Министерство здравоохранения Российской Федерации

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Саратовский государственный медицинский университет имени В.И.Разумовского

(ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ)

Кафедра фтизиопульмонологии

Заведующий кафедрой: проф. Н.Е. Казимирова

Руководитель группы: Асс. З.Р. Амирова

История болезни

Е.А.А. 23 лет

Основной: Фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого фаза инфильтрации и обсеменения (МБТ+)

Куратор

Студентка 5 курса 21 группы

Лечебного факультета

Красовская Анна Владимировна

Саратов 2016

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О. Е. А. А.

Возраст: 23 года.

ЖАЛОБЫ

При поступлении: частый кашель, легко отделяемая мокрота, отдышка при физической нагрузке, быстра утомляемость, потливость по ночам.

АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больным с 2013 года, когда впервые появились первые симптомы заболевания редкий кашель, отделение мокроты, иногда беспокоило повышение температуры по вечерам до 39 градусов, ночная потливость. Данные симптомы усиливались на протяжении нескольких месяцев, после чего больной обратился в поликлинику по месту жительства, где ему был поставлен диагноз туберкулез (точного диагноза больной не помнит), направлен в областную клиническую туберкулезную больницу. Находился в стационаре 4 месяца, после чего был выписан. Рекомендации и лечение не соблюдал, после чего произошло обострение заболевания. В 2014 году повторно находился в стационаре из за не соблюдения режима, был выписан. Настоящее обострение 3 месяца назад, в связи с несоблюдением режима лечения. Усилился кашель, появилась слабость, стала беспокоить температура. Госпитализирован в стационар для проведения лечения

кашель гнойный потливость дыхание

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Родился в 1992г. в семье здоровых родителей, вторым ребенком имеет брата. Рос и развивался без особенностей, в умственном и физическом развитии не отставал. После окончания школы (9 классов) учился на тракториста. После окончания учебы работал на стройке вахтовым методом. Работал в условиях постоянной влажности, имел частый контакт с цементной пылью. Семейный анамнез отягощен. Брат вернувшийся из мест заключения болен туберкулезом. Женат, имеет троих детей. Жена и дети здоровы. Вредные привычки: курит по 1-2 пачки в день, злоупотребляет алкоголем.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с инфекционными больными не отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, Ветряная оспа.

Гепатит, ВИЧ, сифилис, ИППП отрицает. БЦЖ в род. доме, рубец 5 мм.

Бытовые условия. Проживает квартире с семьей, социально-экономические условия удовлетворительные. Питание регулярное.

Травмы и операции отрицает.

Аллергологический анамнез: Аллергическая реакция на цветение полыни (крапивница, насморк, кашель)

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Состояние больного относительно удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Телосложение по нормостеническому типу, пропорциональное. Патологических изменений головы и лица нет. Температура тела 37,00 С. Кожа обычной окраски. На левом плече рубец от БЦЖ 5 мм. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Тургор мягких тканей сохранен. Пастозности и отеков нет. Слизистые оболочки бледно-розовые.

Периферические лимфатические узлы одинакового размера, плотно - эластической консистенции, кожа подвижна. Костно - мышечная система без видимой патологии.

Система органов дыхания.

Форма носа не изменена, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Охриплости голоса и афонии нет. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений - 17/мин. Одышки в покое нет. Грудная клетка нормостеническая, симметричная. Искривления позвоночника нет. Ключицы расположены симметрично, над- и подключичные ямки выражены. При пальпации грудная клетка ригидная, безболезненная. При перкуссии на симметричных участках укорочение перкуторного звука в верхнем отделе левого легкого. При аускультации на симметричных участках грудной клетки дыхание, слева ослабленное везикулярное, справа патологическое бронхиальное. Слева в верхних отделах выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

Сердечно-сосудистая система.

Видимой пульсации артерий и венного пульса нет. Пальпация лучевой артерии: пульс симметричный, ритм правильный, равномерный. Частота - 78 уд/мин, дефицита нет, наполнение, напряжение и форма нормальные. Вне пульсовой волны состояние сосудистой стенки в норме. Аускультация сосудов патологию не выявила. АД 115 и 78 мм.рт.ст. При осмотре видимой пульсации в области сердца и в надчревной области нет. При перкуссии отмечается смещение границ относительной тупости сердца: левой на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая проходит по левому краю грудины. Верхушечный толчок пальпируется слева в пятом межреберье кнутри от среднеключичной линии. Ширина сосудистого пучка - 5,5см. Аускультация: тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=78 уд/мин. Патологических шумов, расщеплений и раздвоений тонов нет.

Система пищеварения.

Аппетит удовлетворительный. Акты жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты нет. Стул не изменен. Зев, миндалины, глотка без изменений. Язык влажный, чистый. Зубы не санированы. Форма живота округлая. Перистальтика не нарушена. Асцита нет. При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - бедренный звук. При аускультации перистальтика живая. Притупления в отлогих частях живота нет. Передняя брюшная стенка без особенностей. Пальпация безболезненная. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Пальпация печени безболезненная. Размеры печени по Курлову: 10х9х8 см. Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется. Перкуторно: продольный размер - 8см, поперечный - 4 см.

Мочеполовые органы.

Визуально область почек не изменена. Почки не пальпируются. Болей и неприятных ощущений в органах мочеотделения, пояснице, промежности, над лобком нет. Мочеиспускание не затруднено. Дизурии, ночных мочеиспусканий нет. Окраска мочи не изменена.

Эндокринная система.

Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы тиреотоксикоза не наблюдаются. Аномалий в телосложении нет.

Нервная система.

Сознание ясное. Ориентирован во времени, месте и личности. Интеллект соответствует возрасту. Контактен. Нарушений слуха, вкуса, обоняния нет. Нистагма нет. Зрачки симметричные, правильной круглой формы. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Менингеальные симптомы отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена. Сон не нарушен.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови- для обнаружения воспалительного процесса; определение состояния красной крови, аллергических состояний, заболеваний самой крови. В ряде случаев данное исследование позволяет определить самые ранние признаки болезни. С помощью повторных исследований можно оценить эффективность лечения и тенденцию к выздоровлению.

Общий анализ мочи- для обнаружения нарушений в функционировании организма и диагностики изменений на различных этапах лечения; выявление воспалительных явлений; косвенная оценка состояния углеводного обмена.

Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, глюкоза, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, остаточный азот) - для определения функционального состояния различных органов и систем.

Бактериоскопический метод по Циллю-Нильсону

Люминесцентная бактериоскопия

Исследование мокроты на МБТ

Исследование мочи на МБТ

Посев мокроты

Кал на яица глист

Рентгено-томографическое исследование органов грудной клетки в динамике - для выявления изменений в органах грудной клетки.

Компьютерная томография легких

ЭКГ - для определения состояния сократительной и проводящей систем сердца.

УЗИ органов брюшной полости и почек - для определения состояния органов брюшной полости.

Исследование функции внешнего дыхания при помощи спирографии (ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ 1).

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ОАК:эритроциты-4,3х1012/л, Нв-137г/л; лейкоциты-5,8х109/л;Эоз.-2%, Пал.-4%, Сег.-68%, Лимф.-22%,Мон.-2%; СОЭ-32 мм/ч.

Общий анализ мокроты

Цвет: Желтоватая

Характер: Слизисто-гнойная

Эпителий - умеренное колич

Лейкоц. Сплошь

Сегментояд -20-25

Атипичные клетки- нет

КУМ +++

Бактериоскопия мокроты

октября ++

октября ++

октября ++

Спирография

Резкое снижение функции легких по смешанному типу с преобладанием рестрикции

Рентгенография органов грудной клетки.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой (передне-задней) проекции, установка больного правильная, качество снимка нормальное.

Патологические тени. Множественные полостные тени размерами: (7\*4); (3\*2); (2\*2)см. округлой и овальной формы, наружные и внутренние контуры четкие, ширина окружающей тени 0,3 см. Интенсивность окружающей тени средняя.

Множественные очаговые тени, размером 0,5\*0,3 см., средней интенсивности, с нечеткими контурами.

Участки затемнения размером 1,5\*1,5 см. округлой формы, средней интенсивности, контуры нечеткие.

Смещение органов средостения в пораженную сторону (признак фиброза).

Заключение:Фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения.

ДИАГНОЗ КЛИНИЧЕСКИЙ

Фиброзно кавернозный туберкулез левого легкого, фаза инфильтрации и обсеменения. МБТ+

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Диагноз поставлен на основании:

жалоб больного на частый кашель с слизисто-гнойной мокротой, одышку, которая возникает при физической нагрузке, повышение температуры тела по вечерам, повышенную ночную потливость.

анамнеза заболевания в 2013 году был поставлен диагноз туберкулез (точный диагноз больной не помнит) На основании анамнеза жизни. Злоупотребление алкоголем, курение 1-2 пачки в день, тяжелые условия труда (сырость, пыль), брат болен туберкулезом.

объективного исследования. Дыхательная система: При перкуссии на симметричных участках укорочение перкуторного звука в верхнем отделе левого легкого. При аускультации на симметричных участках грудной клетки дыхание, слева ослабленное везикулярное, справа патологическое бронхиальное. Слева в верхних отделах выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Сердечно сосудистая система: При перкуссии отмечается смещение границ относительной тупости сердца: левой на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая проходит по левому краю грудины.

лабораторных данных: ОАК:эритроциты-4,3х1012/л, Нв-137г/л; лейкоциты-5,8х109/л;Эоз.-2%, Пал.-4%, Сег.-68%, Лимф.-22%,Мон.-2%; СОЭ-32 мм/ч. Общий анализ мокроты Цвет: Желтоватая Характер: Слизисто-гнойная Эпителий - умеренное колич Лейкоц. Сплошь Сегментояд -20-25 Атипичные клетки- нет КУМ +++. Бактериоскопия мокроты 9 октября ++ 10 октября ++ 12 октября ++

Данных рентгенологического исследования органов грудной клетки: Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой (передне-задней) проекции, установка больного правильная, качество снимка нормальное.

Патологические тени. Множественные полостные тени размерами: (7\*4); (3\*2); (2\*2)см. округлой и овальной формы, наружные и внутренние контуры четкие, ширина окружающей тени 0,3 см. Интенсивность окружающей тени средняя.

Множественные очаговые тени, размером 0,5\*0,3 см., средней интенсивности, с нечеткими контурами.

Участки затемнения размером 1,5\*1,5 см. округлой формы, средней интенсивности, контуры нечеткие.

Смещение органов средостения в пораженную сторону (признак фиброза).

Заключение: Фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Полостная форма периферического рака легких: образование округлых периферических опухолей диаметром 5-7 см., которые очень похожи на каверны при рентгенологическом исследовании. В одних случаях полость располагается эксцентрично и бывает небольшой, в других - имеет вид тонкостенной кисты легкого. Весьма редко полостная форма рака легкого является результатом возникновении злокачественного роста в стенке уже существовавшей полости - кисты абсцесса, туберкулезной каверны.

Абсцесс легких: более или менее ограниченная полость, образующаяся в результате гнойного <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BD%D0%BE%D0%B9> расплавления легочной <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B3%D0%BA%D0%BE%D0%B5> ткани. Чаще встречается у мужчин <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%83%D0%B6%D1%87%D0%B8%D0%BD%D0%B0> среднего возраста <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82>, 2/3 больных злоупотребляют алкоголем <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C>, как это наблюдается у данного больного. Абсцесс <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B1%D1%81%D1%86%D0%B5%D1%81%D1%81> лёгких проявляется лихорадкой с потом <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%82>, ознобом <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B7%D0%BD%D0%BE%D0%B1>, недомоганием, сухим кашлем <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BB%D1%8C>, иногда болями в груди неопределённого характера. До образования полости диагностика абсцесса лёгкого трудна. Лёгочное нагноение следует подозревать при затянувшейся пневмонии <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F> с длительным повышением температуры тела и стойким лейкоцитозом <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B7>.

Сифилитическая гумма легкого: Это заболевание сопровождается повышением температуры, кашлем с мокротой, кровохарканьем, одышкой, болями в груди. В мокроте отсутствуют микобактерии туберкулеза, а туберкулиновые пробы могут быть отрицательными. В то же время часто определяются положительные реакции Вассермана и другие специфические серологические пробы. При рентгенологическом исследовании обнаруживают сифилитическую полость распада в разных, но чаще в средних и нижних долях легких. При этом вокруг нее обычно отсутствуют очаговые изменения, а превалируют интерстициальный склероз и расширение бронхов.

Грибковые заболевания легких: Рентгенологически при кандидамикозе легких вначале обнаруживают интерстициальные изменения в виде перибронхита, расширения корней легких, а затем рассеянные очаги и фокусы, которые иногда сливаются и быстро распадаются. При этом образуются отдельные и множественные полости иногда с жидким содержимым и возникает реактивное воспаление плевры. Проявляется сильным кашлем с отделением скудной слизистой мокроты, иногда с примесью крови. Одновременно отмечаются фебрильная или гектическая температура, значительная одышка, цианоз, адинамия. В легких у одних больных прослушивается много сухих и влажных мелкопузырчатых хрипов.

ЛЕЧЕНИЕ

Этиотропная терапия:

Первый этап в течение 2 месяцев:

Изониазид 100 мг - 1 таб 2 раза в день (утро, день);

Рифампицин 150 мг - 3 таб утром натощак за 30 мин до еды;

Пирозинамид 500 мг - 1 таб 2 раза в день (утро, день);

Этамбутол 400 мг - 4 таб 1раз в день утром;

Изониазид 10% - 5 ml внутрибронхиально;

Второй этап в течении 4 месяцев:

Изониазид 100 мг - 1 таб 2 раза в день (утро, день);

Рифампицин 150 мг - 3 таб утром натощак за 30 мин до еды.

Патогенетическая терапия:

Эссенциале 5 ml 1 раз в день в/в в течение 10 дней, затем эссенциале форте по 2 капсулы 3 раза в день во время еды в течение 6 месяцев;

Левамизол 100 мг/сутки 3 дня с последующим 4-х дневным перерывом, курс 3 месяца;

Преднизолон 15 ml в день в течение 1,5 месяцев;

Лидаза 64 ЕД в/м через день 15 инъекций;

Витамины группы В, витамин С;

ДНЕВНИКИ КУРАЦИИ

День 1

Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное. 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, звучные. Пульс 76 уд\мин, АД 130\80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Жалоб на субъективные ощущения, связанные с приемом препаратов нет. Объективных признаков непереносимости не выявлено. Температура - 36,7 . Диурез достаточный. Стул регулярный.

День 2

Состояние больного без отрицательной динамики. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное. 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, звучные. Пульс 80 уд\мин, АД 120\80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Жалоб на субъективные ощущения, связанные с приемом препаратов нет. Объективных признаков непереносимости не выявлено. Температура - 36,7 . Диурез достаточный. Стул регулярный.

День 3

Состояние больного без отрицательной динамики. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное. 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, звучные. Пульс 78 уд\мин, АД 120\80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Жалоб на субъективные ощущения, связанные с приемом препаратов нет. Объективных признаков непереносимости не выявлено. Температура - 36,7 . Диурез достаточный. Стул регулярный.

ПРОГНОЗ

Прогноз для выздоровления неблагоприятный, так как фиброзно-кавернозный туберкулез - деструктивная форма туберкулеза, и даже в случае успешного лечения в легком останутся фиброзные изменения. Прогноз для жизни сомнительный, так как даже при условии проведения качественного и полного лечения возможен переход данной формы туберкулеза в цирротическую форму и развитие легочно-сердечной недостаточности.