Паспортная часть.

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

Возраст: 40 лет.

Пол: мужской.

Место жительства: Асиновский район, п. Батурино.

Место работы: Томская база авиаохраны лесов.

Профессия: десантник-пожарный.

Дата поступления: 4 апреля 2003 г.

Дата выписки

Диагноз направления: эмпиема плевры.

Диагноз клинический:

* основное заболевание: деструктивная левостороняя пневмония (pneumonia

 destructiva sinistrae)

* осложнения: пневмогидроторакс слева (pneumohydrothoracs sinistrae)

 эмпиема плевры слева (empyema pleurae sinistrae).

 бронхо-плевральный свищ слева (fistula broncho-pleuralis)

* сопутствующие заболевания: не выявлено.

Название операции: -

Вид обезболивания: -

Послеоперационные осложнения: -

Исход болезни: лечение продолжается.

Куратор:

Анамнез.

Жалобы:

предьявленные:

* высокая температура тела (до 39 градусов),
* одышка инсператорная (больной не может преодолеть один лестничный пролёт без отдыха),
* умеренный кашель непродуктивного характера,
* боли режущего характера, в нижней части левой половины грудной клетки,

выявленные:

* потеря массы тела, приблизительно с 76 кг до 70кг (больной утверждает, что раньше не мог обхватить рукой своё запястье, сейчас может),

Начало и развитие настоящего заболевания.

Больной Адамив Михаил Семёнович, считает себя больным с 24 февраля 2003 года. В этот день он почувствовал резкий подьём температуры тела (до 41 градуса), сильную слабость, головокружение (после посещения бани). Дома выпил несколько таблеток анальгина и аспирина, температура не надолго спала до 38 градусов. На следующий день больной вызвал скорую, так как температура сново увеличилась. Врач скорой помощи сделал иньекцию димедрола, температура уменьшилась, от госпитализации больной отказался. 26 февраля больной находился дома, температура к вечеру вновь увеличилась. 27 числа утром сосед по дому, отвёз больного в Асиновскую больницу. В районной больнице больного положили в терапевтическое отделение, где пациенту делали 2 раза пункцию плевральной полости (содержимого получить не удалось). После чего больного перевели (18.04.03) в хирургическое отделение, где ему установили дренажи в плевральной полости, самочувствие больного намного улучшилось. Пробыв в хирургическом отделении районной больницы 1,5 месяца, больного перевели в областную клиническую больницу. На момент поступления (4 апреля 2003г.), у больного сохранялась высокая температура, выделение гнойного характера из дренажей, установленных в плевральной полости. После начала лечения в ОКБ, состояние больного постепенно улучшилось, температура спала на 30-е сутки лечения.

Анамнез жизни.

### Родился вторым ребенком в семье, рос и развивался правильно. В школу пошел с 8 лет. В детстве часто (более 2 раз в год) болел ОРЗ, болел корью и другими детскими заболеваниями (затрудняется назвать). Травм, операций не было. В настоящее время не женат, детей нет. Остро заразные инфекции (туберкулёз, сифилис, гепатит), нервно-психические заболевания отрицает. Хроническими заболеваниями не страдает, в виду профдеятельности медосмотр проходит перед каждым началом сезонных работ (тушение лесных пожаров). Социально-бытовые условия удовлетворительные, проживает в частном доме с печным отоплением (по словам больного “топит “хорошо). Питание удовлетворительное, особых диет и ограничений в питании не придерживается. Условия труда тяжёлые (особенно при тушении лесных пожаров). Из вредных привычек: курит табак (с 8-го класса), но сейчас не курит (с 4-го апреля 2003 года), в связи с заболеванием. Аллергологический анамнез не отягощен.

Семейный анамнез.

Мать умерла в возрасте 74 лет, со слов больного страдала заболеванием сердца, с высоким артериальным давлением (причина смерти не установлена). Отец умер в возрасте 76 лет, страдал заболеванием нижних конечностей (причина смерти не установлена). Старшему брату 42 года, ничем не болеет, работает в лесхозе. О причинах смерти бабушек и дедушек по отцовской и материнской линиям сказать затрудняется. Наличие острозаразных, нервно-психических заболеваний у родственников отрицает.

Обьективное исследование.

Вес 70 кг.

Рост 172 см.

Тип телосложения нормостенический.

Положение активное.

Сознание ясное.

Выражение лица осмысленное.

Кожа: бледного цвета, смуглая, на задней поверхности верхней трети левого плеча имеется шрам от ожога размером 5х1 см., патологических высыпаний, рубцов нет.

Слизистые оболочки: коньюнктива не гиперемированна, слизистая полости рта влажная, розовая, язык не обложен, красного цвета.

Волосы темного цвета, волнистые типа.

Ногти на верхних и нижних конечностях розового цвета, на руках ногти имеют тенденцию к образованию патологических изменений (ногти в форме часовых стёкол).

Подкожно жировой слой развит умеренно, распределён равномерно, есть небольшие отёки на ладыжках (не выше нижней трети голени).

Мышцы развиты симметрично, хорошо, тонус сохранён, за исключением левой половины широкой мышцы спины - она атрофична, позвоночный столб отклонён в правую сторону. При пальпации мышцы безболезнены.

Костная система. Череп правильной формы, без аномалий развития. Позвоночник искривлён в грудном отделе в правую сторону, при движении и пальпации безболезнен

Суставы. Правильной конфигурации, движения сохранены в полном обьёме, гиперемии и припухлости суставов нет.

Лимфоузлы. Затылочные, околоушные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные – размером 0,4 см., единичны, при пальпации безболезнены, подвижны, с окружающей тканью и между собой не спаяны.

Полость рта. Язык влажный, розовый, миндалины не выступают за края дужек. Слизистая рта розовая, влажная, без налётов и изьязвлений.

Зубы. Верхние и часть нижних зубов заменены на металлические. Остальные зубы не деформированны.

Шея. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезнена, подкожные вены шеи не расширены. На боковых поверхностях шеи определяются опухолевидные образования, размером 1 см., единичные, с кожей не спаяны, при пальпации безболезнены.

Дыхательная система.

Осмотр: тип дыхания брюшной, дыхание частое, ЧДД=20 в мин., соотношение вдоха и выдоха сохранено (1:1), участие вспомогательных мышц в акте дыхания не отмечается.

Грудная клетка: цилиндрической формы, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Межреберные промежутки слева уменьшены по сравнению с правыми межреберными промежутками. По задней поверхности грудной клетки отмечается искривление позвоночника вправо.

Пальпация. Определяется легкая болезненость вдоль левого реберного края, на остальных участках грудной клетки пальпация безболезнена.

Перкуссия:

* сравнительная: перкуторный звук на симметричных участках грудной клетки не одинаков: над левой верхней половиной грудной клетки звук притуплённый (от ключицы до 3-го ребра), ниже перкуторный звук тупой. Над правой половиной грудной клетки перкуторный звук легочной.
* гамма-звучности: над левой половиной грудной клетки нарушена, над правой сохранена.
* топографическая

верхушки лёгких правое левое

спереди 2,5 см. 1,5 см.

сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

поля Кренига 6 см. 3,5 см.

нижняя граница лёгких

линия правое легкое левое легкое

парастернальная V межреберье -

среднинноключичная VI ребро -

передняя подмышечная VII ребро не определяется

средняя подмышечная VIII ребро не определяется

задняя подмышечная IX ребро не определяется

лопаточная X ребро не определяется

паравертебральная остистый отросток XI грудного позвонка

Аскультация лёгких.

Над правой половиной грудной клетки основной дыхательной шум – везикулярный. Над левой половиной грудной клетки: на верхушке легкого – ослабленное везикулярное дыхание; над нижней долей – выслушивается жесткое дыхание с массой мелкопузырчатых сухих хрипов.

Сердечно-сосудистая система.

Осмотр и пальпация области сердца. Видимой пульсации в области сердца, эпигастральной пульсации не выявлено. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье слева по срединно-ключичной линии, не разлитой, шириной 2,5 см., не усилен.

Перкуссия сердца.

 Границы относительной тупости абсолютной тупости

 Правая на 1,5 см от правого края грудины по левому краю грудины

 Верхняя III ребро IV ребро

 Левая по срединно-ключичной линии

Аускультация сердца.

* тоны ритмичные, ЧСС= 86 уд., I тон на верхушке совпадает с верхушечным толчком и пульсом на лучевой артерии.
* шумы: на верхушке сердца выслушивается низкий систолический шум.

Исследование сосудов.

Видимой пульсации на височных, сонных артериях, сосудов конечностей не отмечается. На руках видны варикозно расширенные вены. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, частота 86 уд., хорошего наполнения, не напряжен, сосудистая стенка эластична.

Органы брюшной полости.

Осмотр живота. Живот правильной формы, симметричен, вздутия и видимой перистальтики не отмечается. Брюшная стенка принимает участие в акте дыхания. Рубцов, варикозно расширенных вен нет.

Пальпация живота. При поверхностной пальпации живот безболезнен, не напряжен. При глубокой пальпации определяется урчание слепой кишки в правой подвздошной ямке.

Исследование желудка. Перкуторно нижняя граница желудка на 3 см выше пупка по срединной линии живота. Шум плеска не определяется.

Исследование печени. Размеры печени по Курлову: 10,5х9х8,5 см., край печени при пальпации безболезненый, из-под края реберной дуги не выходит. Желчный пузырь не пальпируется.

Исследование селезёнки. При пальпации не определяется. Поджелудочная железа не пальпируется.

Мочеполовая система.

Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Аномалий развития наружных половых органов не отмечается. Дизурических явлений нет, моча без патологии, дневной диурез преобладает над ночным.

Органы чувств.

Зрение хорошее, читает и смотрит телевизор без очков. Слух хороший, шепотную и громкую речь различает. Запахи различает удовлетворительно. Проба Ромберга отрицательная.

Нервно-психический статус.

Настроение устойчивое, без резких перемен. Сон спокойный. Сознание ясное, временная и пространственная ориентация не нарушена.

Локальный статус.

## В левой половине грудной клетки, по III и V межреберью стоят 2 дренажа с гнойным отделяемым. При сравнительной перкуссии легких слева отмечается притупление перкуторного звука, справа при перкуссии легочной звук. Слева отмечается уменьшение поля Кренига. Левая половина грудной клетки в акте дыхания не участвует. Слева аускультативно на верхушке легкого выслушивается ослабленое везикулярное дыхание, в нижней доле слева выслушивается жесткое дыхание с массой мелкопузырчатых сухих хрипов Справа дыхание везикулярное, в верхних отделах справа отмечаются сухие хрипы.

Лабораторное исследование.

Рентгенологическое исследование.

дата 04.04.03.

На обзорной рентгенограмме легких определяется: справа легочной рисунок усилен, деформирован в нижних отделах, где определяются несколько небольших участков инфильтрации. Левое легкое колабированно на ½, в плевральной полости слева находится дренажная трубка. На уровне заднего отрезка IX ребра слева определяется уровень жидкости. Правый корень легкого расширен, левый купол диафрагмы и синус не дифференцируются. Сердце не расширено, смещено в право.

Заключение: субтотальный пневмогидроторакс слева, очаговая пневмония справа.

Рентгенологическое исследование.

дата 10.04.03.

Рентгенизменения аналогичны рентгенкартине от 04.04.03. В спавшемся легком утолщены висцеральная и междолевая плевра. Остаточная полость 19х3 мм. Со значительно утолщенной париетальной плеврой, разделена спайками. Сохраняется коллапс легкого. В правом легком на фоне усиленного сосудистого рисунка дифференцируется рассеянные среднеочаговые образования с просветлениями в центре. Корень правого легкого усилен. Средостение с тенденцией к смещению вправо.

Заключение: пневмогидроторакс слева. Ригидное легкое. Септические бронхогенные очаги отсева в правом легком. Не исключено наличие бронхопульмонального отсева.

Бронхофиброскопия.

Дата 04.04.03.

Заключение: смещение трахеи вправо, равномерное сдавление левой стенки трахеи из-вне. Двухстеночный диффузный эндобронхит I степени. Взяты промывные воды на исследование.

#### Цитологическое исследование

плевральной жидкости.

##### Дата 09.05.03.

Опухолевые клетки, клетки туберкулёза не обнаружены. Выделен штамм Klebsiella pneumonia (10 в –4 степени). Высокочувствительный к цефотаксиму, гентамицину, амикацину.

Общий анализ крови.

(в динамике).

 показатели дата 07.04.03. дата 05.05.03.

Гемоглобин 75 г/л 100 г/л.

Эритроциты 2,3х10 12/л 3,2х10 12/л.

Лейкоциты 3,8х10 9/л 6,3х10 9/л.

СОЭ 57 мм/ч 25 мм/ч.

Палочкаядерные нейтрофилы 3% 1 %.

Сегментоядерные нейтрофилы 67% 47 %.

Эозинофилы 1% 3 %.

Моноциты 10% 6%.

Лимфоциты 19% 4,3%.

Заключение: отмечается положительная динамика изменения крови, симптомы воспаления в крови уменьшаются (уменьшение п/я и с/я нейтрофилов, уменьшение СОЭ). Отмечается анемия I степени (вероятнее всего связанная с токсическим действием антибиотиков, которые в свою очередь угнетают кроветворение).

Общий анализ мочи.

Дата 05.05.03.

Уд. вес 1003 ед.

Эритроциты 2

Лейкоциты 3-4

 Заключение: отмечается снижение удельной плотности мочи (вероятно за счет большой инфузии растворов), других изменений не отмечается.

Дневник.

 Дата Течение. Назначения

 05.05.03. Больной предьявляет жалобы на Канамицин 0,5х2 раза

 T=37,5 С боль в нижней доле левого лег- в/м.

 ЧДД=22 . кого, небольшой непродуктивный Гемодез 400,0 N2. В/в

 А/Д=130 мм.рт.ст. кашель. Отделяемого из дренажей Физ.раствор 200,0 в/в.

 Р=84 уд/мин. мало, негнойного характера. СаСl 10%-10,0 в/в.

######  Общее состояние удовлетворите- Назначено промывание

 льное, ходит на перевязки. Аппе- плевральной полости.

 тит удовлетворительный, сон Стол N15.

 хороший.

 07.05.03. Боль в левом легком сохраняется, Назначения те же.

 Т=36 С кашель и одышка прекратились.

 ЧДД=20. Общее состояние хорошее, аппе-

 А/Д=130/80 мм.рт.ст тит снижен, сон хороший. Из

 Р=82 уд/мин. дренажей выделилось ок. 50 мл.

 Жидкости негнойного характера.

 08.05.03. Общее состояние больного хоро- Назначения те же.

 Т=35,7 С. шее, отделяемого из дренажей

 ЧДД=20. мало. Аппетит нарушен, со слов

 А/Д=120/85 мм.рт.ст .больного из-за назначеного лече-

 Р=88 уд/мин. ния. Боль незначительная, появ-

 ляется в основном при смене по-

 ложения тела.

Этиология и патогенез данного заболевания.

##### Этиологическим фактором деструктивной пневмонии несомненно стал возбудитель Klebsiella pneumonia, применительно данного пациента. По данным ряда авторов, именно этот возбудитель является источником пневмонии у лиц злоупотребляющих алкогольными напитками (известно со слов больного о злоупотреблении алкоголем). Возбудитель попав в легкие больного, при снижении иммунитета и защитных сил организма (возможно под влиянием переохлаждения в состоянии алкогольного опьянения) активировался, приводя к гнойному расплавления легочной ткани с последующим образованием полости (абсцесса). Этот абсцесс имеет сообщение с бронхиальным деревом левого лёгкого, при прорыве абсцесса в плевральную полость (очевидно из-за близкого расположения к висцеральной плевре и сильных кашлевых толчков способствующих этому) развился пневмогидроторакс. При попадание гноя в плевральную полость, содержащий гноеродную палочку, стал развиваться гнойный плеврит (эмпиема плевры), попадание воздуха в плевральную полость (за счет сообщения гнойной полости с бронхиальным деревом), способствовало развитию пневмоторакса, появлению клиники коллапса (нарастающая одышка, боль в левом боку усиливающаяся при вдохе). Надо сказать, что эмпиема плевры всегда является вторичным осложнением какого-либо заболевания (в данном случае деструктивная пневмония). Наличие мелких очагов отсева в правом легком, говорит в пользу двухсторонего процесса пневмонии клебсиеллёзного характера.

Обоснование диагноза.

На основании жалоб больного, проведенных лабораторных и иструментальных исследований пациенту, Адамив Михаилу Семёновичу был поставлен диагноз:

* основное заболевание: левосторонняя деструктивная пневмония.
* осложнения: пневмогидроторакс слева, эмпиема плевры слева, бронхо-плевральный свищ слева.

**Деструктивная пневмония** (как общее название подразумеваемого нагноительного заболевания лёгких – то, как абсцесс лёгкого, пневмококковая пневмония и др.), у данного болного поставлена на основании анамнеза, цитологических исследований и данных рентгенисследования. Из анамнеза стало известно, что заболевание началось с резкого подьёма температуры, что весьма характерно для нагноительных заболеваний лёгких, а в особенности для клебсиеллёзной пневмонии, которая очевидна стала инициатором всех осложнений у данного пациента. Клебсиелла как возбудитель, была выделена из плевральной жидкости, при её цитологическом исследовании. При проведении рентгенологического исследования, помимо осложнений деструктивной пневмонии (эмпиема плевры, пневмогидроторакс, бронхо-плевральный свищ), на рентгенограмме хорошо видны очаги отсева (в правом лёгком), возможно и являющиеся источником деструктивной пневмонии.

**Пневмогидроторакс.** Поставлен на основании рентгенологической картине лёгких. На рентгенограммах (особенно ранних, сделаных ещё в районой больнице), хорошо видны: уровень жидкости (по мере продолжения терапии, он уменьшается), скопления воздуха под верхушкой плевральной полости, спавшееся легкое (один из его признаков это усиление рисунка корня левого лёгкого). Субьективно, из анамнеза – резкая болезненость левой половины грудной клетки, уменьшение которой возникает при занятии вынужденого положения (лёжа на здоровой половине грудной клетки).

**Эмпиема плевры.** Это осложнение поставлено на основании клиники и данных рентгенологического, бронхофиброскопического и цитологического исследования. Резкая боль в левом боку, нарастающая одышка, подьём температуры – всё это симптомы эмпиемы плевры у данного больного. При проведении бронхофиброскопии отмечается смещение в здоровую сторону трахеи, что очень выражено при коллапсе легкого (утолщенная висцеральная плевра сжимает пораженное легкое). На рентгенограмме видно скопление жидкости (гноя) в наддиафрагмальном синусе, значительное утолщение висцеральной плевры. При цитологическом исследовании жидкости, полученой при пункции плевральной полости, обнаружена Klebsiella pneumonia, которая является грамотрицательной гноеродной палочкой.

**Бронхо-плевральный свищ.** Поставлен на основании проведенной бронхофиброскопии, в результате которой была проведена операция по закрытию этого свища путем тампонирования поролоновой губкой.

Дифференциальный диагноз.

В виду отсутствия в настоящее время клиники основного заболевания (деструктивная пневмония), необходимо проводить дифференциальный диагноз эмпиемы плевры. Дифференциальный диагноз эмпиемы плевры необходимо проводить с такими заболеваниями как: *туберкулёзный плеврит, плеврит опухолевой этиологии, ателектаз легкого.* Сначало необходимо отдифференцировать плевральный выпот по природе развития: экссудат или транссудат. Экссудат является жидкостью воспалительного характера, острое начало, наличие боли в грудной клетке в начале заболевания, повышение температуры тела, наличие общевоспалительной реакции крови - что характерно для данного случая, а токже обнаружение гноеродной микрофлоры свидетельствует о гнойном плеврите.

*Туберкулёзный плеврит.* Различают три варианта туберкулезного плеврита: аллергический, перифокальный, туберкулез плевры. Для аллергического плеврита характерно острое начало с болями в грудной клетке, высокой температурой, выраженной одышкой – эти симптомы у данного больного присутствуют. Быстрая положительная динамика рассасывания экссудата (чего нет у нашего пациента). Положительная туберкулиновая проба (больному не проводилась). Эозинофилия в крови, в экссудате много эозинофилов (у больного этого нет). Также характерно отсутствие микобактерий в экссудате, что также отмечается у нашего пациента. Отсутствие некоторых данных за аллергический плеврит позволяет его исключить. Перифокальный туберкулез можно сразу исключить, так как для него необходимо наличие легочного туберкулеза (очагового, инфильтративного, кавернозного) и резко положительной туберкулиновой пробы. Туберкулёз плевры как непосредственное поражение плевры, тоже исключается. Для него характерно наличие в большом количестве микобактерий в экссудате, что не обнаружено у пациента. Исключить туберкулезный плеврит также позволяет отрицательный туберкулезный анамнез ближайших родственников, отсутствие потливости у пациента.

*Плеврит опухолевой этиологии.* Чаще всего плевриты этой этиологии являются следствием метастазирования (каких-либо специальных методов исследования для обнаружения очагов опухоли у данного пациента не проводились). Имеют очень характерную клинику: постепенное развитие выпота и клиники (постепенное нарастание слабости, похудание), большое количество выпота, выявление увеличеных медиастенальных лимфоузлов, геморрагический характер выпота и обнаружение злокачественных клеток в нем. Для исключения этого диагноза (при отсутствии злокачественных клеток в экссудате), необходимо проводить торакоскопию с биопсией плевры, последующим гистологическим исследованием материала.

*Ателектаз лёгкого.* Патогенетически ателлектаз делят на три основные формы: обтурационный, компрессионный, дистензионный. Главным отличительным симптомом обтурационного ателлектаза является смещение средостения в больную сторону (в данном случае у пациента смещение средостения в здоровую сторону), остальные симптомы схожи с симптомами эмпиемы плевры (одышка, аускультативно ослабление везикулярного дыхания, хрипы). При компрессинной форме ателектаза наблюдается смещение средостения в здоровую сторону, при аускультации определяется бронхиальное дыхание, без хрипов, что позволяет исключить этот диагноз. Дистензионный ателектаз, его симптомы исчезают после нескольких глубоких вдохов, сопровождающихся трескучими хрипами, не сопровождается температурной реакцией. Этот диагноз исключается.

Окончательный диагноз.

На основании проведенной дифференциальной диагностики эмпиемы плевры с другими схожими по симптомам заболеваниями (туберкулез плевры, плеврит опухолевой этиологии, ателектаз легкого) поставлен окончательный диагноз:

* основное заболевание: деструктивная левостороняя пневмония (pneumonia

 destructiva sinistrae)

* осложнения: пневмогидроторакс слева (pneumohydrothoracs sinistrae)

 эмпиема плевры слева (empyema pleurae sinistrae).

 бронхо-плевральный свищ слева (fistula broncho-pleuralis)

* сопутствующие заболевания: не выявлено.

Лечение.

Лечение эмпиемы плевры должно состоять из общих и местных мероприятий. Общая терапия включает в себя детоксикационную терапию, направленую на выведение из организма токсических веществ (назначение внутривенного введения гемодеза), коррекцию микроциркуляции в тканях и органах, устранение гиповолемии внутривенным введением низкомолекулярных растворов (реополиглюкин). Проведение форсированного диуреза (в/в вливания растворов + лазикс, маннит), необходимо назначать с осторожностью. Проведение парантерального питания для восполнения потерь белка, электролитов и жидкости путем назначения альбумина, плазмы, аминокислотных смесей, белковых гидрализатов (из расчетов 1-2 г. на 1 кг массы тела). Восполнение энергерических потерь в основном в/в введением 20 – 40 % раствором глюкозы. Местное применение антибиотиков должно сопровождатся хорошим дренированием плевральной полости, с последующим введением антибиотиков. Выделеные клебсиеллы высокочувствительны к цефалоспоринам II и III поколения (курс антибиотикотерапии 5-7 дней), при неэффективности необходима смена препаратов.

Местное лечение. В данном случае применяется консервативное лечение, которое заключается в постоянном откачивании содержимого плевральной полости электроотсосом (с целью создания вакуума, для условий расправления коллабированного легкого), постоянном промывании полости раствором антисептика (димексид). Оправдано введение ферментных препаратов (фибринолизин, трипсин) которые расплавляют гной, способствуя санации полости, предупреждением тем самым образования спаек и шварт. После очередного промывания введения антибиотиков в полость, к которым чувствителен возбудитель. Возникший бронхо-плевральный свищ необходимо обтурировать для предотвращения попадания воздуха в плевральную полость. При неэффективности консервативной терапии, а также образовании спаек мешающих нормальному расправлению легкого, образованию осумковавшегося абсцесса, показана операция – плеврэктомия.

Общее лечение эмпиемы плевры состоит из консервативного и оперативного лечения.

Консервативное лечение:

* дезинтоксикационная терапия (гемодез, реополикгликин)
* инфузионная терапия (солевые растворы)
* парантеральное питание (белковые гидрализаты, жировые эмульсии)
* антибактериальная терапия (с учетом чувствительности микрофлоры возбудителя – цефалоспорины III поколения, курсом на 6-7 дней, затем смена препарата, использование антибиотиков широкого спектра действия без определения чувствительности)
* назначение общеукрепляющих средств (витамины)
* иммунная коррекция (Т-активин, тимолин)
* специфическая иммунизация (стафилококковый анатоксин, глобулин)

Оперативное лечение:

* операция плеврэктомия, удаление патологически изменёной плевры.
* операция по Линбергу (лестничная торакопластика)
* операция по Вишневскому (тампонирование полости марлевыми салфетками пропитаными мазью Вишневского)
* операция по Шаде (костно-мышечная пластика).

Эпикриз.

Больной \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 1963 года рождения, заболел 24 марта остро. Поступил в ОКБ 04.05.03 г., до этого лечился в районной больнице (где делали пункцию плевральной полости). На момент поступления предьявлял жалобы на высокую температуру, резкую боль в левом боку, одышку, непродуктивный кашель. Локально: отставание в акте дыхания левой половины грудной клетки, перкуторно притупление звука, аускультативно ослабленое везикулярное дыхание на верхушке легкого слева, в нижне доле жесткое дыхание с массой мелкопузырчатых сухих хрипов. В областной больнице ему были проведены следующие мероприятия: ОАК, ОАМ, биохимия крови, цитологическое исследование плевральной жидкости полученой при пункции (выделен штамм Klebsiella pneumonia), бронхофиброскопия с обтурацией бронха, рентгенологическое исследование. На основании проведенных исследований и анамнеза был поставлен диагноз: деструктивная левосторонняя пневмония, осложнения: эмпиема плевры, бронхо-плевральный свищ, пневмогидроторакс слева. Было назначено лечение: промывание плевральной полости, антибиотики (гентамицин, канамицин), дезинтоксикационные (гемодез), глюкоза для в/в питания, физ. раствор, кальций хлористый. Были установлены дренажи в плевральной полости, с постоянным отсосом гнойного содержимого. В ходе проводимого лечения состояние больного улучшилось: исчезла одышка, боль уменьшилась, отделяемое из дренажей уменьшилось в количестве, спала температура. На серии последовательных рентгенограмм видно уменьшение жидкости в плевральной полости. Наблюдается положительная динамика в течении заболевания, операция не намечается. Больному продолжается проводится курс терапии.

Прогноз.

Учитывая возраст больного, а также учитывая дальнейшее хорошее течение процесса, уменьшении симптомов, исчезновении симптомов пневмогидроторакса, операция не понадобится. При неэффективности консервативного лечения, образовании спаечного процесса показана операция плеврэктомия.

Рекомендации.

После выписки из стационара, больному необходимо наблюдаться у участкового терапевта ближайший год жизни, для профилактики рецидива. Обязательна смена работы (а именно ограничение физической нагрузки, исключение вредных производственных факторов, особенно влияющих на дыхательную систему) на более легкую (например сторож, механик). Желательно санаторно-курортное лечение после выписки, на южном берегу Крыма. Отказаться от вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), начать проводить общее закаливание. Для профилактики рецидива заболевания проводить дыхательную гимнастику.

Список использованной литературы.

1.Хирургия лёгких и плевры// Под редакцией академика И. С. Колесникова.

 1988 г., Ленинград, изд. “Медицина”.

2.Современная клинико-морфологическая характеристика гнойно-деструктивных

 заболеваний лёгких// Данциг И.И., Пульмонология, N2,2000 г., стр. 19-22.

3.Лечение острых эмпием плевры// Шойхет Я.Н., Цеймах Е.А.. Барнаул, 1996 г.

4.Диагностика болезней внутренних органов// А.Н. Окороков. Том 3, Москва.

 изд. “Медицинская литература”.

 Практические навыки.

Приобрёл следующие практические навыки:

* курация больных с заболеваниями (острый аппендицит, острый живот, холецистит, язва желудка, язва ДПК, тромбофлебит, варикозное расширение вен).
* присутствовал на операциях (эхинококкозэктомия печени, лобэктомия, эндоскопические операции холецистэктомия, овариэктомия, лапароскопия с ревизией брюшной полости, наложение сигмастомы на переднюю брюшную стенку).