Федеральное агентство по здравоохранению

и социальному развитию Росздрава

ГОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия

Кафедра фтизиопульмонологии

Учебная история болезни

Смоленск 2013

1. Паспортная часть

Ф.И.О.

Возраст:

Дата рождения: 28.10.91.

Адрес больного:

Дата поступления: 12 марта 2013 года

Диагноз клинический: Инфильтративный туберкулез S4 S5 левого легкого, МБТ(-),

I АГДУ

Жалобы на момент поступления: на общую слабость, снижение аппетита, снижение массы тела.

На день курации слабость, влажный кашель, снижение аппетита.

Состав семьи: проживает с родителями (мать и отец) в частном доме.

Материально-бытовые условия: проживает в благоустроенном доме.

2. Анамнез жизни

туберкулезный инфильтрат плеврит пневмония

Ребенок от 1-й беременности. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Особенностей в развитии не выявлено. Единственный ребенок в семье. Болела ветряной оспой, часто ОРВИ, ангиной. Прививки в соответствии с календарем, по графику. Аллергологический анамнез не отягощен. Диетический анамнез: в настоящее время питание полноценное в количественном и качественном отношениях. Питание 3-х разовое. Аппетит снижен. Санитарно-эпидемиологический анамнез: проживает в местности, благоприятной в эпидемиологическом отношении. Правила личной гигиены соблюдает. В контакте с инфекционными больными не находилась. В течение последних двух месяцев прививки против инфекционных заболеваний и парентеральные вмешательства не проводились

Специальный анамнез

Вакцинация БЦЖ в род.доме, размеры рубца в год - 12 мм.

Последняя проба Манту-14 мм

Данные последней ККФ 4.03.13

Контакт с больными туберкулезом отрицает

Анамнез настоящего заболевания

Туберкулезом раньше не болела. При профилактическом осмотре в институте, после проведения ККФ выявлен - облаковидный инфильтрат в левом легком S4 S5. Клинической симптоматики не было. Была направлена на консультацию в обл.туб.дис.; 12.03.13 госпитализирована в 1 т.о. обл. туб. диспансера.

Данные объективного исследования.

. Объективные данные

. Общий осмотр

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,9.

Телосложение правильное. Рост 164 см, вес 52 кг, нормостенический тип конституции.

Слизистые рта и мягкого нёба розового цвета, чистые, влажные. Язык розовый, влажный.

Кожные покровы обычной окраски, эластичные. Отёков нет. Ногти бледно-розового цвета, неломкие. Подкожно жировая клетчатка выражена умеренно (толщина кожной складки около пупка 2 см).

Пальпируются периферические лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, затылочные, подмышечные, локтевые, паховые) - безболезненные, эластичные, с окружающими тканями и между собой не спаянные.

Мышечная система: развитие удовлетворительное, тонус хороший, болезненности при ощупывании нет.

Деформации костей и суставов не наблюдается. Суставы подвижные, безболезненные. Движения сохранены в полном объёме. Осанка ровная.

Щитовидная железа не увеличена, обычной консистенции, безболезненная.

. Органы дыхания

Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины равномерно активно участвуют в акте дыхания. Надключичные и подключичные ямки симметричные, хорошо выраженные. Межрёберные промежутки хорошо контурируются, эластичные, безболезненные.

Дыхание свободное, ровное, ритмичное. Частота дыхательных движений - 18 раз в минуту.

Пальпация грудной клетки безболезненная. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон в симметричных участках.

При сравнительной перкуссии: легочной звук в симметричных точках над обеими легкими.

При топографической перкуссии:

Верхняя граница легких - высота стояния верхушек обоих лёгких спереди на 3 см выше ключиц, сзади - на уровне VII шейного позвонка.

Нижняя граница:

правого лёгкого

l. parasternalis: 5-е межреберье

- l. medioclavicularis: 6-е ребро

l. axillaris anterior: 7-е ребро

l. axillaris media: 8-е ребро

l. axillaris posterior: 9-е ребро

- l. scapularis: 10-е ребро

l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

левого лёгкого

l. axillaris anterior: 7-е ребро

l. axillaris media: 8-е ребро

l. axillaris posterior: 9-е ребро

l. scapularis: 10-е ребро

- l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

Ширина полей Кренига - 7 см справа и слева.

При аускультации везикулярное дыхание над всеми полями легких.

. Сердечно-сосудистая система

Грудная клетка в области сердца не изменена. Усиление пульсации сонных артерий не наблюдается. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1.5 см внутри от l.medioclavicularis, ограничен. Сердечный толчок не пальпируется. «Кошачье мурлыканье» на аорте и верхушке сердца не пальпируется. Патологической пульсации нет. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, обычной формы. Частота - 78 уд/мин.

При перкуссии:

Границы относительной сердечной тупости:

Правая: IV межреберье - 3,5 см вправо от l. mediana ant.межреберье - 3 см вправо от l. mediana ant.межреберье - 2 см вправо от l. mediana ant.

Левая: V межреберье - 8 см влево от l. mediana ant.межреберье - 4.5 см влево от l. mediana ant.межреберье - 2,5 см влево от l. mediana ant.

Поперечник сердца - 12 см, ширина сосудистого пучка - 6 см.

При аускультации: тоны сердца ритмичные, ясные. Шумов нет. АД - 110/70 мм рт.ст.

. Пищеварительная система

Слизистые рта и мягкого нёба розовые, чистые, влажные. Язык розовый, влажный. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания.

При поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный.

При глубокой пальпации: в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка плотноэластической консистенции; безболезненная, подвижная, не урчащая; в правой подвздошной области пальпируется слепая кишка: безболезненная, подвижная, слегка урчащая. Поперечно-ободочная кишка пальпируется на уровне пупка, безболезненная. Большая кривизна желудка пальпируется в виде валика с ровной поверхностью, расположенного на 2 см выше пупка по обе стороны от средней линии тела; нижний край печени не выступает из-под рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9:8:7 см.

Селезёнка не пальпируется. Длинник селезенки перкуторно определяется по 9-му ребру - 6 см. Стул 1 раз в сутки, оформленный.

. Мочеполовая система

Мочеиспускание безболезненное, суточный диурез 1-1,5 л. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

. Нервная система

Сознание ясное, память и речь не нарушены. В контакт вступает легко. Сон спокойный. Носогубные складки симметричны и не сглажены. Координация движений и чувствительность кожи не нарушены. Сухожильно-периостальные рефлексы симметричные с двух сторон. Патологических рефлексов нет.

4. Данные дополнительных методов обследования

Анализ крови от 13.03.13: эритроциты 4,11\*1012/л, Нb 123 г/л, ЦП т 1,0; СОЭ 8 мм/ч, лейкоциты 5,5\*109/л, эозинофилы 10%, нейтрофилы: палочкоядерные 2%, сегментоядерные 54%, лимфоциты 21,4%, моноциты 7%.

Анализ крови: в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 13.03.13: цвет светло-желтый, уд. вес 1010, белок 0,066 г/л.

Анализ мочи без патологии.

ЭКГ от 13.03.13: нормальное положение электрической оси сердца, ритм синусовый, ЧСС 120 в минуту

Анализ крови: лимфоцитоз свидетельствует о воспалительном процессе в организме.

Анализ крови на RW.HBsAg, СПИД, антиген С от 13.03.13: отрицательно.

Исследование мокроты от 13.03.13: цвет-бесцветная, жидкая консистенция, лейкоциты- 3-4 в пол. Зр.

Микроскопическое исследование кислотоустойчивости микобактерий от 21.03.13: кислтоустойчивые бактерии не выявлены.

ФВД от 14.03.13. Заключение: ЖЕЛ и вентиляционная способность легких снижена умеренно. Бронхиальная проходимость не нарушена.

Рентгенография органов грудной клетки от 14.03.13: обзорная рентгенограмма легких в передней прямой проекции, выполнена лучами средней жесткости, удовлетворительного качества на фазе вдоха, установка пациента правильная. Купол диафрагмы не смещен, четкий. Кардио и реберно-диафрагмальные синусы заострены. Тень средостенья расположена срединно, обычной конфигурации, контуры ровные, четкие. Величина и форма легочных полей не изменена. Легочный рисунок деформирован. В S4 S5 левого легкого 2 фокуса, размерами 18Х9 мм и 11х8 мм, с четким неровным контуром, глыбчатой кальцинацией. Синусы свободны, корни расширены, структурны, нормальное стояние диафрагмы, тень обл. сердца без особенностей.

Дневник курации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание дневника | Назначения |
| 15.04 | Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Жалобы слабость, влажный кашель, снижение аппетита АД - 110/70 мм рт.ст, пульс 76 уд/мин,. удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. | Стол №11. |
| 16.04 | Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Жалобы слабость, влажный кашель, снижение аппетита. АД - 120/80 мм рт.ст, пульс 79 уд/мин,. удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 20/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. | Стол №11. |
| 1704 | Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Жалобы слабость, влажный кашель, снижение аппетита. АД - 125/70 мм рт.ст, пульс 84 уд/мин,. удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание в норме. | Стол №11. |

Клинический диагноз:

Основной: Инфильтративный туберкулез S4 S5 левого легкого, МБТ(-), I АГДУ.

Обоснование диагноза:

Поставлен на основании: 1. Жалоб больного при поступлении: на общую слабость, снижение аппетита, снижение массы тела. Данные жалобы характерны для данной формы туберкулеза, имеющей бессимптомное течение.

. R-графии от 14.03.13:

В S4 S5 левого легкого 2 фокуса, размерами 18Х9 мм и 11х8 мм, с четким неровным контуром, глыбчатой кальцинацией. Заключение: Инфильтративный туберкулез S4 S5 левого легкого

. р Манту от 12.04.13 папула 2 см,DST-папула 1,8 см.

. Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика округлого туберкулезного инфильтрата и небольшого осумкованного плеврита.

Небольшой осумкованный плеврит при рентгенологическом исследовании может дать отображение в виде однородной округлой четкой ограниченной тени, симулирующей тень округлого туберкулезного инфильтрата, особенно при локализации плеврита в верхнем отделе легочного поля. При дифференциальной диагностике решающим является мпогоплоскостное рентгенологическое исследование, которое в случае осумкованного плеврита устанавливает локализацию её теневого отображения непосредственно у стенки грудной клетки.

Последующая плевральная пункция подтверждает наличие осумкованного выпота в полости плевры.

Фибриновые тела также могут служить поводом для дифференциальной диагностики их от круглого туберкулезного инфильтрата. Тени этих фибриновых тел определяют обычно в наддиафрагмальной зоне легочного поля. В ряде случаев рентгенологически возможно наблюдать изменение их локализации при изменении положения туловища больного (перекатываются). При неподвижности фибриновых тел отличить их от легочного инфильтрата можно только на основании данных многоплоскостной рентгеноскопии и томографии, доказывающих их непосредственное расположение у стенки грудной клетки.

Дифференциальная диагностика туберкулезных инфильтратов и неспецифических атипичных пневмоний.

Для обоих заболеваний характерна малосимптомность, скудность или отсутствие отклонений от нормы стетоакустических данных. При дифференциальной диагностике следует принять, но внимание следующее:

) основой патологических изменений при атипической пневмонии является поражение перибронхиалыюй и периваскулярной ткани, что находит свое отображение в виде выраженных интерстициальных изменений в легких, выявленных при рентгенологическом исследовании;

) выраженные реактивные изменения со стороны корня легкого говорят против туберкулезной природы обнаруженных инфильтративных изменений;

) наличие лейкопении более характерно для атипической пневмонии, чем для туберкулеза;

) при атипической пневмонии более часто, чем при туберкулезе, отмечают вовлечение в патологический процесс плевры, преимущественно междолевой;

) при динамическом рентгенологическом наблюдении за больным с атипическими вирусными пневмониями отмечают, что в случаях их благоприятного течения наряду с рассасыванием воспалительных изменений часто сохраняются перибронхиальные и периваскулярные уплотнения легочной ткани.

. Лечение

Режим: палатный

Стол: 11

Диета: высокобелковая

Химиотерапия: режим химиотерапии IIIА

тубазид 0.15 \*2 р/д.

левотек 1т утром отменен с 14,.03.13

ризин 1,0 об

рифадин 0.3 утром

релиум 1т. н/н 12-13-14 отменен с 20.03.13.

стрептомицин 0.75 в/м с 14.03- отменен с 15.04.13

этамбутол 0.4х2р/д с 16.04.13

Проводимая терапия не приводит к положительной динамике. Самочувствие больной не улучшилось.

Прогноз для жизни-благоприятный.

Прогноз для здоровья - благоприятный при соблюдении соответствующих рекомендаций и лечения.

Прогноз для труда - благоприятный.

Рекомендации:

Питание- диета, богатая белком.

Витаминотерапия

Санаторно-курортное лечение

Ограничение в теч. 2-х мес. контакты с детьми и лицами с иммунодефицитами.

. Эпикриз

Больная ФИО со 12.03.13 г. находится на стационарном лечении в 1 т.о. обл. туб. диспансера. С диагнозом: Инфильтративный туберкулез S4 S5 левого легкого, МБТ(-), I АГДУ.

Проводимое лечение: Режим: палатный, стол: 11.лек. средства: тубазид 0.15 \*2 р/д., ризин 1,0 об, рифадин 0.3 утром, этамбутол 0.4х2р/д с 16.04.13.

Проведённые исследования:

. Общий анализ крови.

. Общий анализ мочи.

. Анализ крови на ВИЧ и Hbs Ag:отрицательно

. R-графия грудной клетки. Заключение: Инфильтративный туберкулез S4 S5 левого легкого

. Анализ мокроты на МБТ:отрицательно

В настоящее время состояние больного удовлетворительное. Больной продолжает лечение.

Список использованной литературы

1. Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней / Под ред. А.Ф. Фролова, Б.Л. Угрюмова, Е.К. Тринуса. 2-е изд., перераб. и доп.К.: Здоров’я, 1987. с. 226-230.
2. Справочник по фтизиатрии. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1986. с. 230-233.
3. Дифференциальная диагностика по фтизиатрии: Руководство для врачей / Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л. Л.: Медицина, 1991. с. 68-70.
4. Фтизиатрия: Учебник / Перельман Н.И., Корякин В.Ф. М.: Медицина, 2004. с.253-265.