История болезни.

Ф.И.О:

Возраст: 49 лет.

Место жительства: г.Чехов Моск.обл.

Профессия: слесарь аэродрома, в прошлом - инспектор уголовного розыска.

Дата поступления: 16 ноября 1999 года.

**Anamnesis vitae**

Больной родился в 1950 году единственным ребенком в семье. В детстве в развитии не отставал от сверстников, материально-бытовые условия были удовлетворительными. Травм в течение жизни не было, была аппендэктомия в 1972 году, отмечал частые ангины до 1980 г., ОРЗ 1-2 раза в год. Результаты проб Манту в детстве больной не помнит. С 1970 года работал инспектором уголовного розыска, работа была связана с контактом с заключенными, в том числе больными туберкулезом. С 1995 года работает слесарем на аэродроме, работа связана с частыми переохлаждениями. В настоящее время проживает в частном доме с женой, материально-бытовые условия удовлетворительные. Курил с 1969 по 1998 годы по 5-7 сигарет в день, с 1994 по 1998 годы злоупотреблял алкоголем. В феврале 1999 года проходил профилактическую флюорографию, патологических изменений обнаружено не было.

**Заключение 1.**

У данного больного имеются факторы, способствующие заболеванию туберкулезом: длительный (25 лет) контакт с заключенными, в том числе больными туберкулезом, переохлаждения на работе в последнее время.

**Anamnesis morbi**

Около 1 года отмечает периодическое покашливание. В конце сентября 1999 года после переохлаждения остро повысилась температура тела до 39C, усилился кашель, появились боли в грудной клетке слева. Был госпитализирован в терапевтическое отделение больницы по месту жительства с диагнозом "Острая пневмония". Проводился двухнедельный курс антибиотиками широкого спектра действия без эффекта. После консультации фтизиатра по месту жительства направлен в НИИ фтизиатрии.

**Заключение 2**

Предположительный диагноз - туберкулез легких - можно поставить на основании оценки факторов условий жизни и истории заболевания: длительный (25 лет) контакт с заключенными, в том числе больными туберкулезом, переохлаждения на работе в последнее время, заболевание с симптомами туберкулеза (кашель, повышение температуры, одышка), отсутствие эффекта от лечения антибиотиками широкого спектра действия.

**Жалобы на момент курации:** кашель, одышка при физической нагрузке, повышения температуры.

**Status praesens**

**Общий осмотр**

Состояние средней тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Питание нормальное, рост 175 см, вес 72 кг. Кожа бледная, умеренной влажности. Отеков нет. Ногти на руках изменены по типу "часовых стекол". Волосы густые, сухие, блестящие, не секутся. Тип оволосения соответствует полу и возрасту. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Мышечная система развита умеренно, тонус и сила мышц ослаблены, одинаковы с обеих сторон. Гиперкинетических расстройств не выявлено. При пальпации мышцы безболезненны. Изменений размеров и формы костей туловища при осмотре не выявлено. Болезненность при поколачивании по костям отсутствует. Суставы правильной формы, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Деформаций, припухлостей суставов нет. При пальпации болезненности в суставах не отмечается. Состояние позвоночного столба без патологических изменений. Лордоз в шейном и поясничном отделе и кифоз в грудном и крестцово-копчиковом отделах выражены умеренно.

**Осмотр органов дыхания**

Частота дыхания - 18 в минуту. Форма грудной клетки асимметричная, ее левая сторона несколько западает, отстает при дыхании. Носовое дыхание не затруднено. Болей в области гортани в покое и при разговоре нет. Носовых кровотечений, патологических выделений из носа нет.

Перкуторный звук легочный по всей поверхности правой половины грудной клетки. В области верхних отделов левого легкого перкуторный звук тупой.

Дыхание над поверхностью левого легкого с бронхиальным оттенком, в верхних отделах левого легкого выслушиваются влажные мелкопузырчатые и сухие свистящие хрипы.

**Нижние границы лёгких**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические  линии | слева | справа |
| окологрудинная | 6 межреберье | — |
| среднеключичная | 7 межреберье | — |
| передняя подмышечная | 8 ребро | 8 межреберье |
| средняя подмышечная | 9 ребро | 9 межреберье |
| задняя подмышечная | 10 ребро | 10 ребро |
| лопаточная | 11 ребро | 11 ребро |
| околопозвоночная | остистый отросток 11 грудного позвонка | остистый отросток 11 грудного позвонка |

**Осмотр органов кровообращения**

Пульс - 85 ударов в минуту. Пульс на магистральных артериях конечностей не ослаблен. Артериальное давление - 120/80 мм.рт.ст. Область сердца при осмотре не изменена. Границы сердца в норме. Сердечный горб, сердечный толчок, эктопическая пульсация отсутствуют. Верхушечный толчок на 1 см влево от среднеключичной линии в пятом межреберье. Тоны сердца ясные, шумов нет. При аускультации крупных артерий шумов нет.

**Осмотр органов пищеварения и гепатобилиарной системы**

Губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая. Язык влажный, обложен серым налетом. Десны не кровоточат, без воспалительных явлений. Патологических отрыжки, изжоги не отмечал. Живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания участвует. Кожные покровы живота обычной окраски. Коллатералей на передней и боковых поверхностях брюшной стенки нет. Поверхностная пальпация живота безболезненная, мягкая, ненапряженная, диастаза прямых мышц живота нет. Грыжевых выпячиваний не отмечается. Видимой перистальтики нет. Симптомы Щёткина - Блюмберга, Менделя отрицательные. Данные глубокой методической скользящей пальпации по Образцову - Стражеско - Василенко: 1. Сигмовидная кишка: ширина 3 см, плотная, гладкая, безболезненная, смещаемая на 3-5 см, не перистальтирует, не урчит. 2. Слепая кишка : диаметр 4 см, умеренной плотности с гладкой поверхностью, безболезненна, смещается на 1 см, не перистальтирует, урчит при пальпации. Остальные части кишечника не пальпируются.

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Признаков нахождения свободной жидкости нет. При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы.

Размеры печени по Курлову: 9 х 8 х 7 см. Сосудистые звёздочки на коже отсутствуют, ксантом и ксантелазм нет, симптома печеночных ладоней нет. Кожный зуд отсутствует. Желчный пузырь не пальпируется.

**Осмотр органов мочевыделения**

Дизурических расстройств нет. Выбухания, гиперемии в поясничной области нет. Почки не пальпируются. Болезненность в мочеточниковых точках отсутствует. Мочевой пузырь над лоном не пальпируется, перкуторно не определяется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Осмотр органов системы кроветворения**

Перкуторно определяется длинник селезенки между 9 и 11 ребрами. Размер селезенки - 9 на 5 см. Селезёнка не пальпируется. При поколачивании по костям болезненности не определяется. Повышенной кровоточивости, гематом на коже нет.

**Осмотр эндокринной системы**

Щитовидная железа не увеличена, мягкая, подвижная.

Симптомы гипертиреоидизма отрицательные. Экзофтальма нет, ретробульбарная резистентность не определяется.

**Заключение 3.**

При объективном обследовании выявлены следующие патологические изменения: ногти на руках изменены по типу "часовых стекол", форма грудной клетки асимметричная, ее левая сторона несколько западает, отстает при дыхании, в области верхних отделов левого легкого перкуторный звук тупой, дыхание над поверхностью левого легкого с бронхиальным оттенком, в верхних отделах левого легкого выслушиваются влажные мелкопузырчатые и сухие свистящие хрипы. Имеются жалобы на кашель, одышку. Все данные изменения позволяют предположить деструктивную форму туберкулеза легких.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.**

Клинический анализ крови от 17 ноября 1999 года.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели и значения | Норма | Оценка |
| Hb – 116 г/л | 140,0—160,0 г/л | Ниже нормы |
| Эритроциты – 3.7\*1012/л | 3,9—4,7\*1012/л | Ниже нормы |
| Лейкоциты – 13.4\*109/л | 4,0—9,0\*109/л | Выше нормы |
| Миелоциты - отс. | -- | Соответствует норме |
| Метамиелоциты - отс. | -- | Соответствует норме |
| Палочкоядерные – 7% | 1—6% | Выше нормы |
| Сегментоядерные – 64% | 47—72% | Соответствует норме |
| Лимфоциты – 16% | 19—37% | Ниже нормы |
| Моноциты – 17% | 3-11% | Выше нормы |
| Базофилы – 0% | 0—1% | Соответствует норме |
| Эозинофилы – 1% | 0,5—5% | Соответствует норме |
| СОЭ – 49 мм/ч | 2—15% | Значительно больше нормы |

Клинический анализ крови от 15 декабря 1999 года.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели и значения | Норма | Оценка |
| Hb – 104 г/л | 140,0—160,0 г/л | Значительно ниже нормы |
| Эритроциты – 3.4\*1012/л | 3,9—4,7\*1012/л | Ниже нормы |
| Лейкоциты – 9.9\*109/л | 4,0—9,0\*109/л | Выше нормы |
| Миелоциты - отс. | -- | Соответствует норме |
| Метамиелоциты - отс. | -- | Соответствует норме |
| Палочкоядерные – 1% | 1—6% | Соответствует норме |
| Показатели и значения | Норма | Оценка |
| Сегментоядерные – 57% | 47—72% | Соответствует норме |
| Лимфоциты – 27% | 19—37% | Соответствует норме |
| Моноциты – 11% | 3-11% | Соответствует норме |
| Базофилы – 0% | 0—1% | Соответствует норме |
| Эозинофилы – 5% | 0,5—5% | Соответствует норме |
| СОЭ – 62 мм/ч | 2—15% | Значительно больше нормы |

**Общий анализ мочи.**

Цвет соломенно - желтый

Прозрачность - мутная

Относительная плотность 1,019

Реакция - кислая

Белок - следы

Глюкоза - отсутствует

Кетоновые тела - нет

Реакция на кровь отрицательная

Эпителий: нет

Лейкоциты: нет.

***Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза:***

***положительный***

**Заключение 4.**

Согласно данным клинико-лабораторного исследования, у больного отмечаются изменения, характерные для туберкулеза: наличие микобактерий туберкулеза в мокроте, значительное повышение СОЭ, увеличение количества лейкоцитов, анемия.

**Данные рентгенографического обследования.**

В верхней доле левого легкого визуализируется группа из 4-5 кольцевидных слившихся друг с другом теней (система каверн) неправильной формы размером до 4.5 на 3 см, отмечается "дорожка" от нее к корню левого легкого, вокруг группы теней - диффузное негомогенное затемнение средней интенсивности с размытыми границами. Стенки кольцевидных теней ровные, одинаковой толщины. По всей проекции левого легкого отмечаются полиморфные изменения в виде округлых затемнений средней интенсивности размером 0.5-1 см с нечеткой границей. На томограмме, проведенной через область кольцевидных теней, визуализируется система каверн, сообщающихся между собой.

**Заключение 5.**

Согласно данным рентгенографии и томографии, можно заподозрить фиброзно-кавернозный туберкулез легких (так как есть каверны, а также фиброз в окружающей ткани, проявляющийся диффузным негомогенным затемнением). По всей видимости, имеет место быть фаза распада (так как имеется деструктивное поражение - образование каверн) и обсеменения (так как имеются полиморфные округлые затемнения средней интенсивности размером 0.5-1 см с нечеткой границей по всей поверхности левого легкого), а также инфильтрации (так как границы у этих затемнений нечеткие).

**Диагноз:**

Фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого в фазе инфильтрации, распада и обсеменения, бактериовыделение.

**Обоснование диагноза.**

Фиброзно-кавернозный туберкулез - так как имеются каверны в легком по данным рентгенографии, имеется фиброз легкого вокруг каверн.

в фазе инфильтрации - так как имеется диффузное негомогенное затемнение средней интенсивности с размытыми границами вокруг каверн,

распада - так как имеет место быть образование туберкулезных каверн вследствие распада легочной ткани,

обсеменения - так как имеется диссеминация поражения по всему левому легкому,

бактериовыделение - так как есть микобактерии туберкулеза в мокроте.

**Дифференциальный диагноз.**

Данную патологию необходимо дифференцировать с кистой легкого, распадающимся раком, абсцессом легкого.

Для кисты легкого нехарактерно наличие микобактерий туберкулеза в мокроте, наличие дорожки к корню, ярко выраженная клиника, что имеет место у данного больного. При распаде рака легкого нехарактерно наличие микобактерий туберкулеза в мокроте, ровные границы полости. При абсцессе легкого обычно достаточно эффективно лечение антибиотиками широкого спектра действия, нехарактерно наличие микобактерий туберкулеза в мокроте, обычно абсцесс возникает после недостаточно эффективно леченной пневмонии.

**Лечение.**

Лечение по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза предусматривает проведение непрерывной специфической антибиотикотерапии в течении 6-9 месяцев в стационаре, а затем еще 3-6 месяцев в амбулаторных условиях. При безуспешности лечения на протяжении 6-10 месяцев рекомендуется частичная резекция легкого.

Противотуберкулезные препараты делят на 2 группы:

а) препараты I ряда (основные антибактериальные препараты);

б) препараты II ряда (резервные препараты).

К препаратам I ряда, являющимся основными химиотерапевтическими средствами для лечения разных форм туберкулеза, относят гидразид изоникотиновой кислоты (изониазид) и его производные, антибиотики (стрептомицин), ПАСК и ее производные. Высокоэффективным противотуберкулезным препаратом является рифампицин.

К препаратам II ряда относят этионамид, протионамид, этамбутол, циклосерин, пиразинамид, тиоацетазон, канамицин, флоримицин.

Препараты II ряда (резервные) менее активны по действию на микобактерии туберкулеза, чем изониазид и стрептомицин; их основная особенность состоит в том, что они действуют на микобактерии, ставшие устойчивыми к препаратам I ряда.

Противотуберкулезные препараты I ряда обладают высокой эффективностью, однако при их применении довольно быстро развивается устойчивость микобактерий туберкулеза. При изолированном применении одного препарата появление устойчивых форм микобактерий может наблюдаться уже через 2-4 мес.

Развитие устойчивости микобактерий наступает значительно медленнее при одновременном применении разных препаратов. Поэтому современная антибактериальная терапия туберкулеза является комбинированной. Больному одновременно назначают три или два препарата, причем комбинироваться могут препараты I ряда (например, изониазид со стрептомицином и ПАСК) или препараты I и II ряда (например, изониазид и циклосерин; изониазид и этионамид и др.).

В последнее время противотуберкулезные препараты распределяют по степени их эффективности. Наиболее высокой бактериостатической активностью обладает изониазид, он является основным препаратом, особенно при лечении впервые выявленных больных туберкулезом. Второе место по активности занимает рифампицин. Остальные препараты распределяются по активности следующим образом: стрептомицин *>* канамицин > пиразинамид > этионамид = протионамид > этамбутол > циклосерин > флоримицин> ПАСК > тиоацетазон.

Большинство противотуберкулезных препаратов действует на микобактерии туберкулеза бактериостатически, подавляя их размножение и уменьшая их вирулентность. Изониазид и рифампицин могут в больших концентрация действовать бактерицидно.

Для получения стойкого лечебного эффекта и предупреждения возможных рецидивов противотуберкулезные препараты должны применяться длительно.

При комбинировании препаратов следует сохранять в комбинации один или два препарата I ряда, особенно изониазид, если нет противопоказаний или лекарственной устойчивости к этому препарату. При комбинированном применении доза каждого из взятых препаратов обычно не уменьшается. Все противотуберкулезные препараты назначаются 1 раз в день.

Для неспецифической терапии назначают иммуностимуляторы (тималин, тимозин), витамины различных групп и т.д.

**Данному больному необходимо назначить:**

1. Изониазид 0.3 х 2р/д - основной противотуберкулезный препарат.
2. Стрептомицин 1.0 х 1р/д- основной противотуберкулезный препарат.
3. Рифампицин 0.6 х 1р/д - основной противотуберкулезный препарат.
4. Пиразинамид 1.5 х 1р/д - для воздействия на внутриклеточно расположенные микобактерии.
5. Витамин Е 300 мг утром натощак - для улучшения метаболизма, уменьшения количества свободных радикалов.
6. Витамин С 0.1 г 2р/д - - для улучшения метаболизма, улучшения регенерации тканей.

В случае безуспешности лечения больному показаны хирургические методы лечения - коллапсотерапия, пульмонэктомия.

**Прогноз.**

Прогноз для выздоровления неблагоприятный, так как фиброзно-кавернозный туберкулез - деструктивная форма туберкулеза, и даже в случае успешного лечения в легком останутся фиброзные изменения. Прогноз для жизни сомнительный, так как даже при условии проведения качественного и полного лечения возможен переход данной формы туберкулеза в цирротическую форму и развитие легочно-сердечной недостаточности.