ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Зав. кафедрой: к.м.н., доцент

Будрицкий А. М.

Преподаватель: Будрицкий А.М.

История болезни  
Больной: ФИО, 80 лет.

Диагноз: основной: Инфильтративный туберкулёз S9S10 левого лёгкого БК (+).

Сопутствующие заболевания: ИБС: АГ 1 риск 2;хронический простатит.

Куратор: студентка 4 курса 20 группы

лечебного факультета Корсунова А.В.

2017 г

**1. Паспортная часть**

1. Фамилия, имя, отчество:

2. Пол: мужской

3. Дата рождения и возраст: 19.04.1936г (80 лет).

4. Постоянное место жительства:

5. Семейное положение: не женат.

6. Место работы, профессия/должность: пенсионер.

7. Кем направлен пациент: ГУЗ ОЦП №1 .

8. Дата и время поступления: 31.01.2017г в 10 30.

9. Диагноз направившего учреждения: инфильтративный туберкулёз S9S10 левого лёгкого, БК (+).

10. Диагноз при поступлении: инфильтративный туберкулёз S9S10 левого, БК (+).

11. Диагноз заключительный клинический: инфильтративный туберкулёз S9S10 левого легкого, БК(+)

**2. Здоровье семьи и контакт с больным туберкулёзом**

Живет один, контакты с больными туберкулёзом отрицает.

**3. Анамнез жизни**

Родился в Орше в 1936 году. Рос и развивался соответственно возрасту.

Окончил среднюю школу. Трудовую деятельность начал в 17 лет. С 1953 года и по 1997 год работал слесарем.

С 1997 года на пенсии.

Не женат. Проживает один.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, в детстве – корь, ветряная оспа, пневмонию, хронический простатит, ИБС, АГ. Вирусный гепатит, сифилис, ВИЧ-инфекцию, венерические заболевания отрицает.

Из операций проводилось грыжесечение по поводу правосторонней паховой грыжи.

Состояние здоровья кровных родственников удовлетворительное, онкологических заболеваний не наблюдалось.

Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает в квартире. Питание полноценное, регулярное. Вредных привычек таких, как курение и принятие наркотических веществ не имеет. Алкоголь не употребляет

В армии служил, в МЛС – не был.

Аллергологический анамнез без особенностей: непереносимость лекарственных средств, пищевых продуктов, вакцин и сывороток отрицает.

Гемотрансфузии не проводились.

**4. Анамнез настоящего заболевания**

Считает себя больным в течение нескольких месяцев (с ноября 2016 г.), когда впервые почувствовал неприятные ощущения в грудной клетке. За помощью обратился в поликлинику по месту жительства.Выявлен рост МБТ при посеве мокроты , изменений на рентгенограмме не было. После дообследования был направлен для консультации и дальнейшего лечения в «ВОКПТД».

**5. Жалобы**

При поступлении больной жаловался на общую слабость, незначительное повышение температуры (до 37,00-37,30), кашель с небольшим отделением слизистой мокроты, снижение аппетита, неприятные ощущения в грудной клетке.

На момент курации жалобы отсутствуют.

**6. Данные объективного обследования больного**

*Общий осмотр*

Общее состояние удовлетворительное.

Сознание ясное.

Положение активное.

Телосложение правильное. Рост 164 см, вес 70 кг. Индекс Кетле 26,02. Температура тела 36,70.

Кожный покров бледно-розового цвета, нормальной влажности, тургор кожи снижен. Очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения нет, На передней брюшной стенке имеется послеоперациооный .рубец.

Видимые слизистые бледно-розового цвета. Высыпаний и кровоизлияний не обнаружено.

Оволосение по мужскому типу, рост волос обычный.

Ногти правильной формы, поверхность ровная, патологических изменений нет.

Подкожная клетчатка повышенного питания. Толщина кожной складки на плече – 4 см, боковой поверхности грудной клетки – 6 см, на уровне пупка – 8 см, на бёдрах – 7 см.

Доступные пальпации подчелюстные и подмышечные лимфатические узлы нормальных размеров, безболезненные, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями.

Форма черепа нормальная, размеры нормальные. Рубцовых изменений мягких тканей, костных дефектов, локальной болезненности при пальпации и перкуссии головы не обнаружено. Конфигурация позвоночника нормальная, объём движений во всех отделах соответствует норме. При пальпации паравертебральных точек болезненности не выявлено. Напряжения паравертебральных мышц не обнаружено. При пальпации и перкуссии остистых отростков позвонков боли нет. Суставы не деформированы. Болезненности при пальпации и движении нет. Цвет и температура кожи над суставами не изменены. Ограничения движений при активной и пассивной подвижности суставов нет.

Щитовидная железа не увеличена, обычной консистенции, безболезненная.

*Дыхательная система*

*Статический осмотр грудной клетки*

Форма грудной клетки нормальная, над- и подключичные ямки выражены умеренно, межреберные промежутки около 1 см. Асимметричных выпячиваний нет.

*Динамический осмотр грудной клетки*

Левая половина грудной клетки незначительно отстаёт в акте дыхания, тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное, глубокое, с частотой 19 в минуту. Одышка смешанного характера.

*Пальпация грудной клетки*

Грудная клетка эластичная, голосовое дрожание усилено на левой половине грудной клетки.

*Перкуссия грудной клетки*

При сравнительной перкуссии отмечается притупление перкуторного звука над левым лёгким.

Топографическая перкуссия лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Высота стояния верхушек лёгких спереди | На 3 см выше края ключицы | На 3,5 см выше края ключицы |
| Высота стояния верхушек лёгких сзади | Соответственно уровню остистого отростка VII шейного позвонка | |
| Ширина полей Кренига | 5 см | 5,5 см |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница лёгкого | Справа | Слева |
| -по окологрудинной линии | верхний край VI ребра | — |
| - по срединноключичной линии | нижний край VI ребра | — |
| - по передней подмышечной линии | нижний край VII ребра | |
| - по средней подмышечной линии | нижний край VIII ребра | |
| - по задней подмышечной линии | нижний край IX ребра | |
| - по лопаточной линии | нижний край X ребра | |
| - по околопозвоночной линии | на уровне остистого отростка XI грудного позвонка | |

Активная подвижность нижнего края лёгкого (см):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| -по срединноключичной линии | 5 | — |
| - по средней подмышечной линии | 7 | 7 |
| -по лопаточной линии | 5 | 5 |

*Аускультация лёгких*

Везикулярное дыхание на симметричных участках грудной клетки ослаблено.

Бронхиальное дыхание над лёгкими отсутствует.

На симметричных участках грудной клетки аускультативно определяются мелкопузырчатые хрипы.

Бронхофония слева усилена.

*Система кровообращения*

Сердечный горб отсутствует.

Верхушечный и сердечный толчки визуально не определяются. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, ограниченный, умеренной высоты и резистентности.

Пульс на лучевых артериях одинаковый на обеих руках, ритмичный, 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы относительной и абсолютной тупости сердца не расширены.

Ритм сердца правильный, cor-тоны приглушены, ритмичные. Измерение артериального давления:

— правая рука: систолическое – 145 мм. рт. ст.; диастолическое – 85 мм. рт. ст.;

— левая рука: систолическое – 145 мм. рт. ст.; диастолическое – 85 мм. рт. ст..

*Система пищеварения*

Запах изо рта отсутствует. Слизистая ротовой полости бледно-розовая. Язык влажный, обложен беловатым налётом, трещин и изъязвлений нет. Зев не гиперемирован. Дёсны физиологической окраски. Стоят зубные протезы.

Живот нормальной конфигурации, при осмотре равномерно участвует в акте дыхания. Асимметрий и местных выпячиваний не обнаружено. Перкуторно свободный газ и жидкость в брюшной полости не обнаружены.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, доступный для пальпации во всех отделах. При глубокой пальпации локальной болезненности не обнаружено.

Границы печени перкуторно не расширены, при пальпации край печени мягкий, закругленный, ровный, безболезненный. Границы по Курлову: 9 см-8 см-7 см. Границы селезёнки перкуторно не расширены, при пальпации последняя не определяется. Стул 1 раза в сутки, оформленный, без примесей.

*Мочеполовая система*

Болезненность в области поясницы отсутствует. При осмотре поясничной области выпячиваний нет. Симптом поколачивания отрицательный. В вертикальном и горизонтальном положении почки не доступны пальпации. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Аускультативно шум не обнаружен.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный, 1-1,5 л в сутки.

*Нервная система*

Сон нормальный. Настроение ровное. Память сохранена. Контактна. Головные боли 1 раз в неделю. Беспокоят шум в голове и головокружения. Ощущения внезапного жара нет. Зрение – снижено (близорукость). Слух не нарушен. Запахи различает хорошо. Осязание нормальное. Вкус сохранён. Координация движений и чувствительность кожи не нарушены. Сухожильно-периостальные рефлексы симметричные с двух сторон. Патологических рефлексов нет.

**7. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования**

*ОАК от 27.03.2017г:*

Эритроциты: 4,23х1012/л.

Гемоглобин: 133 г/л.

ЦП: 0,94.

Тромбоциты: 426х109/л.

Лейкоциты: 7,6х109/л:

—нейтрофилы:

* палочкоядерные: 7%;
* сегментоядерные: 59%;

—лимфоциты: 28%;

—моноциты: 7%.

СОЭ: 21 мм/ч.

Заключение: повышено содержание палочкоядерных нейтрофилов (7%), тромбоцитов 426х109/л., ускорено СОЭ 21 мм/ч.

*Биохимический анализ крови от 22.03.2017г:*

Глюкоза: 6,46 ммоль/л.

Мочевина: 6,78 ммоль/л.

Креатинин: 0,08 ммоль/л.

Мочевая кислота: 0,65 ммоль/л.

Белок: 71 г/л.

Альбумины: 40 г/л.

Глобулины: 44 г/л.

СРП: 72 мг/л.

Общий билирубин: 10,4 мкмоль/л.

Прямой билирубин: 0 мкмоль/л.

АлАТ: 23 ЕД/л.

АсАТ: 31 ЕД/л.

ГГТП: 22 Ед/л

Щелочная фосфатаза: 232 Ед/л

ТАГ: 0,88 ммоль/л

Общий холестерин: 5,41 ммоль/л

ЛПВП: 1,35 ммоль/л

ЛПНП: 2,99 ммоль/л

КА: 3,01

Fe: 20,9 ммоль/л

Заключение: повышено содержание глобулинов, глюкозы

*Исследование крови на вирусные инфекции HBs-Ag, Anti HCV от 17.03.2017г:*

ИФА HBs-Ag – отрицательно

ИФА Anti HCV – отрицательно.

*Исследование крови на ВИЧ-инфекцию от 16.03.2017г ВИЧ –* отрицательно.

*Общий анализ мочи от 15.03.2017г:*

Цвет: соломенно-жёлтый.

Мутность: прозрачная.

Реакция: кислая.

Отн. плотность: 1016.

Белок: нет.

Глюкоза: нет.

Микроскопия:

—эпителий плоский: ед. в п/зр;

Лейкоциты: ед. в п/зр.

Заключение: норма.

*Исследование мокроты на микобактерии туберкулёза:*

*Бактериоскопия осадка биологического материала:*

13.03.2017г — микобактерии обнаружены.

14.03.2017г — микобактерии не обнаружены.

15.03.2017г — микобактерии не обнаружены.

16.03.2017г — микобактерии не обнаружены.

*Метод «Джин-эксперт»* от 31.01.17 – МБТ не обнаружены.

Bactec от 31.01.17 – МБТ не обнаружены.

*УЗИ органов брюшной полости от 15.03.2017г.:*

Заключение: кисты в почках.

**8.Данные рентгенологического исследования**

*Рентгенография от 15.03.17г:*

*Легочной рисунок деформирован во всех отделах, на фоне этогов верхней доле левого легкого грубый фиброз, в нижней доле* S9-S10единичный округлый фокус затенения средней интенсивности, средних размеров (2.5 см). Характер неоднородный. Контуры нечёткие.

Корни легкого структурны.

Сердце без особенностей. Аорта уплотнена. Купола диафрагмы чёткие, синусы свободны.

Правое лёгкое: норма.

Заключение: инфильтративный туберкулез в верхней доле S9-S10 левого лёгкого.

**9. Обоснование диагноза**

На основании данных жалоб пациентки (общая слабость, незначительное повышение температуры (до 37,00-37,30), кашель с небольшим отделением слизистой мокроты, снижение аппетита), на основании анамнеза жизни (неблагоприятные условия труда), на основании данных рентгенологического исследования (фокус затенения средней интенсивности, среднего размера до 2,5 см в верхней доле S9-S10 левого лёгкого; единичный, округлой формы, неоднородного характера с нечётким контуром; корни лёгкого структурны; сердце без особенностей, купола диафрагмы чёткие, синусы свободны), лабораторных и инструментальных методов исследования (обнаружение микобактерий при бактериоскопическом методе исследования), можно выставить клинический диагноз: инфильтративный туберкулёз S9S10 левого лёгкого, БК (+). ИБС: АГ 1 Риск 2,хронический простатит.

**10. План лечения**

Данная пациент относится к I клинической категории. Категория по DOTS – первая.

Предлагается в интенсивную фазу (в стационаре) назначить лечение следующими препаратами (этиотропная терапия):

Таб. Изониазид 0.3г/сут внутрь.

Р-р Рифампицин 0.6г/сут внутривенно.

Таб. Пиразинамид 2.0г/сут внутрь.

Таб. Этамбутол 1.6г/сут внутрь.

Все препараты принимать ежедневно в течение 2 месяцев.

При положительной клинико-лабораторной динамике пациентка переводится в фазу продолжения и назначается лечение в виде 2 препаратов (изониазид 0.3 + рифампицин 0.6) ежедневно в течение 4 месяцев.

Патогенетическая терапия:

Стол Т, режим №2 (полупостельный).

Лизиноприл 10мг. по 1 табл.х 1 р./день (вечером)

Пиридоксин 0,005. 1 табл.х 3 р./день.

Рибофлавин по 0,005. 1 табл. х 2р./день.

Тиамин по 0,002. По 1 табл. х 3 р./день.

Цианокоболамин в р-ре по 0,02 % по 200 мкг х 2 р./ неделю, в/м.

Витамин С по 0,1 в сут.

Витамин Е по 2 капс. в день.

Фолиевая кислота по 0,001 г по 1 табл. в день.

**11. Дневник**

*5.04.2017г*

Пациент жалоб не предъявляет.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,60. Дыхание везикулярное, влажные хрипы с двух сторон. ЧД – 17 в минуту. АД 135/80 мм. рт. ст.. Cor-тоны приглушены, ритмичные. Пульс 85 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен беловатым налётом. Живот мягкий, безболезненный, доступный для пальпации во всех отделах. Стул регулярный, безболезненный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный.

Назначения:

Tab. Isoniazidi 0.3г/сут per os.

Tab. Rifampicini 0,6 г/сут в/в.

Tab. Pyrazinamidi 2.0г/сут per os.

Tab. Ethambutoli 1.6г/сут per os.

*6.04.2017г*

Пациент жалоб не предъявляет.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,40. Дыхание везикулярное, влажные хрипы с двух сторог. ЧД – 19 в минуту. АД 140/90 мм. рт. ст.. Cor-тоны приглушены, ритмичные. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык обложен беловатым налётом. Живот мягкий, безболезненный, доступный для пальпации во всех отделах. Стул регулярный, безболезненный, без примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный.

Назначения:

Tab. Isoniazidi 0.3г/сут per os.

Tab. Rifampicini 0,6 г/сут в/в.

Tab. Pyrazinamidi 2.0г/сут per os.

Tab. Ethambutoli 1.6г/сут per os.

**12. Прогноз и возможные исходы заболевания**

При полноценном и правильном лечении прогноз в отношении жизни благоприятный, в отношении трудоспособности – нет, возможна временная утрата трудоспособности.

**13. Санитарно-профилактические мероприятия в очаге туберкулёзной инфекции**

Очаг относится к первой группе. Рекомендовано провести следующие мероприятия:

1) эпидемиологическое обследование очага, оценка риска заражения в очаге, разработка плана профилактических мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;

2) госпитализация и лечение больного;

3) изоляция больного в пределах очага, если он не госпитализирован, и изоляция детей;  
 4)первичное обследование контактных лиц;  
 5) наблюдение за контактными лицами и их динамическое обследование (проведение флюорографии, пробы Манту с 2 ТЕ, бактериологического обследования, клинических анализов);  
 6) ревакцинация БЦЖ неинфицированных контактных лиц, химиопрофилактика;  
 7) организация текущей дезинфекции, обучение больного и контактных лиц санитарным и гигиеническим правилам и методам дезинфекции;  
 8)оформление заявки для заключительной дезинфекции;  
 9)оформление документов на улучшение жилищных условий;  
 10) определение условий, при которых очаг может быть снят с эпидемиологического учета;

11)заполнение и динамическое ведение карты наблюдения очага, отражающей его характеристику и перечень проводимых мероприятий.