***Паспортная часть***

 Ф.И.О.:

Возраст: 32 года

Образование: среднее специальное

Место жительства: Хабаровский край, временно г. Москва

Время поступления в стационар: 17 февраля 2002г

Дата курации: 10 октября 2002.

Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких в фазе распада и обсеменения (округлый инфильтрат). МБТ (-). Мультирезистентность.

***Здоровье семьи и контакт с больным туберкулеза***

В семье – двоюродный дядя по отцовской линии болел туберкулезом (форма неизвестна, после пребывания в учреждениях пенитенциарной системы), жил отдельно, общался с семьей редко, последний контакт в 1977 году (возможный источник первичного инфицирования);

В течение двух лет (1997-1999гг) на работе – контакт с больным открытой (?)формой туберкулеза (кровохарканье), вышедшим из заведений пенитенциарной системы, совместное питание – длительный производственный контакт.

***Анамнез жизни***

 Рос и развивался нормально. Учебный материал усваивал удовлетворительно. Служил в армии в пехоте, после работал на корабле, совершающем рейсы на Дальний Восток, с 1997 по 1999гг – охранником; последнее место работы – зав. Складом в коммерческой фирмы – отмечает вредности: запыленность и повышенная влажность рабочего места, нерегулярное питание, стрессы, недосып и злоупотребление алкоголем. В течение 5 месяцев (с августа 2001 года) до диагностики заболевания нигде не работал, сидел дома. По словам больного, питался нерегулярно, разнообразно.

Женат, детей нет.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные (живет с женой в отдельной квартире), бюджет семьи средний.

Перенесенные заболевания: пневмония (правосторонняя) в 1886 году (в армии); острый эрозивный гастрит в 2000г (вылеченный), хронический бронхит курильщика (ХОБ) в течение 7 лет.

Операций не было, донором не был.

Наследственный анамнез–у матери - гастрит; бабушка по отцовской линии – бронхиальная астма; у брата – рожа; двоюродный дядя с отцовской стороны – туберкулез.

Аллергологический анамнез – аллергия на цитрусовые, проявляется кожным зудом..

Вредные привычки – курит 15 сигарет в день в течение 17 лет (с 14-15 лет); злоупотребляет спиртными напитками – со слов больного в среднем выпивает каждый день по бутылке пива и раз в неделю бутылку водки.

*Факторы риска развития туберкулеза:*

* Социальные: миграция (Москва – временное место жительства), нерегулярное питание
* Медико- биологические: ХНЗЛ (хронический обструктивный бронхит), нерегулярное питание, злоупотребление алкоголем.

***Анамнез настоящего заболевания***

В течение 7 лет кашель, преимущественно утренний, со скудным выделением мокроты – хронический обструктивный бронхит курильщика.

Больным считает себя с 2-3 января, когда, после бани (31 декабря), почувствовал слабость, озноб, появился сухой кашель, потливость, температура поднялась до 39ºС, лечился ципролетом и аспирином и на следующий день температура снизилась до 37ºС, остальные симптомы сохранились. Обратился в районную поликлинику, где была сделана флюорография и с диагнозом двусторонняя пневмония больной был направлен в 50 больницу. 11.01 - на рентгенограмме - 2-сторонний инфильтративный процесс в легких, ОАК - эр 5,2,Hb 160,лейк 5,6; эоз 2, п 1, сегм 54, лимф 30, мон 13, СОЭ 24; ОАМ без патологии; б/х мочевина - 4,1; глк - 5,2; МБТ (-) при люминесцентной б/скопии. Применялась терапия пенициллином в/м и трихополом в течение 20 дней. На фоне лечения самочувствие улучшилось, кашель уменьшился, однако сохранялись вечерний субфебрилитет, изменения на рентгенограммах (отсутствие положительной динамики), появились влажные хрипы в легких. Была выполнена КТ, на которой в S1 справа определялись 2 образования по 20 мм в диаметре, в аксиллярном субсегменте слева – дренирующееся образование 35\*45мм (туберкулемы?), вокруг – очаги до 2-3мм; в верхних долях обоих легких, больше слева – очаги размером 5-10мм., внутригрудные лимфатические узлы не увеличены. Больной был направлен на консультацию в НИИ ФП. При исследовании мокроты методом люминесцентной бактериоскопии было обнаружено умеренное количество кислотоустойчивых микобактерий. 17 февраля поступил в клинику фтизиопульмонологии с диагнозом: Инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких в фазе распада и обсеменения, МБТ +.

При бронхоскопии был выявлен дренажный гнойный эндобронхит I степени, туберкулез ЛВДБ.

В анализах крови-увеличение палочкоядерных нейтрофилов (до 6%).

Через неделю после поступления – эпизод кровохарканья, который больной скрыл.

До получения результатов антибиотикорезистентности проводилась терапия основными противотуберкулезными препаратами по схеме:

Изониазид 10%- 3,0 в ингаляциях +10%- 4,5 в/м

Рифампицин 0,6; стрептомицин 1,0; пиразинамид 1,5 ч-з/день, этамбутол 1,2 ч/д

, а также Вит. В6 40мг\*2, карсил 1\*3, ингаляции с диоксидином.

На фоне лечения в течение 2-х недель нормализовалась температура, больной поправился на 5 кг, сохранялся утренний сухой кашель.

Наблюдалось умеренное бактериовыделение по данным люминесцентной бактериоскопии.

Однако рентгенологически четкой положительной динамики не отмечалось: уменьшилось образование и закрылась полость в левом легком, однако в правом легком уменьшения тени не произошло, образовалась полость, сохраняются признаки обсеменения окружающих легочных полей.

В лабораторных показателях в это время (апрель-май) – повышение СОЭ (до 8-9), лейкоцитоз (до 9,7тыс), снижение количества лимфоцитов до 24 и повышение моноцитов до 11%.

После определения чувствительности МБТ к антибактериальным препаратам, в мае 2002г, схема лечения была изменена:

Протионамид 0,25\*3, пиразинамид 1,5 ч/д, этамбутол1,5 ежедн.,канамицин 1,0 в/м, циклосерин 0,25 утром и 0,5 веч, а также патогенетическая терапия тиосульфатом натрия 30% - 10,0в/в №30, карсил, пирацетам и глутаминовая кислота.

На этом фоне с 13 июня по данным люминесцентной бактериоскопии бактериовыделение прекратилось, при бронхоскопии диагностировано клиническое излечение туберкулеза ЛВДБ и дренажного гнойного эндобронхита. По данным КТ очаги уменьшились в размерах, полости распада с обеих сторон ( к июлю).

30.06.02 к терапии добавлены порошок висмута и феназепам (в связи с жалобами пациента). Больной в этот период также отмечает появление смешанной одышки.

14.08.02 схема лечения изменена (уменьшена дозировка некоторых препаратов): протионамид 0,25\*3 с порошком висмута, пиразинамид 1,5 чередуя с этамбутолом 1,2; канамицин 1,0 в/м;циклосерин 0,25+0,5 с глутаминовой кислотой, а также тиосульфат натрия, вит. Е, пирацетам, карсил, а для усиления рассасывающей терапии – лидаза 64 ЕД в/м ч/д.

На КТ от 9.09 в верхней доле правого легкого очаг 19\*14мм с распадом, тонкостенная полость в верхней доле левого легкого 13\*8мм, а также единичные очаги до 9 мм.

19.09.02 добавлен ципрофлоксацин 0,5\*2

10.10.02 с утра, без кашля, после курения – немного алой крови в мокроте, на фоне нервного перенапряжения 09.10.02. проведена гемостатическая терапия (аминокапроновая кислота, дицинон, викасол).

Больному рекомендовано дальнейшее пребывание в клинике ФП для проведения дальнейшего лечения и наблюдения за туберкулезным процессом с возможным последующим хирургическим лечением.

***Данные объективного обследования(status praesens)***

Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, выражение лица без болезненных проявлений, тип телосложения нормостенический, умеренная степень упитанности.

Т тела-36,5 градусов

**Кожные покровы** – бледно-розовые, чистые, умеренно увлажненные, эластичность кожи нормальная. Оволосение по мужскому типу. Ногти не изменены. На плече – 2 рубчика от прививки БЦЖ.

**Подкожная жировая клетчатка** умеренно развита.

**Лимфатическая система** – при пальпации определяются заднеушные, передние шейные и паховые лимфатические узлы, размером с горошину, безболезненные, мягко эластической консистенции, не спаянные друг с другом и окружающими тканями;

**Костно-мышечная система** – тонус мышц не изменен; суставы не изменены, активные и пассивные движения в полном объеме. При исследовании костной системы патологических изменений и болезненности не выявлено.

 **Щитовидная железа** – не визуализируется; при пальпации мягкая, не увеличена.

**Молочные железы** - не изменены.

**ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ**.

**Дыхательная система.**

Жалобы на смешанную одышку при подъеме на 2 этаж, утренний малопродуктивный кашель.

.Дыхание через нос свободное, сухости нет. Отделяемое из носа слизистое прозрачное скудное. Обоняние не изменено. Голос ясный. Области корня носа, лобных и гайморовых пазух безболезненны; при мануальном обследовании гортань округлой формы, припухлостей и болезненности нет.

Грудная клетка несколько бочкообразной формы. Левая верхушка выше правой. Над- и подключичные ямки выражены, лопатки плотно прилегают к грудной стенке, ширина межреберных промежутков -1,5 см, эпигастральный угол - прямой. Ритм дыхания правильный.

Частота дыхания (ЧДД) - 18/мин. Грудная клетка участвует в акте дыхания синхронно, и симметрично во всех отделах, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания: брюшной.

При перкуссии по передней подмышечной линии грудной клетки слева во 2-3 межреберье – притупление перкуторного звука

 Высота стояния верхушек

 Справа: спереди - на 2 см выше уровня ключицы; сзади - 1 см. ниже уровня остистого отростка VII шейного позвонка.

 Слева: 3 см. выше уровня ключицы; сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

 Ширина полей Кренинга: справа - 3,5 см; слева - 2см.

 Подвижность нижних краев легких

Средняя подмышечная: слева: 4см. (-1+3),

 справа: 3,5см.(-1+2,5).

При пальпации болезненных участков не выявлено, грудная клетка несколько ригидна. Голосовое дрожание одинаково усилено в симметричных участках.

При аускультации легких –Влажные хрипы в межлопаточной области, больше слева, рассеянные сухие хрипы в базальных отделах.

**Сердечно-сосудистая система.**

Жалоб нет.

При осмотре сосуды шеи, область сердца и брюшная аорта пульсируют. Сердечный толчок и верхушечный толчок не визуализируются; сердечный горб отсутствует. Верхушечный толчок пальпируется на уровне V ребра по левой средне-ключичной линии, ограниченный (1 палец), невысокий, нерезистентный. Сердечный толчок пальпируется в V межреберье.

 При перкуссии границы сердца в пределах возрастной нормы. Поперечник сосудистого пучка - 6 см., его границы располагаются во 2 межреберье слева по левому краю грудины, справа на 1 см кнаружи от правого края грудины..

 При аускультации сердца: акцент II тона на аорте.

ЧСС - 76 в минуту. Ритм сокращений правильный. Шумов нет.

 При ощупывании и осмотре крупные артерии не извитые, мягкие, с эластичными тонкими стенками. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, дефицита пульса нет, пульс ритмичный с частотой 76 в минуту, хорошего наполнения, ненапряженный, высокий, нормальной формы. АД = 130/95 мм.рт.ст.

При осмотре, пальпации вены безболезненны, изменений не отмечается.

**Пищеварительная система.**

Жалоб нет.

Аппетит хороший, жажды нет. Дефекация регулярная, 1-2 раза в день, нормального цвета без патологических примесей.

 Полость рта – слизистая розовая; язык влажный с белым налетом; форма его не изменена.

Живот округлый, симметричный; мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания. Грыжевых выпячиваний не обнаружено.

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

При ориентировочной поверхностной пальпации болезненности и ригидности мышц не отмечается.

Симптом Щеткина - Блюмберга отрицателен.

При скользящей глубокой методической пальпации пальпируется сигмовидная кишка.

 Нижняя граница желудка (стетакустический метод и глубокая пальпация) определяется на 4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии.

При пальпации печень выступает на 1 см. из-под края реберной дуги, ее поверхность гладкая, ровная, край печени умеренно мягкий, слегка заостренный, легко подворачивающийся пальпация в этой области безболезненна.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы отрицательные.

Селезенка не пальпируется, перкуторно размеры селезеночной тупости: поперечник - 6 см., длинник - 8 см.

Перкуссия живота- при перкуссии живота отмечается тимпанит разной степени выраженности; жидкости и свободного газа в брюшной полости не обнаружено.

**Мочевыделительная система.**

Жалоб нет.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, только в дневное время, днем 5 раз.

Почки не пальпируются, ощупывание поясничной области безболезненно, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Высота стояния дна мочевого пузыря над лоном - 4 см.

**Нервно-психический статус.**

Жалоб нет.

Сознание ясное, в контакт вступает легко. Болевая, температурная и тактильная чувствительность не изменены. Зрение, слух, обоняние сохранены. Ригидности затылочных мышц, изменений походки нет. Нарушений памяти не отмечает. Принимает феназепам. Правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности.

## *Данные лабораторного обследования*

**Общий анализ крови:**

7.03.02

* Лейкоциты - 7,1тыс
* Эозинофилы - 2
* Нейтрофилы - 56
* Палочкоядерные - 6
* Лимфоциты - 35
* Моноциты - 7
* СОЭ - 4 мм/час
* Эритроциты - 4,94млн
* Гемоглобин - 16,7
* Гематокрит - 44,7
* Тромбоциты - 252тыс

29.05.02

* Лейкоциты - 9,2тыс
* Эозинофилы - 1
* Нейтрофилы - 63
* Палочкоядерные - 1
* Лимфоциты - 24
* Моноциты - 11
* СОЭ - 4мм/час
* Эритроциты - 4,5млн
* Гемоглобин - 15
* Гематокрит - 41
* Тромбоциты - 260тыс

13.09.02

* Лейкоциты - 6,7тыс
* Эозинофилы - 3
* Нейтрофилы - 46
* Палочкоядерные - 1
* Лимфоциты - 45
* Моноциты - 6
* СОЭ - 3мм/час
* Эритроциты - 4,53млн
* Гемоглобин - 15,7
* Гематокрит - 42,1

Тромбоциты - 239тыс

**6.03.02.** АТ к ВИЧ, гепатиту С, сифилису – отр., HBs-Ag, НCV - отр.

 Группа крови: АВ(IV), Rh+

**Биохимический анализ крови:**

6.03.02

билирубин - 8,3, непрямой - 8,3

АСТ - 66,7 нмоль/с\*л

АЛТ - 88,9 нмоль/с\*л

Мочевина крови - 3,7 (норма – 2,5-8,3ммоль/л)

Креатинин крови – 0,074 (0,044-0,106)

К - 5,0

Nа - 141,9

Глюкоза - 4,1

Диастаза мочи - 15,5 мг /с\*л (4,0 - 18)

Диастаза крови - 4,2 (2,0-8,0)

Железо сыворотки – 27,2 (норма 10,6 - 28,3 мкмоль/л)

Белок сыворотки - 69(65-85г/л)

13.08.02

билирубин - 11,2 (норма 5,1-20,5), непрямой - 11,2

АСТ - 55,6 (28 - 125 нмоль/с\*л)

АЛТ - 66,7 (28-190)

К - 5,5 (4,0-5,6)

Nа - 142 (130,5 - 152,2)

2.09.02

альбумин - 63,47% (53-68)

α1 - 2,53 %(1,6-4,5) α2 - 7,51% (5,7-11,5)

β - 10,73 (8,0-14,2%) γ - 15,76% (10,5 - 19,5)

13.09.02

диастаза мочи - 171 (норма до 600U/л)

**Общий анализ мочи:**

6.03.02

цвет - св-желтый, мутная

реакция щелочная; уд. Вес - 1019

соли - фосфаты в небольшом кол-ве

плоский и полиморфный эпителий - немного

лейкоциты - ед. в п/зр

слизь+

13.09.02

цвет - св-желтый, мутная

реакция - кислая; уд. Вес - 1017

белок, сахар, соли - отс.

Лейкоциты - ед. в п/зр; эр - не найдены

Плоский эпителий - ед. в п/зр.

Слизь - немного

**Исследование иммунного статуса 2.07.02:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *показатель* |  | *норма* |
| Т-лимф(СД3+) % | 49 | 50-70% |
| Абс (кл/мкл) | 1176 |  |
| Т-хелперы(СД4+)% | 38 | 45-60% |
| Абс | 912 |  |
| Т-супрессоры(СД8+)% | 23 | 20-25% |
| Абс | 552 |  |
| UPU(Т-х/Т-супр) | 1,6 | >1,5 |
| В-лимф(СД22+)% | 9 | 5-15% |
| Абс | 216 |  |
| НКК(СД16+)% | 19 | 10-17% |
| Абс | 456 |  |
| ЦИК | 20 | 60-78 ед.опт.пл. |
| IgG(мг/мл) | 7,57 | 8,0-14,0 |
| IgM | 0,83 | 0,7-2,5 |
| IgA | 1,64 | 0,9-3,5 |

Заключение: Некоторое снижение относительных и абсолютных показателей Т-звена иммуннитета.

**Исследование на выявление кислотоустойчивых микобактерий:**

Люминесцентная микроскопия мокроты:

7.02.02 - умеренное количество

11.02 и 21.02.02 - значительное

4.04 и 29.04 - умеренное количество

с 13.06.02 - не выявляются

Посев от 7.02.02 (результат к 7.05.02): скудный рост (1-20КОЕ)

Посев 4.04 к 18.06 - микобактерии культуральным методом не выявляютя.

Посев на чувствительность к антибиотикам от 7.02.02:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *антибиотик* | *чувствителен* | *Критич.конц.R* | *R к мкг/мл препарата* | *R к мкг/мл препарата* |
| Стрептомицин |  |  | 10 | (25)! |
| Изониазид |  |  | (1)! | 10 |
| Рифампицин |  |  | (80)! |  |
| Этамбутол | + |  | 5 |  |
| канамицин | + |  | 50 |  |

**КЩС и газы крови:**

6.03.2002

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| рН | РСО2 | СБО | БО | ИБ  | СБ  | РО2 | SаО2 |
| 7,41 | 38,6 | 0 | 48 | 23,8 | 24 | 96 | 96 |

Газовый состав, показатели КЩС крови в пределах вариантов нормы.

20.06.2002

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| рН | РСО2 | СБО | БО | ИБ  | СБ  | РО2 | SаО2 |
| 7,41 | 38,5 | 0 | 48 | 23,8 | 24 | 87 | 95 |

Умеренная гипоксемия. КЩС в пределах нормы.

***Данные рентгенологического обследования***

**Rg грудной клетки 8.01.2002:**

На обзорной рентгенограмме грудной клетки, выполненной в прямой проекции лучами нормальной жесткости при правильном положении больного во 2 межреберье справа в кортикальной области и слева во 2-3 межреберьях, определяются фокусы ограниченного затемнения средней интенсивности, слева связанное с корнем. Легочный рисунок усилен. Корни легкого структурны, не изменены. Тень средостения не изменена.

**18.05.2002:**

На боковой томограмме, выполненной лучами повышенной жесткости, в верхушке правого легкого на уровне 2 ребра-2 межреберья определяется ограниченное негомогенное затемнение (с участками просветления), связанное с плеврой и корнем легкого. Корень структурен.

**Компьютерная томография 25.01.2002:**

В S1 справа выявляются 2 округлых образования, близко прилежащих друг к другу, диаметром по 20мм, с частично кальцинированными стенками. Вокруг - зона перифокальных фиброзных изменений с формированием плевролегочных спаек. В аксиллярном субсегменте слева – округлое образование 35\*45мм с мелкими кальцинатами в стенках, внутри которого четко прослеживается бронх, связанное с корнем легкого и плеврой. Вокруг – на фоне нежных фиброзных изменений видны мелкие очаги до 2-3мм. В легочной ткани верхних долей обоих легких, но больше слева в S1-2, справа в S2 в околоплевральных участках– несколько очагов от 5 до 10 мм разной плотности. Окружающие легочные поля без особенностей. Лимфатические узлы не увеличены. Костные структуры не изменены.

Заключение: Туберкулемы верхних долей обоих легких с признаками дренирования слева в фазе обсеменения.

**18.05.2002:**

Слева в S1-2 образование 24\*21 с четкими контурами, в окружающей ткани – очаги 6-9мм. В S1правого легкого – фокус 26\*16мм, связанный с плеврой и тень 24\*18мм с серповидным просветлением – распад.

**21.07.2002:**

В S1 сегменте правого легкого – образование 20\*14мм с участками обызвествления, дренирующееся бронхом (распад!). В легочной ткани верхней доли – тени до 7мм. В S1-2 левого легкого – полость распада 20\*14мм, стенки 2-7мм.

**9.09.2002:**

В верхней доле правогоS2 легкого – образование 19\*14мм с неоднородной структурой, дренирующееся бронхом, связанная с плеврой вокруг – единичные очаги до 7мм в диаметре. В верхней доле левого легкого S1-2– тонкостенная полость 13\*8мм, связанная с корнем легкого и плеврой, единичные очаги до 9 мм. Внутригрудные лимфоузлы не увеличены. Свободной жидкости в плевральной полости не определяется. Органы средостения срединны.

Заключение: Инфильтративный туберкулез в фазе распада (округлый инфильтрат) верхних долей обеих легких.

***Данные бронхоскопии и функциональных исследований***

**Бронхоскопия 14.03.2002:**

Слизистая оболочка трахеи и бронхов правого легкого без воспалительных изменений. Слизистая оболочка ЛВДБ умеренно гиперемирована и отечна, из его просвета дорожкой выделяется гнойный секрет. Смыв на грибы и иммунологию. Щипцевая биопсия из устья ЛВДБ на грибы.

Заключение: Дренажный гнойный эндобронхитIстепени.

*Патогистологическое исследование:*

Белесоватый кусочек ткани 0,01см3. Туберкулез бронха. Элементов гриба не найдено.

*Микология БАЛЖ:*

Рост и серологические реакции на антиген дрожжеподобных и плесневых грибов отр.

**Бронхоскопия 4.06.2002:**

Слизистая оболочка трахеи и бронхов обоих легких розовой окраски, без воспалительных изменений. Все видимые бронхи свободно проходимы. Смыв на грибы и иммунологию. Щипцевая биопсия на грибы.

Заключение: Клиническое излечение туберкулеза ЛВДБ и дренажного гнойного эндобронхита Iстепени.

*Патогистологическое исследование:*

Белесоватый кусочек ткани 0,01см3. Эндобронхит с явлениями гиперсекреции. Микотические высыпания отсутствуют. В препарате определяются пласты бронхиального эпителия с нейтрофильно-лимфоцитарной инфильтрацией и участками фиброза. Элементы гриба и туберкулезные гранулемы не найдены.

**ФВД**

6.03.2002. ЖЕЛ в пределах нормы. Определяется умеренное нарушение проходимости периферических воздухоносных путей. Вентиляционная способность легких умеренно снижена.

20.06.2002. Спирографические показатели вентиляционной функции легких в пределах возрастной нормы. Вместе с тем, скоростные показатели проходимости воздухоносных путей ближе к нижней границе. Умеренное нарушение проходимости периферических воздухоносных путей.

**УЗИ органов брюшной полости 15.03.2002:**

 Печень не увеличена, контуры ровные, паренхима гомогенна, не изменена. Внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь обычной формы и размеров, полипов нет, содержимое нормальной эхогенности. Гепатикохоледох - 4мм. Вены портальной системы: v.porta-11,2мм; v.lien-7,2мм; vv.hepaticae-N; v.cava inf.-N. Поджелудочная железа несколько гиперэхогенна, контуры ровные. Головка - 20,3мм;тело - 10,4мм; хвост - 15,8мм. Селезенка не увеличена, обычной эхогенности, без очаговых изменений. Брюшной отдел аорты без особенностей. Почки - положение обычное, контуры ровные, очаговые изменения отс.

Размеры: правая 101,6\*50,2; ЧЛС 15,9мм; левая 107,6\*52,1мм; ЧЛС 18,5мм.

**ЭКГ6.03.2002:**

ЧСС: 67-75. Ритм синусовый, умеренная синусовая аритмия. Левограмма. Гипертрофия левого предсердия и левого желудочка, замедление внутрипредсердной проводимости. Рубец боковой стенки ЛЖ?.

**Консультация ЛОР 14.03.2002:**

Аудиометрия в пределах возрастной нормы. Противопоказаний к назначению стрептомицина нет.

***Диагноз "туберкулез"*** поставлен на основании:

* Данных анамнеза жизни: указание на длительный контакт с больным предположительно открытой формой туберкулеза, а также наличия социальных и медико-биологических факторов риска
* Истории развития заболевания: выявление на фоне вирусной инфекции, вечерний субфебрилитет, отсутствие динамики рентгенологической картины от применения антибактериальной терапии в течение 20 дней, эпизоды кровохарканья (при исключении рака легкого)
* Данных физикального обследования - уменьшения высоты стояния верхушек и сужение полей Кернига, притупление перкуторного звука над легочными полями при удовлетворительном состоянии больного
* Данных лабораторного исследования: при недостаточно эффективном лечении - снижение лимфоцитов и повышение уровня моноцитов
* Данных рентгенологического исследования: локализация процесса в верхушках обоих легких
* Диагноз верифицирован микробиологически – посев и бактериоскопия мокроты, а также при ранних исследованиях биоптата стенки бронха – туберкулезные гранулемы(в настоящее время туберкулез бронха излечен)

***Форма туберкулеза - инфильтративный*** (круглый инфильтрат) определена на основании:

* Жалоб больного на: нерезко выраженный интоксикационный синдром (недомогание, вечерний субфебрилитет)
* Данных анамнеза: при бронхоскопии в марте -туберкулезный эндобронхит дренирующего образование бронха
* Данный осмотра: ограниченные участки притупления перкуторного звука над легочными полями
* *Данных рентгенологического исследования* – округлые затемнения средней интенсивности 20 и более мм в диаметре с дорожкой к корню легкого, частичная кальцинация очагов

***Стадия распада и обсеменения*** диагностирована на основании:

* Данных анамнеза: до июля – бактериовыделение, свидетельствующее о наличии распада
* Данных физикального обследования: влажные хрипы после покашливания в межлопаточной области, больше слева
* Данных рентгенологического исследования – негомогенные затемнения с участками просветления, преобразующиеся в очаги с полостью, мелкие очаги в окружающей легочной ткани

***МБТ(-)*** по данным бактериоскопического (с июня 2002 года) исследования(люминесцентная бактериоскопия), а также по данным культурального исследования (18.06.02 – рост МБТ отс.).

***Мультирезистентность*** – по данным культурального исследования от 17.02.02 – резистентность к 3-м основным противотуберкулезным препаратам.

***КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ*.**

 Инфильтративный туберкуле верхних долей обоих легких в фазе распада и обсеменения, МБТ(-), Мультирезистентность.

 Хронический обструктивный бронхит.

***Дифференциальный диагноз:***

*Туберкулез и периферический рак легкого и метастазы злокачественных опухолей других локализаций*

Объединяет заболевания факторы риска (ХНЗЛ, курение), изменяющие местную иммунологическую реактивность, постепенное развитие симптомов, однако в данном случае при цитологическом и гистологическом исследовании атипических клеток не обнаружено, наблюдается положительная динамика на противотуберкулезной терапии, на этом фоне больной поправился на 5 кг, рентгенологическая картина постепенно прогрессивно улучшается, состояние больного улучшается, тогда как при злокачественных новообразованиях при таких же макроскопических характеристиках наблюдалось бы прогрессивное ухудшение, опухолевая кахексия и т.п.

*Туберкулез и киста легкого*

При наличии кисты полость распада имела бы четкие границы, с одинаковым наружным и внутренним контурами, положительной динамики от противотуберкулезной терапии не наблюдалось бы, в окружающей образование ткани не должно было бы быть очаговых изменений.

*Туберкулез и абсцедирующая пневмония*

Начало заболевания не такое острое, при наличии достаточно обширных изменений на рентгенограмме состояние больного удовлетворительное, лихорадка отсутствует, как и выделение гнойной мокроты. Кроме того, на фоне лечения антибиотиками широкого спектра динамика рентгенологических изменений была неудовлетворительной, в отличие от реакции на применение противотуберкулезной терапии. Для неспецифической пневмонии более характерно поражение нижних, а не верхних долей легкого, кроме того, кальцификация очагов – признак специфического процесса в легких. При исследовании мокроты неспецифическая бактериальная флора, в отличие от МБТ не обнаруживается.

*Туберкулез и эозинофильный инфильтрат*

В гемограмме в данном случае отсутствует эозинофилия, окружающая легочная ткань изменена, что не характерно для эозинофильного инфильтрата. Недостаточно быстрая регрессия рентгенологических изменений, необходимость противотуберкулезной терапии для появления положительной динамики, наличие в мокроте не эозинофилов, а МБТ позволяют исключить диагноз эозинофильного инфильтрата.

*Туберкулез и инфаркт легкого*

Сердечно-сосудистых заболеваний, которые могут привести к тромбоэмболии сосудов легких у данного больного не отмечается. В отличие от инфаркта легкого в этом случае заболевание начиналось достаточно постепенно, отсутствуют боли в груди, нет значительной дыхательной недостаточности, присутствуют очаги бронхогенного обсеменения, на ЭКГ отсутствуют признаки легочного сердца.

*Туберкулез и актиномикоз легкого*

При актиномикозе больных беспокоят упорные боли в груди, фокусы локализуются преимущественно в нижних отделах, возможно формирование свищей с выделением гноя, в данном случае также не обнаруживаются элементы гриба в мокроте и биоптате, имеются очаги бронхогенного обсеменения, при назначении противотуберкулезных препаратов отмечается прекращение прогрессирования и положительная динамика процесса.

***План лечения больного***

* Этиотропная терапия. Должна проводиться желательно 4-мя препаратами, для предотвращения развития дальнейшей лекарственной устойчивости МБТ. Поскольку препараты первого ряда и ряд препаратов второго ряда неэффективны, рекомендуется применение этамбутола в сочетании с канамицином, пиразинамидом (воздействие на внутриклеточные МБТ), протионамидом и циклосерином. Возможно также добавление в схему лечения новых противотуберкулезных препаратов, таких, как микобутил (препарат на основе рифампицина, действующие на 60% устойчивых штаммов), фторхинолоны, клофазимин, имилен. Рекомендуется повторный посев МБТ на устойчивость к антибактериальным препаратам (получение МБТ из промывных вод или с помощью биопсии трансбронхиальной).
* Патогенетическая терапия. Иммуномодуляторы для повышения активности Т-звена иммунитета (левамизол, тактивин, тималин); антиоксиданты для улучшения репарации и улучшения трофики тканей(тиосульфат натрия, вит. Е); лидазу для расщепления гиалуроновой кислоты и , следовательно, рассасывания рубцовой ткани.
* Симптоматическая терапия. Витаминотерапия, так как при развитии туберкулезной интоксикации и лечении определенными противотуберкулезными препаратами развивается авитаминоз– чередование комплексов вит. С и В6, с вит. В1 и В12;десенсибилизирующие препараты (соли кальция), для снижения побочных явлений от приема специфических препаратов; кокарбоксилаза и АТФ для активизации энергетического обмена.
* Коррекция гомеостаза: режим дня, диета, близкая к столу№11 (с повышенным содержанием животных белков, жиров и калорий), а также санаторно-курортное лечение в Крыму.
* Консультация фтизиохирурга при стабилизации процесса для решения вопроса о возможности удаления остаточных изменений в легочной ткани.

***Прогноз. Возможные исходы заболевания***

Для жизни при продолжении адекватной терапии и соблюдении больным рекомендаций – благоприятный.

Для выздоровления – сомнительный, однако возможный при стабилизации процесса с отторжением казеоза и фиброзом полостей распада. При незначительном объеме даже 2-стороннее поражение можно лечить хирургически – при формировании туберкулем небольшого размера, при развитии фиброзно- кавернозного туберкулеза выздоровление возможно лишь при единичных небольших кавернах с возможностью их хирургического удаления.

***Санитарно-профилактические мероприятия в туберкулезном очаге***

Данный очаг относится к очагам третьей группы – потенциально опасным; больной – условный бактериовыделитель, в семье – только взрослые (жена), необходимо соблюдать все санитарно-гигиенические меры профилактики туберкулеза: больной должен иметь отдельные посуду и белье, сам их мыть и стирать после предварительного обеззараживания, хранить отдельно. Ежедневно должна проводиться влажная уборка (текущая дезинфекция), с использованием хлорсодержащих дезинфектантов. Жена должна быть поставлена на учет в IV диспансерную группу наблюдения, обследоваться в диспансере 2 раза в год и химиопрофилактика этамбутолом и пиразинамидом через день (так как к препаратам первого ряда данный штамм МБТ устойчив).