# **Паспортная часть**

## Больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Пол: Мужской

## Возраст: 72 года

## Место работы (профессия): пенсионер

## Дата поступления в клинику: 10 ноября 2002 года

# **STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS**

## Жалобы больного на момент осмотра: кашель с небольшим количеством белой мокроты, колющая боль, усиливающаяся при глубоком дыхании, кашле и пальпации, слабость. По другим системам органов жалоб не предъявляет.

## Жалобы на момент поступления: высокая температура тела (39°С), постоянные колющие боли в правом подреберье усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле и пальпации, кашель с выделением слизистой мокроты, одышка, слабость.

# **ANAMNESIS MORBI**

## Заболевание началось остро 09 октября 2002 года, после того, как на ночь выпил стакан прохладительного напитка, в 5 часов ночи стали беспокоить кашель со слизистой мокротой, одышка смешанного характера и повышенная температура (39,0). Больной принял аспирин и анальгин и вызвал скорую помощь. Данными о проведённых мероприятиях бригадой скорой помощи больной не располагает. К 7 часам утра все симптомы исчезли. Днём был вызван участковый терапевт, который и направил больного в 23-ю городскую больницу в связи с подозрением на пневмонию. 10 октября в 17:00 с жалобами на высокую температуру тела (39°С), постоянные колющие боли в правом подреберье усиливающиеся при дыхании, кашле и пальпации, кашель с выделением слизистой мокроты, одышка, слабость и с диагнозом острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония в нижней доле больной поступил в 23-ю городскую больницу.

# **ANAMNESIS VITAE**

## Родился в 1930 году в Киевской области в селе Потолки в семье рабочих 2-м ребенком. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. В 1934 году с родителями переехал в Ленинград. Жили бедно, голодали. С 7-ми лет пошел в школу. Учился хорошо. По окончании 7-ми классов поступил в ремесленное училище. Сменил несколько мест работы. Работал фрезеровщиком, мастером, шофёром, начальником участка в автопарке. С 1994 года (после инфаркта миокарда) вышел на пенсию и с тех пор нигде не работал.

# СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

## Женат, имеет взрослого сына.

# ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

## Трудовую деятельность начал с 12 лет. Работал в совхозе и лесхозе. После окончания ремесленного училища работал по специальности; водителем и начальником участка в автопарке.

## 

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

## Наследственные и онкологические заболевания у родителей и родственников отрицает. Мать страдала заболеваниями сердца. Отец погиб.

# БЫТОВОЙ АНАМНЕЗ

# Материально обеспечен, проживает с женой в 2-х комнатной квартире на улице Сидова д. 86 кв. 186. Питание регулярное 3-4 раза в день.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Инфекционный гепатит, венерические заболевания, тифы, малярию и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился, инъекции производились, за пределы города не выезжал и контакта с инфекционными больными не имел. Последняя ФЛГ в мае 2002 года.

# ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Тяжелым психоэмоциональным переживаниям не подвергался.

# ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## В детстве несколько раз болел ОРЗ. Сведениями о перенесённых детских заболеваниях не располагает. В 1974 году была произведена аппендэктомия. ОИМ в 1994 году.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## С 1994 года не курит вообще, а до этого курил очень редко. Алкоголь употреблял в меру (после инфаркта миокарда употребляет очень мало). Наркотики не употребляет.

# ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ

## Группа крови: B(III); Rh(+) – положительный. Гемотрансфузии раньше не производились.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

# СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ

## Страховой полис имеется. Инвалид II группы.

# **STATUS PRAESENS OBJECTIVUS**

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения, нормального питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы розового цвета, сухие, чистые, без высыпаний. Эластичность кожи и тургор тканей снижен. Дермагрофизм белый нестойкий. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 3,5 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, белисовато-розового цвета, чистые.

## Слизистая глаз бледно-розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек бледно-розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десны не изменены. Зубы частично отсутствуют. Язык обычных размеров, влажный, без налета, сосочки выражены, глотание не затруднено.

## Лимфоузлы не пальпируются.

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранён. Рост 178 см, вес 78 кг.

## Щитовидная железа нормальных размеров, без уплотнений.

## Экзофтальм и эндофтальм не набллюдается. С 47 лет носит очки. На данный момент диоптрии составляют +4.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок, сердечный толчок, сердечный горб, ретростерныльная пульсация, пульсация периферических артерий, ложная эпигастральная пульсация визуально не определяются.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 68 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной и голеностопной артерий. Сердечный толчок и диастолическое дрожание не пальпируется.

## Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, площадью 2 на 2 см, умеренной силы, локализованный.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости: Правая - в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины

## в 3-м межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины

## Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae Левая - в 5-м межреберье на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии

## в 4-м межреберье на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии

## в 3-м межреберье на 0,5 см кнаружи от левой окологрудинной линии

## Границы абсолютной сердечной тупости: Правая-по левому краю грудины в 4-м межреберье Верхняя-на уровне 4-го ребра Левая-на 1,5 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях справа и слева.

# Аускультация

## Тоны сердца ритмичные, приглушенне. Присутствует систолический шум на верхушке; не проводится. Артериальное давление 150/80 мм рт. ст. В точке Боткина-Эрба паталогические шумы не выслушиваются.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания - брюшной. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер прямой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка эластическая, определяется болезненность в правом подреберье при дыхании, пальпации и кашле. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого: по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра по l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребра по l. axillaris anterior- 7 ребро по l. axillaris media- 8 ребро по l. axillaris posterior- 9 ребро по l. scapuiaris- 10 ребро по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого: по l. parasternalis- ------- по l. medioclavicularis- ------- по l. axillaris anterior- 7 ребро по l. axillaris media- 9 ребро по l. axillaris posterior- 9 ребро по l. scapuiaris- 10 ребро по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Верхние границы легких: Спереди на 3 см выше ключицы справа и слева. Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка справа и слева.

## Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 1,5 см на выдохе 1,5 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 2 см на выдохе 2 см

## Ширина перешейков полей Крёнинга: слева 6 см по скату плеча,

## справа 6 см по скату плеча.

## Сравнительная перкуссия:

## Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный лёгочный звук и притупление в нижних отделах.

# Аускультация

## Над аускультативными точками выслушивается жёсткое дыхание. Выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах..

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десны не изменены. Зубы частично утрачены. Язык обычных размеров, влажный, без налета, сосочки выражены, глотание не затруднено.

## Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, подвздут, пупок втянут.

# Пальпация

## Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

## Нижний край печени умеренно закруглённый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги, поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера слабо положительный. Симптомы Мерфи, френикус - отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 9 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре.

# Прямая кишка

## Кожа вокруг анального отверстия не изменена. Сфинктер в тонусе, ампула прямой кишки пуста.

# МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы без изменений. Дизурических явлений нет. Мочеиспускание не затруднено.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

## Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме.

# **ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

## Больной - мужчина 72 лет без особых конституциональных особенностей, вид соответствует возрасту. Ведущими симптомами у него являются постоянные колющие боли в правом подреберье, усиливающиеся при дыхании, кашле и пальпации; кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. При поступлении ведущими симптомами были высокая температура тела (39°С), постоянные колющие боли в правом подреберье усиливающиеся при глубоком дыхании, кашле и пальпации, кашель с выделением слизистой мокроты, одышка, слабость. Обоснование диагноза в основном основано на анализе жалоб больного и анамнеза заболевания. На основании жалоб больного (кашель с небольшим количеством белой мокроты, колющая боль в правом подреберье, усиливающаяся при дыхании, пальпации и кашле). На основании анамнеза заболевания (острое появление жалоб после выпитого накануне холодного напитка). На основании объективных данных (притупление перкуторного звука над нижним отделом правого лёгкого, наличие влажных мелкопузырчатых хрипов в нижнем отделе праваго лёгкого и жёсткое дыхание), у больногго можно заподозрить наличие внебольничной правосторонней очаговой нижнедолевой пневмонии. Тогда предварительный диагноз будет звучать так:

## Основное заболевание – острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония в нижней доле.

## Сопутствующие заболевания - ИБС. Постинфарктный (ОИМ 1994 г.) и атеросклеротический кардиосклероз. ГБ II стадии.

# **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления в крови признаков острого воспаления: выраженного лейкоцитоза с преобладанием в лейкоцитарной формуле нейтрофилов, в том числе юных форм, повышенного СОЭ.
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количества общего белка, белковых фракций, активности аминотрансфераз (они могут изменяться под действием интоксикации).
3. Анализ мочи. Назначаем для оценки дезинтоксикационной функции почек.
4. Микроскопическое исследование мокроты и посев мокроты, в том числе на БК и на атипичные клетки. Назначаем для установления этиологии заболевания и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

## Инструментальные исследования:

1. Рентгенография грудной клетки в 3-х проекциях. Позволит по форме затемнения уточнить диагноз пневмонии, оценить корни легких и не пораженную ткань легкого.
2. Фибробронхоскопия. Назначаем для выявления заинтересованности трахеи

и главных бронхов в патологическом процессе.

1. ЭКГ

# **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови от 11.10  
   Эритроциты- 4,5х10^12/л  
   Hb- 131 г/л  
   Цвет. показатель- 0,87  
   Лейкоциты- 15,3х10^9/л  
    палочкоядерные- 23%  
    сегментоядерные- 57%  
    Лимфоцитов- 15%  
    Моноцитов- 4%  
   CОЭ- 14 мм/ч
2. Биохимический анализ крови от 11.10  
   Общ. белок 72 г/л  
   АСТ 0,14 ммоль/л  
   АЛТ 0,29 ммоль/л   
   Билирубин 7,8 мкмоль/л  
   Сахар 5,0 ммоль/л  
   Мочевина 13,6 ммоль/л

Креатинин 113,7 ммоль/л

1. Анализ мочи от 11.10  
   Цвет: жёлтый Белок 0,033 г/л  
   Прозрачность: мутная Сахар 0  
   Реакция: кислая   
   Уд. вес 1,026   
   Лейкоциты 7-10 в поле зрения  
   Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения  
   Эпителий плоский 0-1 в поле зрения  
   Кристаллы: оксалатов небольшое количество

## Результаты инструментальных исследований:

1. Рентгеноскопия грудной клетки от 11.10  
   Заключение: Застой в малом кругу кровообращения. Выпот в плевральную полость. Инфильтрат справа.
2. ЭКГ от 10.10

Заключение: ритм синусовый, ЧСС – 80 уд./мин., сдвиг электрической оси влево, рубцовые изменения в области передней стенки, вырхушки, перегородки и боковой стенки, единичные экстрасистолы.

Консультации специалистов:

1. Офтальмолог от 17.10

Заключение: признаки ангиопатии сетчатки.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

При проведении дифференциального диагноза пневмонии следует исключить другиие заболевания, сопровождающиеся притуплением перкуторного звука при сравнительной перкуссии лёгких, кашлем и болями грудной клетки: туберкулёз и рак лёгкого.

Туберкулез - это хроническая бактериальная инфекция, которая, как никакая другая инфекция, вызывает наибольшее число смертей по всему миру. Возбудитель инфекции, микобактерия туберкулеза (палочка Коха, бацилла Коха), распространяется воздушно-капельным путем. Первоначально поражает легкие, однако инфекции могут быть подвержены и другие органы. Считается, что микобактерией туберкулеза инфицировано около 2/3 населения планеты. Однако у большинства инфицированных никогда не развивается сам туберкулез. Это происходит только у людей с ослабленной иммунной системой (особенно ВИЧ-инфицированных), когда бацилла преодолевает все защитные барьеры организма, размножается и вызывает активно текущее заболевание. Ежегодно активным туберкулезом заболевает около 8 миллионов человек, около 3 миллионов заболевших погибает.

Легочная форма туберкулеза приводит к характерным болям в груди, кашлю, и отделении мокроты с кровью (вследствие разрушения стенок сосудов). Многие пациенты не испытывают дыхательной недостаточности до тех пор, пока разрушение легких не достигает значительной выраженности, вследствие образования пустот на месте очагов воспаления.

***Диагностика туберкулеза*** - это, прежде всего, кожный туберкулиновый тест более известный как проба Манту. Он позволяет обнаружить факт инфицирования уже спустя 6-8 недель. Туберкулин вводится в кожу предплечья, место инъекции осматривается спустя 48-72 часов. В общем случае, наличие реакции вокруг места укола означает факт инфицирования, причем не только туберкулезной микобактерией. Однако тест может быть полностью неинформативным у пациентов с глубоким поражением иммунной системы, в частности при ВИЧ-инфекции. Для выявления активной формы туберкулеза у пациентов с положительной пробой Манту, существует несколько методов, однако дифференциальная диагностика может быть затруднена вследствие того, что туберкулез может мимикрировать под другие заболевания, в частности пневмонию, абсцессы легких, опухоли или грибковые поражения, либо сочетаться с ними. Единственным тестом, дающим 100% уверенность, является посев мокроты на предмет выявления палочек Коха. Микробиологический диагноз также позволяет установить какие из медикаментов будут эффективными в данном случае. Микобактерии очень плохо растут и бактериологический анализ занимает около 4 недель, определение же чувствительности занимает еще 2-3 недели. Все это делает диагностику и лечение туберкулеза затруднительными.  
 О туберкулезе легких следует подумать, если начало заболевание постепенное, если ему предшествовал период немотивированного недомогания, кашля, субфебрильной температуры. Клинически признаки уплотнения легочной ткани выявляются в области верхушки или верхней доли с одной или двух сторон. При этом они могут быть минимальными - укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание, на ограниченном участке небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов, иногда свистящих хрипов, которые выслушиваются лишь в первый момент после покашливания, а затем исчезают. Рентгенологически затемнение обнаруживается в области верхней доли, может быть однородным или уже на ранних этапах, особенно с помощью томографии, можно обнаружить полости распада.

Рак легкого - одна из наиболее частых локализаций злокачественных новообразований у мужчин и женщин в возрасте старше 40 лет. Вероятность его значительно выше у курящих. При выкуривании 2 и более пачек сигарет в день вероятность рака легкого возрастает в 25-125 раз. Число умерших от злокачественных новообразований по сравнению с 1975 годом увеличилось к 1986 почти на 30%, а первое место в структуре смертности занял рак легких - 20,5%. У одной трети первично выявленных больных диагностируют IV стадию заболевания, и более 40% больных умирает в течение первого года после установления диагноза, что указывает на позднюю диагностику процесса.

***Этиология и патогенез.*** Ни одно из онкологических заболеваний не имеет столь очевидной связи с факторами окружающей среды, условиями производства, бытовыми привычками и индивидуальным стилем жизни, как рак легкого. Курение можно считать самым главным этиологическим фактором. Помимо никотина, канцерогенность которого доказана, в табаке содержатся пиридиновые основания, феноловые тела. При горении табака образуются частички дегтя, они оседают на стенках альвеол, обволакиваются слизью и аккумулируются фагоцитирующими пневмоцитами. Эти "пыльные клетки" выделяются с мокротой, при движении они разрушаются, их содержимое выделяется. Чем ближе к крупным бронхам, тем больше концентрация частичек дегтя в слизи. Таким образом, слизистая крупных и средних бронхов подвергается воздействию табачным дегтем в большей степени. Этим можно объяснить более частое возникновение первичного рака в крупных и средних бронхах.

Установлена четкая зависимость между продолжительностью, характером, способом курения, числом выкуриваемых сигарет или папирос и заболеваемостью раком легкого. В связи с распространением курения среди женщин рак легкого у них стал выявляться чаще; особенно рискуют женщины, начавшие курить с ранних лет, глубоко затягивающиеся, выкуривающие более 20 сигарет в день.

Среди различных этиологических факторов особого внимания заслуживает загрязнение воздушной среды, особенно в крупных промышленных городах (выбросы промышленных предприятий, асфальт, жидкое топливо, каменный уголь). Риск заболевания раком легкого увеличивается при воздействии пыли и газов на рабочем месте: канцерогенным действием обладают цементная пыль, асбест, некоторые искусственные материалы, ароматические углеводы, адсорбированные на коксовой и графитовой пьли. К профессиональным злокачественным опухолям органов дыхания относят новообразования от воздействий соединения хрома, никеля, мышьяка, каменноугольных смол, асбеста, пыли радиоактивных руд (список профессиональных заболеваний, утвержденный МЗ СССР и ВЦСПС от 1970 г.).

В происхождении рака легкого большое значение имеют хронические воспалительные изменения слизистой оболочки бронхов при различных заболеваниях (хронический бронхит, пневмония, туберкулез, локализованный пневмофиброз), которые предшествуют развитию рака легкого у значительного числа больных.

При этих заболеваниях нарушается функция мерцательного эпителия, угнетаются процессы самоочищения и накапливаются канцерогенные вещества, что способствует возникновению очагов плоскоклеточной метаплазии. Рак легкого может возникать в рубцах легочной ткани различной этиологии.

Имеются данные о бластомогенном влиянии физических факторов: облучение солнечными лучами, чрезмерное воздействие радиои рентгеновских лучей, механические травмы и ожоги.

***Клиника.*** Клинические проявления рака легкого многообразны, при этом признаки, характерные для бластоматозного процесса, выявляются нередко только в поздних стадиях болезни. Симптоматика определяется локализацией опухоли, размерами, темпом роста, характером метастазирования. Чем меньше степень дифференцировки клеток опухоли, тем больше склонность к ее метастазированию. Наиболее злокачественное течение отмечается при наличии недифференцированного рака легкого. Раннее поражение плевры и гематогенная диссеминация отмечаются при аденокарциноме. Медленнее развивается плоскоклеточный рак, который в настоящее время является единственным типом опухоли (рака легкого), где наблюдается стадия дисплазии - атипичной метаплазии бронхиального эпителия. Дисплазия эпителия чаще возникает в области разветвления бронхов, на так называемых шпорах. Отдельные участки дисплазии могут переходить в прединвазивный рак (carcinoma in situ), что морфологически выражается в нарастании клеточной атипии, появлении большого числа митозов. По данным А. X. Трахтенберга, даже инвазивный рак способен давать регионарные метастазы. Дисплазия эпителия бронхов встречается в 30 - 50% наблюдений: из них 60 - 80% составляют курящие, 40 - 60% - больные бронхитом (в 25% случаев - при отсутствии воспалительных изменений эпителия бронхов) и лишь 12% - некурящие.

***Патогенез.*** По патогенезу выделяют первичные (местные) клинические симптомы, которые обусловлены наличием опухоли в просвете бронха. При центральном раке они появляются относительно рано, это - кашель, часто сухой, по ночам, плохо поддающийся лечению, кровохарканье в виде прожилок крови, реже - легочное кровотечение, одышка, боли в груди.

Периферический рак достаточно длительно может развиваться бессимптомно и часто является находкой при флюорографии (60 - 80% случаев). Кашель, одышка и кровохарканье не являются ранними симптомами этой формы рака, они свидетельствуют о прорастании опухоли в крупный бронх. Боли на стороне поражения отмечаются не у всех больных и, как правило, непостоянны.

Общие симптомы, такие, как слабость, утомляемость, недомогание, снижение аппетита и трудоспособности, малохарактерны для начальных стадий рака легкого.

Вторичные симптомы рака легкого - следствие осложнений, связанных с нарушением бронхиальной проходимости, вплоть до полной обтурации бронха, с развитием воспаления легкого, абсцедированием или распадом легочной ткани. В этих случаях усиливается одышка, выделяется значительное количество мокроты различного характера, повышается температура тела, могут появляться ознобы, реактивный плеврит, признаки интоксикации. Эти симптомы более характерны для центрального рака, но при распространении периферической опухоли на крупный бронх клинические проявления могут быть сходными при этих двух формах. Периферический рак может протекать с распадом и поэтому напоминать картину легочного абсцесса. При росте опухоли и развитии внутригрудных метастазов присоединяются боли в груди нарастающего характера, связанные с прорастанием грудной стенки, развитием синдрома сдавления верхней полой вены, пищевода. Возможно проявление рака легкого без симптомов со стороны первичного очага поражения, а в виде метастатического поражения тех или иных органов (боли в костях, патологические переломы, неврологические нарушения и другие).

При прогрессировании опухолевого процесса возможно развитие различных синдромов и осложнений:

- *синдром верхней полой вены -* нарушение оттока крови от головы, шеи, верхней части грудной клетки, проявляется развитием коллатеральных вен и отечностью плечевого пояса и шеи;

- *синдром сдавления средостения* (при прорастании опухоли в трахею, пищевод, сердце, перикард), проявляется сиплостью голоса, нарушением акта глотания, болями в области грудины;

- *синдром Пенкоста* (поражение верхушки с прорастанием 1 ребра, сосудов и нервов плечевого пояса), характеризуется выраженной болью в области плечевого пояса, атрофией мышц верхней конечности, развитием синдрома Горнера;

- *перифокальное воспаление -* фокус пневмонии вокруг опухоли, проявляется повышением температуры, кашлем с выделением мокроты, катаральными явлениями;

- *плевральный выпот -* экссудат имеет, как правило, геморрагический характер, не поддается пункционным методам лечения, быстро накапливаясь после удаления;

- *ателектаз,* развивается при прорастании или сдавлении опухолью бронха, в результате чего нарушается пневматизация легочной ткани;

- *синдром неврологических нарушений,* проявляется симптомами паралича диафрагмального и возвратного нервов, нервных узлов, при метастазах в мозг - различными неврологическими нарушениями;

- *карциноидный синдром,* связан с избыточным выделением серотонина, брадикинина, простагландинов, проявляется приступами бронхиальной астмы, гипотонией, тахикардией, гиперемией кожи лица и шеи, тошнотой, рвотой, поносами.

***Диагностика.*** Многообразие и неспецифичность клинических проявлений рака затрудняют диагностику, особенно при осложнениях или при оценке симптомов у лиц, страдающих хроническим бронхитом, туберкулезом, у курильщиков, которые в течение длительного времени могут предъявлять жалобы на кашель с мокротой и одышку.

В начальных стадиях развития рака легкого физикальные приемы диагностики не обладают достаточной информативностью. Перкуссия и аускультация дают обычно скудные данные. Притупление перкуторного звука отмечается при больших размерах опухоли или при ее расположении в краевых участках, в непосредственной близости к грудной стенке. При аускультации на стороне поражения может отмечаться ослабление везикулярного дыхания, обусловленное эмфиземой или ателектазом. При уплотнении легочной ткани вокруг опухоли прослушивается дыхание с бронхиальным оттенком. При сопутствующем бронхите выслушиваются сухие хрипы, при вовлечении плевры - шум ее трения.

Решающее значение при диагностике рака легкого имеет комплексное рентгенологическое (R- и томография) и бронхографическое исследование. Так, при центральном раке выявляются следующие рентгенологические признаки: раковый пневмонит, гиповентиляция, вздутие или ателектаз легочной ткани, тень опухоли с нечеткими контурами, полость распада в зоне ателектаза, плеврит, сливающийся с ателектазом, сужение крупных бронхов, увеличение лимфатических узлов корня легкого и средостения. Бронхография при центральном раке выявляет сужение просвета бронха, закрытие просвета бронха, симптом "культи" бронха, перемещение бронха.

В сложных случаях используется рентгеновская компьютерная томография или томография на основе ядерного магнитного резонанса.

Бронхоскопическое исследование - обязательная диагностическая процедура у больных и лиц с подозрением на рак легкого. Она позволяет провести цитологическое и гистологическое исследования, установить распространенность опухоли по бронхиальному дереву, уточнить объем предстоящей операции. При бронхоскопии обязательны биопсия выявленной опухоли бронха, пункционная биопсия или получение бронхиального секрета (промывных вод) для гистологического и цитологического исследования.

Бронхоскопически выявляют следующие признаки рака бронха: Опухоль с некротизированием и обтурацией просвета бронха или имеющая вид полипа с гладкой поверхностью. Стенка бронха может быть уплотнена, инфильтрирована, слизистая нередко отечна и кровоточит, отмечается венэктазия, смещение устьев бронхов, уплощение картины бифуркации трахеи.

Из других эндоскопических методов используют медиастиноскопию и торакоскопию. Медиастиноскопия показана при обнаружении в средостении увеличенных лимфатических узлов, подозрительных на метастатическое поражение плевры, облегчает дифференциальную диагностику с мезотелиомой плевры.

Завершающей процедурой в случае неясного диагноза в отдельных случаях становится диагностическая торакотомия, которая при подтверждении рака легкого во время срочного гистологического исследования может перейти в лечебную.

С диагностической целью используют и другие методы исследования: анализ мокроты и плеврального выпота на атипичные клетки, производят несколько раз подряд (3-5-8). При исследовании периферической крови у части больных может быть лейкоцитоз, увеличение **СОЭ** и тромбoцитоз.

Повышенную продукцию эктопического АКТГ, АДГ, паратгормона, тирокальцитонина используют в качестве биохимических маркеров рака легкого, которые определяются с помощью радиоиммунопогического исследования.

# **ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

## Анализируя весь симптомокомплекс у больного, то есть жалобы на момент поступления на постоянные, интенсивные, колющие боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, пальпации и кашле, кашель с выделением слизистой мокроты, слабость, одышку смешанного характера и повышение температуры тела; данные из анамнеза заболевания: резкое развитие всех симптомов, высокая лихорадка (39°С), появления слабости; данные объективного исследования: уменьшение подвижности нижнего края правого легкого, притупление перкуторного звука справа в нижнем отделе, появление жёсткого дыхания и наличие влажных мелкопузырчатых хрипов; данные лабораторно-инструментальных исследований: наличие в крови лейкоцитоза (15,3\*109/л) с преобладанием в лейкоцитарной формуле палочкоядерных, при рентгенологическом исследовании грудной клетки - обнаружение инфильтрации в нижней доле правого легкого, мы можем выделить несколько главных синдромов: болевого, интоксикационного, дыхательной недостаточности. Данные объективного и лабораторно-инструментального исследований позволяют связать эти синдромы с поражением нижнего отдела правого легкого, характерного для пневмонии. Окончательный диагноз будет звучать: "Острая внебольничная правосторонняя очаговая нижнедолевая пневмония".

## Клинический диагноз: Острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония в нижней доле.

## Сопутствующие заболевания - ИБС. Постинфарктный (ОИМ 1994 г.) и атеросклеротический кардиосклероз. ГБ II стадии.

# **ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПАТАЛОГОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНАХ**

***Определение***

Термин пневмония объединяет группу различных по этиологии, патогенезу и морфологической характеристике острых очаговых инфекционно-воспалительных заболеваний легких с преимущественным вовлечением в патологический процесс респираторных отделов и наличием внутриальвеолярной экссудации.

Следует отметить, что привычное для отечественных врачей словосочетание острая пневмония уже давно не используется за рубежом, поскольку пневмония является в принципе острым инфекционным заболеванием. Поэтому следует согласиться, что определение острая перед диагнозом пневмония является излишним, особенно учитывая то обстоятельство, что диагноз хроническая пневмония практически вышел из употребления.

***Эпидемиология***

Пневмония остается одним из распространенных заболеваний. Так, в России среднестатистические показатели заболеваемости составляют 10 - 15%о. В последние годы в нашей стране отмечается устойчивая тенденция, демонстрирующая увеличение смертности от пневмонии - этот показатель в середине 90-х годов достиг отметки 18/100 000 населения; увеличилась и больничная летальность (до 2,2%).

***Этиология***

Вызывать пневмонию могут практически все известные на сегодняшний день инфекционные агенты. Однако на практике подавляющее большинство случаев пневмонии вызывается сравнительно ограниченным количеством видов микроорганизмов. Для прогнозирования этиологии пневмоний крайне важно их подразделение на внебольничные (внебольнично приобретенные) и госпитальные (внутрибольничные, нозокомиальные). К последним относятся случаи заболевания, характеризующиеся появлением спустя 48 часов после госпитализации нового легочного инфильтрата в сочетании с клиническими данными, подтверждающими его инфекционную природу (новая волна лихорадки, гнойная мокрота, лейкоцитоз и др.), при исключении инфекций, которые находились в инкубационном периоде на момент поступления. Подразделение пневмонии на внебольничную и госпитальную никак не связано с тяжестью течения заболевания. Основным и единственным критерием разграничения является то окружение, в котором развилась пневмония. Для внебольничной пневмонии возможно с высокой степенью вероятности предсказать этиологию заболевания. Госпитальная пневмония характеризуется большим разнообразием и несколько иной этиологической структурой.

К числу актуальных микроорганизмов, ответственных за развитие внебольничной пневмонии, относятся следующие:

1. Streptococcus pneumoniae (пневмококк) - самый частый возбудитель пневмонии среди всех возрастных групп (30% и более);
2. Mycoplasma pneumoniae вызывает внебольничную пневмонию в 20-30% случаев у лиц моложе 35 лет; этиологический вклад этого возбудителя у лиц старших возрастных групп оценивается более скромно (1-9%);
3. Сhlamydia pneumoniae вызывает пневмонию, как правило, нетяжелого течения, в 2-8% случаев;
4. Haemophilus influenzae ответственна за развитие пневмонии у взрослых (чаще у курильщиков и больных, страдающих хроническим обструктивным бронхитом) в 5-18% случаев;
5. Legionella spp. (прежде всего Legionella pneumophila) - нечастый возбудитель внебольничной пневмонии (2-10%); однако легионеллезная пневмония занимает второе место (после пневмококковой) среди смертельных случаев заболевания;
6. Кишечные грамотрицательные палочки (прежде всего семейство Enterobacteriaceae) - неактуальный возбудитель внебольничной пневмонии (< 5 %), как правило, у больных с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, почечная, печеночная недостаточность и др.);
7. Staphylococcus aureus - неактуальный возбудитель (< 5%), как правило, у больных с известными факторами риска (пожилой возраст, наркомания, хронический гемодиализ, переносимый грипп);
8. Moraxella (Branhamella) catarrhalis - неактуальный возбудитель (1-2%), как правило, у больных с сопутствующим хроническим обструктивным бронхитом.

Важным также представляется разграничение респираторных вирусных инфекций и собственно пневмонии. Респираторные вирусные инфекции и, в первую очередь, эпидемический грипп, безусловно, являются ведущим фактором риска развития пневмонии. Однако вызываемые вирусами изменения в легких называть пневмонией не следует и, более того, необходимо четко от нее отграничивать по клинико-рентгенологическим признакам, поскольку подход к лечению этих двух заболеваний должен быть принципиально различным. С этой точки зрения представляется не вполне удачным широко распространенный термин вирусно-бактериальная пневмония, поскольку собственно бактериальная пневмония качественно отличается от чаще всего интерстициального вирусного поражения легких.

***Патогенез***

К числу известных механизмов противоинфекционной защиты нижних дыхательных путей относятся механические, фагоцитарные, иммунологические и секреторные. У здорового индивида между совершенными механизмами защиты и экспозицией микроорганизмов существует динамический баланс, обеспечивающий стерильность трахеобронхиального дерева практически на всем его протяжении (от гортани до терминальных бронхиол). При развитии пневмонии этот баланс нарушается. Принципиально можно выделить четыре патогенетических механизма, с разной частотой ответственных за развитие пневмонии: а) аспирация секрета ротоглотки; б) вдыхание аэрозоля, содержащего микроорганизмы; в) гематогенное распространение из отдаленного очага инфекции (эндокардит трикуспидального клапана, септический тромбофлебит вен таза); г) непосредственное распространение из соседнего инфицированного участка ткани (например, абсцесс печени) или в результате проникающего ранения грудной клетки.

***Патологическая анатомия***

Наиболее демонстративно представлены патоморфологические изменения при лобарной пневмококковой пневмонии (крупозной пневмонии). Они включают известные стадии: а) стадия прилива - гиперемия легочной ткани, нарушение проницаемости капилляров с нарастанием воспалительного отека; б) стадия красного опеченения - диапедез форменных элементов крови (в основном эритроцитов) и выпот белков плазмы (прежде всего, фибрина) в альвеолы и респираторные бронхиолы; в) стадия серого опеченения - альвеолы заполняются большим количеством нейтрофилов; г) стадия разрешения. Впрочем, подобная стадийность в известном смысле условна, поскольку в пораженном участке легкого наблюдается сочетание всех указанных стадий воспалительного процесса или преобладание одной из них.

При очаговой пневмонии изменения часто ограничиваются долькой или сегментом. Наблюдается чередование очагов воспаления с более темными участками ателектаза и светлыми зонами викарной эмфиземы, что придает фокусу поражения характерный пестрый вид. Внутриальвеолярный экссудат чаще носит серозный характер, однако может быть гнойным, геморрагическим или смешанным. В отличие от крупозной пневмонии фибрин в экссудате отсутствует или его содержание незначительно.

***Клиническая картина***

В типичных случаях пневмония характеризуется острым или даже внезапным началом с озноба, повышения температуры тела > 38,0 0С, чувства заложенности в груди, одышки и иногда болей в грудной клетке при дыхании. В анализах крови отмечается лейкоцитоз (> 10 000/мкл) и/или палочкоядерный сдвиг до 10% и более. Постепенно нарастает интоксикация. Чаще с конца первых суток появляется кашель с мокротой. У некоторых больных превалируют внелегочные проявления, например, спутанность сознания или дезориентация, но иногда, особенно у престарелых, а также лиц, страдающих алкоголизмом или нейтропенией, легочная симптоматика может отсутствовать. При сборе анамнеза важно получить данные о продромальном периоде, начале заболевания (внезапное или постепенное), аналогичных заболеваниях у членов семьи или лиц, с которыми контактировал больной, о контактах с животными, недавних путешествиях.

Физикальное обследование легких сохраняет существенное значение для ориентировочной первичной диагностики. Чрезвычайно важной особенностью собственно пневмонии, выявляемой при перкуссии и аускультации является асимметричность, односторонность поражения, поскольку первично двусторонние внебольничные пневмонии встречаются исключительно редко. Поэтому определяемые симметричные симптомы (например, хрипы или крепитация) чаще всего свидетельствуют о вирусном поражении бронхов и/или интерстициальной ткани легкого, левожелудочковой недостаточности, усилившейся в связи с переносимым респираторным вирусным заболеванием, но не о собственно пневмонии. Клинический опыт свидетельствует, что при диагнозе направления двусторонняя пневмония пневмония чаще всего исключается вообще. При перкуссии и аускультации выявляют укорочение (или тупость) перкуторного звука, ограничение подвижности легочного края, изменение дыхания (ослабленное, жесткое, бронхиальное) над зоной поражения, локальная инспираторная крепитация и/или фокус мелкопузырчатых влажных хрипов.

Топическое описание, а вместе с ним и синдромологическая диагностика пневмонии завершается рентгенологическим исследованием и сопоставлением полученных при этом данных с результатами физического обследования пациента. Типичным рентгенологическим признаком собственно пневмонии является инфильтративное, обычно одностороннее затемение легочной ткани, которое может быть очаговым, сливным, сегментарным (полисегментарным), долевым (обычно гомогенным) или еще более обширным. Так называемые центральные или прикорневые пневмонии практически не встречаются, и такой диагноз связан исключительно с исследованием легких только во фронтальной проекции, при которой затенения в 3 и 6 сегментах проецируются на область корня. Чрезвычайно важно в практическом отношении дифференцировать инфильтративные затенения, свойственные собственно пневмонии, от отека интерстициальной ткани, характерного для чисто вирусных поражений, респираторного дистресс-синдрома взрослых, кардиогенного застоя в легких. Рентгенологические изменения при перечисленных состояниях чаще всего характеризуются двусторонностью и состоят в расширении и нечеткости корней, усилении сосудистого рисунка в виде сетчатости, ячеистости, появлении перегородочных линий Керли над диафрагмой. При присоединении элементов альвеолярного отека преимущественно в нижних отделах обоих легких появляются симметричные сливающиеся очаговые затенения, делающие нечеткими границы куполов диафрагмы. Для интерстициального и альвеолярного отека характерна динамичность рентгенологической картины: возможно отчетливое прогрессирование или ослабление затенений в течение нескольких часов.

## Особой демонстративностью отличается пневмококковая пневмония, которую в нашей стране нередко продолжают называть крупозная пневмония. В ряду ведущих клинических признаков этой формы пневмонии следует отметить острое начало, озноб, рвоту, боли в груди при вдохе, стойко высокую температуру тела с последующим ее критическим падением, отчетливость аускультативных и перкуторных изменений в легких, отделение ржавой или бурой, тягучей стекловидной мокроты. При рентгенографии органов грудной клетки визуализируется гомогенная инфильтрация доли или сегмента (формирование полостей деструкции нетипично); характерна отчетливая плевральная реакция или ограниченный плевральный выпот; в случаях лобарного распространения пневмонической инфильтрации границы пораженной доли представляются выпуклыми, визуализируется феномен воздушной бронхографии. Типичными лабораторными находками являются выраженный нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы (палочкоядерный нейтрофилез более 15%, метамиелоциты в периферической крови), токсигенная зернистость нейтрофилов, анэозинофилия, гиперфибриногенемия, протеинурия, уробилинурия, цилиндрурия.

Так, в частности, микоплазменная пневмония чаще всего диагностируется у лиц детского, юношеского и молодого возраста; характерны эпидемические вспышки или групповые случаи заболевания в тесно взаимодействующих коллективах (школьники, военнослужащие). Начало заболевания постепенное, доминирующими симптомами являются надсадный непродуктивный кашель и/или боли в горле при глотании. При обследовании больного обращают на себя внимание стойкая тахикардия, наклонность к гипотензии. Физикальные изменения со стороны легких представлены сдержанно: как правило, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы и незвучная крепитация над зоной легочного поражения при отсутствии притупления перкуторного звука и усиления голосового дрожания (бронхофонии). У части больных отмечаются шейная, реже генерализованная лимфаденопатия, кожные сыпи, пальпируется увеличенная печень, изредка выявляется спленомегалия. При рентгенографии органов грудной клетки визуализируется неоднородная очагово-сливная или ретикуло-нодулярная инфильтрация преимущественно нижних долей легких; чрезвычайной редкостью для микоплазменной пневмонии являются случаи распространенной и интенсивной пневмонической инфильтрации, плевральный выпот, абсолютно нетипично абсцедирование легочной ткани. В ряду лабораторных изменений, описываемых при микоплазменной пневмонии, с разной частотой фигурируют нормоцитоз или лейкоцитоз, умеренное увеличение СОЭ, повышение титра холодовых гемагглютининов, признаки гемолиза (положительная проба Кумбса, умеренный ретикулоцитоз).

В диагностике легионеллезной пневмонии (болезни легионеров) особое значение имеют следующие детали эпидемиологического анамнеза - земляные работы, строительство, проживание вблизи открытых водоемов, контакт с кондиционерами, увлажнителями воздуха, развитие заболевания в теплые месяцы (вторая половина весны, лето, начало осени). Характерными дебютными признаками болезни легионеров являются острое начало, высокая лихорадка, одышка, сухой кашель, плевральные боли, цианоз, преходящая диарея, нарушения сознания, миалгии, артралгии. В анализах клинической гемограммы обращает на себя внимание относительная или абсолютная лимфопения на фоне умеренного лейкоцитоза со сдвигом влево, нередко значительное увеличение СОЭ до 50-60 мм/час.

К сожалению, в большинстве случаев, основываясь на анализе актуальной клинико-рентгенологической картины заболевания, не удается высказаться с определенностью о вероятной этиологии пневмонии.

# **ЛЕЧЕНИЕ**

## Лечение заболевания.

1. Наибольшее значение в комплексном лечении острых пневмоний принадлежит адекватному назначению антибактериальных препаратов: антибиотиков, сульфаниламидов, препаратов нитрофуранового ряда. Основными принципами антибактериальной терапии являются раннее начало лечения, учет вида возбудителя и его чувствительности к препарату, применение адекватных доз и оптимального ритма введения, обеспечивающих лечебную концентрацию препарата в очаге поражения. До получения результатов бактериологического исследования, а также в случаях невозможности идентифициро-

вать возбудитель антибактериальные препараты назначают с учетом характера клини ческой картины и тяжести заболевания. При этом применяют бактерицидные антибиотики широкого спектра действия, обычно полусинтетические пенициллины и цефалоспорины. Например:  
1)Карбенициллин. Синтетический пенициллин. Обладает бактерицидным действием в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Показания: инфекционные заболевания, вызванные микроорганизмами, чувствительными к этому препарату. Побочное действие: аллергические реакции.

Rp.: Carbenicillini-dinatrici 1,0  
 D.T.D.N. 20  
 S. Содержимое флакона растворить в 5 мл физиологического раство-  
 ра, вводить внутримышечно 4 раза в сутки.  
2)Гентамицин. Антибиотик-аминогликозид. Обладает бактерицидным действием в отношении грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов. Показания: инфекционные заболевания, вызванные микроорганизмами, чувствительными к этому препарату. Побочные действия: аллергические реакции, ототоксическое и нефротоксическое действие.  
Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4%-2ml  
 D.T.D.N. 15  
 S. Вводить по 2 мл внутримышечно 3 раза в сутки.

1. Дезинтоксикационная терапия. Назначают:  
   1)Обильное питье.  
   2)Гемодез. Группа плазмозамещающих растворов. Механизм действия: обусловлен способностью низкомолекулярного поливинил пирролидона связывать токсины, циркулирующие в крови, и быстро выводить их из организма. Показания: для дезинтоксикации организма при токсических формах острых легочных, желудочно-кишечных заболеваний, ожоговой болезни. Побочные действия: понижение артериального давления, тахикардия, затруднение дыхания.  
   Rp.: Sol. Haemodesi 400,0  
    D.T.D.N. 2  
    S. Вводить по 400 мл внутривенно, капельно, медленно через день.  
   3)Кальция глюконат. Назначаем как средство, уменьшающее проницаемость сосудов при эксудативных процессах (пневмония, выпотной плеврит) и как дезинтоксикационное средство. Побочные действия: тошнота, рвота, понос, замедление пульса.  
   Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10%-10ml  
    D.T.D.N. 5 in amp.  
    S. Вводить по 10 мл внутри мышечно 1 раз в день-днем, через день.  
   4)Натрия тиосульфат. Механизм действия: оказывает противотоксическое, противовоспалительное и десинсибилизирующее действие. Показания: отравление солями тяжелых металлов, тяжелые инфекционные заболевания, кожные заболевания.  
   Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-10ml  
    D.T.D.N. 5 in amp.  
    S. Вводить внутривенно, медленно по 10 мл 1 раз в день, через   
    день.  
   5)Лазикс. (Фуросемид). Салуретик. Механизм действия: угнетение реабсорбции Na и Cl в проксимальных, дистальных извитых канальцах и в области восходящего отдела петли Генле. Показания: усиление диуреза и выведения токсических продуктов. Побочные действия: тошнота, понос, гиперемия кожи, зуд, гипотензия, интерстициальный нефрит.  
   Rp.: Sol. "Lasix" (20mg)  
    D.T.D.N. 3 in amp.  
    S. Вводить по 20 мг внутривенно 1 раз в день, через день.
2. Назначение витаминотерапии. Лечение симптоматическое или назначение поливитаминов.
3. Назначение анальгетиков для купирования болевого синдрома.  
   1)Анальгин. Ненаркотический анальгетик. Обладает выраженным анальгезирующим, ражопонижающим и противоваспалительным действием. Показания: боли различного происхождения. Побочные действия: угнетение кроветворения и аллергические реакции.  
   Rp.: Sol. Analgini 50%-2ml  
    D.T.D.N. 5 in amp.  
    S. Вводить внутримышечно по 2 мл по необходимости.  
   2)Для потенцирования действия анальгина применяем димедрол. Антигистаминный препарат. Механизм действия: блокирует Н1-рецепторы, расслабляет гладкую мускулатуру, обладает седативным действием. Показание: успокаивающее и снотворное действие. Побочные действия: сонливость и общая слабость.  
   Rp.: Sol. Dimedroli 1%-1ml  
    D.T.D.N. 5 in amp.  
    S. По 1 мл внутримышечно при необходимости.
4. Борьба с дыхательной недостаточностью. Препаратом выбора является эуфиллин.  
   Эуфиллин. Спазмолитик. Механизм действия: расслабляет мышцы бронхов, понижает сопротивление кровеносных сосудов, понижает давление в системе легочной артерии, увеличивает почечный кровоток, оказывает диуретическое действие. Показания: гипертензия в малом круге кровообращения. Побочные явления: дерматит, лихорадочная реакция.  
   Rp.: Sol. Euphyllini 2,4%-10ml  
    D.T.D.N. 2 in amp.  
    S. Вводить внутривенно, капельно по 10 мл, предварительно развес-   
    ти в 200 мл физиологического раствора.
5. Улучшение дренажной функции и бронхиальной проходимости достигается назначением отхаркивающих (йодид калия, мукалтин, бромгексин, термопсис), бронхолитических средств, ферментных препаратов (трипсина, химотрипсина, рибонуклеазы, камфоры).  
   Бромгексин. Муколитик. Механизм действия: муколитический эффект связан с деполимеризацией и разжижением мукопротеиновых и мукополисахаридных волокон, стимулирует образование сурфактанта. Показания: бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма, туберкулез легких. Побочные действия: аллергические реакции, диспепсические расстройства.  
   Rp.: Tab. Bromhexini 0,008  
    D.T.D.N. 40  
    S. По 2 таблетки 3 раза в день.
6. Для ускорения рассасывания воспалительного процесса, улучшения дренажной функции, уменьшение вязкости мокроты назначают физиотерапевтическое лечение: ингаляции щелочей, бронхолитиков, отхаркивающих, электрофорез хлорида кальция, аскорбиновой кислоты, цинка, йода, гепарина, лидазы, УВЧ-терапия, микроволновая терапия, иглоукалывание, массаж грудной клетки, ЛФК.

## Лечение больного.

1. Назначаем диету № 10, режим 2.
2. Антибактериальная терапия. Назначаем карбенициллин и гентамицин.  
   Rp.: Carbenicillini-dinatrici 1,0  
    D.T.D.N. 20  
    S. Содержимое флакона растворить в 5 мл физиологического раство-  
    ра, вводить внутримышечно 4 раза в сутки.  
    #  
   Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 4%-2ml  
    D.T.D.N. 15  
    S. Вводить по 2 мл внутримышечно 3 раза в сутки.
3. Проводим дезинтоксикационную терапию. Для этого назначаем гемодез, кальция глюконат, натрия тиосульфат, лазикс.

Rp.: Sol. Haemodesi 400,0  
 D.T.D.N. 2  
 S. Вводить по 400 мл внутривенно, капельно, медленно через день.  
 #  
Rp.: Sol. Calcii gluconatis 10%-10ml  
 D.T.D.N. 5 in amp.  
 S. Вводить по 10 мл внутри мышечно 1 раз в день-днем, через день.  
 #  
Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-10ml  
 D.T.D.N. 5 in amp.  
 S. Вводить внутривенно, медленно по 10 мл 1 раз в день, через   
 день.  
 #  
Rp.: Sol. "Lasix" (20mg)  
 D.T.D.N. 3 in amp.  
 S. Вводить по 20 мг внутривенно 1 раз в день, через день.

1. Снимаем болевой синдром анальгином с димедролом.  
   Rp.: Sol. Analgini 50%-2ml  
    D.T.D.N. 5 in amp.  
    S. Вводить внутримышечно по 2 мл по необходимости.  
    #  
   Rp.: Sol. Dimedroli 1%-1ml  
    D.T.D.N. 5 in amp.  
    S. По 1 мл внутримышечно при необходимости.
2. Для разжижения мокроты и улучшения дренажной функции назначаем муколитик бромгексин.  
   Rp.: Tab. Bromhexini 0,008  
    D.T.D.N. 40  
    S. По 2 таблетки 3 раза в день.

## Для улучшения рассасывания воспалительного инфильтрата и быстрейшего выздоровления назначаем физиотерапию: УВЧ-терапию грудной клетки слева, электрофорез цинка и йода в грудную клетку, массаж грудной клетки, ингаляции.

## Лечение больного в стационаре.

## Rp.: S. Ampicillini 1,0

## D.T.D.N. 20

## S. Содержимое флакона растворить в 5 мл физиологического раство- ра, вводить внутримышечно 4 раза в сутки. #

## Rp.: Tab. Aspirini 0,5

## D.T.D.N. 25

S. По 1/4 таблетки 1 раз в сутки.

## #

## 3. Rp.: Tab. Phenosepami 0,01

## D.T.D.N. 25

S. По 1 таблетке на ночь.

## # 4. Rp.: Tab. Furisemidi 0,04

## D.T.D.N. 25

S. По 1 таблетке утром.

## #

## 5. Rp.: S. Diclophenaci 3,0 pro injectionibus

## D.T.D.N.10 in amp.

## S. Содержимое 1 ампулы вводить внутримышечно вечером.

## #

## Отхаркивающая микстура.

# **ПРОГНОЗ**

## По основному заболеванию прогноз для жизни благоприятный. Возможно полное выздоровление при адекватном лечении и проведении соответствующей реабилитации.

# **ПРОФИЛАКТИКА**

## Профилактика только не специфическая - 1) проведение профилактических осмотров для выявления очагов хронической инфекции; 2) санация полости рта и зева; 3) оздоровление санитарных условий в учебных и рабочих помещениях, борьба с запыленностью воздуха; 4) своевременность и широкое проведение профилактических прививок; 5) борьба с курением и алкоголизмом; 6) закаливание организма; 7) широкая санитарно-просветительная работа среди населения.

# **ЭПИКРИЗ**

# Больной Полупанов Александр Павлович поступил в клинику 10 ноября 2002 года с жалобами на: высокую температуру тела (39°С), постоянные колющие боли в правом подреберье усиливающиеся при дыхании, кашле и пальпации, кашель с выделением слизистой мокроты, одышку и слабость. За время пребывания в клинике больной был осмотрен и ему были проведены общие и лабораторно-инструментальные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, рентгенография грудной клетки, консультация офтальмолога. При этом было выявлено наличие влажных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах правого лёгкого, уменьшение подвижности нижнего края правого легкого, жесткое дыхание, притупление перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого; лейкоцитоз с нейтрофилёзом; при рентгенологическом исследовании - инфильтрат справа, наличии выпота в плевоальную полость справа, застойные явления в лёгких. Данные исследований позволили поставить диагноз: «Острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония нижней доли.» Проводилось лечение: медикоментозное (ампициллин, аспирин, фенозепам, фуросемид, диклофенак, отхаркиваящая микстура). Самочувствие больного улучшилось: перестали беспокоить боли, прошла слабость, перестал беспокоить кашель, перестала выделяться мокрота. 22 октября больной был выписан. По основному заболеванию прогноз для жизни благоприятный. Для полного выздоровления показано курортно-санаторное лечение.

## Ds: острая внебольничная правосторонняя очаговая пневмония в нижней доле.

## Подпись студента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Заключение ассистента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **ЛИТЕРАТУРА**

## М.И.Кузин «Хирургические болезни» Москва «Медицина» 1987 год.

## «Хирургическое лечение злокачественных опухолей» Б. Е. Петерсон. Москва «Медицина» 1976 год.

## «Внутренние болезни» под редакцией Б. И. Шлутко. Издание вто рое, исправленное и дополненое. Санкт-Петербург 1994 год.

## Большая медицинская энциклопедия

## 2:5030/434@FidoNet

## [HTTP://medinfo.home.ml.or](HTTP://medinfo.home.ml.org)g

## <HTTP://doctor.ru/medinfo>

## E-mail: [medinfo@mail.admiral.ru](mailto:medinfo@mail.admiral.ru)

## Проэкт IT-MED клиника ON-LINE

## <http://it-med.ru/library/d/disstuber.htm>

## ПОЗВОНОК.RU «Кавернозный туберкулёз лёгких»

## <http://www.pozvonok.ru/med/page_3_1_6.html>

## PRIVIVKA.RU «Туберкулёз»

## http://www.privivka.ru/infect/tb.htm

При подготовке данной статьи были частично использованы материалы:   
[Tuberculosis factsheet by NIAID, US](http://www.niaid.nih.gov/factsheets/tb.htm)

## «Туберкулёз»

## http://hippocrate.narod.ru/library/t/tuber2.htm

## «Синдром уплотнения лёгочной ткани»

## http://projects.karelia.ru/diagnostika/pulmon/razdel5/razdel5\_31.htm

## Журнал «Новости лучевой диагностики»

## «Центральный рак лёгкого» Дзюбан В. П.

## НИИ онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н.Александрова, г. Минск http://www.nld.unibel.by/101/stat4.htm

## Петрозаводский государственный университет, учебное пособие «Рак лёгкого», кафедра госпитальной хирургии, И. Е. Бахлаев, А. П. Толпинский. 2002 год.

## http://media.karelia.ru/~resource/oncology10/intro.htm

## Медицинский справочник ДОМАШНИЙ ДОКТОР, редакторы – В. Ф. Тулянкин, Т. И. Тулянкина, «Рак лёгкого».

## http://rtk.dax.ru/libdd/libdd330.html

## «Заболевания органов дыхания»

## http://omsktherapya.narod.ru/011.htm

## ПОЗВОНОК.RU «Рак лёгкого»

## http://www.pozvonok.ru/med/page\_1\_1\_12.html

## «Рак лёгкого»

## http://www.dopomoha.kiev.ua/tersprav/doc/g1r1\_11.htm

## «Пневмония» А. И. Синопальников

## http://www.kuban.su/medicine/shtm/baza/pulmo/pneu.htm

# **ДНЕВНИК КУРАЦИИ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 14.10.02 | 36,8 | 36,6 | Жалуется на кашель с небольшим количеством белой мокроты, на тупую боль в правом боку по рёберной дуге при механическом раздражении.Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, на контакт идёт легко. Пульс 68 уд/мин. АД 150/80 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык влажный чистый. Зубы частично отсутствуют. Лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Присутствует систолический шум на верхушке, не проводится. Имеется гипертрофия левого желудочка и смещение левой границы относительной сердечной тупости кнаружи. Дыхание жесткое. Присутствуют влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах лёгких. Притупление перкуторного звука над лёгкими в нижней части грудной клетки. Живот мягкий, подвздут, безболезненный, равномерно участвует в акте дыхания. Печень не выступает из-под рёберной дуги. Мочеиспускание самостоятельное, без затрудноний. Присутствуют отёки на нижних третях голеней. Стул оформлен, коричневый, без примесей. Диурез в пределах нормы. Пульс 76 уд/мин., ритмичный. АД 130/80. | Режим 2 Диета №10 S. Ampicillini 1,0 в/м 4р/суткиTab. Aspirini 0,5 по ¼ таблетки 1 р/суткиTab. Phenosipami 0,01 по 1 таблетке 1 раз на ночьTab. Furosemidi 0,04 по 1 таблетке утромОтхаркивающая микстура |
| 15.10.02 | 36,4 | 36,6 | Жалуется на кашель с небольшим количеством белой мокроты, на колющую боль в правом подреберье при дыхании, кашле и пальпации.Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, на контакт идёт легко. Пульс 73 уд/мин., ритмичный. АД 140/75. | Режим 2 Диета №10Назначения те же |
| 16.10.02 | 36,8 | 36,7 | Жалуется на колющие боли в правом подреберье при дыхании, кашле и пальпации. Состояние удовлетворительное. Пульс 72 уд/мин., ритмичный. АД 135/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, слегка подвздут. Отёков нет. Отправления в норме. | Режим 2 Диета №10Назначения те же |
| 17.10.02 | 36,6 | 36,7 | Боли в правом подреберье умеренные. Симптом Ортнера слабо «+». Состояние удовлетворительное. Беспокоит лёгкий кашель. Пульс 68 уд/мин., ритмичный. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Отправления в норме. | Режим 2Диета №10Назначения те же+ S. Diclophenaci 3,0 в/м вечером |
| 18.10.02 | 36,8 | 36,6 | Жалуется на колющие боли в правом подреберье при дыхании, кашле и пальпации. Симптом Ортнера слабо «+». Кашель беспокоит мало. Состояние удовлетворительное. Пульс 70 уд/мин., ритмичный. АД 135/80 мм.рт.ст. | Режим 2Диета №10Назначения те же + S. Diclophenaci 3,0 в/м вечером |
| 19.10.02 | 36,9 | 36,8 | Жалуется на колющие боли в правом подреберье при дыхании, кашле и пальпации. Симптом Ортнера слабо «+». Кашель беспокоит мало. Состояние удовлетворительное. Пульс 70 уд/мин., ритмичный. АД 135/80 мм.рт.ст. | Режим 2Диета №10Назначения те же + S. Diclophenaci 3,0 в/м вечером |
| 20.10.02 | 36,7 | 36,7 | Состояние значительно улучшилось. Кашель не беспокоит. Болей в правом подреберье нет. В лёгких единичные хрипы в нижних отделах. Пульс 82 уд/мин., ритмичный. АД 130/80 мм.рт.ст. | Режим 2Диета №10Назначения те же + S. Diclophenaci 3,0 в/м вечером |
| 21.10.02 | 36,7 | 36,6 | Отчётливая положительная клиническая и рентгенологическая динамика. Состояние удовлетворительное. Пульс 64 уд/мин., ритмичный. АД 150/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушенные, систолический шум на верхушке; не проводится. Дыхание несколько ослаблено справа в нижних отделах. Там же единичные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный, отёков нет. | Режим 2Диета №10Назначения те же + S. Diclophenaci 3,0в/м вечеромКроме ампициллина – отменён. |
| 22.10.02 | 36,5 | 36,7 | Состояние удовлетворительное. Кашель не беспокоит. Болей в правом подреберье нет. В лёгких единичные хрипы в нижних отделах. Пульс 72 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм.рт.ст.Больной Полупанов Александр Павлович 1930 года рождения выписан. | Режим 2Диета №10 |
| 23.10.02 | 36,8 | 36,7 | Для дальнейшей курации принял больного Дикалова Александра Анатольевича 1959 года рождения.Жалоб на момент осмотра не предьявляет. При поступлении беспокоила боль в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, одышки инспираторного характера.Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, на контакт идёт легко. Пульс 70 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык влажный чистый. Тоны сердца ритмичные, ясные. Область сердца без видимых изменений. Границы сердечной тупости в норме. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, равномерно участвует в акте дыхания. Печень не выступает из-под рёберной дуги. Мочеиспускание самостоятельное, без затрудноний. Физиологические отправления без видимых отклонений. Диурез в пределах нормы. | Режим 1Диета №15Tab. Bromgexini 0,08 по 2 таблетки 3 р/деньTab. Ranithidini 0,3 по 1 таблетке на ночь |
| 24.10.02 | 36,6 | 36,7 | Состояние прежнее. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 74 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм.рт.ст. Дыхание жёсткое. Шумов нет. Физиологические отправления в норме. | Режим 1Диета №15Tab. Bromgexini 0,08 по 2 таблетки 3 р/деньTab. Ranithidini 0,3 по 1 таблетке на ночь |
| 25.10.02 | 36,7 | 36,8 | Состояние прежнее. Пульс 68 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм.рт.ст. Дыхание жёсткое. Шумов нет. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Физиологические отправления в пределах нормы. | Режим 1Диета №15Tab. Bromgexini 0,08 по 2 таблетки 3 р/деньTab. Ranithidini 0,3 по 1 таблетке на ночь |

#### Copyright © SoS-H-NeW

2:5030/2333.10@FidoNet

mandibularis@mail.ru