1. Паспортная часть

Ф. И.О.:

Возраст: 46 лет

Пол: женский

Место постоянного жительства:

Место работы: индивидуальный предприниматель

Дата поступления в клинику: 15.10.2012г.

Дата курации 18.10.2012г.

Диагнозы

Диагноз направившего учреждения: Инфильтративный туберкулез S 2 правого легкого. БК(-). Сахарный диабет второго типа.

Диагноз при поступлении: Туберкулома S 2 правого легкого в фазе инфильтрации и распада

Диагноз клинический: Туберкулома S 2 правого легкого в фазе инфильтрации, распада и обсеменения.

жалобы больной

на день поступления: нет

на день курации: слабость, повышенная утомляемость, одышка при физической нагрузке, повышение АД до 180\100 мм.рт.ст.morbi

Контакт с туберкулезным больным не установлен. Ранее туберкулезом не болела. Последняя ФЛГ в апреле 2011 года - патологии не выявлено. Флюогографически изменения в легких в апреле 2012 года при прохождении планового медосмотре. В апреле 2012 года выставлен диагноз: Туберкулома S 2 правого легкого. С 3 мая назначено амбулаторное лечение по первому режиму от: R, H, Z, E получила 90 доз. В конце июля 2012г. сделала КТ в ОРИГО. С диагнозом туберкулома S 2 правого легкого поступила в хирургическое отделение №1 . На 1августа была назначена операция. т.к. интубировать больную не удалось, операция была отменена. С 7 августа переведена на фазу продолжения- H, Z. После контрольной КТ обратилась в диспансер №1. 15.12.2012г. поступила на стационарное лечение в ГБУЗ ОКТД стац. №3.vitae

Уроженка Астраханской области проживает в поселке В.Баскунчак в частном доме с удобствами. Состоит в браке. Живет с семьей. Семья: муж, 2 дочери (24 и 25 лет), обследованы, патологии не выявлено. Образование среднее, работает индивидуальным предпринимателем, имеет промышленный магазин. Гинекологический анамнез: Менструации с 14 лет, регулярные. Цикл прекратился в 2003г. после ампутации матки. Беременностей 3, родов 2.

Перенесенные заболевания: корь, эпидемический паротит в детском возрасте, миома матки в 2003году. Операция - ампутация матки с резекцией правого яичника. Реципиент СЗП в 2003 году. Страдает сахарным диабетом 2 типа, инсулинозависимым с 2011г. Принимает актрепид 8 ЕД \* 3р\д, протофан утром 10 ЕД, вечером 12 ЕД. Также у больной артериальная гипертония с 2003 года, принимает эналаприл 5 мг по 2 таблетки, индапамид 1 таб \*1р\д утром. Хронический панкреатит, принимает панкреатин, карсил.

Онкологические заболевания, ЯБЖ отрицает.

Аллергический анамнез: контактный дерматит на лейкопластырь.

Эпилепсию и ЧМТ, ВИЧ отрицает.

Эпидемиологический анамнез: кож. вен. заболевания, употребление наркотических веществ отрицает. Вредных привычек нет.

В зонах лишения свободы не находилась.praesens

Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Температура тела 36.6°С. АД 130\80 мм.рт.ст. Рост - 164 см. Вес - 99 кг. Тип конституции - гиперстенический: эпигастральный угол - около 1200; туловище и конечности развиты пропорционально. Кожа смуглая. Участков гипер- и депигментации нет. Тургор кожи в норме. Кожных высыпаний нет. Рубцов БЦЖ - 1 (d=0,7 см).Видимые слизистые розовые, влажные, чистые, блестящие, без высыпаний. Развитие подкожной клетчатки выраженное. Величина складок подкожной клетчатки под ключицей равна 3 см, на животе на уровне пупка - 5 см, одинаковые на симметричных сторонах.

. Результаты осмотра

Опорно-двигательная система

Мышцы развиты симметрично, тонус нормальный, сила в симметричных мышцах плеча одинакова. При пальпации мышцы безболезненны. Конечности симметричны, без деформаций. Суставы анатомической конфигурации, кожа над ними не изменена. Температура над суставами не изменена. Движения в суставах в полном объеме. Конечности симметричны, без деформаций.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ

 Дыхание через нос свободное, не затруднено. Форма грудной клетки нормальная. Деформаций нет, искривлений позвоночника нет. Правая и левая половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - смешанный. Частота дыхания в минуту - 16.

При пальпации грудной клетка безболезненна. Эластичность не изменена. Голосовое дрожание не изменено. Перкуторный звук ясный, легочный. Сравнительная перкуссия без изменений.

Топографическая перкуссия легких:

Верхние границы легких:

* сзади:
* правого: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка
* левого: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка
* спереди:
* правого: на 2 см выше верхнего края ключицы
* левого: на 2 см выше верхнего края ключицы

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| 1.окологрудинная линия | верхний край VI ребра | - |
| 2.срединноключичная линия | VI ребро | - |
| 3.передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| 4.средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| 5.задняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| 6.лопаточная линия | X ребро | X ребро |
| 7.околопозвоночная линия | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких.

Подвижность нижнего края правого легкого по задней подмышечной линии - 4 см. Подвижность нижнего края левого легкого по задней подмышечной линии - 4 см. Поля Кренига - справа и слева 5 см\*2,5см.

Над обоими легкими везикулярное дыхание. Ослабление везикулярного дыхания справа в подключичной области. Побочных дыхательных шумов нет. Голосовое дрожание без изменений.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Деформаций грудной клетки в области проекции сердца нет. Верхушечный толчок не определяется, патологических пульсаций в области сердца, яремной ямки. При пальпации верхушечный толчок не определяется.

Границы относительной сердечной тупости:

* правая - 4 м/р на 1 см кнаружи от правого края грудины.
* верхняя - на уровне верхнего края III ребра по левой окологрудинной линии.
* левая - 5 м/р на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Поперечник сердца = 10,5 (2,5+8) см. Ширина сосудистого пучка во 2 м/р - 5 см. Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной сердечной тупости:

* правая - по левому краю грудины.
* верхняя - на IV ребре по левой грудинной линии.
* левая - на 1,5 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Расщепления и раздвоения тонов нет; шумов нет. ЧСС = 72 в мин. Пульс, ритмичный, синхронный, частота - 76 в мин., удовлетворительного наполнения. Поверхностные вены без видимых изменений.

АД - 130/80 мм рт.ст.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Слизистые губ, рта розовые, влажные, чистые, блестящие, без высыпаний, без трещин. Десны розовые, без патологических изменений. Язык розовый, сосочки без изменений, влажный, имеется серый налет на спинке языка. Форма живота округлая, живот участвует в акте дыхания. Участков гиперпигментации нет, пупок без изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень на уровне нижнего края реберной дуги. Размеры печени по Курлову - 10х8х7 см. Селезенка не пальпируется. Стул -склонность к запорам. С частотой 1 раз в 2-3 дня.

СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛЕННЯ

Отеков нет. Кожные покровы в области почек не изменены. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется. Точки проекции мочеточников пальпаторно безболезненны. Симптом поколачивания с обеих сторон в поясничной области отрицательный. Мочится регулярно, дизурических расстройств нет.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Щитовидная железа не пальпируется Патологические симптомы отсутствуют. Нарушения роста не наблюдается. Вторичные половые признаки соответствуют полу и уровню развития. Ожирение 1 ст. по алиментарному типу

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Больная спокойная, адекватная. Снижения памяти нет, сон нормальный. Со слов больной ухудшение зрения с 2010года. Гиперметропия +2 на оба глаза. Реакция зрачков на свет прямая, содружественная. Тремора конечностей. Параличей и парезов нет, нарушение походки не отмечает.

.Предварительный диагноз

На основании жалоб больной, данных объективного осмотра и анамнестический данных выставлен предварительный диагноз:

Инфильтративный туберкулез S 2 правого легкого

План обследования:

Обязательные обследования:

· общий анализ крови;

· биохимический анализ крови: билирубин, трансаминазы, глюкоза крови, белковые фракции, креатинин, мочевина, амилаза.

· общий анализ мочи;

· рентгенография органов грудной клетки;

· кал на яйца глистов;

· ЭКГ.

Специальные обследования:

· кровь на ВИЧ и австралийский антиген;

· микроскопическое исследование мокроты 3-х кратно на БК;

· бактериологическое исследование мокроты 3-х кратно на чувствительность к ПТП

· Биочип диагностика

· бронхоскопия;

· спирометрия;

· УЗИ органов брюшной полости;

· компьютерная томография;

· коагулограмма;

· консультация: кардиолога, ЛОР-врача, эндокринолога, окулиста, гинеколога, фтизиохирурга

Результаты обследования:

Обязательные обследования:

. Общий анализ крови

Hb - 157 г/л;

эритроциты - 4,27х1012/л;

лейкоциты - 4,3х109/л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Б | Э | М | Ю | П | С | Л | М |
| 0 | 2 | - | - | 4 | 59 | 32 | 3 |

СОЭ 17мм/ч

. Биохимический анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
|  | 16.10.12 |
| АЛаТ | 0,28ммоль/л |
| Билирубин общий | 8,0 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 7,3 ед |
| Глюкоза | 9,4 ммоль/л |
| Общий белок | 72,0 г\л |
| Альбумины | 42,0 г\л |
| Глобулины | 30,0 г\л |
| СРБ | Отр. |
| Мочевина | 3,7 ммоль\л |
| Креатинин | 65 мкмоль\л |

. Общий анализ мочи от 16.10.2012г.

Цвет - желтый, реакция - кислая, прозрачность - мутная. Химический состав - белков нет, сахар +. Микроскопия: эритроциты - 1-2-1 в поле зрения; лейкоциты - 2-1-2 в поле зрения.

1. Обзорная рентгенограммма органов грудной клетки в передней прямой проекции:16.10.2012г.

В S2 правого легкого интенсивная круглая фокусная тень местами без четких контуров с полостью распада 3\*1,0 см. Вокруг обогащение легочного рисунка с полиморфными очагами. Левое легкое прозрачное, корни структурированы . купол диафрагмы справа высоко расположен до уровня 5 ребра. Сердце расширено влево.

Заключение: Туберкулома S2 правого легкого в фазе распада о обсеменения.

В динамике: увеличение размеров туберкуломы и появление очагов обсеменения и инфильтрации вокруг нее.

. Кал на яйца глистов: яйца глистов не обнаружены.

. Электрокардиография (от 16.10.2012): Заключение: Ритм синусовый. Нормальное положение ЭОС. незначительное нарушение реполяризации, нарушение внутрижелудочковой проводимости. ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка. ЧСС - 85 в мин.

.Заключения узких специалистов

1. Заключение офтальмолога: Диабетическая ретинопатия. Дегенеративная стадия
2. Заключение кардиолога. Вторичная (эндокринная) гипертония ХСН I, ФК I.

Дифференциальный диагноз:

Туберкулома может дифференцироваться со следующими заболеваниями: артерио-венозная аневризма, острый абсцесс легкого периферический рак легкого, вторичные изменения в легком.

Артерио-венозная аневризма одинаково часто встречается у мужчин и женщин различного возраста. Образуясь большей частью в результате эмбрионального порока развития сосудов легкого, она может в течение длительного времени не сопровождаться выраженными клиническими симптомами и поэтому, как и туберкулома, иногда выявляется лишь при случайном рентгенологическом исследовании. В то время как туберкулома не относится к порокам развития.

Однако в большинстве случаев при артерио-венозной аневризме отмечаются характерные для нее и не встречающиеся при туберкулезе признаки. К ним относятся, например, патологические изменения со стороны других отделов сосудистой системы, типичные для болезни Рандю - Ослера - Вебера, в виде множественных телеангиэктазий на коже и слизистых оболочках, а иногда и во внутренних органах. Наряду с этим отмечаются симптомы гипоксемии и гипоксии, обусловленные недостаточным насыщением крови кислородом, поступающей из легочной артерии, минуя капилляры, непосредственно в большой круг кровообращения. На этой почве развиваются цианоз лица и конечностей, резкая одышка, усиливающаяся при физическом напряжении, частые головокружения и обморочное состояние, эпилептиформные припадки. Чего не бывает при туберкуломе. Ногти принимают вид часовых стекол, а утолщенные концевые фаланги пальцев рук и ног - барабанных палочек. Периодически при этом возникает кровохарканье или легочное кровотечение.

В зоне артерио-венозной аневризмы, особенно если она достигает значительной величины, определяются притупление перкуторного тона, «кошачье мурлыканье», шум волчка, грубый систолический и диастолический шумы. В крови повышено содержание эритроцитов и гемоглобина, понижена концентрация кислорода и увеличен уровень углекислоты. А при туберкуломе отмечается притупление перкуторного звука только над областью поражения. Гемограмма при туберкуломе отличается лимфопенией, повышенным СОЭ, умеренным лейкоцитозом, увеличением нейтрофилов (п\я).

Ряд особенностей характерен и для рентгенологической картины артерио-венозной аневризмы легкого. Прежде всего, в отличие от туберкуломы, она нередко бывает множественной. У больных наблюдаются множественные образования. Очень часто артерио-венозная аневризма локализуется в нижних долях легких. А туберкулезный процесс чаще в S1, S2, S6

. Острый абсцесс лёгкого

Общими симптомами c туберкуломой являются: повышение температуры, кашель с мокротой, иногда кровохаркание, нарушение общего состояния, наличие хрипов, изменения в гемограмме, выявлениеполости распада при рентгенологическом исследовании.

В то же время характерны различия в анамнезе заболевания, более острое его начало при абсцессе с выраженными клиническими проявлениями: более высокой, чем при туберкулёзе температурой, ознобами и потами. Лейкоцитоз в начале болезни часто высокий (до 15-20х109/л), резко увеличена СОЭ (до 20-30 мм\ч), выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В момент прорыва абсцесса выделяется значительное количество гнойной мокроты нередко с гнилостным запахом, что помогает правильному диагнозу, т.к. при туберкулёзе мокрота без запаха. Разнокалиберные влажные, нередко звучные хрипы, чаще в средних и нижних отделах лёгкого характерны для абсцесса.

При рентгенологическом исследовании в типичных случаях выявляется полость распада с наличием горизонтального уровня жидкости, что редко встречается при туберкулёзе, с широкой полосой затенения вокруг полости, размытым наружным и неровным внутренним контуром, локализацией в средних отделах лёгкого. Обычно отсутствуют старые очаговые изменения, очаги бронхогенного обсеменения. В мокроте обнаруживают эластические волокна, в то же время БК отсутствуют.

Туберкулиновые пробы часто отрицательны.

Однако, главную роль у таких больных, а нередко и вообще при дифференциальной диагностике абсцесса лёгкого играет проведение комплексного противовоспалительного лечения, которое приводит к заживлению полости или её уменьшению и рассасыванию пневмонических изменений. При наличии полостного образования и противовоспалительном лечении контрольное рентгенобследование целесообразно проводить не ранее, чем через три недели.

. Окончательный диагноз

На основании жалоб больной на момент курации (т.к. при поступлении больная жалоб не предъявляла): на повышение АД до 180\100 мм.рт.ст., слабость, повышенную утомляемость, одышку при физической нагрузке,; истории заболевания: флюорографически выявлены изменения в легких в апреле 2012 года при медосмотре. Тогда же выставлен диагноз: Туберкулома S 2 правого легкого; анамнеза жизни: Сахарный диабет 2 типа, инсулинозависимый с 2011г., артериальная гипертония с 2003 года ;объективных данных: Аускультативно: ослабление везикулярного дыхания в области надключичной ямки справа, Рубцов БЦЖ - 1 (d=0,7 см),;

данных лабораторных и инструментальных методов исследования: высокий показатель тимоловой пробы (7,3 ед), также высокий уровень глюкозы (9,4 ммоль\л), повышенное СОЭ (17 мм\ч), рентгенограммма органов грудной клетки: обнаружена в S2 правого легкого интенсивная круглая фокусная тень местами без четких контуров с полостью распада 3\*1,0 см; и проведенного дифференциального диагноза со следующими заболеваниями: артериовенозная аневризма, острый абсцесс легкого, выставлен

Клинический диагноз

Основной :Туберкулома S 2 правого легкого в фазе инфильтрации, распада и обсеменения.

Осложнения

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, инсулинозависимый, компенсированный. Вторичная артериальная гипертензия ХСН I, ФК I. Хронический панкреатит. Диабетическая ретинопатия, дегенеративная стадия.

План лечения

1. Режим палатный
2. Диета : стол№1
3. Режим лечения 1 режим.

Rp.: Tab. Isoniazidi 0,3 N. 270

D.S. По 1 таб. 3 раза в день

#.: Rifampicini 0,15.t.d. N. 540 in capsulis. По 6 капс. в 1 прием за час до еды

#

Rp.: Tab. Enalaprili 0,005 N. 50

D.S. По 1 таб. 2 раза в день

#.: Sol. Thyamini chloridi 2,5% - 1,0. t. d. N. 10 in ampull.. В/М

#.: Sol. Pyridoxini 5% - 1,0. t. d. N. 10 in ampull.. в/м

#

Витамины В1 и В6 чередовать.

Rp.: Tab. Pancreatini 0,125. t. d. N. 20

S. по 1 т. после еды

#

Rp.: "Heptral". t. d. N. 20

S. по 1 т. 2 р. в день

#

Rp.: "Actrapidi". t. d. N. 20

S. по 8 ED 3 раза в день.

#.: "Korsil". t. d. N. 20 . по 1 т. 2 р. в день

#

6.Эпикриз

инфильтративный туберкулез диагноз

Больная ФИО 1966 г. р. поступила в ГБУЗ ОКТД с диагнозом Инфильтративный туберкулез S 2 правого легкого. БК(-). Было проведено дообследование. Предъявляла жалобы на слабость, повышенную утомляемость, одышку при физической нагрузке, повышение АД до 180\100 мм.рт.ст.

На гемограмме отмечалось повышение СОЭ. На обзорной рентгенограмме органов грудной полости от 16.10.2012г. Заключение: Туберкулома S2 правого легкого в фазе распада и обсеменения. В динамике: увеличение размеров туберкуломы и появление очагов обсеменения и инфильтрации вокруг нее.

Проводилось консервативное лечение по поводу данного заболевания: Этиотропная терапия - Изониазид 0,3 х 3 раза в день; Рифампицин 0,15 по 6 капсул однократно. Патогенетическая терапия: витаминотерапия. Симптоматическая терапия.

 После проведенного лечения у больного не наблюдается положительная динамика.

 Рекомендовано продолжение лечения в стационаре. Подготовка к хирургическому лечению. После выписки - диспансерное наблюдение у фтизиатра в поликлинике по месту жительства.

ПРОГНОЗЫ:

. Для жизни- благоприятный

. Для выздоровления- сомнительный

. Для труда- благоприятный

. Для восстановления функции- сомнительный