Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева

Медицинский факультет

Кафедра госпитальной хирургии

**История болезни**

***Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Выполнила:

студентка 501 "Б" группы дневного

отделения медицинского факультета

Гулина Елена Валерьевна

Проверил:

преподаватель кафедры

госпитальной хирургии

Шевяк Петр Иванович

Саранск 2001

**1. Общие сведения**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Время поступления в стационар: 03.11.2000 г. 11.10

Время выписки: продолжает лечение.

Возраст: 65 лет (03.06.1936 г.р.).

Пол: мужской.

Профессия и место работы: пенсионер.

Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Доставлен в плановом порядке по направлению Ардатовской ЦРБ.

Диагноз при направлении: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Левосторонний пиопневмоторакс. ДН I.

Диагноз при поступлении: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Левосторонний пиопневмоторакс. ДН I.

Клинический диагноз: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Левосторонний пневмоторакс. Левосторонняя эмпиема плевры. ДН I.

Заключительный диагноз:

основной: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость;

осложнения основного заболевания: Левосторонний пневмоторакс. Левосторонняя эмпиема плевры. ДН I;

сопутствующая патология: отсутствует.

Дата проведения и вид операции: 03.11.2000 г. наложение закрытого дренажа реберно- диафрагмального синуса слева по Бюлау.

Вид анестезии: местная инфильтрационная анестезия Sol. Novocaini 0,25% - 25,0 ml.

Послеоперационные осложнения: отсутствуют.

Исход заболевания: в настоящее время лечение продолжает.

**2. Жалобы**

Жалобы при поступлении: на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, кашель со значительным количеством мокроты серозно-слизистого характера, одышку, общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,2 0С.

Жалобы на момент курации: на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, кашель с умеренным количеством мокроты серозно-слизистого характера, одышку, общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,2 0С.

**3. История развития настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Болен с 23.10.2000 г., когда впервые появились жалобы на слабость, ощущение разбитости, кашель с умеренным количеством мокроты серозно-слизистого характера, боли в грудной клетке слева, повышение температуры тела до 38 0С. Возникновение указанных жалоб связывает с перенесенным переохлаждением. По данному поводу обратился в Ардатовскую ЦРБ. Госпитализирован. После проведенного обследования был выставлен диагноз: Левосторонняя верхнедолевая бронхопневмония. Было назначено и проводилось лечение; назвать препараты больной затрудняется. На фоне лечения положительная динамика в состоянии больного отсутствовала. На флюорограмме органов грудной полости от 30.10.2000 г. определяется абсцесс верхней доли левого легкого. Вечером 02.11.2000 г. внезапно почувствовал ухудшение состояния, усиление боли в грудной клетке слева, появление сильного кашля без увеличения количества отделяемой мокроты, появление одышки.

При проведении диагностической пункции левого реберно-диафрагмального синуса слева получено гнойное отделяемое. 03.11.2000 г. больной направлен на лечение в отделение торакальной хирургии (№7) 4 ГКБ с диагнозом: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Левосторонняя эмпиема плевры. ДН I.

**4. История жизни больного (Anamnesis vitae)**

Профессиональные вредности отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает с семьей в отдельной квартире. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, простудные, острую левостороннюю верхнедолевую пневмонию (1996 г). Оперативные вмешательства до момента поступления в стационар не проводились. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Туберкулез, онкологические, венерические заболевания и вирусный гепатит в анамнезе отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Последнее флюорографическое обследование более года назад. Проведенные прививки назвать затрудняется.

**5. Данные объективного обследования больного (Status praesens)**

Состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 38,2 0С. Телосложение нормостеническое. Питание умеренное. Внешне больной соответствует возрасту.

Кожные покровы и слизистые оболочки: кожные покровы чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Волосяной покров умеренный, оволосение по мужскому типу. Пролежней, трофических язв не обнаружено. Ногти правильной формы. Дермографизм красный, нестойкий. Подкожная клетчатка: подкожно-жировой слой выражен умерено, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Варикозного расширения вен и трофических язв нет. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Мышечная система: мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках тела. Мышечный тонус пониженный, одинаковый с обеих сторон, мышечная сила ослабленная. Суставы: конфигурация суставов не изменена. Болезненность, хруст при движениях не определяется. Кости: тип телосложения нормостенический. Деформаций позвоночника, верхних и нижних конечностей не отмечается. Конечности по длине и окружности симметричны.

Система органов дыхания: частота дыхания 23 /мин, глубина дыхания умеренная, ритм правильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Форма грудной клетки нормостеническая, над- и подключичные ямки умерено развиты.

Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхательных экскурсиях. В акте дыхания не принимает участие дополнительная дыхательная мускулатура. Деформации не определяются. Пальпаторно грудная клетка незначительно болезненна слева, эластичность сохранена. Голосовое дрожание ослаблено слева.

Перкуторный звук: справа - ясный легочный, слева - притуплен, больше в левой надлопаточной области. Ширина полей Кренига составляет 6 см с обеих сторон. Высота стояния верхушек легких: спереди - 3 см выше ключицы; сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Подвижность краев легких - 2 см по всем линиям.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижний край легких | | |
| линия | справа | слева |
| Парастернальная | 6 ребро | - |
| Среднеключичная | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10ребро |
| Околопозвоночная | 11 ребро | 11ребро |

Аускультативно дыхание жесткое, слева резко ослаблено; хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония слева понижена.

Сердечно-сосудистая система: патологической пульсации артерий и вен в области шеи не определяется. Область сердца не изменена, патологической пульсации в области сердца, надчревия не выявлено. Верхушечный толчок умеренной силы, ограничен (1 см2), резистентный, локализуется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения, напряжен, симметричен. При пальпации сердца сердечный толчок отсутствует.

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца (по данным перкуссии) | |
| правая | правая парастернальная линия, 4 межреберье |
| левая | на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье |
| верхняя | по верхнему краю 3 ребра |
| Границы абсолютной тупости сердца (по данным перкуссии) | |
| правая | правая на 2,5 см. кнаружи от левого края грудины. |
| левая | на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| верхняя | на уровне хряща 4 ребра. |

Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный; шумы не выслушиваются. ЧСС- 120 /мин. АД 130/90 мм.рт.ст. на обеих руках. При выслушивании периферических артерий и аорты шум не определяется.

Система органов пищеварения: язык суховат, слегка обложен белым налетом. Вставных зубов нет, ротовая полость без патологии. Слизистая оболочка полости рта чистая, цианотичной окраски. Миндалины цианотичного цвета, не увеличены. Мягкое и твердое небо цианотичной окраски, изъязвлений, налетов не определяется.

Мышцы передней брюшной стенки расслаблены, в акте дыхания участия не принимают. При пальпации болезненность не отмечается. При перкуссии тимпанический звук над всей поверхностью живота. При аускультации выслушивается умеренная кишечная перистальтика. Шум плеска в желудке, кишечнике не определяется. Живот овальный, симметричный, в акте дыхания не участвует. Расширения подкожных вен живота не отмечается. Перитонеальных симптомов нет.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного) не определяется. Грыжи и расхождение прямых мышц живота не отмечено.

При глубокой методической скользящей пальпации живота по Образцову-Стражеско: восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются в виде безболезненного, умеренно упругого, гладкого, менее подвижного цилиндра. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого. Желудок: поверхность гладкая, болезненность и урчание отсутствуют. Большая кривизна желудка определяется на 3-4 см. выше пупка. Консистенция желудка упругая, болезненность отсутствует. Сигмовидная кишка: пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в виде гладкого, плотноватого, безболезненного, не урчащего цилиндра, протяженностью около 20 см., толщиной около 3 см., вяло перистальтирующего. Смещается в ту или другую сторону на 3-4 см. Слепая кишка: пальпируется в правой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в форме гладкого, безболезненного, расширяющегося книзу, слегка урчащего, умеренно упругого и слабо подвижного цилиндра. Пассивная подвижность 1-2 см. Протяженность 1-2 см., толщина около 4 см. Восходящая и нисходящая части ободочной кишки: прощупываются в виде цилиндров умеренной плотности, толщиной 2-2,5 см. Не урчащие, безболезненные.

При аускультации выслушивается умеренная кишечная перистальтика.

Печень и желчный пузырь: наличия диффузного и ограниченного набухания в области правого подреберья при пальпации не обнаружено. При пальпации печень определяется у края правой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени у края реберной дуги, закруглен.

|  |  |
| --- | --- |
| Размеры печени по Курлову | |
| По срединно-ключичной линии справа | 10 см. |
| По срединной линии | 9 см. |
| По левому краю реберной дуги | 8 см. |

Селезенку пропальпировать не удалось. Левое подреберье не деформировано. Перкуторно размеры селезенки - 6х4 см.

Область поясницы, надлобковая зона без деформации. Почки не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча прозрачная, желтого цвета. Дизурия не наблюдается. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Status localis:** кожные покровы грудной клетки чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Подкожно-жировой слой выражен умерено, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Регионарные лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Частота дыхания 23 /мин, глубина дыхания умеренная, ритм правильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Форма грудной клетки нормостеническая, над- и подключичные ямки умерено развиты. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхательных экскурсиях. В акте дыхания не принимает участие дополнительная дыхательная мускулатура. Деформации не определяются. Пальпаторно грудная клетка незначительно болезненна слева, эластичность сохранена. Голосовое дрожание ослаблено слева. Перкуторный звук: справа - ясный легочный, слева - притуплен, больше в левой надлопаточной области. Ширина полей Кренига составляет 6 см с обеих сторон. Высота стояния верхушек легких: спереди - 3 см выше ключицы; сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Подвижность краев легких - 2 см по всем линиям. Границы нижнего края легких в пределах нормы. Аускультативно дыхание жесткое, слева резко ослаблено; хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония слева понижена.

**6. Предварительный диагноз**

Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Левосторонний пиопневмоторакс. ДН I.

**7. План обследования**

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Анализ крови на RW

Анализ кала на яйца глист

Анализ крови на сахар

ЭКГ

Определение времени свертываемости крови и кровоточивости

Определение группы крови и резус-фактора

Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, АсАТ, АлАТ, общий билирубин, мочевина, креатинин, фибриноген

Обзорная рентгенограмма органов грудной полости в двух проекциях

Фибробронхоскопия

Диагностическая пункция реберно-диафрагмального синуса слева

Цитологическиий анализ экссудата

Анализ мокроты на БК и атипичные клетки

Посев жидкости плевральной полости на чувствительность микрофлоры к антибиотикам

**8. Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования**

► Общий анализ крови (от 03.11.2000):

Гемоглобин (Hb) - 121 г/л;

СОЭ - 25 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 15,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

п - 2;

с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: неспецифические признаки острого воспалительного процесса.

► Общий анализ крови (от 07.11.2000):

Гемоглобин (Hb) - 125 г/л;

СОЭ - 15 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 11,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

п - 2;

с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: сохраняются неспецифические признаки острого воспалительного процесса. Отмечается положительная динамика по сравнению с анализом от 03.11.2000 г.

► Общий анализ мочи (от 03.11.2000):

Цвет - желтый;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1023 г/л;

Реакция - кислая;

Белок - отр;

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты - 1-2 в п/з;

Эритроциты - 1-2 в п/з;

Заключение: изменений в анализе не выявлено.

► Анализ крови на сахар (от 03.11.2000):

сахар крови - 4,6 ммоль/л.

Заключение: уровень сахара крови в пределах нормы.

► Анализ крови на RW (от 03.11.2000):№ 658 - отрицательный.

► Анализ кала на яйца глист (от 03.11.2000):

Яйца глист не обнаружены.

► Биохимический анализ крови (от 03.11.2000):

общий белок - 72 г/л;

фибриноген - 2,3 г/л;

АсАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

АлАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

ЛДГ1 - 1,0 мкмоль/мл\*ч;

билирубин общий - 9,5 мкмоль/л;

мочевина - 3,3 ммоль/л;

креатинин - 0,06 ммоль/л.

Заключение: результаты анализа в пределах нормы.

► ЭКГ (от 03.11.2000):

Заключение: ритм синусовый, 120 /мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Дистрофические изменения в миокарде.

► Определение времени свертывания крови и кровоточивости (от 03.11.2000):

время свертывания крови - 6 мин;

кровоточивость - 2 мин.

► Обзорная рентгенограмма органов грудной полости (от 03.11.2000):

Заключение: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Утолщение листков плевры. Пневмо- гидроторакс слева.

► Флюорограмма органов грудной полости (от 09.11.2000):

Заключение: признаки пневмо- гидроторакса не определяются. Утолщение листков плевры.

► Диагностическая пункция левого реберно-диафрагмального синуса (от 03.11.2000):

Заключение: получено густое зловонное гнойное отделяемое грязно-зеленого цвета.

► Анализ мокроты на БК и атипичные клетки (от 04.11.2000):

БК методом люминисцентной микроскопии - отр.;

атипичные клетки - отр.

**9. Обоснование диагноза**

Диагноз: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Левосторонний пиопневмоторакс. ДН I.

Диагноз выставлен на основании:

) Жалоб больного при поступлении: на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, кашель со значительным количеством мокроты серозно-слизистого характера, одышку, общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,2 0С.

) Анамнеза заболевания: болен с 23.10.2000 г., когда впервые появились жалобы на слабость, ощущение разбитости, кашель с умеренным количеством мокроты серозно-слизистого характера, боли в грудной клетке слева, повышение температуры тела до 38 0С. Возникновение указанных жалоб связывает с перенесенным переохлаждением. По данному поводу обратился в Ардатовскую ЦРБ. Госпитализирован. После проведенного обследования был выставлен диагноз: Левосторонняя верхнедолевая бронхопневмония. Было назначено и проводилось лечение; назвать препараты больной затрудняется. На фоне лечения положительная динамика в состоянии больного отсутствовала. На флюорограмме органов грудной полости от 30.10.2000 г. определяется абсцесс верхней доли левого легкого. Вечером 02.11.2000 г. внезапно почувствовал ухудшение состояния, усиление боли в грудной клетке слева, появление сильного кашля без увеличения количества отделяемой мокроты, появление одышки. При проведении диагностической пункции левого реберно-диафрагмального синуса слева получено гнойное отделяемое. 03.11.2000 г. больной направлен на лечение в отделение торакальной хирургии (№7) 4 ГКБ с диагнозом: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Левосторонняя эмпиема плевры. ДН I.

) Анамнеза жизни: профессиональные вредности отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, простудные, острую левостороннюю верхнедолевую пневмонию (1996 г). Оперативные вмешательства до момента поступления в стационар не проводились. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Туберкулез, онкологические, венерические заболевания и вирусный гепатит в анамнезе отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Последнее флюорографическое обследование более года назад. Проведенные прививки назвать затрудняется.

) Данных объективного обследования: состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 38,2 0С. Телосложение нормостеническое. Питание умеренное. Внешне больной соответствует возрасту. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Подкожно-жировой слой выражен умерено, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Периферические лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 23 /мин, глубина дыхания умеренная, ритм правильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Форма грудной клетки нормостеническая, над- и подключичные ямки умерено развиты. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхательных экскурсиях. В акте дыхания не принимает участие дополнительная дыхательная мускулатура. Деформации не определяются. Пальпаторно грудная клетка незначительно болезненна слева, эластичность сохранена. Голосовое дрожание ослаблено слева. Перкуторный звук: справа - ясный легочный, слева - притуплен, больше в левой надлопаточной области. Ширина полей Кренига составляет 6 см с обеих сторон. Высота стояния верхушек легких: спереди - 3 см выше ключицы; сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Подвижность краев легких - 2 см по всем линиям. Границы нижнего края легких в пределах нормы. Аускультативно дыхание жесткое, слева резко ослаблено; хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония слева понижена.

Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный; шумы не выслушиваются. ЧСС- 120 /мин. АД 130/90 мм.рт.ст. на обеих руках. При выслушивании периферических артерий и аорты шум не определяется.

Язык суховат, слегка обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

) Данных лабораторно-инструментальных методов исследования:

► Общий анализ крови (от 03.11.2000):

Гемоглобин (Hb) - 121 г/л;

СОЭ - 25 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 15,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

п - 2;

с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: неспецифические признаки острого воспалительного процесса.

► Обзорная рентгенограмма органов грудной полости (от 03.11.2000):

Заключение: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Утолщение листков плевры. Пневмо- гидроторакс слева.

► Диагностическая пункция левого реберно-диафрагмального синуса (от 03.11.2000):

Заключение: получено густое зловонное гнойное отделяемое грязно-зеленого цвета.

► Анализ мокроты на БК и атипичные клетки (от 04.11.2000):

БК методом люминисцентной микроскопии - отр.;

атипичные клетки - отр.

**10. Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный ряд может быть представлен следующими состояниями:

эхинококкоз верхней доли левого легкого;

фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого;

полостная форма периферического рака легкого.

**Эхинококкоз верхней доли левого легкого.** При заражении эхинококкозом соответствующие изменения чаще выявляются в нижних долях легкого, особенно в нижних отделах правого легкого. Больные предъявляют жалобы на сухой кашель, одышку, тупые боли в груди и спине. Но в данном случае кашель со слизистой мокротой. Перкуторный звук над поверхностью кисты всегда тупой, тупость с четкими границами, а дыхание либо не определяется, либо резко ослаблено. Рентгенологическое исследование выявляет обычно характерную круглую кисту (округлая тень с четкими ровными контурами, наличие симптома "отслоения", феномена "субкапсулярного контрастирования"), часто с очагами обызвествления. Постановке диагноза помогает выявление эозинофилии белой крови, анафилактическая пробы Казони, положительная реакция латекс-агглютинации.

**Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого.** Приблизительно в ¾ случаев туберкулез легкого начинается остро и в первые дни напоминает картину острого абсцесса. Но общее состояние может меняться незначительно. Нередко выявляется кровохарканье, а иногда и легочное кровотечение. При аускультации выявляется бронхиальное, а над большими кавернами с гладкими стенками амфорическое дыхание. Прослушиваются влажные хрипы, звонкие в центре каверны, мелкие по периферии. Рентгенологическая картина характеризуется наличием каверны с толстыми стенками неправильной формы, иногда обнаруживаются многокамерные каверны с грубыми фиброзными изменениями в окружающей ткани и с уменьшением в объеме пораженного легкого. Мокрота обычно без запаха, в ней имеются микобактерии туберкулеза, эластические волокна. Если бациллы Коха не выявляются в мазке, применяют методы обогащения, наиболее простым из которых является метод флотации. При туберкулезе легкого, кроме полости, выявляются различной давности туберкулезные очаги. При развитии экссудативного плеврита плевральная жидкость соломенно-желтого цвета, прозрачная, с высоким содержанием белка. Характерно высокое содержание лимфоцитов в экссудате. Более высокого содержания нейтрофилов в туберкулезном экссудате не бывает. При постановке диагноза помогает положительная реакция Манту. Окончательный диагноз может быть поставлен после нахождения характерных гранулем при биопсии.

**Полостная форма периферического рака легкого.** Характерными признаками полостной формы периферического рака, позволяющими дифференцировать его от абсцесса, являются постепенное развитие заболевания, умеренное повышение температуры и отсутствие обильного отхождения мокроты, выражена кахексия. Больной обычно отделяет 100-150 мл слизистой мокроты с примесью крови без запаха. Состояние больного, несмотря на отделение мокроты, не улучшается. Рентгенологическими особенностями являются наличие большой полости с толстыми стенками, внутренний контур которых бухтообразно изъеден. Как правило, полости содержат мало жидкости, легочные секвестры отсутствуют. В мокроте определяются атипичные клетки. Отмечаются признаки опухолевидного поражения бронхов, выявляемые при бронхоскопии. Применение послойного исследования легких позволяет обнаружить отдельные узлы опухоли, установить наличие внутри них полостей распада и отложение в них солей кальция, невидимых на обычных рентгенограммах. Оно позволяет определить величину некоторых лимфатических узлов и тем самым решить вопрос о метастазах. Окончательный диагноз в сомнительных случаях возможен лишь после биопсии или цитологического исследования мокроты.

**11. Заключительный диагноз**

Заключительный диагноз:

основной: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость;

осложнения основного заболевания: Левосторонний пневмоторакс. Левосторонняя эмпиема плевры. ДН I;

сопутствующая патология: отсутствует.

**12. Лечение**

Режим: постельный.

Диета: стол № 15 с повышенным содержанием белков и витаминов.

С целью эвакуации гнойного содержимого при поступлении больному показано наложение закрытого дренажа реберно-диафрагмального синуса слева по Бюлау.

С целью обезболивания в предоперационном периоде больному назначено:

Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400,0 ml;

Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 ml;

Sol. Analgini 50% - 1,0 ml;

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 ml.

S. В/в капельно однократно

***03.11.2000 г. Операция: наложение закрытого дренажа***

***реберно-диафрагмального синуса слева по Бюлау.***

Под местной анестезией Sol. Novocaini 0,25% - 70,0 ml после обработки операционного поля по левой задней подмышечной линии в седьмом межреберье произведена пункция реберно-диафрагмального синуса толстой иглой. При потягивании шприцем получено гнойное отделяемое грязно-зеленого цвета. В месте вкола иглы произведен разрез кожи длиной до 1 см по верхнему краю восьмого ребра. Игла удалена. Через разрез сквозь мягкие ткани межреберья проведен троакар диаметром 0,8 см. Стилет троакара удален. Из полости эвакуировано гнойное отделяемое грязно-зеленого цвета со зловонным запахом в количестве 1300 мл. В просвет трубки введен ПХВ-дренаж на глубину 3 см. Наружный конец дренажа закрыт зажимом Кохера. Трубка троакара извлечена из полости плевры. Дренажная трубка зафиксирована к коже с прошиванием шелковой лигатурой. Плевральная полость промыта раствором перманганата калия. В плевральную полость введено 5 млн. ЕД бензилпенициллина. На свободный конец дренажа наложен клапан из перчаточной резины; погружен в сосуд с раствором фурацилина 1:5000, установленный ниже уровня грудной клетки больного. Наложена асептическая повязка.

Медикаментозная терапия:

Для обезболивания в послеоперационном периоде:

Sol. Natrii chloridi 0,9% - 400,0 ml;

Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 ml;

Sol. Analgini 50% - 1,0 ml;

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 ml.

S. В/в капельно однократно

#

Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 ml;

Sol. Analgini 50% - 1,0 ml;

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 ml.

S. В/м при болях

#

Антибиотикотерапия:

Benzylpenicillinum - Natrii 2 000 000 ЕД

S. По 2 000 000 ЕД 6 раз в день в/м

в 3 мл раствора новокаина 0,25%

#

Sol. Dioxydini 1% - 10,0 ml.

S. Для введения в левую плевральную полость

через дренажную трубку 1 раз в день (по 30-50 мл).

#

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

Sol. Dioxydini 0,5% - 30,0 ml.

S. В/в капельно 2 раза в день.

#

Gentamycini sulfas 0,08

S. В/м 3 раза в день по 80 мг, развести в 2 мл

стерильной воды для инъекций

#

Tab. Metronidasoli 0,5 N. 20

S. По 1 таблетке 3 раза в день

#

Инфузионная терапия:

Sol. Ringeri - Loccae - 200,0 ml.

D.S. В/в 1 раз в день.

#

Sol. "Reopologlucin" - 400,0 ml.

S. В/в капельно медленно 1 раз в день.

#

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

Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 ml;

Sol. Analgini 50% - 1,0 ml;

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 ml.

S. В/в капельно 1 раз в день

#

Sol. Glucosae 5% - 400,0 ml.

Insulini 3 ЕД

S. В/в капельно 1 раз в день.

#

Муколитические и отхаркивающие препараты:

Tab. Bromhexini 0,008 N. 20

S. По 2 таблетки 3 раза в день

#

Tab. Terpin hydrati 0,25 N. 6

S. По 1 таблетке 3 раза в день

#

Tab. Tripsinum 0,005

S. Для ингаляций, 5 мг растворить в 2 мл изотонического раствора,

вводить через ингалятор

#

Сбор грудной № 1.

2 части корня алтея измельченного и листьев мать-и-мачехи измельченных, 1 часть травы душицы измельченной.

1 столовую ложку залить стаканом кипятка, настаивать 20 мин, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день после еды.

#

Витаминотерапия:

Sol. Pyridoxini 5% - 1,0 ml.

S. По 1 мл в/м 2 раза в день.

#

Sol. Cyanocobalamini 0,01% - 1,0 ml.

S. По 1 мл в/м 2 р/д.

#

Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1,0 ml.

S. По 1 мл в/м 2 раза в день.

#

Дыхательная гимнастика

#

АУФОК-терапия: по 1 сеансу через день.

**13. Дневник наблюдения за больным**

***07.11.2000 г.***

Жалобы на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, кашель с умеренным количеством мокроты серозно-слизистого характера, одышку, общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,2 0С. Состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 37,2 0С. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхательных экскурсиях. Голосовое дрожание ослаблено слева. Перкуторный звук: справа - ясный легочный, слева - притуплен, больше в левой надлопаточной области. Аускультативно дыхание жесткое, слева ослаблено; хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония слева понижена. ЧД = 18 /мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. ЧСС = 86 /мин. АД = 130/80 мм.рт.ст. Язык суховат, слегка обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут; при пальпации мягкий, безболезненный по всем областям. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

По данным общего анализа крови от 07.11.2000 г. сохраняются неспецифические признаки острого воспалительного процесса. Отмечается положительная динамика по сравнению с анализом от 03.11.2000 г.

**Status localis:** кожные покровы грудной клетки чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Подкожной эмфиземы и опухолевидных образований нет. Регионарные лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 21 /мин, глубина дыхания умеренная, ритм правильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхательных экскурсиях. В акте дыхания не принимает участие дополнительная дыхательная мускулатура. Пальпаторно грудная клетка незначительно болезненна слева, эластичность сохранена. Голосовое дрожание ослаблено слева. Перкуторный звук: справа - ясный легочный, слева - умеренно притуплен. Перкуторно границы нижнего края легких в пределах нормы. Аускультативно дыхание жесткое слева, справа - с жестковатым оттенком; хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония слева понижена.

Повязка на месте дренирования плевральной полости сухая. Края раны обычной окраски. По дренажу - гнойное отделяемое грязно-зеленого цвета в количестве до 70 мл/сут.

***09.11.2000 г.***

Субъективно отмечает улучшение состояния. Сохраняются жалобы на умеренные боли в левой половине грудной клетки, кашель с незначительным количеством мокроты серозно-слизистого характера, одышку, общую слабость. Состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 36,9 0С. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. Голосовое дрожание ослаблено слева. Перкуторный звук: справа - ясный легочный, слева - притуплен, больше в левой надлопаточной области. Аускультативно дыхание жесткое, слева незначительно ослаблено; хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония слева понижена. ЧД = 18 /мин. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. ЧСС = 78 /мин. АД = 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, не вздут; при пальпации мягкий, безболезненный по всем областям. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

По данным флюорограммы органов грудной полости (от 09.11.2000) определяется положительная динамика: признаки пневмо- гидроторакса не определяются. Утолщение листков плевры.

**Status localis:** кожные покровы грудной клетки чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Подкожной эмфиземы и опухолевидных образований нет. Регионарные лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Частота дыхания 20 /мин, глубина дыхания умеренная, ритм правильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Отмечается уменьшение отставания левой половины грудной клетки при дыхательных экскурсиях. В акте дыхания не принимает участие дополнительная дыхательная мускулатура. Пальпаторно грудная клетка незначительно болезненна слева, эластичность сохранена. Голосовое дрожание незначительно ослаблено слева. Перкуторный звук: справа - ясный легочный, слева - умеренно притуплен. Перкуторно границы нижнего края легких в пределах нормы. Аускультативно дыхание слева с жестковатым отттенком, справа - везикулярное; хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония слева понижена.

Повязка на месте дренирования плевральной полости сухая. Края раны обычной окраски. По дренажу - гнойное отделяемое грязно-зеленого цвета в количестве до 20 мл/сут.

абсцесс легкое плевра больной

**14. Эпикриз**

Больной Калачин Иван Егорович (03.06.1936 г.р.) поступил в торакальное отделение 4 ГКБ 03.11.2000 г. для проведения стационарного лечения по направлению Ардатовской ЦРБ с диагнозом: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Левосторонний пиопневмоторакс. ДН I.

При поступлении предъявляет жалобы на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, кашель со значительным количеством мокроты серозно-слизистого характера, одышку, общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,2 0С.

Болен с 23.10.2000 г., когда впервые появились жалобы на слабость, ощущение разбитости, кашель с умеренным количеством мокроты серозно-слизистого характера, боли в грудной клетке слева, повышение температуры тела до 38 0С. Возникновение указанных жалоб связывает с перенесенным переохлаждением. По данному поводу обратился в Ардатовскую ЦРБ. Госпитализирован. После проведенного обследования был выставлен диагноз: Левосторонняя верхнедолевая бронхопневмония. Было назначено и проводилось лечение; назвать препараты больной затрудняется. На фоне лечения положительная динамика в состоянии больного отсутствовала. На флюорограмме органов грудной полости от 30.10.2000 г. определяется абсцесс верхней доли левого легкого. Вечером 02.11.2000 г. внезапно почувствовал ухудшение состояния, усиление боли в грудной клетке слева, появление сильного кашля без увеличения количества отделяемой мокроты, появление одышки. При проведении диагностической пункции левого реберно-диафрагмального синуса слева получено гнойное отделяемое. 03.11.2000 г. больной направлен на лечение в отделение торакальной хирургии (№7) 4 ГКБ с диагнозом: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Левосторонняя эмпиема плевры. ДН I.

В анамнезе: профессиональные вредности отрицает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает с семьей в отдельной квартире. Перенесенные заболевания: из перенесенных заболеваний отмечает: грипп, ОРВИ, простудные, острую левостороннюю верхнедолевую пневмонию (1996 г). Оперативные вмешательства до момента поступления в стационар не проводились. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает. Кровь и кровезаменители не переливались. Туберкулез, онкологические, венерические заболевания и вирусный гепатит в анамнезе отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Последнее флюорографическое обследование более года назад. Проведенные прививки назвать затрудняется.

При объективном обследовании больного были получены следующие данные: состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 38,2 0С. Телосложение нормостеническое. Питание умеренное. Внешне больной соответствует возрасту. Кожные покровы и слизистые оболочки: кожные покровы чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Подкожно-жировой слой выражен умерено, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Регионарные лимфоузлы при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы. Мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Частота дыхания 23 /мин, глубина дыхания умеренная, ритм правильный. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Форма грудной клетки нормостеническая, над- и подключичные ямки умерено развиты. Отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхательных экскурсиях. В акте дыхания не принимает участие дополнительная дыхательная мускулатура. Деформации не определяются. Пальпаторно грудная клетка незначительно болезненна слева, эластичность сохранена. Голосовое дрожание ослаблено слева. Перкуторный звук: справа - ясный легочный, слева - притуплен, больше в левой надлопаточной области. Ширина полей Кренига составляет 6 см с обеих сторон. Высота стояния верхушек легких: спереди - 3 см выше ключицы; сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Подвижность краев легких - 2 см по всем линиям. Границы нижнего края легких в пределах нормы. Аускультативно дыхание жесткое, слева резко ослаблено; хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония слева понижена.

Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный; шумы не выслушиваются. ЧСС- 120 /мин. АД 130/90 мм.рт.ст. на обеих руках. При выслушивании периферических артерий и аорты шум не определяется.

Язык суховат, слегка обложен белым налетом. Живот правильной округлой формы, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

При проведении лабораторно-инструментального обследования были получены следующие результаты:

► Общий анализ крови (от 03.11.2000):

Гемоглобин (Hb) - 121 г/л;

СОЭ - 25 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 15,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

п - 2;

с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: неспецифические признаки острого воспалительного процесса.

► Общий анализ мочи (от 03.11.2000):

Цвет - желтый;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1023 г/л;

Реакция - кислая;

Белок - отр;

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты - 1-2 в п/з;

Эритроциты - 1-2 в п/з;

Заключение: изменений в анализе не выявлено.

► Анализ крови на сахар (от 03.11.2000):

сахар крови - 4,6 ммоль/л.

Заключение: уровень сахара крови в пределах нормы.

► Анализ крови на RW (от 03.11.2000):

RW № 658 - отрицательный.

► Анализ кала на яйца глист (от 03.11.2000):

Яйца глист не обнаружены.

► Биохимический анализ крови (от 03.11.2000):

общий белок - 72 г/л;

фибриноген - 2,3 г/л;

АсАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

АлАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

ЛДГ1 - 1,0 мкмоль/мл\*ч;

билирубин общий - 9,5 мкмоль/л;

мочевина - 3,3 ммоль/л;

креатинин - 0,06 ммоль/л.

Заключение: результаты анализа в пределах нормы.

► ЭКГ (от 03.11.2000):

Заключение: ритм синусовый, 120 /мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Дистрофические изменения в миокарде.

► Определение времени свертывания крови и кровоточивости (от 03.11.2000):

время свертывания крови - 6 мин;

кровоточивость - 2 мин.

► Обзорная рентгенограмма органов грудной полости (от 03.11.2000):

Заключение: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость. Утолщение листков плевры. Пневмо- гидроторакс слева.

► Флюорограмма органов грудной полости (от 09.11.2000):

Заключение: признаки пневмо- гидроторакса не определяются. Утолщение листков плевры.

► Диагностическая пункция левого реберно-диафрагмального синуса (от 03.11.2000):

Заключение: получено густое зловонное гнойное отделяемое грязно-зеленого цвета.

► Анализ мокроты на БК и атипичные клетки (от 04.11.2000):

БК методом люминисцентной микроскопии - отр.;

атипичные клетки - отр.

На основании полученных данных был выставлен клинический диагноз:

основной: Абсцесс верхней доли левого легкого с прорывом в плевральную полость;

осложнения основного заболевания: Левосторонний пневмоторакс. Левосторонняя эмпиема плевры. ДН I;

сопутствующая патология: отсутствует.

Было назначено и проводится следующее лечение:

Режим: постельный.

Диета: стол № 15 с повышенным содержанием белков и витаминов.

.11.2000 г. Операция: наложение закрытого дренажа реберно-диафрагмального синуса слева по Бюлау.

Медикаментозная терапия:. Natrii chloridi 0,9% - 400,0 ml;

Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 ml;. Analgini 50% - 1,0 ml;

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 ml.. В/в капельно

#. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 ml;. Analgini 50% - 1,0 ml;. Dimedroli 1% - 1,0 ml.. В/м

#- Natrii 2 000 000 ЕД. По 2 000 000 ЕД 6 раз в день в/м

в 3 мл раствора новокаина 0,25%

#. Dioxydini 1% - 10,0 ml.. Для введения в левую плевральную полость

через дренажную трубку 1 раз в день (по 30-50 мл).

#. Natrii chloridi 0,9% - 200,0 ml;. Dioxydini 0,5% - 30,0 ml.

S. В/в капельно 2 раза в день.

#sulfas 0,08. В/м 3 раза в день по 80 мг, развести в 2 мл

стерильной воды для инъекций

#. Metronidasoli 0,5 N. 20. По 1 таблетке 3 раза в день

#. Ringeri - Loccae - 200,0 ml..S. В/в 1 раз в день.

#. "Reopologlucin" - 400,0 ml.. В/в капельно медленно 1 раз в день.

#. Natrii chloridi 0,9% - 200,0 ml;. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 ml;. Analgini 50% - 1,0 ml;. Dimedroli 1% - 1,0 ml.

S. В/в капельно 1 раз в день

#. Glucosae 5% - 400,0 ml.3 ЕД. В/в капельно 1 раз в день.

#. Bromhexini 0,008 N. 20. По 2 таблетки 3 раза в день

#. Terpin hydrati 0,25 N. 6. По 1 таблетке 3 раза в день

#

. Tripsinum 0,005. Для ингаляций, 5 мг растворить в 2 мл изотонического раствора,

вводить через ингалятор

#

Сбор грудной № 1.

части корня алтея измельченного и листьев мать-и-мачехи измельченных, 1 часть травы душицы измельченной.

столовую ложку залить стаканом кипятка, настаивать 20 мин, процедить. Принимать по 1/2 стакана 2-3 раза в день после еды.

#. Pyridoxini 5% - 1,0 ml.. По 1 мл в/м 2 раза в день.

#. Cyanocobalamini 0,01% - 1,0 ml.. По 1 мл в/м 2 р/д.

#. Acidi ascorbinici 5% - 1,0 ml.. По 1 мл в/м 2 раза в день.

#

АУФОК-терапия: по 1 сеансу через день.

В результате проводимого лечения отмечается улучшение состояния больного. В настоящее время продолжает стационарное лечение в отделении торакальной хирургии 4 ГКБ.

**Использованные источники**

Лайт Р.У. Болезни плевры. Пер. с англ. - М. Медицина 1986; 376с.

Линберг Б.Э. Воспалительные заболевания плевры. - В кн.: Многотомное руководство по хирургии. Т.5. М.1960; 336-7.

Линденбратен Л.Д. Выявление малых количеств жидкости в плевральной полости. - В кн.: Внедрение в практику некоторых новых методов диагностики, лечения и профилактики важнейших заболеваний. - М.1961; 78-9.

Лукомский Г.И., Шулутко М.Л., Виннер М.Г., Овчинников А.А. Бронхопульмонология. - М. Медицина 1982; 400 с.

Путов Н.В. Плевриты. - В кн.: Руководство по пульмонологии. Под ред. Н.В. Путова и Г.Б. Федосеева. Л. Медицина 1984; 414-30.

Розенштраух Л.С., Виннер М.Г. Рентгенодиагностика плевритов. - М. Медицина 1968; 304 с.

Спасокукоцкий С.И. Хирургия гнойных заболеваний легких и плевры. - М. -Л. Биомедгиз 1938; 176 с.

Стручков В.И. Острый гнойный плеврит. - В кн.: В.И. Стручков. Гнойная Хирургия. - М. Медицина 1967; 255-66.