Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней №2 им. проф. А.М.Дыхно

Дисциплина: «Госпитальная хирургия»

Зав. кафедрой: Черданцев Д.В.

Преподаватель, доцент: Коваленко А.А.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

ФИО пациента:Пациент К., 49 лет

Клинический диагноз: Внебольничная нижнедолевая левосторонняя пневмония S7, S8, средней степени тяжести. Экссудативный левосторонний плеврит (V 400-450 мл). Экссудативный перикардит вторичный без признаков сдавления. ГБ III ст., риск 4. СН II A ст. (II ф.к. по NYHA). ДН I.

Куратор: студентка 502 группы

 Специальности «лечебное дело»

Дружинина Е.И.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество баллов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Красноярск 2019

1. **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**
2. Ф.И.О. больного: Пациент К.
3. Дата и время поступления: 08.10.2019 в 13:45
4. Пол: мужской
5. Возраст: 49 лет
6. Профессия и место работы: сторож ООО АгроЯрск
7. Место жительства: Красноярский край, р-н Сухобузимский
8. Диагноз при поступлении: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония S7, S8. ГБ III ст., риск 4. СН II A ст. (II ф.к. по NYHA). ДН I.
9. Клинический диагноз: Внебольничная нижнедолевая левосторонняя пневмония S7, S8, средней степени тяжести. Экссудативный левосторонний плеврит (V 400-450 мл). Экссудативный перикардит вторичный без признаков сдавления. ГБ III ст., риск 4. СН II A ст. (II ф.к. по NYHA). ДН I.
10. Дата и название операции: 15.10.19 открытая биопсия плевры слева под общей анестезией.

**II. ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

Умеренная боль в области послеоперационной раны, температура тела 38С, общая слабость.

**III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (Anamnesis morbi)**

Считает себя больным с 11.09.2019 года, когда впервые появились жалобы на боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при движении, сухой приступообразный кашель, общую слабость, одышку при умеренной физической нагрузке. Связывает появление жалоб с переохлаждением (со слов пациента длительное время находился возле открытого окна в машине в ночное время).

16.09.19 обратился к участковому – терапевту по месту жительства, лечился амбулаторно пероральными антибиотиками (название препарата не помнит). 22.09.19 в связи с ухудшением состояния (участились приступы кашля с 3 до 6 раз в день, температура тела 39С) и отсутствием эффекта от назначенной терапии был госпитализирован в Сухобузимскую ЦРБ с диагнозом: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония S7, S8. Проведена терапия антибиотиками для внутримышечного введения (названия препаратов не помнит). 04.10.19 был выписан домой с улучшением, 05.10.19 был вновь госпитализирован с температурой тела 39С, болью в левой половине грудной клетки, усиливающейся при движении, сухим приступообразным кашлем, одышкой при умеренной физической нагрузке. 08.10.19 направлен в тубдиспансер по месту жительства, туберкулез исключен.

08.10.19 госпитализирован в ПО ККБ для консультации торакального хирурга, дополнительной диагностики и лечения. 15.10.19 проведена открытая биопсия плевры слева под общей анестезией, дренирование левой плевральной полости. 17.10.19 – удален дренаж, швы на кожу.

**IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae)**

Родился в Сухобузимском р-не в 1970 году первым ребенком. Семья полная, благополучная. В росте и развитии пациент К. не отставал от сверстников. Простудными заболеваниями болел редко. Пошел в школу в 6 лет, трудностей в учебе не было. В школьные годы занимался плаваньем. После окончания 10 классов устроился разнорабочим. На данный момент работает в ООО АгроЯрск сторожем.

В детстве пациент переболел ветряной оспой. Переломы и вывихи отрицает. ОИМ, ОНМК, БА, СД, ЯБ, гепатиты, туберкулез, ВИЧ, венерические заболевания отрицает.

Гемотрансфузионный анамнез не отягощен.

Отмечается гипертоническая болезнь около 15 лет, максимальное АД 160/90 мм рт.ст. Базовую гипотензивную терапию не принимает. Приступы стенокардии описать затрудняется, нарушение ритма отрицает.

Вредные привычки: курит менее 1 пачки в день более 20 лет.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Имеет полис обязательного медицинского страхования. Лист нетрудоспособности за последний год не получал. Инвалидность отсутствует.

Выдан лист нетрудоспособности с 08.10.19 на 28 дней (до 05.11.19) с последующим продлением после окончания стац.лечения.

Наследственный анамнез не отягощен.

Деятельность связана с постоянной физической нагрузкой. Условия труда приемлемые. Продолжительность рабочего времени строго нормирована и составляет в среднем 8 часов 5 дней в неделю. В течение рабочего дня имеются небольшие перерывы по 15 минут, нормированный обеденный перерыв.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Проживает с женой в двухкомнатной квартире на 2 этаже. Температура в помещении в пределах нормы, сырость отсутствует.

Питание регулярное, домашнее, полноценное, рациональное. Иногда употребляет в пищу жирные и копченые продукты. На свежем воздухе бывает часто, продолжительное время. Спортом не занимается.

**V. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО. STATUS PRAESENS (ОБЩИЙ ОСМОТР)**

Состояние больного средней тяжести, сознание ясное, положение активное. Телосложение нормостеническое. Рост – 180 см, вес - 80 кг. ИМТ= 24,7. Температура тела – 38 °C, АД = 130/80, ЧДД - 17 в мин.

Кожные покровы: цвет нормальный (розовый), напряжение и эластичность в норме, влажные. Варикозного расширения вен, отеков, подкожных кровоизлияний, депигментации и высыпаний нет. Развитие подкожно – жирового слоя умеренное. Место наибольшего отложения жира – на животе. Ногти без изменений, волосы густые, светло – русые.

Лимфатические узлы: поднижнечелюстные, околоушные, шейные, затылочные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, забрюшинные, подколенные не пальпируются.

Слизистые оболочки имеют розовый цвет, высыпания и налет отсутствуют. Язык розовый, правильной формы. Зев спокоен, миндалины в норме.

Степень развития мускулатуры нормальная, тонус в норме, болезненности при пальпации нет.

Костная система: деформаций и искривлений нет. Болезненности при пальпации и поколачивании (грудины, ребер, трубчатых костей, позвонков, плоских костей, черепа) нет. Голова правильной формы, симметричная, лицо правильной формы, пропорциональное, черты лица правильные. Осанка правильная, деформаций скелета нет.

Суставы нормальной конфигурации. Движения возможны в полном объеме во всех суставах, болезненности при пальпации и пассивных движениях нет.

**Психический и нервный статус**

Жалоб нет.

Сознание ясное. Ориентирование в пространстве нормальное. Нарушений болевой, температурной и тактильной чувствительности нет. Острота зрения и слуха не снижены. Обоняние не нарушено. Сон глубокий, ровный. Физическое и умственное развитие соответствуют возрасту пациента.

Роговичный, глоточный, сухожильные рефлексы в норме. Патологические рефлексы (симптомы Бабинского и Россолимо) отсутствуют.

Глазные симптомы (ширина глазной щели, ширина зрачка, экзофтальм, анофтальм) отсутствуют. В позе Ромберга устойчив.

**Эндокринная система**

Жалоб нет.

Нарушений роста, телосложения, пропорциональности отдельных частей тела не выявлено. ИМТ = 24,7 – в норме (ожирения нет). Кожа нормально увлажнена, истончения; огрубения, стрии и гиперпигментаций не выявлены.

Шея правильной формы. При пальпации болезненность отсутствует.

Щитовидная железа не пальпируется. Глазные симптомы (Грефе, Мебиуса, Дальримпля) отрицательные.

Вторичные половые признаки выражены в нормальной степени, соответствуют мужскому полу.

**Сердечно-сосудистая система**

Жалоб нет.

Артериальное давление (лежа):130/80 мм рт.ст. Пульс на левой руке совпадает с пульсом на правой руке, полный, напряженный, нормальной величины, равномерный, частота - 80 ударов в минуту, дефицита пульса нет. Капиллярный пульс отсутствует.

Состояние вен и артерий шеи при осмотре без патологических изменений.

Патологических пульсаций в области сердца и периферических сосудов не выявлено. Пульсаций в эпигастральной области и яремной ямке нет.

Грудная клетка в области сердца не деформирована. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пальпация

Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекардиальной области, рет­ростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются, верхушечный толчок расположен в V межреберье слева на 1 см кнутри от linea mediaclavicularis, положительный, локализованный (ширина ~ 2 см). Шумы при пальпации в области сердца не определяются.

Перкуссия

Границы относительной тупости сердца:

правая граница – в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая граница – в V межреберье на 1 см кнутри от l. mediaclavicularis, верхняя граница ~ на уровне третьего ребра.

Границы абсолютной тупости сердца:

правая – левый край грудины, левая – на l.mediaclavicularis, верхняя – IV ребро.

Поперечник относительной тупости сердца – 3 + 8 = 11 см, конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка ~ 5 см.

Аускультация

Тоны сердца ритмичные, ясные, чистые, приглушенные. I тон ослаблен, II тон более громкий, шумов нет. Ритм сердца нормальный. На периферических артериях и яремных венах шумы не определяются.

Видимой пульсации артерий нет, симптом Мюссе отрицательный, артерии плотные, нормальной формы. Двойные тоны Траубе и шумы Виноградова - Дюрозье над бедренной артерией не выслушиваются.

Набухания и видимой пульсации шейных вен нет, венный пульс выражен слабо, отрицательный, при аускультации шум «волчка» отсутствует.

**Система органов пищеварения**

**Желудочно – кишечный тракт**

Жалоб нет.

Язык розовый, влажный, не обложен. Зубы без кариеса, имеются отложения зубного камня. Слизистая оболочка ротовой полости – бледно-розовая; десна, мягкое и твердое неба обычной окраски, геморрагий и изъязвлений нет. Запах изо рта отсутствует. Зев не гиперемирован. Нёбные дужки хорошо контурируются. Миндалины бобовидной формы, не увеличены.

Осмотр живота: при осмотре живот правильной формы, округлый, симметричный, не вздут. Участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудочно-кишечного тракта не отмечается. Расширения вен передней брюшной стенки нет. Пульсация в околопупочной области не визуализируется. Слабые места передней брюшной стенки без изменений. Диастаза прямых мышц живота нет.

Перкуссия

Дополнительные патологические образования в брюшной полости, признаки скопления свободной жидкости в брюшной полости не определяются. Звук при перкуссии тимпанический.

Поверхностная пальпация

Живот безболезненный, мышцы передней брюшной стенки не напряжены, симптомы Щеткина-Блюмберга и Ортнера-Грекова отрицательные. Перитонеальных симптомов нет. Поверхностно расположенных опухолевидных образований нет.

Глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области на протяжении 12 см пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром 1,5 см; она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перисталь­тирует.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягкоэластического, несколько расширенного книзу цилиндра диаметром 2,5 см; она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании.

Восходящие и нисходящие отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом фланках живота в виде под­вижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров диаметром около 2 см.

Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного ци­линдра диаметром около 2,5 см; она безболезненна, легко смещается.

Большая кривизна желудка прощупывается на 2 см выше пупка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного, безболезненного валика, идущего поперечно по позвоночнику по обе стороны от него. Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

Пальпация в области тонкого кишечника безболезненна; тонкий кишечник не пальпируется.

Аускультация

Выявляются шумы перисталь­тики кишечника в виде периодического урчания и переливания жидкости. Шум трения брюшины, а также систолический шум над аортой и мезентери­альными артериями отсутствуют.

Аппетит сохранен, отвращения к пище нет. Вкусовые ощущения не изменены. Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно, утром. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, количество умеренное, обычного запаха. Примесей крови и слизи в кале нет. Отхождение газов свободное, умеренное.

**Печень и желчный пузырь**

Жалоб нет.

Пальпация

Край печени не выступает за пределы реберной дуги, острый, ровный, мягкой консистенции, безболезненный.

Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в проекции его безбо­лезненна, симптомы Кера, Образцова-Мерфи, Ортнера-Грекова и Мюсси (френикус-симптом) отрицательные.

Перкуссия

Топографическая перкуссия печени: нижний край печени по правой срединно-ключичной линии располагается на уровне реберной дуги, по передней срединной линии на границе верхней и средней трети расстояния от мечевидного отростка до пупка, по левой реберной дуге на уровне левой парастернальной линии.

Размеры печени по Курлову: по правой срединно-ключичной линии 9 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 6 см.

Аускультация

Шума трения брюшины в области правого подреберья не выявлено.

**Селезенка**

Жалоб нет.

Пальпация

Селезенка в положениях лежа на спине и на правом боку (по Сали) не пальпируется.

Перкуссия

Продольный и поперечный размеры составляют 6 и 8 см.

Аускультация

Шума трения брюшины в области левого подреберья не выявлено.

**Поджелудочная железа**

Жалоб нет.

Пальпация

Пальпация в области локализации головки и хвоста поджелудочной железы безболезненна.

**Исследование прямой кишки (per rectum)**

Жалоб нет.

Патологий при исследовании не выявлено.

**Система органов мочевыделения**

Жалоб нет.

Поясничная область при осмотре не изменена. Надлобковая область без патологических изменений.

Пальпация и перкуссия

Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников, а также поколачивания по пояснице в области XII ребра безболезненны с обеих сторон. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют. Мочевой пузырь пальпаторно не определяется, при перкуссии над лоном слышен притупленный тимпанический звук.

**Система половых органов**

Жалоб нет.

Вторичные половые признаки: тип оволосения мужской, волосяной покров в подмышечных впадинах, на лице, на животе, в лобковой области. Голос низкий. Признаки гирсутизма, евнухоидизма, феминизма отсутствуют.

Состояние наружных половых орга­нов при осмотре и пальпации в норме.

**VI. МЕСТНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ (Status localis)**

Имеется умеренная болезненность в области послеоперационной раны, признаков воспаления в области раны нет, отделяемого из раны нет, асептическая повязка сухая.

ЧДД 19 в мин. Дыхание через нос не затруднено, форма носа нормальная, отделяемое отсутствует. Голос громкий, чистый; деформации и припухлость в области гортани отсутствуют.

Тип дыхания – брюшной. Форма грудной клетки нормальная, грудная клетка симметрична, левая половина грудной клетки немного отстает в дыхании. Ширина межреберных промежутков нормальная ~ 1 см., положение лопаток нормальное. Надключичные и подключичные ямки без патологий.

Пальпация

Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации це­лостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявля­ется. Голосовое дрожание проводится усиленно в левой половине грудной клетки.

Перкуссия

Трение плевры перкуторно не определяется.

При сравнительной перкуссии над поверхностью легких определя­ется ясный легочный звук, определяется притупление звука слева по средней подмышечной линии в 7-8 м/р и по задней подмышечной линии в 8-9 м/р.

Данные топографической перкуссии:

|  |
| --- |
| Высота стояния верхушек |
|  | справа | слева |
| Спереди | На 3 см выше уровня ключицы | На 3 см выше уровня ключицы |
| Сзади | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

Ширина полей Кренига: справа ~ 5 см, слева ~ 5см.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
| ОкологрудиннаяСреднеключичнаяПередняя подмышечнаяСредняя подмышечнаяЗадняя подмышечнаяЛопаточнаяОколопозвоночная | 5 межреберьеVI реброVII реброVIII ребро IX реброX реброОстистый отросток XI грудного позвонка | --VII реброIX реброIX реброX реброОстистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижнего края легких при вдохе, с обеих сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | Слева |
| На вдох | На выдох | Сумма | На вдох | На выдох | Сумма |
| Среднеключичная Средняя подмышечная  Лопаточная  | 2 см3 см2 см | 2 см3 см2 см | 4 см6 см4 см | -2 см1,5 см | -2 см1,5 см | -4 см3 см |

Пространство Траубе сохранено.

Аускультация

Над поверхностью легких определяется везикулярное дыхание, определяется ослабление слева по средней подмышечной линии в 7-8 м/р и по задней подмышечной линии в 8-9 м/р. Шума трения плевры и крепитации не выслушивается, хрипов нет. Бронхофония одинакова по симметричным линиям.

**VII. ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

26.09.19 исследование сыворотки на ВИЧ-инфекцию - отрицательно.

08.10.19 плевральная пункция слева при поступлении – жидкости и воздуха не получено.

08.10.19 МСКТ ОГП – левое легкое поджато за счет наличия в левой плевральной полости порядка 900 мл жидкости (левосторонний гидроторакс), инфильтративные изменения S7, S8. Признаки гидроперикарда, максимальная толщина слоя жидкости 1,5 см.

08.10.19 УЗИ плевральных полостей – гидроторакс слева более 450 см3.

08.10.19 ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 100 уд. в мин, ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

08.10.19 ЭХО – КГ – митральная недостаточность 1ст, МЖП и PCK: утолщены, недост. ТК 1 ст, перикардиальный выпот без признаков сдавления.

Определение группы крови резус-фактора (08.10.19)

Группа крови: В(III), резус-фактор- положительный.

08.10.19 антитела к T.pallidum – отрицательно.

Развернутый анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **08.10.19** | **15.10.19** |
| WBC Лейкоциты | **20,2 10\*9/л** | **18** 10\*9/л |
| RBC Эритроциты | 5,72 10\*12/л | 5,67 10\*12/л |
| HGB Гемоглобин | **129 г/л** | 179 г/л |
| HCT Гематокрит | **38%** | 49,8% |
| MCV Средний объем эритроцитов | 91 фл | 87,9 фл |
| MCH Ср.содержание гемоглобина в эр. | 30,5 пг | 31,6 пг |
| MCHC Ср.концентрация гемоглобина в эр. | 33,4 г/л | 35,9 г/л |
| PLT- тромбоциты | **482** 10\*9/л | 358 10\*9/л |
| MPVСр.объем тромбоцитов | 9,1 фл | 9,3 фл |
| PCT тромбокрит | **8,42** % | **8,42** % |
| Лимфоциты  | 1,98 10\*9/л | 3,63 10\*9/л |
| Лимфоциты  | 21,8% | 49,1% |
| Гранулоциты | 69,6 % |  |
| Гранулоциты  | 0,78 10\*9/л |  |
| Моноциты  | 8,6 % | 6,2 % |
| Моноциты | 6,33 10\*9/л | 0,46 10\*9/л |
| **СОЭ** | **61** мм/час | **40** мм/час |

Значительный лейкоцитоз 20,2 10\*9/л, тромбоцитоз, незначительное снижение содержания гемоглобина, повышение СОЭ до 61 мм/час свидетельствуют о протекающем воспалительном процессе в организме, реактивность организма сохранена.

Б/х

|  |  |
| --- | --- |
|  | **08.10.19** |
| Глюкоза | 6,74 ммоль/л |
| Общий белок | 72,86 г/л |
| Мочевина | 5,75 ммоль/л |
| Креатинин | 95 мкмоль/л |
| Билирубин общий | 19,4 мкмоль/л |
| АЛТ | 24,6 Ед/л |
| АСТ | 27,6 Ед/л |
| Калий  | 3,9 ммоль/л |
| Натрий  | 134 ммоль/л |
| С – реативный белок  | **31 мг/л** |
| Щелочная фосфотаза | 63 |
| Мочевая кислота | 374 мкмоль/л |

Повышенное содержание С – реативного белка свидетельствует о текущем воспалительном процессе.

Липидограмма **15.10.19**

|  |  |
| --- | --- |
| Холестерин общий | 3,83 ммоль/л |
| Триглицериды | 2,89 ммоль/л |
| Холестерин ЛПВП | 1,25 ммоль/л |
| Холестерин ЛПОНП | 1,31 ммоль/л |
| Холестерин ЛПНП | 1,27 ммоль/л |
| Коэффициент атерогенности | 2,06 ммоль/л |

Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **08.10.19** | **15.10.19** |
| Количество | 30 мл | 65 мл |
| Цвет | Светло-желтый | Светло-желтый |
| Прозрачность | Прозрачный | Прозрачный |
| Относительная плотность | Мало мочи | 1022 |
| рН реакция | 5,0 Ед/рН | 5,0 Ед/рН |
| Белок  | Отрицательно | Отрицательно |
| Глюкоза | Отрицательно | Отрицательно |
| Билирубин | Отрицательно | Отрицательно |
| Уробилиноген | Отрицательно | Отрицательно |
| Кетоновые тела | Не обнаружено | Не обнаружено |
| Микроскопическое исследование |  |
| Эпителий плоский | 1-2 в п/зр | единичный |
| Лейкоциты | 2-4-6 в п/зр | 0-1-2 в п/зр |
| Слизь | ++ |  |

Коагулогические исследования **10.10.19**

|  |  |
| --- | --- |
| АЧТВ | 31,0 сек |
| Фибриноген | 317,46 мг% |
| Протромбиновый индекс | 88% |

10.10.19 Кал на яйца гельминтов – не обнаружено.

10.10.19 исследование плевральной жидкости – эритроциты, эозинофильная жидкость, гемосидерофаги, лимфоциты, дистр.изменения в мезотелиоцитах, макрофаги, разрушенные и полуразрушенные клеточные элементы. Цитограмма реактивного плеврита.

09.10.19 повторная плевральная пункция слева после МСКТ ОГП – получено 200 мл серозного экссудата, цитограмма реактивного плеврита.

10.10.19 Бактериологическое исследование мокроты: клинически значимая микрофлора не выделена. 3-6 лейкоцитов, КУМ отрицательно.

10.10.19 УЗИ ОБП и почек – очаговое образование печени (предположительно гемангиома), диффузные изменения в печени и ПЖ, жидкость в плевральной полости слева.

10.10.19 трахеобронхоскопия с аспирационной биопсией – признаки атрофии слизистой бронхиального дерева.

14.10.19 Кровь на RW – отрицательно.

15.10.19 Бактериологическое исследование мокроты: клинически значимая микрофлора не выделена. 3-6 лейкоцитов, КУМ отрицательно.

15.10.19 открытая биопсия плевры слева под общей анестезией – париетальная плевра воспалительно утолщена, плевральная полость дренирована трубчатым ПХВ – дренажом в 8 м/р, иссечено 2 фрагмента париетальной плевры.

16.10.19 контрольная обзорная рентгенография ГК – лёгкие расправлены, жидкости в плевральных полостях нет.

18.10.19 контрольная обзорная рентгенография ГК – лёгкие расправлены, жидкости в плевральных полостях нет.

**VIII. ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб: температура тела 38С, общая слабость; анамнеза заболевания: жалобы на боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при движении, сухой приступообразный кашель, общую слабость, одышку при умеренной физической нагрузке, которые пациент связывает с переохлаждением; объективного статуса: состояние средней степени тяжести, АД 130/80, температура 38С; локального статуса: левая половина грудной клетки немного отстает в дыхании, голосовое дрожание усилено, слева по средне-подмышечной линии в 7-8 м/р и по задне-подмышечной линии в 8-9 м/р, в этих же областях аускультативно ослабленное везикулярное дыхание.; на основании данных объективного обследования: МСКТ ОГП – левое легкое поджато из-за наличия в левой плевральной полости порядка 900 мл жидкости (левосторонний гидроторакс), инфильтративные изменения S7, S8, признаки гидроперикарда, толщина слоя жидкости 1,5 см; 08.10.19 УЗИ плевральных полостей – гидроторакс слева более 450 см3; 08.10.19 развернутый анализ крови - лейкоцитоз 20,2 10\*9/л, тромбоцитоз, незначительное снижение содержания гемоглобина, повышение СОЭ до 61 мм/час свидетельствуют о протекающем воспалительном процессе в организме, реактивность организма сохранена.; б/х крови - Повышенное содержание С – реативного белка свидетельствует о текущем воспалительном процессе. 09.10.19 плевральная пункция слева после МСКТ ОГП – получено 200 мл серозного экссудата, цитограмма реактивного плеврита. 10.10.19 исследование плевральной жидкости – эритроциты, эозинофильная жидкость, гемосидерофаги, лимфоциты, дистор.изменения в мезотелиоцитах, макрофаги, разрушенные и полуразрушенные клеточные элементы. Цитограмма реактивного плеврита.

 – выставлен **диагноз**:

Внебольничная нижнедолевая левосторонняя пневмония S7, S8, средней степени тяжести. Экссудативный левосторонний плеврит (V 400-450 мл). Экссудативный перикардит вторичный без признаков сдавления. ГБ III ст., риск 4. СН II A ст. (II ф.к. по NYHA). ДН I.

**IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**Пневмоторакс**

При гидротораксе перкуторно притупление в области наличия жидкости (нижние отделы легких, по средней и задней подмышечным линиям ниже 6-7 ребра), усиление голосового дрожания в тех же областях. Обзорная рентгенография ГК: уровень жидкости в плевральной полости, рентгеноскопия ГК: жидкость в плевральной полости смещается при изменении положения тела. Также можно выполнить ультразвуковое исследование плевральных полостей для определения наличия и объема жидкости, плевральную пункцию в 7-8 м/р по средней или задней подмышечной линии – получим жидкость.

При пневмотораксе, соответственно, перкуторно тимпанит, ослабление голосового дрожания по всем легочным полям со стороны поражения. Не увидим жидкости при рентгенологических и УЗИ методах исследования и не получим ее при пункции в 7-8 м/р по средней или задней подмышечной линии, но увидим рентгенологически спадение легкого на стороне пневмоторакса, возможно смещение средостения или здорового легкого в сторону пневмоторакса. При пункции во 2 м/р по среднеключичной линии получим воздух.

**Туберкулез легких**

Для пневмонии характерно быстрое развитие, нарастание симптомов (температура тела до 39С и выше, кашель, общая слабость, одышка при умеренной физической нагрузке), значительный лейкоцитоз (у пациента К. 20,2х109/л), высокие показатели СОЭ и СРБ (у пациента К. 61 мм/ч и 31 мг/л соответственно), а также хороший ответ на антибиотикотерапию в виде уменьшения проявления симптомов (фебрильная и субфебрильная температура тела, кашель, общая слабость, одышка при умеренной физической нагрузке). Чаще встречается воспалительный процесс в нижних и средних долях легких. Туберкулиновые пробы и

серологические реакции будут отрицательными или слабо положительными.

Для туберкулеза легких характерно медленное нарастание симптомов (температура тела до 38С, кашель, общая слабость, одышка при умеренной физической нагрузке) и их большая длительность (недели и месяцы), незначительный лейкоцитоз (<12х109/л в сочетании с лимфопенией и моноцитозом), низкие концентрации биомаркеров воспаления (СРБ и СОЭ), чаще встречается инфильтрация верхних долей лёгких. Не происходит быстрого регресса клинических симптомов на фоне адекватной антибиотикотерапии.

**Рак легкого**

Начальные проявления воспаления легких и развития онкологического процесса не отличаются. При метастазировании и прорастании опухоли в плевральные ткани заболевание имеет ярко выраженную клиническую картину. Появляются сильные боли при кашле, в мокроте присутствует кровь. Возникают боли в суставах, кахексия. У пациента К. данных симптомов обнаружено не было.

При назначении эмпирически пациенту курса антибиотиков при пневмонии ожидаем эффект в течение 3-5 дней, если нет эффекта, меняем антибиотики, ждем 3-5 дней, за это время получаем бак.исследование мокроты на флору, если не высеяна флора, делаем ФБС с забором мокроты и промывных вод на бак.исследование и атипичные клетки, биопсия слизистой. Отправляем экссудат из плевральной полости, биопсию плевры или легкого, биопсию периф.лимфоузлов на атипичные клетки. УЗИ печени и др.орагнов с целью поиска метастазов. У данного пациента исследование экссудата, биопсии плевры дали отрицательный результат на наличие атипичных клеток.

**X. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Развёрнутый анализ крови + СОЭ (каждые 5 дней и перед выпиской)
2. Общий анализ мочи (каждые 5 дней и перед выпиской)
3. Б/х: билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, холестерин, HbsAg, а/n к HCV, липаза, амилаза, общий белок, СРБ, сиаловые кислоты, серомукоид (перед выпиской)
4. Обзорная рентгенография ГК в динамике (каждые 2 дня и перед выпиской)
5. ЭХО-КГ (перед выпиской)
6. Исследование мокроты (КУМ, цитология, антибиотикограмма, бак. посев) – (через каждые 5 дней, не требуется при отсутствии мокроты)
7. Консультация физиотерапевта
8. Консультация кардиолога

**XI. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО**

1. Режим палатный
2. Стол 15 (28 дней ежедневно)
3. Антибиотикотерапия (ежедневно)

Цефалоспорин III поколения

Rp.: Сeftriaxoni 2,0

 Sol. Natrii chloridi 0,9% - 250,0

 D.S.: Внутривенно капельно, 1 раз в день до отмены.

Фторхинолон

Rp.: Levofloxacini 0.5 – 100 ml

 D.t.d. №1

 S.: Внутривенно капельно, 1 раз в день до отмены.

1. Rp.: Sol. Analgini 50% - 2ml

 D.t.d. №1

 S.: Внутримышечно по 2 мл при необходимости.

1. Муколитическая терапия

 Rp.: Sol. «Ambrobene» 7.5 mg/ml – 100ml

 D.S. Ингаляционно по 2 мл 2 р/д с помощью компрессионного небулайзера.

1. Антиагрегант (Кардиомагнил).

 Rp.: Tabl. Acidi Acetylsalicylici 0,075 N.10

 D.S. По 1 табл. 1 раз в день внутрь.

1. Бета-блокаторы.

 Rp.:Tabl.Bisoprololi 0,005 N.30

 D.S. По 1 табл. утром.

1. Ингибиторы АПФ.

 Rp.: Tabl.Enalaprili 0,01 N.28

 D.S. По 1 таб. 2 раза в день внутрь.

1. Диуретик.

 Rp.: Tabl. Hypothiazidi 0.025 N20

 D.S. По 1 таб. 1 раз в день внутрь.

1. ИПП.

Rp.: Omeprazoli 0,02

 D.t.d. N 20 in caps.

 S. Внутрь по 1 капс 2 раза в день

 ежедневно до отмены.

**XII. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

Дата: 15.10.2019

Время: 10:15

Ф.И.О. Пациент К.

Возраст: 49 лет

Дата поступления: 08.10.2019

Диагноз: Внебольничная нижнедолевая левосторонняя пневмония S7, S8, средней степени тяжести. Экссудативный левосторонний плеврит (V 400-450 мл). Экссудативный перикардит вторичный без признаков сдавления. ГБ III ст., риск 4. СН II A ст. (II ф.к. по NYHA). ДН I.

Диагноз подтвержден: на основании жалоб: температура тела 38С, общая слабость; анамнеза заболевания: жалобы на боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при движении, сухой приступообразный кашель, общую слабость, одышку при умеренной физической нагрузке, которые пациент связывает с переохлаждением; объективного статуса: состояние средней степени тяжести, АД 130/80, температура 38С; локального статуса: левая половина грудной клетки немного отстает в дыхании, голосовое дрожание усилено, слева по средней подмышечной линии в 7-8 м/р и по задней подмышечной линии в 8-9 м/р, в этих же областях аускультативно выслушивается ослабленное везикулярное дыхание.; на основании данных объективного обследования: МСКТ ОГП – левое легкое поджато за счет наличия в левой плевральной полости порядка 900 мл жидкости (левосторонний гидроторакс), инфильтративные изменения S7, S8, признаки гидроперикарда, максимальная толщина слоя жидкости 1,5 см; 08.10.19 УЗИ плевральных полостей – гидроторакс слева более 450 см3; 08.10.19 развернутый анализ крови - Значительный лейкоцитоз 20,2 10\*9/л, тромбоцитоз, незначительное снижение содержания гемоглобина, повышение СОЭ до 61 мм/час свидетельствуют о протекающем воспалительном процессе в организме, реактивность организма сохранена.; б/х крови - Повышенное содержание С – реативного белка свидетельствует о текущем воспалительном процессе. 09.10.19 плевральная пункция слева после МСКТ ОГП – получено 200 мл серозного экссудата, цитограмма реактивного плеврита. 10.10.19 исследование плевральной жидкости – эритроциты, эозинофильная жидкость, гемосидерофаги, лимфоциты, дистор.изменения в мезотелиоцитах, макрофаги, разрушенные и полуразрушенные клеточные элементы.

Планируется плановая открытая биопсия плевры слева.

Обезболивание: общая анестезия.

Абсолютных противопоказаний к операции не выявлено.

Больной с планом операции и возможными осложнениями (кровотечение, инфекционно-воспалительные нагноение п/о раны) ознакомлен, согласие на операцию получено.

Группа крови: В(III), резус-фактор- положительный.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Премедикация 15.10.19

Sol. Atropini 0.1%-0.5ml

Sol. Promedoli 2%-1.0ml

В/м за 30 минут до операции, после пробы!

15.10.19 пробы отрицательные.

**Протокол операции**

Название операции: плановая открытая биопсия плевры слева.

Дата начала операции: 15.10.2019

Время начала операции: 10:45

Дата окончания операции: 15.10.2019

Время окончания операции: 11:10

Продолжительность: 25 мин.

Срочность: плановая.

Анестезия: общая анестезия.

ДИАГНОЗ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСНОВНОЙ: Внебольничная нижнедолевая левосторонняя пневмония S7, S8, средней степени тяжести. Экссудативный левосторонний плеврит (V 400-450 мл). Экссудативный перикардит вторичный без признаков сдавления. ГБ III ст., риск 4. СН II A ст. (II ф.к. по NYHA). ДН I.

Дата постановки диагноза: 08.10.2019

ДИАГНОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ОСНОВНОЙ: Внебольничная нижнедолевая левосторонняя пневмония S7, S8, средней степени тяжести. Экссудативный левосторонний плеврит (V 400-450 мл). Экссудативный перикардит вторичный без признаков сдавления. ГБ III ст., риск 4. СН II A ст. (II ф.к. по NYHA). ДН I.

Дата постановки диагноза: 15.10.2019

Описание операции:

Положение пациента на правом боку после обработки опер.поля 4 кратно под общей анестезией произведен разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 6 см от задней подмышечной до средней подмышечной линии слева в VII межреберье в намеченной на рентгеноскопии проекции. Мышцы разведены, рассечены межреберные мышцы по ходу VII межреберья до париетальной плевры. Гемостаз. Париетальная плевра несколько утолщена, воспалительно изменена. Выполнена биопсия париетальной плевры. Для исследования иссечено 2 фрагмента. Гемостаз. Плевральная полость дренирована трубчатым ПХВ дренажем в VIII межреберье. Рана ушита послойно. Шов на дренаж. Аппарат Боброва. Спирт.асепт.наклейки.

Критерии безопасности хирургического вмешательства выполнены.

Объем кровопотерь: 2 мл.

Салфетки и инструменты посчитаны, недостатков нет.

Препарат для исследования: 2 фрагмента париетальной плевры, отправлен на гистологическое исследование.

Оператор: Резник К.А.

Анестезиолог: Краснов В.А.

Ассистент: Шаркова А. Ф.

Операционная сестра: Скорбунова Л.Н.

**XIII. Дневники наблюдений и назначения**

|  |  |
| --- | --- |
| **18.10.2019****(3 сутки после операции)****Жалобы:** боли в области операционной раны, слабость.**Общее состояние:** средней тяжести.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 85 уд. в мин. ; АД: 130/80 мм рт.ст, тоны сердца приглушены, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стула не было. Диурез в норме, мочится самостоятельно.Температура тела 38 С.Status localis: рана длиной 6 см от задней подмышечной до средней подмышечной линии слева в VII межреберье, швы состоятельны, без признаков воспаления. Повязка сухая. ЧДД 17 в мин., при сравнительной перкуссии над поверхностью легких определя­ется ясный легочный звук, определяется притупление звука слева по средней подмышечной линии в 7-8 м/р и по задней подмышечной линии в 8-9 м/р., аускультативно жесткое дыхание, бронхофония и голосовое дрожание в норме проводятся на симметричные участки грудной клетки. | **Лечение:**1. Стол 15
2. Режим палатный
3. Препараты по назначению
4. Sol. Analgini 50% - 2ml в/м.
5. Дыхательная гимнастика по возможности до появления умеренных болевых ощущений
6. Обзорная рентгенография ГК
7. Лабораторные анализы согласно плану
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **19.10.2019****(4 сутки после операции)****Жалобы:** умеренная боль в области операционной раны, слабость.**Общее состояние:** средней тяжести.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 90 уд. в мин. ; АД: 130/80 мм рт.ст, тоны сердца приглушены, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стула не было. Диурез в норме, мочится самостоятельно.Температура тела 37,2 С.Status localis: рана длиной 6 см от задней подмышечной до средней подмышечной линии слева в VII межреберье, швы состоятельны, без признаков воспаления. Повязка сухая. ЧДД 17 в мин., при сравнительной перкуссии над поверхностью легких определя­ется ясный легочный звук, определяется притупление звука слева по средней подмышечной линии в 7-8 м/р и по задней подмышечной линии в 8-9 м/р., аускультативно жесткое дыхание, бронхофония и голосовое дрожание в норме проводятся на симметричные участки грудной клетки. | **Лечение:**1. Стол 15
2. Режим палатный
3. Препараты по назначению
4. Sol. Analgini 50% - 2ml в/м.
5. Дыхательная гимнастика по возможности до появления умеренных болевых ощущений
6. Смена повязки
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **21.10.2019****(6 сутки после операции)****Жалобы:** общая слабость.**Общее состояние:** средней тяжести.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 80 уд. в мин. ; АД: 120/80 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стула не было. Диурез в норме, мочится самостоятельно.Температура тела 36,7 С.Status localis: рана длиной 6 см от задней подмышечной до средней подмышечной линии слева в VII межреберье, швы состоятельны, без признаков воспаления. Повязка сухая. ЧДД 17 в мин., при сравнительной перкуссии над поверхностью легких определя­ется ясный легочный звук, определяется притупление звука слева по средней подмышечной линии в 7-8 м/р и по задней подмышечной линии в 8-9 м/р., аускультативно жесткое дыхание, бронхофония и голосовое дрожание в норме проводятся на симметричные участки грудной клетки. | **Лечение:**1. Стол 15
2. Режим палатный
3. Препараты согласно назначению
4. Обзорная рентгенография ГК
5. Лабораторные анализы согласно плану

  |

|  |  |
| --- | --- |
| **22.10.2019****(7 сутки после операции)****Жалобы:** общая слабость.**Общее состояние:** средней тяжести.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 83 уд. в мин. ; АД: 130/80 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стула не было. Диурез в норме, мочится самостоятельно.Температура тела 36,6 С.Status localis: рана длиной 6 см от задней подмышечной до средней подмышечной линии слева в VII межреберье, швы состоятельны, без признаков воспаления. Повязка сухая. ЧДД 17 в мин., при сравнительной перкуссии над поверхностью легких определя­ется ясный легочный звук, определяется притупление звука слева по средней подмышечной линии в 7-8 м/р и по задней подмышечной линии в 8-9 м/р., аускультативно жесткое дыхание, бронхофония и голосовое дрожание в норме проводятся на симметричные участки грудной клетки.**Анализы:** развернутый анализ крови, б/х крови без патологических изменений, признаки протеканиявоспалительного процесса неопределяются (лейкоциты, СОЭ, СРБ в норме).Обзорная рентгенография ГК: легкие расправлены, жидкость в плевральной полости отсутсвует. | **Лечение:**1. Стол 15
2. Режим палатный
3. Препараты согласно назначению
4. Лабораторные анализы согласно плану
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **23.10.2019****(8 сутки после операции)****Жалобы:** общая слабость.**Общее состояние:** средней тяжести.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 90 уд. в мин. ; АД: 130/80 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стула не было. Диурез в норме, мочится самостоятельно.Температура тела 36,6 С.Status localis: рана длиной 6 см от задней подмышечной до средней подмышечной линии слева в VII межреберье, швы состоятельны, без признаков воспаления. Повязка сухая. ЧДД 17 в мин., при сравнительной перкуссии над поверхностью легких определя­ется ясный легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание, бронхофония и голосовое дрожание в норме проводятся на симметричные участки грудной клетки. | **Лечение:**1. Стол 15
2. Режим палатный
3. Препараты согласно назначению
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **24.10.2019****(9 сутки после операции)****Жалобы:** не предъявляет.**Общее состояние:** удовлетворительное.Сознание ясное, адекватен.**Сердечно- сосудистая система:** ЧСС 80 уд. в мин. ; АД: 130/80 мм рт.ст, тоны сердца ясные, ритмичные.**ЖКТ:** язык чистый, влажный, живот при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны, симптомы раздражения брюшины отрицательные, печень при пальпации не увеличена.Селезенка не увеличена, перистальтика активная.Газы отходят, стула не было. Диурез в норме, мочится самостоятельно.Температура тела 36.7 С.Status localis: рана длиной 6 см от задней подмышечной до средней подмышечной линии слева в VII межреберье, швы состоятельны, без признаков воспаления. Повязка сухая. ЧДД 17 в мин., при сравнительной перкуссии над поверхностью легких определя­ется ясный легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание, бронхофония и голосовое дрожание в норме проводятся на симметричные участки грудной клетки. | **Лечение:**1. Стол 15
2. Режим палатный
3. Препараты согласно назначению
4. Снятие швов с послеоперационной раны
5. Обзорная рентгенография ГК
6. Лабораторные анализы согласно плану
 |

**XV.ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

ФИО: пациент К.

Возраст: 49 лет

Адрес: Красноярский край, р-н Сухобузимский.

Дата поступления: 08.10.19

Диагноз: Внебольничная нижнедолевая левосторонняя пневмония S7, S8, средней степени тяжести. Экссудативный левосторонний плеврит (V 400-450 мл). Экссудативный перикардит вторичный без признаков сдавления. ГБ III ст., риск 4. СН II A ст. (II ф.к. по NYHA). ДН I.

Диагноз подтвержден: на основании жалоб: температура тела 38С, общая слабость; анамнеза заболевания: жалобы на боль в левой половине грудной клетки, усиливающаяся при движении, сухой приступообразный кашель, общую слабость, одышку при умеренной физической нагрузке, которые пациент связывает с переохлаждением; на основании локального статуса: левая половина грудной клетки немного отстает в дыхании, голосовое дрожание усилено, слева по средней подмышечной линии в 7-8 м/р и по задней подмышечной линии в 8-9 м/р, в этих же областях аускультативно выслушивается ослабленное везикулярное дыхание.; на основании данных объективного обследования: МСКТ ОГП – левое легкое поджато за счет наличия в левой плевральной полости порядка 900 мл жидкости (левосторонний гидроторакс), инфильтративные изменения S7, S8, признаки гидроперикарда, максимальная толщина слоя жидкости 1,5 см; 08.10.19 УЗИ плевральных полостей – гидроторакс слева более 450 см3; 08.10.19 развернутый анализ крови - Значительный лейкоцитоз 20,2 10\*9/л, тромбоцитоз, незначительное снижение содержания гемоглобина, повышение СОЭ до 61 мм/час свидетельствуют о протекающем воспалительном процессе в организме, реактивность организма сохранена.; б/х крови - Повышенное содержание С – реативного белка свидетельствует о текущем воспалительном процессе. 09.10.19 плевральная пункция слева после МСКТ ОГП – получено 200 мл серозного экссудата, цитограмма реактивного плеврита. 10.10.19 исследование плевральной жидкости – эритроциты, эозинофильная жидкость, гемосидерофаги, лимфоциты, дистор.изменения в мезотелиоцитах, макрофаги, разрушенные и полуразрушенные клеточные элементы. Цитограмма реактивного плеврита.

На фоне проводимой антибиотикотерапии, интраоперационного удаления экссудата при взятии биопсии плевры наблюдается положительная динамика: уменьшились клинические проявления заболевания (пациент не предъявляет жалоб), уменьшились проявления заболевания при объективном обследовании (обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, перкуторно звук ясный легочный, бронхофония и голосовое дрожание в норме проводятся на симметричные участки грудной клетки), контрольные лабораторные исследования так же указывают на положительную динамику (отсутствие лейкоцитоза, нормализация лейкоцитарной формулы, уменьшение СОЭ и СРБ до нормальных значений), рентгенологические признаки заболевания не выявляются на повторных обзорных рентгенографиях ГК.

Рекомендации:

1. Стол 15
2. Продолжить прием препаратов
3. Контрольная обзорная рентгенография ГК через 2 дня.
4. Контрольные лабораторные анализы
5. Тщательно следить за гигиеной послеоперационной раны
6. Выполняйте упражнения на кашляние и глубокое дыхание, используйте стимулирующий спирометр 3-4 раза в день.
7. Выполняйте упражнения на растяжку, задействуйте верхние конечности в упражнениях, избегая сильных болевых ощущений и переутомления.
8. Срок временной нетрудоспособности до 05.11.19. далее продлить при необходимости.