Паспортная часть

Ф.И.О.:

Год рождения: 1948 год.

Пол мужской.

Профессия:

Время поступления в клинику:

Эпиданамнез:

Больной достаточно длительное время контактировал с сыном, болеющим активной формой туберкулёза. Больше в семье, по словам больного никто не болен. Других контактов не отмечал.

Жалобы больного на момент опроса:

Кашель со скудно отделяемой мокротой, общее самочувствие неудовлетворительное (слабость, температура).

Жалобы на момент поступления: свистящие хрипы, слышные на расстоянии, одышка при физической нагрузке, продуктивный кашель с отделением гнойной мокроты.

История жизни больного (Anamnesis vitae)

Родился в срок, вес при рождении нормальный, родители здоровы. Рахита не было, в детстве ничем не болел. В 7 лет пошёл в школу, учился нормально. Служил в армии. Трудовую деятельность начал после службы. Работал дальнобойщиком. Социально-бытовые условия неудовлетворительные удовлетворительные: большая семья на маленькую жилплощадь (живёт под Махачкалой).

*Семейный анамнез.*

Какие-либо заболевания в семье, кроме туберкулёза у сына, не отмечает.

Вредные привычки: выкуривает пачку сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет.

*Перенесённые заболевания.*

Детские заболевания не отмечал, ангины (удалены миндалины в возрасте 18 лет), аппендэктомия, стенокардия напряжения I ФК (поставлена в 1999 году в Железноводске), переломы правой кисти и левой лодыжки (1985), перелом правого плеча (1987), ножевые ранения левой руки (1966)

*Аллергологический анамнез.*

Непереносимость рифампицина.

*Наследственность.*

По словам больного не отягощена.

История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

Впервые почувствовал симптомы настоящего заболевания в марте 1995 года: слабость, похудание (на 8-10 килограмм), вынужденное положение в кровати, кашель по утрам с гнойной мокротой. В Дагестане в районной больнице был поставлен диагноз «туберкулёз лёгких» и больной был отправлен в НИИ фтизиатрии г. Москва. Госпитализация продлилась полгода (лечение проводилось тубазидом, стрептомицином и пиразинамидом), после чего принимал тубазид в течение примерно 3-х месяцев. Летом 1998 года отметил похожее состояние, но несильно выраженное, тем не менее, вернулся в Москву для лечения. 2 месяца пролежал в НИИ фтизиатрии (лечение проводилось то же: тубазид, стрептомицин, пиразинамид). Во время пожара в НИИ получил осложнения вследствие отравления дымом. После выздоровления был выписан. Вернулся домой. В данный момент лёг в больницу в связи небольшим ухудшением состояния.

Status praesens

Настоящее состояние больного.

Общее состояние: удовлетворительное, сознание ясное. Положение больного активное. Выражение лица спокойное. Телосложение нормостеническое.

Кожные покровы.

Кожные покровы красноватой окраски; слизистые оболочки ротовой полости влажные, бледно-розовые, язык красно-розового цвета, чистый, влажный. Эластичность кожи понижена, потливость умеренная. Волосяной покров развит хорошо, рост волос не изменен. Тип оволосения: мужской. Ногти без изменений.

Степень развития подкожной клетчатки: повышенное отложение жира в области живота. Толщина жировой складки = 4 см.

Лимфатическая система.

Жалоб нет. При осмотре лимфоузлы не видны. При пальпации определяются единичные подчелюстные лимфоузлы, одинаково выраженные с обеих сторон, мягко-эластичной консистенции, безболезненны, подвижны, не спаяны друг с другом и с прилежащими тканями. Другие группы лимфоузлов не определяются.

Мышечная система.

Жалоб нет. Мышечная система развита умеренно, асимметрии нет. Болезненность при пальпации мышц отсутствует, мышцы без уплотнений. Тонус нормальный. Мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

Костная система.

Жалоб нет. При исследовании костей черепа, позвоночника, таза, конечностей деформаций не обнаружено. Грудная клетка имеет цилиндрическую форму. При ощупывании и поколачивании костей болей не наблюдается.

Суставы.

Жалоб нет. Конфигурация суставов (плечевых, локтевых, лучезапястных, коленных, голеностопных) не изменена.

Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости, деформации, изменений околосуставных тканей, болезненности не отмечается. Хруст и крепитация в суставах отсутствуют. В суставах объём активных и пассивных движений сохранён полностью. Изменения околосуставных тканей не отмечается.

Система дыхания.

Жалобы на:

* кашель
* мокрота в небольшом количестве, характер мокроты – гнойная, консистенция вязкая.

*Исследование верхних дыхательных путей.*

Дыхание через нос свободное, отделяемого из носа нет. Носовых кровотечений, болей у корня носа, потери обоняния нет.

Гортань без болей при глотании и разговоре. Голос нормальной громкости. При осмотре гортань без особенностей.

*Осмотр грудной клетки.*

Форма грудной клетки цилиндрическая, деформаций нет. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Надключичные и подключичные пространства плохо выражены. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке, положение их на одном уровне, участвуют в акте дыхания. Движения грудной клетки синхронны.

Тип дыхания смешанный, преимущественно брюшной. Число дыхательных движений в минуту – 20.

При пальпации грудная клетка пониженной эластичности. Болезненности в точках Валле не отмечается. Голосовое дрожание проводится во все отделах грудной клетки, справа немного лучше; слегка усилено.

*Перкуссия лёгких.*

*Сравнительная перкуссия:* при сравнительной перкуссии легких в симметричных участках грудной клетки звук лёгочный с притуплением на всей поверхности лёгкого, особенно слева на уровне ключицы.

*Топографическая перкуссия:*

*1. Ширина полей Кренига: справа-3 см, слева-2,5см*

*2. Расположение нижних границ легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | 5 ребро |  |
| Среднеключичная | 5 межреберье |  |
| Передняя подмышечная | 6 | 6 ребро |
| Средняя подмышечная | 7 | 7 |
| Задняя подмышечная | 8 | 8 |
| Лопаточная | 9 | 9 |
| Околопозвоночная | Остистый отросток Т10 |

*3. Подвижность нижнего края*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Справа | Слева |
| На вдохе | На выдохе | Суммарно | На вдохе | На выдохе | Суммарно |
| Средне-ключичная | 1 | 2,5 | 3,5 | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 |
| Лопаточная | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 |

*Аускультация лёгких.*

Характер дыхания: жесткое везикулярное; выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в области верхней и средней долей левого лёгкого, крепитация и шум трения плевры не выслушиваются. Бронхофония проводится одинаково во все точки выслушивания.

*Система кровообращения.*

Исследование сердечно – сосудистой системы.

Жалобы. Одышка после значительной физической нагрузки, боли за грудиной давящего характера.

*Осмотр области сердца и крупных сосудов*:

При осмотре сосудов области шеи пульсации сонных артерий нет. Пульсации в яремной ямке, области сердца и эпигастральной области нет. Пальпация области сердца: верхушечный толчок: невидимый, пальпируется в пятом межреберье, по левой среднеключичной линии, усиленный. Сердечный горб и сердечный толчок отсутствуют. Конфигурация сердца не изменена.

*Аускультация сердца:* тоны сердца приглушены. Акцент 2 тона на аорте. Ритм правильный. ЧСС = 62 удароа в минуту. Шумы не определяются. Шум трения перикарда не выслушивается.

*Исследование сосудов.*

Жалоб нет. При осмотре и ощупывании височные, лучевые, сонные, подключичные, бедренные, подколенные артерии и артерии стопы мягкие, с эластичными стенками.

Частота пульса = 62 уд/мин. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, ненапряженный, нормальной формы. Дефицита пульса нет. Капиллярный пульс отсутствует. АД 145/85 мм. рт.ст.

*Система пищеварения.*

Жалобы. На данный момент нет.

*Деятельность кишечника*: стул бывает ежедневно, один раз в день. Действие кишечника самостоятельное, чувства неполного опорожнения нет. Кал: оформленный, нормальной консистенции, цвет – коричневый, примесей крови и слизи нет. Отхождение газов свободное.

*Исследование органов пищеварения.*

*Осмотр живота*: Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки и асцита. Брюшная стенка участвует в акте дыхания равномерно. Видимой перистальтики нет. Имеются рубцы после аппендэктомии и срединной лапаротомии. Других изменений кожных покровов не отмечается. Выпячиваний в стенке живота при глубоком вдохе и натуживании также не отмечается.

*Система мочевыделения.*

Жалоб нет. Болей в области поясницы, дизурических расстройств, болей в области мочевого пузыря нет.

*Осмотр области почек:* гиперемии и припухлости нет.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. При пальпации верхних и нижних мочеточниковых точек болезненности нет.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

*Система крови.*

Жалоб нет.

Общий осмотр: язык обложен, с белым налетом. Геморрагических высыпаний на коже нет. Увеличение периферических лимфоузлов не отмечается. Симптомы щипка и жгута отрицательные.

*Эндокринная система.*

Жалоб нет. При осмотре области шеи изменений не отмечено.

Щитовидная железа не пальпируется. Экзофтальма нет. Симптомы Дальримпля, Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага отрицательные.

*Нервно-психическая сфера.*

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени. Контактен, охотно общается с врачом. Восприятие не нарушено. Память не снижена, поведение адекватное. Нарушений чувствительности не отмечается. Сон не нарушен.

***План обследования больного.***

Наличие МБТ в мокроте (**+**)

Туберкулинодиагностика – проба Коха отрицательная

2. Общий анализ крови. 22.03.2002

|  |  |
| --- | --- |
| Hb. | 148 г/л |
| Эритроциты | 4.23Х1012 /л |
| СОЭ | 6 мм/ч |
| Лейкоциты | 7.8Х109 /л |
| ПЯЛ | 8% |
| СЯЛ | 53% |
| Лимфоциты | 27% |
| Моноциты | 10% |

Наблюдается небольшой лейкоцитарный сдвиг формулы влево.

###### 3. Биохимический анализ крови. 23.03.2002

|  |  |
| --- | --- |
| Белок общ. | 69 г/л |
| бетта-ЛП | 6.45 г/л |
| Билирубин общ. | 9,7 ммоль/л |
| 1. Прямой
 | 0 |
| 1. Непрямой
 | 9,7 |
| АЛТ | 55,6 |
| АСТ | 66,7 |
| Холестерин | 2,06 |

4. Общий клинический анализ мочи. 23.03.2002

|  |  |
| --- | --- |
| Количество | 100 мл |
| Цвет | Желтая |
| Прозрачность | Неполная |
| Относительная плотность | 1020 |
| Реакция | кислая |
| Белок | не обнаружен  |

*Рентгенограмма*: на рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции, выполненной с техническими недостатками (не видно правого синуса) корни лёгких без изменений, оба купола на обычном уровне. Слева в области первого сегмента определяется кольцевидная тень неправильной формы, средней интенсивности, 4,5 см. диаметром с чёткими внутренними контурами и размытыми наружными, с толщиной стенки около 2 мм. В окружающей тень лёгочной ткани видно затемнение средней интенсивности, с нечёткими контурами, негомогенное. В обоих лёгочных полях определяется массивный диффузный пневмосклероз.

Клинический диагноз:

Фиброзно-кавернозный туберкулёз первого сегмента левого лёгкого; фиброзирующий альвеолит.

Обоснование клинического диагноза.

Основной диагноз поставлен на основании жалоб (кашель со скудно отделяемой мокротой, слабость, общее неудовлетворительное самочувствие), данных анамнеза (длительное течение заболевания – с 1995 года; наличия похожих жалоб, уже имевшие место госпитализации и постановка диагноза «туберкулёз лёгких»), физикальных данных (изменение перкуторного звука над зоной поражения), данных рентгенограммы (характерная картина фиброзно-кавернозного туберкулёза лёгких: кольцевидная тень и фиброзная ткань вокруг каверны), данных лабораторного исследования мокроты (МБТ +).

Лечение:

1. Фтивазид 300 мкг/сут в 3 приёма(30-40 мкг/кг)
2. Стрептомицин 1 г/сут
3. Протионамид 0,5 г/сут в 3 приёма
4. Этамбутол 200 мг/сут в 2 приёма (25 мг/кг)
5. Витамины В1 и В12 (поочерёдно)

Данную терапию проводить в течение 2-х месяцев

Потом перейти на фтивазид и стрептомицин в течение 4-х месяцев

Обоснование лечения: так как процесс хронический и больной неоднократно лечился по поводу туберкулёза лёгких, возможно, что образовались резистентные штаммы и поэтому необходимо назначение не менее 4-х средств для расширения спектра терапевтического воздействия. Стрептомицин и фтивазид используются в качестве базовой терапии. Этамбутол эффективен в отношении штаммов, резистентных к стрептомицину. Протионамид эффективен в отношении в кислой среде, активен по отношению к условно-патогенной флоре и микобактериям, резистентным к другим препаратам.

Прогноз в отношении жизни неблагоприятный. При должном лечении возможно добиться выздоровления, т. к. состояние больного на данный момент удовлетворительное – сказывается проводимая терапия, однако процесс достаточно затяжной (с 1995 года) и осложнён фиброзирующим альвеолитом.

Прогноз в отношении трудоспособности неблагоприятный.