Фамилия, имя, отчество: x

Возраст: 39

лет

Пол: женский

Национальность: русская

Домашний адрес:

Озинский р-н, поселок Озинки

Профессия: техник на хлеб-заводе

Дата поступления: 13 марта 1998 года

Жалобы при поступлении:

на сухой кашель с небольшим количеством желтоватой мокроты,

неопределенные боли в левой половине грудной клетки (больше

вверху), снижение аппетита, похудание, слабость, сильную ус-

талость под конец рабочего дня. при осмотре: на редкий сухой

кашель, небольшую слабость.

Anamnesis morbi:

Больной считает себя с 1992 года, когда через некоторое время

после родов была сделана профилактическая флюорография и со

слов больной "было обнаружено затемнение". В тот период бес-

покоил кашель, сопровождавшийся отделением незначительного

количества мокроты, повышение температуры тела до 37.2-37.5,

слабость, потливость. Больной было рекомендовано обратиться к

районным специалистам, однако за мед. помощью она не обраща-

лась, лечилась на дому средствами "народной медицины". Через

месяц было сделано повторное флюрообследование (т.к. больная

относится к декретированной группе лиц), однако патологичес-

ких изменений обнаружено не было. До настоящего времени чувс-

твовала себя удовлетворительно, отмечала лишь повышенную

утомляемость, периодическую слабость ("ватные ноги"). За мед.

помощью не обращалась. В середине февраля в связи с болезнью

ребенка находилась в больнице, где была сделана профилакти-

ческая флюорография. Были обнаружены патологические измене-

ния, через неделю сделано дополнительное рентгенологическое

обследование и больная было направлена за спец. медицинской

- 2 -

помощью в Областной противотуберкулезный диспансер, где в

данный момент находится на стационарном лечении. Больной про-

водится лечение фтивазидом, стрептомицином, этамбутолом, ви-

таминами гр. B6. Отмечает улучшение самочувствия.

Эпид. анамнез:

Отмечает у родного брата заболевание легких, характеризующее-

ся сильной слабостью, головными болями, одышкой, приступами

кашля, высокой температурой. Болеет около 6 лет, за врачебной

помощью, несмотря на просьбы родственников не обращался.

Anamnesis vitae:

Родилась в 1959 году в пос. Озинки Саратовской области в

семье фермера первым ребенком. Росла и развиваласс нормально.

По физическому и психическому развитию от сверстников не от-

личалась. В школу пошла в 7 лет, училась хорошо. Окончила

8-летнюю школу. В настоящее время материально-бытовые условия

удовлетворительные - живет в частном доме с мужем и детьми.

Питание удовлетворительное. К алкоголю всегда относился отри-

цательно, спиртные напитки употребляет крайне редко. Сейчас

работает на хлеб-заводе техником. В детстве ангиной, корью не

болела, хотя отмечает 1-2 раза в год грипоподобные заболева-

ния в последние 5-6 лет. Отмечает, что мать страдала заболе-

ваниями сердца( какими точно,не знает), от чего умерла. У от-

ца имелся атеросклероз (тоже умер). Психические заболевания у

себя и родственников отрицает.

Status praesens universalis:

При общем осмотре: Состояние больного удовлетворительное, по-

ложение активное, сознание ясное,выражение лица и глаз добро-

желательное. Телосложение астеническое. При осмотре кожных

покровов кожа бледная, сухая, теплая наощупь, пролежней, сы-

пей, расчесов, участков шелушений нет, на передней поверхнос-

ти грудной клетки и спине имеются пигментации в виде "весну-

шек", кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи

- 3 -

сохранен.

При осмотре видимые слизистые оболочки бледные, с цианотичным

оттенком, кровоизлияний, изъязвлений, корочек нет. Тип оволо-

сения женский, волосы густые, черные с проседью, блестящие.

Пальцы и ногти обычной формы, "барабанных палочек" и "часовых

стекол" нет, ногти на руках и ногах блестящие, ровные , ис-

черченности и ломкости ногтей нет. При пальпации нижнечелюст-

ные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые

лимфатические узлы не пальпируются. Питание достаточное, под-

кожно-жировая клетчатка развита слабо, толщинна 0,5 см, расп-

ределена равномерно, отеков нет. Мышцы развиты удовлетвори-

тельно, тонус мышц сохранен, при пальпации, активных и пас-

сивных движениях безболезненны. искривлений, деформаций ос-

тальных костей нет, кости при надавливании и покалачивании

безболезненны. В суставах болезненности,деформации, хруста

при пальпации и движении нет.

Состояние по органам и функциональным системам Сис-

тема дыхания:

Грудная клетка астенической формы, западений, выбуханий нет,

надключичные и подключичные ямки западают, Эпигастральный

угол меньше 90 градусов. Дыхание через нос, свободное, брюш-

ного типа, ритмичное, средней глубины с частотой 16 дыхатель-

ных экскурсий в минуту. Одышки, удушья видимых на глаз нет.

Ребра идут косо вниз, межреберные промежутки достаточной ши-

рины. При пальпации данные осмотра определения эпигастрально-

го угла, равномерное участие обеих половин грудной клетки в

акте дыхания подтверждены, ребра идут косо вниз, межреберные

промежутки широкие. При пальпации грудная клетка эластична,

при ориентировочной и точной пальпации безболезненна. Ощуще-

ния шума трения плевры нет. Голосовое дрожание равномерно

проводится на симметричные участки обеих половин грудной

клетки. При сравнительной перкуссии над всеми полями легких

определяется легочный звук. При топографической перкуссии вы-

сота стояния верхушек легких над ключицами справа и слева 3

см. Нижняя граница и подвижность нижних краев правого и лево-

го легкого в пределах физиологической нормы. При аускультации

- 4 -

над всеми легочными полями выслушивается везикулярное с жест-

коватым оттенком дыхание, нормальной силы. Над гортанью, тра-

хеей и в области рукоятким грудины в фазу выдоха выслушивает-

ся бронхиальное дыхание нормальной силы. При аускультации над

всеми легочными полями хрипов, крепитации, шума трения плевры

нет.

Система кровообращения:

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный

горб отсутствует, верхушечный толчок не виден. При пальпации

сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок опреде-

ляется в положении стоя на выдохе на 2 см кнаружи от левой

средене-ключиной линии. Верхушечный толчок низкий, средней

силы, резистентный, разлитой, площадь 3 см. Пульсация аорты,

легочного ствола отсутствует. Синдром "кошачьего мурлыканья"

на верхушке и "систолического дрожания" над аортой отсутству-

ют. При перкуссии границы относительной сердечной тупости:

правая - в 4 межреберье у правого края грудины,

верхняя - в 3 межреберье слева от грудины,

левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии.

Поперчник относительной сердечной тупости - 13 см Талия серд-

ца сглажена. При перкуссии границы абсолютной сердечной ту-

пости:

правая - у левого края грудины,

верхняя - в 4-м межреберье,

левая - на 1,5 см кнутри от левой границы относительной сер-

дечной тупости. При аускультации сердца тоны ритмичные, приг-

лушены, имеется небольшой акцент 2-го тона на легочной арте-

рии. Раздвоения тонов, шума трения перикарда нет. При пальпа-

ции сосудов шеи, височных, в надчревной области извилистости,

набухания, узловатости нет,"симптом червя" отсутствует. При

пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках,

одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 68 ударов в ми-

нуту, твердый, полный, большой по величние, обычный по форме.

При измерении артериальное давление 100/70.

Система пищеварения и органы брюшной полости:

- 5 -

При осмотре губы розовые,сухие, изъязвлений, трещин, высыпа-

ний нет. При осмотре полости рта слизистые розового цвета,яз-

вочек нет, запах изо рта отсутствует. Яэык розовый, влажный,

необложенный, сосочки языка выражены умеренно. Трещин, язв,

отпечатков зубов по краям, дрожания и девиации высунутого

языка нет. В ротовой полости имеются кариозные и пломбирован-

ные зубы. Десны розовые, набухлости, кровоточивости, разрых-

ленности, язв нет. Слизистая глотки розовая, миндалины не

выступают из-за небных дужек. Глотание свободное, безболез-

ненное. При осмотре области живота живот округлой формы, сим-

метричный, не вздут,выпячиваний, западений,видимой пульсации,

перистальтики нет. Расширений вен брюшной стенки и видимой на

глаз пульсации в околопупочной области нет. Кожа живота чис-

тая. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной ориен-

тировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхожде-

ния прямых мышц живота нет. При глубокой скользящей методи-

ческой пальпации по Обрзцову-Стражеско в левой подвздошной

области определяется сигмовидная кишка: безболезненная,плот-

но-эластической консистенции, с ровной поверхностью, не ур-

чит, малоподвижна, диаметр 1,5 см; в правой подвздошной об-

ласти определяется слепая кишка: безболезненная, мягкой кон-

систенции, слегка урчит, подвижна, диаметром 3 см. Большая

кривизна желудка пальпируется в виде ровного, гладкого, без-

болезненного валика на 2 см выше пупка. Размеры печени по

Курлову: по правой среднеключичной линии - 11,5 см по правой

окологрудинной линии - 9 см по правой реберной дуге - 7 см

При пальпации пузырная точка, эпигастральная зона, холе-

до-панкреатическая зона, точка диафрагмального нерва, акроми-

альная точка, точка лопаточного угла, позвоночная точка без-

болезненны. При перкуссии живота укорочения перкуторного зву-

ка нет. Симптом волны, симптом Менделя, симптом Щеткина-Блюм-

берга отрицательны. Видимого на глаз увелечения селезенки

нет. При ориентировочной перкуссии по передней брюшной стенке

слева укорочения перкуторного звука нет. При пальпации селе-

зенка не определяется. При топографической перкуссии селезен-

ка занимает область 9,10,11 ребер.

- 6 -

Моче-половые органы:

При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет. При

перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен.

При поверхностной пальпации болезненность не определяется.

При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско

почки не пальпируются. Верхние и нижние мочеточниковые точки

с обеих сторон безболезненны. Мочеиспускание безболезненное.

Нервная система:

Больная сдержана, к окружающему миру относится с интересом,

способность сосредоточения сохранена, общительна, ориентиру-

ется во времени и пространстве, страдает бессоницей, особенно

после эмоциональной нагрузки днем, головокружений, обмороков

нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет. Патологических реф-

лексов нет. Болевая и температурная чувствительность сохране-

ны. Зрение, слух, обоняние в норме. Нарушений вкуса нет.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: Рент-

генограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Снимок

нормальной жесткости. Видимой патологии костных тканей не об-

наружено. Корни легких структурны. Легочные поля: слева в

S1-S2 на фоне усиленного легочного рисунка немногочисленные,

малой интенсивности очаги с четкими контурами. Справа в 1-м

межреберье линейный фиброз с еденичным очагом средней интен-

сивности. Синусы плевры свободны. Положение и форма куполов

диафрагмы - обычное. Сердце и крупные сосуды неизменены.

Анализ крови:

Эритроциты - 4,23\*10^12/л Hb - 100 г/л ЦП 0,9 L 4,7\*10^9/л

Лимфоциты 35 Палочкоядерные 2 Сегментоядерные 47 Моноциты 10

СОЭ - 7 мм Тромбоциты 288\*10^3/л

Анализ мочи: светло-желтая прзрачная, плотность - 1,013, бе-

лок - отриц. сахар - отриц. ацетон - отсутствует желчные пиг-

- 7 -

менты - отриц. Эпит. 1 в п. зр. L 0-1 в п. зр. Эр. 0-1 в п.

зр.

Биохимия крови:

Общий БР - 9,8 | мг/л

Прямой БР - 2,4 |

АСТ - 0,102 | ммоль/л

АЛТ - 0,017 |

Глюкоза - 5,21 ммоль/л

Анализ мокроты: (16/03/98) Методом люмин. BK +

Обоснование диагноза:

Диагноз подтверждается на основании данных: на характерное

малосимптомное течение (непостоянный субфебрилитет, понижение

работоспособности, слабость, потливость, кашель с небольшим

количеством мокроты); семейный ТУБ-контакт (болезнь брата);

рентгенологические данные (типичная локализация процесса сле-

ва S1-S2, очаги малой и средней интенсивности); подтверждение

этиологии процесса анализом мокроты (16/03/98) BK +

Был выставлен диагноз:

Основной: Очаговый туберкулез S1-S2 левого легкого в фазе ин-

фильтрации, BK +.

Дифференциальный диагноз:

В связи со стертостью и малосимптомностью клинической картины

представляется логичным провести диф. диагностику с рядом за-

болеваний, имеющих сходную картину:

1) Периферический рак. На ранних стадиях оба процесса проте-

кают малосимптомно, без видимых клинических нарушений, а при

появлении симптомов, как правило, не имеют характерных только

для одного из этих заболеваний особенностей.

Следует учитывать особенности анамнеза - у больных туберкуле-

зом - контакт с больным; у больных раком частые обострения

- 8 -

хронического бронхита. У больных раком чаще наблюдаются упор-

ные, нарастающие боли в груди. Так же при раке часто одышка

является довольно беспокоящим симптомом, в отличие от очаго-

вого TBC (как в данном случае).

Ценные диагностические данные можно получить при цитологичес-

ком исследовании мокроты на МБТ и опухолевые клетки (в данном

случае BK+ ).

Большое дифференциально-диагностическое значение имеет рент-

генологическое исследование. А именно: тень раковой опухоли

более интенсивна, очертания волнистые, бугристые, тяжистые,

иногда определяется углубление в области вхождения в опухоль

сосудисто -бронхиального пучка, что также не укладывается в

картину нашего случая.

Следовательно - наше предположение о периферическом раке не-

верно.

2) Неспецифическая пневмония. Особенности анамнеза в данном

случае также позволяют выявить ряд расхождений. Прежде всего,

для пневмонии характерно указание в анамнезе на переохлажде-

ние, хронические заболевания придаточных пазух носа, а это не

укладывается в картину нашего случая. Начало заболевания, в

отличие от TBC, более острое, с быстрым повышением температу-

ры тела до 39-40 С, резким ознобом, головными болями, болью в

груди, суставах. Обычно отмечается ларингит, трахеобронхит.

Аускультативная картина при пневмонии также не соответствует

данной, а именно - в легких выслушивают сухие и влажные хри-

пы, более обильные, чем при TBC. В гемограмме также более вы-

раженные изменения.

Рентгенологические данные опять же отличаются от полученных

нами: чаще в нижних долях легких, на фоне усиленного и дефор-

мированного легочного рисунка, определяются участки инфиль-

трации с нечеткими контурами.

При исследовании мокроты или промывных вод бронхов у больных

с неспецифической пневмонией определяется неспецифическая

бактериальная микрофлора или вирусы.

Следовательно - наше предположение о неспецифической пневмо-

нии неверно.

- 9 -

Таким образом окончательный диагноз:

Основной: Очаговый туберкулез S1-S2 левого легкого в фазе ин-

фильтрации, BK +.

Сопутствующий: нет

Осложнения: нет.

Лечение:

В современном комплексном лечении больного туберкулезом анти-

бактериальной терапии принадлежит решающее значение. Выбор

лечебного режима зависит от распространенности процесса, на-

личия или отсутствия деструкции, массивности бактериовыделе-

ния, степени активности туберкулеза.

В данном случае показана следующая комбинация препаратов:

изониазид, стрептомицин и этамбутол. Плюс витамины группы "В".

Лечение проводить 6-9 месяцев, из них стрептомицин только

первые 3 мес. В результате лечения свежие очаги могут под-

вергнуться полному рассасыванию, но чаще наблюдается формиро-

вание фиброзных или кальцинированных очагов на фоне пневмоск-

лероза.

Изониазид - в связи с сильными головными болями и повышением

АД до 140/90 был заменен на фтивазид.

Фтивазид. Принимают внутрь до еды. По терапевтической эффек-

тивности уступает изониазиду, но менее токсичен.

Rp.: Tab. Phthivazidi 0,5 N. 100

D.S. по 1 таб. 2-3 раза в день до еды.

Стрептомицин. Подавляет развитие быстроразмножающихся МБТ,

расположенных внеклеточно. Максимальная концентрация создает-

ся через 30 мин. - 1 час после в/м введения. До 80% выводится

с мочой.

Rp.: Streptomycini sulfatis 1,0

D.T.D. N. 30 in flaconis

S. растворить в воде для инъекций, в/м^ 1 раз в сут.

Этамбутол. Принимают однократно после завтрака. Оказывает

- 10 -

бактериостатическое действие преимущественно быстроразмножаю-

щихся МБТ. Действует на вне- и внутриклеточно расположенные

особи возбудителя. Максимальный уровень создается в крови че-

рез 2-3 час после приема. Попав в кровь, проникает в ЭР, из

которых он постепенно высвобождается. Противопоказан при нев-

ритах зрительного нерва !

Rp.: Tab. Ethambutoli 0,2 N. 100

D.S. по 1-1,5 таб. однократно после завтрака.

Витамины группы В6 (пиридоксин). Предупреждает или уменьшает

токсические проявления, наблюдащиеся при применении противо-

туберкулезных препаратов.

Rp.: Sol. Pyridoxini 5% - 1ml

D.T.D. N. 10 in ampull.

S. По 1 мл в/м 2 раза в день.

Прогноз:

Распознование туберкулеза и его своевременное лечение спо-

собствуют не только успешному излечению больного, у которого

в дальнейшем не наблюдается рецидива болезни, но и предупреж-

дение нового очага туберкулезной инфекции.

В данном случае у нас есть все основания предполагать благоп-

риятный прогноз в виде полного излечения больной.

Больная относится к 1-й группе - своевременно выявленные

больные. Группа стационарного учета I.