ГБОУ ВПО Ярославская Государственная Медицинская Академия

Минздравразвития РФ

Кафедра Фтизиатрии

#### Заведующий кафедрой: кандидат медицинских наук, доцент, Челнокова Ольга Германовна

#### История болезни: Н. П.

#### Клинический диагноз: Очаговый туберкулез S1-S2 правого легкого в фазе инфильтрации. МБТ - отрицательный.

#### Осложнения основного заболевания: нет

#### Сопутствующий: Хр. гастродуоденит, вне обострения; хр. тонзиллит

#### Преподаватель

#### Челнокова Ольга Германовна

#### Куратор: студент 8 группы

#### курса, лечебного факультета

#### Морарь Иван Николаевич

Ярославль, 2013г.

Паспортная часть и общие сведения о больном

.ФИО: Н.П.

. Возраст: лет, года рождения

. Место жительства:

. Образование: высшее

. Место работы: работала социальным работником, на данный момент безработная

. Дата и путь выявления заболевания с уточнением кем было выявлено заболевание. Пути выявления туберкулеза: при случайном прохождении флюорографии (при устройстве на работу).

. Дата и метод диагностики туберкулеза: рентгенологическое исследование органов грудной клетки в прямой проекции и томография легких (8.11.12 и 15. 01.2012).

. Дата госпитализации: 11.11.12 г., направлена участковым фтизиатром.

. Диагноз направившего учреждения: диссеминированный туберкулез S1-S2 правого легкого в фазе инфильтрации.

#### 10 .Клинический диагноз: очаговый туберкулез S1-S2 правого легкого в фазе инфильтрации. МБТ - отрицательный.

11. Дата курации: 20.02.2013 г.

Заключение: диагноз направившего учреждения рознится с диагнозом при поступлении в стационар, однако фаза и локализация патологического процесса совпадают. Постановка диагноза и назначение лечения, на мой взгляд, осуществлены вовремя; хотя флюорография проводилась невсрок - последняя 2 года назад; при обнаружении туберкулеза как обращение в стационар, так и назначение лечения и было своевременным. В большинстве случаев больные обращаются к врачу с появлением симптомов, характерных для туберкулеза и часто такое наличие клиники свидетельствует о запущенности процесса. В нашем же случае процесс локализован только в двух сегментах и симптомы туберкулеза не выявляются, что, по-моему мнению, не свидетельствует о запущенности заьболевания.

Жалобы

На момент поступления больная не предъявляла никаких жалоб. На момент курации и в дневнике истории болезни в течение лечения больной жалоб не предъявляла.

Заключение: имеется отсутствие активных и пассивных жалоб, что довольно характерно для данной формы туберкулеза. Кроме этого, при лечении пациентки (через 4 недели) никаких симптомов не выявлено. Однако, я считаю, что появление активных или пассивных жалоб в процессе лечение не исключено.

Эпидемиологический анамнез

Последняя ФЛГ была сделана 2 года назад. Характер контакта - семейный (контакт с мужем). Бактериовыделение не отмечено, посев культур отрицательный, наличие лекарственной устойчивости у больной не выявлено. Пациентка на учете у фтизиатра не состояла. Пребывание в неблагоприятных по туберкулезу регионах не отмечается. Пребывание в местах лишения свободы отрицает. Смены места жительства за последние несколько лет не происходило. Была уволена с работы, после чего оставалась безработной.

Заключение: на основании анамнеза исследуемая больная не относится к группе социально-неблагополучного контингента лиц (заболеваемость в этой категории очень высока). Однако пациетка туберкулезом заболела, и это можно объяснить эндогенной реактивацией туберкулеза, которая, по-моему мнению, вызвана сенсибилизацией организма (встречается в 50-70 % случаев). Больная не является бактериовыделителем, так что эпидемиологический очаг (однокомнатная квартира) в дезинфекционной обработке с привлечением СЭС не нуждается.

Эпидемиологический очаг

Больная бактериовыделителем не является (на основании анализов: МБТ “-“; посев ”-”). Наличие лекарственной устойчивости не отмечено. Имеются признаки деструкции легочной ткани. Сформированных каверн нет. Больная относится к группе «условных» бактериовыделителей, создающих опасность заражения детей и подростков. Так как больная считалась безработной, то относить ее к декретированному контингенту лиц нет смысла. Жилищные условия удовлетворительные (однокомнатная квартира с двумя проживающими: больной и ее мужем). Уровень санитарной культуры удовлетворительный. Текущая и заключительная дезинфекция в очаге не проводилась, так как больная заболела впервые и никаких мер профилактики по дезинфекции не проводила до этого.

Заключение: на основании анализа эпидемиологического очага выявить возможные эпидемиологические связи не удалось. Больная живет с мужем в однокомнатной квартире, а бытовые условия характеризует как удовлетворительные. Хотя уже год она не работает, отнести ее к социально-неблагополучному контингенту лиц нельзя. Опасности для окружающих не представляет (бактериовыделения нет, БАК посев ”-“) и каких-либо мероприятий, необходимых для предупреждения дальнейшего распространения инфекции проводить не надо. Группа эпидемиологического очага - 1А (без бактериовыделения).

Anamnesis vitae

. Социальный анамнез. На данный момент является безработной. До этого работала социальным работником.

. Профессиональные вредности: образование высшее, закончила психолого-социальный институт, после чего работала соц. работником. профессиональных вредностей не отмечается.

Родилась 1985 году. Росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Серьезных травм не отмечала. Операций не было. Гемотрансфузий не проводилось. Эпидемический анамнез: болезнь Боткина, венерические заболевания, а также гепатит, ВИЧ, сифилис, сахарный диабет, бронхиальная астма отрицает. Наследственный анамнез не отягощен. Педикулеза и чесотки нет. Пневмонии, плевриты, межреберные невралгии не отмечала. Вредные привычки и привычные интоксикации отрицает. На учете у нарколога не состояла. Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств не отмечает, аллергия на цитрусовые. Один аборт. Перенесенные заболевания - аднексит, хронический тонзиллит, хронический гастродуоденит, ОРВИ. Живет с мужем в однокомнатной квартире. Детей нет.

Заключение: на основании довольно “скудных данных ” можно предположить, что больная не имела заболеваний, которые могли бы быть ‘’масками” туберкулеза (пневмонии, плевриты, межреберные невралгии или другая патология бронхо-легочной системы), иначе бы она обратилась к терапевту по месту жительства с определенной клиникой, и флюорогрфию с рентгенологическим исследованием легких проходила бы не планово, а по направлению терапевта. Кроме этого к группе риска больную отнести нельзя, так как она живет с мужем, имеет жилье (живет в однокомнатной квартире), в местах лишения свободы, по ее словам, не была, вредные привычки и интоксикации отрицает, а у нарколога, по ее словам, не наблюдалась. Так что выявить социальные, медицинские или биологические факторы, которые являлись бы причиной возникновения туберкулеза не удалось. Единственным объяснением возникновения данной патологии, на мой взгляд, является эндогенная реактивация возбудителя туберкулеза.

morbi

Считает себя больным с ноября 2012 года, когда при прохождении профосмотра на работе при профилактической флюорографии грудной клетки был выявлен патологический очаг. Была госпитализирована в стационар на основании результатов рентгенологического исследования. Никаких жалоб не предъявляла, клинических проявлений заболевания не отмечалось. Анализы на наличие в мокроте МБТ - отрицательны. Последняя ФЛГ - 2 года назад (2010 г.). На основании анализа плановой ФЛГ была направлена к участковому фтизиатру, после чего госпитализирована в стационар, где на данный момент проходит лечение.

Заключение: по данным анамнеза заболевания можно сказать о том, что пациентка обратилась за медпомощью несвоевременно. (сразу после выявления туберкулеза), несвоевременно в виду следующих причин: нерегулярное прохождение профосмотро, малосимптомное течение процесса. Кроме этого можно предположить, что развитие данной патологии имело постепенный характер, так как на предпоследнем профосмотре патологии не было выявлено, а с момента прохождения предпоследнего осмотра и последнего, в течении которого выявили туберкулез - прошло 2 года.

Status praesens

Общее состояние

Общее состояние: удовлетворительно. Рост - 159, масса - 64. Температура тела: 36,5. Выражение лица: спокойное. АД -120/70 мм рт. ст. ЧДД -16 в минуту.

Кожные покровы: цвет кожных покровов розовый. Сыпи (розеола, эритема, папула, пустула, пятно), сосудистые звездочки, геморрагии, чешуйки, эрозии, трещины, язвочки, микрогемангиомы, расчесы отсутствуют. Видимые опухоли отсутствуют. Кожа умеренной влажности, эластичная, тургор ткани сохранен.

Видимые слизистые (губ, полости рта, носа, глаз) розового цвета, чистые, влажные, высыпаний нет.

Подкожная клетчатка развита умеренно. Болезненность при пальпации не определяется. Лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные (задние и передние), надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Мышцы развиты равномерно, тонус сохранен, мышечная сила сохранена. Болезненность при пальпации отсутствует, уплотнения не пальпируются.

Кости: форма костей (черепа, позвоночника, конечностей) правильная, искривление позвоночника отсутствует. Болезненности при пальпации не выявлено.

Суставы: конфигурация суставов не изменена, видимой припухлости нет, кожа над суставами не изменена, местная температура не изменена. Болезненность при пальпации и поколачивании суставов отсутствует. Костных выступов, бурситов нет. Движения в суставах активные, в полном объеме. Хруст не определяется.

Дыхательная система

Состояние верхних дыхательных путей: дыхание через нос свободное, придаточные пазухи носа при пальпации поколачивании безболезненны, осиплости голоса нет.

Осмотр грудной клетки: грудная клетка правильной конфигурации, нормостеническая, симметричная (выпячивания, западания отсутствуют). Над- и подключичные ямки сглажены. Ширина межреберных промежутков 1,5 см, направление ребер умеренно косое. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания грудной. Движения грудной клетки при дыхании равномерные. Выпячивания и втягивания межреберных промежутков при дыхании не наблюдается. Число дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание глубокое, ритмичное, одышки нет.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка при пальпации безболезненна, резистентна. Голосовое дрожание проводится умеренно с обеих сторон. Шум трения плевры не определяется.

Перкуссия легких: при проведении сравнительной перкуссии над перкутируемой поверхностью легких определяется ясный легочный перкуторный звук, одинаковый с обеих сторон.

Аускультация и перкуссия легких: при аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание.выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон у нижних краев легких, шум плеска не выслушивается. При бронхофонии выслушивается неразборчивая речь. При перкуссии высота стояния верхушек, нижние границы и подвижность нижних легочных краев в пределах физиологической нормы.

Система органов кровообращения

Исследование сосудов. При осмотре области проекции височных, сонных, подключичных, плечевых артерий видимой пульсации не обнаружено. Симптомы «червячка» и «пляски каротид» отрицательны. При пальпации артерии мягкие, пульсация сохранена. Артериальный пульс на обеих лучевых артериях одинаковый, частота 82 в минуту, равномерный, ритмичный, среднего наполнения, не напряжён. Пульс на височных, сонных, плечевых, бедренных артериях определяется и соответствует частоте сердечных сокращений. При аускультации сонных и бедренных артерий двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье не определяется. При осмотре шейных вен набухание и видимая пульсация отсутствуют. Венный пульс не выражен. «Шум волчка» на яремной вене не определяется. При осмотре и пальпации вен нижних конечностей определяется извитость и варикозное расширение вен, гиперемия кожи над венами, болезненность при пальпации, уплотнения отсутствуют

Артериальное давление на правой плечевой артерии 120/70 мм рт.ст., на левой плечевой артерии - 120/75 мм рт.ст.

Осмотр и пальпация области сердца. Патологические выпячивания в области сердца отсутствуют. Видимая пульсация в области сердца, надчревная пульсация отсутствуют. Верхушечный толчок пальпируется в Vмежреберье по левой срединно-ключичной линии, ослабленный, положительный, разлитой, высокий, шириной 3 см. Дрожание в области сердца отсутствует. Конфигурация сердца нормальная. Ширина сосудистого пучка 5см. Поперечник сердца 17 см.

Аускультация и перкуссия сердца. Тоны сердца во всех точках аускультации приглушены, ритмичные. Дополнительные тоны (III, IV), расщепление, раздвоение тонов, ритм галопа, ритм перепела отсутствуют. Частота сердечных сокращений 78 в минуту. Выявлен акцент II тона над аортой. Шумы отсутствуют. При перкуссии сердца граница относительной тупости, контуры сердца и границы абсолютной тупости в пределах физиологической нормы.

туберкулез кровообращение мочеотделение пищеварение

Система органов пищеварения

Осмотр полости рта: при осмотре полости рта язык бледно-розовый, влажный, сосочковый слой выражен умеренно, налет, язвы и трещины отсутствуют. Десны розовые, плотные, без признаков кровоточивости. Язвы, геморрагии, гнойные выделения отсутствуют. Десны безболезненны. Мягкое и твердое небо бледно-розового цвета, налётов, геморрагии и изъязвлений нет. Миндалины отсутствуют. Зев, задняя стенка глотки обычной окраски, слизистая гладкая. Запаха изо рта нет.

Исследование живота: при осмотре живота стоя живот равномерно увеличен, симметричен. Живот в акте дыхания не участвует. Грыжевых выпячиваний, видимых пульсаций нет. Расширения подкожных вен живота не наблюдается. Перистальтика отсутствует.

Поверхностная пальпация. При поверхностной пальпации живота напряжения брюшной стенки не выявлено. Определяется локальная болезненность около пупка. Болевых точек не обнаружено. Перитонеальный симптом Щеткина-Блюмберга и симптом Менделя отсутствуют. Грыж белой линии живота, расхождение прямых мышц живота, опухолей не обнаружено. Печень и селезенка не увеличены.

Методическая, глубокая, скользящая пальпация. При пальпации в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка - в виде гладкого, мягкого цилиндра, безболезненная, неподвижная, толщиной 2,5 см, урчания нет. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка - в виде гладкого, мягкого тяжа, эластичная, безболезненна, толщиной 2 см, не урчит. Восходящая ободочная кишка пальпируется в правой боковой области живота в виде тяжа, толщиной 3 см, безболезненна, эластична, подвижна, не урчит. Нисходящая ободочная кишка пальпируется в левой боковой области живота в виде эластичного тяжа, толщиной 3 см, безболезненна, умеренно подвижна, не урчит. Поперечная ободочная кишка пальпируется в чревной области в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2 см, подвижна, безболезненна, не урчит. Большая кривизна желудка при пальпации определяется на 4 см выше пупка в виде эластичного валика, безболезненна, подвижна. Привратник пальпируется в виде тонкого цилиндра, эластичной консистенции, диаметром 2 см, безболезнен, малоподвижен. Поджелудочная железа не пальпируется.

Перкуссия живота: выявлен громкий, ясный тимпанический желудочно-кишечный перкуторный звук. Жидкости в брюшной полости нет. Шум плеска не определяется.

Аускультация кишечника: выслушивается перистальтика, шум трения брюшины отсутствует. Стул оформленный, регулярный, плотный, 1 раз в сутки.

Печень и селезенка. При осмотре видимого увеличения и пульсации печени нет.

Размеры печени по Курлову: по правой срединно-ключичной линии - 10 см, по передней срединной линии - 9 см, по реберной дуге - 9 см. При пальпации край печени выступает из-под реберной дуги на 1 см. Край печени гладкий, ровный, закруглённый, безболезненный. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. Симптом Курвуазье, Френикус-симптом и симптом Ортнераотрицательные. Перкуссия селезенки: длинник по левому X ребру 7 см, поперечник - 4 см.

Система органов мочеотделения

При осмотре поясничной области гиперемии кожи, сглаживания контуров, выбухание области почек не выявлено. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется и не перкутируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5 раз в сутки.

Эндокринная система

При осмотре и пальпации увеличения щитовидной железы не выявлено, загрудинно не определяется. Развитие вторичных половых признаков по мужскому типу, соответствует возрасту.

Нервная система и органы чувств

Умственное развитие соответствует возрасту. Мышление логичное. Обоняние, вкус сохранены. Глазные щели и зрачки одинаковы. Косоглазие отсутствует. Реакция на свет положительная. Острота зрения не снижена. Острота слуха снижена. Расстройства речи нет. Координация движений не нарушена. Дермографизм по парасимпатическому типу.

Заключение: при обследовании пациентки никакой патологической симптоматики не было выявлено. Характерные бронхо-пульмональный и интоксикационный синдромы не обнаружены. Динамику на фоне лечения удалось оценить относительно ( только по данным рентгенограмм) - динамика на фоне лечения положительная, согласно результатам проведенной рентгенографии от 15.01.13 (предыдущая рентгенография была сделана 8.11.12) выявлено частичное рассасывание отдельных очагов в S1-S2 правого легкого.

Дополнительные методы обследования

Больной были сделаны следующие лабораторные методы обследования:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Общий анализ крови (9.11): | Биохимический анализ крови (9.11): | Общий анализ мочи(9.11): |
| Гемоглобин (Hb) - 131 г/л; | Мочевина 6,5 ммоль/л Креатинин 0,10 ммоль/л | Цвет - соломенно-жёлтый |
| СОЭ - 5 мм/ч; | Билирубин: - общий 17,2 мкмоль/л - непрямой 3,5 мкмоль/л - прямой 2,3 мкмоль/л | Прозрачность - прозрачная |
| Эритроциты - 5,17\*1012 /л; | АЛТ 233 ммоль/л АСТ 56 ммоль/л ЛДГ 341 ммоль/л | рН - 6.0 |
|  |  | Удельный вес - 1011 |
| Лейкоциты - 8,3\*109 /л; Э. - 2; Н. - 58; П. - 2; С. - 48; М. - 5; Л. - 35 |  |  |
|  |  | Белок - 0,06 г/л |
|  |  | Сахар - отрицателен |
|  |  | Эритроциты - нет в поле зрения |
| Тромбоциты - 200\*109 /л. | ЛПВП 4,25 г/л | Лейкоциты 1-2 в поле зрения |
| Глюкоза 4,3 ммоль/л | Вывод: норма. | Эпителий не обнаружен |
| Вывод: норма.  |  | Вывод: норма. |

проба Манту: диаскин тест (9.11) - 12 мм (положительный)

ЭКГ(9.11): синусовый ритм, 74 удара в минуту, электрическая ось вертикальная, ЭКГ без патологии

ФВД (9.11): вентилирующая способность легких не нарушена, без патологии

рентгенологическое обследование органов грудной полости в прямой проекции (8.11. 12 и 15.01.13) и томография легких (15.01.13): на основании результатов обследования, только на рентгенограммах были выявлены изменения. На обзорных рентгенограммах легких, ТГ правого легкого в 2х проекциях от 8.11.12 определяется в S1-S2 правого легкого полиморфного характера, преимущественно экссудативные очаги. Здесь же избыточный легочный рисунок за счет воспаления и пневмосклероза, буллезная эмфизема. Корни структурны. Cor в размерах не увеличено. Заключение: на рентгенологической картине желательно проводить дифдиагностику между очаговым и ограниченным диссеминированным туберкулезом S1-S2 правого легкого в фазе инфильтрации.

Исследование на МБТ:

а) посев на культуру(15.11): отрицательный

б) люминесцентный анализ (15.11,19.11, 10.12): отрицательный

Вывод рентгенологического исследования:

. Характерные признаки туберкулеза: экссудативные очаги полиморфного характера (очаговый синдром), характерная локализация (в сегментах S1-S2), стабильность во времени (было сделано две рентгенограммы, на которых отражается выраженность патологического очага).

. Обоснование формы туберкулеза и вариант формы туберкулеза: очаговый или ограниченный диссеминированный туберкулез на основании визуализации экссудативных очагов правого легкого полиморфного характера и ограниченности патологического очага в сегментах S1- S2.

Фаза инфильтрации

Заключение: в постановке диагноза информативную ценность имела рентгенограмма. На основании ее оценки был поставлен диагноз, форма и фаза туберкулеза. Остальные методы исследования не выявили патологии. Динамика на фоне лечения положительная, согласно результатам проведенной рентгенографии от 15.01.13 (предыдущая рентгенография была сделана 8.11.12) выявлено частичное рассасывание отдельных очагов в S1-S2 правого легкого.

Дифференциальная диагностика

Очаговый туберкулез легких обычно выявляют при контрольной флюоро- или рентгенографии. При оценке рентгенологической картины учитывают малосимптомное клиническое течение, верхнедолевую (верхушечную) локализацию поражения, наличие свежих и плотных (старых) очагов, фиброза в легочной ткани. Эти признаки являются типичными, но не патогномоничными для очагового туберкулеза. Его необходимо дифференцировать с периферическим раком или доброкачественной опухолью, неспецифической очаговой пневмонией, грибковым поражением легкого.

В данном разделе очаговый туберкулез в дифференциально-диагностическом плане будет сравнен с периферическим раком и очаговой неспецифической пневмонией, так как морфологически и топически есть схожесть патологических очагов на рентгенограммах грудной клетки.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Симптомы и признаки | Больная | Очаговый туберкулез | Очаговая пневмония | Периферический рак |
| Возраст, пол | Женщина, 28 лет | Взрослые, чаще мужчины | Независимо от возраста и пола, чаще после переохлаждения | Чаще мужчины, старше 40 лет - курильщики |
| Периферические лимфатические узлы | Без изменений | Не изменены | Без изменений | Увеличение при метастазировании |
| Начало и течение заболевания | Бессимптомное | Чаще мало симптомное, постепенное | Острое, постепенное, прогрессирующее | Чаще скрытое, постепенное, прогрессирующее |
| Бронхоскопия | Отказалась от обследования | Норма, иногда рубцовые изменения | Разлитая гиперемия Слизистой оболочки, слизисто-гнойный секрет в просвете | Часто норма; иногда при метастазировании в лимфатические узлы выбухание стенки |
| Рентгенологические признаки | На обзорных рентгенограммах легких, ТГ правого легкого в 2х проекциях от 8.11.12 определяется в S1-S2 правого легкого полиморфного характера, преимущественно экссудативные очаги. Здесь же избыточный легочный рисунок за счет воспаления и пневмосклероза, буллезная эмфизема. Корни структурны. Cor в размерах не увеличено. Частичное рассасывание (в динамике) | Группа очаговых теней (иногда полиморфных), чаще в I, II, VI сегментах; возможен локальный пневмофброз | Группа очаговых теней малой интенсивности, чаще в VIII, IX, X сегментах, усиление легочного рисунка; быстрое рассасывание при адекватной терапии | Очаговая тень, чаще в III, IV, V сегментах; увеличение регионарных лимфатических узлов при метастазировании; возможно локальное усиление легочного рисунка |
| Бактериологическое исследование мокроты | Отрицательные результаты | Иногда МБТ+ | Неспецифическая микрофлора, МБТ- | МБТ- |
| Морфологическое исследование бронхиального содержимого | Не проводилось | Норма | Повышено содержание нейтрофилов, плазмоцитов, эозинофилов | Опухолевые клетки |
| Чувствительность к туберкулину | Не проводилась | Гиперергическая или нормергическая | Слабоположительная или отрицательная | Слабоположительная или отрицательная |

Заключение: по данным дифференциальной диагностики:

а) Неспецифическая очаговая пневмония отличается более острым началом и выраженностью клинических проявлений заболевания. Повышенная температура тела, кашель с мокротой, влажные хрипы в легких у больных очаговой пневмонией бывают несравненно чаще, чем у больных очаговым туберкулезом. В нашем случае у больной и вовсе нет клинических проявлений заболевания. Пневмонические очаги локализуются преимущественно в нижних долях легких, а на рентгенограммах, в отличие от туберкулезных очагов, проявляются тенями невысокой интенсивности. В нашем случае локализация очагов - верхние отделы, 1-й и 2-й сегменты правого легкого. Через 2-3 недели лечения антибактериальными препаратами широкого спектра действия очаговые тени, обусловленные пневмоническими очагами, исчезают. А в данном случае они частично рассосались в связи с проводимой химиотерапией.

б) Рентгенологическая картина очагового туберкулеза может быть подобна опухоли легкого - периферическому рак. Рак мелкого бронха и бронхоальвеолярный рак на ранних стадиях проявляются очаговыми тенями в любой части легкого, в том числе в верхушках, в нашем случае очаги исключительно в сегментах S1-S2 правого легкого. При дифференциальной диагностике учитывают эпидемиологические моменты и более частое возникновение рака в пожилом возрасте у курящих мужчин. У нас женщина, 28 лет, без вредных привычек. В нашем случае цитологическое исследование не проводили. Лимфатические узлы у пациентки без патологии, в отличие от опухоли, при которой они увеличены. В динамике при опухолевом процессе не происходит рассасывания очагов деструкции, даже частичное, как в нашем случае в течение 3 месяцев.

Совокупляя все выше изложенное можно сделать вывод о том, что пациентка страдает очаговым туберкулезом.

Патогенез

Свежий очаговый туберкулез самая ранняя, начальная форма вторичного туберкулеза у нашего пациента, который в прошлом был инфицирован МБТ и перенес первичный период инфекции. Свежий очаговый туберкулез может возникнуть в результате повторного экзогенного поступления в организм вирулентных МБТ (экзогенная суперинфекция). Другой путь его развития - реактивация эндогенной туберкулезной инфекции в старых остаточных посттуберкулезных изменениях - обызвествленных первичных очагах и/или кальцинатах. Реактивации эндогенной туберкулезной инфекции принадлежит основная роль в патогенезе очагового туберкулеза легких при относительно благоприятной эпидемической ситуации. Необходимым условием развития вторичного очагового туберкулеза является ослабление противотуберкулезного иммунитета, сформировавшегося во время первичного периода туберкулезной инфекции.

Ослаблению противотуберкулезного иммунитета способствуют переутомление и недоедание, психические и физические травмы, а также острые и хронические заболевания, нарушающие клеточный метаболизм. Вероятность развития вторичного туберкулеза увеличивается при гормональной перестройке организма, а также на фоне лечения иммунодепрессантами. К реактивации старых очагов туберкулезного воспаления предрасполагает и экзогенная суперинфекция. Неблагоприятные факторы внешней и внутренней среды понижают бактерицидную активность альвеолярных макрофагов, что благоприятствует реверсии персистирующих микобактерий в активные, размножающиеся формы. Относительному увеличению бактериальной популяции способствует и повторное экзогенное поступление МБТ. Несмотря на эти важные для развития вторичного туберкулеза обстоятельства, при отсутствии существенных изменений в общей реактивности организма и сохранении нормергической реакции на МБТ и продукты их жизнедеятельности защитная фагоцитарная реакция частично сохраняется. Макрофаги поглощают микобактерии и фиксируют их в ткани легкого. Возникающая специфическая воспалительная реакция имеет локальный характер и ограничивается пределами легочной дольки. Так объясняется основной механизм возникновения очагового туберкулеза. Преимущественная верхнедолевая локализация вторичных туберкулезных очагов обусловлена тем, что в верхней доле легкого имеются лучшие условия для их развития. Ограниченная подвижность, недостаточная вентиляция, слабая васкуляризация и медленный ток лимфы в верхушке легкого способствуют оседанию микобактерий и последующему развитию специфического воспаления. Туберкулезные очаги вторичного генеза чаще обнаруживают в I и II или IV сегментах легкого. Поражение обычно одностороннее, но возможна и двусторонняя локализация процесса. Своевременная диагностика и адекватное лечение способствуют рассасыванию свежих туберкулезных очагов. В ряде случаев они рассасываются полностью. Однако чаще процесс рассасывания сочетается с частичным замещением специфических грануляций соединительной тканью.

Со временем на месте очага формируется рубец. Воспалительная реакция при очаговом туберкулезе может приобретать хроническое течение. В этом случае признаки активного воспаления в очаге сочетаются с явлениями репарации. Постепенно вокруг отдельных очагов формируется фиброзная или гиалиновая капсула - это очаги Ашоффа-Пуля. Замедленная инволюция туберкулезных очагов и хроническое течение заболевания приводят к трансформации свежего очагового туберкулеза в хронический очаговый туберкулез легких. Патогенез хронического очагового туберкулеза связан не только с замедленной инволюцией свежего очагового туберкулеза. Рассасывание воспалительных изменений при диссеминированной, инфильтративной, кавернозной или другой форме туберкулеза легких обычно сочетается с развитием периваскулярного и перибронхиального фиброза. При этом на месте участков деструкции, инфильтративных фокусов и свежих очагов диссеминации постепенно образуются осумкованные, плотные, частично фиброзированные очаги.

Обоснование клинического диагноза

#### 1. Основной: очаговый туберкулез S1-S2 правого легкого в фазе инфильтрации. МБТ - отрицательный.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: хр. гастродуоденит, вне обострения; хр. тонзиллит.

. Обоснование наличия у больного туберкулеза.

На основании систематизации данных, полученных при написании предыдущих разделов можно выделить следующее:

А) Очаговый туберкулез легких обычно развивается через несколько лет после завершения первичного периода туберкулезной инфекции, поэтому выявляют его чаще у взрослых и диагностируют примерно у 6-15 % впервые выявленных больных туберкулезом. Среди контингентов противотуберкулезных диспансеров больные очаговым туберкулезом составляют около 25 %. Такая эпидемиологическая картина очень схожа с курируемым больным

Б) Отсутствие яркой клиники и патогномоничные признаки на рентгенограммах исключают острую очаговую пневмонию и злокачественные новообразования

В) По результатам рентгенографии характерные признаки туберкулеза: экссудативные очаги полиморфного характера (очаговый синдром), характерная локализация (в сегментах S1-S2), стабильность во времени (было сделано две рентгенограммы, на которых отражается выраженность патологического очага). Обоснование формы туберкулеза и вариант формы туберкулеза: очаговый или ограниченный диссеминированный туберкулез на основании визуализации экссудативных очагов правого легкого полиморфного характера и ограниченности патологического очага в сегментах S1- S2. Фаза инфильтрации.

Г) Клинико-морфологической особенностью очагового туберкулеза легких является ограниченность туберкулезного поражения, которое локализуется в отдельных изолированных легочных дольках одного-двух сегментов, что подтверждается на рентгенограмме.

Д) Сопутствующие заболевания, такие как: хронический гастродуоденит и хронический тонзиллит характерны для развития данной патологии.

Лечение

. Основные принципы лечения туберкулеза применительно к данному больному - консервативное лечение с использованием химиопрепаратов.

. В качестве препаратов используем: изониазид (0,6), этамбутол (0,8), авелокс (0,3), рифампицин (0,45), каприомицин (0,75), фтизиоактив (0,6). Консервативная терапия длителная, в течении 6 месяцев, с последующей оценкой динамики состояния больной.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rp.: | Isoniazidi | 0,6 |
|  | D. t. d. N 50 in tabul. |
|  | S.: принимать 1 раз в сутки по 1 таблетке |

## Побочные явления:

При лечении Изониазидом могут наблюдаться побочные явления: головокружение, головная боль, раздражительность, бессонница, эйфория, парестезии, полиневриты, тошнота, рвота, ухудшение аппетита, кожные аллергические явления, боли за грудиной, сердцебиение, желтуха, повышение температуры, у больных эпилепсией - учащение припадков.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rp.: | Aethambutoli | 0,8 |
|  | D. t. d. N 45 in tabul. |
|  | S .: принимать 1 раз в сутки по 1 таблетке |

Побочные явления:

Диспептические явления (тошнота, рвота, абдоминальные боли), головокружение, дезориентация в пространстве, галлюцинации, периферические невриты, неврит зрительного нерва, обострение (приступ) подагры, лейкопения, гиперурикемия, аллергические реакции.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rp.: | Aveloxi | 0,3 |
|  | D. t. d. N 60 in tabul. |
|  | S .: принимать 1 раз в сутки по 1 таблетке |

Побочные явления:

Грибковые суперинфекции. Часто - головная боль. головокружение; нечасто - парестезии/дизестезии, нарушения вкусовой чувствительности (включая в очень редких случаях агевзию), спутанность сознания и дезориентация, нарушения сна, тремор, вертиго, сонливость; редко - гипестезия, нарушения обоняния (включая аносмию), атипичные сновидения. Редко - шум в ушах ухудшение слуха, включая глухоту (обычно обратимое). Часто - удлинение интервала QT у больных с сопутствующей гипокалиемией; нечасто - удлинение интервала QT ощущение сердцебиения, тахикардия, вазодилатация; редко - желудочковые тахиаритмии обмороки гипертензия гипотензия; очень редко - неспецифические аритмии. Тошнота, рвота, боли в животе, диарея; нечасто сниженный аппетит и сниженное потребление пищи, запор, диспепсия, метеоризм, гастроэнтерит (кроме эрозивного гастроэнтерита), повышение активности амилазы; редко - дисфагия стоматит псевдомембранозный колит (в очень редких случаях ассоциированный с угрожающими жизни осложнениями).

|  |
| --- |
| Rp.: Rifampicini 0,45 |
| D. t. d. N 40 in tabul. |
| S.: принимать 1 раз в день ежедневно до еды |

(за 30-60 минут)

Побочное действие:

Возможны: тошнота, рвота, диарея, снижение аппетита, повышение уровня печеночных трансаминаз, билирубина в сыворотке крови; головная боль, нарушение координации движений, нарушение зрения; нарушение менструального цикла; лейкопения; крапивница, эозинофилия, отёк Квинке <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D1%91%D0%BA\_%D0%9A%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%BA%D0%B5>, бронхоспазм <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%B0%D0%B7%D0%BC>, гриппоподобные симптомы, герпес <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D1%80%D0%BF%D0%B5%D1%81>. Редко - острая печеночная недостаточность; гемолитическая анемия, тромбоцитопеническая пурпура (при интерминирующей или нерегулярной терапии или при возобновлении лечения после перерыва). Очень редко - некроз канальцев почки, интерстициальный нефрит, острая почечная недостаточность.

Назначение диеты №11, дробный прием пищи - 5-6 раз в день. Витамины группы B, аскорбиновая кислота, анаболические препараты (неробол или др.), санаторно-курортное лечение.

Пациентка в социальной и трудовой реабилитации нуждается.

Прогноз

. В отношении заболевания - при современных методах лечения и выявления больных, туберкулез является излечимым заболеванием. Но после терапии наступает только клиническое излечение, то есть клинические признаки заболевания исчезают, а на рентгенограммах остаются туберкулезные изменения в легких.

2. В отношении жизни прогноз - благоприятный, потому как у больного отсутствуют осложнения угрожающие жизни.

. В отношении трудоспособности - благоприятный; на весь период болезни больной является нетрудоспособным, а после излечения может возвратиться на свое место работы.

. Эпидемиологический прогноз -эпидемиологическом плане больной является опасным для окружающих, так как выделяет микобактерии туберкулеза. После окончания выделения палочек Коха, больной будет продолжать стоять на учете еще 2 года.

Экспертная оценка своевременности выявления туберкулеза у больного

. На мой взгляд заболевание у больной выявлено несвоевременно. В виду следующих причин: нерегулярное прохождение профосмотров по вине поликлиники (недостаточная активность по вызову больного). Малосимптомное течение процесса.

. Профилактических мероприятий по туберкулезу у данной больной не проводилось. Заболевание выявлено впервые.

. Обследования на туберкулез было проведено полно после обращения за медицинской помощью в общую лечебную сеть.

. Причин задержки диагностики туберкулеза не было.

. Заключение: в виду того, что к группе риска больную отнести нельзя (живет с мужем, имеет жилье - однокомнатная квартира, в местах лишения свободы, по ее словам, не была, вредные привычки и интоксикации отрицает, а у нарколога, по ее словам, не наблюдалась), я считаю, что причиной возникновения туберкулеза является эндогенная реактивация возбудителя туберкулеза, возможно в результате сенсибилизации организма.

Литература

1. М. И. Перельман, В. А. Корякин, И. В. Богадельникова. “Фтизиатрия”; Москва, Медицина, 2004 г., 520 с.

2. Б.С. Кибрик. “История болезни больного туберкулезом. Учебное пособие”. Ярославль. 1988г.

. Кибрик Б.С., Челнокова О.Г. “Рентгенологическая диагностика туберкулеза органов дыхания. Методические материалы”. Ярославль. 2008.

. Кибрик Б.С., Челнокова О.Г. “Очаговый туберкулез Методические материалы”. Ярославль. 2008.