ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Кафедра туберкулеза с курсом ПО.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. \_\_\_\_

Диагноз: Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого в фазе распада

Преподаватель: Наркевич А.А.

Куратор: студент 514гр

лечебного факультета

Шожал А.М.

Красноярск 2013г

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

Возраст: 17 лет

Пол: мужской

Профессия: не работает

Домашний адрес: Красноярский край, Тасеевский район

Дата поступления:

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Туберкулёз выявлен впервые при обращении. Последняя флюорография проводилась в сентябре 2010 года, без изменений в легких.Считает себя больным с конца февраля 2012 года, когда впервые появился кашель со слизистой мокротой и кровохарканьем. Обратился сразу в ЦРБ Тасеевского района, где было проведено флюорографическое обследование, по результатам которого был заподозрен туберкулёз лёгких, и пациент был направлен в Краевой противотуберкулёзный диспансер для дифференциальной диагностики туберкулёза с другими заболеваниями и проведения основного курса химиотерепии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Живет с родителями и братом. Со слов больного, брат болеет туберкулезом. Мать 2 года назад лечилась от туберкулеза. На данный момент-здорова. Брат тоже лечиться в Краевом противотуберкулезном диспансере. Контакт с больным туберкулезом установлен.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Рос и развивался соответственно возрасту и полу.Закончил 5 классов.С 16 лет работает в лесу сучкорезом. Из перенесенных заболеваний отмечает: ОРВИ.Гепатит, язвенную болезнь желудка и ДПК, сахарный диабет, ВИЧ-инфекцию - отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Травма правой голени при падении в 2008 году.. Отмечает частые переохлаждения.

Социально- бытовые условия нормальные.Питание регулярное, полноценное.Алкоголизм, курение и наркоманию отрицает.

ЖАЛОБЫ

Пациент предъявляет жалобы на кашель, со слизистой мокротой.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,7 (нормальная). Положение активное.

Рост 174 см, вес 65 кг, астенический тип телосложения

Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Сыпи, кровоизлияний нет.

Подкожно- жировая клетчатка развита умеренно, отеков нет.

Лимфатические узлы не увеличены и не пальпируются.

Органы дыхания:

Дыхание через нос свободное. ЧДД 18 в минуту. Ритм дыхания правильный, одышка отсутствует.

Пальпация:голосовое дрожание усилено в верхних отделах правого легкого, проводится по всем легочным полям. Локальной болезненности грудной клетки нет.

Перкуссия: Укорочение перкуторного звука в верхней доле правого легкого.

Аускультация: дыхание везикулярное. Хрипов нет.

Сердечно - сосудистая система: при осмотре области сердца деформаций не выявлено. Верхушечный толчок пальпаторно определяется в пятом межреберье на 1см кнутри от левой среднеключичной линии. Пульсация в эпигастральной области, в области сонных артерий и

яремной ямки не визуализируется. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 74 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст.

Система органов пищеварения:

При осмотре живот округлой формы, симметричный. Участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный.

Печень не увеличена, умеренно плотная, поверхность гладкая. Размеры печени по Курлову:9-8-7см. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Система органов мочевыделения:

Мочеиспускание безболезненное. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Дизурических расстройств нет.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клинический анализ крови от 02.03.2012: Нв - 149 г/л; L - 9,1\*109/л, п - 2, с - 66, л - 24, м - 6; СОЭ - 40 мм/час.

Заключение: в лейкоцитарной формуле отмечается сдвиг влево, также отмечается повышение СОЭ.

Биохимический анализ крови от 02.03.2012: глюкоза крови - 4,7 ммоль/л; общий белок - 83 г/л; альбумин - 39 г/л; общий билирубин -4,4 мкмоль/л; АсАТ - 1,4 мккат/л; АлАт - 1,2мккат/л.

Заключение: без изменений

Анализ мокроты от 02.03.2012:в мокроте методом люминесцентной микроскопии обнаружены кислотоустойчивые микобактерии - КУМ+++.

Посев мокроты от 02.03.2012: рост МБТ на 28 день. Устойчивость к стрептомицину (S) и канамицину ( К).

Заключение: больной является бактериовыделителем, представляет опасность для окружающих в эпидемиологическом отношении.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

На обзорной рентгенограмме грудной полости в прямой проекции в верхней доле правого легкого определяется очаги затемнения неправильной формы, средней интенсивности, с нечеткими контурами, неоднородное по структуре с участками просветления, связанное с корнем сосудистой дорожкой. Корни легкого без изменений. Сердце без изменений. Купола диафрагмы ровные четкие.

Заключение: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада.

ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании анамнеза (Туберкулёз выявлен впервые при обращении.Последняя ФЛГ проводилась в сентябре 2010 году. Считает себя больным с конца февраля 2012 года, когда впервые появился кашель с малым количеством мокроты и кровохарканье. К врачу обратился сразу, где было проведено флюорографическое обследование, по результатам которого был заподозрен туберкулёз лёгких. Эпидемиологического: Больной проживает с отцом, матерью и братом. Брат тоже находится в Краевом противотуберкулёзном диспансере с туберкулёзом лёгких, отец по результатам обследования здоров, мать два года назад лечилась от туберкулёза, на данный момент она обследована - здорова. Контакт с больным туберкулёзом установлен. Жалоб больного: на недомогание, кашель, с небольшим количеством слизистой мокроты, кровохарканье. Данных объективного: (голосовое дрожание усилено в верхних отделах правого легкого; укорочение перкуторного звука в верхней доле правого легкого), лабораторного (в лейкоцитарной формуле отмечается сдвиг влево - повышено количество нейтрофилов, также отмечается значительное повышение СОЭ; больной является бактериовыделителем, представляет опасность для окружающих в эпидемиологическом отношении; у возбудителя отмечается устойчивость к стрептомицину и канамицину) и рентгенологического обследования (инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада), можно поставить диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, МБТ (+), ПЛУ (S,К).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

жалоба туберкулез кашель

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки | Инфильтративный туберкулез | Пневмония |
| Анамнез | Возможный контакт с больными туберкулезом, туберкулез в прошлом, пациент из группы риска | Переохлаждение, заболевание придаточных пазух носа, фарингит, трахеобронхит |
| Начало заболевания | Подострое, реже острое | Острое |
| Интоксикация | Умеренно выраженная | Выраженная |
| Температура тела | Субфебрильная, реже фебрильная, интермиттирующего характера | Фебрильная, постоянного характера |
| Бронхолегочные проявления | Кашель неинтенсивный и нечастый с мокротой, преимущественно слизисто-гнойного характера | Кашель интенсивный с мокротой, преимущественно гнойного характера |
| Данные физического обследования | Нерезко выраженные мелкопузырчатые хрипы | Выраженные мелкопузырчатые хрипы, крепитация |
| Гематологические | Умеренный лейкоцитоз и СОЭ, нередко лимфопения, моноцитоз | Выраженный лейкоцитоз и СОЭ |
| Исследование мокроты | МБТ, редко грамположительная и грамотрицательная микрофлора | Грамположительная и реже грамотрицательная микрофлора |
| Цитологическое исследование биоптата | Эпителиоидные клетки, клетки Пирогова-Лангханса, лимфоциты, казеоз, МБТ | Нейтрофилы, макрофаги, единичные лимфоциты |
| Проба Манту | Положительная, иногда гиперергическая | Положительная |
| ИФА | Положительная | Отрицательная или положительная |
| Рентгенологические | Преимущественно неоднородное ограниченное или распространенное затемнение, чаще в 1,2 или 4 сегментах; «дорожка» к корню легкого | Относительно гомогенное ограниченное или распространенное затемнение чаще в 8, 9 или 10 сегментах; быстрое рассасывание на фоне адекватной терапии |
|  | негомогенного характера преимущественно в 1-2 и 6-м сегментах с наличием кальцинатов в зоне поражения или корнях легких | затемнение гомогенного характера, преимущественно в средней и базальных сегментах нижней доли |

ЛЕЧЕНИЕ

Диета №11

Режим - щадящий (полупостельный)

Интенсивная фаза химиотерапии (режим 4):. Izoniаzidi - по 1 таб. (500 мг) внутрь 1 раз в день

Сарs. Rifаmрiсini - по 4 капсулы (150 мг) внутрь 1 раз в день за 30 минут до еды. Руrazinаmidi - по 3 таб. (500 мг) внутрь 1 раз в день. Еthаmbutоli - по 2 таб. (800 мг) внутрь 1 раз в день

Витаминотерапия: . Thiаminiсhlоridi - по 1 мл 2,5% раствора в/м 1 раз в день. Руridохinihуdrосhlоridi - по 1 мл 1% раствора в/м 1 раз в день