Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Алтайский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Кафедра фтизиатрии

Заведующий кафедрой: профессор, д.м.н.,

Сметанин А. Г.

Преподаватель: доцент к.м.н.

Ушакова М.Б.

Куратор: студентка 517 группы

Горячева К.В.

Клиническая история болезни

Больная: И. Н. Т., 57 лет, 1 п.

Диагноз: Диссеминированный туберкулёз легких. Фазе инфильтрации и распада. МБТ(+)

Барнаул 2013

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

. И. Н. Т.

. Пол-муж.

. 57 лет

. Адрес места жительства - Алтайский край, Тальменский р-н, с Новоперуново, ул Комсомольская 47/1

. Место работы - не работает

. Дата поступления в стационар - 31.07.13

. Дата курации - 3.09.13-4.09.13

. В стационар направлен терапевтом ЦРБ шипуновского района.

. Диагноз направившего учреждения - Диссеминированный туберкулёз легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ (+),

. Диагноз при поступлении - Диссеминированный туберкулёз легких в фазе инфильтрации и распада, МБТ(+),

. Клинический диагноз - а)Диссеминированный туберкулёз легких фаза инфильтрации и распада. МБТ(+). Б) Анемия

ЖАЛОБЫ

При поступлении: предъявляет жалобы на небольшую температуру 37.0-37.7, которая поднималась к вечеру, чувство нехватки воздуха, одышку при незначительной физической нагрузки на вдохе, непостоянный, приступообразный кашель, который усиливается в течении ночи и под утро, со скудной слизисто-гнойной мокротой, вязкой консистенции, без запаха, слабость, вялость, плохой аппетит, снижение веса на 6-7 кг за последний месяц.

На момент курации: жалобы на кашель, усиливающийся в горизонтальном положении, со скудной слизистой мокротой.

Вывод: Данные жалобы, такие как кашель, с отхождением мокроты , наличие температуры, слабость указывают на вовлечение в патологический процесс дыхательной системы. Для этой патологии можно выявить ведущие синдромы: интоксикационный и бронхо-легочный.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больным около двух месяцев. До этого переболел ОРВИ в феврале-марте 2013,к врачу не обращался. Два месяца назад стала по вечерам подниматься температура до 37.0-37,5. Постепенно начала развиваться усталость, вялость. Появилась одышка при ходьбе по дому и чувство нехватки воздуха. Затем появился кашель по ночам и увеличивающийся под утро. Кашель сопровождался отхождением гнойно-слизистой мокроты. При появлении последних симпотомв обратился к врачу- терапевту с. Шипуново. Было произведено обследование: Rg - грамма органов грудной клетки в прямой проекции от 29.07.13. Заключение: Диссеминированный туберкулёз легких. Направлен в АКПТД, где 31.07.13 госпитализирован на стационарное лечение.

Вывод: Из анамнеза заболевания известно, что туберкулез выявлен пассивным путем. Цель данной госпитализации: лечение впервые выявленного туберкулеза у пациента с бактериовыделением.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Туберкулезом не болел, контакт с больным туберкулезом отрицает. Последнее Fg-обследование около 12-х лет назад, без патологии. Проживает в доме с женой. В доме 4 комнаты. Отмечается частая сырость и затененность помещения. Жена обследована на наличие туберкулеза. Данных обследования у нее за туберкулез нет.

ANAMNES VITAE

Родился 24 декабря 1955 года в с. Новоперуново Тальменского района. В развитии и росте не отставал от сверстников. Был единственным ребенком в семье, материально-бытовые условия удовлетворительные. В детстве болел ветряной оспой. Образование среднее специалное, учитель рисования и черчения. Работал разнорабочим, в настоящее время не работает. В анамнезе ЯБЖ. Наличие других заболеваний (сахарный диабет, ВИЧ инфекция, венерические заболевания, вирусные гепатиты, ХНЗЛ, пылевые и профессиональные заболевания легких, заболевания эндокринной системы) отрицает. Кортикостероиды, цитостатики, иммунодепрессанты не назначались. Операции и гемотрансфузии не проводились.

Курит с 20 лет 20 сигарет в сутки. Алкоголь употребляет редко. Прием наркотических препаратов отрицает.

В местах лишения свободы не находился.

В армии служил в танковых войсках.

Проживает в собственном доме из четрыех комнат, жилье ветхое: часто наблюдается сырость. Сон окло 6 часов в сутки.

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС

На момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, выражение лица обычное, поведение адекватное, эмоции сдержаны. Слух снижен, зрение в норме. Больной астенического телосложения. Рост 179 см., вес 68 кг. ИМТ 21,25- норма

Кожные покровы и слизистые оболочки обычного цвета, дефектов кожных покровов и ногтей нет. При пальпации кожи на симметричных участках температура и влажность одинакова, не изменена. Эластичность и тургор снижены. Оволосение по мужскому типу. Ногти крепкие, без поперечной исчерченности, изменений формы («часовые стекла») не выявлено.

Подкожно - жировая клетчатка выражена слабо. Никаких образований в толще клетчатки не обнаружено. Толщина подкожно-жировой складки (в области середины плеча) 2 см. Отеков в области лица, туловища, конечностей визуально не наблюдается.

Периферические лимфатические узлы затылочные, шейные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, надключичные, подключичные, грудные, подмышечные, паховые и на конечностях не пальпируются.

Мышцы при пальпации безболезненны, симметричны, тонус и сила в норме, степень развития мышечной системы удовлетворительная. Части скелета пропорциональны, кости при пальпации и поколачивании безболезненны.

Суставы правильной конфигурации, при пальпации безболезненны. Движения в них активные, в полном объеме, безболезненны. Температура и окраска над суставами обычные.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Форма грудной клетки астеническая: грудная клетка узкая и уплощенная за счет равномерного уменьшения переднезаднего и поперечного ее размеров, над- и подключичные ямки глубокие, межреберные промежутки широкие, ребра идут круто вниз, эпигастральный угол острый. Голос не изменен.

Динамический осмотр:

Дыхание через нос не затруднено.. Дыхание ритмичное с частотой 17 в минуту, смешанного типа. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Глубокое дыхание не затруднено. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Патологических типов дыхания (Чейн-Стокса, Кусмауля, Биота) не наблюдается.

Пальпация:

При пальпации ребер и межреберных промежутков болезненности нет. Грудная клетка нормальной резистентности. Голосовое дрожание в девяти парных точках (во втором межреберье по среднеключичной линии, над- и подключичных ямках, в третьем и пятом межреберьях по средней подмышечной линии, над лопатками, в верхней части межлопаточной области, в нижней части межлопаточной области и под лопатками) равномерное.

Перкуссия сравнительная:

При сравнительной перкуссии усиление перкуторного звука в надключичной, подключичной и надлопаточной области слева, в остальных точках аускультации легких ясный легочной звук над обеими легкими.

Перкуссия топографическая:

Высота стояния верхушек легких спереди над ключицами: слева 4 см., справа 4 см., сзади соответствует уровню остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига слева 6 см., справа 6 см.

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dextra | Sinistra |
| Lin. parasternalis | VI межреберье |  |
| Lin.medioclavicularis | VII межреберье |  |
| Lin.axilaris anterior | VIII межреберье | VIII межреберье |
| Lin. axilaris media | XI межреберье | XI межреберье |
| Lin. axilaris posterior | X межреберье | X межреберье |
| Lin.scapularis | XI | XI межреберье |
| Lin. paravertebralis | Остистые отростки XII грудного позвонка | Остистые отростки XII грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Dextra | | Sinistra | |
|  | На вдохе | На выдохе | На вдохе | На выдохе |
| Lin.medioclavicularis | 2 см | 2 см |  |  |
| Lin. axilaris media | 3 см | 3 см | 3 см | 3 см |
| Lin.scapularis | 3 см | 3 см | 3 см | 3 см |

Аускультация

При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание, над гортанью и трахеей бронхиальное дыхание. Слева в надключичной, подключичной и надлопаточной областях дыхание ослаблено.

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

При осмотре области сердца и периферических сосудов, в частности сосудов шеи патологической пульсации не обнаружено. Верхушечный толчок не заметен, сердечный горб отсутствует. Варикозного расширения вен не наблюдается.

Пальпация:

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см. кнутри от среднеключичной линии. Площадь его составляет 2 см2, нормальной силы и резистентности. Сердечный толчок не выявляется, симптом «кошачьего мурлыканья» в области сердца отсутствует. Пальпация вен безболезненна, расширений не обнаружено. Пульс Квинке и венный пульс отрицательны. Пульс на a. radialis одинаково прощупывается на обеих руках. Пульс ритмичный (pulsus regularis), твердый (pulsus durus), полный (pulsus plenus), большой (pulsus magnus), равномерный (pulsus aegularis), скорый (pulsus celer), дефицитного пульса (pulsus deficiens) не обнаружено. ЧСС 87 в минуту, АД 125/75 мм. рт. ст.

Перкуссия:

. Границы относительной тупости сердца:

правая в IV межреберье на 1,0 см. кнаружи от правого края грудины

левая в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии

верхняя в III межреберье по левому краю грудины

. Границы абсолютной тупости сердца

правая в IV межреберье по левому краю грудины

левая в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии

верхняя в IV межреберье по левому краю грудины

. Контуры сердца

Правый: III межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины

IV межреберье на 1.0 см кнаружи от правого края грудины

Левый: III межреберье 1 см. кнаружи от левого края грудины

IV межреберье на на 2,0 см кнаружи от левой окологрудинной линии

V межреберье на 1,5 см. кнутри от левой среднеключичной линии

. Ширина сосудистого пучка во II межреберье - 4,5 см

. Поперечник сердца 13 см, длинник 15 см

. Треугольник Боткина не выражен

. Конфигурация сердца нормальная.

Аускультация сердца:

Аускультацию проводил по 7 точкам:

тчк. На верхушке. На этой точке прослушивается митральный клапан, I тон он более продолжительный и низкий чем II тон

тчк. II межреберье справа от грудины аортальный клапан. Прослушивается II тон, высокий, резкий короткий

тчк. II межреберье слева от грудины. Прослушивается II тон над легочным стволом

тчк. Над мечевидным отростком, проекция трикуспидального клапана

тчк. III-IV межреберье слева в месте прикрепления ребер к грудине т. Боткина - Эрба, так-же 5 точка выслушивается в III межреберье слева от грудины проекция аортального клапана.

тчк. Т. Наунина IV межреберье слева - выслушивается митральный клапан (I тон).

тчк. Ниже мечевидного отростка выслушивается I тон, точка Левина

Первый тон выслушивается громче у верхушки сердца и у нижней части грудины. Второй тон громче выслушивается над аортой и легочным стволом. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дополнительных тонов и шумов не обнаружено. Шума трения перикарда не выслушивается. Плевро - кардиального шума нет.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Аппетит хороший, изжоги, тошноты, отрыжки не отмечает.Живот округлой формы, участвует в акте дыхания, правая и левая стороны симметричны. Видимого увеличения в области печени, а так же видимой пульсации нет. Видимых перистальтических и антиперистальтических движений желудка и кишечника нет. Подкожные венозные анастомозы («голова медузы») не выявлены. Пупок не выпячивается.

Поверхностная пальпация

Кожа живота обычной окраски, температура и влажность на симметричных участках одинакова, не изменена, чувствительность не нарушена. При пальпации подкожно-жировой клетчатки, патологических образований нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Тонус передней стенки живота нормальный.

При пальпации мышц и белой линии живота опухолевых образований и грыжевых ворот не обнаружено. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

Глубокая методическая скользящая пальпация по методу Образцова - Стражеско.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области, в виде гладкого безболезненного тяжа диаметром около 3 см. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, в виде гладкого плотноватого цилиндра 3 см. умеренно упругого и слабо подвижного. Нисходящая, поперечная, восходящая ободочная кишка не пальпируется. Большая кривизна желудка определяется на 3 см выше пупка в виде дугообразной складки, мягкой консистенции, безболезненной, с гладкой поверхностью, смещается на 1,5 - 2,0 (см) с небольшим урчанием. Другие отделы кишечника не пальпируются. В правой подреберной области пальпируется гладкий упругий край печени. Селезенка, поджелудочная железа и желчный пузырь не пальпируются. При перкуссии живота слышен тимпанический звук во всех отделах. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, симптом флюктуации отрицательный.

Границы печени:

1. По окологрудинной линии: верхняя по верхнему краю 6 ребра справа, нижняя - по краю реберной дуги;
2. По среднеключичной: верхняя в 6 межреберье справа, нижняя по краю реберной дуги;
3. По передней подмышечной: верхняя в 7 межреберье справа, нижняя по краю реберной дуги.

Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая среднеключичная линия | 9см |
| Срединная линия | 8см |
| По левой рёберной дуге | 7см |

Перкуссия селезенки: ширина притупления 5,5 см.

При аускультации живота прослушиваются перистальтические шумы. Стул в норме.

ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

В поясничной области припухлости, отека не выявлено. Почки пропальпировать не удалось во всех положениях (лежа на спине, на правом боку, на левом боку, стоя, в колено-локтевом положении). Пальпация безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. По ходу мочеточников болезненности не выявлено. Мочевой пузырь не пальпируется, пальпация в надлобковой области безболезненна.

Мочеиспускание безболезненно 4 раза в сутки.

Половые органы развиты по мужскому типу, без видимых изменений.

НЕРВНАЯ И ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМЫ

Больной полностью ориентирован в пространстве и времени, общителен. На вопросы отвечает целенаправленно. Речь правильная, выразительная. Характер спокойный, настроение удовлетворительное. Движения в конечностях координированы. Обоняние, вкус, не изменены.

Щитовидная железа не увеличена.

ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Обоняние, осязание, зрение, вкус и слух не нарушены.

ИЗУЧЕНИЕ И АНАЛИЗ ИМЕЮЩИХСЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клинический анализ крови от 26.07.2013

Эритроциты 3,8 \* 1012 /л

Гемоглобин 115 г/л

Лейкоциты 8,2\*109/л ,Эозинофилы 2%, Палочкоядерные 1%, Сегментоядерные 74%, Лимфоциты 16%, Моноциты 4%

СОЭ 66 мм/ч

Заключение: лимфоцитоз, увеличение СОЭ- признаки воспаления.

Бактериоскопия мазка на КУМ (от 26.07.13) +++.

Рентгенография от 29.07.2012. Заключение:

1) Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки.

2) Выполненна в передней прямой проекции.

) Объем снимка- полный

) Установка больного правильная, состояние скелета грудной клетки без патологии, купол диафрагмы четкий, ровный, кардио-диафрагмальные и реберно-диафрагмальные синусы свободные, тень средостения расположена срединно, контуры её четкие, ровные.

) Величина и форма легочных полей не изменена, прозрачность легочных полей снижена за счет патологических теней: тени диссеминированые, двухсторонние, очаги разного размера (от 3 до 15мм), расположены преимущественно в верхних отделах левого легкого и распространяются тотально по всему правому легкому.

) Полиморфные (круглые, овальные), средней и высокой интенсивности, структурно тени негомогенные, контуры очагов резкие.

) В верхнем отделе левого легкого S1-2 распологается кольцевидная тень диаметром 9.0см, контур замкнут наружного края стенки не имеет, внутрении край четкий не прилежит к корню. Фон не изменен. Легочный рисунок не изменен, корни легких расположены обычно.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Ведущими жалобами у данного пациента является проявления бронхо-легочного и интоксикационного синдромов.

Основное проявление: одышка на вдохе, кашель приступообразный, продуктивный, со скудной слизисто-гнойной мокротой, вязкой консистенции, без запаха.

За последнее время пациент потерял 6-7 кг. Продолжительность заболевания более 3 недель. Он астенического телосложения, имеет вредную привычку такую, как курение. Проживает в неблагоприятных социальных условиях.

Из объективных данных интерес представляет аускультативно-выявленное ослабление везикулярного дыхания в над- и подключичной областях.;

Изучив имеющиеся результаты дополнительных методов обследования, выявлено наличие признаков воспаления в клиническом анализе крови, пациент является бактериовыделителем (бактериоскопия мазка на КУМ 26.07.13 +++), заключение Rg-исследование (от 29.07.13 г.) - синдром диссеминации и в области S1-2 налицие кольцевидной тени диаметром 9 см

Таким образом, на основании всего вышеперечисленного можно поставить

предварительный диагноз: Диссеминированный туберкулёз легких, фаза инфильтрации и распада, МБТ (+).

ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

. Лабораторные исследования:

• OAK (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, СОЭ, лейкоцитарная формула) - назначено для выявления неспецифических признаков воспаления;

• Анализ крови на: RW, сахар крови - является общеклиническим обследованием;

• Кровь на антитела ВИЧ для выявления сопутствующих заболеваний;

• Биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, фибриноген, сиаловые кислоты, билирубин общий, прямой, непрямой, холестерин, сахар крови, мочевина, креатинин, калий, натрий, ПТИ, АсАТ, АлАТ, СРБ) - назначено для уточнения активности воспалительного процесса, а также для обнаружения нарушений функции внутренних органов;

• Общий анализ мочи (относительная плотность, реакция, белок, лейкоциты, эпителиальные клетки, эритроциты, сахар, белок) - необходимо оценить функцию системы мочеотделения, для исключения почечной патологии;

• Анализ мокроты (микроскопически, бактериологически) для верификации диагноза;

• Культуральное исследование (посев) мокроты для определения биологического вида микроорганизма и чувствительности к антибиотикам;

• Кал на яйца гельминтов - общеклиническое обследование;

2. Инструментальные исследования:

• Обзорная рентгенография органов грудной клетки - оценка эффективности лечения;

• ЭКГ - для выявления сопутствующей патологии;

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

• Общий анализ крови от 21.04.2012:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| показатель | Содержание | Норма | |
| Гемоглобин | 76 | 130-160 г/л | |
| Лейкоциты | 7,7 | 4-8\*109 | |
| Эритроциты | 3,7 | 4-5,1\*1012 | |
| Тромбоциты | 256 | 180-320 | |
| СОЭ | 75 | 2-15 мм/час | |
| Лейкоцитарная формула | | | |
| Палочкоядерные | 4 | 1-4% | |
| Сегментоядерные | 73 | 50-68% | |
| Лимфоциты | 10 | 25-30% | |
| Моноциты | 6 | 4-8% | |
| Эозинофилы | 7 | 2-4% | |
| Базофилы | - | 0-0,5% | |
| Заключение: увеличение количества сегметоядерных нейтрофилов свидетельствуют о наличии воспалительного процесса. Анемия неясного генеза | | |

• Общий анализ крови от 29.08.2013:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатель | Содержание | Норма |
| Гемоглобин | 134 | 130-160 г/л |
| Лейкоциты | 6,5 | 4-8\*109 |
| Эритроциты | 3,9 | 4-5,1\*1012 |
| Тромбоциты | 307 | 180-320 |
| СОЭ | 51 | 2-15 мм/час |
| Лейкоцитарная формула | | |
| Палочкоядерные | 2 | 1-4% |
| Сегментоядерные | 79 | 50-68% |
| Лимфоциты | 14 | 25-30% |
| Моноциты | 2 | 4-8% |
| Эозинофилы | 3 | 2-4% |
| Базофилы | - | 0-0,5% |

Заключение: показатели в пределах нормы,СОЭ и сегментоядерных . Положительная динамика течения воспалительного процесса на фоне лечения.

• Анализ крови на RW от 1.08.2013:

Результат: отр.

• Анализ крови на ВИЧ от 1.08.2013:

Результат: отр.

• Биохимический анализ крови от 1.08.2013:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатель | содержание | норма |
| Сахар | 4,3 | 4,2-6,1 ммоль/л |
| Общий белок | 58 | 65-85 г/л |
| Билирубин общий | 9,3 | 8,6-22,0 мкмоль/л |
| прямой | 2,8 | 1,7-5,1 мкмоль/л |
| непрямой | 6,5 | 6,5-15,4 мкмоль/л |
| Мочевина | 3,9 | 2,5-8,3 ммоль/л |
| Креатинин | 91,0 | 53-93 мкмоль/л |
| АСТ | 0,30 | 0,1-0,45 мкмоль/л |
| АЛТ | 0,40 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| Тимолова проба | 2,7 | 0-5 ед |

Заключение: В биохимическом анализе крови патологических отклонений не выявлено, кроме снижение общего белка, что может свидетельствовать об общем истощении организма.

• Биохимический анализ крови от 29.08.2013:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатель | содержание | норма |
| Общий белок | 62 | 65-85 г/л |
| Билирубин общий | 8,1 | 8,6-22,0 мкмоль/л |
| прямой | 2,4 | 1,7-5,1 мкмоль/л |
| непрямой | 5,7 | 6,5-15,4 мкмоль/л |
| АСТ | 0,20 | 0,1-0,45 мкмоль/л |
| АЛТ | 0,17 | 0,1-0,68 мкмоль/л |
| Тимолова проба | 1,0 | 0-5 ед |

Заключение: В биохимическом анализе крови патологических отклонений не выявлено.

Коагулограмма от 01.08.13:

Фибриноген 7,8 г/л ( 0,9-6,0)

Протромбиновый индекс 86% (70-130)

Этаноловый тест: РФМК (+) положительный (N отрицательный)

МНО 1,21 (0,85-1,5 ЕД).

Анализ мочи от 1.08.13

Цвет: соломенно-желтый

Белок отриц

Прозрачность Прозрачная

Сахар 0

Реакция щелочная

Уд. вес 1018

Лейкоциты 10-12 в поле зрения

Эритроциты отр

Эпителий плоский 5-7 в поле зрения

Заключение: показатели указывают на общую воспалительную реакцию.

• Общий клинический анализ мочи от 29.08.2013:

Уд. вес: 1015 мг/л

Цвет: соломенно-желтый

Белок: отр

Сахар: отр

Лейкоциты: 1-2 в поле зрения

Эритроциты: един. в поле зрения

Эпителиальные клетки: 2-3 в поле зрения

Заключение: патологических изменений не выявлено, положительная динамика лечения.

БАКТЕРИОГРАММА

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата забора | Материал | Бактериоскопия | | Посев |
|  |  | Циль-Нельсен | люминисцентная |  |
| 31.07.2013 | мокрота | 3+ |  | в работе |
| 31.07.2013 | мокрота | 3+ |  |  |
| 01.08.2013 | мокрота | 3+ | Отр. |  |
| 28.08.2013 | мокрота | 1+ |  |  |
| 29.08.2013 | мокрота | 2+ |  |  |

туберкулез легкое инфильтрация кашель

Заключение: микобактерии туберкулеза обнаружены.

2. Инструментальные исследования:

• ЭКГ от 07.08.2013. Ритм синусовый 73 ударов в минуту. ЭОС нормальная. ГПП, метаболические изменения в миокарде.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГОЗ

Дифференциальную диагностику диссеменированного туберкулеза следует производить с такими заболеваниями, которые будут давать такую же рентгенологическую картину :

Подострый диссемииированный туберкулез может напоминать двустороннюю очаговую пневмонию различной этиологии, которая иногда приобретает характер острого диффузного альвеолита. Однако следует учесть, что такого типа вирусные или микоплазменные пневмонии начинаются обычно остро, с повышением температуры до 39-40°С, которая длится 6-10 дней, головными болями и болями в груди и суставах, значительной одышкой, кашлем с выделением слизистой мокроты, иногда с примесью крови. При этом в легких выслушиваются в большем или меньшем количестве не только влажные, но и сухие хрипы. Гематологические сдвиги характеризуются выраженным лейкоцитозом, относительной лимфопенией, сдвигом нейтрофилов влево, моноцитозом, реже эозинофилией и нерезко ускоренной СОЭ (15-20 мм/ч).

Рентгенологически при распространенной очаговой пневмонии в одном или обоих легких, преимущественно в средних и нижних отделах, определяются рассеянные средние или более крупные нерезко очерченные лобулярные очаги на фоне резко выраженных интерстициальных воспалительных изменений. Корни легких расширены. Нередко наблюдается реакция плевры. При благоприятном течении, болезни очаги в течение 10-12 дней рассасываются. Медленнее восстанавливается нормальный рисунок легких и их корней. Только у отдельных больных заболевание принимает затяжное или рецидивирующее течение с образованием новых очагов.

Иногда диссеминированный туберкулез принимают за метастатический рак легких, протекающий по типу карциноматоза. Первичный очаг при этом локализируется иногда в том или ином бронхе, а чаще вне легких: в почках, поджелудочной, предстательной или молочной железах, желудочно-кишечном тракте, в матке или ее придатках или в других органах. Отсюда опухоль распространяется гематогенным или лимфогенпым путем, поражая легкие. Заболевание чаще возникает в среднем или пожилом возрасте, но иногда, как мы убедились, и у молодых людей. В отличие от первичного рака легких рассеянный карциноматоз почти одинаково часто встречается у мужчин и женщин. Он характеризуется тяжелым и часто быстро ухудшающимся общим состоянием больного, резкими болями в груди, одышкой, цианозом, сухим надсадным кашлем, частым кровохарканьем, нарастающими слабостью, истощением и адинамией при нормальной или субфебрильной температуре, пониженной или отрицательной туберкулиновой чувствительностью. Но у отдельных больных в начальной фазе процесса мы наблюдали его малосимптомное или инапперцептпое течение. Туберкулостатическая терапия в таких случаях, естественно, не оказывает эффекта и болезнь неуклонно прогрессирует. При физическом исследовании определяются жесткое дыхание и небольшое количество мелких влажных и сухих хрипов, иногда признаки плеврита, обычно серозно-геморрагического характера.

Карциноматоз легких рентгенологически отличается от диссеминированного туберкулеза локализацией очагов преимущественно в средних и нижних отделах, ближе к корням легких. Очаги бывают часто округлой формы, но различной величины (симптом «разменной монеты»). При выраженном лимфангите определяется избыточный сетчатый рисунок. Иногда при этом выявляются гиперплазированные внутригрудные лимфатические узлы. Несмотря на значительную распространенность и выраженность процесса, признаки эмфиземы отсутствуют.

Диагноз карциноматоза легких подтверждается обнаружением клеток опухоли в мокроте или результатами гистологического исследования периферических лимфатических узлов, слизистой оболочки бронхов или легочной ткани, полученной при открытой биопсии или пункции.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Основной: Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада. МБТ(+). Анемия неясного генеза.

ЛЕЧЕНИЕ

) Стационарный режим.

) Диета № 11. В период острого течения процесса целесообразно питание 6 раз в день малыми порциями. Исключают жирные сорта мяса и птицы, бараний, говяжий и кулинарные жиры, острые и жирные соусы, торты, пирожные, содержащие большое количество крема. Калорийная диета с повышенным содержанием белков и витаминов с умеренным увеличением жиров и углеводов.

) Этиотропное лечение, химиотерапия по I режиму:

) Интенсивная фаза терапии для уничтожения максимального количества микобактерий. Назначается одновременно 4-5 препаратов.

· Изониазид (Н) - гидролазид изоникотиновой кислоты - строгоспецифичный высокоэффективный противотуберкулезный препарат. Наиболее активен в отношении МБТ человеческого вида. Механизм действия изониазида связан с подавлением синтеза ДНК, фосфолипидов и нарушением целостности стенки МБТ. Суточная доза изониазида 5 мг/кг. Массы тела ежедневно, однократно.: Tab. Isoniazidi 0,1.t. d. №100: По 3,5 таблетки утром после еды.

· Рифампицин (R) антибиотик широкого спектра действия, один из наиболее эффективных противотуберкулезных препаратов. На МБТ действует бактерицидно. Механизм действия связан с подавление синтеза РНК путем образования комплекса с ДНК-зависимой РНК-полимеразой. Суточная доза рифампицина составляет 10 мг/кг массы тела.: Tab. Rifampicini 0,15.t. d. №100: По 5 таблеток утром после еды.

Стрептомицин. антибактериальное широкого спектра, бактерицидное, противотуберкулезное.

Проникает внутрь микробной клетки за счет активного транспорта и пассивной диффузии, которая усиливается средствами, нарушающими синтез клеточной мембраны (например пенициллинами). Необратимо связывается со специфическими белками-рецепторами на 30S субъединице рибосом. Нарушается образование инициирующего комплекса между матричной РНК и 30S субъединицей рибосомы. В результате возникают дефекты при считывании информации с матричной (информационной) РНК, синтезируются неполноценные белки. Полирибосомы распадаются и теряют способность синтезировать белок, повреждаются цитоплазматические мембраны и клетка гибнет. Назначается в/м однократно.

Rp: Sol. Streptomicini 1,0

D.t. d. №30: в/м 1 раз в день.

· Этамбутол (E) синтетический противотуберкулезный препарат, подавляющий синтез и стабилизацию РНК МБТ. Назначается ежедневно однократно в суточной дозе 15 мг/кг массы тела.

Rp: Tab. Ethambutoli 1,0.t. d. №100: По 1 таблетке утром после еды.

Патогенетическая терапия

Антиоксиданты (витамины Е, тиосульфат Na)

Витамины В1, В6 и С.

ДНЕВНИК

.09.13.

Жалобы не предъявляет. Аппетит хороший, сон не нарушен.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы, чистые, обычной температуры и влажности. В легких в надключичной, подключичной и надлопаточной области дыхание ослабленно, в остальных отделах везикулярное дыхание. ЧД 20 в минуту. АД 120/80 мм рт ст, ЧСС 88 в минуту, тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, без налета. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Лечение получает по листу назначений.

.09.2013.

Жалобы не предъявляет. Аппетит хороший, сон не нарушен.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы, чистые, обычной температуры и влажности. В легких в надключичной, подключичной и надлопаточной области дыхание ослабленно, в остальных отделах везикулярное дыхание. ЧД 18 в минуту. АД 120/70 мм рт ст, ЧСС 74 в минуту, тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, без налета. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Лечение получает по листу назначений.

Лист ведения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| t | ЧД | Ps | АД |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 190 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 180 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 170 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 160 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 150 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 28 | 130 | 140 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 26 | 120 | 130 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 24 | 110 | 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | 22 | 100 | 110 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | 20 | 90 | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | 18 | 80 | 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | 16 | 70 | 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | 14 | 60 | 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | 12 | 50 | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | 10 | 40 | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Изониазид 3.5 т | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Рифампицин 5 т | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Этамбутол 1т | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стрептомицин 1.0 в/м | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Вит В6, В1 в/м | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |

Этапный эпикриз

Пациент И. Н. Т. 57 лет поступила по направлению из ЦРБ Шипуновского р-на 31 июля 2013 г. в АКПТД кашель приступообразный, усиливающийся в положении лежа и к утру, продуктивный со скудной слизисто-гнойной мокротой, вязкой консистенции , без запаха, слабость; плохой аппетит, снижение веса на 6-7 кг за последние 1 мес;

Из анамнеза заболевания: считает себя больной около 2 мес, туберкулез был выявлен пассивно. Проведено Rg-обследование, заключение: Диссеминированный туберкулёз легких. Направлена к фтизиатру ЦРБ г. Шипуновского р-на. Диагноз подтвержден в АКПТД 31.07.13. 31.07.13 госпитализирован в АКПТД для дальнейшего лечения. Проведено дополнительное обследование: ОАК от 1.08.13:Эритроциты - 3.7 х10\*12/л Hb - 98 г/л,Цвет. показатель- 0,33(0.35-0.55),Лейкоциты- 7.7 х10\*9/л(4-9 10\*9/л)Э 7%,П- 4%,С- 73%,Л- 10%,М- 6%, CОЭ- 75 мм/ч,Кровь на АТ к ВИЧ от 1.08.13-отрицательно, бактериоскопия мазка мокроты по Цилю Нильсону (+++); рентгенография ОГК от 29.07.13 Заключение: Диссеминированный туберкулёз легких в фазе инфильтрации и распада;

Получает лечение по листу назначения. На фоне проводимого лечение отмечается положительная динамика.

Диагноз: Диссеминированный туберкулёз легких в фазе инфильтрации и распада. МБТ (+).

ПРОГНОЗ

Прогноз в отношении жизни благоприятный т.к. при соблюдении рекомендаций врача и следуя режиму лечения, можно достичь длительной и стойкой ремиссии. В отношении здоровья прогноз благоприятный. В отношении работоспособности - благоприятный т.к. пациент не относится к декретированной группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. М.И. Перельман, И.В. Богадельников. «Фтизиатрия».- М.: Медицина, ГЕОТАР-Медиа, 2010. 448 с. : ил. + CD.
2. Фтизиопульмонология: Учебник/В.Ю.Мишин, Ю.Г.Григорьев, А.В.Митрохин и др. - М.:ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 504с.: ил.
3. Урсов И.Г. Профилактика туберкулеза. Новосибирск: ИТ СО АН СССР, 1991 г. С. 115.
4. Курс лекций по фтизиатрии. АГМУ 2013.
5. В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко. «Внутренне болезни». Москва. «Медицина». 2005г.
6. М. Д. Машковский «Лекарственные средства» 2006г.
7. Справочник «ВИДАЛЬ» 2010г.