**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. **Ф.И.О.** x

2. **Возраст:** 23 года

3. **Домашний адрес:**

4. **Место работы:** не работает, инвалид II группы

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Больной жалуется на одышку с затруднением вдоха после небольшой физической нагрузки, кашель с небольшим количеством мокроты, насморк.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Больной x родился в 1972 году единственным ребенком в семье. В детстве в развитии не отставал от сверстников, материально-бытовые условия были удовлетворительными. Из детских болезней перенес ветряную оспу. Закончил среднюю школу, затем поступил в ПТУ №38 г. Димитрово, после окончания учебы работал на Димитровском авторемонтном заводе токарем в цехе выплавки чугуна. Больной отмечает следующие вредности на производстве: запыленность, резкие перепады температуры воздуха, постоянные сквозняки. С 11 лет болен тяжелой формой сахарного диабета. Часто болеет простудными заболеваниями (3-4 раза в год). В 1984 году перенес пневмонию с подозрением на туберкулез в нижней доли правого легкого, однако после обследования заболевание туберкулезом было исключено. В 1992 году болел гепатитом В (вероятно, был инфицирован при парентеральном введении препаратов инсулина), а через год— гепатитом А, после чего страдает хроническим персистирующим гепатитом. Курил в течении 6 лет до 2 пачек сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Бабушка пациента болела туберкулезом. Аллергии на пищевые продукты, лекарственные препараты, растения нет. Во время рентгенобследований на профосмотрах патологии со стороны легких выявлено не было.

**АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Заболел остро в мае 1994 года, когда возникли кашель, насморк, повышение температуры до 39,7 С°, инспираторная одышка, боль в грудной клетке при глубоком вдохе. Лечился домашними средствами. В июле того же года впервые возникло кровохарканье, по поводу чего был доставлен скорой помощью в терапевтическое отделение Красноармейской городской больнице, где был лечился антибиотиками широкого спектра (пенициллин, цефазолин) по поводу пневмонии в течение месяца, ввиду безуспешности лечения был направлен в Областную клиническую туберкулезную больницу, где был поставлен диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, БК+. На фоне проводимого лечения общее состояния улучшилось, исчезли кашель, температура, однако несколько раз повторялось кровохарканье. В августе 1995 года возникло обострение процесса: ухудшение общего состояния (тошнота, рвота, резко похудение), повышение температуры, кровохарканье.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Общее состояние больного удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы нормальной влажности и эластичности, с сероватым оттенком, видимые слизистые розового цвета, без очаговых изменений. Периферические узлы не увеличены, пальпация их безболезненна. Опорно-двигательный аппарат без особенностей.

Голос не изменен, дыхание через нос затруднено из-за хронического ринита. Грудная клетка нормостеническая, без деформаций, симметричная. Обе половины активно участвуют в акте дыхания, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Над- и подключичные ямки умеренно выражены. Частота дыхания— 18 в минуту, одышки на момент осмотра нет. Голосовое дрожание не изменено. При сравнительной перкуссии над легкими определяется легочной звук, справа спереди по срединно-ключичной линии от ключицы до 2 межреберья определяется притупление перкуторного звука. Верхние границы лёгких: правое спереди— на 3 см выше ключицы, правое сзади— на уровне VII шейного позвонка; левое спереди— на 4 см выше ключицы, левое сзади— на уровне VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига слева и справа— 4 см. Нижние границы легких представлены в таблице 1. При аускультации над большей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание, над областью притупления перкуторного звука на фоне жесткого дыхания имеются влажные мелкокалиберные хрипы, не изменяющиеся при покашливании и перемене положения тела больного.

Сердечный толчок определяется в пятом межреберье по среднеключичной линии. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости представлены в таблице 2. При аускультации тоны сердца чистые, без патологических шумов. АД— 110/60, пульс— 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения, хорошего наполнения.

Аппетит хороший, акт глотания не нарушен, диспепсических расстройств нет. Слизистая полости рта розового цвета, налета на языке нет. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отрезки кишечника без особенностей. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, край ее неровный, при пальпации чувствительный.

Мочеиспускание не нарушено, количество мочи на фоне инсулинотерапии нормальное. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Больной охотно вступает в контакт, доброжелателен. Настроение сниженное, сон не нарушен.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

1. Общий анализ крови

2. Биохимический анализ крови

3. Общий анализ мочи

4. Анализ мочи на сахар и белок

5. Общий анализ мокроты

6. Анализ мокроты на БК

7. Обзорная рентгенография органов грудной клетки

8. Томография легких

9. Туберкулинодиагностика

10. Функциональные методы исследования легких

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ**

***Анализ крови*** от 12.VIII.94 г.: эритроциты- 4,4\*1012, Hb- 147 г/л, ЦП- 1.0, лейкоциты- 7.2\*109, эозинофилы- 1%, нейтрофилы: палочкоядерные- 4%, сегментоядерные- 56%; лимфоциты- 37%, моноциты- 2%, СОЭ- 30 мм/ч.

***Анализ крови*** от 5.I.96 г.: эритроциты- 4,5\*1012, Hb- 142 г/л, ЦП- 1.0, лейкоциты- 7.3\*109, эозинофилы- 1%, нейтрофилы: палочкоядерные- 6%, сегментоядерные- 68%; лимфоциты- 20%, моноциты- 5%, СОЭ- 10 мм/ч.

***Анализ мочи*** от 12.VIII.94 г.: уд. вес- 1033, белок- нет, лейкоциты- изредка, соли- оксалаты, слизь- нет, эпителий- плоский изредка, реакция- кислая.

***Анализ мочи*** от 5.I.96 г.: уд. вес- 1036, белок- 0,06 г/л, лейкоциты- 10-20 в п/зр., соли- нет, слизь- умеренно, эпителий- нет, реакция- кислая.

***Общий анализ мокроты*** от 12.XII.95 г.: цвет- зеленовато-серый, консистенция- вязкая, лейкоциты в детрите- все п/зр., эритоциты- нет, эпителий- нет, эластические волокна- нет

***Исследование мокроты на БК:*** методом флотации обнаружены БК, чувствительные ко всем препаратам.

***ЭКГ и ФВД-*** норма.

***Кровь на РВ и ВИЧ-*** отрицат.

**ДАННЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**12.VIII.94 г.:** на обзорной рентгенограмме легких справа в верхней доле определяется обширный участок инфильтрации, структура неоднородная, слабой интенсивности, с нечеткими границами. На томограмме верхней доли определяется зона инфильтрации с наличием полости размерами 5\*2,5 см.

**5.I.96 г.:** на обзорной рентгенограмме легких справа в верхней доле определяется обширный участок инфильтрации, структура неоднородная, средней интенсивности, с нечеткими границами. На томограмме верхней доли определяется зона инфильтрации с наличием многочисленных полостей распада размерами до 2,5 см, стенки полостей утолщены.

**ДАННЫЕ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ**

Туберкулинодиагностика не проводилась.

**СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

***Исследование мокроты на БК:*** методом флотации обнаружены БК, чувствительные ко всем препаратам.

***ЭКГ и ФВД-*** норма.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

У данного больного можно заподозрить туберкулез легких на основании следующих признаков: предрасположенность больного к заболеванию туберкулезом (наличие сахарного диабета), наличие признаков пневмонии, периодическое кровохарканье, безуспешность лечения антибиотиками широкого спектра в течении месяца, наличие БК в мокроте, наличие на рентгенограммах фокуса инфильтрации с очагами распада, минимальные изменения в крови, определенная положительная динамика изменений при проведении специфической противотуберкулезной терапии.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Инфильтративный туберкулез легких необходимо дифференцировать с неспецифической пневмонией, гриппом, опухолями легких.

При **гриппе** симптомы заболевания обычно проходят через 8-10 дней после начала лечения, а при туберкулезе “гриппозное” состояние длится 15-20 и более дней, затем симптомы исчезают, но возникают частые рецидивы. При гриппе более выражены симптомы интоксикации: головная боль, общая слабость, чем при туберкулезе. В крови при гриппе наблюдается высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, резке ускорение СОЭ. При рентгенисследовании при гриппе редко обнаруживается инфильтрат, который имеет менее выраженную интенсивность, чем при туберкулезе.

**Неспецифические пневмонии** имеют острое начало, в мокроте не обнаруживается микобактерия туберкулеза, а обнаруживаются возбудители неспецифических пневмоний: стрептококки, пневмококки и др.; туберкулиновые пробы отрицательные, в крови обнаруживается высокий лейкоцитоз со сдвигом влево, на рентгенограмме тень менее интенсивна, чем при туберкулезе, отсутствуют очаги распада. Пневмония обычно хорошо лечится антибиотиками широкого спектра действия в течении месяца.

При **раке легкого** тень обычно более интенсивна, имеет четкие, ровные границы, при проведении специфической противотуберкулезной терапии она не уменьшается, а, наоборот, увеличивается, более выражены симптомы интоксикации, отмечается резкое похудение больного. В крови при раке наблюдается гипорегенераторная гипохромная анемия, снижение количества лейкоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов.

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, БК+, сахарный диабет, тяжелая форма.**

**ПЛАН ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Лечение по поводу инфильтративного 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 бактеристатической 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.

Rp: Streptomycini sulfatis 1.0
D.t.d.n. 10 in vitro orig.
S. Содержимое флакона растворить в 10 мл физ. р-ра, вводить в/м 1 р. в день

Rp: Tab. Isoniazidi 0.3
D.t.d.n. 100
S. По 3 табл. 1 раз в день

Rp: Tab. Ethambutoli 0.4
D.t.d.n. 100
S. По 2 табл. 1 раз в день

**ДНЕВНИК**

**15.II.96 г.**

Общее состояние больного удовлетворительное, температура тела нормальная. При сравнительной перкуссии над легкими определяется легочной звук, справа спереди по срединно-ключичной линии от ключицы до 2 межреберья определяется притупление перкуторного звука. При аускультации над большей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание, над областью притупления перкуторного звука на фоне жесткого дыхания имеются влажные мелкокалиберные хрипы, не изменяющиеся при покашливании и перемене положения тела больного. При аускультации тоны сердца чистые, без патологических шумов. АД— 120/65, пульс— 72 в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения, хорошего наполнения. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отрезки кишечника без особенностей. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, край ее неровный, при пальпации чувствительный. Мочеиспускание не нарушено, количество мочи на фоне инсулинотерапии нормальное. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**16.II.96 г.**

Общее состояние больного удовлетворительное, температура тела нормальная. Перкуторная и аускультативная картина без изменений. ЧД=17. Тоны сердца чистые, без патологических шумов. АД— 115/65, пульс— 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения, хорошего наполнения. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ БОЛЬНОГО**

Т.к. больной является бактериовыделителем, то он представляет эпидемиологическую опасность в плане распространения инфекции, в связи с чем лечение должно проводится в условиях соответствующего стационара.

**ГРУППА ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА**

Т.к. у данного больного имеется впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением, который протекает с обострениями, то данный больной относится к I группе диспансерного учета, подгруппе А и должен находится на лечении в туберкулезном стационаре.

**ПРОГНОЗ ДЛЯ ЖИЗНИ И РАБОТЫ**

В случае полного излечения больного возможно его возвращение к прежней работе. Обычно при эффективности лечения инфильтративная форма туберкулеза редко дает осложнения.

**ЭПИКРИЗ**

Больной x, 1972 года рождения, в июле 1994 года был доставлен скорой помощью в терапевтическое отделение Красноармейской городской больнице с жалобами на кровохарканье, одышку с затруднением вдоха после небольшой физической нагрузки, кашель с небольшим количеством мокроты, насморк. Заболел остро в мае 1994 года, когда возникли кашель, насморк, повышение температуры до 39,7 С°, инспираторная одышка, боль в грудной клетке при глубоком вдохе. Ввиду безуспешности лечения в течение месяца антибиотиками широкого спектра (пенициллин, цефазолин) по поводу пневмонии был направлен в Областную клиническую туберкулезную больницу, где был поставлен диагноз: инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, БК+.

Общее состояние больного удовлетворительное. При сравнительной перкуссии над легкими определяется легочной звук, справа спереди по срединно-ключичной линии от ключицы до 2 межреберья определяется притупление перкуторного звука. Границы легких в пределах нормы. При аускультации над большей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание, над областью притупления перкуторного звука на фоне жесткого дыхания имеются влажные мелкокалиберные хрипы, не изменяющиеся при покашливании и перемене положения тела больного. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. При аускультации тоны сердца чистые, без патологических шумов. АД— 110/60, пульс— 76 в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения, хорошего наполнения. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отрезки кишечника без особенностей. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, край ее неровный, при пальпации чувствительный. Мочеиспускание не нарушено, количество мочи на фоне инсулинотерапии нормальное. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Общие анализы крови, мочи и мокроты без особенностей, при исследование мокроты на БК методом флотации обнаружены БК, чувствительные ко всем препаратам. Рентгенографическое исследование: 12.VIII.94 г.: на обзорной рентгенограмме легких справа в верхней доле определяется обширный участок инфильтрации, структура неоднородная, слабой интенсивности, с нечеткими границами. На томограмме верхней доли определяется зона инфильтрации с наличием полости размерами 5\*2,5 см; 5.I.96 г.: на обзорной рентгенограмме легких справа в верхней доле определяется обширный участок инфильтрации, структура неоднородная, средней интенсивности, с нечеткими границами. На томограмме верхней доли определяется зона инфильтрации с наличием многочисленных полостей распада размерами до 2,5 см, стенки полостей утолщены.

Больной получает лечение: стрептомицин (1г в день), изониазид (0,9г в день), этамбутол (0,8г в день), тималин (10мг в день), вит. В1, В6

На фоне проводимого лечения общее состояния улучшилось, исчезли кашель, температура, однако несколько раз повторялось кровохарканье. В августе 1995 года возникло обострение процесса: ухудшение общего состояния (тошнота, рвота, резко похудение), повышение температуры, кровохарканье.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства: В 2-х томах.-10-е изд. стер.- М.: Медицина, 1987.

2. Пилипчук Н.С. Туберкулез.- 4 изд., перераб. и доп.- К.: Вища шк. Головное изд-во, 1987.