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.