# Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова.

# ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Выполнил:

Проверил:

Москва 2008 г.**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ**

# Фамилия, имя, отчество

# Год рождения: 1970г, 31 год.

Место жительства: г. Москва.

Профессия: Последнее место работы - зав. складом.

Дата поступления в стационар 05.03.2002

Дата курации:

Диагноз при поступлении: Инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легкий в фазе в фазе распада и обсеменения. МБТ+. Мультирезистентность МБТ. Дренажный гнойный эндобронхит. Туберкулез ЛВДБ.

Анамнез жизни.

Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. Много занимался спортом - борьба, карате, бокс.

## Образование: окончил среднюю школу, служил в армии, сменил множество мест работы.

В 1997 году переехал из Владивостока в Москву.

Перенесённые заболевания: в детстве приблизительно раз в 2 года болел простудными заболеваниями, перенес корь, дифтерию, коклюш, пневмонии (2 пневмонии в возрасте 12 лет).

## Профессиональных вредностей не отмечает. Фактор, способствующий заболеванию - переезд и смена места жительства (мигрант), а также постоянная смена мест работы.

Жилищно-материальные условия удовлетворительные. Проживает в отдельной квартире вдвоем с сожительницей, которая здорова.

Наследственный анамнез не отягощен. Отец и Мать живут во Владивостоке, здоровы.

Пациент имел контакт с больным туберкулезом в 1997 году (вместе работали, на протяжении нескольких месяцев).

Аллергологический анамнез: Отмечает аллергические реакции в виде сыпи на некоторые пищевые продукты, но на какие именно ответить не смог.

Вредные привычки: С армии регулярно употребляет алкоголь (ежедневно пьет пиво - от 1 до 4 литров).

Курит по 1 пачке в день. Медицинские факторы, способствующие заболеванию - курение и регулярное употребление алкоголя.

Анамнез заболевания.

Считает себя больным с декабря 1997 года, когда поднялась температура до 40 градусов и начался кашель с мокротой, пациент был госпитализирован в 50 больницу, где на основании рентгенологической картины ему был поставлен диагноз - двусторонней пневмонии. Была начата терапия антибиотиками широкого спектра - с эффектом - состояние пациента улучшилось, температура снизилась до субфебрильных цифр кашель уменьшился. В 50 больнице в анализе мокроты методом люминисцентной микроскопии в большом количестве были обнаружены микобактерии туберкулеза. Для постановки диагноза и лечения пациент был направлен в НИИ фтизиопульмонологии. В 50 больнице было выполнено КТ исследование - в с1 справа выявлялось два образования, близко прилежащих друг к другу диаметром 20 мм, с частично кальцинированными стенками. Вокруг имелась зона перифокальных фиброзных изменений с формированием плевролегочных спаек. В аксиллярном субсегменте слева выявлялось образование размерами 35 34 мм, с мелкими кальцинатами в стенке, внутри которых четко прослеживался бронх. Вокруг этого образования были видны мелкие очаги до 2 -3 мм, кроме того, в легочной ткани верхних долей с обеих сторон, но больше слева, выявлялось несколько очаговых образований от 5 до 10 мм, разной плотности.

В НИИ туберкулеза была произведена бронхоскопия на основании которой был поставлен диагноз дренажного гнойного эндобронхита ЛВДБ.

Было начато лечение по схеме - изониазид 10 мкг/кг ингаляционно и в/м, рифампицин 0,6г/сут, пиразинамид 1,2 г/сут, стрептомицин 1,0 в/м. Данное лечение проводилось до получения результатов чувствительности.

По результатам чувствительности МБТ к препаратам от 10.05.02. МБТ устойчива к изониазиду, рифампицину и стрептомицину в связи с этим схему лечения изменили на - протионамид - 0,25 3 р/день, канамицин по 1,0 в/м, пиразинамид по 1,5через день, этамбутол тпо 1,6 ежедн., циклосерин - 0,25 утром и 0,5 вечером на фоне приема глютаминовой кислоты, пирацетама.

Методом люминисцентной микроскопии от 7.02.02, 13.02.02, 26.02.02 - МБТ выявлены в значительном количестве. При выполнении этого же исследования 3.04.02 и 5.04.02 МБТ выявляются в умеренном количестве, а 3.09.02 МБТ в мокроте не обнаружены (проводится лечение в течение 4 месяцев с учетом чувствительности МБТ).

При контрольной бронхоскопии в июне констатировано клиническое излечение туберкулеза ЛВДБ.

КТ от 9.09.02 - Размеры фокуса в верхней доле правого легкого - 19 14мм, структура его неоднородна, дренируется бронхом (ширина до 6 мм - полость? Просвет бронха?). Тонкостенная полость в верхней доле левого легкого - 13 и 18мм.

За время пребывания в туберкулезном стационаре состояние больного улучшилось, температура нормализовалась, кашель прошел.

Жалоб на момент курации не предъявляет, температура нормальная, кашель не беспокоит.

**Физикальный статус.**

**Общий осмотр.**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, выражение лица без болезненных проявлений, телосложение нормостеническое, удовлетворительного питания походка не изменена­; кожные покровы желтоватые, сухие. На коже предплечий и верхней половины спины единичные сосудистые звездочки. На коже спины угревая сыпь. Отеков нет. Эластичность и тургор кожи нормальные. Температура 37,3.

Толщина подкожно-жировой клетчатки на реберной дуге 1 см.

Лимфоузлы не видны; пальпируются подчелюстные лимфатические узлы (размером 5 – 7 мм, мягкой консистенции, не спаяны с окружающими тканями), пальпация в их проекциях безболезненна. Мышечная система развита умеренно.

**Исследование органов дыхания.**

Дыхание через нос свободное.

Осмотр: форма грудной клетки цилиндрическая; обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

Пальпация: грудная клетка не ригидна, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

Перкуссия: перкуторный звук с коробочным оттенком имеет одинаковую силу и характер в симметричных отделах, несколько ослаблен. Границы легких не изменены, подвижность нижнего края легких в пределах нормы.

Аускультация: дыхание везикулярное, хрипов нет.

**Исследование органов сердечно-сосудистой системы.**

Верхушечный толчок пальпируется в V-м межреберье на 1 см кнутри от l. medioclavicularis sinistra, расширен, не высокий, не резистентный; пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения, симметричен на обеих лучевых артериях; АД 120/90 мм рт. ст.

Границы сердечной тупости расширены вправо.

Аускультация:

Тоны сердца приглушены. Шумов нет.

**Органы пищеварения**

Аппетит хороший, стул 1 раз в день, нормальной консистенции.

Осмотр полости рта: цвет губ, щек, десен, твердого и мягкого неба розовый.

Язык влажный, обложен беловатым налетом, нормальных размеров. При осмотре зева состояние небных дужек удовлетворительное, миндалины не увеличены в размерах, розового цвета, без налета и гнойных пробок.

Зубы требуют санации.

Живот не увеличен, симметричен, участвует в дыхании.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой скользящей пальпации патологии не выявлено.

Печенm +4 по ср.ключичной, +3 по срединной.

При пальпации край печени плотно - эластический, пальпация безболезненна.

Желчный пузырь не пальпируется, область желчного пузыря безболезненна.

**Исследование органов системы мочевыделения.**

Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

**Эндокринная система.**

При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется, не увеличена. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля отрицательны.

**Нервно-психическая сфера.**

Эмоционально лабилен. Интеллект снижен.

**Общий анализ крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Величина | Единицы измерения |
| Лейкоциты | **7** | 103/мм3 |
| Эритроциты | 3,021 | 106/мм3 |
| Hb | **145,2** | г/л |
| Ht | 35,57 | % |
| MCV | 88,4 | мкм3 |
| MCH | 29,18 | пг |
| MCHC | 32,99 | г/дл |
| Тромбоциты | 159 | 103/мм3 |
| Цветной показатель | 0,87 |  |
| СОЭ | 10 | мм/ч |

**УЗИ брюшной полости**

Грубых органических изменений со стороны брюшной полости не выявлено.

Иммунологическое исследование.

Некоторое снижение относительных и абсолютных показателей Т - звена иммунитета.

Биохимия крови.

К - 4,7

Na- 142,1

АСТ - 55,6

АЛТ - 66,7

Спирометрия.

ЖЁЛ впределах вариантной нормы. Умеренное нарушение проходимости периферических воздушных путей. Вентиляционная способность легких умерено снижена.

Компьютерная томография. 25.01.02.

В S1 справа выявляются два образования, близко прилежащие друг к другу диаметром 20 мм с частично кальцинированными стенками. Вокруг имеется зона перифокальных фиброзных изменений с формированием плевролегочных спаек. В аксиллярном субсегменте слева выявляется образование размерами 35 и 45 мм с мелкими кальцинатами в стенке, внутри которых четко прослеживается бронх. Вокруг этого образования на фоне нежных фиброзных изменений видны мелкие очаги до 2 - 3мм. Кроме того в легочной ткани верхних долей с обеих сторон, но больше слева, выявляется несколько очаговых образований от 5 до 10 мм, разной плотности.

Компьютерная томография. 9.09.02.

Размеры фокуса в верхней доле правого легкого - 19 и 14 мм, структура его неоднородная, дренируется бронхом (ширина до 6 мм - полость? Просвет бронха?). Тонкостенная полость в верхней доле левого легкого - 13 и 8мм.

# Клинический диагноз

Инфильтративный туберкулез обоих легких. Фаза инфильтрации.

Данный диагноз бал поставлен на основании:

1. Анамнеза заболевания - Возникновение болезни после контакта с больным туберкулезом.
2. Данных лабораторных методов исследования - Обнаружение МБТ в мокроте.
3. Данных компьютерной томографии.

Дифференциальный диагноз.

**Дифференциальный диагноз.**

Следует проводить дифференциальную диагностику с

Абсцессом, эозинофильным инфильтратом, актиномикозом легких (отсутствуют очаги бронхогенного обсеменения) первично - полостной формой рака (сильнее явления гиповентиляции, чаще возникает ателектаз) и с кистой.

**План лечения на сегодняшний день.**

Ципрофлоксацин антибиотик широкого спектра действия в т.ч. и против МБТ

Протионамид чаще применяется при полирезистентности

Пиразинамид действует на МБТ внутриклеточной локализации, а также на медленноразмножающиеся МБТ, и персистирующие в макрофагах. 25 мг/кг

Циклосерин 0.25 3р/д

Этамбутол 1.6 бактериостатическое действие преимущественно на бытсроразмножающиеся микобактерии вне- и внутриклеточной локализации применяется при полирезистентности штаммов МБТ.

Глютаминовая кислота 2т. 3р/д