ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Г.Н.В., 65 лет

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Хронический абсцесс правого легкого.

Осложнение основного: Торакальный свищ.

Сопутствующие заболевания: Гранулирующая рана правой половины грудной клетки. Буллезная эмфизема легких. Резекция 6,7 правых ребер. Пневмоабцессетомия от 1.10.19. Глаукома. AV-блокада 1 степени. Хронический бронхит внеобострения.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1) Ф.И.О.: Г.Н.В;

2) Пол: Мужской;

3) Возраст: 65 лет ;

4) Семейное положение: женат;

5) Постоянное место жительства: г. Котлас;

6) Место работы, занимаемая должность: безработный, пенсионер;

7) Дата поступления: 05.12.2019 в 10:13;

8) Вид госпитализации: по экстренным показаниям;

9) Диагноз направившего учреждения: Абсцесс правого лёгкого;

10) Диагноз при поступлении в стационар: Основное: Гранулирующая рана правой половины грудной клетки. Резекция 6,7 правых рёбер. Пневмоабцессотомия от 01.10.19. Глаукома. Буллёзная эмфизема лёгких.

11) Клинический диагноз:

Основное заболевание: Хронический абсцесс правого легкого.

Осложнение основного: Торакальный свищ.

Сопутствующие заболевания: Гранулирующая рана правой половины грудной клетки. Буллезная эмфизема легких. Резекция 6,7 правых ребер. Пневмоабцессетомия от 1.10.19. Глаукома. AV-блокада 1 степени. Хронический бронхит внеобострения.

12) Название операции: ФБС, удаление бронхоблокатора (24.12.2019); ФБС+эндоскопическая клапанная бронхоблокация НДБ правого лёгкого (17.12.19);Иссечение торакального свища левой половины грудной клетки с мышечной пластикой и ушиванием бронха (18.12.19);

ЖАЛОБЫ

*Жалобы на момент поступления:* На наличие свища в правой половине грудной клетки.

*Жалобы на момент курации:* Болезненность в месте постановки дренажа.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (Anamnesis morbi)

Со слов пациента, в течение 1 года был кашель с мокротой, появлялась одышка при физической нагрузке. Обратился в поликлинику по месту жительства, было проведено ФОГ, со слов, показатели в пределах нормы. Летом 2019 года кашель усилился, появилась обильная гнойная мокрота, резко усилилась одышка, отметил повышение температуры в течение 4х недель. Пациент вызвал БСМП, был установлен диагноз — Острый бронхит и госпитализирован в Котласскую ЦРБ. В ходе обследований в ЦРБ был установлен диагноз — Абсцесс правого лёгкого. В ЦРБ получил терапию (препараты не помнит). Был консультирован по телемедицине и направлен в ххх для дальнейшего лечения.

В ххх поступил 25.09.19. Находился на лечении с 25.09.19 по 30.10.19. Было проведено оперативное лечение: 26.09.19 - Пункция правой плевральной полости под УЗ-навигацией; 01.10.19 — Пункция правой плевральной полости; 03.10.19 — Резекция правых 6,7 рёбер. Правосторонняя пневмоабсцессотомия. 30.10.19 был переведён на амбулаторное лечение по месту жительства с диагнозом: Острый блокированный абсцесс средней доли правого лёгкого. Состояние после резекции 6, 7 правых рёбер. Правосторонняя пневмоабсцессотомия.

Со слов пациента, в начале декабря 2019 года начал замечать свищ с правой стороны грудной клетки, обратился к хирургу по месту жительства, был диагностирован свищ в правой половине грудной клетки. 05.12.19 был госпитализирован по экстренным показаниям в ххх для дальнейшего обследования и лечения.

В лечение получал: Sol. Heparini 5000 Ед – 1 ml; Sol. Cefazolini 1,0 ; Sol. Ketonali 0,5% - 2мл.

***ФБС+эндоскопическая клапанная бронхоблокация НДБ правого лёгкого (17.12.19);***

Срочность: плановая. Анестезия: местная. При проведении ФБС устье Б6 правого легкого ниже уровня устья СДБ на 6 мм. в НДБ правого легкого под визуальным контролем установлен клапанный бронхоблокатор МЕДЛАНГ КБР №13. Контроль его положения и фиксации.

***Иссечение торакального свища левой половины грудной клетки с мышечной пластикой и ушиванием бронха (18.12.19);*** Срочность: плановая. Анестезия: общая. Положение на левом боку. Послеоперационный рубец, торакальный свищ иссечены. Полость абсцесса 3\*2, сухая, гнойного отделяемого нет. В верхнем углу раны, по нижней ее стенки предполагается наличие точечного бронхиального свища. Проверен под жидкость, получен воздух. Свищ ушит. Выкроен мышечный лоскут на сосудистой ножке из широчайшей мышцы спины. Тщательный гемостаз. Установлен в полость абсцесса, удовлетворительный гемостаз. Фиксирован. Конец лоскута подведен к бронхиальному свищу, фиксирован к нему. Гемостаз, проверка на инородные тела. К ложу мышцы подведен перфорированный дренаж., проведенный через контраппертуру. Рана ушита на валиках. Герметична. Повязка с бетадином. Кровопотеря 100 мл.

Послеоперационный период без осложнений.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae)

Пациент родился в Ростовской области, в городе Таганроге, вторым ребенком, всего в семье было 2 детей. В ФР и НПР от сверстников не отставал, в школу пошел в 7 лет, проблемы с учебой не испытывал, учился на 3 и 4. Окончил ПТУ по специальности сварщик.

*Бытовые условия:* Проживает в благоустроенной 2х комнатной квартире, со всеми удобствами, проживает с супругой.

*Трудовой анамнез:* Начал трудовую деятельность с 18 лет. После ПТУ работал сварщиком, стаж 40 лет.

*Перенесённые заболевания:* Ветряная оспа, ОРВИ, ОРЗ 2-3 раза в год.

Гепатиты, туберкулёз, венерические заболевания — отрицает.

*Аллергологический анамнез:* аллергическая реакция на атропин, кофеин, эфедрин, цианокобаламин, платифиллин.

*Операции:* Флебэктомия по поводу варикозного расширения вен на правой ноге. 26.09.19 - Пункция правой плевральной полости под УЗ-навигацией; 01.10.19 — Пункция правой плевральной полости; 03.10.19 — Резекция правых 6,7 рёбер. Правосторонняя пневмоабсцессотомия. ФБС, удаление бронхоблокатора (24.12.2019); ФБС+эндоскопическая клапанная бронхоблокация НДБ правого лёгкого (17.12.19); Иссечение торакального свища левой половины грудной клетки с мышечной пластикой и ушиванием бронха (18.12.19).

*Вредные привычки:* Курение, стаж 46 лет, по 1-1,5 пачки в день. С 65 лет не курит. Наркомания в юности.

*Наследственный анамнез:* Мать умерла от инфаркта миокарда.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ (Status praesens)

*Общий осмотр:*Общее состояние больного: средней степени тяжести. Положение больного: активное. Сознание: ясное. Настроение: бодрое. Телосложение: Нормостеническое. Температура тела: 36.6С

Кожа розовая, без высыпаний, сухая, шелушения отсутствуют, эластичность и тургор кожи снижены. Изменений со стороны придатков кожи не отмечается, оволосение по мужскому типу.

Подкожно жировая клетчатка: толщина кожной складки под лопаткой 2 см, на задней поверхности плеча 2 см, на уровне пупка 3 см, что свидетельствует о умеренной степени развития жировой клетчатки. Видимы и скрытые отеки не наблюдаются.

Лимфатические узлы пальпируются только подчелюстные лимфатические узлы в количестве 2, размерами меньше 1 см, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями и кожей, эластической консистенции, кожа над лимфатическими узлами не изменена.

Мышечная система отмечается удовлетворительное развитие произвольной мускулатуры, не наблюдается наличие атрофии, сила и тону мышц в норме, мышцы про пальпации безболезненные.

Конечности симметричные, костная система правильного развития, не наблюдается деформаций трубчатый костей, выявлена сутулость, отсутствует изменение пальцев. Пальпаторно болезненность костей не обнаружена. Отмечается отсутствие 6,7 ребра справа.

Суставы симметричны, правильной конфигурацией, болезненность при прощупывании не отмечается, кожный покров над суставами не изменен, подвижность и объем движений в пределах нормы.

**Сердечно-сосудистая система:**

Сердечный горб не выявлен, определяется верхушечный толчок, сердечный толчок отсутствует, эпигастральная пульсация слабовыраженная, пульсация печени отсутствует. Симптом «червячка» отрицательный, набухание и пульсация вен не отмечается. Верхушечный толчок присутствует локальный по средней ключичной линии на уровне 5 межреберья кнутри на 1,5 см, умеренной силы и высоты, резистентный, сердечный толчок, эпигастральная пульсация и феномен «кошачьего мурлыканья» отрицательны. Пульс на лучевой артерии симметричный, ритмичный, 86 уд\мин, полного наполнения, мягкой напряженности, оптимальной величины, форма нормальная. пульс на височной, сонной, плечевой, бедренной, подколенной, задней большеберцовой артериях и арте­рии тыла стопы, совпадает с лучевой 86 уд\мин. Пульс Квинке отсутствует.

Перкуссия сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Локализация |
| Правая граница ОСТ | В 4 межреберье справ, на 1 см латеральное края грудины |
| Верхняя граница ОСТ | На уровне 3 ребра по левой парастернальной линии |
| Левая граница ОСТ | В 5 межреберье слева, на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии |
| Правая граница АСТ | В 4 межреберье по левому краю грудины |
| Верхняя граница АСТ | На уровне 4 ребра по левой парастернальной линии |
| Левая граница АСТ | В 5 межреберье слева, на 1,5 см кнутри от левой границы ОСТ |
| Сосудистый пучок | Во 2 межреберье, совпадает с границами грудины |

Ритм сердца правильный, ЧСС – 86, 1 тон более продолжительный и низкий, лучше выслушивается в 1 аускултативной точке, совпадает с верхушечным толчком и пульсацией сонных артерий, 2 тон более продолжительный и менее высокий, выслушивается лучше в 2 точке, 3 и 4 тон не выслушиваются. Сердечные шумы не выявлены. Артериальное давление составило 115\60 мм рт. ст. Давление оптимальное. Пульсовое давление равно 55.

**Органы пищеварения:**

Слизистая полость рта влажная, розовая, без повреждений. Десна розового цвета, без повреждений. Язык влажный, необложенный, розового цвета. Зев чистый, розового цвета. Живот круглой формы, симметричный, венозного рисунок не выявлен, пупок втянут, перистальтика не видна.

При поверхностной пальпации по Образцова-Стражеско живот мягкий, безболезненный, напряжение не отмечается, расхождение прямых мышц живота не выявлено.

Глубокая скользящая методическая пальпация органов брюшной полости. Сигмовидная кишка определяется в левой подвздошной области, как плотный валик, эластичный, диаметром 4 см, безболезненный, урчит;; Слепая кишка – определяется в правой подвздошной области, как плотный валик, эластичный, диаметром 4 см, безболезненный, не урчит; восходящая ободочная кишка определяется на правом фланке как эластичный валик диаметром 4 см, безболезненней, не урчит; нисходящая ободочная кишка определяется в левом фланке как эластичный валик диаметром 4 см, безболезненный не урчит; поперечная ободочная кишка пальпируется ниже на 3 см большой кривизны желудка, пальпируется как валик плотный, диаметром 3 см, безболезненная не урчит. Большая кривизна желудка пальпируется на 3 см выше пупка, как эластичный валик, безболезненно, урчит, привратник желудка пальпируется как гладкий валик, диаметром 2 см, безболезненный, эластичный, урчит.

Печень пальпируется по краю реберной дуге. Желчный пузырь не пальпируется, желчно-пузырные симптомы отрицательны. Селезенка не пальпируется.

Свободная жидкость в брюшной области не выявлена.

На всей поверхности живота тимпанический перкуторный звук, размеры печени по М.Г. Курлову составили 8см, 7см, 7см, размеры селезенки 8см\*6см. Свободная жидкость в брюшной полости не выявлено, нижняя граница желудка располагается на 3 см выше пупка.

Перистальтика выслушивается на протяжение всей длины кишечника.

**Мочевыделительная система:**

При осмотре поясничной области изменений окраса кожного покрова не выявлено. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание самостоятельное, свободное и безболезненное, цвет мочи соломенный.

**Эндокринная система:**

Рост 178 см, вес – 88 кг. Оволосение по мужскому типу, вторичные половые признаки развиты по мужскому типу. Индекс Кетле =27,7 что является избыточной массой тела.

**Status localis:**

**Органы дыхания:**

На передней поверхности грудной клетки по средней ключичной линии между 5 и 8 ребром определяется рана, с чистыми, ровными краями, поставлен дренаж, из дренажа серозно-кровянистое отделяемое, в небольшом количестве. Сверху наложена асептическая повязка, сухая, чистая.  
Форма грудной клетки: нормальная, соответствует нормостеническому типу.  
Правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. Носовое дыхание свободное, ЧДД = 18, глубина дыхание – обычное. Тип дыхания брюшной. Ритм дыхания правильный.  
Болевые точки не выявлены, грудная клетка ригидная, голосовое дрожание проводится лучше на верхушках легких. Отсутствуют 6,7 ребра справа.  
На всей поверхности легкий ясный легочной перкуторный звук, кроме проекции средней доли правого легкого, здесь отмечается некоторое притупление перкуторного звука.  
Высотка стояние верхушек спереди 3 см, сзади на уровне 7 шейного позвонка. Ширина полей Кренинга 6 см.  
Подвижность нижнего края легких: слева 8 см, справа 5 см.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная линия | 5 межреберье | -- |
| Среднеключичная линия | В месте проекции 5 ребро | -- |
| Передняя подмышечная | В месте проекции 6 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 7ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 7 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная линия | 8 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток 7 грудного позвонка | Остистый отросток 7 грудного позвонка |

Дыхание жесткое, ослабленное над всей поверхностью легких, не проводится над проекцией средней доли правого лёгкого. Крепитация и шум трения плевры отрицательны. Бронхофония отрицательна.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Клинический диагноз:  
*Основной:* Хронический абсцесс правого легкого.  
*Осложнения:* Торакальный свищ.  
*Сопутствующие:* Гранулирующая рана правой половины грудной клетки. Буллезная эмфизема легких. Резекция 6,7 правых ребер. Пневмоабцессетомия от 1.10.19. Глаукома. AV-блокада 1 степени. Хронический бронхит внеобострения.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. ОАК

2. Коагулология

3. БХ крови

4. ЭКГ

5. ЭХО-КГ

6. Посев раневого выделяемого

7. Серологическое исследование

8. Спирометрия

9. Фибробронхоскопия санационная.

Данные лабораторных и инструментальных исследований

1) Общий анализ крови (5.12.19)

Лейкоциты – 4,7\*10^9\л (3,6 – 10,2)

Лимфоциты # – 2,2\*10^9\л (1-3,2)

Лимфоциты – 47.3 % (15,2-43,3)

Гранулоциты # – 1,9\*10^9\л (1.7-7.6)

Гранулоциты – 41,3% (48-78)

Средние лейкоциты # – 0,6\*10^9\л (0.3-1.1)

Средние лейкоциты – 11.4 % (3-11)

Эритроциты – 4,63\*10^12\л (4,06-5,63)

Гемоглобин – 131 г\л (130-160)

Гематокрит – 37.7 % (35-55)

Средний объем эритроцита – 81,5 фл (73-96,2)

Среднее содержание гемоглобина – 28,4 пг (23,8-33,4)

Средняя концентрация гемоглобина – 349 г\л (325-363)

Индекс распределения эритроцитов 18.1% (12-14)

Тромбоциты – 153\*10^9\л (180-320)

Ширина распределения тромбоцитов 9,8%

Средний объем тромбоцитов – 7,3 фл (7,4-11,40)

Тромбокрит – 0,11% (0,11-0,28)

P-LCR – 10.5%

Заключение: Лимфоцитоз, гранулоцитопения, повышенный индекс распределения эритроцитов, тромбоцитопения.

2)Коагулология (5.12.2019)

Фибриноген 2.94 г\л (1.80-3.50)

Протромбиновый индекс 90% (70.00-130.00)

МНО 1.05

АЧТВ 25.70 сек. (22.10-28.10)

Заключение: без патологий

3) Биохимическое исследование крови (5.12.19)

АЛТ – 5.3 Ед\л (0-40)

АСТ – 7.5 Ед\л (0-38)

Креатинин крови – 62 мкмоль\л (71.00-115)

Мочевина – 3.44 ммоль\л (1.70-8.30)

Билирубин общий 21.9 мкмоль\л (5-20,5)

Амилаза 35.5 Ед\л (0-100)

Глюкоза 5.72 ммоль\л (4-6.1)

Заключение: повышен уровень общего билирубина

4) ЭКГ (5.12.19)

Заключение. Ритм синусовый с ЧСС 65\мин. ЭОС горизонтальная. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. В сравнении с ЭКГ от 28.10.19 без существенной динамики.

5) Посев раневого выделяемого (6.12.19)

Выделенный микроорганизм: Pseudomonas aeruginosa

Амикацин R

Имипенем R

Меропинем R

Цефепим R

Цефтазидим R

Ципрофлоксацин R

Заключение: Pseudomonas aeruginosa панрезистентная

6) ЭХО-КГ (9.12.19)

Заключение: Полости сердца не расширены. Сократимость миокарда не нарушена. Легочная гипертензия не выявлена. Атеросклероз аорты. АК.

7) Иммуноферментный анализ (10.12.19)

HBs-антиген (HBs-ag-ИФА-Бест, Вектор-бест) – Не обнаружены

АТ к HCV IgG+IgM (Бестанти-ВГС, Вектор-бест) – Не обнаружены

ВИЧ – 1\2 Аг\Ат и А\г p24 ВИЧ-1 (Вектор-бест) – Не обнаружены

8) Серологическое исследование (10.12.19)

Микрореакция на сифилис – отрицательная

9) Спирометрия (10.12.19)

Заключение: Умеренные нарушения бронхолегочной проходимости. ЖЕЛ в пределах нормы.

10) Фибротрахеобронхоскопия санационная (11.12.19)

Преддверие гортани без особенностей. Слизистая розовая, гладкая. Голосовые связки симметричны, подвижны. Голосовая щель широкая. Трахея свободна проходима для эндоскопа, не изменена. Слизистая трахеи розовая, гладкая. Карина не расширена. Главные, долевые, сегментарные бронхи структурны, свободные. Секрет слизисто-серозного характера, пристеночно. Аспирирован. Слизистая умеренно атрофична. Хрящевой рисунок обычный. Шпоры тонкие. Устья подвижные. Патологических особенностей не выявлено.

Заключение: Хронический бронхит (с атрофией)

11) ЭКГ (16.12.19)

Заключение: В сравнении с ЭКГ 5.12.19 ритм синусовый с ЧСС 66\мин, ЭОС горизонтальная, AV блокада 1 степени (PQ – 0,22 сек) в остальных без существенной динамики зубцов.

12) Коагулология (17.12.2019)

Фибриноген 4.53 г\л (1.80-3.50)

Протромбиновый индекс 98.40% (70.00-130.00)

МНО 1.00

АЧТВ 25.60 сек. (22.10-28.10)

Заключение: повышенный фибриноген

13) Биохимическое исследование крови (17.12.19)

АЛТ – 7.90 Ед\л (0-40)

АСТ – 16.60 Ед\л (0-38)

Общий белок – 73.00 г\л (65-85)

Креатинин крови – 76.20 мкмоль\л (71.00-115)

Мочевина – 6.45 ммоль\л (1.70-8.30)

Заключение: без патологий

14) Общий анализ крови (17.12.19)

Лейкоциты # – 4,7\*10^9\л (3,6 – 10,2)

Лимфоциты # – 1,3\*10^9\л (1-3,2)

Моноциты # – 0,9\*10^9\л (0,3-1,1)

Нейтрофилы # – 2,4\*10^9\л (1,7-7,6)

Базофилы # – 0\*10^9\л (0-0,1)

Эозинофилы # – 0,1\*10^9\л (0-0,5)

Лимфоциты – 26,7 % (15,2-43,3)

Моноциты – 18,8 % (5,5-13,7)

Нейтрофилы – 50,4 % (43,5-73,5)

Базофилы – 1,0 % (0,2-1,5)

Эозинофилы – 3,1 % (0,8-8,1)

Эритроциты – 4,9\*10^12\л (4,06-5,63)

Гемоглобин – 143 г\л (130-160)

Гематокрит – 43,3 % (35-55)

Средний объем эритроцита – 88,5 фл (73-96,2)

Среднее содержание гемоглобина – 29,2 пг (23,8-33,4)

Средняя концентрация гемоглобина – 330 г\л (325-363)

Стандартное отклонение ширины распределения эритроцитов – 53,8 фл (36,5-45,9)

Число ядерных эритроцитов – 0,01\*10^9\л (0-0,02)

Процент ядерных эритроцитов – 0,1 % (0-0,6)

Тромбоциты – 213\*10^9\л (180-320)

Средний объем тромбоцитов – 7,3 фл (7,4-11,40)

Неоткорректированное количество лейкоцитов – 4,7\*10^9\л (3,6-10,20)

Лейкоцитарная формула:

Лимфоциты – 18 % (19-37)

Моноциты – 15 % (3-11)

Палочкоядерные нейтрофилы – 2 % (1-5)

Сегментоядерные нейтрофилы – 62 % (47-72)

Эозинофилы – 3% (0,5-5)

СОЭ – 27 мм\ч (2-10)

Заключение: Моноцитоз, сниженный объем тромбоцитов, лимфопения, ускоренное СОЭ, стандартное отклонение ширины распределения эритроцитов повышено.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Главное проявление нашего заболевания - это наличие свища на передней стенки грудной клетки справа. Поэтому нам нужно провести дифференциальную диагностику со свищами, такими как кожно-плевральным, бронхоплевральным, кожно-плевро-пульмональным. Бронхоплевральный свищ нужно исключить сразу, так как имеется дефект кожи на передней стенки груди справа.  
Кожно-плевральный свищ исключем, потому что из анамнеза заболевания - из свища «выделялся» воздух. Кожно-плевро-пульмональный свищ был подтверждён также в ходе операции. Следовательно у нашего пациента кожно-плевро-пульмональный свищ.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

Клинический диагноз:  
*Основной:* Хронический абсцесс правого легкого.  
*Осложнения:* Торакальный свищ.  
*Сопутствующие:* Гранулирующая рана правой половины грудной клетки. Буллезная эмфизема легких. Резекция 6,7 правых ребер. Пневмоабцессетомия от 1.10.19. Глаукома. AV-блокада 1 степени. Хронический бронхит внеобострения.

1) На основании жалоб:

*Жалобы на момент поступления:* На наличие свища в правой половине грудной клетки.

*Жалобы на момент курации:* Болезненность в месте постановки дренажа.

2) На основании анамнеза заболевания:

Со слов пациента, в течение 1 года был кашель с мокротой, появлялась одышка при физической нагрузке. Обратился в поликлинику по месту жительства, было проведено ФОГ, со слов, показатели в пределах нормы. Летом 2019 года кашель усилился, появилась обильная гнойная мокрота, резко усилилась одышка, отметил повышение температуры в течение 4х недель. Пациент вызвал БСМП, был установлен диагноз — Острый бронхит и госпитализирован в Котласскую ЦРБ. В ходе обследований в ЦРБ был установлен диагноз — Абсцесс правого лёгкого. В ЦРБ получил терапию (препараты не помнит). Был консультирован по телемедицине и направлен в ххх для дальнейшего лечения.

В ххх поступил 25.09.19. Находился на лечении с 25.09.19 по 30.10.19. Было проведено оперативное лечение: 26.09.19 - Пункция правой плевральной полости под УЗ-навигацией; 01.10.19 — Пункция правой плевральной полости; 03.10.19 — Резекция правых 6,7 рёбер. Правосторонняя пневмоабсцессотомия. 30.10.19 был переведён на амбулаторное лечение по месту жительства с диагнозом: Острый блокированный абсцесс средней доли правого лёгкого. Состояние после резекции 6, 7 правых рёбер. Правосторонняя пневмоабсцессотомия.

Со слов пациента, в начале декабря 2019 года начал отмечать лёгкую болезненность с правой стороны грудной клетки, обратился к хирургу по месту жительства, был диагностирован свищ в правой половине грудной клетки. 05.12.19 был госпитализирован по экстренным показаниям в 4ХО АОКБ для дальнейшего обследования и лечения.

***ФБС+эндоскопическая клапанная бронхоблокация НДБ правого лёгкого (17.12.19);***

Срочность: плановая. Анестезия: местная. При проведении ФБС устье Б6 правого легкого ниже уровня устья СДБ на 6 мм. в НДБ правого легкого под визуальным контролем установлен клапанный бронхоблокатор МЕДЛАНГ КБР №13. Контроль его положения и фиксации.

***Иссечение торакального свища левой половины грудной клетки с мышечной пластикой и ушиванием бронха (18.12.19);*** Срочность: плановая. Анестезия: общая. Положение на левом боку. Послеоперационный рубец, торакальный свищ иссечены. Полость абсцесса 3\*2, сухая, гнойного отделяемого нет. В верхнем углу раны, по нижней ее стенки предполагается наличие точечного бронхиального свища. Проверен под жидкость, получен воздух. Свищ ушит. Выкроен мышечный лоскут на сосудистой ножке из широчайшей мышцы спины. Тщательный гемостаз. Установлен в полость абсцесса, удовлетворительный гемостаз. Фиксирован. Конец лоскута подведен к бронхиальному свищу, фиксирован к нему. Гемостаз, проверка на инородные тела. К ложу мышцы подведен перфорированный дренаж., проведенный через контраппертуру. Рана ушита на валиках. Герметична. Повязка с бетадином. Кровопотеря 100 мл.

Послеоперационный период без осложнений.

3) На основании анамнеза жизни:

*Вредные привычки:* Курение, стаж 46 лет, по 1-1,5 пачки в день. С 65 лет не курит. Наркомания в юности.

4) На основании объективного статуса:

На передней поверхности грудной клетки по средней ключичной линии между 5 и 8 ребром определяется рана, с чистыми, ровными краями, поставлен дренаж, из дренажа серозно-кровянистое отделяемое, в небольшом количестве. Сверху наложена асептическая повязка, сухая, чистая. Правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. Отсутствуют 6,7 ребра справа. На всей поверхности легкий ясный легочной перкуторный звук, кроме проекции средней доли правого легкого, здесь отмечается некоторое притупление перкуторного звука. Высотка стояние верхушек спереди 3 см, сзади на уровне 7 шейного позвонка. Ширина полей Кренинга 6 см. Подвижность нижнего края легких: слева 8 см, справа 5 см.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная линия | 5 межреберье | -- |
| Среднеключичная линия | В месте проекции 5 ребро | -- |
| Передняя подмышечная | В месте проекции 6 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 7ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 7 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная линия | 8 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток 7 грудного позвонка | Остистый отросток 7 грудного позвонка |

Дыхание жесткое, ослабленное над всей поверхностью легких, не проводится над проекцией средней доли правого лёгкого. Крепитация и шум трения плевры отрицательны. Бронхофония отрицательна.

5) На основании дополнительных данных:

Общий анализ крови (5.12.19)

***Заключение:*** Лимфоцитоз, гранулоцитопения, повышенный индекс распределения эритроцитов, тромбоцитопения.

ОАК от 17.12.19

***Заключение:*** Моноцитоз, сниженный объем тромбоцитов, лимфопения, ускоренное СОЭ, стандартное отклонение ширины распределения эритроцитов повышено.

Коагулология (17.12.2019)

***Заключение:*** повышенный фибриноген.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Операция: 24.12.19 ФБС, удаление бронхоблокатора.  
Срочность: плановая. Анестезия: местная. Бронхоблокатор №13 удален из НДБ справа. На месте удаления налеты фибрина.   
Режим: общий.  
Стол: ОВД  
Rp.: Caps. Omezi 0,02  
D.S.: по 1 капсуле за 30 минут до еды 2 раза в день  
 #  
Rp.: Sol. Heparini 5000 Ед – 1 ml  
D.S.: 0,1 мл п\к 4 раза в день  
 #  
Rp.: Sol. Cefazolini 1,0  
D.S.: Содержимое флакона растворить в 2 мл 2% раствора лидокаина, вводить 3 раза в день 2 мл в\м.  
 #  
Rp.: Sol. Ketonali 0,5% - 2мл  
D.S.: 2 мл вводить в\м 2 раза в день.

ДНЕВНИКИ

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** | **Дневники** |
| 21.12.19 | Жалобы: Наличие свища правой половины грубной клетки. Болезненное ощущение в месте постановки дренажа.  Общее состояние больного: средней степени тяжести. Положение больного: активное. Сознание: ясное. Настроение: бодрое. Температура тела: 36.6С. Питание удовлетворительное. Кожа розовая, без высыпаний, сухая, шелушения отсутствуют, эластичность и тургор кожи снижены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 115/60 мм.рт.ст. ЧСС 72/мин. Дыхание жесткое, ослабленное не проводится в место проекции средней доли правого легкого. Хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, симметричный, участвует в акте дыхания, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Акт дефекации регулярный, самостоятельный, безболезненный.  St.localis: Рана под швами. Швы самостоятельные. Рана без признаков воспаления. Повязка с Бетадином. Давящая повязка по типу «пилот». По дренажу скудное геморрагическое отделяемое. Повязка чистая сухая. |
| 26.12.19 | Жалобы: Незначительная болезненность в правой половине груди при движении в области послеоперационной раны. Общее состояние больного: средней степени тяжести. Положение больного: активное. Сознание: ясное. Настроение: бодрое. Температура тела: 36.8С. Кожа розовая, без высыпаний, сухая, шелушения отсутствуют, эластичность и тургор кожи снижены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120\80 мм.рт.ст. ЧСС 72/мин. Дыхание ЧДД 19\мин, жесткое, ослабленное не проводится в место проекции средней доли правого легкого. Хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, симметричный, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Акт дефекации регулярный, самостоятельный, безболезненный. St.localis: Рана под швами. Швы самостоятельные. Рана без признаков воспаления. Повязка с Бетадином. Давящая повязка по типу «пилот». Повязка чистая, сухая. |
| 27.12.19 | Жалобы: Незначительная болезненность в правой половине груди при движении в области послеоперационной раны. Общее состояние больного: средней степени тяжести. Положение больного: активное. Сознание: ясное. Настроение: бодрое. Температура тела: 36.8С. Кожа розовая, без высыпаний, сухая, шелушения отсутствуют, эластичность и тургор кожи снижены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120\80 мм.рт.ст. ЧСС 76/мин. Дыхание ЧДД 18\мин, жесткое, ослабленное не проводится в место проекции средней доли правого легкого. Хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, симметричный, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Акт дефекации регулярный, самостоятельный, безболезненный St.localis: Рана под швами. Швы самостоятельные. Рана без признаков воспаления. Повязка с Бетадином. Давящая повязка по типу «пилот». Повязка чистая, сухая. |
| 28.12.19 | Жалобы: Незначительная болезненность в правой половине груди при движении в области послеоперационной раны. Общее состояние больного: средней степени тяжести. Положение больного: активное. Сознание: ясное. Настроение: бодрое. Температура тела: 36.8С. Кожа розовая, без высыпаний, сухая, шелушения отсутствуют, эластичность и тургор кожи снижены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120\80 мм.рт.ст. ЧСС 76/мин. Дыхание ЧДД 18\мин, жесткое, ослабленное не проводится в место проекции средней доли правого легкого. Хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, симметричный, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Акт дефекации регулярный, самостоятельный, безболезненный St.localis: Рана под швами. Швы самостоятельные. Рана без признаков воспаления. Повязка с Бетадином. Давящая повязка по типу «пилот». Повязка чистая, сухая. |

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

**Этиология.**

Наиболее частыми возбудителями абсцесса легкого являются:

1. неспорообразующие анаэробные микроорганизмы. Источник – полость рта. Путь

заражения – аспирационный.

2. факультативные анаэробы: Clebsiella pneumoniae, Protey.

3. грамотрицательные аэробные бактерии (синегнойная палочка).

4. золотистый гемолитический стафилококк.

5. вирусная инфекция (сопутствующий фактор, ослабляющий иммунитет).

6. простейшие (амебы), грибы (актиномицеты).

**Патогенез.**

Существуют 4 основных механизма проникновения патогенного

возбудителя в дыхательные пути:

1. Бронхогенный (трансбронхиальный) - наиболее важный.

2. Гематогенный путь - проявление септикопиемии, попадания в легочный кровоток инфицированных тромбов из венозной системы (тромбофлебиты)

3. Травмы грудной клетки, проникающие ранения легких.

4. Непосредственное распространение гнойно-деструктивного воспалительного процесса из соседних органов и тканей на легкие (per continuitatem) - наблюдается сравнительно реже.

Основными факторами, способствующими переходу острого абсцесса легкого в хронический, являются:

1) неадекватное или неэффективное дренирование полости деструкции при остром легочном нагноении, в том числе при нарушенной бронхиальной проходимости, создающее условия для развития соединительной ткани в окружающей паренхиме с формированием фиброзной капсулы, препятствующей впоследствии уменьшению размеров полости;

2) большие (более 5 см) размеры полости деструкции или множественный их характер в пределах отдела легкого;

3) наличие в полости абсцесса секвестров, закрывающих устья дренирующих бронхов и постоянно поддерживающих нагноение в самой полости и воспаление вокруг нее;

4) образование плевральных сращений в зоне пораженных абсцессом сегментов легких, препятствующих раннему спадению и облитерации полости;

5) исход консервативного лечения острого абсцесса легкого в сухую остаточную полость и эпителизация полости из устьев дренирующих бронхов;

6) скомпрометированные иммунитет и неспецифическая резистентность организма.

Другим патогенетическим механизмом развития хронического нагноительного процесса в легочной ткани с образованием в ней таких же морфологических элементов может быть ситуация, когда у пациента не диагностировался типичный острый абсцесс, а вследствие перенесенной затяжной, крупозной или абсцедирующей пневмонии (особенно в детском возрасте) сформировались большие участки пневмосклероза с поражением бронхиального дерева. Периодически наступающие обострения процесса, как правило, диагностируются как пневмония. С течением времени обострения наступают все чаще. Патологический процесс поражает все анатомические образования в пределах отдела легкого (бронхи, паренхима, интерстиций). Одним из важных пусковых механизмов при этом становится нарушение дренажной функции бронхов, приводящее к застою секрета. Воспалительный процесс постепенно распространяется на соседние отделы легкого как непосредственно, так и за счет нарушенного лимфотока с образованием инфильтратов. Если последние некротизируются, то, как правило, формируются множественные гнойники. С течением времени процесс приобретает все морфологические и клинические черты хронического абсцесса. Близкий механизм развития может наблюдаться и в случаях исхода тяжелых воспалительных процессов в фиброателектаз или карнификацию участка легкого.

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Г.Н.В., 65 лет.

Поступил с жалобами: На наличие свища в правой половине грудной клетки, болезненность в месте постановки дренажа.

05.12.19 был госпитализирован по экстренным показаниям в ххх для дальнейшего обследования и лечения.

***В ходе обследования были получены следующие результаты:***

1) Общий анализ крови (5.12.19)

Заключение: Лимфоцитоз, гранулоцитопения, повышенный индекс распределения эритроцитов, тромбоцитопения.

2)Коагулология (5.12.2019)

Заключение: без патологий

3) Биохимическое исследование крови (5.12.19)

Заключение: повышен уровень общего билирубина

4) ЭКГ (5.12.19)

Заключение. Ритм синусовый с ЧСС 65\мин. ЭОС горизонтальная. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. В сравнении с ЭКГ от 28.10.19 без существенной динамики.

5) Посев раневого выделяемого (6.12.19)

Выделенный микроорганизм: Pseudomonas aeruginosa

Амикацин R

Имипенем R

Меропинем R

Цефепим R

Цефтазидим R

Ципрофлоксацин R

Заключение: Pseudomonas aeruginosa панрезистентная

6) ЭХО-КГ (9.12.19)

Заключение: Полости сердца не расширены. Сократимость миокарда не нарушена. Легочная гипертензия не выявлена. Атеросклероз аорты. АК.

7) Иммуноферментный анализ (10.12.19)

HBs-антиген (HBs-ag-ИФА-Бест, Вектор-бест) – Не обнаружены

АТ к HCV IgG+IgM (Бестанти-ВГС, Вектор-бест) – Не обнаружены

ВИЧ – 1\2 Аг\Ат и А\г p24 ВИЧ-1 (Вектор-бест) – Не обнаружены

8) Серологическое исследование (10.12.19)

Микрореакция на сифилис – отрицательная

9) Спирометрия (10.12.19)

Заключение: Умеренные нарушения бронхолегочной проходимости. ЖЕЛ в пределах нормы.

10) Фибротрахеобронхоскопия санационная (11.12.19)

Преддверие гортани без особенностей. Слизистая розовая, гладкая. Голосовые связки симметричны, подвижны. Голосовая щель широкая. Трахея свободна проходима для эндоскопа, не изменена. Слизистая трахеи розовая, гладкая. Карина не расширена. Главные, долевые, сегментарные бронхи структурны, свободные. Секрет слизисто-серозного характера, пристеночно. Аспирирован. Слизистая умеренно атрофична. Хрящевой рисунок обычный. Шпоры тонкие. Устья подвижные. Патологических особенностей не выявлено.

Заключение: Хронический бронхит (с атрофией)

11) ЭКГ (16.12.19)

Заключение: В сравнении с ЭКГ 5.12.19 ритм синусовый с ЧСС 66\мин, ЭОС горизонтальная, AV блокада 1 степени (PQ – 0,22 сек) в остальных без существенной динамики зубцов.

12) Коагулология (17.12.2019)

Заключение: повышенный фибриноген

13) Биохимическое исследование крови (17.12.19)

Заключение: без патологий

14) Общий анализ крови (17.12.19)

Заключение: Моноцитоз, сниженный объем тромбоцитов, лимфопения, ускоренное СОЭ, стандартное отклонение ширины распределения эритроцитов повышено.

***Получил консервативное лечение:***

Режим: общий.  
Стол: ОВД  
Rp.: Caps. Omezi 0,02  
D.S.: по 1 капсуле за 30 минут до еды 2 раза в день  
 #  
Rp.: Sol. Heparini 5000 Ед – 1 ml  
D.S.: 0,1 мл п\к 4 раза в день  
 #  
Rp.: Sol. Cefazolini 1,0  
D.S.: Содержимое флакона растворить в 2 мл 2% раствора лидокаина, вводить 3 раза в день 2 мл в\м.  
 #  
Rp.: Sol. Ketonali 0,5% - 2мл  
D.S.: 2 мл вводить в\м 2 раза в день.

***Получил оперативное лечение:***

1) ***ФБС+эндоскопическая клапанная бронхоблокация НДБ правого лёгкого (17.12.19);***

Срочность: плановая. Анестезия: местная. При проведении ФБС устье Б6 правого легкого ниже уровня устья СДБ на 6 мм. в НДБ правого легкого под визуальным контролем установлен клапанный бронхоблокатор МЕДЛАНГ КБР №13. Контроль его положения и фиксации.

2) ***Иссечение торакального свища левой половины грудной клетки с мышечной пластикой и ушиванием бронха (18.12.19);*** Срочность: плановая. Анестезия: общая. Положение на левом боку. Послеоперационный рубец, торакальный свищ иссечены. Полость абсцесса 3\*2, сухая, гнойного отделяемого нет. В верхнем углу раны, по нижней ее стенки предполагается наличие точечного бронхиального свища. Проверен под жидкость, получен воздух. Свищ ушит. Выкроен мышечный лоскут на сосудистой ножке из широчайшей мышцы спины. Тщательный гемостаз. Установлен в полость абсцесса, удовлетворительный гемостаз. Фиксирован. Конец лоскута подведен к бронхиальному свищу, фиксирован к нему. Гемостаз, проверка на инородные тела. К ложу мышцы подведен перфорированный дренаж., проведенный через контраппертуру. Рана ушита на валиках. Герметична. Повязка с бетадином. Кровопотеря 100 мл. Послеоперационный период без осложнений.

3) ***ФБС, удаление бронхоблокатора (24.12.19).*** Срочность: плановая. Анестезия: местная. Бронхоблокатор №13 удален из НДБ справа. На месте удаления налеты фибрина. Послеоперационный период без осложнений.

В ходе лечения отмечается положительная динамика в состоянии здоровья пациента. Рекомендовано продолжить лечение в условиях стационара. Предполагаемая дата выписки 30.12.2019.

При выписке будут даны следующие рекомендации:

- Продолжить лечение у хирурга по месту жительства;

- Умеренные физические нагрузки;

- Исключить алкоголь;

- Соблюдение диеты;

- Консультация кардиолога по месту жительства.

ПРОГНОЗ

1. Относительно жизни: благоприятный.

2. Относительно исхода заболевания: стабилизация состояния;

3. Относительно трудоспособности: временное ограничение.