ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 16.02.1949(65лет)

Пол: мужской

Образование: среднее специальное

Профессия: инженер

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Семейное положение: женат

Дата поступления в стационар: 18.03.14

Диагноз при направлении : Бронхоэктатическая болезнь нижней доли справа, ДН I - II

Клинический диагноз: Бронхоэктатическая болезнь нижней доли справа, ДН I - II

Жалобы больного

При поступлении: на кашель с отхождением значительного количества мокроты, одышку, боли в груди, кровохарканья.

На момент курации: не предъявляет.

История настоящего заболевания

Пару лет назад участились простудные заболевания, в последний год 3 раза болел пневмонией. Месяц назад перенёс внегоспитальную левостороннюю сегментарную пневмонию, появились кровохарканья. 18.03.14 был направлен Глубокской ЦРБ в УЗ «ВОКБ» торакальное хирургическое отделение для дальнейшего обследования и лечения.

История жизни больного

Родился в 1949 г. в Глубокском р-не, Обрубском с/с, д. Шуневичи вторым ребенком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Окончил школу, училище. Начало трудовой деятельности с 20 лет.

Из перенесённых заболеваний отмечает простудные, ветряную оспу, пневмания.

Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Условия труда и быта оценивает как удовлетворительные.

Наследственные заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез - не отягощен.

Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций на лекарства не отмечает.

Трансфузиологический анамнез : переливание крови и его компанентов не проводилось.

Операции : удаление аппендикса.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Общий статус

1.1 Общий осмотр

Общее состояние: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Состояние психики, настроение: спокойное.

Положение: активное.

Телосложение: правильное. Рост 175, вес 80 кг. Температура тела – 36,6 °C

Состояние подкожно-жирового слоя – выражена умеренно.

Кожные покровы: обычной окраски. Сыпи, кожного зуда, отёков нет.

Видимые слизистые: без патологических изменений.

Периферические лимфатические узлы: не увеличены.

Мышцы: хорошая степень развития. При пальпации безболезненны.

Суставы: без патологии.

Кости: деформации и деконфигурации не выявлено. Пальпация безболезненна.

Щитовидная железа не пальпируется.

1.2 Система органов дыхания:

Дыхание свободное.

Пальпаторно болезненных областей не выявлено.

Границы лёгких в пределах нормы.

При перкуссии нижней доли справа звук укорочен.

Дыхание везикулярное по всем полям, ослаблено справа. Хрипы среднепузырчатые влажные. Одышка есть.

Число дыханий 16 в мин.

Упорный малопродуктивный кашель с отхождением вязкой слизистой мокроты.

1.3 Система органов кровообращения:

Жалоб нет.

Отёков нет.

Границы в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные. Патологических шумов нет.

Пульс 76 уд/мин., ритмичный, твердый, равномерный, без дефицита наполнения.

АД на плечевой артерии 130/85 мм.рт./ст

1.4 Система органов пищеварения:

Жалоб нет.

Язык влажный, чистый. Дёсны: не кровоточат. Зубы: состояние удовлетворительное. Живот участвует в акте дыхания, симметричен, не вздут, доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий безболезненный. Край печени по среднеключичной линии у края рёберной дуги. Жёлчный пузырь не пальпируется. Перистальтика кишечника выслушивается, обычная. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Стул регулярный, без патологических примесей.

Per rectum: сфинктер прямой кишки нормотоничен, ампула содержит каловые массы обычной окраски. Новообразований не выявлено.

1.5 Мочеполовая система

Осмотр поясничной области

Выпячиваний поясничной области нет. Покраснения и отёчности кожи нет. Напряжение мышц поясничной области отсутствует.

Перкуссия почек

Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

Пальпация мочеточниковых точек

При пальпации подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых, рёберно-поясничных точек болезненности не выявлено.

Аускультация почек

Шум в реберно-позвоночном углу отсутствует.

Мочеотделение достаточное.

1.6 Нейро-психическая сфера:

Жалоб нет.

Настроение спокойное. Состояние психики адекватное. Доступен продуктивному контакту. Зрачки реагируют на свет. Симптомы поражения черепно-мозговых нервов отсутствуют.

Характер дермографизма: белый.

ПЛАH ОБСЛЕДОВАHИЯ

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, АлАТ, АсАТ, о.белок, альбумины, глобулины, мочевина, креатинин, щелочная фосфатаза, альфа-амилаза, ГГТП);
4. Коагулограмма,
5. Анализ крови на RW
6. Группа крови, Rh-фактор;
7. ЭКГ;
8. Рентгенография органов грудной клетки;
9. РКТ органов грудной клетки;
10. Реакция лейколизиса (с цефтриаксоном, цефазолином, ципрофлоксацином, лево-флоксацином, меропенемом, зиромиком, амикацином, стизоном, амоксициллином дексаметазоном, преднизолоном, супрастином, лоратадином. );
11. ФВД, Бронхография с водорастворимым контрастом (по показаниям);
12. УЗИ органов брюшной полости;
13. Мокрота на АК, БК;
14. Микроскопия мокроты;
15. Мокрота на чувствительность к АБ.

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб (на кашель с отхождением значительного количества мокроты, одышку, боли в груди, кровохарканья.), данных истории настоящего заболевания (Пару лет назад участились простудные заболевания, в последний год 3 раза болел пневмонией. Месяц назад перенёс внегоспитальную левостороннюю сегментарную пневмонию, появились кровохарканья. 18.03.14 был направлен Глубокской ЦРБ в УЗ «ВОКБ» торакальное хирургическое отделение для дальнейшего обследования и лечения.), данных объективного исследования (При перкуссии нижней доли справа звук укорочен. Дыхание везикулярное по всем полям, ослаблено справа. Хрипы среднепузырчатые влажные. Одышка есть.Упорный малопродуктивный кашель с отхождением вязкой слизистой мокроты.), данных лабораторных исследований можно выставить диагноз - Бронхоэктатическая болезнь нижней доли справа, осложнённая кровотечением, ДН I - II.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Чаще всего проводят дифференциальную диагностику бронхоэктатической болезни с хроническим бронхитом, абсцессом легкого, туберкулезом и раком легкого. Помимо рентгенологического, бактериологического и цитологического исследований мокроты, наибольшее значение в диагностике заболевания принадлежит бронхографии и компьютерной томографии, выявляющих характерные поражения бронхов.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Различают врожденные и приобретенные бронхоэктазы. Врожденные бронхоэктазы возникают при нарушении развития бронхолегочной системы во внутриутробном периоде (иногда они сочетаются с другими пороками развития), известны случаи, когда бронхоэктазы наблюдались у нескольких членов семьи.

Приобретенные бронхоэктазы развиваются, как правило, после различных бронхо-легочных заболеваний (например, после тяжелого гриппа, пневмонии, туберкулеза). В процессе расширения бронхов основное значение имеют изменения их стенок и повышение внутрибронхиального давления. Изменения стенок бронхов обычно начинаются с воспалительного процесса в слизистой оболочке и заканчиваются нарушением их мышечного и соединительнотканного каркаса, утолщением и нередко изъязвлением слизистой оболочки.

Повышение внутрибронхиального давления обусловлено сдавлением бронхов увеличенными лимфатическими узлами, скоплением в них секрета, а также длительным кашлем. Случаи, когда бронхоэктазы предшествуют развитию хронических бронхо-легочных заболеваний, принято относить к собственно бронхоэктатической болезни.

Бронхоэктазы, осложнившие длительное течение хронических заболеваний легких, относящиеся к вторичным, не следует включать в понятие «бронхоэктатическая болезнь» как самостоятельную нозологическую форму.

В последние годы в возникновении постнатально развивающихся бронхоэктазов определенное значение придается фактору врожденной предрасположенности («врожденной слабости») бронхиальной стенки. По-видимому, у лиц с врожденной слабостью бронхиальной стенки пневмонии чаще осложняются ателектазами с развитием бронхоэктазии.

ЛЕЧЕНИЕ

Проводится комплексно, с использованием терапевтических, бронхоскопических, а при необходимости — хирургических методов. Лечение может проводиться как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. Показаниями к госпитализации в терапевтическое или специализированное пульмонологическое отделение яляется обострение инфекционного процесса или легочно-сердечная недостаточность. При легочном кровотечении больного необходимо срочно госпитализировать в специализированное хирургическое отделение. Туда же направляют в плановом порядке больных, которым по состоянию здоровья показано плановое хирургическое лечение.

Консервативное лечение бронхоэктатической болезни состоит главным образом в профилактике обострения инфекции и ликвидации ее вспышек. Это прежде всего антибактериальная терапия, а также мероприятия, направленные на опорожнение бронхоэктазий, улучшение дренажной функции бронхов. Назначение типичных для трех групп антимикробных препаратов (антибиотики, сульфаниламиды, препараты нитрофуранового ряда) желательно проводить с учетом чувствительности бактериальной флоры мокроты. Используются различные способы введения препаратов в общепринятых дозировках, однако предпочтение отдается эндотрахеальному методу введения — с помощью бронхоскопа, чрезназального катетера или гортанного шприца.

Наиболее эффектны лечебные бронхоскопии с отмыванием и удалением гнойного содержимого из просвета бронхов с введением антибиотиков, протеолитических ферментов (трипсин, химотрипсин по 10–20 мг на физиологическом растворе), муколитических препаратов (ацетилцистеин в виде 10%-ного раствора по 2 мл, 4–8 мг бромгексина на изотоническом растворе). Вначале процедуры проводят 2 раза в неделю, затем, по мере уменьшения гнойного секрета, 1 раз в 5–7 дней.

Эффективным мероприятием является позиционный дренаж путем придания телу больного несколько раз в день определенного положения, улучшающего отделение мокроты. Этой же цели служит назначение отхаркивающих средств, различные дыхательные упражнения, особый массаж грудной клетки.

Для повышения общей реактивности организма назначают биогенные стимуляторы, анаболические гормоны, витамины, иммуностимуляторы, переливания крови или ее препаратов, различные физиотерапевтические процедуры. Радикальное лечение бронхоэктазий возможно только оперативным путем. Лучшие результаты наблюдаются при раннем оперативном вмешательстве, желательно в возрасте до 40 лет. Противопоказаниями к операции являются: обширный двусторонний процесс, легочно-сердечная недостаточность, амилоидоз внутренних органов.

Лечение данного пациента:

1. Дыхательная гимнастика
2. Этамзилат 12,5 %-2,0 в∕м 3р∕д
3. Транексам %-250,0 в∕в 2 р∕д
4. Викасол 1%-3,0 в∕в 1 р∕д
5. Бромгексин 0,016 3 р∕д\
6. Цефтриаксон 0.25-1% в/в медленно.
7. Лоратадин 10 mg 1 раз/сут.

ДНЕВНИКИ

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата**  | **Содержание дневника** |
| **18.03** | Жалобы на периодическое отхождение мокроты с прожилками крови. Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледно-розового цвета. В легких выслушиваются сухие свестящие хрипы в нижней доли справа. ЧД-17 в минуту. Пульс − 83 уд/мин, удовлетворительных качеств. АД- 120∕80 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. |
| **19.03** | Жалобы на периодическое отхождение мокроты с прожилками крови. Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледно-розового цвета. В легких выслушиваются сухие свестящие хрипы в нижней доли справа, ЧД-18 в минуту. Пульс − 79 уд/мин, удовлетворительных качеств. АД- 120∕80мм.рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. |
| **20.03** | Жалобы на периодическое отхождение мокроты с прожилками крови. Общее состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледно-розового цвета. В легких выслушиваются сухие свестящие хрипы в нижней доли справа, ЧД-17 в минуту. Пульс − 81 уд/мин, удовлетворительных качеств. АД- 130∕85 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. |

ЭПИКРИЗ

Подберезский В. И., (65лет) находится на стационарном лечении в хирургическом отделении ВОКБ по поводу бронхоэктатической болезни нижней доли слева, осложнённой кровотечением, ДН I – II. При поступлении предъявлял жалобы на кашель с отхождением значительного количества мокроты, одышку, боли в груди, кровохарканья. Были проведены исследования. Назначено лечение.

Рекомендовано:

1. Продолжать лечение.

2. Профилактика рецидивов:

Профилактика синуитов, пневмоний и других заболеваний, часто ведущих к образованию бронхоэктазов. Меры, направленные на устранение ателектаза, являются одновременно профилактикой развития бронхоэктаза. К ним относятся: дыхательная гимнастика, вдыхание карбогена, дренажное положение, отсасывание содержимого через катетер или бронхоскоп. При наличии бронхоэктазов радикальное лечение синуитов и других очагов инфекции, лечебная физкультура, закаливание, общие гигиенические меры способствуют предупреждению их инфицирования. Важнейшим профилактическим мероприятием является диспансеризация и соответствующее трудоустройство больных хроническим бронхитом.

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятен. Трудоспособность больных понижена, хотя многие из них в течение ряда лет остаются в значительной степени трудоспособными и только в периоды обострений нуждаются в госпитализации. Ведущее значение в прогнозе имеет частота инфекционных вспышек, которые более или менее быстро переводят больного в группу тяжело больных с прогрессирующим течением болезни.