**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

**Ф.И.О. больного**:

**Возраст**: 23 года

**Семейное положение**: не женат

**Образование**: высшие

**Место работы:** ООО «Крон»

**Должность:** менеджер

**Место жительства**: Московская область, г. Серпухов.

**Время поступления в клинику**: 21.12.09 г.

**Жалобы на момент поступления.**

На кашель со скудной мокротой слизистого характера, на непостоянные боли в области грудной клетки справа, субфебрильную температуру, одышку при физической нагрузки (подъем на 4 этаж и проходящая в покое), похудение, потливость, слабость, утомляемость.

**Жалобы на момент курации.**

На сухой кашель по утрам.

**Контакт с больным туберкулезом:** не установлен.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**(ANAMNESIS MORBI)**

Считает себя больным с июля 2007г, когда перенес пневмонию, которая была выявлена флюрографическим исследованием. Ухудшение состояние отмечает с октября 2009г, когда появилась высокая температура до 39°С и сухой кашель. Был поставлен диагноз бронхит, проводилось амбулаторное в течении 2х - недель, принимал амоксиклав. Был выписан на работу, но через неделю вновь стал отмечать ухудшение состояния: высокая температура, кашель с небольшим отделением мокроты, лечение амоксиклавом без эффекта.

Проведена рентгенография грудной клетки, выявлены изменения в легочной ткани, уставлен диагноз туберкулез легких. Был направлен МОПТД г. Серпухова для лечения в клинику Фтизиопульмонологии.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

**(ANAMNESIS VITAE)**

**Краткие биографические данные:** рос и развивался в соответствие с возрастом. Заболевания туберкулезом среди родственников отрицает.

**Образование:** окончил 11 классов школы, 2 года учился в авиационном институте, не закончил.

**Бытовой анамнез:** проживает в 3х - комнатной благоустроенной квартирес мамой, условия удовлетворительные.

**Трудовой анамнез:** в настоящее время работает менеджером в сотовой компании. Условия работы: удовлетворительное.

**Питание:** 3х-разовае**.**

**Вредные привычки:** курит с 17 лет, в настоящее время бросил, алкоголь употребляет по праздникам. Наркотики и токсикоманию отрицает.

**Перенесенные заболевания:** в детстве болел ветряной оспой. В школьном возрасте болел простудными заболеваниями. Травмы головы и потери сознания не отмечает.

**Аллергологический анамнез:** не отягощен.

**Наследственность:** не отягощена.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

**(STATUS PRAESENS)**

Общее состояние больногоудовлетворительное, положение активное. Рост 188 см вес 71 кг ИМТ 23. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые розовые.

Лимфатическая система: лимфоузлы не пальпируются.

Органы дыхания.

Дыхание через нос свободное. Тип дыхания брюшной. Частота дыхания:18 в мин. Форма грудной клетки: коническая, ассиметрии не отмечается.

Пальпация грудной клетки: безболезненная, грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое. При перкуссии в легких укорочение легочного звука.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Нижние границы легких** | | |
| *Топографические линии* | *Справа* | *Слева* |
| Окологрудинная линия | V межреберье | - |
| Среднеключичная линия | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

При аускультации, дыхание жесткое, по задней поверхности ослабленное дыхание.

Органы кровообращения.

Жалобы: на учащенное сердцебиение.

Тоны сердца ясные, ритмичные, звучные. Пульс 74 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/70 мм. рт. ст.

Органы пищеварения.

Жалоб нет.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не пальпируются.

Стул регулярный.

Нервная система и психическая сфера.

Ориентирован во времени и пространстве.

Мочеполовая система.

Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Отеков нет.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови .

2. Общий анализ мочи.

3. Биохимический анализ крови

4. Исследование мокроты на БК (3 дня подряд).

5. Посев мокроты на БК с исследованием на устойчивость к антибиотикам.

6. Рентгенография органов грудной клетки

7. Бронхоскопия.

8. ЭКГ.

9. ФВД.

10.Консультация специалистов: ЛОР, окулиста.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

**11.12.09**

Гепатит В (HBs АГ) отрицат.

Гепатит С (анти-HC AT) отрицат.

Сифилис (анти- ТР АТ) отрицат.

**Общий анализ крови от 22.12.09**

|  |  |
| --- | --- |
| WBC | 7.7 \*103 /мм3 |
| RBC | 5.05\*106 /мм3 |
| HGB | 14.2 g/dl |
| HCT | 39.5% |
| MCV | 78 L |
| MCH | 28.1 pg |
| MCHC | 35.9 g/dl |
| PLT | 352 \*103 мм3 |
| Заключение: анализ крови в пределах нормы. | |

**Общий анализ крови от 21.01.10**

|  |  |
| --- | --- |
| WBC | 6.0 \*103 /мм3 |
| RBC | 5.53\*106 /мм3 |
| HGB | 15.9g/dl |
| HCT | 41.7% |
| MCV | 75 L |
| MCH | 28.8 pg |
| MCHC | 38.1 g/dl |
| PLT | 275 \*103 мм3 |
| Заключение: анализ крови в пределах нормы. | |

**Биохимический анализ крови от 2.02.10**

TBLd 6.4

ASTd 32.2

ALTd 48.1

**Гемограмма от 22.12.09**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **лейкоциты** | **базофилы** | **эозинофилы** | **нейтрофилы** | **лимфоциты** |  |  |
| **1000-5000** | **4-1** | **0,5-5** | **45-70** | **20-37** | **0** | **3-10** |
| 7.7 | - | 1 | 50 | 38 | - | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

СОЭ 38 мм/ч.

**Гемограмма от 21.01.10**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **лейкоциты** | **базофилы** | **эозинофилы** | **нейтрофилы** | **лимфоциты** |  |  |
| **1000-5000** | **4-1** | **0,5-5** | **45-70** | **20-37** | **0** | **3-10** |
| 6.0 | - | 2 | 53 | 41 | - | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | палочкоядер. |  |  |  |
|  |  |  | 1 |  |  |  |

СОЭ 15 мм/ ч.

**Общий анализ мочи от 21.01.10**

Соли не найдено

Лейкоциты 9-10 вп/з.

Эритроциты 3-4 вп/з

Цилиндры зернистые. 1вп/з

Слизь ++

**Микобактериологическое исследование**

**Микроскопия: исследование на кислоустойчивые микобактерии от 22.12.09**

Метод микроскопии: люминесцентная из осадка.

**Результаты исследования.**

Массивность бактериовыделения, КУМ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № пропорции | 1 2 3 | Объем диагн. Матер. 2,0 мл |
|  | **3+** | Качество 0000 |

**Микроскопия: исследование на кислоустойчивые микобактерии от 21.01.10**

Метод микроскопии: люминесцентная из осадка.

Массивность бактериовыделения, КУМ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № пропорции | 1 2 3 | Объем диагн. матер. 1,0 мл |
|  | **20 кум** | Качество скудное |

**Метод выявление МБТ от 30.01.10**

|  |  |
| --- | --- |
| Массивность роста КОЕ | **3+** |

1+; 2+; 3+; «№» - число КОЕ в пробирки.

МБТ – микобактерии комплекса M.tuberculosis.

**Фибробронхоскопия №1 от 28.01.10.**

Местная анестезия: лидокаин 10% - спрей, лидокаин 2% -6,0 мл.

Обнаружено: Слизистая оболочка трахеи и бронхов обеих легких без воспалительных

изменений. Патологического секрета нет. Устья видимых бронхов раскрыты, не деформированы, шпоры их острые, подвижные.

Взят смыв на МБТ.

**Заключение:** Патологии в трахеобронхиальном дереве не выявлено.

**Рентгенография от 23.12.09**

Обзорная рентгенография грудной клетки плюс прямая томограмма верхней доли правого легкого(5-7-9сегм) средней интенсивности, неоднородное, затемнение инфильтративного характера S1 и S2 правого легкого (по боковой рентгенограмме –амбулаторно). С формированием крупной полости распада диаметром около 2,5\*4,0\*6,0 см с уплотненными, инфильтративными стенками. Плевра утолщена и чуть смещена к верху. Корень правого легкого расширен и утолщен. Диафрагма обычно расположена. С/с тень без особенностей.

**Заключение:** Рентгеновская картина не противоречит диагнозу: Инфильтративный туберкулез верхний доли правого легкого в фазе распада.

**ЭКГ от 24.12.09**

Синусовый ритм. Нормосистолия. Вертикальная ЭОС. Нарушение реполяризации миокарда. ЧС 73 уд в минуту.

**ЭКГ от 14.01.10**

Синусовый ритм. Вертикальная ЭОС. ЧС уд в минуту.

**ЭХО кардиография от 14.01.10**

**Заключение:** Структуры сердца, показатели гемодинамики и сократительной способности миокарда в пределах возрастной нормы. Минимальная регургитация Iст.

**Консультация ЛОРа от 24.12.2009**

Лорингофариногоскопия: хронический тонзиллит вне обострения.

**Консультация окулиста от 29.12.09**

Visus OU =1.0

Поля зрения в норме.

OU: Передний отрезок, среды, чистое дно.

**Клинический диагноз:** Инфильтративный туберкулез верхний доли правого легкого в фазе распада. МБТ (+).

**Обоснование клинического диагноза:**

1.Обоснование туберкулезной этиологии:

* Наличие МБТ(+) в анализе мокроты от 30.01.10.
* Наличие фактора риска, курение с 17 лет по пачке в день.
* На основании рентгенограммы от 23.09.12.09 **Заключение:** Инфильтративный туберкулез верхний доли правого легкого в фазе распада.
* Неэффективность лечения антибиотиками (принимал амоксиклав по, без эффекта).
* Положительная динамика противотуберкулезной терапии (изониазид по 0,75 мг с витамином В6 60 мг)

2.Обоснование клинической формы туберкулеза:

* 23 года, инфильтративная форма характерна для молодого возраста.
* Рентгенологический синдром – синдром затемнения легочной ткани.

3. Обоснование локализации:

* Из данных физикального обследования: при аускультации, дыхание жесткое, по задней поверхности ослабленное дыхание.
* Из данных рентгенографии от 29.12.09: локализация процесса в 1 сегменте.

4. Обоснование фазы процесса:

* Из физикального обследования: укоротечение легочного звука при перкуссии. При аускультации, дыхание жесткое, по задней поверхности ослабленное дыхание.
* Выраженные клинические синдромы: кашель со скудной мокротой слизистого характера, на непостоянные боли в области грудной клетки справа, субфебрильную температуру, похудение, потливость, слабость, утомляемость.
* Увеличение СОЭ до 48 мм/ч, лимфоцитоз до 38 в гемограмме от 28.12.09.
* Из рентгенографии от 23.12.09: формирование крупной полости распада диаметром около 2,5\*4,0\*6,0 см с уплотненными, инфильтративными стенками.

5.Наличие или отсутствие МБТ:

* Наличие МБТ в анализе мокроты от 30.01.10.
* Микроскопия: исследование на кислоустойчивые микобактерии от 22.12.09

**Лечение и его обоснование.**

Схема I(впервые выявленный туберкулез с МБТ+ и распространенным процессом).

1*.Интенсивная фаза – 2 месяца.*

* Иониазид 10% - 3,0мл в/м утром, 300 мг внутрь вечером.
* Стрептомицин 500 мг/сут.
* Рифампицин 600 мг в сут.
* Пиразинамид 2,0 мг \*1 раз в день.
* Витамин В6 60 мг

2. *Фаза продолжения - 4 месяца.*

* Изониазид 300 мг внутрь вечером.
* Рифампицин 600 мг/сут.

Механизм действия *изониазида* основан главным образом на подавлении синтеза микобактериальной дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК). Кроме того, изониазид угнетает синтез фосфолипидов микобактерий туберкулеза и нарушает целостность их стенки. Препарат образует соединения с вне- и внутриклеточным двухвалентными катионами железа, жизненноважными для микобактерий, и блокирует различные окислительные процессы. В высоких концентрациях он оказывает бактерицидное действие.

Механизм действия *стрептомицина* основан на нарушении белкового синтеза возбудителя туберкулеза. Препарат вступает в соединение с нуклеиновыми кислотами, играющими важную роль в построении ферментов микробной клетки, и нарушает их обмен. Действует стрептомицин в основном бактериостатически, но может оказывать и бактерицидное действие на быстро размножающиеся штаммы микобактерий туберкулеза при прогрессирующем течении заболевания. В кислой среде стрептомицин теряет свою активность.

При внутримышечном введении стрептомицин быстро всасывается, максимальная концентрация в крови достигается через 0,5-1 ч после введения.

Механизм действия *рифампицина* основан, главным образом, на ингибировании полимеразы рибонуклеиновой кислоты (РНК), зависимой от дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК). В результате у микобактерий туберкулеза прекращается передача генетической информации и новые микобактерии не образуются. Рифампицин оказывает бактерицидный эффект на микобактерии туберкулеза, обладает стерилизующими свойствами.

Механизм действия *пиразинамида* на микобактерии туберкулеза не вполне ясен, однако важнейшим условием его антимикробной активности является превращение в пиразинокарбоновую кислоту. Пиразинамид действует на микобактерии туберкулеза человеческого вида в основном бактериостатически, обладает стерилизующими свойствами.

**Дифференциальный диагноз.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Инфильтративный туб.** | **Неспецифическая пневмония** | **Центральный рак** |
| Возраст, пол | взрослые, чаще мужчины | независимо от возраста и пола | чаще мужчины старше 40 лет - курильщики |
| Периферические л/у | не увеличены | не изменены | увеличены при метастазировании |
| Начало и течение заболевания | постепенное, прогрессирующее, часто с преобладание интоксикационного синдрома | острое, с выраженными симптомами поражения легких и интоксикацией. | постепенное, прогрессирующее с выраженными си-ми бронхита |
| Рентгенологические признаки | неоднородное, ограниченное, затемнение, чаще в I, II, VI сегм, «дорожка» к корню легкого, бронхогенные очаги | гомогенное, ограниченное затемнение в VIII, IX, X сегм., быстрое рассасывание на фоне терапии. | затемнение в корне, признаки нарушения бронхиальной проходимости, увеличение л/у. |
| Бронхоскопия | Ограниченный катаральный эндобронхит. | диффузный эндобронхит, слизисто-гнойный секрет в просвете бронхов | опухоль с эндо- перибронхиальным ростом, нарушение подвижности бронха. |
| Бак.посев мокроты | МБТ+ | неспецифическая микрофлора, МБТ- | МБТ- |

**Прогноз для жизни:**

Прогноз для жизни – не угрожающее жизни состояние.

Прогноз для работы – возможно полное восстановление работоспособности.

**Работа в очаге инфекции на момент поступления в стационар.**

II – группа: очаги с меньшим риском заражения. Работа в очаге: обеззараживание объектов – плевательниц (замачивание в растворе хлорамина), посуды, белья, мокроты, предметов уборки помещений. Ежедневная влажная уборка помещений, а также с использованием дезинфицирующих растворов при обработки мест общего использования. Кратность заключительной дезинфекции 1 раз в год.