

АО «Медицинский университет Астана»

Кафедра внутренних болезней интернатуры

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

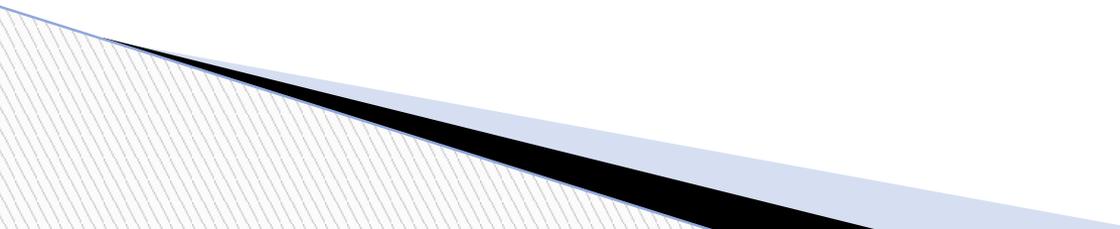
Выполнили: 7/110 ВБ

Астана 2016 г

Паспортные данные

- ФИО: Афанасьев Юрий Иванович
- Возраст – 03.02.1936г (80 лет)
- Пол – мужской
- Национальность – русский
- Образование – среднее
- Специальность – электрик
- Место работы – пенсионер
- Адрес: г.Астана, С-А, пр-т Женис 99/1, кв 34
- Дата поступления: 18.10.2016г 12:15
- Дата выписки: 04.11.2016г 12:00

Жалобы

- Кровохарканье;
 - Постоянный кашель с мокротой желтоватого цвета , периодический с примесью алой кровью;
 - Повышение температуры тела до 38 С;
 - Болезненность и дискомфорт в грудной клетке;
 - Общая слабость;
 - Головная боль;
 - Потливость;
- 

Анамнез заболевания

Со слов пациента, болен в течение недели, когда после переохлаждения появился повышение температуры тела до 38 С, кашель с примесью крови, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Самостоятельно принимал парацетамол, без особого эффекта. 11.10.16 больной обратился на прием к пульмонологу «Дома здоровья». С предварительным диагнозом левосторонней нижнедолевой пневмонии направлен на КТ грудного сегмента, выявлена левосторонняя нижнедолевая пневмония. 18.10.16г госпитализирован в пульмонологическое отделение ЦДБ.

Анамнез жизни

Венерические заболевания, туберкулез отрицает. Травм, гемотрансфузий не имел. В 1961 году перенес гепатит С. В 2008г прооперирован по поводу рака щитовидной железы (С-г щитовидной железы St II (T2NoMo)- выполнена струмэктомия слева. Химиотерапию и рентгентерапию не получал. Онкологами в последующем не наблюдался.

С 2008г состоит на учете у эндокринолога по поводу послеоперационного гипотиреоза, постоянно принимает L-тироксин. В 2015г обследован по скринингу. Метастазов щитовидной железы не выявлено (имеется заключение ВКК ООД от 2015г). Рекомендовано: 1. динамическое наблюдение у онколога ООЦ г. Астаны: : 2. плановое обследование по протоколу; 3. гормонотерапия: 4. наблюдение у эндокринолога.

Анамнез жизни

Состоит на учете у кардиолога с 2008 года по поводу артериальной гипертензии с подъемом АД до 200 мм.рт.ст. С 2013г ИБС, стенокардии напряжения, нарушения сердечного ритма (фибрилляция предсердий), ХСН 2 ФК.

Принимает варфарин 2,5 мг, бипрол 5 мг. Со слов, последние 1,5-2 месяца варфарин не принимает.

Хронический панкреатит в течение многих лет.

С 2014г наблюдается окулистом по начальной возрастной катаракте обоих глаз,

гипертонической ангиопатии сетчатки. С 2015г

неврологом-смешанная тугоухость II степени,

справа-нейросенсорная тугоухость I степени,.

Слева- нейросенсорная тугоухость I степени.

С 2015г неврологом - Дисциркуляторная энцефалопатия. Вестибулопатия.

С августа 2016г -Облитерирующий атеросклероз артерии нижних конечностей . Стеноз БА обеих сторон. Синдром Лериша?

С 2016г- остеоартроз левой стопы II степени.

Из вредных привычек- курил около 7 лет (в среднем по 10 сигарет в день). Не курит в течение последних 55 лет.

Аллергоанамнез: со слов пациента не отягощен.

Объективный осмотр

- ▣ **Общее состояние больного** средней степени тяжести, обусловлено кровохарьканием, дыхательной недостаточностью и интоксикационным синдромом.
- ▣ **Сознание** ясное.
- ▣ **Положение больного** активное.
- ▣ **Телосложение** правильное.
- ▣ **Конституция** нормостеническая.
- ▣ **Температура тела** 38,2С, **рост** 170 см, **вес** 69 кг, ИМТ=23,8кг/м3
- ▣ **Осмотр лица** – выражение спокойное, нос правильной формы, носогубная складка симметричная.
- ▣ **Осмотр глаз и век** – отечности, птоза, темной окраски век не наблюдается; конъюнктивы бледно-розовые, склеры белые, инъекции сосудов нет; зрачки правильной формы, равномерная, реакция на свет сохранена.

- ▣ **Осмотр головы и шеи** – при осмотре форма головы правильная: по передней поверхности шеи слева линейной формы белесый рубец, не спаян с окружающими тканями шеи; деформации шеи в переднем отделе, пульсации, набухание сонных артерий и вен не обнаружены.
- ▣ **Кожные покровы и видимые слизистые**– бледно-розового цвета, умеренно влажные; высыпаний не обнаружено. Тургор кожи снижен. Ногти правильной формы, не изменены. Видимые слизистые розовые, чистые.
- ▣ **Система органов дыхания**
- ▣ **Осмотр грудной клетки** –форма грудной клетки правильная, левая половина несколько уменьшена в объеме, симметрично участвует в акте дыхания. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, межреберные промежутки умеренно расширены; эпигастральный угол прямой; Искривления позвоночника не выявлено.

- Тип дыхания – брюшной; дыхательные движения симметричные; дыхание средней глубины; носовое дыхание сохранено; ЧДД- 24 в минуту.
- **Пальпация грудной клетки** –эластичность грудной клетки слева снижена, пальпация безболезненна, усиление голосового дрожания над нижней долей слева.
- **Сравнительная перкуссия** –по передней поверхности грудной клетки перкуторный звук не изменен; по задней подмышечной, лопаточной линии слева ниже 7 межреберья укорочение перкуторного звука.
- **Топографическая перкуссия** –граница легких справа и слева
- Высота стояния верхушек спереди- 4-4см
- Высота стояния верхушек сзади -7 шейный позвонок
- Нижняя граница легких справа и слева
- По окологрудной линии – 5 межреберье

- По срединно-ключичной линии- 6 ребро
- По передней подмышечной линии - 7 ребро, 6 межреберье слева
- По средней подмышечной линии- 8 ребро, 7 межреберье слева
- По задней подмышечной линии- 9 ребро, 7 межреберье слева
- По лопаточной линии- 10 ребро, 9 межреберье слева
- По околопозвоночной линии- остистый отросток 11-го грудного позвонка, остистый отросток 11-го грудного позвонка.
- Дыхательная *экскурсия* нижнего края легких – по лопаточной линии справа 5см, а слева 4см.
- ***Аускультация легких***– над зоной укороченного перкуторного звука слева дыхание жесткое, отчетливо выслушивается крепитация, единичные влажные хрипы.

▣ Система органов кровообращения

- ▣ *При осмотре*- область сердца не изменена.
- ▣ *Пальпация сердца* – верхушечный толчок: локализован в 5 межреберье, смещен на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, шириной 1-1,5 см, умеренной резистентности.
- ▣ *Перкуссия сердца* – правая граница: по правому краю грудины на уровне 4 межреберья.
- ▣ Левая: смещена кнаружи на 1,5 см от срединно-ключичной линии на уровне 5 межреберья
- ▣ Верхняя: по верхнему краю 3 ребра .
- ▣ *Аускультация сердца* – ритм неправильный, тоны приглушены, ЧСС-132 ударов в минуту, АД-110/80 мм рт ст.

- ▣ **Система органов пищеварения**– язык бледно-розовый, умеренно влажный, чистый, сосочки умеренно выражены, признаков отечности и кровоточивости нет.
- ▣ **Живот:** правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, выбухание не обнаружены, отечность передней брюшной стенки нет.
- ▣ *Пальпация* – живот мягкий, безболезненный; грыжевое кольцо не пальпируется; перитонеальных симптомов нет.
- ▣ *Перкуссия живота* – при перкуссии над всей поверхностью живота отмечается тимпанический звук. Признаков свободной жидкости в брюшной полости нет.
- ▣ *Аускультация живота* – выслушивается умеренно выраженная перистальтика кишечника.

- Печень и желчный пузырь: патологических изменений не наблюдается.
- *Пальпация* - край печени округлый, ровный, мягкий, безболезненный. Симптомы Ортнера, Мерфи, Мюссе, Керра отрицательные.
- Перкуссия по Курлову – 9 см * 8 см * 7 см.
- **Селезенка** – при осмотре изменений в области левого подреберья нет.
- *Пальпация* – селезенка не пальпируется.
- *Перкуссия* – продольный размер 6 см, поперечный размер 4 см.
- Стул самостоятельный регулярный, оформленный.
- **Система органов мочеотделения** – мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

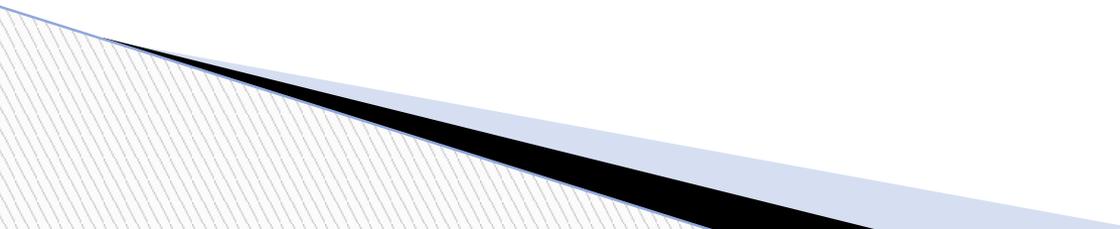
- ▣ **Эндокринная система:** при осмотре передней поверхности шеи имеется послеоперационный рубец, безболезненный, смещаем, с окружающими тканями не спаян, близлежащие лимфоузлы не пальпируются. Правая доля пальпируется обычных размеров, безболезненно, плотновата, подвижна.
- ▣ **Мышечная система** – степень развития соответствует возрасту, тонус снижен, сила симметричных мышц одинаковая. Болезненности мышц при пальпации не выявлено.
- ▣ **Костная система и суставы** – кости правильной формы, деформаций нет, болезненности не обнаружены.

Суставы: конфигурация не изменена. Припухлости и видимых деформаций нет. Периартикулярные ткани не изменены. Гиперемии кожи над суставами нет. Активные и пассивные движения в суставах в полном объеме, безболезненны.

- **Лимфатические узлы** – периферические группы лимфатических узлов не увеличены, безболезненные.
- **Периферические отеков** – нет.
- **Нервно- психическая сфера:** больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается с врачом. Нарушения восприятия нет. Внимание не ослаблено, способен долго сосредоточиться на одном деле. Память сохранена. Мышление не нарушено. Поведение адекватное.
- Головных болей, головокружения, обмороков нет. Отмечается нарушение сна- раннее пробуждение. Самочувствие после пробуждения удовлетворительное.

Выделение синдромов

- Интоксикационный синдром (головные боли, общая слабость)
- Лихорадочный синдром (повышение температуры тела до 38,2 С, озноб, потливость)
- Болевой синдром (болезненность и дискомфорт в грудной клетке)
- Бронхитический синдром (кашель с мокротой)
- Синдром кровохарканья (мокрота с кровью)
- Синдром дыхательной недостаточности (одышка в покое, ЧДД 24)
- Синдром уплотнения легочной ткани(усиление голосового дрожания ,при пальпации грудной клетки, укорочении перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания, крепитация, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы слева);

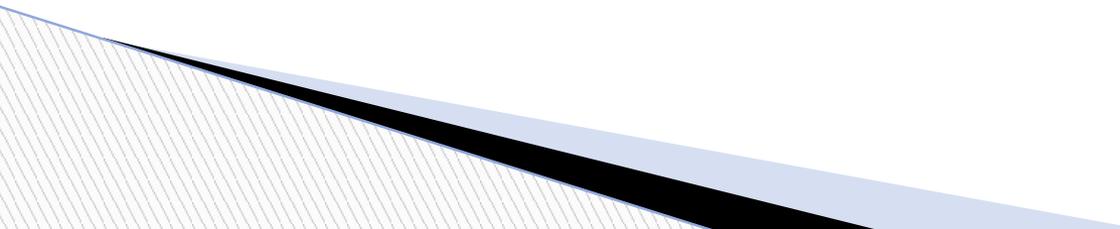
- Синдром общевоспалительной реакции (характеризующийся ускорением СОЭ.- амбулаторно)
 - Имеют место синдромы сопутствующих заболеваний: синдром нарушения ритма (мерцательная аритмия, тахисистолический вариант), артериальной гипертензии.
 - Синдром артериальной гипертензии (с учетом данных анамнеза)
 - Синдром нарушение ритма (ритм неправильный, ЧСС 132 уд/мин)
- 

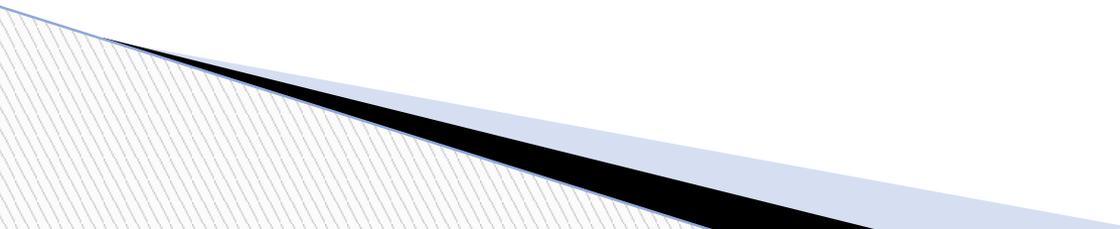
Предварительный диагноз

На основании жалоб (кровохарканье, упорный кашель с мокротой с примесью крови; повышение температуры тела до 38 С; болезненность и дискомфорт в грудной клетке; общая слабость; головная боль; потливость;), анамнеза заболевания, объективных данных, данных рентгенографии ОГК при амбулаторном исследовании был выставлен предварительный диагноз:

- Основной: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести
- Осложнение: ДН 2. Кровохарканье
- Сопутствующий: ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК. Фибрилляция предсердий, тахисистолический вариант, постоянная форма. Атеросклероз аорты. Аортальная недостаточность. Артериальная гипертензия 3, риск 4, ХСН 2 ФК

План обследования

- ОАК
 - ОАМ
 - Кал на я/г
 - Кровь на микрореакцию
 - БАК (общий белок и его фракции, общий билирубин, глюкоза, креатинин, мочеви́на, АсАТ, АлАТ)
 - Коагулограмма
 - Общий анализ мокроты, бак.посев мокроты и определение чувствительности к антибиотикам
 - Рентгенография ОГК в прямой и боковой проекции
 - УЗИ плевральной полости
- 

- Фиброларингоскопия
 - Бронхоскопия
 - КТ грудного сегмента
 - ЭФГДС
 - ЭКГ
 - ЭхоКГ
 - Консультация кардиологом
 - Консультация онкологом
 - Консультация лор врачом
- 

Общий анализ крови

	25.10.2016г	02.11.2016г
гемоглобин	119 г/л	129 г/л
эритроциты	$4,02 \cdot 10^{12}/л$	$4,3 \cdot 10^{12}/л$
лейкоциты	$6,6 \cdot 10^9 /л$	$5,0 \cdot 10^9 /л$
Тромбоциты	$510 \cdot 10^9 /л$	$216 \cdot 10^9 /л$
СОЭ	25 мм/ч	18 мм/ч

Общий анализ мочи

	18.10.2016г:	02.11.2016г
Цвет	Соломенно желтый	Соломенно желтый
Прозрачность	прозрачная	прозрачная
Относительная плотность	1016	1025
Белок	отр.	отр
Плоский эпителий	ед в п/з	Ед в п/з
Лейкоциты	ед в п/з	Ед в п/з
Эритроциты	отр	отр

Биохимический анализ крови от 18.10.2016г

- ▣ **Общий белок-** 66,4 г/л;
- ▣ **Мочевина-** 6,7 ммоль/л;
- ▣ **Креатинин-** 92 мкмоль/л;
- ▣ **Глюкоза-** 7,4 ммоль/л;
- ▣ **Общий билирубин-** 11,9 мкмоль/л;

Коагулограмма

	От 18.10.2016 г:	От 26.10.2016 г:
Протромбиновое время	14 сек	16 сек
МНО	1,0	1,2
АЧТВ	42 сек	44 сек
Фибриноген	3,1 г/л	3,1 г/л

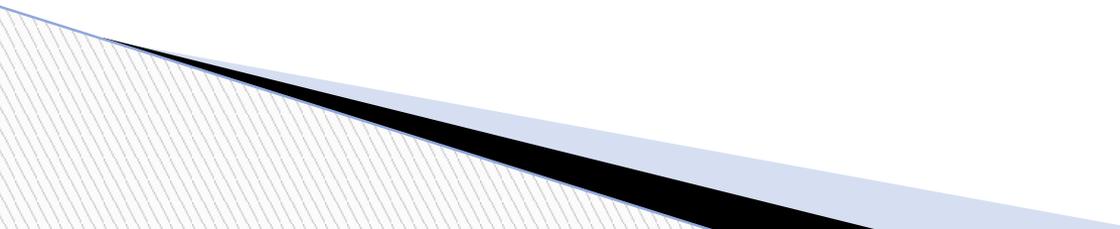
Анализ мокроты

- ▣ **Микроскопия от 19.10.2016 г:**
эпителий-единичные в п/з, лейкоциты-
20-24 в п/з;
- ▣ **На БК от 19.10.2016 г:** 18.10.16г-отр.,
19.10.16г-отр., 19.10.16г-отр.

Анализ крови на МРС от 18.10.2016г

- Микрореакция отрицательная.

Анализ кала от 19.10.2016г:

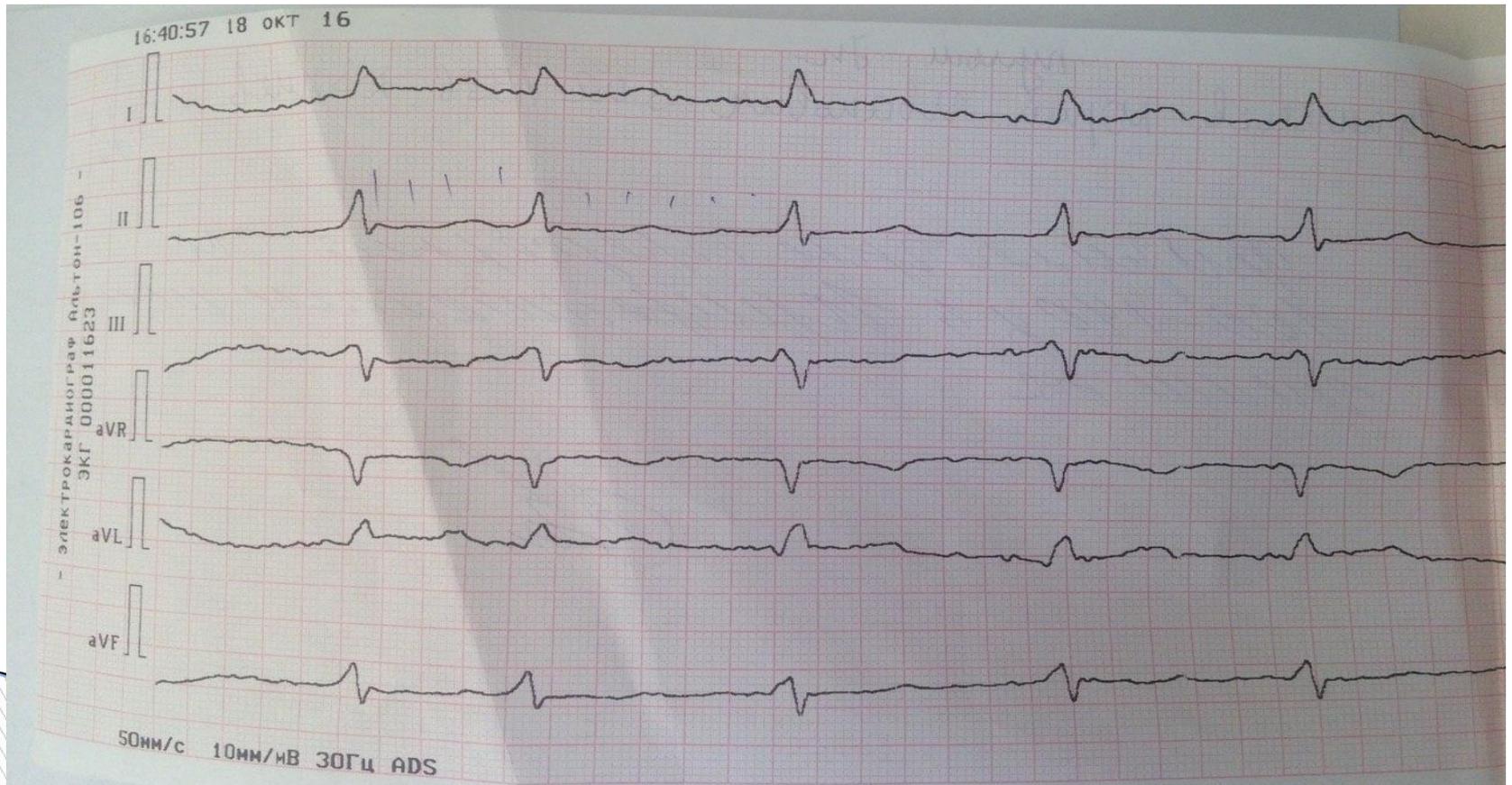
- Яйца глист не обнаружены.
- 

Результаты ЭКГ и ЭхоКГ

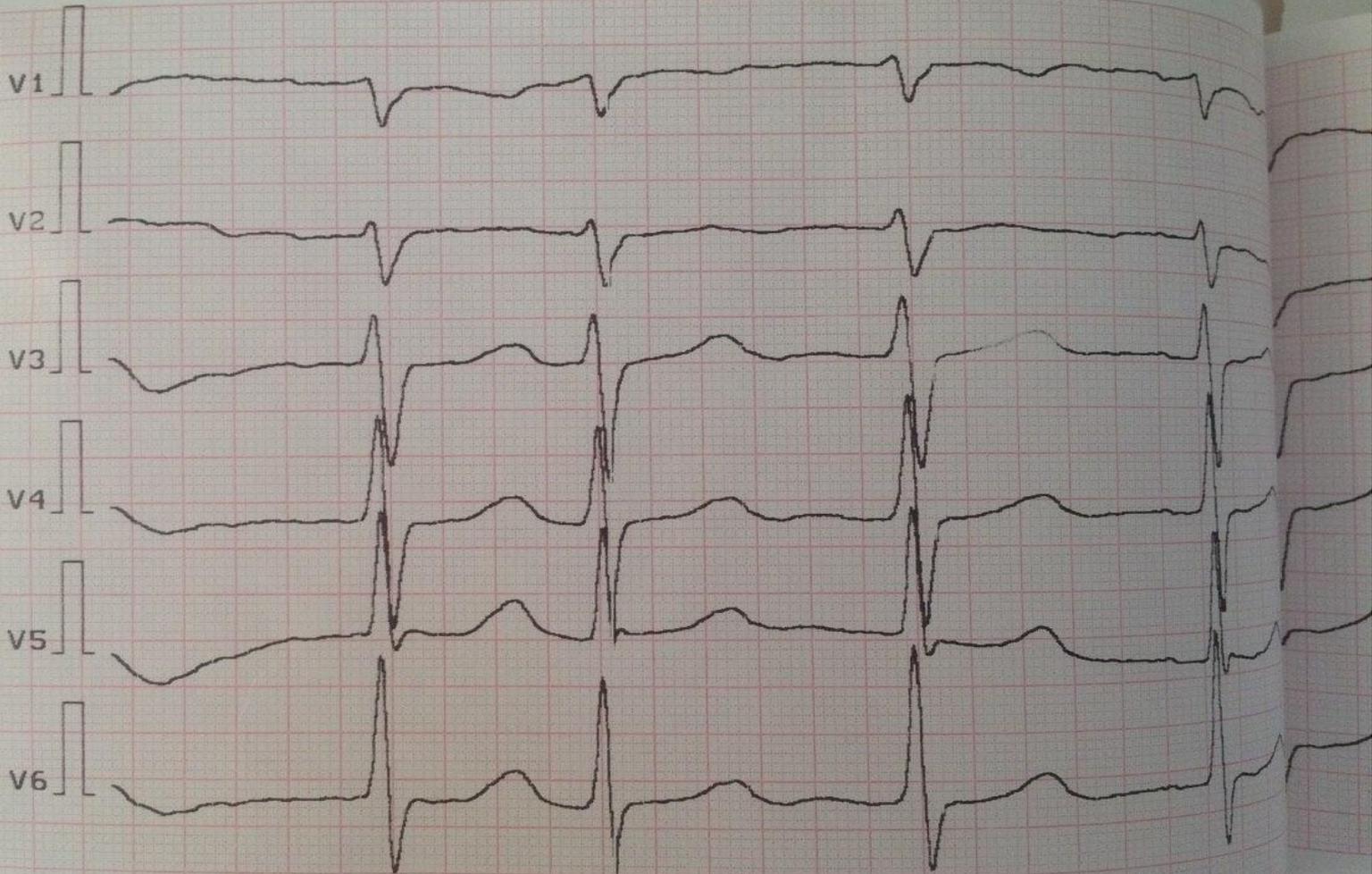
- ▣ **ЭКГ от 10.2016г:** Фибрилляция предсердий, ЧСС 80-120 уд/мин, горизонтальное положение ЭОС.
- ▣ **ЭКГ от 26.2016г:** Фибрилляция предсердий, ЧСС 100-140 уд/мин, горизонтальное положение ЭОС.
- ▣ **ЭхоКГ от 25.08.2016г (амбулаторно):** Дилатация левого предсердия, дилатация левого желудочка. Митральное регургитации (+1,5).
- ▣ Атеросклероз аорты. Аортальное регургитации (+1,5). Дилатация правого предсердия. Трикуспидальная регургитация (+). Перикард без особенностей. Глобальная систолическая функция левого желудочка снижена.

Результаты ЭКГ

- ЭКГ от 18.10.2016г: Фибрилляция предсердий, ЧСС 80-120 уд/мин, горизонтальное положение ЭОС.

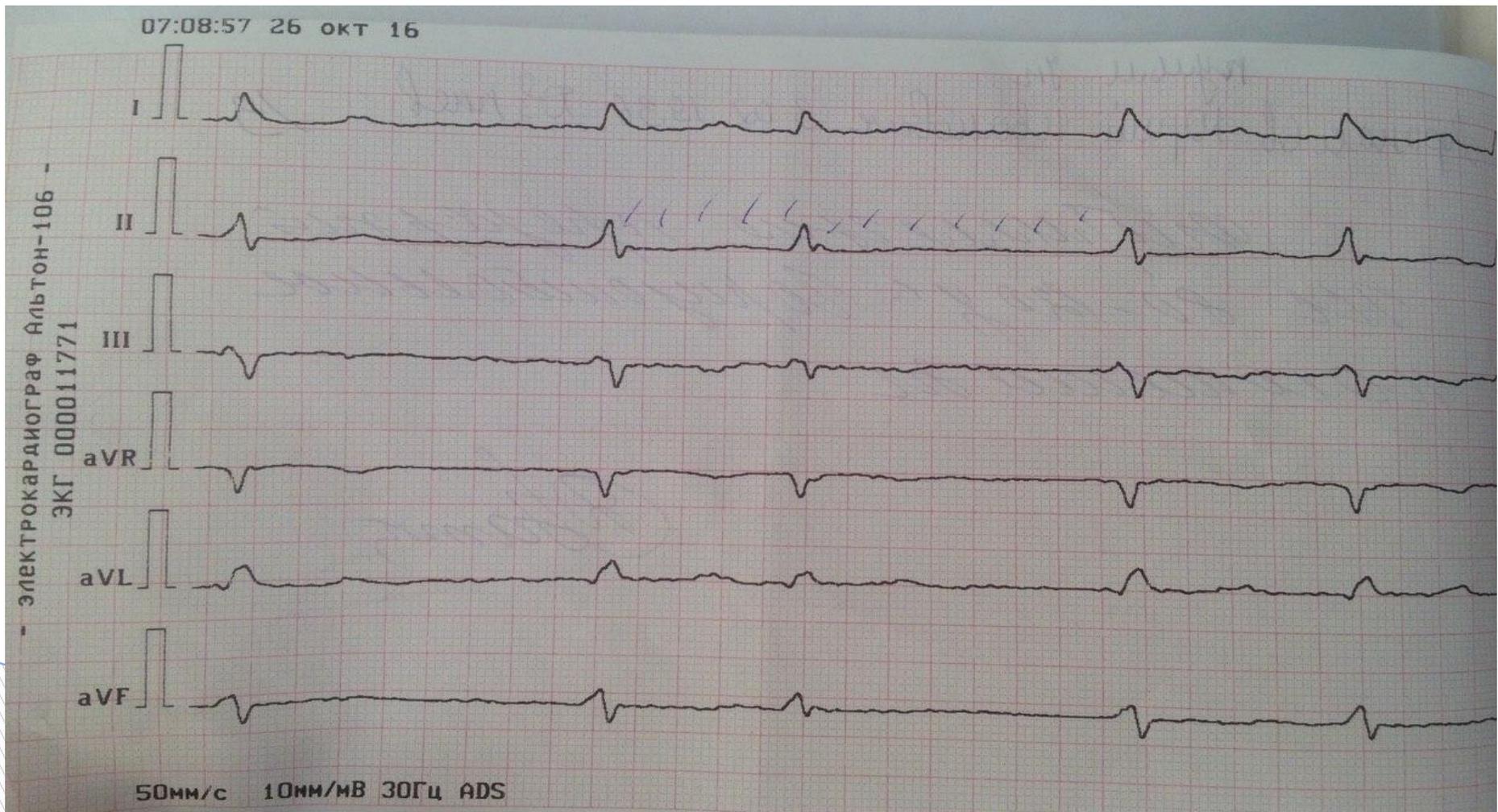


16:40:57 18 ОКТ 16

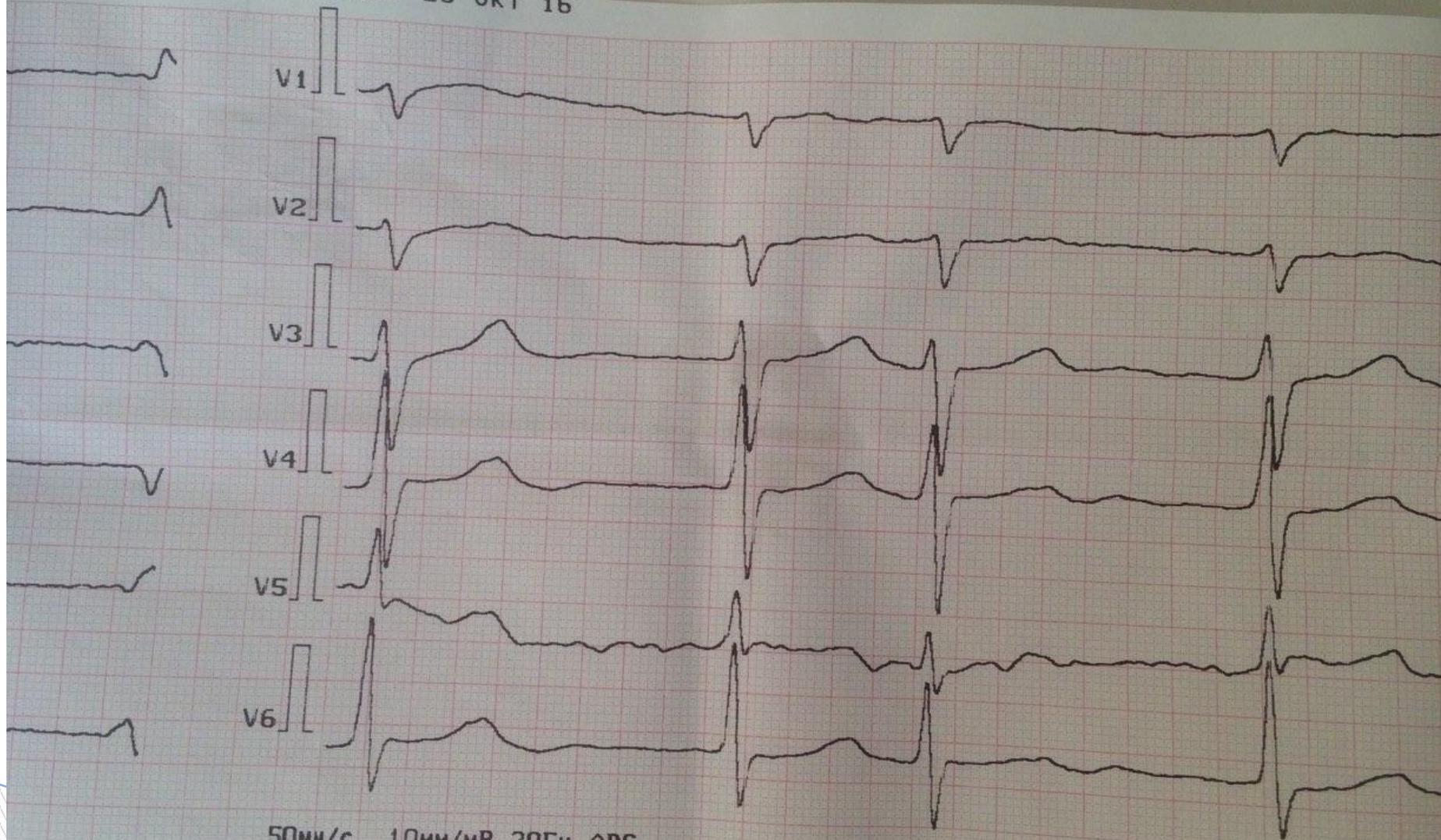


50mm/c 10mm/mB 30Гц ADS

ЭКГ от 26.10.2016г: Фибрилляция предсердий, ЧСС 100-140 уд/мин, горизонтальное положение ЭОС.



07:08:57 26 ОКТ 16



50mm/c 10mm/mB 30Гц ADS

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ от 25.10.2016г :

АО=3,7см

ЛП=4,8см

МЖП=1,0-1,2см

ЗСЛЖ=1,1-1,6см

КДР=6,0см

КСР=5,3см

ПЖ=2,4 см

ПП=5,1см

□ А.к: 0,75м/с; PG=2,3 мм.рт.ст_LVOT

□ М.к: Ve=104м/с; PG=4,1 мм.рт.ст

□ Тр.к: Ve=0,59 м/с; PG=1,4 мм.рт.ст

ФВ=51%

КДО=228мл

КСО=149мл

УО=68мл

▣ *Описание исследования:*

Митральный клапан в диастолу разнонаправлен.
Створки аортального клапана уплотнены,
кальцинированы .

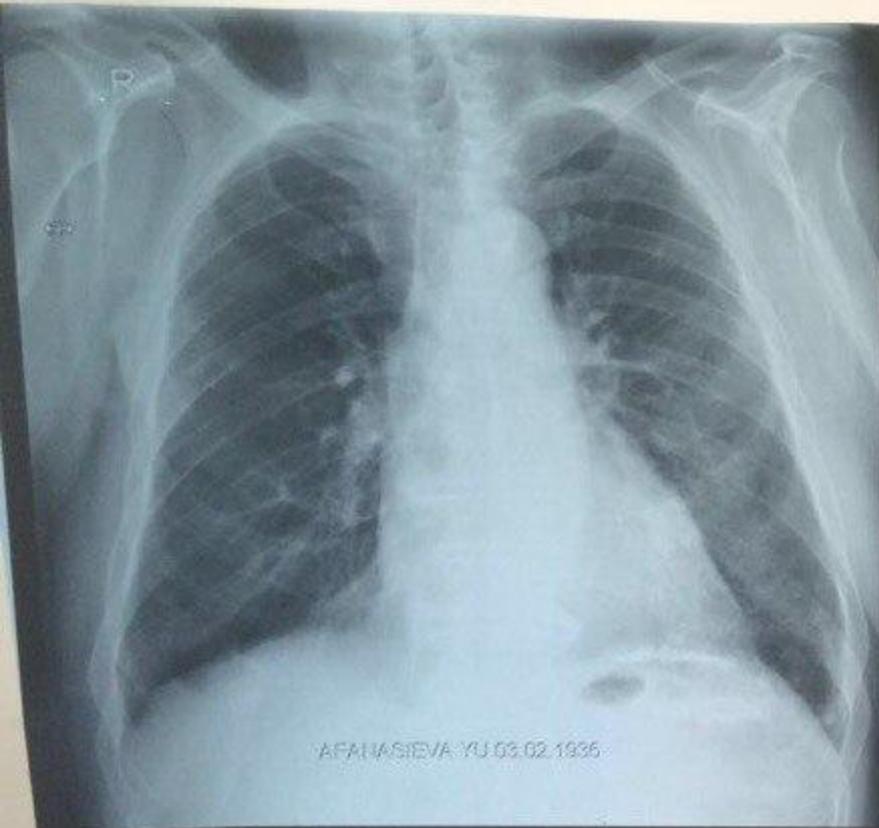
▣ **Допплерография : МКР (+1,5) АКР(+1,5)**

**▣ *Заключение* : Дилатация левого предсердия,
дилатация левого желудочка. Митральное
регургитации(+1,5).**

**▣ Атеросклероз аорты. Аортальное регургитации (+1,5).
Дилатация правого предсердия. Трикуспидальная
регургитация (+). Перикард без особенностей.
Глобальная систолическая функция левого желудочка
снижена.**

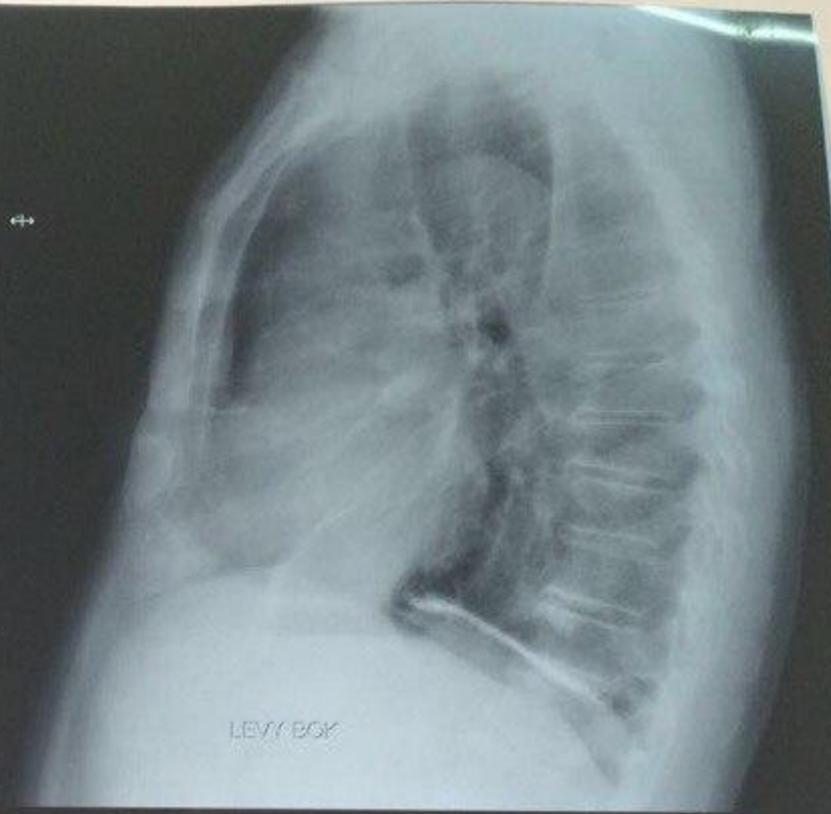
Рентгенография ОГК + левый боковой от 11.10.2016г:

- На рентгенограмме органов грудной клетки в легких легочный рисунок обогащенный сетчатый по всем легочным полям. Слева в нижних отделах, легочный рисунок сгущенный и мелкосетчато-деформированный, усиленный за счет перибронхиальной и периваскулярной инфильтрации, в проекциях задне-базальных сегментов. Корни фиброзные, тяжистые. Междолевая плевра подчеркнута, пристеночная равномерно уплотнена. Видимые синусы свободные. Диафрагма на уровне переднего отрезка 6-го ребра. Сердце и аорта возрастные изменения.
- На боковом и прямом снимке на уровне купола диафрагмы слева визуализируется контрастная тень, напоминающая дренажную трубку.
- **Заключение:** Рентген-картина левосторонней бронхопневмонии нижней доли. Диффузный пневмосклероз. Хронический бронхит.

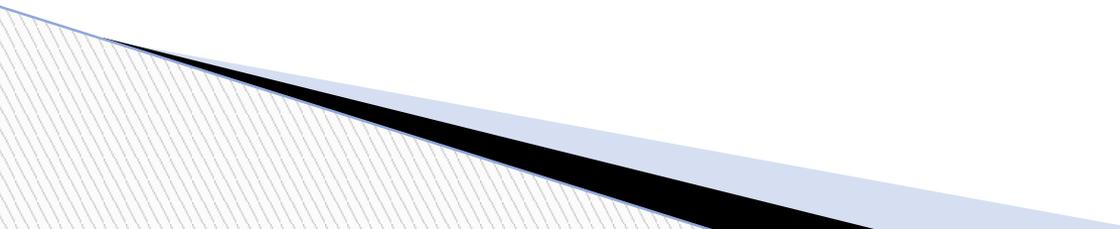


АФАНАСИЕВА Ю.Ю. 03.02.1936

↔



ЛЕВЫ БОК

- ▣ **КТ грудного сегмента от 18.10.16г:** КТ-признаки левосторонней нижнедолевой плевропневмонии, “панцирного” левого легкого, левостороннего плеврита.
 - ▣ **КТ грудного сегмента от 28.10.16г:** КТ-признаки левосторонней нижнедолевой плевропневмонии, “панцирного” левого легкого.
- 

Эзофагоскопия+ларингоскопия от 24.10.2016г

- Гортань свободна, проходима. Грушевидные синусы свободны. Все анатомические образования дифференцируются. Надгортанник в виде лепестка. Черпаловидные хрящи тусклые, отечные, слизистая рыхлая, гиперемирована. Голосовые связки сероватого цвета, утолщены, на поверхности наложения фибрина, при фонации смыкаются ассимметрично, неполностью, левая связка не смыкается. Левая часть гортани не участвует в акте дыхания. Сосудистый рисунок равномерный, сосуды извитые. Подскладочное пространство свободно. Пищевод свободно проходим, продольная складчатость выражена умеренно, при инсуффляции расплавляется полностью. Слизистая во всех отделах розовая, гладкая. Кардия смыкается полностью, вяло.

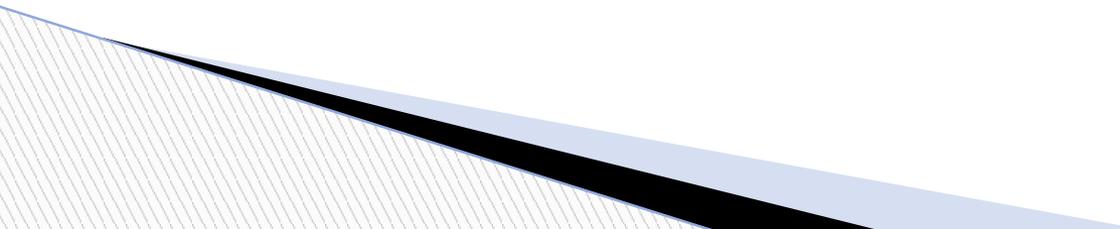
- Z-линия выше ЛЖС в типичном месте, контуры неровные, нечеткие.
- **Заключение: Хронический ларингит, обострение. Парез левой половины гортани. Недостаточность кардии I ст. Неэрозивный рефлюкс-эзофагит.**

Консультация ЛОР-врача от

21.10.2016г

- Наружный нос: правильной формы. Носовое дыхание: свободное.
- **Риноскопия** : слизистая: гипермирована, суховата, не увеличены. Перегородка: по средней линии. Отделяемое: нет. Сосуды в зоне Киссельбаха б/о.
- **Фарингоскопия** : слизистая зева умеренно гипермирована, суховата. По задней стенке глотки: зернистость. Небные миндалины: по границам дужек. Лакуны: свободные.
- **Отоскопия**: ушные раковины правильной формы. AD et AS mts: серые, ступеваны. Отделяемое: нечеткие. Наружный слуховой проход: широкий, свободный.
- **Кожа**: в норме.
- **Заключение** : Хронический фарингит. Хронический ларингит в стадии обострения

Бронхоскопия от 01.11.16г

- На момент осмотра признаков кровотечения , а равно и источника возможного легочного кровотечения , кровохарканья не выявлено.
 - **Заключение:** Признаки пареза левой голосовой связки, хронического ларингита. Возрастные инволютивные изменения слизистой трахеи и бронхов.
- 

Цитология бронхоальвеолярной лаважной жидкости от 03.11.16г:

- ▣ **Заключение:** в бронхоальвеолярной лаважной жидкости атипических клеточных элементов не обнаружено

УЗИ плевральных полостей от 03.11.16г

□ В плевральных полостях лоцируется жидкость.

V- справа - отсутствует

V- слева – 38 смЗ

УЗИ щитовидной железы от 21.10.2016

Г:

- Правая доля=35,0мм*15,5мм*17,3мм V=4,9см³;
Контур: неровные, четкие;
- Левая доля=авс
- Перешеек:справа-1,4мм
- Паренхима: Диффузно неоднородная с гипоэхогенными зонами до 2мм.
- **Заключение** : Состояние после тиреоидэктомии слева. Гипоплазия правой доли. Диффузные изменения паренхимы.

Дифференциальная диагностика

Учитывая наличие у больного синдрома кровохарканье дифференциальная диагностика проводилась со следующими заболеваниями:

- Опухоли дыхательных путей
(периферический и центральный рак легких)
- Туберкулез
- Инфаркт легкого

№	Кровохарканье	Кровавая рвота
1	Кровь выкашливается	Кровь выделяется во время рвоты
2	Кровь алого цвета, имеет щелочную реакцию	Кровь часто темно-красного, иногда коричневого цвета, имеет кислую реакцию
3	Часть выделенной крови пенистая	Пенистая кровь не выделяется
4	После обильного кровохарканья в течение нескольких дней выделяются небольшие количества мокроты с примесью крови	После кровотечения мокрота не выделяется
5	Наличие в анамнезе болезней легких. Незадолго до начала кровохарканья в горле появляется ощущение щекотания или бульканья	Наличие в анамнезе болезней печени, желудка с диспепсическим и болевым синдромами. Перед началом кровавой рвоты часто наблюдается обморок
6	Мелена после кровохарканья появляется очень редко	Мелена после кровавой рвоты наблюдается очень часто
7	Кровохарканье продолжается обычно несколько часов, иногда даже несколько дней	Кровавая рвота, как правило, бывает кратковременной и обильной

- Таким образом, у больного имеет место кровохарканье, связанное с патологией органов дыхания, а не аспирация крови из пищевода и желудка. Для окончательного исключения аспирации из ЖКТ выполнена фиброларингоскопия. При этом источника кровотечения на момент осмотра не выявлено.
- Заключение: Хронический ларингит, обострение. Парез левой половины гортани. Недостаточность кардии 1 ст. Неэрозивный рефлюкс-эзофагит

Признаки		
	центральный	периферический
Этиологический фактор	<ul style="list-style-type: none"> - воздействие канцерогенных веществ при вдыхании пыли в горнорудной промышленности (никеля, кобальта, железа), ароматических веществ, продуктов неполного сгорания топлива в автомобильных двигателях - хронические воспалительные процессы в легких, в том числе сочетание хронического туберкулезного процесса и рака легких - отягощенная наследственность, 	
Возраст	Чаще 50 лет и выше	В любом возрасте

Бронхитический синдром	Кашель может быть сухим, вначале преходящим, затем постоянным, доходящим до надсадного. Впоследствии кашель сопровождается выделением слизистой и слизисто-гойной мокроты.	кашель упорный, сухой, может быть со скудной мокротой, часто рецидивирующего характера, Нередко кровохарканье рецидивирующего характера.	Кашель возникает остро, с быстрой динамикой от сухого до влажного
-------------------------------	---	--	--

Лихорадка	Субфебрильная, упорная температура, без эффекта от симптоматических терапии	Лихорадка быстро купируется на фоне терапии
------------------	--	--

нне	Может продолжаться в течение нескольких недель или даже месяцев	кровохарканье, алая, носило относительно короткий эпизод
Похудание	Один из ярких симптомов на поздних стадиях	Не отмечается
Одышка	Наблюдается у 30-40% больных, нарастающий, не поддается на терапию.	Смешанного характера
Похудание	На поздних стадиях	Не отмечается

Болевой синдром

Часто характеризуется упорство не всегда поддаются действию анальгетиков, на поздних стадиях иррадиируют в плечо, шею, голову, живот, в другую половину грудной клетки, часто принимая опоясывающий характер

Не характеризуется упорством, поддаются НПВСП

Лабораторные анализы

Норма или незначительные не патогномоничные изменения (такие, как повышение СОЭ, анемия, лейкоцитоз, гипопротеинемия, гиперглюкоземия, склонность к гиперкоагуляции и др.).

У нашего больного:

-тромбоцитоз до $451 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/ч от 26.10.2016г.

-тромбоцитоз до $510 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 25 мм/ч от 25.10.2016г.

-тромбоцитоз до $437 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/ч от 26.10.2016 г.

Рентгенография	<p>-уменьшение прозрачности сегмента или доли</p> <p>-расширение сосудистого русла</p> <p>Нарастающее нарушение бронхиальной проходимости при раке легких приводит к развитию обтурационной пневмонии, что проявляется уменьшением объема и неоднородным уплотнением сегмента. Полная закупорка бронха при раке легких приводит к ателектазу-спадению легочной ткани, на снимках проявляется в виде характерного затенения.</p>	<p>-выявляется в виде узла в паренхиме легкого овоидной, полигональной или шаровидной формы, или инфильтрата с размытыми, нечеткими контурами. Вокруг узла обычно имеется неравномерная лучистость.</p>	<p>- бронхопневмония</p>
-----------------------	---	---	--------------------------

**Учитывая все данные, на сегодня
мы можем исключить рак легкого**

Признаки	Инфаркт легкого	Пневмония
Этиологический фактор	<p>полостные операции (удаление селезенки);</p> <p>препараты, повышающие свертываемость крови (пенициллин)</p> <p>застойная сердечная недостаточность;</p> <p>переломы трубчатых костей;</p> <p>нефротический синдром;</p> <p>нездоровая масса тела (жировые тромбы);</p> <p>онкология, сдавливание опухолью вен;</p> <p>тромбы на венах ног;</p> <p>ревматизм;</p> <p>сепсис;</p> <p>постельный режим.</p>	<p>У больного нет этих состояний которая могли бы привести к инфаркт легкого</p> <p>Фактора</p> <p>переохлаждения</p> <p>Инфекционные факторы</p>

Возраст	старше 60 лет	любой
Кровохарканье	У 30-50% больных возникает кровохарканье (в виде отдельных прожилок или появления «ржавой мокроты»), у 2-6% - легочное кровотечение	Кроворканье алая кровье
Одышка	Внезапно и быстро возрастающая	Смешанного характера, нарастает постепенно
Бронхитический синдром	кашель с присутствием слизистой либо кровянистой мокроты	кашель с мокротой желтого цвета, с последующем кровохарканьем

<p>Аускультации легких</p>	<p>ослабленное дыхание, мелкопузырчатые хрипы, может быть шум трения плевры</p>	<p>Ослабленное везикулярное дыхание в н/о слева, крепитация в н/о легких слева</p>
<p>Лихорадка</p>	<p>Фебрильная температура на 3-4 день после развития болевого синдрома</p>	<p>повышение температура без болевого синдрома</p>
<p>Похудание</p>	<p>Один из частых симптомов</p>	<p>Не отмечается</p>
<p>Лабораторные анализы</p>	<p>отмечается умеренный лейкоцитоз, повышение ЛДГ, общего билирубина (при нормальных значениях трансаминаз)</p>	<p>У нашего больного: умеренный лейкоцитоз, ЛДГ и общего билирубина в норме (при нормальных значениях трансаминаз)</p>

Коагуолаграмма

КТ

ЭХОКГ

ЭКГ

Рентгенография

определяется парез диафрагмы
односторонний, уплотнение очаговое
всевозможной формы, расширение корня
легкого, наличие выпота без контура,
субплевральное расположение и
асимметричность тени;

**левосторонней
бронхопневмонии
нижней доли.**

**Диффузный
пневмосклероз.**

**Хронический
бронхит.**

**левосторонняя
н/долевая
пневмония ср
степени тяжести.**

**Этиологиче
ский фактор**

-тромбоз глубоких вен (ТГВ) голени (в 70 – 90% случаев), тромбофлебит,
-сердечно-сосудистые заболевания, (ИБС, активная фаза ревматизма с наличием митрального стеноза и мерцательной аритмии, гипертоническая болезнь, инфекционный эндокардит, кардиомиопатии и неревматические миокардиты)
-септический генерализованный процесс
-онкологические заболевания (чаще рак поджелудочной железы, желудка, легких)
-тромбофилия (повышенное внутрисосудистое тромбообразование при нарушении системы регуляции гемостаза)

Указанные данные отсутствуют

Возраст	Заболееваемость среди пожилых выше у мужчин, выше у женщин моложе 55 лет	1950 г.р.(80 лет)
Кровохарканье	возникает через некоторое время после появления одышки и боли в грудной клетке	Кроворканию не предшествовала одышка и боль
Одышка	учащенное неглубокое дыхание	Смешанного характера
Бронхитический синдром	кашель сначала сухой, затем с выделением скудной мокроты с прожилками крови	кашель с мокротой желтого цвета, с последующим кровохарканьем

Аускультации легких	не информативный	Ослабленное везикулярное дыхание в н/о слева, крепитация в н/о легких слева
Лихорадка	Субфебрильная	Периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр
Лабораторные анализы	Определение количества D-димеров в крови при ТЭЛА повышается D-димер	У нашего больного: Коагулограмма

Рентгенография

Рентгенологические изменения в легких обычно появляются через 12—36 ч от начала ТЭЛА. Так, может выявляться комбинация — инфильтрация, снижение объема легочной ткани (указывает на инфаркт легких) и плевральный выпот. Принципиальное доказательство возможного наличия ТЭЛА на рентгенограмма легких — частое отсутствие рентгенологической патологии.

Регген-картина левосторонней бронхопневмонии нижней доли.
Диффузный пневмосклероз.
Хронический бронхит.
Инородное тело справа?

КТ

ЭКГ

ЭХОКГ

Признаки	Туберкулез	Внебольничная левосторонняя н/долевая пневмония ср степени тяжести. Бронхоэктаз?
Этиологический фактор	Инфицирование бактерией <i>Mycobacterium tuberculosis</i> . К туберкулезу восприимчивы люди с ослабленными защитными силами организма (например, дети раннего возраста, пожилые люди, больные СПИД или ВИЧ-инфицированные).	Неизвестен

Возраст	<p>Заболеть туберкулезом может каждый человек и в любом возрасте, но более всего подвергаются инфицированию дети и люди молодого возраста.</p> <p>Кроме того женщины, возраст которых составляет от 24 до 35 лет, туберкулезом болеют намного чаще, чем мужчины, а вероятность заболевания в этом возрасте наиболее велика.</p>	1936 г.р.(80 лет)
Кровохарканье	<p>Кашель может приводить к разрыву кровеносных сосудов в истонченных бронхиальных стенках, что сопровождается кровохарканьем.</p>	Кроворканье с 7.10.2016 г.,алая.

Одышка

Одышка при физической нагрузке

Смешанного
характера

Бронхитический
синдром

От сухого до влажного, с массивным отделением мокроты. Мокрота может быть творожистого, гнойного вида. При присоединении крови – принимает вид от «ржавой» до примеси жидкой, не изменённой (кровохарканье)

В течение месяца кашель с мокротой желто-зеленого цвета, с 7.10.2016г кровохарканье

<p>Аускультации легких</p>	<p>Характеристика и интенсивность их разнообразна. Различают сухие и влажные хрипы. Над полостями можно услышать особый, «амфорический» оттенок дыхания. Над некоторыми полями дыхание может быть значительно ослаблено.</p>	<p>Ослабленное везикулярное дыхание в н/о слева, крепитация в н/о легких слева</p>
<p>Лихорадка</p>	<p>субфебрильная</p>	<p>Периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр</p>
<p>Похудание</p>	<p>Один из ярких симптомов</p>	<p>Не отмечается</p>
<p>Лабораторные анализы</p>	<p>Нормахромная анемия, лейкоцитоз, увеличение числа палочкоядерных нейтрофилов, лимфопения, моноцитоз, эозинопения.увеличение СОЭ.</p>	<p>У нашего больного: -тромбоцитоз до $451 \cdot 10^9$/л, СОЭ 20 мм/ч от 26.10.2016г. -тромбоцитоз до $510 \cdot 10^9$/л, СОЭ 25 мм/ч от 25.10.2016г. -тромбоцитоз до $437 \cdot 10^9$/л, СОЭ 20 мм/ч от 26.10.2016г.</p>

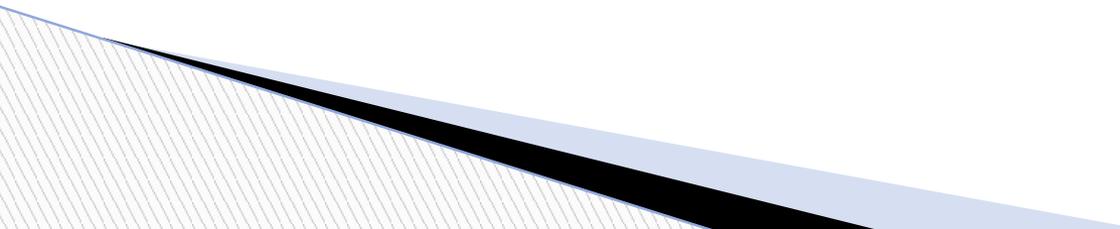
Рентгенография

1. Очаговая, фокусная или протяженная тень до 4 см;
2. Понижение прозрачности участка легкого на верхушке с размытыми контурами (начало распада ткани);
3. Пневмоническая фаза с активной выраженностью перифокального воспаления.

**Рентген-картина левосторонней бронхопневмонии нижней доли.
Диффузный пневмосклероз.
Хронический бронхит.
Иностранное тело справа?**

На основании жалоб: кровохарканье, постоянный кашель с мокротой с примесью крови; повышение температуры тела до 38 С; болезненность и дискомфорт грудной клетки при кашле; общая слабость; головная боль; потливость;

данные объективного осмотра, признаки дыхательной недостаточности, уплотнения легочной ткани нижних отделов с левой стороны, данные лабораторно-инструментального исследования, проведенного дифференциального диагноза был выставлен клинический диагноз:



Клинический диагноз

- ❖ Основной: Внебольничная левосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести
- ❖ Осложнение: ДН 2. Кровохарканье
- ❖ Сопутствующий: ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК. Фибрилляция предсердий, тахисистолический вариант, постоянная форма. Атеросклероз аорты. Аортальная недостаточность. Артериальная гипертензия 3, риск 4, ХСН 2 ФК. Послеоперационный гипотиреоз средней степени тяжести, в стадии медикаментозной компенсации. Начальная возрастная катаракта обоих глаз. Гипертоническая ангиопатия сетчатки. Смешанная тугоухость II степени. Дисциркуляторная энцефалопатия. Вестибулопатия. Облитерирующий атеросклероз артерии нижних конечностей . Стеноз ЛБА обеих сторон. Синдром Лериша? . Остеоартроз левой стопы II степени.

План лечения

Немедикаментозное лечение

- Режим II
- Диета №10

Медикаментозное лечение

- Зоцеф по 1500 мг х 2 раза в день в\м, после пробы
- Глюкоза 5% 200,0 мл+ вит С 4.0мл в\в
- NaCl 0.9%-200.0 мл в\в капельно
- Аминокапроновая кислота 5%-100.0 мл + NaCl 0.9%-100.0 мл в\в капельно

- Этамзилат натрия 12.5 %-1.0мл в\м
- Бипрол по 5 мг 1 раз в день
- Кардиомагнил по 75 мг 1 раз в день
- Пентоксифиллин 10 мл+ NACl 0.9% 100.0 мл в\в
капельно
- Фозиноприл 10 мг 2 раза в день
- Эутирокс 75 мкг 1 раз в день

Рекомендации

- Медикаментозную терапию продолжит: бипрол 5 мг 1 раз в день, эутирокс 75 мкг 1 раз в день, фозиноприл 10 мг 1 раз в день, варфарин 2,5 мг ежедневно под контролем МНО (1 раз 10-12 дней)
- Наблюдение кардиологом , эндокринологом и онкологом
- Рентген контроль ОГК через месяц амбулаторно
- Ежедневный контроль АД и ЧСС
- Соблюдение диеты №10
- Ограничение физической нагрузки

Спасибо за внимание!!!

