История болезни

Инфильтративный туберкулез S1-S2 левого легкого в фазе распада, МБТ(+)

Паспортная часть

Ф.И.О:

Пол: женский

Возраст:11.09.1987 (37 лет)

Семейное положение: в разводе

Образование: высшее (юрист)

Место работы: частный предприниматель

Место жительства: Уфимский район, СНТ “ Тихие зори “Авиаторов 413.

Время поступления в клинику: 25.06.2014.

Жалобы

На момент поступления в клинику больная жаловалась: на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, общую слабость, повышение температуры до 37.30C.

1.История настоящего заболевания

Считает себя больной с июня 2014 года, стал беспокоить кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, появилась слабость и температура. По рекомендации знакомого терапевта сделала снимок, затем КТ, проконсультировалась у доцента КМН Гарифуллина З.Р., после чего была направлена на стационарное лечение.

. История жизни

Родилась в срок, от первой нормально протекавшей беременности. Роды физиологичные. Росла и развивалась в соответствии с полом и возрастом. Получила высшее образование, по профессии юрист. Общий стаж работы 7 лет. В последнее время работала частным предпринимателем, в настоящее время не работает. Профессиональные вредности отрицает.

Сведения о семье: Находится в разводе, живет с родителями и дочкой в частном доме с хорошими бытовыми условиями. Все члены семья здоровы. Питание регулярное.

Вредные привычки: курит около 8 лет по 1пачке в день, алкоголь употребляет редко. Употребление наркотиков отрицает. В местах лишения свободы не была.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, грипп. Травмы: компрессионный перелом позвоночника L1- L2 в 11 лет. Операции отрицает. Контакт с больным туберкулезом отрицает. Сахарный диабет, ГЛПС, ЗППП, вирусный гепатит, ЯБЖ, В-20 у себя и родственников отрицает. Ранее туберкулезом не болела.

За пределы РФ выезжала в мае 2014 года в Турцию.

Аллергологический анамнез: аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты отрицает.

3.Данные объективного исследования

Общий осмотр

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение: активное

Телосложение: правильное

Конституция: нормостеническая

Рост: 176 см

Вес: 75 кг

АД- 110/70, ЧСС- 84 удара в минуту, ЧДД- 18 в минуту, температура тела 36,70

Кожные покровы чистые, бледно-розового цвета, наощупь сухие. Тургор кожи не снижен. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отёков нет. Лимфатические узлы - затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные не пальпируются, безболезненны. Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

Сердечно-сосудистая система

Жалоб со стороны сердечно - сосудистой системы не предъявляет.

Пальпация области сердца:

Верхушечный толчок: невидимый, пальпируется в пятом межреберье, по левой среднеключичной линии, усиленный и разлитой.

Сердечный горб и сердечный толчок отсутствуют.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца:

правая - 4 межреберье 1 см. справа от грудины;

левая - 5 межреберье 3 см. кнаружи от среднеключичной линии;

верхняя - 3 межреберье по левой окологрудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца: 4 + 9 = 13 см.

Конфигурация сердца не изменена.

Границы абсолютной тупости сердца:

правая - не выходит за левый край грудины;

левая - 2 см. кнутри от левой среднеключичной линии;

верхняя - на уровне 4 ребра.

Поперечник абсолютной тупости сердца - 6 см.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины.

Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Аускультация сердца:

Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС = 84ударов в минуту. Шумы не определяются. Шум трения перикарда не выслушивается.

Исследование сосудов.

Жалоб нет.

При осмотре и ощупывании височные, лучевые, сонные, подключичные, бедренные, подколенные артерии и артерии стопы мягкие, с эластичными стенками.

Частота пульса = 84 уд/мин. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, ненапряженный, нормальной формы. Дефицита пульса нет. Капиллярный пульс отсутствует. АД 110/70 мм. рт.ст.

Органы дыхания

Жалобы на: кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, общую слабость, повышение температуры до 37.30C.

Дыхание через нос свободное, отделяемого из носа нет. Носовых кровотечений, болей у корня носа, потери обоняния нет.

Гортань без болей при глотании и разговоре. Голос нормальной громкости. При осмотре гортань нормальной формы, без патологий. При пальпации гортань безболезненная.

Осмотр грудной клетки.

Форма грудной клетки правильная, деформаций нет. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Надключичные и подключичные пространства выражены умеренно. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке, положение их на одном уровне, участвуют в акте дыхания. Движения грудной клетки синхронны. Тип дыхания смешанный, преимущественно брюшной. Число дыхательных движений в минуту - 18.

Пальпация грудной клетки.

При пальпации грудная клетка эластичная. Болезненности в точках Валле не отмечается. Голосовое дрожание одинаково проводится во все отделах грудной клетки.

ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ПЕРКУССИИ - над всей поверхностью лёгких определяется легочный звук.

ПРИ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ ПЕРКУССИИ



Подвижность нижнего лёгочного края:

По задним подмышечным линиям - 7см с обеих сторон

Высота стояния верхушек правого и левого лёгкого:

Спереди - на 3 см выше ключиц

Сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

Поля Кренига - 6 см с обеих сторон.

АУСКУЛЬТАТИВНО - в легких ослабленное дыхание, патологические дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

Пищеварительная система

Жалобы: со стороны пищеварительной системы не предъявляет.

Язык влажный, обложен белым налётом. Зев нормальной окраски.

Форма живота обычная. Видимая перистальтика отсутствует.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины и симптом флюктуации отрицательные, грыжи и расхождения прямых мышц живота нет.

При глубокой скользящей пальпации живота по методу Образцова:

Сигмовидная кишка цилиндрической формы с гладкой поверхностью, безболезненная, обладает пассивной подвижностью. Слепая кишка цилиндрической формы с гладкой поверхностью, безболезненная, обладает пассивной подвижностью. Поперечно-ободочная, восходящая, нисходящая, большая кривизна и пилорический отдел желудка не пальпируется.

Печень не пальпируется. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезёнка не пальпируется. Размеры селезёнки по Курлову 7х6см.

Мочеполовые органы

Жалоб нет. Болей в области поясницы, дизурических расстройств, болей в области мочевого пузыря нет.

Осмотр области почек: гиперемии и припухлости нет.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. При пальпации верхних и нижних мочеточниковых точек болезненности нет.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

Эндокринная система

Жалоб не предъявляет.

Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту.

Нарушения роста нет. Части тела пропорциональны. Щитовидная железа не видна и не пальпируется.

Нервная система

Жалобы: Жалоб не предъявляет.

Эмоционально - волевая сфера: Больная правильно ориентирована в пространстве, времени. Контактна, охотно общается. Восприятие не нарушено. Память не снижена, поведение адекватное.

.План обследования и его обоснование

). Лабораторно-клинические исследования:

Общий анализ крови.

Общий анализ мочи.

Анализ крови на RW, HBS, ВИЧ.

Биохимический анализ крови.

Микроскопическое исследование на туберкулез.

Анализ мокроты на флору с определением чувствительности к антибиотикам.

). Функционально-инструментальные методы:

Рентген органов грудной клетки.

Компьютерная томография органов грудной клетки.

ЭКГ.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ



В ОАК отмечается умеренное увеличение СОЭ - 17 мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (за счет возрастания палочкоядерных, юных форм нейторфилов). Это свидетельствует о наличии воспалительного процесса.

Общий анализ крови 29. 08. 14г.

Эритроциты 4,9х1012 /л

Гемоглобин 120 г/л|

Цветной показатель 1,0

Тромбоциты 162х109 /л

Лейкоциты 4,72х 109 /л

Базофилы 3%

Эозинофилы 5 %

Нейтрофилы: Миелоц. ---

Юные 5%

Палочкоядерные 5%

Сегментоядерные 53 %

Лимфоциты 25 %

Моноциты 4 %

СОЭ 10 мм/час

ОАМ 26.06.2014

цвет светло жёлтый

реакция кислая

удельный вес 1021

прозрачность нет

белок нет

сахар нет

Микроскопия осадка.

. Эпителиальные клетки

Плоские 1-1-2

. Лейкоциты 2-3-3

. Эритроциты 0-1-0

. Слизь +

. Бактерин +

ОАМ 29.08.2014

цвет светло жёлтый

реакция кислая

удельный вес 1021

прозрачность нет

белок нет

сахар нет

Микроскопия осадка.

. Эпителиальные клетки

Плоские 1-1-2

. Лейкоциты 2-3-3

. Эритроциты 0-1-0

. Слизь +

. Бактерин +

Анализ на RW и ВИЧ от 30.06.14 отр

Анализ на HBS 30.06.14. отр

Биохимический анализ крови 26.06.14

Общий белок - 76,1 г/л(№ - 65-81)

Мочевина - 8,0ммоль/л (№ - 1,7 -8,3)

Креатинин - 68ммоль/л (№ - 44 -115)

Глюкоза - 4,9 ммоль/л (№ - 3,3-5,5)

Билирубин общий - 11,3ммоль/л (№ - 4,0 -21,0)

Холестерин - 4,17 ммоль/л(№ - 2,5 -5,2)

АСТ - 8,9 ED/л (№- 5 - 31)

АЛТ - 6,4 ED/л (№ - 5- 31)

Триглицериды - 0,78 ммоль/л (№0,55 - 2,30)

K - 5.0 ммоль/л (№ -3,5 -5,5)

Na - 143ммоль/л ( №133 - 143 )

Биохимический анализ крови 01.09.14

Общий белок - 75,6 г/л(№ - 65-81)

Мочевина - 7,8ммоль/л (№ - 1,7 -8,3)

Креатинин - 68ммоль/л (№ - 44 -115)

Глюкоза - 4,9 ммоль/л (№ - 3,3-5,5)

Билирубин общий - 11,3ммоль/л (№ - 4,0 -21,0)

Холестерин - 3,16 ммоль/л(№ - 2,5 -5,2)

АСТ - 15,4 ED/л (№- 5 - 31)

АЛТ - 11,3 ED/л (№ - 5- 31)

Триглицериды - 0,62 ммоль/л (№0,55 - 2,30)

K - 5.0 ммоль/л (№ -3,5 -5,5)

Na - 143ммоль/л ( №133 - 143 )

Биохимический анализ крови в пределах нормы.

Микроскопическое исследование на туберкулез от:

.06.2014 - МБТ (1+);

.07.2014 - МБТ(-);

.08.2014 - МБТ(-).

Анализ мокроты на флору с определением чувствительности к антибиотикам:

от 26.06.2014 г. - обнаружен обильный (+3) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

от 30.06.2014 г. - обнаружен обильный (+3) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

от 01.07.2014 г. - обнаружен скудный (+1) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

от 14.08.2014 г. - посев на Bactec, обнаружен скудный (+1) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

Рентген органов грудной клетки от 20.06.2014. - Снимок средней жесткости. Справа легкое чистое. Слева в S1-S2, S3,S6 определяется очагово-сливная инфильтрация с лимфангитом к корню, фокус с полостью распада, в нижних отделах S9-S10 очаги обсеменения. Корни структурные. Синусы свободные. Сердце без особенностей.

Заключение: Инфильтративный туберкулез левого легкого, фаза распада и обсеменения.

Рентген органов грудной клетки от 06.08.2014. - Снимок средней жесткости. Справа легкое чистое. Слева в S1-S2 частичное рассасывание очагов инфильтрации, полость распада уменьшилась в размерах до 2,0 см, стенки уплотнились.

Заключение: Инфильтративный туберкулез левого легкого, фаза распада и обсеменения.

Компьютерная томография органов грудной клетки от 21.06.14 г. - грудная клетка обычной формы, симметричная, органы средостения не смещены. В S1-S2 верхней доли левого легкого определяется неправильно округлой формы некротический инфильтрат, с неровными нечеткими контурами, с крупной полостью распада без уровня жидкостного содержимого, общими размерами 36х33 мм. Визуализируются дренирующие бронхи, с утолщенными стенками, «бронхо-сосудистая дорожка» к корню легкого. В верхней, нижней долях левого легкого множественные полиморфные мелкие очаги бронхогенной диссеминации, размерами от 2-3 до 4-5 мм. на фоне не выраженных интерстициальных изменений.

По КТ-картине инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого (в S1-S2) в фазе распада и бронхогенной диссеминации в левом легком.

ЭКГ от 26.06.14 - Синусовый ритм с ЧСС 84 уд. мин. ЭОС не отклонена.

. Диагноз и его обоснование

На основании жалоб: на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, общую слабость, повышение температуры до 37.30C.

- данных анамнеза: считает себя больной с июня 2014 года, когда стал беспокоить кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, появилась слабость и температура.

данных лабораторных методов обследования - микроскопическое исследование на туберкулез от:

.06.2014 - МБТ (1+);

.07.2014 - МБТ(-);

.08.2014 - МБТ(-).

Анализ мокроты на флору с определением чувствительности к антибиотикам:

от 26.06.2014 г. - обнаружен обильный (+3) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

от 30.06.2014 г. - обнаружен обильный (+3) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

от 01.07.2014 г. - обнаружен скудный (+1) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

от 14.08.2014 г. - посев на Bactec, обнаружен скудный (+1) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

данных инструментальный методов исследования :

Рентген органов грудной клетки - Снимок средней жесткости. Справа легкое чистое. Слева в S1-S2, S3,S6 определяется очагово-сливная инфильтрация с лимфангитом к корню, фокус с полостью распада, в нижних отделах S9-S10 очаги обсеменения. Корни структурные. Синусы свободные. Сердце без особенностей.

Компьютерная томография органов грудной клетки от 21.06.14 г. - грудная клетка обычной формы, симметричная, органы средостения не смещены. В S1-S2 верхней доли левого легкого определяется неправильно округлой формы некротический инфильтрат, с неровными нечеткими контурами, с крупной полостью распада без уровня жидкостного содержимого, общими размерами 36х33 мм. Визуализируются дренирующие бронхи, с утолщенными стенками, «бронхо-сосудистая дорожка» к корню легкого. В верхней, нижней долях левого легкого множественные полиморфные мелкие очаги бронхогенной диссеминации, размерами от 2-3 до 4-5 мм. на фоне не выраженных интерстициальных изменений.

Выставлен клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез S1-S2 левого легкого в фазе распада, МБТ(+).

Осложнения - МЛУ (R, H, E, S, Pt) от 14.08.2014 г. Bactec

Сопутствующие заболевания - нет.

Дифференциальный диагноз

Клинико-рентгенологические проявления инфильтративного туберкулеза многообразны. Существует ряд заболеваний, от которых необходимо дифференцировать эту форму туберкулеза: рак легкого, неспецифическая пневмония, эозинофильный инфильтрат легкого, пневмомикозы и др.

Для постановки диагноза инфильтративного туберкулеза необходимо учитывать, что он развивается у лиц, давно инфицированных МБТ, и особенно у имеющих в легких остаточные посттуберкулезные изменения.

В связи с многообразием патоморфологии инфильтратов, их локализации и объема поражения легких инфильтративный туберкулез может развиваться как острое заболевание, протекать со слабовыраженными симптомами или бессимптомно.

Имеется ряд рентгенологических признаков, общих для всех видов туберкулезных инфильтратов. Тень инфильтратов неоднородная и состоит из более плотных образований и участков просветления, определяются «дорожка» к корню легкого и очаги лимфогенного и бронхогенного обсеменения в окружающей инфильтрат легочной ткани.

Туберкулезный инфильтрат развивается менее динамично, чем бактериальные и вирусные пневмонические фокусы, но активнее опухолевых и микотических процессов. Большое значение в диагностике инфильтративного туберкулеза принадлежит результатам микробиологических исследований.

При диагностике рака легкого обращают внимание на наличие таких факторов, как курение, профессиональные вредности, рецидивирующие бронхиты и пневмонии, наличие остаточных посттуберкулезных изменений.

Начало заболевания, как при раке, так и при туберкулезе постепенное. Клинические симптомы также сходны: слабость, кашель с выделением мокроты, иногда кровохарканье, одышка, постепенно нарастающая боль в груди.

В рентгенологической картине центрального рака легкого на первый план выступают признаки гиповентиляции или ателектаза сегмента или доли. Тень опухоли нередко имеет полициклические, тяжистые контуры, регионарные внутригрудные лимфатические узлы увеличены.

При распаде опухоли на томограммах или рентгенограммах определяются участки просветления, похожие на деструкцию при туберкулезе. Иногда на томограммах можно выявить тень опухолевого узла внутри просвета бронха или стеноз (культю) бронха.

При перибронхиальном росте рака рентгенологическая картина его мало похожа на картину инфильтративного туберкулеза: выявляются утолщенные стенки бронхов и тяжистые тени в окружающей легочной ткани.

Большую помощь в постановке диагноза рака оказывают многократные исследования мокроты на опухолевые клетки. Велико значение бронхоскопии, которая позволяет увидеть стеноз или сдавление бронха извне, и в комплексе с катетер- и брашбиопсией подтвердить диагноз рака у большинства больных.

Пр проведении противотуберкулезной терапии при инфильтративном туберкулезе отмечается положительная динамика, а при раке легкого изменения нарастают.

Однако в случае осложнения рака неспецифической пневмонией при антибактериальном лечении может наступить временное симптоматическое и даже рентгенологическое улучшение, что может послужить причиной ошибочного диагноза.

Ряд признаков позволяет отличить инфильтративный туберкулез отнеспецифической пневмонии. В анамнезе у больного пневмонией имеются указания на переохлаждение, хронические заболевания дыхательных путей.

Начало заболевания в отличие от инфильтративного туберкулеза более острое, с быстрым повышением температуры тела до 39-40 °С, резким ознобом, головными болями, иногда адинамией, болью в груди, суставах.

Обычно отмечаются ларингит, трахеобронхит, сухой кашель или с выделением слизистой мокроты. В легких выслушивают сухие и влажные хрипы, более обильные, чем при туберкулезе. В гемограмме более выраженные изменения, чем при туберкулезе.

Рентгенологически в верхних или нижних долях легких, на фоне усиленного деформированного легочного рисунка определяются участки более однородной, чем при туберкулезе, инфильтрации с нечеткими контурами.

При инфильтративном туберкулезе выявляются следы ранее перенесенного специфического процесса в виде склероза, кальцинированных очагов, очага Гона и петрификатов в корнях легких.

Рентгенологическая картина крупозной пневмонии характеризуется наличием интенсивного гомогенного затемнения нескольких сегментов или доли легкого с выраженной реакцией плевры.

При исследовании мокроты или промывных вод бронхов у больных с неспецифической пневмонией можно определить неспецифическую бактериальную микрофлору или вирусы.

При лечении антибиотиками широкого спектра действия у больных пневмонией отмечается положительная рентгенологическая динамика, параллельная исчезновению клинических симптомов заболевания.

Возникают затруднения в дифференциальной диагностике инфильтративного туберкулеза и актиномикоза легкого. Различают первичный и вторичный актиномикоз легкого. Для вторичного актиномикоза характерно распространение процесса в легкие лимфогенным и гематогенным путями.

При первичном актиномикозе легких актиномицеты проникают в бронхи и легкие аэрогенным путем. При этом образуются множественные торакальные свищи с выделением гноя. Больных беспокоят упорные боли в груди.

Рентгенологически на фоне выраженного усиления легочного рисунка определяются фокусы с нечеткими контурами, локализующиеся преимущественно в нижних прикорневых отделах легких. В дальнейшем контуры фокусов становятся четкими, вокруг них в легочной ткани нарастают фиброзные изменения, появляются кисты.

Диагноз устанавливают при обнаружении друз актиномицетов в мокроте. При прогрессировании заболевания и нарастании инфильтративных изменений в легких появляются участки деструкций.

При распространении процесса на плевру развивается фибринозный или экссудативный плеврит, и далее на грудную стенку - подкожные инфильтраты, свищи.

Основными отличиями актиномикоза от инфильтративного туберкулеза, если не обнаружены друзы и МБТ в мокроте, являются отсутствие очагов бронхогенного обсеменения, прогрессирующее течение заболевания, несмотря на проводимую противотуберкулезную терапию.

Инфильтративный туберкулез иногда приходится дифференцировать от ателектаза и инфаркта легкого, осложненных пневмонией.

К ателектазу приводит нарушение бронхиальной проходимости со спадением легочной ткани дистальнее закупорки бронха. Это происходит из-за обтурации бронха или сдавления его извне. Нарушение вентиляции легкого и развитие ателектаза при туберкулезе бывают при осложненном течении бронхоаденита. При остальных формах легочного туберкулеза ателектаз возникает редко.

Сегментарные, субсегментарные и меньшие по объему ателектазы обычно не вызывают нарушений дыхания и диагностируются рентгенологически в связи с появлением у больного симптомов воспалительного процесса в легких.

Ателектазы доли и всего легкого сопровождаются внезапно возникающими одышкой, цианозом, нарушением деятельности сердечно-сосудистой системы.

Рентгенологически при ателектазе отмечаются уменьшение в размере пораженного сегмента, доли или всего легкого, равномерное и интенсивное их затемнение. Остальные отделы легкого и противоположное легкое и средостение смещены в сторону ателектаза.

На рентгенограммах в прямой и боковой проекциях тень ателектаза гомогенная, с четкими контурами, а на компьютерных томограммах можно увидеть просветы бронхов.

Для окончательной постановки диагноза ателектаза необходимо бронхоскопическое исследование, которое позволит установить причину закупорки бронха и провести лечение по восстановлению его проходимости.

У больных с инфарктом легкого, осложненным пневмонией, в анамнезе учитывают наличие тромбоза вен конечностей, инфаркта миокарда, гипертонической болезни, сердечно-сосудистой недостаточности.

Инфаркт легкого начинается остро, протекает с лихорадкой, кашлем и мокротой, болью в груди, одышкой, цианозом, кровохарканьем. Процесс может локализоваться в любом отделе легкого.

Рентгенологически определяется участок уплотнения легочной ткани различных размеров и формы: округлой, треугольной, вытянутой. При этом в окружающей легочной ткани отсутствуют очаги бронхогенного обсеменения, характерные для инфильтративного туберкулеза.

Часто отмечаются рентгенологические симптомы тромбоэмболии сосудов легких в виде расширения и «обрубленности» корня и обеднения сосудистого рисунка в зоне поражения. На ЭКГ - признаки острого легочного сердца.

При осложненном течении инфарктной пневмонии происходит некротизация пораженного участка, сопровождающаяся клиническими признаками нагноительного процесса.

6. План лечения

инфильтративный туберкулёз лечение

Режим общий, стол №11.

Противотуберкулезная терапия:

Rp.: Tab.Isoniazidi 0,3 №100

DS. По1 таб. 2 раза в день после еды.

Rp.: Sol.Amikacini 1,0

DS. в/м 1,0 мл 1 раз в день.

Rp.: Tab. Pyrozinamidi 0,5 №100

DS. По 3 таб. 1 раз в день после еды.

Rp.: Tab.Pask 12,0 №100

DS. По 3 таб. 1 раз в день после ужина.

Rp.: Tab.Ofloxacini 0,2 №20

DS. По 2 таб. 2 раза в день после еды.

Rp.: Sol.Cefsoni 1,0

DS. в/м 1,0 мл 2 раз в день.

Витаминотерапия:

Витамин В6 с целью улучшения функции печени.

Rp.: Sol. Pyridoxini Hydrochloridi 5% - 1 мл..t.d №20 in amp

S. По1 мл в/м через день.

Витамин В1 с целью улучшения функции нервной системы

Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3% - 1 мл..t.d №20 in amp

S. По1 мл в/м через день.

Общеукрепляющие средства:

Rp.: Sol. Glucosae 5% - 200 ml

Insulini 2 ED. Ascorbinici 5% - 3 ml.t.d. № 10. В/в капельно утром.

Rp.: Sol. Ribocsini 2% - 5 ml.t.d. № 10 in amp

S. В/в капельно утром.

Дальнейшее лечение - стационарное, до 6 месяцев; санаторно-курортное - курорты Аксаково или Шафраново 2-3 месяца, рекомендуется кумысотерапия, диспансерное лечение в течении 4 месяцев. С целью предупреждения обострений после основного курса лечения проведения в осенне-летний период двухмесячных профилактических курсов лечения в течение 2-3 лет.

Дневник

08.09.2014 г. - на момент осмотра жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, сухие, температура тела 36.70С. При аускультации легких выслушивается в легких ослабленное дыхание, патологические дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 110/70 мм. рт. ст. PS 78 уд. в мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул и диурез адекватный.

.09.2014 г. - на момент осмотра жалоб не предъявляет. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, сухие, температура тела 36.70С. При аускультации легких выслушивается в легких ослабленное дыхание, патологические дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 110/70 мм. рт. ст. PS 78 уд. в мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул и диурез адекватный.

Прогноз

Прогноз в отношении здоровья, жизни, трудоспособности благоприятный, так как нет сопутствующих заболеваний и осложнений. Больная относится к первой группе риска, так как живет в частном доме с родителями и дочерью и является бактериовыделителем, представляет опасность для окружающих. Родственники должны 2 раза в год проходить профилактическую флюорографию.

Этапный эпикриз

Больная Гимаева Д.В. 11.07.1983 г.р. поступила 26.06.2014 г. с жалобами на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, общую слабость, повышение температуры до 37.30C. Больной себя считает с июня 2014 г., когда впервые был выставлен диагноз туберкулез. Больная была направлена в противотуберкулезный диспансер на стационарное лечение 26.06.2014 г.

Основные паталогические данные по органам: При аускультации прослушивается ослабленное дыхание.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови 29. 08. 14г.

Эритроциты 4,9х1012 /л

Гемоглобин 120 г/л|

Цветной показатель 1,0

Тромбоциты 162х109 /л

Лейкоциты 4,72х 109 /л

Базофилы 3%

Эозинофилы 5 %

Нейтрофилы: Миелоц. ---

Юные 5%

Палочкоядерные 5%

Сегментоядерные 53 %

Лимфоциты 25 %

Моноциты 4 %

СОЭ 10 мм/час

ОАМ 29.08.2014

цвет светло жёлтый

реакция кислая

удельный вес 1021

прозрачность нет

белок нет

сахар нет

Микроскопия осадка.

. Эпителиальные клетки

Плоские 1-1-2

. Лейкоциты 2-3-3

. Эритроциты 0-1-0

. Слизь +

. Бактерин +

Анализ на RW и ВИЧ от 30.06.14 отр.

Анализ на HBS 30.06.14. отр.

Биохимический анализ крови 01.09.14

Общий белок - 75,6 г/л(№ - 65-81)

Мочевина - 7,8ммоль/л (№ - 1,7 -8,3)

Креатинин - 68ммоль/л (№ - 44 -115)

Глюкоза - 4,9 ммоль/л (№ - 3,3-5,5)

Билирубин общий - 11,3ммоль/л (№ - 4,0 -21,0)

Холестерин - 3,16 ммоль/л(№ - 2,5 -5,2)

АСТ - 15,4 ED/л (№- 5 - 31)

АЛТ - 11,3 ED/л (№ - 5- 31)

Триглицериды - 0,62 ммоль/л (№0,55 - 2,30)

K - 5.0 ммоль/л (№ -3,5 -5,5)

Na - 143ммоль/л ( №133 - 143 )

Биохимический анализ крови в пределах нормы.

Микроскопическое исследование на туберкулез от:

.06.2014 - МБТ (1+);

.07.2014 - МБТ(-);

.08.2014 - МБТ(-).

Анализ мокроты на флору с определением чувствительности к антибиотикам:

от 26.06.2014 г. - обнаружен обильный (+3) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

от 30.06.2014 г. - обнаружен обильный (+3) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

от 01.07.2014 г. - обнаружен скудный (+1) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

от 14.08.2014 г. - посев на Bactec, обнаружен скудный (+1) рост микробактерий туберкулеза, устойчивых к H, E, S, R, чувствительных к K, Cap, Cs, Fg, Pt, Pas.

Рентген органов грудной клетки от 20.06.2014. - Снимок средней жесткости. Справа легкое чистое. Слева в S1-S2, S3,S6 определяется очагово-сливная инфильтрация с лимфангитом к корню, фокус с полостью распада, в нижних отделах S9-S10 очаги обсеменения. Корни структурные. Синусы свободные. Сердце без особенностей.

Компьютерная томография органов грудной клетки от 21.06.14 г. - грудная клетка обычной формы, симметричная, органы средостения не смещены. В S1-S2 верхней доли левого легкого определяется неправильно округлой формы некротический инфильтрат, с неровными нечеткими контурами, с крупной полостью распада без уровня жидкостного содержимого, общими размерами 36х33 мм. Визуализируются дренирующие бронхи, с утолщенными стенками, «бронхо-сосудистая дорожка» к корню легкого. В верхней, нижней долях левого легкого множественные полиморфные мелкие очаги бронхогенной диссеминации, размерами от 2-3 до 4-5 мм. на фоне не выраженных интерстициальных изменений.

На основании полученных данных был выставлен клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез S1-S2 левого легкого в фазе распада, МБТ(+).

Осложнения: МЛУ (R, H, E, S, Pt) от 14.08.2014 г. Bactec.

Назначено соответствующее лечение:

Режим общий, стол №11.

Противотуберкулезная терапия:

Rp.: Tab.Isoniazidi 0,3 №100

DS. По1 таб. 2 раза в день после еды.

Rp.: Sol.Amikacini 1,0

DS. в/м 1,0 мл 1 раз в день.

Rp.: Tab. Pyrozinamidi 0,5 №100

DS. По 3 таб. 1 раз в день после еды.

Rp.: Tab.Pask 12,0 №100

DS. По 3 таб. 1 раз в день после ужина.

Rp.: Tab.Ofloxacini 0,2 №20

DS. По 2 таб. 2 раза в день после еды.

Rp.: Sol.Cefsoni 1,0

DS. в/м 1,0 мл 2 раз в день.

Витаминотерапия:

Витамин В6 с целью улучшения функции печени.

Rp.: Sol. Pyridoxini Hydrochloridi 5% - 1 мл..t.d №20 in amp

S. По1 мл в/м через день.

Витамин В1 с целью улучшения функции нервной системы

Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3% - 1 мл..t.d №20 in amp

S. По1 мл в/м через день.

Общеукрепляющие средства:

Rp.: Sol. Glucosae 5% - 200 ml

Insulini 2 ED. Ascorbinici 5% - 3 ml.t.d. № 10. В/в капельно утром.

Rp.: Sol. Ribocsini 2% - 5 ml.t.d. № 10 in amp

S. В/в капельно утром.

У больной отмечается хорошая переносимость назначенных лекарственных препаратов, положительная динамика заболевания.

Рекомендовано:

Дальнейшее лечение - стационарное, до 6 месяцев; санаторно-курортное - курорты Аксаково или Шафраново 2-3 месяца, рекомендуется кумысотерапия, диспансерное лечение в течении 4 месяцев. С целью предупреждения обострений после основного курса лечения проведения в осенне-летний период двухмесячных профилактических курсов лечения в течение 2-3 лет.

Список используемой литературы

1. Перельман М.И. Фтизиатрия: учебник/М.И. Перельман, И.В. Богодельникова. - М.:ГОЭТАР - Медиа,2010 - 448с.

2. Справочник ВИДАЛЬ АОЗТ М. АстраФармСервис 2013г.

3. Мишин В.Ю. Фтизиопульмонология: учебник для вузов/В.Ю. Мишин - М.:ГОЭТАР - Медиа,2007 - 498с

,