**Домашний адрес: БОМЖ**

**Место работы: не работает**

**Профессия: автоводитель**

**Семейное положение: семьи нет**

**Жалобы на день курации:**

На день курации предъявляет жалобы на выраженную одышку при физической нагрузке. Одышка возникает при ходьбе на 500 и более метров , при быстрой ходьбе одышка заставляет больного останавливаться. Так же одышка возникает при подъёме на второй этаж. На одышку в покое больной жалоб не предъявляет.

Так же больной предъявляет жалобы на кашель с выделением небольшого количества ( примерно 50мл в сутки ) мокроты серовато - беловатого цвета, умеренной вязкости , без запаха, однородной консистенции. Кашель не имеет тенденции усиливаться в какое либо время суток, по ночам не возникает, чаще всего его возникновение связано с глубоким дыханием, иногда он возникает без видимых причин.

Так же больной предъявляет жалобы на возникающую время от времени боль в левой половине грудной клетки в области 2-3 межреберья по срединно-ключичной и передне-подмышечной линиям, умеренной интенсивности, колющего и ноющего характера, усиливающуюся при вдохе, возникающую при кашле, либо без видимых причин. Боль проходит постепенно, без мероприятий по её купированию. На высоте боли больной вынужден дышать поверхностно, что бы уменьшить интенсивность боли, так как при глубоком дыхании она усиливается.

Так же больной предъявляет жалобы на слабость, вялость в вечернее время суток, значительное снижение работоспособности ( из за выраженной одышки при физической нагрузке и слабости ).

Кроме этого жалуется на часто возникающие в последнее время боли в области эпигастрия ноющего характера, связанные с приёмом пищи, купирующиеся спазмолитическими препаратами.

**Anamnesis morbi:**

Больным себя считает с июня 1996 года , когда на медицинской комиссии по поводу приёма на работу у больного по результатам флюорографии были выявлены характерные для туберкулёза изменения в лёгких. Больному было предложено лечение, однако, поскольку больного в тот момент ничего не беспокоило, от полноценного лечения он отказался. Осенью 1996 года больной почувствовал постепенное ухудшение состояния, появилась прогрессирующая слабость , эпизодически стала повышаться до 37-37,5 температура тела, стала снижаться работоспособность, по вечерам стал ощущать тяжесть в голове. Далее присоединился кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, который начал постепенно прогрессировать, и появилась прогрессирующая одышка. Болей в грудной клетке больной тогда не отмечал. В связи с резким ухудшением состояния обратился в Сургутский противотуберкулёзный диспансер в январе 1997 года, был госпитализирован. С января по апрель 1997 года стационарно проводилось комплексное противотуберкулёзное лечение. На фоне лечения больной отметил быструю положительную динамику, жалобы исчезли в течении двух месяцев, к концу третьего месяца лечения больной почувствовал себя полностью здоровым, в связи с чем самовольно прервал лечение. На протяжении 1997 года чувствовал себя хорошо, со стороны дыхательной системы никаких жалоб не возникало. В этот период появились жалобы на боли в поясничной области с иррадиацией в правую ногу, по поводу чего больной обратился за медицинской помощью и был госпитализирован в ОКБ с диагнозом поясничного остеохондроза, где проходил курс лечения в декабре 1997 года. После проведённого в ОКБ рентгеновского обследования был направлен в Областной противотуберкулёзный диспансер, где проходил лечение с 1 по 15 января 1998 года, с диагнозом диссеминированного туберкулёза лёгких в фазе инфильтрации (БК «-») однако прервал его, поскольку не чувствовал никаких болезненных проявлений. С апреля 1998 года стал чувствовать постепенное медленное ухудшение состояния. Постепенно появилась и стала усиливаться одышка, появился кашель с отделением умеренного количества мокроты слизистого характера. Стали прогрессировать слабость, вялость, стали возникать эпизодические подъёмы температуры резко стала снижаться работоспособность. В этот период больной дважды отмечал кровохарканье - выделялось небольшое количество алой крови вместе с мокротой. В связи со значительной одышкой и снижением работоспособности, плохим самочувствием больной обратился за помощью в Нижневартовский ТД в ноябре 1998 года, где в течение 1 месяца проходил амбулаторное лечение по поводу туберкулёза, затем обратился за помощью в ОПТД, был направлен в Н-Тарманы в специализированное противотуберкулёзное отделение, однако лечения там не проходил, до марта 1999 года проживал в г. Тюмень у знакомого. 18.03.99г. обратился за помощью в ОПТД с жалобами на выраженную одышку, кашель, боли в грудной клетке и плохое самочувствие, куда и был госпитализирован с диагнозом диссеминированного туберкулёза в фазе распада без бацилловыделения. До настоящего момента проходит стационарное лечение в ОПТД. В ходе лечения больной отмечает очень незначительную положительную динамику - уменьшились слабость, вялость, прочие проявления интоксикации, однако, кашель, боли в грудной клетке и одышка при физической нагрузке сохраняются.

**Anamnesis vitae:**

Родился в 1951 году в г.Иркутск. Материально-бытовые условия детства считает удовлетворительными. Болезнями детского возраста не страдал. В армии служил в танковых войсках в 1969-71 годах. После службы в армии длительное время работал автоводителем на Горьковском автозаводе. Из профессиональных вредностей в тот период отмечает постоянное нахождение на ветре, морозе, необходимость часто лежать на сырой земле, перегрузку на поясничный отдел позвоночника, повышенную запылённость и шум на рабочем месте. С 1996 года до настоящего времени постоянного места работы не имеет, живёт случайными заработками. Постоянного места жительства в настоящее время так же не имеет, материально - бытовые условия оценивает как крайне неудовлетворительные.

Эпидемиологический анамнез: с 1978 по 1984 год пребывал в исправительно-трудовом учреждении, где прослеживается чёткий контакт больного с туберкулёзной инфекцией - в ИТУ было много больных туберкулёзом из которых был создан специальный туберкулёзный отряд, однако, сам он туберкулёзом тогда не болел.

Из вредных привычек - курение в умеренных количествах и приём спиртных напитков, так же в умеренных количествах.

Из перенесённых заболеваний: сифилис, по поводу которого лечился в 1998 году в ОКВД стационарно, а затем амбулаторно в течение 1 месяца.

Перенесённые травмы: перелом двух ребер слева в 1995 году.

Наследственность не отягощена, аллергологический анамнез не отягощён.

**Status praesens:**

Сознание ясное, положение активное, в контакт вступает легко, активно предъявляет жалобы, к своему состоянию относится критически. При осмотре: слабого телосложения, нормостенической конституции, пониженного питания. Вес - 55 килограммов, рост - 171 см ( дефицит массы тела порядка 15 килограммов ). При осмотре кожных покровов - без видимой патологии, смуглого цвета, высыпания отсутствуют. На наружной поверхности верхней трети левого плеча находится один характерный рубец БЦЖ размером 6 мм. Видимые слизистые при осмотре - без патологии. Подкожно-жировая клетчатка слабо выражена, пропорциональна. Пальпируются задние шейные лимфатические узлы слева и подмышечные лимфоузлы с обеих сторон - размеров 4-6 мм, безболезненные, подвижные, эластической консистенции. Мышечная масса снижена, мышечная сила сохранена, при исследовании мышечной системы - без патологии. При исследовании костной системы и суставов - гиперкифоз в шейном и верхнегрудном отделах позвоночника.

При исследовании дыхательной системы:

При осмотре грудной клетки: выражены надключичные ямки, левое плечо опущено немного ниже правого, грудная клетка в нижних отделах умеренно расширена, межреберные промежутки умеренно выражены, правая и левая половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Окружность грудной клетки - 98 см на выдохе, 104 см на вдохе.

При пальпации - грудная клетка сниженной эластичности, резистентна в передне - заднем и боковых направлениях, межреберные промежутки резистентны, локальная болезненность не определяется. Голосовое дрожание проводится на грудную стенку умеренно и симметрично над симметричными участками грудной клетки, в нижних отделах хуже, чем в верхних.

При перкуссии: Над верхушками лёгких спереди ясный легочный звук, над нижними отделами лёгких - коробочный перкуторный звук, наиболее выраженный в нижне - боковых отделах грудной клетки. При перкуссии по надлопаточным и верхним межлопаточным точкам - укорочение перкуторного звука, симметричное с обеих сторон. Верхняя граница лёгких спереди - по 3,5 см с обеих сторон, сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Нижняя граница лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| топографическая линия | правое легкое | левое легкое |
| L. parasternalis | 4м/р | - |
| L. mediaclavicularis | 5м/р | - |
| L. axilaris anterior | 6м/р | 6 м/р |
| L. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| L. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| L. scapularis | 9 м/ р | 9 м/р |
| L. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

Подвижность нижнего края лёгких: 4 см с обеих сторон.

При аускультации: Относительная продолжительность фаз вдоха и выдоха не изменена. Над верхними отделами лёгких спереди ( надключичная точка, первое и второе межреберья ) дыхание бронхо - везикулярное, над верхними отделами лёгких в надлопаточной и верхней межлопаточной точках дыхание бронхиальное. Над прочими отделами лёгких дыхание ослабленное везикулярное. Побочные дыхательные шумы не прослушиваются, частота дыхательных движений - 22 в минуту. При глубоком дыхании возникает кратковременный приступ кашля с отделением небольшого количества мокроты.

При исследовании сердечно сосудистой системы:

Деформации сердечной области нет, верхушечный толчок определяется в пятом межреберье слева на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, при пальпации верхушечный толчок слабый, уменьшен по площади. Границы относительной сердечной тупости справа - по правому краю грудины, слева - в 5 межреберье на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии, сверху - по верхнему краю третьего ребра. Поперечник сердца - 11,5 см. При аускультации - сердечные тоны ясные, ритмичные, 78 в минуту. Систолических и диастолических шумов нет. Прослушивается небольшой акцент второго тона над аортой. При исследовании сосудов - сосудистая стенка эластична, без патологических изменений. Пульс 78 в минуту, хорошего наполнения, ритмичный, правильной формы. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст.

При исследовании системы пищеварения: Брюшная стенка без патологии, грыжевых выпячиваний нет, живот мягкий, нормальной конфигурации. При пальпации выявляется локальная болезненность в эпигастральной области по срединной линии соответственно проекции привратника. Симптом Мюсси-Георгиевского отрицательный. При исследовании прочих отделов пищеварительной системы - без признаков патологии.

При исследовании мочевыделительной системы: симптом поколачивания отрицательный, при пальпации почек болезненность отсутствует, мочеточниковые точки безболезненны.

При исследовании неврологического и психического статуса - без патологии.

**Данные лабораторных исследований:**

Общий анализ крови от 19.03.99г.:

Эритроцитов: 4,12\*1012/литр

Гемоглобин: 130 г/литр

Цветной показатель: 0,95

Общее количество лейкоцитов: 7,3\*109/литр

Эозинофилов-1

Палочкоядерных-7

Сегментоядерных-62

Лимфоцитов-23

Моноцитов-7

Общий анализ крови от 12.05.99г.:

Эритроцитов: 4.09\*1012/литр

Гемоглобин: 134 г/литр

Цветной показатель: 0,98

Общее количество лейкоцитов: 4,4\*109/литр

Эозинофилов-1

Палочкоядерных-6

Сегментоядерных-67

Лимфоцитов-23

Моноцитов-3

СОЭ - 50мм/час

Биохимический анализ крови от 19.03.99г.:

Глюкоза: 5,4 ммоль/литр

Общий белок - 85,5г/литр

Альбумины-40г/литр

Альфа-1 глобулины - 12г/литр

Альфа-2 глобулины-16 г/литр

Бетта- глобулины-8 г/литр

Гамма-глобулины-24 г/литр

АСТ - 0,38

АЛТ - 0,51

Общий билирубин - 11,6 мкмоль/литр

Биохимический анализ крови от 12.05.99г.:

Билирубин - 12,5 мкмоль/литр

АСТ - 0.32 мкмоль/час\*литр

Алт - 0,45 мкмоль/час\*литр

Общий анализ мочи от 12.05.99г.:

Цвет соломенно-жёлтый, прозрачна, реакция щелочная, удельный вес - 1014, белок и сахар отсутствуют, лейкоцитов и цилиндров нет.

Анализ мочи на содержание противотуберкулёзных препаратов:

тубазид - 0,6 г/литр

коэффициент инактивации - 0,98

тип инактивации - медленный инактиватор.

Флюоресцентная микроскопия мокроты на БК:

12.05.99г.: отрицательно

19.04.99.: отрицательно

23.03.99г.: отрицательно

УЗИ органов брюшной полости от 25.05.99г.: без патологии.

По данным спирометрического исследования - снижение жизненной ёмкости лёгких до 82% от должной величины.

**Рентгенологическое исследование:**

Обзорная рентгенограмма органов грудной полости в передней прямой проекции от 23.05.99г.:

На всём протяжении лёгочных полей с преимущественной локализацией в верхних долях лёгких наблюдаются диссеминированные очаговые тени с ясными контурами, различных размеров и формы, имеющие тенденцию к слиянию. Структура теней негомогенна за счёт множественных очагов просветления. Корни лёгких структурны. Легочной рисунок усилен в верхних отделах лёгких, ослаблен в реберно - диафрагмальных синусах. В верхне - наружных отделах левого лёгкого наблюдается участок уплотнения плевры с нечёткими контурами. Правое и левое легочные поля - симметричны, тень средостения - без изменений.

Заключение: диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе распада, компенсаторная эмфизема нижних отделов лёгких.

**Диагноз:**

Диссеминированный туберкулёз лёгких в фазе распада, БК ( - ), дыхательная недостаточность первой степени; хронический гастрит, поясничный остеохондроз.

**Обоснование диагноза и дифференциальный диагноз:**

Диагноз дессиминированного туберкулёза лёгких ставится на основе:

Наличия характерных для туберкулёзной интоксикации жалоб - длительно существующей слабости , вялости, эпизодического повышения температуры тела, снижения работоспособности и ухудшения состояния больного вв второй половине дня.

Наличия в анамнезе длительного контакта с туберкулёзной инфекцией - в течении 6 лет в местах лишения свободы.

Наличия характерного анамнеза заболевания - длительного течения, постепенного начала, улучшения после проводимого специфического лечения.

Наличия в анамнезе жизни факторов, способствующих возникновению туберкулёза - тяжёлых условий труда, неустроенности быта, тюремного заключения.

Наличия при физикальном исследовании изменений , характерных для диссеминированного туберкулёза: снижения эластичности грудной клетки, притупления перкуторного звука над верхними отделами лёгких сзади, коробочный перкуторный звук над нижними отделами лёгких вследствие викарной эмфиземы.

Наличия по данным лабораторных исследований характерных для туберкулёза изменений - умеренного лейкоцитоза при поступлении, относительного нейтрофилёза с простым сдвигом влево, относительной лимфопении, ускорения СОЭ до 50 мм/час.

Наличия всего одного рубца БЦЖ, что говорит о недостаточности поствакцинального имунитета.

Наличия при рентгенологическом исследовании характерных диссеминированных очагов негомогенной структуры за счёт участков повышения прозрачности с преимущественной локализацией в верхних долях, что говорит о туберкулёзном процессе в стадии распада.

Данные результаты позволяют дифференцировать диссеминированный туберкулёз лёгких от прочих заболеваний дыхательной системы: хронического бронхита, рака лёгких, а так же дифференцировать данную фориу от других форм : миллиарного туберкулёза, очагового туберкулёза, инфильтративного туберкулёза, в чём существенно помогают данные рентгенологического исследования органов грудной полости.

**Лечение:**

**1.Этиотропное:**

Изониазид по 10 мг на 1 килограмм веса - 0,6 гр в сутки.

Rp.: Tab. Isoniazidi 0,6

 D.t.d. N. 50

1. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день

 после еды.

Rp.: Streptomycini sulfatis 1,0

 D.t.d. N.30

 S.Содержимое флакона развести в 4 мл

 стерильного изотонического раствора, вводить

 внутримышечно 1 раз в сутки.

Этамбутол по 25 мг на килограмм веса - 1,2 гр/сутки

Rp.: Tab. Ethambutoli 0,4 N100

 D.S.Принимать по 3 таблетки после завтрака.

Rp.: Tab. Pirazinamidi 0,75

 D.t.d. N.50

 S.Принимать по 1 таблетке после завтрака и ужина.

**Патогенетическое и симптоматическое:**

витамины:

Rp.: Pyridoxini hydrochloridi 0,01

 D.t.d. N. 20 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке в сутки после еды.

Rp.: Thiamini chloridi 0,01

 D.t.d. N. 30 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 1 раз в день.

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

 D.t.d. N.10 in amp.

 S.Вводить внутримышечно по 1 разу в сутки.

Десенсибилизирующие:

Rp.: Tab. «Suprastin» 0,025 N. 20

 D.S.Принимать по 1 таблетке 2 раза в день после еды.

**Дневник:**

**20.05.99г.:**

Больной предъявляет жалобы на слабость, особенно выраженную накануне вечером, одышку при физической нагрузке, частый кашель с выделением небольшого количества мокроты, эпизодические колющие боли в левой половине грудной клетки, возникающие несколько раз в сутки.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. При исследовании органов дыхания - снижена эластичность грудной клетки, при перкуссии - притупление перкуторного звука над верхними отделами лёгких сзади, коробочный звук над нижними отделами лёгких. При аускультации - дыхание над верхушками лёгких бронхо-везикулярное, над нижними отделами - ослабленное везикулярное. ЧДД - 22 в минуту, Ад - 120/80 мм.рт.ст., пульс - 84 в минуту.

**21.05.99г.:**

Больной предъявляет жалобы на слабость, особенно выраженную накануне вечером, одышку при физической нагрузке, частый кашель с выделением небольшого количества мокроты, эпизодические колющие боли в левой половине грудной клетки, возникающие несколько раз в сутки, на боли в эпигастральной области умеренной интенсивности, тянущего характера.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. При исследовании органов дыхания - снижена эластичность грудной клетки, при перкуссии - притупление перкуторного звука над верхними отделами лёгких сзади, коробочный звук над нижними отделами лёгких. При аускультации - дыхание над верхушками лёгких бронхо-везикулярное, над нижними отделами - ослабленное везикулярное. При исследовании органов пищеварения - локальная болезненность при поверхностной пальпации в эпигастрии по проекции привратника, без иррадиации. ЧДД - 24 в минуту, АД - 120/80 мм.рт.ст., пульс - 82 в минуту.

**Этапный эпикриз:**

Больной Абрамов Виктор Васильевич, поступил в стационар ОПТД 13.03.99г. с диагнозом диссеминированного туберкулёза лёгких в фазе распада, с наличием бацилловыделения. При поступлении предъявлял жалобы на слабость , вялость, резкое снижение работоспособности, выраженную одышку, кашель с отделением умеренного колическтва мокроты слизистого характера, боли в левой половине грудной клетки и под правой лопаткой. При физикальном исследованнии в день поступления были выявлены: одышка, повышение резистентности грудной клетки, над верхними отделами легких сзади - притупление перкуторного звука, над нижними отделами лёгких - коробочный перкуторный звук. При аускультации было выявлено бронхо - везикулярное дыхание над верхними долями обеих лёгких и ослабленное везикулярное дыхание над нижне-боковыми отделами лёгких. При исследовании остальных органов и систем патологических изменений не выявлялось. При поступлении больному были проведены: общий анализ крови, общий анализ мочи, флюоресцентная микроскопия мокроты на БК, рентгенологическое исследование органов грудной полости, RW, биохимический анализ крови. По этим данным было выявлено наличие в организме воспалительного процесса в экссудативно-пролиферативной фазе, отсутствие бацилловыделениия и характерные для туберкулёза рентгенологические изменения в лёгких, что подтвердило диагноз диссеминированного туберкулёза. По поводу данного заболевания проводилось лечение: специфическая противотуберкулёзеая терапия: изониазид, этамбутол, стрептомицин, симптоматическая и патогенетическая терапия - супрастин, витамины С и В6, супрастин. В настоящее время сохраняются все жалобы, которые предъявлял больной при поступлении в стационар. Слабость, вялость и прочие проявления интоксикации уменьшились, но сохраняются. Кашель , одышка, боли - практически без динамики. Масса тела больного на день поступления составляла 55 килограммов, в настоящее время она так же составляет 55 килограммов, имеет место дефицит массы порядка 15 килограммов. По данным физикального исследования в настоящее время динамики по сравнению с поступлением больного в стационар так же не отмечается. По данным лабораторного исследования: бактериовыделения не отмечается, в организме присутствует воспалительный процесс в экссудативно-пролиферативной стадии, рентгенологически сохраняются проявления дессиминированного туберкулёза лёгких в стадии распада, возникновение новых очагов не отмечается.

С учётом данных результатов необходимо продолжить этиотропное лечение несколькими противотуберкулёзными препаратами, назначить имуномодулирующие средства, при отсутствии динамики в дальнейшем и прогрессировании дыхательной недостаточности и пневмосклероза - назначить стероидные гормоны. Хирургическое лечение для данного больного не представляется возможным из за распространённости процесса. Прогноз для жизни - сомнительный, прогноз для выздоровления и трудоспособности - неблагоприятный.