ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Зав. кафедрой: д.м.н., доц. Д.В. Черданцев

Преподаватель: к.м.н., доц. А.А. Коваленко

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Ф.И.О. больного: Больной К**

**Диагноз: Лимфангиолейомиоматоз. Осл.: Левосторонний рецидивирующий спонтанный пневмоторакс.**

Куратор: Филипова К.С.

Группа, факультет: 502 леч

Дата заполнения:

Количество баллов:

Подпись:

Красноярск, 2019

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1) Ф.И.О. больного: Больная К

2) Дата поступления: 01.10.2019

3) Пол: женский

4) Возраст: 43 года

5) Место работы и профессия: Бухгалтер

6) Место жительства: д. Новоселова, Красноярский край.

7) Диагноз при поступлении: Лимфангиолейомиоматоз Осл.: Левосторонний рецидивирующий спонтанный пневмоторакс.

8) Клинический диагноз: Лимфангиолейомиоматоз Осл.: Левосторонний рецидивирующий спонтанный пневмоторакс.

9) Дата и название операции: Торакотомия слева, плевродез, дренирование левой плевральной полости 04.10.19

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны, одышку при физической нагрузке.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)**

Считает себя больной с августа 2019 года. Когда появились боли в левой половине грудной клетки, одышка при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение.

 9.08 приступ одышки. По данным рентгенографии грудной клетки выявлен пневмоторакс с двух сторон. Госпитализирована в Новоселовскую РБ. Выполнено дренирование плевральных полостей с двух сторон. Легкие расправились, выписана. Направлена на плановую консультацию к торакальному хирургу.

25.09 эпизод нехватки воздуха. Вновь госпитализирована в Новоселовскую РБ, выялен пневмоторакс слева. Выполнено дренирование. С целью дальнейшего обследования и лечения направлена в ККБ 1.10.19. При поступлении были жалобы на боли в левой половине грудной клетки, одышка при физической нагрузке, сердцебиение. 4.10.19 была выполнена торакотомия слева, плевродез, дренирование левой плевральной полости. Течение послеоперационного периода без осложнений.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)**

Родилась в 1976 году в д. Новоселова и росла в благополучной полноценной семье. Росла и развивалась соответственно возрасту и полу. Работает Бухгалтером в течение 15 лет. Из профессиональных вредностей отмечает длительную сидячую работу. Бытовые условия и материальная обеспеченность удовлетворительные. Проживает вместе с мужем в трехкомнатной квартире в экологически благоприятном регионе. Питание регулярное и сбалансированное, в среднем частота приёма пищи – 3-4 раза в день. Физическая активность низкая.

Из перенесенных в детстве заболеваний пациенка отмечает ветряную оспу (в 6 лет), а также в течение жизни болел ОРВИ в среднем 1-2 раза в год. Гинекологические заболевания отрицает, в анамнезе 2 беременности, 2 родов. Злокачественные новообразования, туберкулёз, сахарный диабет, гепатит у себя и у ближайших родственников отрицает. Наследственность не отягощена. Гемотрансфузии отрицает. Непереносимость пищевых продуктов и лекарственных препаратов отрицает. Вредных привычек нет.

Анамнез ВТЭ: нуждается в листке нетрудоспособности, не была на «больничном листе» в течение 12 последних месяцев. Инвалидности нет.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ (STATUS PRAESENS)**

Сознание ясное. Положение больного активное. Общее состояние удовлетворительное. Голова правильной формы, среднего размера. Шея обычной формы. Нормальная осанка. Походка нормальная. Телосложение нормостеническое. Вес-56 кг Рост-160 см ИМТ=21,9 кг/м2. Температура 36,7ºС.

**Кожные покровы и придатки кожи:** Цвет нормальный. Эластичность кожи нормальная. Подкожных кровоизлияний нет. Умеренной влажности. Варикозного расширения вен нижних конечностей нет. Ногти нормальной формы и цвета. Волосы густые.

**Слизистые оболочки**: Видимые слизистые оболочки губ, носа, глаз, века, нёба – розового цвета, без высыпаний, влажные.

**Подкожная клетчатка:** Развитие подкожно – жирового слоя умеренное. Отёки не определяются.

**Лимфатические узлы:** Лимфатические узлы не визуализируются. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, бедренные, и подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

**Мышцы:** Развитие мускулатуры нормальное. Тонус умеренный. Болезненности при пальпации нет.

**Кости:** Костная система без видимой деформации. Болезненности при поколачивании и пальпации не отмечается.

**Суставы:** Конфигурация суставов не изменена. Кожные покровы над ними также не изменены. Активные и пассивны

**Нервный статус:** Мышечный тонус мышц верхних и нижних конечностей в норме. Поверхностные и глубокие рефлексы нормальные (D=S). Определяется белый дермографизм. Нистагма нет. В позе Ромберга устойчив.

**Органы дыхания:** Носовое дыхание свободное, крылья носа участвуют в акте дыхания. Смешанный тип дыхания. Дыхательные движения ритмичные, средней глубины. ЧДД = 18 в минуту. Грудная клетка гиперстенической формы. Левая и правая половины грудной клетки симметричны, выпячиваний и западений нет. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Вспомогательные мышцы не принимают участие в акте дыхания. Пальпация грудной клетки: пальпация грудной клетки безболезненная. Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук по всем лёгочным полям. При аускультации над легкими определяется жёсткое дыхание по всем лёгочным полям. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры, шум плеска) не выслушиваются. Бронхофония проводится одинаково с обеих сторон грудной клетки.

**Органы кровообращения:** Сердечный горб отсутствует. Верхушечный толчок визуально не определяется, пальпируется в Ⅴ межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичиной линии, площадью 2 см2 нормальной высоты и резистентности. Сердечный толчок, «кошачье мурлыканье», шум трения перикарда не отмечаются.

Перкуссия сердца:

Правая граница ОСТ расположена на 1 см кнаружи от правого края грудины

Левая граница ОСТ расположена на 1 см кнаружи от среднеключичной линии.

Верхняя граница ОСТ расположена на уровне Ⅲ ребра.

Правая граница АСТ расположена по левому краю грудины

Левая граница АСТ расположена на уровне среднеключичной линии

Верхняя граница АСТ расположена на уровне Ⅳ ребра

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Ширина сосудистого пучка – 5 см. Конфигурация сердца нормальная.

Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС = 77 уд/мин.

Пульсация сонных, подключичных, плечевых, бедренных, подколенных, задних большеберцовых артерий и тыльной артерии стопы сохранена. При пальпации стенки мягкие и эластичные.Пульс симметричный на правой и левой лучевых артериях = 77 уд/мин, ритмичный, полный, умеренного напряжения, нормальной величины и формы. АД на плечевых артериях – 130/90 мм.рт.ст. При аускультации сонных, бедренных артерий шумы не выслушиваются.При осмотре набухания шейных вен не выявлено, без видимой пульсации, «шум волчка» отсутствует.

**Органы пищеварения:** Запах изо рта отсутствует. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба розовой окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют. Дёсны бледно-розовой окраски, не кровоточат, без некрозов и гнойных выделений. При осмотре губы розовые, сухие, изъязвлений, трещин, высыпаний нет. Язык обложен белым налётом, влажный. Нитевидные и грибовидные сосочки языка выражены достаточно хорошо. Мягкое и твёрдое нёбо без некрозов и геморрагий. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены, слизистая из розового цвета, налетов и гнойных пробок нет. Нёбные дужки хорошо контурируются. Слизистая оболочка глотки розового цвета.

При осмотре живот округлой формы, симметричный. Видимых грыжевых выпячиваний по ходу средней линии живота, в пупочной и паховой области не обнаруживается. Видимой перистальтики желудочно-кишечного тракта не отмечается. Брюшная стенка участвует в акте дыхания. Расширения вен передней брюшной стенки нет. Окружность живота на уровне пупка – 82 см.Ориентировочная поверхностная пальпация живота: живот не вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.Глубокая скользящая методическая пальпация живота по Образцову-Стражеско: в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка, мягкая, подвижная, безболезненная, не урчит. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка, мягкая, подвижная, безболезненная, урчащая. При пальпации восходящей, поперечно-ободочной, нисходящей ободочной и подвздошной кишки болезненность, защитное мышечное напряжение, опухолевидное образование и патологического урчания не выявлены. Большая кривизна желудка пальпируется в виде ровного безболезненного валика на 2 см выше пупка. Пальпация привратника безболезненная. При аускультации живота выслушиваются характерные перистальтические кишечные шумы. Шума трения брюшины нет. При перкуссии живота отмечается тимпанит.

Видимого увеличения области печени и её пульсация не выявлены. Край печени выступает из края рёберной дуги на 2 см, мягкий, эластичный, легко подворачивающийся.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Курвуазье, Кера, френикус отрицательные.

Видимое увеличение области селезёнки не выявлено. При пальпации селезенка не определяется. При топографической перкуссии селезенка занимает область 9, 10 ребер. Длинник селезенки составляет 6 см, поперечник – 4 см.

**Per rectum:** тонус сфинктера прямой кишки в норме, ампула прямой кишки свободная, нависаний нет. На перчатке кал обычного цвета. Стул регулярный.

**Органы мочевыделения:** Припухлостей, сглаживания контуров, выбуханий и гиперемии кожи при осмотре поясничной области не выявлены. Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются.При пальпации рёберно-позвоночных, рёберно-поясничных, верхних и средних мочеточниковых точках болезненность отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпация по ходу мочеточников безболезненная.

Пальпация в области проекции мочевого пузыря безболезненная. При перкуссии мочевого пузыря выявляется тимпанический перкуторный звук.

**Эндокринная система:** Нарушения роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела не выявлено. Кожа умеренно увлажнена, истончений, огрублений нет. Стрии, гиперпигментации кожи отсутствуют. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту пациента. Вторичные половые признаки соответствуют мужскому полу.

Щитовидная железа не визуализируется, не пальпируется, безболезненная. Деформации шеи нет.Экзофтальм отсутствует. Симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага, Дальримпля, Еллинека отрицательные.

**ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС (STATUS LOCALIS)**

Дыхание через нос свободное, крылья носа участвуют в акте дыхания. Смешанный тип дыхания. Дыхательные движения ритмичные, средней глубины. ЧДД = 18 в минуту. Грудная клетка гиперстенической формы. Левая и правая половины грудной клетки симметричны, выпячиваний и западений нет. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Вспомогательные мышцы не принимают участие в акте дыхания. Пальпация грудной клетки: пальпация грудной клетки безболезненная. Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук по всем лёгочным полям. При аускультации над легкими определяется жёсткое дыхание по всем лёгочным полям. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры, шум плеска) не выслушиваются. Бронхофония проводится одинаково с обеих сторон грудной клетки.

Топографическая перкуссия

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

Нижние границы легких (в вертикальном положении больного):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографичекие линии** | **Справа** | **Слева** |
| **Окологрудинная** |  Пятое межреберье | - |
| **Среднеключичная**  | VI ребро | - |
| **Передняя подмышечная**  | VII ребро | VII ребро |
| **Средняя подмышечная** | VIII ребро | VIII ребро |
| **Задняя подмышечная** | IX ребро | IX ребро |
| **Лопаточная** | X ребро | X ребро |
| **Околопозвоночная** | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижних легочных краев:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | **Справа** | **Слева** |
| на вдох | на выдохе | суммарная | на вдох | на выдохе | суммуммарная |
| **Среднеключичная****Средняя подмышечная****Лопаточная**  | 3 см3 см2 см | 3 см3 см2 см | 6 см6 см4 см | -3 см2 см | -3 см2 см | -6 см4 см |

Область послеоперационных швов без признаков воспаления. В области контрапертуры после удаления дренажа рана заживает вторичным натяжением. Отделяемое скудное, серозное с фибрином.

**Данные дополнительных методов обследования:**

Обзорная рентгенография органов грудной клетки (от 01.10.19): Справа легкое расправлено, слева апикальный пневмоторакс до 2 – го ребра. Легочный рисунок с выраженными интерстициальными изменениями. Куполы диафрагмы: высота стояния соответствуют конституциональному типу. Заключение: Левосторонний апикальный пневмоторакс.

МСКТ (от 02.10.19): Справа легкое расправлено, слева ограниченный пневмоторакс до 1/3 обьема, левое легкое коллабировано к корню. В мягких тканях левой половины грудной клетки подкожная эмфизема. Жидкости в плевральной полости нет. Лимфатические узлы не увеличены. Средостение структурно, дополнительных образований в нем не выявлено. Костно – деструктивных изменений нет. Заключение: КТ картина диффузного интерстициального поражения легких (ЛАМ). Ограниченный пневмоторакс слева.

Трахеобронхоскопия (от 03.10.19): Органической патологии не выявлено

**Общий анализ крови от 01.10.19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Норма |
| Эритроциты | 4,35 × 1012/л | 3,9-5,0 |
| Лейкоциты | **11,5 × 109/л >** | 4,0-9,0 |
| Гемоглобин | 123 г/л | 120-160 |
| Гематокрит | 35,7% | 33-42 |
| Средний объём эритроцитов | 84,5 фл  | 80-95 |
| Среднее содержание гемоглобина в эритр. | 28 пг | 27,0-31,0 |
| Цветовой показатель | 0,84 | 0,82-1,02 |
| Средняя концентрация гемоглобина в эритр.  | 386 г/л |  |
| Тромбоциты | 225 × 109/л  | 180-360 |
| СОЭ | **17 мм/ч >** | 0-10 |

|  |
| --- |
| ***Лейкоформула (анализатор)*** |
| Нейтрофилы | 57,6 % | 47-72 |
| Нейтрофилы | 5,19× 109/л | 2,04-5,8 |
| Лимфоциты | 25,0 % | 19,0-40,0 |
| Лимфоциты | 2,8× 109/л | 1,2-3 |
| Моноциты | 7 % | 3-11% |
| Моноциты | 0,5 × 109/л  | 0,09-0,6 |
| Эозинофилы | 1,8 % | 0,5-5% |
| Эозинофилы | 0,35 × 109/л | 0,02-0,3 |
| Базофилы | 0,5 % | 0,0-1,0 |
| Базофилы | 0,04 × 109/л | 0-0,06 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Обозначения, сокращения | Результат | Норма |
| *Физико-химические свойства мочи* |
| Количество | 30 мл |  |
| Цвет | жёлтый |  |
| Прозрачность | прозрачный |  |
| Удельный вес (относительная плотность) | 1017 мг/мл | 1010-1020  |
| pH Реакция | Слабощелочная |  |
| Глюкоза | 0 | 0.0-0,5 |
| Общий белок | 0,08 г/л | 0–0,12 |
| *Микроскопия осадка мочи* |
| Эпителий плоский  | 5-6 в поле зр. |  |
| Эпителий переходный | 1-3 в поле зр. |  |
| Лейкоциты | 2-3 в поле зр. |  |
| Эритроциты изменённые | 2-3 в поле зр. |  |
| Слизь | - |  |

**Общий анализ мочи от 01.10.19**

**Биохимический анализ крови от 01.10.19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Обозначения, сокращения |  | Норма |
| Билирубин общий | 16,35 мкмоль/л  | 5-21 |
| Билирубин прямой | 3,2 мкмоль/л | 0-4 |
| Билирубин непрямой | 12,5 мкмоль/л | 0-17 |
| Мочевина | 6,2 ммоль/л | 2,8-7,2 |
| Креатинин | 96 мкмоль/л  | 59-104 |
| АСТ | 26,6 Ед/л  | 0.0-50,0 |
| АЛТ | 22,8 Ед/л  | 0.0-50,0 |
| Общий белок | 68,9 г/л | 66-83 |
| Калий | 4,6 ммоль/л | 3,5-5,4 |
| Натрий | 138 ммоль/л | 136-145 |
| Хлор | 97 ммоль/л | 95-115 |
| Глюкоза | 5,19 ммоль/л  | 3,6-6,1 |

**Группа крови и резус-фактор**

|  |  |
| --- | --- |
| Группа крови (первичное определение) | O (I) |
| Группа крови | (I) |
| Резус-фактор | Резус-положительный |

ЭКГ от 15.10.19: Ритм синусовый, ЭОС – горизонтальная, ЧСС = 75 уд/мин

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:**

На основании **жалоб** (боли в левой половине грудной клетки, одышка при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение), **анамнеза заболевания** (Считает себя больной с августа 2019 года. Когда появились боли в левой половине грудной клетки, одышка при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение. 9.08 приступ одышки. По данным рентгенографии грудной клетки выявлен пневмоторакс с двух сторон Выполнено дренирование плевральных полостей с двух сторон. Легкие расправились, выписана. Направлена на плановую консультацию к торакальному хирургу. 25.09 эпизод нехватки воздуха. Вновь госпитализирована в Новоселовскую РБ, выялен пневмоторакс слева. Выполнено дренирование. С целью дальнейшего обследования и лечения направлена в ККБ 1.10.19.), **данных объективного обследования** (Сознание ясное. Положение больного активное. Общее состояние удовлетворительное. Дыхательные движения ритмичные, средней глубины. ЧДД = 18 в минуту. ЧСС=76 уд/мин, АД=130/80 мм.рт.ст), **данных локального статуса** (Область послеоперационных швов без признаков воспаления. В области контрапертуры после удаления дренажа рана заживает вторичным натяжением. Отделяемое скудное, серозное с фибрином), **данных инструментального исследования** (по результатам рентгенографии органов грудной клетки: Справа легкое расправлено, слева апикальный пневмоторакс до 2 – го ребра. МСКТ: КТ картина диффузного интерстициального поражения легких (ЛАМ). Ограниченный пневмоторакс слева) можно поставить диагноз:: **Лимфангиолейомиоматоз Осл.: Левосторонний рецидивирующий спонтанный пневмоторакс.**

Состояние после торакотомии слева, плевродеза, дренировании левой плевральной полости от 04.10.19

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

1. **Левосторонний плеврит**– наличие симптомов интоксикации, отсутствие изменений перкуторного тона, голосового дрожания и бронхофонии, наличие шума трения плевры, в ОАК – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ; Биохимический анализ крови – увеличение уровня γ-глобулинов. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки определяется утолщение плевры, высокое стояние купола диафрагмы слева, сглаживание реберно-диафрагмального синуса слева, линзообразное гомогенное затемнение в проекции междолевой щели.
2. **Левосторонняя нижнедолевая пневмония** – влажный кашель с отхождением гнойной мокроты, лихорадкой, головной болью, определяется усиление голосового дрожания в области нижней доли левого лёгкого, при перкуссии лёгких определяется тупой перкуторный звук, при аускультации лёгких определяется бронхиальное дыхание, крепитация, при отхождении большого количества мокроты определяются влажные звучные хрипы, усиление бронхофонии в области нижней доли левого лёгкого, в общем анализе крови – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, в бактериологическом исследовании мокроты определяются микроорганизмы, чаще всего пневмококки (в количестве более 106 микроорганизмов на 1 мл материала). На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки определяется затемнение лёгочного поля в нижних отделах левого легкого.
3. **Межреберная невралгия –** острая, ноющая боль в области ребер, появляется на вдохе. Боль усиливается при прощупывании или сдавливание грудной клетки.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Гистологическое исследование операционного материала (фрагмент верхней доли левого лёгкого)
2. Контрольная рентгенография органов грудной полости
3. Иммуногистохимическое исследование операционного материала (фрагмент верхней доли левого лёгкого)
4. ОАК перед выпиской
5. ОАМ перед выпиской
6. Биохимический анализ крови перед выпиской
7. Свёртывающая система крови перед выпиской

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:**

1. Режим – постельный
2. Стол №11
3. НПВС (*Кетаролак*):

Rp.: Sol. Ketorolaci 3% - 2 ml

 D.t.d.N. 10 in amp.

 S. Внутримышечно по 2 мл 1 раз в день

1. Антибактериальные препараты (Цефтриаксон)

Rp: Ceftriaxoni 1,0

 D.t.d.N. 1

 S. Растворить содержимое флакона в 500 мл 0,9% физиологического раствора, внутривенно капельно по 1 г 1 раз в день.

1. Асептическая наклейка с мазью «Левомиколь» и Банеоцином
2. Санация плевральной полости антисептиками (диоксидин 1%-10 ml N.10)

**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**

 Ф.И.О. больного: Больная К

 Дата поступления: 01.10.2019

На основании **жалоб** (боли в левой половине грудной клетки, одышка при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение), **анамнеза заболевания** (Считает себя больной с августа 2019 года. Когда появились боли в левой половине грудной клетки, одышка при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение. 9.08 приступ одышки. По данным рентгенографии грудной клетки выявлен пневмоторакс с двух сторон Выполнено дренирование плевральных полостей с двух сторон. Легкие расправились, выписана. Направлена на плановую консультацию к торакальному хирургу. 25.09 эпизод нехватки воздуха. Вновь госпитализирована в Новоселовскую РБ, выялен пневмоторакс слева. Выполнено дренирование. С целью дальнейшего обследования и лечения направлена в ККБ 1.10.19.), **данных объективного обследования** (Сознание ясное. Положение больного активное. Общее состояние удовлетворительное. Дыхательные движения ритмичные, средней глубины. ЧДД = 18 в минуту. ЧСС=76 уд/мин, АД=130/80 мм.рт.ст.,), **данных локального статуса** (Область послеоперационных швов без признаков воспаления. В области контрапертуры после удаления дренажа рана заживает вторичным натяжением. Отделяемое скудное, серозное с фибрином), **данных инструментального исследования** (по результатам рентгенографии органов грудной клетки: Справа легкое расправлено, слева апикальный пневмоторакс до 2 – го ребра. МСКТ: КТ картина диффузного интерстициального поражения легких (ЛАМ). Ограниченный пневмоторакс слева) можно поставить диагноз:: **Лимфангиолейомиоматоз Осл.: Левосторонний рецидивирующий спонтанный пневмоторакс.**

Показания к операции: Спонтанный пневмоторакс слева

План операции: Торакотомия слева, плевродез, дренирование левой плевральной полости.

Метод анестезии: общая

Группа крови и резус: O (I) группа Rh+

Согласие больного на операцию получено

**ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

Операция: Торакотомия слева, плевродез, дренирование левой плевральной полости.

Дата и время операции: 04.10.19 1040-1150

Срочность: плановая

Описание операции:

Обработка операционного поля. общая. Общая анестезия. Переднебоковая торакотомия слева в 5 межреберье в положении больной на боку. Легкое коллабировано, эмфизематозное. Субплеврально с множеством мелких кистозных образований диаметром 1 -2 мм. При тщательной ревизии легкого из двух образований в верхней доле определяется незначительный сброс воздуха. Учитывая эмфизематозность легкого ушивание дефектов легочной ткани нецелесообразно. Произведена аппаратная резекция доли левого легкого аппаратом ТА – 60 одной кассетой, препарат сдан на патологическое исследование. Произведен плевродез раствором йода. Контроль на аэростаз, гемостаз, инородные тела. Два дренажа в плевральной полости. Шов раны. Асептическая наклейка. Аппарат Боброва.

**ДНЕВНИК КУРАЦИИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата: 18.10.19**Общее состояние: удовлетворительное ***Жалобы*** на ноющая боль в грудной клетке слева, слабость.***Температура тела:*** 36,6ºС***Дыхательная система****:* ЧДД:18 в мин; перкуторно: притупление перкуторного звука; аускультативно: дыхание проводится по всем полям, жёсткое, хрипов нет.***Сердечно-сосудистая система***: ЧСС=86 уд/мин, АД=130/90 мм.рт.ст., тоны сердца: ясные, ритмичные, шумы не определяются.Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.Проведён рентгенконтроль, лёгкие расправлены, левая плевральная полость дренирована, жидкости не определяется, область п/о швов – без признаков воспаления. | *Назначения:*1. Стол № 15
2. Rp: Ceftriaxoni 1,0

 D.t.d.N.50 S. Предварительно разведя содержимое флакона в 500 мл 0,9% натрия хлорида, вводить внутривенно капельно по 2 г 1 раз в день 1. Rp.: Sol. Ketorolaci 3% - 2 ml

 D.t.d.N. 10 in amp. S. Внутримышечно по 2 мл 1 раз в день   |
| **Дата: 19.10.19**Общее состояние: удовлетворительное ***Жалобы*** умеренные ноюшщие боли в области п/о раны, слабость.***Температура тела:*** 36,8ºС***Дыхательная система****:* ЧДД:19 в мин; перкуторно: ясный лёгочный звук; аускультативно: дыхание проводится по всем полям, жёсткое, хрипов нет.***Сердечно-сосудистая система***: ЧСС=75 уд/мин, АД=120/80 мм.рт.ст., тоны сердца: ясные, ритмичные, шумы не определяются.Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.Область п/о швов – без признаков воспаления. | *Назначения:*1. Стол № 15
2. Rp: Ceftriaxoni 1,0

 D.t.d.N.50 S. Предварительно разведя содержимое флакона в 500 мл 0,9% натрия хлорида, вводить внутривенно капельно по 2 г 1 раз в день 1. Rp.: Sol. Ketorolaci 3% - 2 ml

 D.t.d.N. 10 in amp. S. Внутримышечно по 2 мл 1 раз в день  |
| **Дата: 21.10.19**Общее состояние: удовлетворительное умеренные ноюшщие боли в области п/о раны, слабость.***Температура тела:*** 36,7ºС***Дыхательная система:*** ЧДД:19 в мин; перкуторно: ясный лёгочный звук; аускультативно: дыхание проводится по всем полям, жёсткое, хрипов нет.***Сердечно-сосудистая система:*** ЧСС=92 уд/мин, АД=120/80 мм.рт.ст., тоны сердца: ясные, ритмичные, шумы не определяются.Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.Область п/о швов – без признаков воспаления. | *Назначения:*1. Стол № 15
2. Rp: Ceftriaxoni 1,0

 D.t.d.N.50 S. Предварительно разведя содержимое флакона в 500 мл 0,9% натрия хлорида, вводить внутривенно капельно по 2 г 1 раз в день  |
| **Дата: 22.10.19**Общее состояние: удовлетворительное умеренные ноюшщие боли в области п/о раны, слабость.***Температура тела:*** 36,8ºС***Дыхательная система:*** ЧДД:17 в мин; перкуторно: ясный лёгочный звук; аускультативно: дыхание проводится по всем полям, жёсткое, хрипов нет.***Сердечно-сосудистая система:*** ЧСС=86 уд/мин, АД=110/80 мм.рт.ст., тоны сердца: ясные, ритмичные, шумы не определяются.Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.Область п/о швов – без признаков воспаления, швы частично сняты. | *Назначения:*1. Стол № 15
2. Rp: Ceftriaxoni 1,0

 D.t.d.N.50 S. Предварительно разведя содержимое флакона в 500 мл 0,9% натрия хлорида, вводить внутривенно капельно по 2 г 1 раз в день 3) Санация п/о раны антисептиками, турунда с мазью левомеколь и банеоцином. |
| **Дата: 23.06.19**Общее состояние: удовлетворительное Жалоб нет.***Температура тела:*** 36,5ºС***Дыхательная система:*** ЧДД:18 в мин; перкуторно: ясный лёгочный звук; аускультативно: дыхание проводится по всем полям, жёсткое, хрипов нет.***Сердечно-сосудистая система:*** ЧСС=76 уд/мин, АД=130/80 мм.рт.ст., тоны сердца: ясные, ритмичные, шумы не определяются.Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.Область п/о швов – без признаков воспаления, швы частично сняты. В области контрапетуры после удаления дренажа рана очищается. Отделяемое скудное серозное с фибрином. | *Назначения:*1. Стол № 15
2. Rp: Ceftriaxoni 1,0

 D.t.d.N.50 S. Предварительно разведя содержимое флакона в 500 мл 0,9% натрия хлорида, вводить внутривенно капельно по 2 г 1 раз в день 3) Санация п/о раны антисептиками, турунда с мазью левомеколь и банеоцином. |

**ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Пациент К, 43 года, поступил в стационар 01.10.19 с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышка при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение.

На основании **жалоб** (боли в левой половине грудной клетки, одышка при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение), **анамнеза заболевания** (Считает себя больной с августа 2019 года. Когда появились боли в левой половине грудной клетки, одышка при умеренной физической нагрузке, учащенное сердцебиение. 9.08 приступ одышки. По данным рентгенографии грудной клетки выявлен пневмоторакс с двух сторон Выполнено дренирование плевральных полостей с двух сторон. Легкие расправились, выписана. Направлена на плановую консультацию к торакальному хирургу. 25.09 эпизод нехватки воздуха. Вновь госпитализирована в Новоселовскую РБ, выялен пневмоторакс слева. Выполнено дренирование. С целью дальнейшего обследования и лечения направлена в ККБ 1.10.19.), **данных объективного обследования** (Сознание ясное. Положение больного активное. Общее состояние удовлетворительное. Дыхательные движения ритмичные, средней глубины. ЧДД = 18 в минуту.), **данных локального статуса** (Область послеоперационных швов без признаков воспаления. В области контрапертуры после удаления дренажа рана заживает вторичным натяжением. Отделяемое скудное, серозное с фибрином), **данных инструментального исследования** (по результатам рентгенографии органов грудной клетки: Справа легкое расправлено, слева апикальный пневмоторакс до 2 – го ребра. МСКТ: КТ картина диффузного интерстициального поражения легких (ЛАМ). Ограниченный пневмоторакс слева) можно поставить диагноз:: **Лимфангиолейомиоматоз Осл.: Левосторонний рецидивирующий спонтанный пневмоторакс.**

Состояние после торакотомии слева, плевродеза, дренировании левой плевральной полости от 04.10.19

Течение послеоперационного периода без осложнений. На дренаже лёгкое расправлено, после контроля герметичности дренаж удалён (10.10.19). В послеоперационном периоде пациент получал лечение: Цефтриаксон 1,0+Натрия хлорид, Кеторолак 30 мг/мл на фоне которых отмечена положительная динамика.

Общее состояние больного удовлетворительное. Жалоб нет. Болевой синдром не выражен, который купируется ненаркотическими анальгетиками. Одышки в покое не беспокоит. Больной активен, ходит. Дыхание проводится по всем полям, жёсткое, хрипов нет. ЧСС=76 уд/мин, АД=130/80 мм.рт.ст., тоны сердца: ясные, ритмичные, шумы не определяются. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

Продолжает лечение в стационаре. Прогноз для жизни и работоспособности благоприятный.

Рекомендации: контрольная рентгенография органов грудной клетки перед выпиской, отказ от курения, избегать физических нагрузок в течение 4-х недель, в течение месяца избегать перепадов барометрического давления (прыжки с парашютом, дайвинг, воздушные перелёты), наблюдение у пульмонолога и исследование функции внешнего дыхания через 3 месяца.

Патогистологический материал направлен на ИГХ, результаты ожидаются.