ГБОУ ВПО ТГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра госпитальной терапии с курсом фтизиопульмонологии

 Зав. каф.: проф. Кулаков Ю.В.

 Преподаватель: доцент Некифоренко Н.С.

История болезни

Клинический диагноз:

Основной: Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, хронический вариант течения. I А, МТБ (+).

Сопутствующий: нет

Осложнения: нет

 Выполнила: студентка 508гр. леч. фак-та

 Кацунова Татьяна Геннадьевна

 Дата курации: 14.05.2013 год

Владивосток, 2013 год

**Паспортная часть:**

1. Фамилия, имя, отчество: ххх
2. Возраст: 28 лет
3. Место работы, должность: грузчик на железной дороге
4. Дата поступления в стационар: 8 апреля 2013 года
5. Дата курации: 14 мая 2013года

**Жалобы на момент курации:**

На момент курации больной предъявлял жалобы на умеренно выраженную слабость, на кашель со скудным отхождением мокроты без примеси гноя и крови, на боль в правой половине грудной клетки, возникающей при кашле.

Жалоб со стороны других органов и систем нет.

**Анамнез заболевания:**

 Больным себя считает с 2004 года, когда впервые находился на лечении

в туберкулёзном диспансере по поводу первичного туберкулёза, выявленного при профилактическом осмотре. Подробности и срок лечения больной не помнит. В 2008 году был снят с диспансерного учёта.

 В январе 2013 года после перенесённого переохлаждения почувствовал себя плохо, повысилась температура тела до 39-40 С, появился кашель с отхождением слизистой мокроты, слабость, одышка, боли в грудной клетке. Снизился аппетит.

Через 7 дней больной обратился к врачу-терапевту по месту жительства. Получал лечение по поводу бронхита. По результатам флюрографического обследования от 26.02.2013 года был направлен на госпитализацию в ГБУЗ Приморский Краевой Противотуберкулезный Диспансер №1.

По настоящий день находится на стационарном лечении.

За время лечения больной отметил снижение кашля и болей, возникающих при нём в грудной клетке, а так же улучшение общего состояния.

**Анамнез жизни:**

Больной родился 8 октября 1984 года в с.Софья-Алексеевка Пограничного района Приморского края, где по сей день и проживает. Имеет средне-специальное образование (тракторист). На сегодняшний день официально не работает, в ЦЗН не состоит. Подрабатывает грузчиком на железнодорожной станции. Трудовая деятельность связана с вредными условиями труда (переохлаждение).

Не женат, имеет ребёнка от первого брака (Мальчик, 10 лет).

Травмы, операции, венерические заболевания отрицает. В детстве перенёс бронхит, ОРВИ, ветряную оспу. Болезнь Боткина отрицает.

Курит, стаж 10 лет. Злоупотребление алкоголем не отрицает. Наркотики не принимает.

Страховой анамнез отрицателен. Не судим.

Отрицает контакт с больным туберкулёзом.

**Объективный осмотр больного:**

Состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Высыпаний нет. Тургор кожи сохранён. Подкожно-жировой слой развит нормально. Костно-суставная система без патологии. Оволосение умеренное. Волосы блестящие. Ногти бледно-розового цвета, неломкие.

Телосложение правильное. Рост 178 см, вес 74 кг, нормостенический тип конституции.

Пальпируются подчелюстные периферические лимфоузлы, безболезненные, подвижные.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

 Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. АД 130/80 мм.рт.ст.

Границы относительной тупости сердца: правая на 3 си кнаружи от правого края грудины, верхняя – в 3 межреберье, левая – на 2,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

 Тоны сердца ритмичные, приглушенные.

  ИССЛЕДОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

 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.

 Нос не деформирован. Дыхание свободное, ровное, ритмичное. Частота дыхательных движений 18 раз в минуту.

  Пальпация грудной клетки безболезненная, эластична. Отмечается локальное ослабление голосового дрожания справа в верхней части грудной клетки.

При топографической перкуссии:

  Границы правого лёгкого:

 - l. parasternalis: верхний край 6-го ребра.

 - l. medioclavicularis: нижний край 6-го ребра

 - 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

  Границы левого лёгкого:

 - l. axillaris anterior: 7-е ребро

 - l. axillaris media: 9-е ребро

 - l. axillaris posterior: 9-е ребро

 - l. scapularis: 10-е ребро

 - l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

 Верхушки обоих лёгких спереди на 3 см выше ключиц, сзади – на уровне VII шейного позвонка.

 Подвижность нижнего края обоих лёгких по l.axillaris media составляет 6 см.

 Ширина перешейков полей Кренинга - 7 см справа и слева.

Аускультативно дыхание ослаблено справа, слышны рассеянные сухие хрипы справа.

Над остальной поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание.

Бронхофония усилена.

  ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

Язык влажный, обложен у корня. Живот симметричен, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный, мягкий.

Нижний край печени не выступает из под рёберной дуги. Размеры печени по Курлову - 9:8:7 см.

Селезёнка не пальпируется.

При глубокой пальпации: в левой повздошной области определяется сигмовидная кишка плотноэластической консистенции; безболезненная, подвижная, с ровной поверхностью, неурчащая.

Стул регулярный, оформленный.

  ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

 Кожные покровы в поясничной области не изменены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Больной ориентирован во времени и пространстве, адекватен. Восприятие, внимание и память снижены. Не осознаёт всей серьёзности заболевания. Не проявляет заинтересованности в выздоровлении. Интеллект снижен. Видимых нарушений функции черепно-мозговых нервов не обнаружено. Нарушения слуха и зрения нет.

**Предварительный диагноз:**

Основной: Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, хронический вариант течения. I А, МТБ (+).

Сопутствующий: нет

Осложнения: нет

**План обследования больного:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. Анализ кала на яйца глистов
5. HBS-Ag, а/т HCV
6. ЭКГ
7. Обзорная рентгенография грудной клетки
8. Микроскопическое исследование на кислотоустойчивые микобактерии
9. УЗИ органов брюшной полости и почек
10. Трахеобронхоскопия
11. Осмотр окулиста
12. Осмотр ЛОР-врача

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (9.04.13г):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Показатели* | *Полученные данные* | *Норма* | *Интерпретация* |
| Эритроциты | 4,79\*106/л | 3,9-4,7\*10 12/л | снижен |
| Тромбоциты  | 414\*103/л | 180-350\*109/л | снижен |
| Гемоглобин | 13,4 г/л | 120-140г/л | снижен |
| СОЭ | 48 мм/час | 2-15 мм/час | повышен |
| Лейкоциты | 11,6\*106/л | 4,0-9,0\* 109/л | снижен |
| Палочкоядерные | 6% | 1-6% | норма |
| Сегментоядерные | 63% | 47-72% | норма |
| Эозинофилы | 4% | 0,5-5% | норма |
| Лимфоциты | 20% | 19-37% | норма |
| Моноциты | 7% | 3-11% | норма |

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (6.05.13г):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Показатели* | *Полученные данные* | *Норма* | *Интерпретация* |
| Эритроциты | 5,22\*106/л | 3,9-4,7\*10 12/л | снижен |
| Тромбоциты  | 295\*103/л | 180-350\*109/л | снижен |
| Гемоглобин | 14,5 г/л | 120-140г/л | снижен |
| СОЭ | 22 мм/час | 2-15 мм/час | повышен |
| Лейкоциты | 10,1\*106/л | 4,0-9,0\* 109/л | снижен |
| Палочкоядерные | 3% | 1-6% | норма |
| Сегментоядерные | 60% | 47-72% | норма |
| Эозинофилы | 5% | 0,5-5% | норма |
| Лимфоциты | 28% | 19-37% | норма |
| Моноциты | 4% | 3-11% | норма |

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ (9.04.13г.): цвет - светло-желтый, прозрачность-прозрачная, относительная плотность-1024, реакция-кислая, белок-нет, сахар-нет, лейкоциты – нет.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ (6.05.13г.): цвет - светло-желтый, прозрачность-прозрачная, относительная плотность-1024, реакция-кислая, белок-нет, сахар-нет, лейкоциты – нет.

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (9.04.13г.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Показатели* | *Полученные данные* | *Норма* | *Интерпретация* |
| глюкоза | 4,9 ммоль/л | 3,5-6,7 | норма |
| мочевина | 3,2 ммоль/л | 1,8-8,2 | норма |
| Альбумин | 32,6 г/л | 35-53 | понижен |
| АлАТ | 17 ЕД/л | 0-50 | норма |
| АсАТ | 17 ЕД/л | 0-50 | норма |
| Общий билирубин | 15,9 мкмоль/л | 3,5-20,5 | норма |
| Общий белок | 79,5 г/л | 62-85 | норма |

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (6.05.13г.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Показатели* | *Полученные данные* | *Норма* | *Интерпретация* |
| АлАТ | 15 ЕД/л | 0-50 | норма |
| АсАТ | 21 ЕД/л | 0-50 | норма |
| Общий билирубин | 6,2 мкмоль/л | 3,5-20,5 | норма |

АНАЛИЗ КАЛА НА Я/ГЛИСТОВ (9.04.13г.): не обнаружены.

HBS-Ag, а/т HCV(9.04.13г.): не обнаружены.

ЭКГ(9.04.13г.): ритм правильный синусовый, ЧСС 75 в мин, перегрузка левого предсердия, вертикальное положение ЭОС.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ:

26.03.13г.: обзорная рентгенограмма легких в прямой проекции, постановка правильная, пониженной жесткости, неконтрастный, с полностью вписанными легочными полями, со сниженной резкостью. С обеих сторон по всем легочным полям определяются очаговые тени различной степени интенсивности, местами сливающиеся в фокусные образования. В S1,2 правого легкого определяется полостное образование размером 5см × 5см с нечетким неровным внутренним краем с инфильтрированной утолщенной стенкой. Корни правого и левого легких деформированы, расширены, уплотнены, наружный контур корня нечеткий и бугристый, просвет промежуточного бронха определяется нечетко.

10.04.13г.: обзорная рентгенограмма легких в прямой проекции, постановка правильная, жесткость нормальная, с полностью вписанными легочными полями. С обеих сторон по всем легочным полям определяются очаговые тени различной степени интенсивности, местами сливающиеся в фокусные образования. В S1,2 правого легкого определяется полостное образование размером 5см × 5см с нечетким неровным внутренним краем с инфильтрированной утолщенной стенкой. Корни деформированы, расширены, уплотнены.

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА КИСЛОТОУСТОЙЧИВЫЕ МИКОБАКТЕРИИ:

9. 04.13 массивность бактериовыделения, КУМ+: 3+ 9. 04.13 массивность бактериовыделения, КУМ+: 2+ 9. 04.13 массивность бактериовыделения, КУМ+: 1+

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: диффузные изменения печени, умеренно выраженные.

ТРАХЕОБРОНХОСКОПИЯ: карина острая, подвижная; слизистая бронхов розового цвета, чистая; устья видимых бронхов свободны; правый верхнедолевой бронх подтянут кверху и кзади; специфической патологии нет.

ОСМОТР ОКУЛИСТА: Глазное дно без патологии. Противопоказаний для назначения препарата этамбутол нет.

**Обоснование клинического диагноза:**

На основании

*Жалоб:* на умеренно выраженную слабость, на кашель со скудным отхождением мокроты без примеси гноя и крови, на боль в правой половине грудной клетки, возникающей при кашле.

*Анамнеза*: в 2004 году впервые находился на лечении в туберкулёзном диспансере по поводу первичного туберкулёза, в 2008 году был снят с диспансерного учёта. В январе 2013 года после перенесённого переохлаждения почувствовал себя плохо, повысилась температура тела до 39-40º С, появился кашель с отхождением слизистой мокроты, слабость, одышка, боли в грудной клетке. Получал лечение по поводу бронхита. По результатам флюрографического обследования от 26.02.2013 года был направлен на госпитализацию в ГБУЗ Приморский Краевой Противотуберкулезный Диспансер №1.

*Дополнительных методов исследования:*

1. Клинический анализ крови – тромбоцитопения, снижение гемоглобина и количества эритроцитов, значительное повышение СОЭ.
2. Микроскопическое исследование на кислотоустойчивые микобактерии (массивность бактериовыделения, КУМ+: 3+, 2+, 1+)
3. Данные рентгенологического исследования: С обеих сторон по всем легочным полям определяются очаговые тени различной степени интенсивности, местами сливающиеся в фокусные образования. В S1,2 правого легкого определяется полостное образование размером 5см × 5см с нечетким неровным внутренним краем с инфильтрированной утолщенной стенкой. Корни деформированы, расширены, уплотнены.

*Выставлен клинический диагноз:*

*Основной:* Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, хронический вариант течения. I А, МТБ (+).

*Сопутствующий*: нет

*Осложнения:* нет

**Дифференциальная диагностика:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признаки | Диссеминированный туберкулез | Карциноматоз | Саркоидоз |
| Анамнез | Возможный контакт с больными бактериовыделителями, туберкулез в прошлом  | Контакт не установлен  | Контакт не установлен |
| Начало заболевания | Острое | Подострое, может быть и острое  | Подострое, редко острое |
| Интоксикация | Резко выраженная, высокая температура тела интермиттирую-щего характера  | Умеренно выраженная, субфебрильная, реже высокая температура тела | Умеренно выраженная, субфебрильная температура тела |
| Бронхолегочные проявления | Кашель со скудно отделяемой мокротой, одышка в покое | Сухой кашель, резко выраженная одышка в покое | Сухой кашель, умеренно выраженная одышка при физической нагрузке |
| Данные физического обследования  | Перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание бронхиальное, ослабленное, паравертеб- рально - мелкопузыр-чатые влажные хрипы  | Укорочение перкуторного звука в средненижних отделах, жесткое дыхание, могут выслушиваться сухие и мелкопузырчатые хрипы | Перкуторные изменения не определяются. Дыхание жесткое, могут выслушиваться сухие хрипы |
| Гемограмма, СОЭ  | Умеренный лейкоцитоз, лимфопения, иногда моноцитоз, ускоренная СОЭ  | Выраженный лейкоцитоз, лимфопения, резко ускоренная СОЭ | Умеренный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, СОЭ может быть нормальная или не резко ускоренная |
| Микроскопия мазка мокроты по Цилю-Нильсену | Массивность бактериовыделения, КУМ+ | Отрицательная  | Отрицательная |
| Рентгенологическая картина | Тени полиморфные, могут быть интерстициальные изменения и увеличение л/у | Полиморфные очаговые тени с нечеткими контурами | Увеличение прикорневых л/у, реже парабронхиальных, трахеобронхиальных. Появление крупнопятнистого рисунка в прикорневых и мелкопятнистого-в средних зонах, а также мелкоочаговых теней |

**Лечение:**

1. Режим III, диета № 11
2. Противотуберкулезная терапия:

Rp.: Tab. Isoniazidi 0,3 N 100

 DS. По 1 таб 2 раза в день

 Rp. Tab. Ethambutoli 0,4 N 100

 DS. По 1 таб 4 раза в день

 Rp.: Tab. Rifadini 0,45 N 100

 DS. По 1 таб 1 раз в день

Rp.: Kanamicinisulfatis 1.0

 Dtd N. 20in amp.

 S. Развести в 4 мл 5%раствора новокаина в/м 1 раз в день

1. Витаминотерапия:

Rp.: Sol. Thiamini bromidi 3%-1ml

 Dtd N 20 in amp

 S. По 1 мл в/м через день

Rp.:Sol. Pyridoxini Hydrochloridi 5%-1ml

 Dtd N 20in amp

 S. По 1 мл в/мчере з день

Rp.: Tab Acidi ascorbinici 0,05 N100

 DS. По 1 таб 3 раза в день

1. Антиоксидантная терапия:

Rp.: Caps Tocopheroli acetetis0,1 N30

 DS. По 1 капсуле 3 раза в день

Rp.: Sol. Natrii thiosulfatis 30%-5ml

 Dtd N 20in amp

 S. По 5 мл в/в

1. Общеукрепляющая терапия (улучшение обменных процессов и трофики тканей):

Rp.: Tab Methyliuracili 0,5 N 100

 DS. По 1 таб 3 раза в день

 Rp.: Sol. Aloe 1ml

 Dtd N 20 in amp

 S. По 1 мл в/м

1. Патогенетическая терапия:

Плацентарный альбумин 20% р-р 3 мл вводится внутримышечно 2 раза в неделю (противовоспалительное, десенсибилизирующее, бронхолитическое действие).

1. Дальнейшее лечение - стационарное до 6 мес; санаторно-курортное: в течение 2-3 мес, рекомендуется кумысотерапия; диспансерное лечение в течение 4 мес.
2. С целью предупреждения обострений туберкулезного процесса после основного курса лечения проведение в осенне-летний период двухмесячных профилактических курсов лечения в течение 2-3 лет.

**Дневники:**

|  |  |
| --- | --- |
| 14.05.13г.t=36,6ºСАД 130/80 мм.рт.ст. | Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Больной жалуется на кашель со скудным отхождением мокроты без примеси гноя и крови, на боль в правой половине грудной клетки, возникающей при кашле. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, в легких дыхание ослабленное, везикулярное, рассеянные сухие хрипы справа. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Диурез в норме. Стул в норме. |
| 16.05.13г.t=36,6ºСАД 120/80 мм.рт.ст. | Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Больной жалуется на кашель со скудным отхождением мокроты, на боль в правой половине грудной клетки, возникающей при кашле. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, в легких дыхание ослабленное, везикулярное, рассеянные сухие хрипы справа. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Диурез в норме. Стул в норме. |

**Прогноз:**

 Учитывая своевременное обращение за медицинской помощью, благопо-

лучный социальный статус и отсутствие у больного сопутствующей патоло-

гии , при условии соблюдения больным профилактических мер и регулярно-

го диспансерного обследования прогноз для полного выздоровления бла-

гоприятный, для жизни - благоприятный, трудовой прогноз -

трудоспособность сохранена.

**Профилактика:**

 1. Необходимо обеспечить регулярное диспансерное наблюдение за

данным больным.

 2. В течение 2 лет весной и осенью необходимо проводить приём ту-

бозида в течение 2-3 месяцев.

 3. Необходимо исключить контакт с бактериовыделителями.

 4. Необходимо избегать провоцирующих факторов: переохлаждения,

простудных заболеваний, стрессов, избавиться от привычки к курению.

 5. Необходимо сбалансировать диету с употреблением высококалорий-

ных продуктов и нормализовать режим сна и бодрствования. Возможно за-

нятие спортом под контролем врача.