxoli 2,0 ml

D.S. Через нейбулайзер 2 раза в сутки |

|  |  |
| --- | --- |
| **19.10.2019****Жалобы:** на постоянные ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, одышку, повышенную утомляемость.**Общее состояние:** средней тяжести.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 77 уд. в мин. ; АД: 120/70 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стул оформленный. Диурез в норме.Температура тела 36.6 С.**Status localis:** Дыхание через нос не затруднено, отделяемое отсутствует. Голос громкий, чистый; деформации и припухлость в области гортани отсутствуют. Тип дыхания – брюшной. Дыхание ровное, ЧДД – 21 в минуту. Форма грудной клетки нормальная, грудная клетка симметрична, правая половина грудной клетки отстает в дыхании. Ширина межреберных промежутков нормальная ~ 1 см., положение лопаток нормальное. Надключичные и подключичные ямки без патологий. Пальпация: Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации це­лостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявля­ется. Голосовое дрожание усиленно на уровне III-IV м/р справа, спереди. Перкуссия: перкуторный звук ясный лёгочный, притупляется справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям. Аускультация: Дыхание жёсткое, ослаблено над всеми легочными полями, справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям определяются единичные мелкопузырчатые хрипы. Бронхофония усиленна по среднеключичной линии на уровне III-IV м/р справа. | **Лечение:** * Режим палатный
* Стол 15
* Постуральный дренаж
* Дренажная гимнастика
* Препараты согласно назначению.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **21.10.2019****Жалобы:** ноющие боли в левой половине грудной клетки при движении, одышку при физической нагрузке, слабость.  **Общее состояние:** средней тяжести.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 71 уд. в мин. ; АД: 110/80 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стул утром, оформленный. Диурез в норме.Температура тела 36.7 С.**Status localis:** Дыхание через нос не затруднено, отделяемое отсутствует. Голос громкий, чистый; деформации и припухлость в области гортани отсутствуют. Тип дыхания – брюшной. Дыхание ровное, ЧДД – 18 в минуту. Форма грудной клетки нормальная, грудная клетка симметрична, правая половина грудной клетки отстает в дыхании. Ширина межреберных промежутков нормальная ~ 1 см., положение лопаток нормальное. Надключичные и подключичные ямки без патологий. Пальпация: Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации це­лостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявля­ется. Голосовое дрожание усиленно на уровне III-IV м/р справа, спереди. Перкуссия: перкуторный звук ясный лёгочный, притупляется справа на уровне IV м/р по среднеключичной, , передней подмышечной линиям. Аускультация: Дыхание жёсткое, ослаблено над всеми легочными полями, справа на уровне IV м/р по среднеключичной, передней подмышечной линиям определяются единичные мелкопузырчатые хрипы. Бронхофония усиленна по среднеключичной линии на уровне III-IV м/р справа. | **Лечение:*** Режим палатный
* Стол 15
* Постуральный дренаж
* Дренажная гимнастика
* Препараты по назначению
* Повторное проведение развернутого анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови, проведение чресбронхиальной биопсии лёгкого
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **23.10.2019****Жалобы:** ноющие боли в левой половине грудной клетки при движении, одышку при физической нагрузке. **Общее состояние:** удовлетворительное.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 80 уд. в мин. ; АД: 120/70 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стула не было. Диурез в норме.Температура тела 36.9 С.**Status localis:** Дыхание через нос не затруднено, отделяемое отсутствует. Голос громкий, чистый; деформации и припухлость в области гортани отсутствуют. Тип дыхания – брюшной. Дыхание ровное, ЧДД – 17 в минуту. Форма грудной клетки нормальная, грудная клетка симметрична, участвуют обе половины грудной клетки. Ширина межреберных промежутков нормальная ~ 1 см., положение лопаток нормальное. Надключичные и подключичные ямки без патологий. Пальпация: Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации це­лостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявля­ется. Голосовое дрожание усиленно на уровне IV м/р справа, спереди. Перкуссия: перкуторный звук ясный лёгочный, притупляется справа на уровне IV м/р по среднеключичной, , передней подмышечной линиям. Аускультация: Дыхание жёсткое, ослаблено над всеми легочными полями, справа на уровне IV м/р по среднеключичной, передней подмышечной линиям определяются единичные мелкопузырчатые хрипы. Бронхофония усиленна по среднеключичной линии на уровне IV м/р справа. | **Лечение:*** Режим стационарный
* Стол 15
* Постуральный дренаж
* Дренажная гимнастика
* Препараты согласно назначению.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **24.10.2019****Жалобы**: одышку при физической нагрузке.**Общее состояние:** удовлетворительное.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно-сосудистая система:** ЧСС 75 уд. в мин. ; АД: 110/70 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стул утром, оформленный. Диурез в норме.Температура тела 36.6 С. Status localis: Дыхание через нос не затруднено, отделяемое отсутствует. Голос громкий, чистый; деформации и припухлость в области гортани отсутствуют. Тип дыхания – брюшной. Дыхание ровное, ЧДД – 17 в минуту. Форма грудной клетки нормальная, грудная клетка симметрична, участвуют обе половины грудной клетки. Ширина межреберных промежутков нормальная ~ 1 см., положение лопаток нормальное. Надключичные и подключичные ямки без патологий. Пальпация: Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации це­лостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявля­ется. Голосовое дрожание усиленно на уровне IV м/р справа, спереди. Перкуссия: перкуторный звук ясный лёгочный, притупляется справа на уровне IV м/р по среднеключичной, , передней подмышечной линиям. Аускультация: Дыхание жёсткое, ослаблено над всеми легочными полями, справа на уровне IV м/р по среднеключичной, передней подмышечной линиям определяются единичные мелкопузырчатые хрипы. Бронхофония усиленна по среднеключичной линии на уровне IV м/р справа. | **Лечение:*** Режим стационарный
* Стол 15
* Постуральный дренаж
* Дренажная гимнастика
* Препараты согласно назначению.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **25.10.2019****Жалобы:** не предъявляет.**Общее состояние:** удовлетворительное.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 78 уд. в мин. ; АД: 120/80 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стула не было. Диурез в норме, мочится самостоятельно.Температура тела 36.7 С.**Status localis:** Дыхание через нос не затруднено, отделяемое отсутствует. Голос громкий, чистый; деформации и припухлость в области гортани отсутствуют. Тип дыхания – брюшной. Дыхание ровное, ЧДД – 17 в минуту. Форма грудной клетки нормальная, грудная клетка симметрична, в дыхании участвуют обе половины грудной клетки. Ширина межреберных промежутков нормальная ~ 1 см., положение лопаток нормальное. Надключичные и подключичные ямки без патологий. Пальпация: Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации це­лостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявля­ется. Голосовое дрожание при сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определя­ется ясный легочный звук. Перкуссия: перкуторный звук ясный лёгочный по всем легочным полям. Аускультация: Дыхание жёсткое, хрипов нет. Бронхофония одинакова по симметричным линиям.  | **Лечение:**1. Диетстол: 15
2. Режим палатный
3. Препараты согласно назначению
 |

**XIV.ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

ФИО: Больной К.

Дата поступления: 15.10.2019

**Диагноз**: Внебольничная правосторонняя полисегментарная деструктивная пневмония, затяжное течение. Подтвержден: На основании жалоб(на постоянные ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, выраженную одышку при незначительных физических нагрузках), анамнеза заболевания (болен с 20.08.2019, когда впервые возникли боль в левой половине грудной клетки, выраженная одышка при минимальных физических нагрузках, кашель с отделением небольшого количества густой слизистой мокроты, после длительного пребывания в тайге, на момент госпитализации(15.10.2019) предъявлял жалобы на постоянные ноющие боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, выраженную одышку, редкий непродуктивный кашель, повышение температуры до 37-39°С, снижение массы тела на 7 кг за последние 2 месяца), объективного статуса (состояние средней тяжести, телосложение астеническое, пониженного питания), локального статуса (правая половина грудной клетки отстает в дыхании, голосовое дрожание усиленно на уровне III-IV м/р справа, спереди, перкуторный звук ясный лёгочный, притупляется справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям, дыхание жёсткое, ослаблено над всеми легочными полями, справа на уровне III-IV м/р по среднеключичной, окологрудинной, передней подмышечной линиям определяются единичные мелкопузырчатые хрипы, бронхофония усиленна по среднеключичной линии на уровне III-IV м/р справа), методов лабораторной диагностики (лейкоцитоз (11,2 10\*9/л) за счёт гранулоцитарного звена (86.4 %) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (ю-2, п-10, с-46), относительная лимфопения(4.5%), повышение СОЭ (42) в развернутом анализе крови), инструментальной диагностики (МСКТ органов грудной клетки: по ходу междолевой плевры правого лёгкого определяется неправильной формы уплотнение по типу консолидации, в прилежащих отделах S2, S3, S4, S5, S6 правого лёгкого определяются участки уплотнения

лёгочной ткани по типу матового стекла, перибронхиальное уплотнение в нижней части корня слева).

В ходе проводимой антибактериальной терапии, мероприятий направленных на обеспечение оптимального дренирования очагов деструкции наблюдалась положительная динамика. Состояние пациента из средней тяжести стало удовлетворительным, уменьшились клинические проявления заболевания (пациент не предъявляет жалоб), уменьшились проявления заболевания при объективном обследовании (обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, перкуторно звук ясный легочный, аускультативно исчезновение хрипов, бронхофония и голосовое дрожание в норме проводятся на симметричные участки грудной клетки), контрольные лабораторные исследования, так же указывают на положительную динамику (уменьшение лейкоцитоза, нормализация лейкоцитарной формулы, уменьшение СОЭ).

**Рекомендации:**

1. Режим стационарный
2. Стол 15
3. Препараты согласно назначению
4. Проведение контрольной Rg-органов грудной клетки
5. Лечебная физическая культура, дыхательная гимнастика
6. Срок временной нетрудоспособности 80 дней
7. Санаторно-курортное лечение в местном санатории в тёплое время года, через 3-4 месяца после окончании срока временной нетрудоспособности.