Ф.И.О.

Возраст.

Место работы.

Домашний адрес.

Время поступления в клинику.

Дата курации

Жалоб на момент поступления в клинику и на момент курации нет.

Anamnesis morbi.

В августе 2002 года появились жалобы на сухой кашель, одышку, повышение температуры тела до 38,5 С. При рентгенологическом исследовании выявлены изменения в левом легком, с подозрением на нижнедолевую пневмонию больная госпитализирована в Люберецкую ЦРБ где в последующем был поставлен диагноз: Левосторонний экссудативный плеврит неясной этиологии. Были произведены две плевральные пункции выделено 500 мл. и 300 мл. жидкости.

После проведенного лечения антибиотиками через два месяца в удовлетворительном состоянии направлена в НИИ Фтизиопульмонологии для контроля проведенного лечения и уточнения диагноза. Было рекомендовано проведение профилактической терапии двумя противотуберкулезными препаратами Этамбутолом и Изониазидом, которые, со слов больной, не принимала.

В марте 2004 года при контрольном прохождении рентгенологического исследования отмечается появление инфильтративных изменений в верхней доле левого легкого и ограниченный инфильтрат в верхней доле правого легкого. Больная направлена в НИИ Фтизиопульмонологии для проведения обследования и лечения.

 Anamnesis vitae.

- Контакт с больными туберкулезом: не выявлен. В окружении лиц, длительно кашляющих, часто болеющих простудными заболеваниями больная не отмечает.

- Здоровье семьи: больных туберкулезом не выявлено, наследственность не отягощена.

- Условия проживания: удовлетворительные, живет вместе с родителями в двухкомнатной квартире.

- Питание: удовлетворительное на всем протяжении жизни.

- Злоупотребление алкоголем, табакокурение, прием наркотических средств больная отрицает.

- Перенесенные заболевания:

В 2000 году Гепатит В.

В 2002 году Левосторонний экссудативный плеврит.

Оперативных вмешательств, травм не было.

- Менструации с 13 лет по 5-6 дней, обильные, безболезненные через 28 дней. Половой жизнью живет с 19 лет. Беременностей- 0.

Аллергическая реакция на яичный белок. На лекарственные препараты реакций не отмечала.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Непосредственных контактов по туберкулезу больная отрицает. Возможность возникновения легочной патологии у больной определяется перенесенным левосторонним экссудативным плевритом неясной этиологии в 2002 году, и в дальнейшем отказа от проведения профилактической терапии двумя противотуберкулезными препаратами Этамбутолом и Изониазидом.

**ОБЪЕКТИВНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в пространстве, времени, своей личности ориентирована. Положение больной активное.

Рост - 166 см. Масса тела - 56 кг. При осмотре головы, лица, шеи - патологических изменений не наблюдается. Лицо не выражает болезненных проявлений.

Кожные покровы.

Кожные покровы бледно - розовой окраски. Чистые, умеренно влажные. Эластичность кожи умеренная.

Подкожная жировая клетчатка.

Подкожный жировой слой умеренно развит, пациентка нормального питания. Отеков нет.

Лимфатическая система.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Костная система.

Жалоб нет. Деформации, болезненности при ощупывании, поколачивании не отмечается.

Суставы - при пальпации деформации не отмечается, припухлости суставов нет. Кожные покровы над поверхностью не изменены.

Система органов дыхания.

Исследование верхних дыхательных путей.

Дыхание через нос свободное. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранено. Голос чистый. Дыхание не затруднено. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании области гортани болезненность не определяется.

Осмотр грудной клетки.

Форма грудной клетки астеничная, асимметрии нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - смешанный. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Частота дыхания - 16 в мин. Ритм правильный.

Пальпация грудной клетки.

При пальпации грудной клетки болезненность не выявляется. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание нормальное во всех областях и одинаково на симметричных участках.

Перкуссия легких.

Сравнительная перкуссия.

У больной при перкуссии определяется притупление легочного звука в верхних отделах грудной клетки с левой стороны.

Аускультация легких.

При аускультации над легкими выслушивается везикулярное дыхание над всей поверхностью грудной клетки с обеих сторон. Крепитация и шум трения плевры не прослушивается. Хрипов нет .

 Топографическая перкуссия: Высота стояния верхушек

 справа слева

 спереди 3 см выше уровня ключицы 3,5 см выше уровня ключицы

 сзади на уровня остистого 1 см выше уровня остистого

 отростка 7 шейного позвонка отростка 7 шейного позвонка

Нижние границы легких

Топографические линии справа слева

окологрудинная 5 ребро - ребро

среднеключичная 6 ребро 6 ребро

передняя подмышечная 7 ребро 7 ребро

средняя подмышечная 8 ребро 8 ребро

задняя подмышечная 9 ребро 9 ребро

лопаточная 10 ребро 10 ребро

околопозваночная 11 грудной позвонок

Система кровообращения.

Жалоб нет

Осмотр в области сердца и крупных сосудов.

При осмотре сосудов шеи - нормальная пульсация сонных артерий . Грудная клетка в области сердца не изменена .

Верхушечный толчок не видимый , пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии на 1 см.

Исследование системы пищеварения.

Жалоб нет.

Вкусовые ощущения не изменены. Жажды нет.

Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регулярная, стул бывает каждый день. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета без патологических изменений. Отхождение газов свободное, умеренное. Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, чистый. Нитевидные и грибовидные

сосочки языка выражены достаточно хорошо. Зев розовой окраски. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность ее гладкая .

Осмотр живота.

Живот не увеличен, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Мышцы брюшной стенки активно участвуют в акте дыхания.

Пальпация живота.

При поверхностно ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. При исследовании “ слабых мест ” передней брюшной стенки пупочного кольца грыжевых выпячиваний нет.

Симптом Щеткина - Блюмберга - отрицательный.

Границы печени.

Печень пальпируется на 1см. ниже края реберной дуги ( по правой срединно-ключичной линии ), край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует.

Селезенка не пальпируется.

Исследование поджелудочной железы.

Поджелудочная железа не пальпируется .

Система мочеотделения.

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется . Почки не пальпируются . Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Мочевой пузырь перкуторно пуст. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное, не учащено.

Эндокринная система.

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается.

Щитовидная железа не пальпируется.

Нервно-психическая сфера.

Больная ориентирована во времени и пространстве. Восприятие не нарушено, общительна, контактна. Память сохранена. Интеллект соответствует уровню развития.

Головокружений, обмороков нет. Сон не нарушен.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

При исследовании органов дыхания, ССС, пищеварительной, нервной, эндокринной, мочевыделительной систем патологических изменений не выявлено.

**Лабораторная диагностика.**

АНАЛИЗ МОЧИ. 23.03.04.

 Цвет - светло желтый.

Прозрачность - мутноватая.

Относительная плотность - 1020

Реакция - кислая .

Белок - нет

Глюкоза - нет

Лейкоциты ед в п/зрения

Слизь - умеренное количество

БИОХИМИЯ КРОВИ 23.03.04 06.04.04.

Билирубин общ.- 9,2 мкмоль/л 11,1 мкмоль\л

Билирубин непрям. 9,2 мкмоль\л 11,1 мкмоль\л

Аспартатаминотрансфераза 66,7 нмоль/с-л 136,2нмоль/с-л

Аланиноаминотрансфераза 66 ,7 нмоль/с-л 436,4нмоль/с-л

Глюкоза 4,1

Калий в сыворотке 4,3 ммоль/л

Натрий 137,5 ммоль/л

Данное изменение картины биохимии крови можно расценивать как реакция печени на терапию, так как противотуберкулезные препараты обладают явной гепатотоксичностью.

25.03.04.

ВИЧ - отр.

Гепатит В - отр.

Гепатит С - отр.

Сифилис - отр.

ГЕМОГРАММА 23.03.04.

WBC 7,1 10 /mm

RBC 4,50 10 / mm

HGB 10,7 g/dl

HCT 31,3%

MCV 70 Hm

MCH 23,9 pg

MCHC 34,3 g /dL

PLT 142 10/mm

Лейкоциты 7,1

Нейтрофилы 48

Базофилы -

Эозинофилы 2

Лимфоциты 39

Моноциты 11

п\я 3

СОЭ - 43

АНАЛИЗ МОКРОТЫ НА МБТ

дата забора материала: 23.03.04. 25.03.04.

Выявлены единичные в поле зрения. Выявлены единичные в поле зрения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОМЫВНЫХ ВОД БРОНХОВ 23.03.04.

Жидкость БАЛ - на грибы - отр.

Жидкость БАЛ - При культуральном исследовании гноеродной аэробной микрофлоры не выявлено.

ИССЛЕДОВАНИЯ ФВД 23.03.04.

Заключение : жизненная емкость легких в пределах вариантов нормы, умеренное нарушение проходимости периферических воздушных путей. Вентиляционная способность умеренно снижена.

ФБС 23.03.04.

Слизистая оболочка трахеи и видимых бронхов обычной бледно розовой окраски. Картина острая, подвижная. Патологического секрета нет. Устья видимых бронхов раскрыты, не деформированы. Взята щипцовая биопсия, смыв на МБТ, грибы, микрофлору.

Заключение: Патологии в трахеобронхиальном дереве не обнаружено.

КТ органов грудной клетки 29.03.04.

На компьютерной томограмме органов грудной клетки , выполненной в аксиальной проекции, определяется в левом легком в С1+2 и С6 инфильтрация легочной ткани с полостями распада. В верхнем отделе С2 мелкая полость распада 4х4 мм. у основания сегмента, 5х5 мм. В С6 каверна 1,4х1,0 мм.. Множественные очаги и мелкие фокусы видны билатерально, преобладают в С2, С6 и С8.

В С3 слева инфильтрат 12х11 мм довольно четко ограничен. Увеличения и обезыствления лимфоузлов не выявлено.

Заключение: Инфильтративный туберкулез. Фаза распада с локализацией в С1+2 левого легкого.

ЭКГ 23.03.04

Ритм синусовый, нормосистолия. Нормальное положение ЭОС.

Заключение отоларинголога 23.03.04

Назначения ототоксических препаратов не противопоказано.

Заключение окулиста 6.04.04.

Visus OU = 1,0 . Лечение этамбутолом не противопоказано.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

По данным лабораторных и инструментальных методов исследования у данного больного выявлено : увеличение СОЭ до 43 мм/час , анализ мокроты на МБТ " + " , рентгенографическое исследование - в верхней доли левого легкого определяется инфильтрация легочной ткани с полостями распада, с очагами обсеменения в верхние отделы правого легкого.

ДИАГНОЗ.

Основное заболевание: Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения (в верхнюю долю правого легкого), МБТ +.

Сопутствующие заболевания: нет

Осложнения: нет.

Дифференциальный диагноз:

Инфильтративный туберкулез легких нужно дифференцировать с раком легких и неспецифической пневмонией.

При диагностике рака легкого обращают внимание на наличие таких факторов, как курение, профессиональные вредности , рецидивирующие бронхиты и пневмонии, наличие остаточных посттуберкулезных изменений. Начало заболевания, как при раке, так и при туберкулезе постепенное. Клинические симптомы также сходны: слабость, кашель с выделением мокроты, иногда кровохарканье, одышка, постепенно нарастающая боль в груди. В рентгенологической картине центрального рака легкого на первый план выступают признаки гиповентиляции или ателектаза сегмента или доли. Тень опухоли нередко имеет полициклическое, тяжистые контуры регионарные внутригрудные лимфатические узлы увеличены. При распаде опухоли на томограммах или рентгенограммах определяются участки просветления, похожие на деструкцию при туберкулезе. При перибронхиальном росте рака рентгенологическая картина его мало похожа на картину инфильтративного туберкулеза: выявляются утолщенные стенки бронхов и тяжистые тени в окружающей легочной ткани. Большую помощь в постановке диагноза рака оказывают многократные исследования мокроты на опухолевые клетки. При проведении противотуберкулезной терапии при инфильтративном туберкулезе отмечается положительная динамика , а при раке легкого изменения нарастают.

Ряд признаков позволяет отличить инфильтративный туберкулез от неспецифической пневмонии. В анамнезе у больного пневмонией имеются указания на переохлаждение , хроническое заболевание дыхательных путей. Начало заболевания острое, с быстрым повышением температуры тела до 39 - 40 С , резким ознобом , головными болями, иногда адинамией , болью в груди , суставах. Обычно отмечаются ларингит, трахеобронхит, сухой кашель или с выделением слизистой мокроты. В легких выслушивают сухие хрипы и влажные хрипы , более обильные , чем при туберкулезе. В гемограмме более выраженные изменения, чем при туберкулезе. Рентгенологически в верхних или нижних долях легких, на фоне усиленного деформированного легочного рисунка определяются участки более однородной, чем при туберкулезе, инфильтрации с нечеткими контурами. При исследовании мокроты или промывных вод бронхов у больных с неспецифической пневмонией можно определить неспецифическую бактериальную микрофлору или вирусы. При лечении антибиотиками широкого спектра действия у больных пневмонией отмечается положительная рентгенологическая динамика, параллельная исчезновению клинических симптомов заболевания.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА.**

Диагноз туберкулеза был поставлен на основании: обнаружение МБТ в мокроте, данных рентгенологической картины: отмечается появление инфильтративных изменений в верхней доле левого легкого и ограниченный инфильтрат в верхней доле правого легкого. Клиническая форма - инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого можно поставить на основании : возраста больной, т.к. по статистике заболевают в основном лица молодого возраста, увеличение СОЭ ( до 43 мм/час ) и данным КТ : На компьютерной томограмме органов грудной клетки , выполненной в аксиальной проекции , определяется в левом легком в С1+2 и С6 инфильтрация легочной ткани с полостями распада. В верхнем отделе С2 мелкая полость распада 4х4 мм. у основания сегмента, 5х5 мм. В С6 каверна 1,4х1,0 мм.. Множественные очаги и мелкие фокусы видны билатерально, преобладают в С2, С6 и С8.

В С3 слева инфильтрат 12х11 мм довольно четко ограничен. Увеличения и обезыствления лимфоузлов не выявлено. Фаза процесса распада ставится на основании произведенной КТ органов грудной клетки, где в левом легком определяется инфильтрация легочной ткани с полостями распада. Фаза обсеменение ставится на основании рентгенограммы, где видны очаги обсеменения в верхних отделах правого легкого.

**ЛЕЧЕНИЕ:**

При лечении туберкулеза применяют комплексную противотуберкулезную терапию . Резистентность микобактерий к лекарственным средствам представляет проблему , она возникает при неадекватности предыдущего лечения ( или подхода к больному ) и устойчивости возбудителя к препаратам. При подозрении на резистентность первоначально применяют одновременно четыре препарата : изониазид , рифампицин , этамбутол и пиразинамид. После определения чувствительности один из этих препаратов можно отменить. В данном случае можно использовать следующую схему лечения:

Изониазид 300 мг х 2 раза , от Рифампицина следует оказаться так как в анамнезе гепатит В, и появились изменения в Б.Х. картине крови, данный препарат следует заменить Каномицина сульфатом 1гр. х 1раз в/м, пиразинамид 1,5 г , этамбутол 15мг /кг в сутки в течении 2 мес .

Данная схема лечения эффективна при подозрении на отсутствие резистентность к терапии , т.к. лечение проводится коротким курсом , но положительного эффекта можно добиться при полном контроле за лечением. Изониазид - активный бактерицидный препарат, обладает способностью быстро инактивировать большое количество активно метаболизирующих МБТ, способен предотвращать возникновение приобретенной лекарственной устойчивости путем подавления резистентности мутантов, имеющихся в любой бактериальной популяции.

Канамицина сульфат - антибиотик обладающий широким спектром действием, т.е. способности инактивировать популяции медленно или периодически метаболизирующих и " полуспящих " МБТ , этим же действием обладает пиразинамид (тизамид) - синтетический препарат.

Помимо антимикробных препаратов больной показано:

Витамин В ( пиридоксин ) 0,06 г в день для предупреждения или уменьшения токсичных явлений , наблюдающихся при применении противотуберкулезных препаратов ( изониазид).

Мукалтин 0,05 г 2 раза в день - обладает отхаркивающим действием.

Бромгексин 2 таблетки 3 раза в день

Корсил 1к. 3 раза в день - гепатопротектор, нормализует функцию печени.

Прогноз: для жизни - благоприятный

Работа в очаге инфекции :

В данном случае, очаг инфекции № II с меньшим риском заражения.

Нужно посещать очаг врачу фтизиатру, по месту жительства, по показаниям, но не реже 1 раза в полгода и медицинской сестре, также по показаниям, но не реже 1 раза в квартал. Специалисту санитарно-эпидемического надзора нужно приходить в очаг по показаниям , но не реже 1 раза в год. Нужно проводить ежедневную влажную уборку комнат, обеззараживать такие предметы как: плевательница, посуда, белье, предметы уборки помещения и мокроту. Уборку мест общественного пользования (ванная, кухня, туалет и др.) нужно проводить с дезрастворами, но только по показаниям. Дезинфекцию квартиры, где живет больной, провести 1 раз после поступления в стационар пациента.

Родителям больной и лицам, которые, длительно находились с больной в постоянном контакте нужно сделать флюорографию или рентгенографию органов грудной клетки. И провести профилактический курс химиопрепаратами.

4 А - члены семьи, для больного 1 тип.