***ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ***

**Возраст** 50 лет (28.05.1953 г.)

 **Профессия** нет

**Место работы** не работает

**Место жительства** - БОМЖ

**Клинический диагноз:**

Основное заболевание: Левосторонний осумкованный гнойный плеврит. БК-.

Осложнения основного заболевания: Дыхательная недостаточность II ст.

Сопутствующие заболевания: ангиопатия сетчатки обоих глаз, атрофия зрительного нерва левого глаза.

***ЖАЛОБЫ:***

1. Боли в левой половине грудной клетки, усиливавшиеся во время кашля. Сейчас они не беспокоят.
2. слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита
3. снижение веса на 3-5 кг в течение пары месяцев
4. кашель непостоянный, наиболее выражен в утренние часы. С незначительным отделением мокроты, бесцветной, без запаха.
5. одышка смешанного характера в покое и при незначительной физической нагрузке (25р/мин)

 ***АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ:***

В 1980 году перенес плеврит туберкулезной этиологии. Обратился в ОТД, откуда был направлен для лечения в ОТБ.

В 1985 году снят с диспансерного наблюдения.

В 1995 г. лечился по поводу плеврита туберкулезной этиологии: 2 месяца в стационаре и 6 месяцев долечивался на Даче ОТБ. Затем нигде не наблюдался.

Заболел повторно в 2001 году, обратился в ОТД. Был госпитализирован в ТБ с диагнозом: инфильтративный туберкулез S6-левого легкого в фазе распада. БК+. Лечился по II кат. ВОЗ с 10.09.-13.10.2001, со слов – с 3.05.01-10.09. Выписан после 4-х месячного лечения в плановом порядке на амбулаторный этап лечения. Амбулаторно не лечился.

В начале ноября 2003 года простыл. Больной чувствовал слабость, быструю утомляемость, похудание, появился кашель с незначительным отхождением мокроты, преимущественно по утрам, по вечерам поднималась температура, появились боли в левой половине грудной клетки. После чего сам обратился в ОТД, где сделано рентгенографическое исследование, с направлением из ОТД больной поступил в диагностическое отделение ОТБ 1.11.2003 года для проведения курса лечения и определения активности процесса.

***АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:***

Родился в срок, рос и развивался, не отставая от сверстников, со слов больного в детстве болел очень редко, какие из детских инфекций перенес в детстве не помнит. Закончил 7 классов, после школы сразу пошел работать. Работал шофером, мебельщиков, дворником, т.е. разнорабочим.

Постоянного места жительства не имеет, разведен, в последнее время проживал с внучкой и мамой. Питание неполноценное. С детства до 1975 года проживал в деревянном доме на цокольном этаже.

После армии (с 1976-го года) стал курить. Часто алкоголизировался. Последние полгода алкоголь не употребляет. Тифы, ревматизм, малярию, венерические заболевания отрицает.

Травмы и операции: Ножевое ранение в правую половину грудной клетки приблизительно 15 лет назад.

**Семейный анамнез.**

Отец умер от старости. Мать жива, со слов больного, ничем не болеет. Жена и дети здоровы.

**Аллергологический анамнез.**

Непереносимость и побочное действие каких-либо лекарственных препаратов, пищевых продуктов и продуктов бытовой химии больной отрицает.

***ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:***

Общее состояние больного удовлетворительное.

Состояние сознание ясное, ориентировка в себе, в месте и во времени сохранена.

Положение больного активное.

Поведение: адекватное

Выражение лица осмысленное.

Развитие: пропорциональное

Телосложение правильное.

Конституционный тип: астенический

Рост: ~166 см

Кожа: чистая, бледная. Сыпи, кровоизлияний, рубцов, расчесов, телеангиэктазий, изъязвлений нет. Эластичность и тургор кожи снижены. Ногти нормальной окраски, округлой формы.

Видимые слизистые оболочки: Конъюнктива глаза умеренно-влажная, бледно-розовой окраски. Полость рта: десны бледно-розовые, без геморрагий и трещин; язык розовый, небо, зев, миндалины без изменений.

Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Отеков нет.

Лимфатические узлы: подчелюстные лимфоузлы не увеличены, безболезненны, нормальной консистенции, не спаяны. Другие группы узлов (шейные, надключичные, аксилярные) не пальпируются.

Щитовидная железа: не увеличена, эластичная, подвижная, безболезненная.

Мышцы: развиты слабо, атрофичны, тонус нормален, при движении и пальпации мышцы безболезненны.

Кости, суставы не деформированы, безболезненны, движения в суставах в полном объеме.

## **ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

Патологических изменений носа нет. Проходимость нововых ходов сохранена. Гортань без изменений, осиплость голоса отсутствует.

Грудная клетка цилиндрической формы без видимых деформаций, ход ребер практически горизонтальный, эпигастральный угол менее 90 градусов. Пальпаторно болевые точки не определяются. При сравнительной перкуссии: справа звук легочный, слева ниже угла лопатки – притупление легочного звука. Голосовое дрожание ослаблено над левым легким.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИЯ | СПРАВА | СЛЕВА |
| Окологрудинная | 5ое межреберье | - |
| Срединноключичная | 6ое ребро | - |
| Передняя подмышечн. | 7ое ребро | -//- |
| Средняя подмышечная | 8ое ребро | -//- |
| Задняя подмышечная | 9ое ребро | -//- |
| Лопаточная | 10ое ребро | -//- |
| Околопозвоночная | Остистый отросток11го гр.позвонка | -//- |
| Подвижность нижнего края легкого | 3 см | 3 см |

Высота стояния верхушек спереди справа: 3,0 см, слева: 4,0 см.

Высота стояния верхушек сзади справа: 2 см, слева: 2 см.

Ширина полей Кренига справа: 4,5 см, слева: 4,0 см.

При аускультации – справа дыхание везикулярное, слева – ослабленное, хрипов нет,

ЧДД – 24 в мин.

# Сердечно-сосудистая система

*Сердце:* видимого выпячивания, пульсации в области сердца не наблюдается.

Пальпация: верхушечный толчок не определяется.

При перкуссии границы абсолютной и относительной тупости находятся в пределах нормы.

При аускультации тоны приглушены, ритмичные.

*Сосудистая система:*

Выпячиваний и видимой пульсации в области аорты не отмечается.

Пульс: одинаков на обеих руках, ритм регулярный, частота пульса – 76/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, сосудистая стенка эластична.

АД=120/70 мм рт.ст.

Желудочно-кишечный тракт:

Полость рта: Десны бледно-розового цвета, без геморрагий и трещин. Губы розовые с трещинами, герпетических высыпаний нет. Язык розового цвета, умеренно-влажный, шероховатый, обложен белым налетом. Зубы без кариозных изменений и камня. Миндалины, твердое и мягкое небо без геморрагий, слегка гиперемированы, слизистая гладкая, блестящая.

Живот: обычной конфигурации, симметричен; признаки асцита, метеоризма, неравномерное выпячивание не наблюдаются. Видимая перистальтика отсутствует. Брюшная стенка активно участвует в акте дыхания. Подкожные вены не расширены, рубцов нет.

Живот мягкий, безболезненный, грыж нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Желудок и кишечник: кишечник во всех отделах доступных пальпации расположен правильно, нормального диаметра, эластичный; стенка гладкая, ровная; подвижность достаточная; безболезненная; урчания нет. При перкуссии признаков наличия в брюшной полости свободной или осумкованной жидкости не обнаружено.

Поджелудочная железа: не пальпируется. Симптом Мейо-Робсона отрицательный. Болезненность отсутствует.

Печень: нижняя граница печени находится по краю реберной дуги, край печени ровный, заострен, безболезненный.

Желчный пузырь: не пальпируется. Симптомы желчного пузыря отрицательные.

Селезенка: не пальпируется.

Почки: не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный.

Эндокринная система: рост и величина отдельных частей тела соответствуют общему развитию и возрасту. Кожа и слизистые физиологической окраски, гипо- и гиперпигментации нет. Лицо симметрично, нормальной формы. Щитовидная железа не увеличена. Тремора рук и век нет.

 Нервная система: реакция зрачков на свет и конвергенцию сохранена, нормальная. Симптомов, свидетельствующих о поражении ЧМН не выявлено. Сухожильные рефлексы в норме. Интеллект нормальный. Сон спокойный, глубокий. Белый дермографизм.

**План обследования.**

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи

2. Биохимический анализ крови, анализ белковых фракций крови

3. Реакция Вассермана.

4. Анализы мокроты на БК.

5. УЗИ плевральной полости

6. ЭКГ, ФВД

7. Плевральная пункция

8. Посев мокроты для определения вида возбудителя

9. Определение чувствительности высеявшихся микроорганизмов к химиопрепаратам.

10. Рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковых проекциях, при необходимости – уточняющие томограммы.

***ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:***

1**.**ОАК

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 5.11.2003г. | 21.01.2004 | Норма |
| Эритроциты | 3.15\*1012 | 3,65 | 3.9-5.1\* 1012 |
| Цветной показатель | 0,76 |  |  |
| Гемоглобин | 82 | 122 | 120-140 г/л |
| СОЭ | 25 | 63 | 1-10 мм/ч |
| Лейкоциты | 6.6\*109 | 6,3 | 4.0-9.0\*109 |
| Формула | Эо – 0Пя – 13^Сегм –50Лимф –28Мон – 9 | 415344^8 | Эо – 0.5-5%, Пя – 1-6%Сегм –47-72%, Лимф –19-37%, Мон – 3-11%. |

Микроскопия: Анизоцитоз, пойкилоцитоз;

Заключение: в анализе от 5.11.2003 – выраженная гипохромная анемия, объясняющаяся, по всей видимости, не только интоксикацией на момент поступления, но также и предрасполагающим фоном – недостаточностью питания. Сдвиг формулы нейтрофилов влево (п/я 13%). Высокий уровень СОЭ, что говорит о воспалительном процессе.

В анализе от 21.02.2004 уровень гемоглобина повысился за счет снятия интоксикации. СОЭ повысилось в 3 раза. Лейкоцитарная формула нормализовалась. Лимфоцитоз умеренный (свидетельствует о специфичности воспалительной реакции).

**2.**ОАМ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 5.11.2003г. | 21.01.2004 | Норма |
| Цвет | Св-ж. | Св-ж |  |
| Прозрачность | Прозр | Прозр |  |
| Относительная плотность | 1015 | 1005 |  |
| Реакция | 5,0 | 5,0 |  |
| Белок | 0,03 | Отр |  |
| Глюкоза | Отр | Отр |  |
| Билирубин | Отр | Отр |  |
| Микроскопия осадка | Эц единичные | Эпит – единич, лейц до 5, Эц 0-1 |  |

Заключение: анализы мочи в пределах нормы.

3. БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **показатель** | **5.11.2003** | **21.01.2004** | **норма** |
| Билирубин общий | 16,2 | 18,4 | 8,55 – 20,5 мкмоль/л |
| Билирубин прямой | 8,2 | 8,6 | 2,2-5,1 |
| Билирубин непрям. | 10,2 | 7,6 |  |
| Общий белок |  | 72,3 | 68-82 г/л |
| Глюкоза | 5,7 | 5,3 | 3,5 - 5,7 ммоль/л |
| АСТ | 0,22 | 0,19 | до 0,45 мккат/л |
| АЛТ | 0,2 | 0,46 | до 0,68 мккат/л |
| Тимол проба | 5,4 |  | До 4 |
| ХС | 2,47 |  | <5,2ммоль/л |
| Сиаловая проба | 284 |  | 135-200 у.е. |
| СРБ | + |  | Отр |

Заключение: прямой билирубин повышен в обоих анализах, что может свидетельствовать о функциональных нарушениях в печени. Повышение С-реактивного белка указывает на воспалительный процесс. Повышение сиаловых кислот говорит о воспалительном процессе.

4. Белковые фракции крови (5.11.2003)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фракция | % | Норма |
| Альбумины | 32,07 | 56,0-66,0 |
| α1-глобулины | 6,05 | 3 -6 |
| α2-глобулины | 11,4 | 7-10 |
| β-глобулины | 15,65 | 7-13 |
| γ-глобулины | 30,2 | 12-20 |
| Коэф. А/Г | 0,5 |  |

Заключение: снижение уровня альбуминов, повышение уровня гамма-глобулинов. Уменьшение альбумин-глобулинового коэффициента коррелирует с повышением СОЭ и является признаком, хоть и неспецифическим, туберкулезного процесса

# *5. ИССЛЕДОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ*

От 5.12.2003 Цвет мясных помоев, мутная, проба Ривальта + (экссудат), белок 13 г/л (N нет). Цитограмма: Л-12%, Мон 3%, С-85%.

Заключение: положительная проба Ривальта говорит о том, что жидкость является экссудативной, высокое содержание белка говорит о воспалительном процессе. Высокое содержание сегментоядерных нейтрофилов говорит о гнойном характере экссудата.

***6. МИКРОСКОПИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ***

5.11.2003 – результат отр;

13.01.2004 – результат отр.

**7. Серологический анализ крови** на АТ к сифилису (RW)– отр.

**8. ЭКГ 5.11.2003** – основные функции не нарушены, признаки гипертрофии левого желудочка выражены.

**9. Рентгенография органов грудной клетки (3.11.2003)**

Рентгенограмма органов грудной клетки сделана в прямой проекции, сделана лучами средней жесткости, при правильном положении больного. В нижней доле левого легкого ниже уровня 3-го ребра до диафрагмы наблюдается участок интенсивного затемнения, однородной структуры, правой границей которого являются органы средостения, а левой – внутренняя поверхность грудной клетки, нижней - купол диафрагмы, верхний край имеет относительно четкую границу на уровне 3-4 ребра. Легочной рисунок не усилен. Корень не структурен. Органы средостения не смещены.

Синдром: синдром плевральной тени.

**Рентгенография органов грудной клетки (22.12.2003)**

Обзорная рентгенограмма. Динамики процесса нет. Рентгенограмма органов грудной клетки сделана в прямой проекции, сделана лучами средней жесткости, при правильном положении больного. В нижней доле левого легкого ниже уровня 3-го ребра до диафрагмы наблюдается участок более интенсивного затемнения чем был, однородной структуры, правой границей которого являются органы средостения, а левой – внутренняя поверхность грудной клетки, нижней купол диафрагмы. Легочной рисунок усилен в обоих легких. Корень не структурен. Органы средостения не смещены.

Боковой снимок левого легкого. Боковой снимок грудной клетки, сделанный лучами средней интенсивности при положении больного левым боком кпереди. Легочной рисунок несколько усилен. Корень легкого не структурен. Определяется интенсивное затемнение в нижней доле легкого, видна плевра между верхней и нижней долями. В области S6-сегмента определяются спайки округлой формы.

На данных снимках можно выделить синдром:

Синдром плевральной тени

**10. УЗИ 8.12.2003**

Заключение: Осумкованный плеврит.

**11. СПИРОАНАЛИЗАТОР 6.11.2003**

Крайне резкое снижение ЖЕЛ, умеренные нарушения проходимости дыхательных путей.

ФЖЕЛ>ЖЕЛ: нарушено соотношение ЖЕЛ и ФЖЕЛ при НП ДП. Слишком маленькое время выхода при НП ДП (1,42). Слишком большое время достижения ПОС.

**12. Консультация Окулиста 5.11.2003**

Травма левого глаза 7 лет назад. Ангиопатия сетчатки обоих глаз, атрофия зрительного нерва левого глаза. Этамбутол противопоказан.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА.**

**Клинический диагноз:**

Основное заболевание: Левосторонний осумкованный гнойный плеврит. БК-.

Осложнения основного заболевания: Дыхательная недостаточность II ст.

Сопутствующие заболевания: ангиопатия сетчатки обоих глаз, атрофия зрительного нерва левого глаза.

*Жалобы* больного (снижение веса более, чем на 5 кг за последние 2 мес; кашель, усиливающийся по утрам, с незначительным отхождением мокроты, бесцветной и без запаха; одышка смешанного характера в покое; слабость, вялость, снижение работоспособности; повышение температуры тела) говорят о воспалительном заболевании, протекающим с симптомами интоксикации и вовлечением бронхолегочной системы.

*На основании анамнестических данных:*

- перенесенный левосторонний плеврит туберкулезной этиологии в 1980, 1995 годах, а также в 2001 году – инфильтративный туберкулез S6-левого легкого в фазе распада. БК+.

*На основании данных объективного исследования:*

- частота дыхательных движений 24 раза в минуту в покое.

- При сравнительной перкуссии: слева ниже угла лопатки – притупление легочного звука. Голосовое дрожание ослаблено над задними отделами левого легкого.

- ослабленное дыхание при аускультации левого легкого.

Эти данные говорят о наличии уплотнения в левого легкого или о скоплении жидкости в плевральной полости.

*На основании параклинических методов исследования:*

1) В общем анализе крови умеренный лейкоцитоз, не соотносящийся с тяжестью интоксикации, свидетельствующий в пользу специфического характера воспаления. Снижение уровня эритроцитов и гемоглобина отражает тяжесть интоксикации.

2) Повышение уровня С-реактивного белка, показателей тимоловой пробы, а также сдвиг белковых фракций в сторону грубодисперсных белков (глобулинов) говорят об активно протекающем воспалительном процессе. Гипопротеинемия может обуславливаться недостаточностью питания и интоксикацией.

3) Микроскопия плевральной жидкости на наличие МБТ дала отрицательный результат.

4) Исследование плевральной жидкости показало признаки, характерные для экссудативного отделяемого: жидкость мутная, проба Ривальта положительная. О гнойном характере экссудата говорит высокое содержание сегментоядерных нейтрофилов (85%), также цвет мясных помоев – характерен для гнойно-геморрагического процесса.

5) Рентгенография грудной клетки: прямая проекция - характерный для экссудативного осумкованного плеврита участок затемнения в нижней нижней доли левого легкого с косо восходящей верхней границей на уровне 3 ребра. В боковой проекции определяется на фоне затемнения нижней доли левого легкого спайки округлой формы

Осложнения: учитывая то, что у больного наблюдается одышка в покое до 25/мин, по данным спирографии: резкое снижение ЖЕЛ.

Сопутствующие заболевания: из консультации окулиста следует, что у больного: ангиопатия сетчатки обоих глаз, атрофия зрительного нерва левого глаза.

Таким образом, подтверждены все компоненты выставленного диагноза. Но для уточнения этиологии гнойного плеврита необходимо произвести посев плевральной жидкости. Учитывая, что у пациента периодически возникал плеврит левого легкого туберкулезной этиологии, то можно предположить, что в данном случае эмпиема развилась вследствие присоединения к фоновому заболеванию вторичной гноеродной флоры.

**ЛЕЧЕНИЕ ДАННОГО ПАЦИЕНТА.**

Лечение больного должно быть комплексным и включает следующие назначения:

1) Режим палатный, так как большие физические нагрузки больному противопоказаны (ДН II).

2) Стол №11 по Певзнеру.

**3) Этиотропное лечение:**

Больному показана специфическая химиотерапия туберкулостатическими препаратами по II категории ВОЗ. В настоящий момент больной не является бактериовыделителем, соответственно, идет поддерживающая фаза химиотерапии: 2 препарата: изониазид, рифампицин.

- Rp.: Isonaizidi 0,3

 D.t.d. N 20 in tabulettis

 S.: По 2 таблетки 1 раз в сутки после еды

- Rp.: Rifampicini 0,15

 D.t.d. N 20 in capsulis

 S. По 3 капсулы 1 раз в сутки (не одновременно с другими препаратами!)

Это полусинтетический антибиотик, производное рифамицина. Препарат имеет яркий коричнево-красный цвет. Он окрашивает (особенно в начале лечения) мочу, мокроту, слезную жидкость в оранжево-красноватый цвет. При приеме препарата возможны аллергические реакции (разной степени тяжести), хотя наблюдаются они относительно редко; кроме того - диспепсические явления, дисфункция печени и поджелудочной железы. При длительном приеме препарата необходимо периодически исследовать функцию печени и проводить анализы крови (в связи с возможностью развития лейкопении).

**4) Патогенетическая терапия:**

 А) Десенсибилизирующие средства

Rр.: Sol. Calcii chloridi 10% - 10.0

D.t.d. N. 7 in ampull.

S. В/в струйно 10 мл. 1р/д

Б) Плевральная пункция – с целью устранения функциональных расстройств, связанных со сдавлением жизненно важных органов. (одномоментно удалять не более 1,5 л жидкости)

###### В) Дезинтоксикационные средства

Rp: Sol.Natrii chloridi 0,9%-400 ml

D.S. В/в капельно 400 мл.

###### Г) Общеукрепляющие средства, витаминотерапия

Rp.: Sol. Glucosae 5% 400 ml

 Sol. Acidi ascorbinici 5% 1 ml

 M.D.t.d. N 10

 S.: Внутривенно капельно 1 раз в сутки

Глюкоза с аскорбиновой кислотой оказывают общеукрепляющее действие, улучшают процессы метаболизма в печени.

Rр.: Sol. Руridoxini 5% 1 ml

D.t.d. N. 10 in ampull.

S. По 1 мл внутримышечно 2 раза в день

Препарат витамина В6. Показан больному, так как улучшает трофические процессы в нервной ткани. Улучшает также метаболизм в печени.

Rp.: Riboxini 0,2

D.t.d N 20 in tab. obd.

S.: По 1 таблетке 3 раза в день

Витамин В2. Препарат улучшает процессы метаболизма в печени и периферических нервах (активация ферментов цикла Кребса).

**Хирургическое лечение –** вследствие неэффективности проводимой консервативной терапии показана операция – плеврэктомия слева.

**Мероприятия в тубочаге.**

Члены семьи больного (мать и внучка) подлежат учету по IV группе диспансерного учета как контактные. Необходимо обследование в диспансере 2 раза в год, проведение пробы Манту и ревакцинация в случае неифицированности. Также в случае неинфицированности (что, однако, маловероятно), необходима будет первичная химиопрофилактика.

**Прогноз и рекомендации по диспансерному наблюдению.**

Прогноз в отношении выздоровления больного, учитывая возраст, наличие неблагоприятных факторов (курение, алкоголизация, признаки поражения печени, отсутствие постоянного места жительства и работы, неполноценное питание) прогноз для выздоровления – благоприятный, прогноз для последующей трудоспособности – благоприятный.