**Фамилия**:

**Дата поступления:**  16 ноября 1999 г. в плановом порядке

**Возраст**: 59 лет

**Вес**: 53 кг

**Рост**: 160 см

**Семейное положение**: женат, имеет дочь 33 лет

**Профессия и место работы**: лесник, на пенсии

**Место жительства**:

**Диагноз клинический**:

* ***Основное заболевание****:* Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Фаза распада.
* ***Сопутствующие заболевания:*** Стенокардия напряжения. ФК III, НК I.

**II . Анамнез данного заболевания.**

( anamnesis morbi ):

***1. Жалобы при поступлении:***

* Интенсивный кашель в течение суток, наиболее мучительный в вечернее время, с выделением желтой слизистой вязкой мокроты в небольших количествах (< 50 мл ).
* Одышка при ходьбе по ровной местности 20 -25 м .
* Фебрильная температура тела (38 -38,5 0С) в течение последнего месяца перед госпитализацией.
* Выраженная потливость, неадекватная физической нагрузке; слабость, утомляемость.
* Плохой аппетит
* Снижение массы тела от начала заболевания на 7 кг.
* Нарушение сна — сон поверхностный, чуткий, утром нет чувства отдыха
* Давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие при умеренной физической нагрузке (ходьба по ровной местности более 100м.), а так же после приема пищи, резком изменении атмосферного давления и в покое, усиливающиеся в положении лежа, иррадиируют в межлопаточную область, купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут. Среднее количество приступов стенокардии — 2 - 3 в сутки.

2. ***Начало и дальнейшее развитие заболевания:***

Начало заболевания пациент относит к сентябрю 1999 г., когда у него в течение недели возникли беспричинная слабость, повышенная потливость, неадекватная физической нагрузке, особенно в ночные часы; температура тела установилась 37,5 - 38,8 0С, однако озноб отсутствовал, эффект жаропонижающих препаратов ( анальгин) носил кратковременный (часы) характер. Одновременно больной отметил появление интенсивного кашля в течение суток, усиливающегося в вечернее время, с выделением желтой слизистой вязкой мокроты в небольших количествах (< 50 мл ), одышка возникала при ходьбе более 100 м.

На протяжении месяца пациент лечился самостоятельно (горчичники, прогревания), а 16 октября 1999 г. обратился за помощью в асиновскую районную больницу, где был поставлен диагноз — пневмония, однако дальнейшеее обследование дало повод заподозрить туберкулез легких, и 16 ноября 1999 г. больной в плановом порядке переведен в тимирязевскую туберкулезную больницу, где в настоящее время проходит курс специфического противотуберкулезного лечения.

**III. Анамнез жизни**

( anamnesis vitae )**:**

Пациент перинатальную патологию отрицает (беременность и роды у матери проходили без осложнений). Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. Детские болезни — не помнит.

В 16 лет — аппендэктомия.

Окончил 8 классов школы и томский лесотехнический техникум.

С 1959 - 1962 гг. — служба в армии.

В 1962 г. поставлен диагноз — хронический гастрит.

С 1962 г. — работает в асиновском лесном хозяйстве лесником.

В 22 года — женился, имеет дочь — 33 года.

В 1995 г . поставлен диагноз — стенокардия напряжения, по поводу чего пациент принимает 1-2 таб. нитроглицерина или 15-20 кап. корвалола (для купирования приступа).

Последняя флюорография — декабрь 1998 г. (при ежегодном профосмотре) — легкие без патологии.

В летние месяцы пациент живет в лесной сторожке и часто принимает у себя на ночевку (до 6 - 7 дней) группы ягодников (возможный источник заражения).

1. **Социально-бытовой**

Пациент материально обеспечен удовлетворительно, длительное время проживает в личном деревянном доме ( без центрального водоснабжения, отопление — печное). Питается не регулярно, без злоупотребления отдельными видами продуктов. Вредные привычки – курит с 20 лет по 2 пачки папирос в день. К алкоголю пристрастия не имеет.

**II. Аллергологический анамнез:**

Непереносимость (появление сыпи и эритематозных пятен на шеи, груди, руках) стрептомицина, анальгина, димедрола.

**IV. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ.**

Status praesens.

**Рост -** 160см

**Вес -** 53 кг

**Температура тела** - 36.9 С

**Положение** – активное.

**Пропорциональность развития -** пропорционально

**Общее состояние** – удовлетворительное.

**Состояние кожи -** бледного цвета, сухая, атрофичная, обвислая

**Подкожная клетчатка -** выражена слабо, отека - нет

**Состояние слизистых оболочек** – чистые, бледно-розовые без патологических образований. Окраска склер — субиктеричная

**Исследование полости рта -** язык обложен бело-желтым налетом, миндалины не увеличены, десны - разрыхлены, количество зубов — 26

**Волосы -** с коричневым оттенком, не жирные, выпадений не отмечено

**Выражение лица** - нормальное

**Сознание -** ясное

**Поведение -** без особенностей, пациент легко вступает в контакт

**Лимфатические узлы** - ЛУ доступные при пальпации (подчелюстные, околоушные) не увеличены, при пальпации — подвижные, безболезненные, овальной формы; подмышечные и паховые ЛУ не пальпиуются

**Щитовидная железа -** пальпируются две равных доли, не увеличена, движется вместе с гортанью, поверхность - ровная

**Череп** - деформаций нет

**Грудная клетка -** астенической формы, над- и подключичные ямки умеренно выражены, межреберные промежутки косовосходящего направления, симметричность обеих половин грудной клетки, в области грудины — горб с радиусом около 12 см

**Позвоночник** - обычной конфигурации, болезненности остистых отростков при перкуссии не отмечено

**Ногти -** умеренной прозрачности, прочные

**Мышечная система** - общая гипотрофия мышц, сглаженность областей тенара и гипотенара, западение межпястных промежутков на обеих кистях, пониженный тонус мышц, мышцы при ощупывании безболезненны.

**Характеристика конституции по Черноруцкому:** астенический тип

индекс Пинье = Рост-(окр.гр.кл + масса тела) =160-(86+53)= **+21** говорит о легкой диспропорции между этими параметрами (в норме ИП колеблется около +15 ±5) т.е.имеется недостаток веса

**ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ.**

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.

Состояние носа, носовых путей — без деформаций, носовое ды-

хание — свободное

Частота дыхания - 18 движ\мин, отношение вдоха к выдоху = 4\5

равномерное участие в дыхании обеих половин грудной клетки, тип дыхания - брюшной

*Пальпация грудной клетки*: эластичная, голосовое дрожание в симметричных участках — одинаковой силы, усилено в верхних и ослаблено в нижних отделах обоих легких.

*Сравнительная перкуссия*: над передними, боковыми, задними отделами грудной клетки в симметричных участках перкуторный звук легочный с коробочным оттенком; укорочен — в верхних отделах.

*Гамма звучности* над задними отделами: самый ясный, низкий и продолжительный звук - под лопатками; между лопатками, над ними, под лопатками - звук становится тише, короче, выше.

над передними отделами: самый ясный звук - во II и III межреберьях; в I межреберье, над верхушками - звук становится короче, тише, выше.

в моренгеймовской ямке - звук наиболее тихий

*Окружность грудной клетки:*

|  |  |
| --- | --- |
| при спокойном дыхании | 86 см |
| при глубоком вдохе | 89 см |
| при глубоком выдохе | 83 см |

*Топографическая перкуссия легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| нижняя граница: | левая | правая |
| парастернальная линия | — | 5 межреберье |
| срединноключичная | — | 6 ребро |
| передняя подмышечная | 7 | 7 |
| средняя подмышечная | 8 | 8 |
| задняяя подмышечная | 9 | 9 |
| лопаточная | 10 | 10 |
| околопозвоночная | 11 | 11 грудной позвонок |

*Высота верхушки легкого:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 4 см | 4.5 см |
| сзади | 1 см кнаружи ост. от | ростка 7 ш.позвонка |

Подвижность легочного края - слева: 6см справа: 7см

Аускультация легких:

- при бронхофонии на периферии прослушиваются неразборчивые звуки, ясность которых увеличивается в верхних отделах легких, что свидетельствует об уплотнении легких в этой части, и уменьшается в базальных отделах — данные за повышение воздушности легких.( базальная эмфизема легких).

- над всеми отделами легких тип дыхания — жесткое, сухие свистящие хрипы

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

Осмотр грудной клетки, сосудов шеи - видимой пульсации нет

Пальпация верхушечного толчка - не пальпируется

*Перкуссия сердца:*

|  |  |
| --- | --- |
| **границы** | **относительной тупости** |
| **левая** | 0.5 см кнутри от левой ср.ключичной линии |
| **длинник** | 15 см |
| **поперечник** | 14 см |

*Заключение:* границы относительной тупости сердца соответствуют норме.

Аускультация сердца:

1. Тоны ясные, ритмичные, соотношение сохранено

2. Соотношение силы и высоты II тона на аорте и легочной артерии:

- на аорте II тон громче и выше, усилен

Аорта и сосуды: видимой пульсации аорты, расширения вен — не обнару жено

Пульс : на лучевой артерии — ритмичный, частота — 72 уд\ мин, умеренного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках, стенка сосуда эластичная.

- на тыльных артериях стоп - пульсация сохранена

Артериальное кровяное давление:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | на правой руке | на левой руке |
| систолическое | 140 мм.рт.ст. | 135 мм.рт.ст. |
| диастолическое | 80 мм.рт.ст. | 80 мм.рт.ст. |
| пульсовое | 60 мм.рт.ст. | 55 мм.рт.ст. |

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Ротовая полость - слизистая ровная, розового цвета; миндалины - не увеличены; язык - обложен бело-желтым налетом; десна - рыхлые, зубы шатаются.

Живот - нормальной формы, развитие подкожно-жировой клетчатки — умеренное. При поверхностной пальпации болезненности нет, тонус брюшных мышц умеренный, дыхательные движения обеих половин брюшной стенки симметричные, видимой перистальтики нет

*Желудок:*

Видимой перистальтики - нет

Определение нижней границы:

- перкуторно - 3 см выше пупка

- пальпация большой кривизны - расположена на 3 см выше пупка, ровная,эластичной консистенции, подвижность около 2 см, безболезненна

*Кишечник:* все области кишечника, доступные пальпации (слепая кишка; восходящий, поперечно-ободочный и нисходящий отделы толстого кишечника, сигмовидная кишка) при исследовании — эластичные, безболезненные, расположены правильно

*Поджелудочная железа* не пальпируется

*Печень:*

-нижний край печени по срединноключичной линии совпадает с краем реберной дуги

- при пальпации - нижний край острый, эластичной консистенции, поверхность гладкая

- *границы печени*:

1.верхняя по срединноключичной линии глубокой перкуссией IV ребро, поверхностной перкуссией — V ребро

2. нижняя по срединноключичной линии — совпадает с краем реберной дуги

3. по срединной линии — между верхней и средней третями от пупка до мечевидного отростка

4. левая — совпадает с левой парастернальной линией

Размеры печени по М.Г.Курлову:

- от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 9.5см

- от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см

- от основания мечевидного отростка до левой границы 8 см

*Желчный пузырь —* не пальпируется, что соответствует норме.

- симптом Мэрфи, с-м Ортнера, с-м Мюсси — отрицательны

*Селезенка:*

- верхняя граница - IX ребро (по средней лопаточной линии)

- нижняя граница - XI ребро (по средней лопаточной линии)

- задний верхний полюс - по лопаточной линии

- передний нижний полюс -1 см от центра поперечника селезенки по направлению к пупку

* поперечник ( верхняя — нижняя граница) — 8 см
* длинник (задний верхний — передний нижний полюс) — 10 см

МОЧЕ - ПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

Симптом Пастернацкого ( поколачивания ) - отрицательный

Пальпация почек - не пальпируются

Дизурические явления — не выявлены

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Интеллект - не снижен

Настроение - устойчивое

Реакция на окружающее - адекватная, без раздражительности

Головные боли, головокружение - не отмечено

Сон - поверхностный, чуткий

Речь - без нарушений

Координация движений - сохранена

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА .

Щитовидная железа - не увеличена., признаков тиреотоксикоза или гипотиреоза не выявлено

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Общий анализ крови:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **норма** |
| **Гемоглобин** | 126 г\ л | 130-160 г\л |
| **Эритроциты** | 3,6 | 4-5\*1012 в1л |
| **СОЭ** | 70 | 2-10 мм\ч |
| **Цветн.показ.** | — | 0.9 - 1 |
| **Лейкоциты:** | 9 | 4-9\*109 в 1л |
| **С/Я** | 45 | 47-72 % |
| **Моноциты** | 21 | 3-11% |
| **Эозинофилы** | 2 | 0.5-5 % |
| **Лимфоциты** | 26 | 19-37 % |

*Заключение:* легкая эритропения и анемия, высокая СОЭ, лейкоциты — верхняя граница нормы; моноцитоз.

|  |  |
| --- | --- |
| **RW** | **отриц** |

**Общий анализ мочи:**

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность прозрачная

Уд. Вес 1008

рН кислая

Эритроциты 3 -4 в поле зрения

Лейкоциты 12 -13 в поле зрения

Эпителий плоский 4-5 в поле зрения

Белок 0,132 0/00

Глюкоза отриц.

Желчн.к-ты отриц.

*Заключение:* микролейкоцитурия, микрогематурия

**Исследование мочевого осадка по методу Нечипоренко:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***количество в 1 мл*** | ***норма*** |
| Лейкоциты | 1000 | до 4000 |
| Эритроциты | 250 | до 1000 |
| Цилиндры | 5 |  |

*Заключение:* показатели соответствуют норме

**Исследование мокроты:**

***Методом микроскопии***

При троекратном исследовании мокроты во всех мазках обнаружены микобактерии туберкулеза в большом количестве.

***Бактериологическим методом***

Посев мокроты на питательные среды дал обильный рост колоний микобактерий туберкулеза, устойчивых к стрептомицину.

**Рентгенография:**

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции верхняя доля правого легкого уменьшена в объеме за счет фиброза, неоднородно затемнена за счет инфильтративных изменений. В S 1- 2 обоих легких — по кольцевидной тени (6,5 см х 5,5 см), в правом — с небольшим горизонтальным уровнем жидкости. Вокруг кольцевидных теней видны очаговые тени на фоне линейного фиброза.

Корень правого легкого деформирован, подтянут вверх.

Тень сердца без патологии.

Купол диафрагмы утолщен за счет базальной эмфиземы, деформирован плевро-диафрагмальной спайкой.

Обнаружены следующие рентгенологические синдромы:

1. Синдром полостных образований
2. Синдром распространенного затемнения

*Заключение*: Фиброзно-кавернозный туберкулез. Фаза распада.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

**Диагноз клинический**:

* ***Основное заболевание****:* Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Фаза распада.
* ***Сопутствующие заболевания:*** Стенокардия напряжения. ФК III, НК I.

Обоснование основного заболевания.

*Из анамнеза выявлены ряд жалоб, характерные для туберкулеза:*

* Интенсивный кашель **в течение суток**, наиболее мучительный в вечернее время, с выделением желтой **слизистой вязкой** мокроты **в небольших** количествах (< 50 мл ).
* Фебрильная температура тела (38 -38,5 0С) без озноба, гипертермия не заставляла пациента быть прикованным к постели т.е. **хорошая переносимость** высокой температуры, что очень характерно для туберкулеза.
* слабость, утомляемость, потеря массы тела на 7 кг за последние 6 мес.
* **Выраженная потливость**, неадекватная физической нагрузке — одна из типичных жалоб при туберкулезе
* одышка при ходьбе более 20 -25 м. говорит за рестрикцию респираторного отдела легких более 1 доли.

*Из объективного статуса обращает на себя внимание:*

1. усиление голосового дрожания в верхних и ослабление в нижних отделах обоих легких
2. при сравнительной перкуссии над передними, боковыми, задними отделами грудной клетки в симметричных участках перкуторный звук легочный с коробочным оттенком; в верхних отделах — укорочен .
3. при аускультация легких:

- при бронхофонии на периферии прослушиваются неразборчивые звуки, ясность увеличивается в верхних отделах легких, и уменьшается в базальных отделах

- над всеми отделами легких тип дыхания — жесткое, сухие свистящие хрипы

Таким образом, объективное обследование выявило данные, говорящие за уплотнение (фиброз) в верхних полях обоих легких и повышение воздушности (викарная эмфизема) в нижних отделах легких

*Параклинические данные:*

СОЭ — 70 мм\ ч, моноцитоз — неспецифические показатели воспаления, однако данные исследования мокроты — большое количество микобактерий туберкулеза во всех мазках и обильный рост колоний МБТ на питательной среде — все это говорит за то, что в легких протекает специфическое воспаление, вызванное МБТ, следовательно диагноз “туберкулез легких” не вызывает сомнения.

Рентгенологические данные позволяют оценить характер и обширность поражения легких.

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции верхняя доля (характерная локализация для туберкулеза) правого легкого уменьшена в объеме за счет фиброза, неоднородно затемнена за счет инфильтративных изменений В S 1- 2 обоих легких — по кольцевидной тени (6,5 см х 5,5 см), — кольцевидная тень является признаком очага распада с образовавшейся вокруг соединительно-тканной капсулой; в правом легком — кольцевидная тень с небольшим горизонтальным уровнем жидкости, — признак дренирования полости. Вокруг кольцевидных теней видны очаговые тени на фоне линейного фиброза.

Заключение: на основании наличия на рентгенограмме признаков фиброза и образовавшихся полостей — кольцевидные тени (без рубцевания, следовательно, еще продолжается фаза распада) выставлен диагноз — “Фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Фаза распада.”

Обоснование сопутствующего заболевания.

Стенокардия напряжения. Функциональный класс III, НК I.

Диагноз поставлен на основании наличия простого субъективного стенокардитического синдрома — давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие при умеренной физической нагрузке (ходьба по ровной местности более **100м** (при ФК III --100 -500м.)), а так же после приема пищи, резком изменении атмосферного давления и **в покое**, усиливающиеся в положении лежа, иррадиируют в межлопаточную область, купируются **приемом 1-2 таблеток нитроглицерина**, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут. Среднее количество приступов стенокардии — 2 - 3 в сутки.

Убольных туберкулезом легких могут возникать псевдостенокардитические жалобы при вовлечении в специфическое воспаление верхушечного отдела плевры и иррадиации болей на область сердца через систему блуждающего нерва. Однако у нашего больного жалобы на стенокардию появились еще в 1995 г. т.е. за 5 лет до дебюта туберкулеза легких.