**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

##### Ф.И.О. больного: Ххххх Ххххх Ххххх

Возраст: 42 года

Национальность: русский

####  Образование: средне – специальное

Место работы: АТП

Место жительства: Хххххх.

 Поселок Ххххх

 д.ХХ

 Дата поступления: 5.10.2001

**ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ.**

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО НА МОМЕНТ СБОРА АНАМНЕЗА

 Малопродуктивный постоянный кашель со светлой мокротой без запаха. Появляется слабая боль в зоне дренажа во время кашля. Больной ощущает небольшое ощущение дискомфорта в правой половине грудной клетки.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

 Считает себя больным с 8.08.2001 г., связывает с переохлаждением. Обратился в фельдшерско-акушерский пункт п. Митрофан – Дикост с жалобами на повышение температуры – 38,5 С, головную боль, сухой кашель, озноб, недомогание, нарушение аппетита 14.08.2001.

Был направлен в районную больницу. Проведены флюорография и УЗИ брюшной полости, изменений не выявлено. Проведены антибиотикотерапия и терапевтические мероприятия на снятие симптомов гипертонической болезни. Выписан 24.08.2001 с улучшением.

28.08.2001 больной почувствовал себя плохо: появилась температура, усилился сухой кашель. 4.09.2001 у больного резко понизилась температура, появилась резкая боль в правом боку. С этими жалобами больной был госпитализирован в районную больницу, где была проведена плевральная пункция. Со слов больного объемом 1200 мл. Выписан 14.09.2001 с улучшением. 28.09.2001. повысилась температура, кашель стал с мокротой зеленого цвета, с запахом, около 200 мл в день. Оттуда направлен в РМО КРБ.

По данным жалоб и анамнеза заболевания

- поражена дыхательная система

- острое заболевание

 - инфекционный патологический процесс

 АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

 Место рождения Тр.-Печорский район п. Митрофан – Дикост. Образование средне – специальное. Служба в армии в г. Свердловске, железнодорожные войска. Работает водителем грузового транспорта, в связи с тем часто бывает на открытом воздухе. Проживает в деревянном неблагоустроенном доме с печным отоплением. Холост. Режим питания не сбалансирован, преобладают белки и жиры. Физическая активность высокая. Спортом не занимается. Курит в течение 26 лет по 2,5 пачки папирос в день. Во время болезни снизил дозу до 15 папирос в день, алкоголь не принимает. Остеомилит, операция по грыже сечению по поводу белой линии живота проведена в 1977 году. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергический анамнез и переносимость лекарственных средств: хлорид кальция. Контакта с туберкулезным больным не было. ЗППП не болел. Гепатитом не болел.

 ОБЬЕКТИВНЫЙ СТАТУС.

ОБЩИЙ ОСМОТР.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Гиперстенический тип телосложения, осанка правильная, походка без особенностей.

Антропометрия: рост 169 см

 вес 93 кг

 окружность талии 120 см

 окружность бедер 110 см

 Расчет идеальной массы тела - индекс Брока = рост – 100 – 10%(рост - 100) =62,1 кг

 Избыточный вес составляет 50,1 %

 Определение степени ожирения – индекс массы тела (Кетле)

 ИМТ = Масса(кг)/Рост ⋅ Рост(м) = 32,6 – ожирение I степени

 Индекс Талия \ Бедро >1,0 – абдоминальный тип ожирения

Термометрия – 36,6 С

Кожные покровы чистые, цвет бледный с землистым оттенком, слегка влажные, тургор нормальный, высыпаний нет, оволосение соответствует мужскому типу. Деформация ногтевых пластинок на руках по типу «часовых стекол».

Коньюктива глаз розовая, влажная. Слизистая носа розовая, влажная, чистая. Слизистая рта розовая, влажная, чистая, язык обложен серым налетом. Высыпаний нет.

 Подкожно – жировая клетчатка выражена.

Лимфатические узлы не увеличены.

Размер и положение головы без особенностей. Лицо отечно.

Хорошо прощупывается пульсация сонной артерии, лимфатические узлы шеи не увеличены, щитовидная железа не увеличена.

Колбовидное утолщение концевых фаланг пальцев рук, форма ногтей напоминает часовые стекла

Осмотр нижних конечностей – без особенностей. Суставы в движении не ограничены, болезненности нет, отечности и гиперемии окружающих тканей нет. Костно-мышечная система развита умеренно, тонус мышц понижен, кости без деформации, болезненности нет.

ОСМОТР СИСТЕМЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

 Тип грудной клетки гиперстенический, форма бочкообразная. Диаметр – 115 см. Над– и подключичные ямки не выражены. Угол Людовига не выражен. Эпигастральный угол больше 90 градусов. Направление ребер в боковых отделах приближено к горизонтальному. Лопатки плотно прилегают к грудной клетки и расположены на одном уровне. Правая половина грудной клетки на 2 см больше, чем левая. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. ЧДД = 24 в мин. Дыхание ровное. Ритм правильный.

 При пальпации грудной клетки выявлена умеренная болезненность в зоне дренажа. Грудная клетка резистентна. Голосовое дрожание ослаблено с правой стороны в нижних отделах.

 Сравнительная перкуссия.

Спереди на уровне 4 межреберья по среднеключичной линии и сзади на уровне 6 межреберья по окололопаточной линии притупление перкуторного звука справа. Ниже тупой перкуторный звук. Выше коробочный оттенок перкуторного звука.

Коробочный оттенок перкуторного звука над левым легким.

 Топографическая перкуссия.

Высота стояния верхушки легких

справа: спереди 2,5 см сзади 3 см

слева: спереди 3 см сзади 3,5 см

Ширина полей Кренига

 справа: 6,5 см

 слева: 5,5 см

Определение нижней границы легких

 справа слева

 по парастернальной линии 4 ребро ------

 по среднеключичной линии 4 ребро ------

 по передней подмышечной линии 4 ребро 7 ребро

 по средней подмышечной линии 5 ребро 8 ребро

 по задней подмышечной линии 5 ребро 9 ребро

 по лопаточной линии 6 ребро 10 ребро

 по паравертебральной линии 6 ребро поперечный

 отросток 11 р.

Определение подвижности нижнего края легких.

 справа слева

 на вдохе на выдохе сумма на вдохе на выдохе сумма

по среднеключичной линии 1 см 1 см 2 см -------- -------- -----

по средней подмышечной линии 2 см 2 см 4 см 3 см 3 см 6 см

по лопаточной линии 1 см 1 см 2 см 2см 3 см 5 см

 Вывод: притупление перкуторного звука справа по косой линии, смещение нижней границы правого легкого верх, подвижность нижнего края правого легкого уменьшена, стояние верхушки правого легкого выше, ширина поля Кренига шире.

 При аускультации справа на уровне 4-го межреберного промежутка спереди выслушивается бронхиальное дыхание, по средней подмышечной линии на уровне 6 – го межреберья выслушивается бронхиальное дыхание сзади 7 – го межреберья сзади бронхиальное дыхание. Выше – жесткое везикулярное дыхание. Ниже отсутствие дыхания. Слева - жесткое везикулярное дыхание над всей поверхностью.

Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония повышена справа.

 Синдромы:

* Интоксикационно – воспалительный

Патогенез: вызван обширным инфекционным процессом, действием эндо – и экзопирогенов, токсинами микроорганизмов.

######  Симптомы:

######  температура 38,9 С (при инфекционном процессе происходит постоянное взаимодействие экзогенных пирогенов с макрофагами. В результате выделяются эндогенные пирогены (ИЛ – 1, ФНО - α), которые действуют на центр терморегуляции в гипалямусе и вызывает изменение термоустановочной точки, приводящее к изменению температуры за счет централизации кровоснабжения)

###### озноб (механизм озноба связан с централизацией кровоснабжения и возбуждением холодовых рецепторов с активацией механизма сократительного термогенеза).

* Поражения плевры (гидроторакса)

 Симптомы:

 Отсутствие везикулярного дыхания (накопление в нижних отделах плевральной полости жидкости приводит к отсутствию проведения звука на поверхность грудной клетки)

 Правая половина грудной клетки увеличена в размерах (связано с накоплением жидкости в плевральной полости и увеличением в ней давления).

 Правая половина отстает в акте дыхания (связано с накоплением жидкости в плевральной полости и увеличением в ней давления, ребра правой половины находятся в положении соответствующие вдоху (поднятые ребра), что приводит к отставанию).

 Притупление перкуторного звука (связано с изменением акустических свойств в связи с накоплением жидкости в плевральной полости).

 Ослабления голосового дрожания в нижних отделах справа (вызвано низким проведением звуковых волн жидкостью от легких).

* Поражения бронхов

 Патогенез: вызван раздражением рецепторов бронхов.

Симптом:

 малопродуктивный кашель (вызван раздражением рецепторов бронхов).

* Уплотнения легочной ткани

Патогенез: под воздействием высокого давления происходит уплотнение легочной ткани.

Симптомы:

 Усиление голосовое дрожания, бронхиальное дыхание (при увеличении давления в плевральной полости происходит сжатие легкого с уменьшением его воздушности и уплотнения ткани, что приводит к увеличению проводимости звука от крупных бронхов на поверхность легкого).

Притупление перкуторного звука (связано с изменением акустических свойств в связи с накоплением жидкости в плевральной полости).

 - Дыхательной недостаточности

 Патогенез: вследствие раздражения дыхательного центра.

Симптом:

Гипоксическая гипертрофическая остеоартопатия (хроническая гипоксия, вызываемая частым курением, вызывает недостаточность снабжения кислородом тканей на периферии. Что вызывает образование соединительной ткани, обусловленное пролиферацией фиброцитов, а также васкуляризацией переферичесих отделов. Это приводит к утолщению концевых фаланг и деформации ногтевого ложа по типу «часовых стекол»).

* Полости в правом легком

Симптомы:

Кашель с гнойной мокротой (либо один абсцесс, либо один из абсцессов мог дренироваться в плевральную полость(4.09.2001) не обнаруживался данный симптом и не дренировался в бронхи, чем обусловлено отсутствие первоначальной гнойной мокроты. 28.09.2001 при появлении с кашлем гнойной мокроты абсцесс дренировался в бронхи. Отсутствие симптомов характерных для пневмоторакса, обуславливается тем, что абсцедировался другой абсцесс, либо произошла организация свища абсцесс дренировавшегося 4.09. В результате чего не появились симптомы характерные для пневмоторакса)

Усиление голосовое дрожания (обусловлено компрессионным ателектазом).

Амфоричное дыхание (отсутствует т.к. в первом случае абсцесс дренировался в плевральную полость (соответственно он не сообщался с бронхом), во втором случае в связи с высоким давлением в плевральной полости произошло быстрое спадение абсцесса).

Вывод: на момент осмотра синдром полости в правом легком не мог быть обнаружен в следствии с падением стенок полости. Согласно полученным данным можем предположить равновероятно как наличие одного абсцесса, либо нескольких

 - Повышенной воздушности легочной ткани

Симптомы:

 Бочкообразная грудная клетка ( уменьшение спадения легкого при выдохе, обусловленное респираторным коллапсом легких, что увеличивает объем грудной клетки).

Сглаживание над- и подключичных ямок (при нарушении спадения легкого, увеличивается его объем на выдохе, что приводит к увеличению давления на стенки грудной клетки).

Коробочный перкуторный звук (увеличение объема альвеол и респираторного коллапса).

**Предварительный диагноз:**

Абсцедирующая пневмония нижней доли правого легкого, стадия разрешения, тяжелого течения.

 Дренирующийся абсцесс нижней доли правого легкого.

 Экссудативный плеврит правого легкого.

Компрессионный ателектаз нижней доли правого легкого.

 ХОБЛ по эмфизематозному типу.

 ДН - 1.

 Ожирение I степени.

План обследования**.**

Лабораторные исследования:

ОАК: эритроциты - 5,2 ⋅10 /л

 гемоглобин – 165

 ретикулоциты – 3 %

 тромбоциты - 320⋅10 / л

 лейкоциты – 15-30⋅10 /л

 палочкоядерные нейтрофилы – 10%

 сегментоядерные нейтрофилы – 40%

 эозинофилы - 6%

 базофилы – 7%

 лимфоциты 30 %

 моноциты 8 %

 СОЭ – 40мм/мин

Вывод: из показателей анализа крови видно, что в организме протекает тяжелый, длительный инфекционный процесс.

* Лабораторный анализ пунктата плевральной полости:

Белок >30 г ⁄ л

Лактатдегидрогеназа – высокая активность

Полиморфно – ядерные лейкоциты > 50 %

рН<7,3

глюкоза низкая

амилаза < 500 ЕД/мл

специфические белки отсутствуют

стафилококки, эозинофилы, тучные клетки

* Анализ мокроты на БК – отрицателен
* Бак. анализ мокроты: стафилококк, лейкоциты

 Вывод: инфекционный процесс вызван стафилококком

* Цитологическое исследование – на атипические клетки
* Биопсия плевры

Инструментальные исследования:

* Рентгенологическое исследование грудной клетки в 3 – х проекциях - гомогенное затемнение легочного поля справа с косым расположением верхней границы. Выше границы могут быть участки затемнения круглой формы, что может указывать на не дренировавшийся абсцесс. Тени дренировавшихся абсцессов могут быть не видны по причине их спадения. Могут быть затемнение неправильной формы у нижнего края правого легкого, обусловленные абсцессом, дренировавшимся в плевральную полость.

Окончательный диагноз:

основной диагноз: Абсцедирующая пневмония нижней доли правого легкого, стадия разрешения, тяжелого течения.

 осложнения: Дренирующийся абсцесс нижней доли правого легкого.

 Эмпиема плевры правого легкого.

 Компрессионный ателектаз нижней доли правого легкого.

 ДН - 1.

 сопутствующие заболевания: ХОБЛ по эмфизематозному типу.

 Ожирение I степени.

Принципы лечения.

* Режим активный
* Диета №15
* Дозированная физическая нагрузка: ЛФК, дыхательная гимнастика с ПДКВ
* Прекращение курения
* Снижение массы тела с помощью диеты
* Медикаментозное лечение:

##### Для подавления стафилококковой инфекции

 Rp: Gentamycini sulfatis 80 000 ЕД

 Da tales doses № 60 in amp.

 Signa. Для в/м инъекций. Содержимое развести в 3 –4 мл 0,25 %раствора Новокаина 4 раз в день.

####  Для подавления анаэробной инфекции.

#### Rp: Metronidazoli 0,25

 Da tales doses № 20 in tab.

####  Signa. По 1 таб.\*2 раза в день. Не разжевывать.

#### При абсцессах в легких.

#### Rp: Vancomicini hydrochloridi 0,5

####  Da tales doses № 40 in amp.

####  Signa. Для в/м инъекций. Содержимое развести в 3 –4 мл 0,25 %раствора Новокаина 4 раз в день.

#### Промывание полости антисептическим раствором

 Rp: Sol. Furacilini 0,02 % - 200 мл

 Da.Signa. Для промывания плевральной полости.

 Физиотерапия (ультразвук,электрофорез грудной клетки)

 Ручной – вибрационный массаж

 Витаминотерапия

 Rp: Revitum № 100

 Da.Signa. По 1 дражже 3 раза в день

 - Диспансерное наблюдение у пульмонолога.