**Паспортная часть**

Пол:

Возраст 23 года

Постоянное место жительства:

Профессия:

Дата поступления в клинику:

Дата курации:

**Жалобы больного**

На момент курации предъявляет жалобы на небольшой сухой кашель.

На момент поступления предъявлял жалобы на сухой кашель, возникающий преимущественно в утренние часы, без связи с какими-либо провоцирующими факторами, повышенную утомляемость, снижение аппетита

**История заболевания**

Считает себя больным с августа 2012 года, когда уехал в свадебное путешествие (Тунис), после возвращения домой (сентябрь 2012) стал отмечать сухой кашель, который объяснял переохлаждением, и стрессами на работе. Ухудшения самочувствия не отмечал.

В начале декабря 2012 проходил профилактический осмотр на работе, где при проведении рентгенологического исследования были выявлены изменения легочной ткани, и пациент был направлен на КТ-исследование, в результате которого установлен диагноз туберкулез и пациент был направлен в УКБ фтизиопульионологии для дальнейшего обследования и лечения.

**История жизни**

Контакт с больным туберкулезом не установлен. Лиц, находившихся в непосредственной близости с больным и страдающими какими-либо заболеваниями легких/простудными заболеваниями не отмечено.

Заболевание туберкулезом среди близких родственников не отмечает, наследственность по другим заболеваниям: отец страдает эпилепсией, мать умерла от цирроза печени.

Постоянно проживает в г. Хабаровск в 1 комнатной квартире, вдвоем.

Жизненные условия удовлетворительные, вредные привычки: курит с 19 лет по 8 сигарет в день, алкоголь употребляет редко («по праздикам»), наркотики не употребляет.

Образование средне-специальное (авиационный техникум), служил в войсках МВД. Место работы в настоящее время: бортпроводник, общий стаж работы: 5 лет, в связи с профессией посещает страны: Тунис, Италия, Таджикистан, Франция.

Перенесенные заболевания и травмы: 2008 год – пневмония, во время службы в армии, в 12 летнем возрасте перелом пяточной кости, вывих челюсти.

Аллергологический анамнез не отягощен. Последнее флюорограическое исследование проводилось в 2011 году – патологии не выявлено.

Заключение: На данном этапе обследования пациента, возможно подозрение на диагноз туберкулеза, в большей степени благодаря результатам проведенного ранее профилактического осмотра пациента (рентгенография, КТ-исследование, где были выявлены признаки ограниченного затемнения легочной ткани). Скудное количество жалоб, отсутствие «туберкулезного» анамнеза, наличие вредных привычек (курение) не послужило своевременному обращению к специалисту, т.к. жалобы не специфичны.

**Данные объективного обследования**

Общее состояние удовлетворительное, положение больного активное, сознание ясное. Общее развитие соответствует возрасту. Вес 67 кг, рост 179 см, ИМТ – 20 (нормальная масса тела), телосложение правильное.

Кожные покровы бледно-розового цвета. Сыпи, гемморагических явлений, рубцов, наружных опухолей и депигментации нет. Ногти и волосы без особенностей.

Видимые слизистые бледно-розового цвета.

Подкожно-жировой слой развит умеренно. Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

Костно-мышечная система без патологии.

Органы дыхания:

Дыхание через нос свободное, брюшной тип дыхания, ЧД – 18 в минуту, дыхание ритмичное. Лопатки и ключицы расположены на одном уровне по отношению друг к другу, движения обеих половин грудной клетки симметричны, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют.

Пальпация: грудная клетка безболезненна, ригидна, голосовое дрожание нормальное, одинаковое над всей поверхностью легких.

Топографическая перкуссия: границы в пределах нормы

Сравнительная перкуссия. Ясный легочный звук симметрично перкутируется над всеми легочными полями.

Аускультация легких. Дыхание везикулярное, хрипов, крепитации, шума трения плевры не определяется. Бронхофония нормальная, одинакова с обеих сторон.

Органы кровообращения

Жалобы: не предъявляет.

Видимой пульсации артерий нет. Венный пульс не выражен.

Пульс. Частота 84 уд. мин., одинаковый на правой и левой руках, достаточного наполнения. АД 120/80 мм. рт. ст. на правой и левой руках.

Область сердца не изменена. Перкуссия сердца: границы в пределах нормы. Аускультация сердца: во всех точках выслушивается 2 тона, ритм правильный, частота 84 в мин., шумов нет.

Органы пищеварения:

Жалобы: на снижение аппетита.

Язык чистый, влажный бледно-розового цвета.

Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Перистальтика не нарушена. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Границы печени в норме, нижний край печени по краю реберной дуги. Край печени не определяется, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка и поджелудочная железа не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Нервная и психическая сфера:

Сознание ясное. Отвечает на вопросы по существу. Ориентирован во времени и пространстве. Речь разборчива. Реакция на свет живая. Расположение языка по средней линии. Нистагм отсутствует. Менингеальные симптомы отсутствуют. Парезы и параличи отсутствуют. Головных болей нет. Сон полноценный.

Эндокринный аппарат:

Патологии не выявлено.

Мочеполовая система:

Поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, при перкуссии мочевой пузырь над лобковым симфизом не определяется, мочеиспускание в норме.

Заключение:

По полученным данным в результате опроса и объективного осмотра опять же сложно установить точный диагноз, ведущим является собранный анамнез с данными компьютерной томографии, т.к. в объективном статусе имеет место, только снижение аппетита и жалобы на сухой кашель. Такое отсутствие выраженных изменений может усилить предположение о возможной (инфильтративной) туберкулезной этиологии воспалительного процесса в легких.

**Данные лабораторных и инструментальных методов исследования**

Анализ мокроты на МБТ (метод микроскопии, материал - мокрота). Результат: 2+

Заключение: результат исследования 2+ интерпретируется как положительный, что расценивается как выделение микобактерии с мокротой.

Клинический анализ крови:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Ед. изм | Норма |
| WBC лейкоциты | 6,4 | 109/l | 4.0-9.0 |
| RBC эритроциты | 5,35 | 1012/l | 3.70-5.60 |
| HGB гемоглобин | 173 | g/l | 130-160 (м) |
| HCT гематокрит | 49 | % | 36.0-48.0 |
| MCV ср.эр.объем | 91,6 | Fl. | 80-95 |
| PLT тромбоциты | 213 | (109/l) | 180-320 |
| LY лимфоциты | 1,1 | (109/l) |  |
| MO моноциты | 7 |  |
| MXD# абс. сод смеси | 1,2 | (109/l) |
| MXD% | 19 |  |
| NEUT нейтрофилы | 4,1 | (109/l) |
| эозинофилы | 4 |  |
| базофилы | - |
| п/я | - |
| нейтрофилы | 60 |
| СОЭ | 3 | Мм/ч |

Заключение: У пациента повышен гемоглобин (173 г/л), что может быть следствием курения, так же повышения показателей MXD (в абсолютном – 1,2 N=0,6-0.8 и процентном выражении – 19 N=5-10%) свидетельствует о наличие воспалительного процесса, в частности выхода моноцитов (макрофагов) в очаге воспаления.

Биохимический анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Ед. изм | Норма |
| ALT | 24,7 | u/l | 0.0-45.0 |
| AST | 17 | u/l | 0.0-35.0 |
| Пр. билирубин | 5,91 |  |  |
| GLUC | 4,6 | Mmol/l | 3.50-5.90 |
| Общий билирубин | 22,3 |  | |
| Мочевина | 3,31 | Mmol/l | 2.8-7.2 |
| Креатинин | 126,9 | Mkmol/l | 80.0-115.0 |
| Холестерин общий | 5,53 |  | |
| Калий | 4,6 |  |
| Натрий | 149 |
| Хлор | 96 |  |

Заключение: в биохимическом анализе крови наблюдается некоторое повышение содержания общего билирубина (+прямой билирубин), креатинина – что может явиться следствием начатого лечения.

Общий анализ мочи

Цвет - соломенно-желтый

Прозрачность – полная

Относительная плотность – 1020, рН – 6,5

Белок – нет г/л, Глюкоза – отр.

Заключение: отклонений от нормы нет.

**Диагностическая фибробронхоскопия**

Аппарат проведен через левый носовой ход. Надгортанник, голосовые складки обычного цвета, подвижные в полном объеме. Голосовая щель правильной формы. Подскладковое пространство свободное. Трахея свободная. Устья бронхов I-V порядков свободные, округлой формы, шпоры их острые, подвижные. Слизистая трахеи и бронхов бледно-розового цвета, с нежным сосудистым рисунком, межхрящевые промежутки сохранены. Карина острая, подвижная, просветы бронхов округлой формы, деление тбд типичное. Устья слизистых желез точечные. Патологического секрета в бронхах обоих легких нет.

Произведен БАЛ через Б6 на МБТ

Заключение: на момент осмотра патологии тбд не выявлено.

**Рентгенотомографическое исследование**

На прямой обзорной рентгенограмме органов грудной клетки больного К., 23 лет, выполненной в стандартной жесткости с полным охватом, при правильной установке больного, определяется:

Со стороны мягких тканей и костных образований грудной клетки патологических изменений не выявлено.

Корни правого и левого легкого структурны, нормальной ширины, правильной локализации.

Легочные поля симметричные, легочный рисунок не изменен, правое легочное поле без особенностей. В левом легочном поле на уровне 3 ребра по средне-ключичной линии в области 6 сегмента определяется синдром ограниченного затемнения с нечеткими контурами, неправильной формы, средней интенсивности, размерами 20х15 мм. В центральной части затемнения определяется зона распада – просветление неправильной формы, диаметром около 6-7 см, имеющее ясно очерченный внутренний контур. Так же в области данного затемнения имеются группа очагов различной формы и величины, средней и малой интенсивности, без четких контуров.

Оба купола диафрагмы расположены на обычном уровне. Контуры тени диафрагмы четкие с двух сторон. Синусы без особенностей.

Заключение: На рентгенограмме представлен синдром затемнения в 6 сегменте левого легкого (тень размером более 12 мм), имеющий неоднородные контуры, что является следствием инфильтрации данного участка легочной ткани. Наличие участка просветления в центре очага предполагает наличие распада инфильтрата. Данная рентгенологическая картина указывает на диагноз инфильтративного туберкулеза в фазе распада.

**Компьютерная томография**

МСКТ органов грудной клетки.

Грудная клетка правильной формы. В верхнем полюсе S6 левого легкого определяется полостное образование 23х12х11 мм с неровными контурами и зоной перифокального понижения плотности легочной ткани. Стенки, дренирующего образование бронх утолщены. В S6 также определяются множественные полиморфные очаги-инфильтрации от 1 мм до 6 мм.

Мягкие ткани грудной клетки не изменены.

Подмышечные лимфатические узлы не увеличены.

Костный каркас грудной клетки без особенностей.

Средостение не смещено, не расширено. Клетчатка переднего и заднего средостения обычной плотности. Структуры средостения дифференцированы.

Сердце и крупные сосуды (сосуды верхней апертуры грудной клетки, грудная аорта, легочный ствол, ВПВ) обычно расположены, не расширены.

В полости перикарда содержимого не выявлено.

Просвет трахеи, главных и сегментарных бронхов прослеживается, не изменен.

В плевральных полостях признаков наличия жидкости и газа не выявлено.

Заключение: КТ-признаки очаговых изменений в S6 левого легкого.

**Клинический диагноз**

Туберкулез S6 cегмента левого легкого, инфильтративная форма, фаза распада, МБТ+.

На основании:

Анамнеза: пациент работает бортпроводником, что определяет необходимость тесного общения с незнакомыми людьми, а также постоянное наличие стрессовых ситуаций. Также недавняя свадьба также является стрессорным фактором.

Все эти данные анамнеза являются косвенными признаками туберкулеза.

Жалоб: на общую слабость, кашель со скудным отделением мокроты, одышку при физической нагрузке, снижение аппетита. Подобные жалобы и скудная симптоматика являются характерными для больных туберкулезом.

Объективного исследования: отсутствие патологии при объективном исследовании больных инфильтративной формой туберкулеза, также является характерным для больных туберкулезом.

Данные лабораторной диагностики:

МБТ+ установленной на основании данных люменисцентной микроскопии, что является абсолютным признаком туберкулеза.

Заключение рентгенологического исследования: на рентгенограмме представлен синдром затемнения в 6 сегменте левого легкого (тень размером более 12 мм), имеющий неоднородные контуры, с участком просветления в центре очага.

Заключение КТ: признаки очаговых изменений в S6 левого легкого.

Такие данные КТ и рентгена (локализация очага в S6 сегменте, характеристика очага) являются косвенными признаками туберкулеза.

Инфильтративная форма установлена на основании данных рентгенограммы и КТ.

Заключение КТ: признаки очаговых изменений в S6 левого легкого.

Заключение рентгенографического исследования: на рентгенограмме представлен синдром затемнения в 6 сегменте левого легкого (тень размером более 12 мм), имеющий неоднородные контуры, что является следствием инфильтрации данного участка легочной ткани.

Фаза распада т.к. на рентгенограмме определен синдром затемнения в 6 сегменте левого легкого (тень размером более 12 мм), имеющий неоднородные контуры, наличие участка просветления в центре очага предполагает наличие распада инфильтрата.

МБТ+ установлено на основании данных люменисцентной микроскопии.

**Дифференциальный диагноз**

1) С раком легкого:

При диагностике рака легкого обращают внимание на наличие таких факторов, как курение, профессиональные вредности, рецидивирующие бронхиты и пневмонии, наличие остаточных посттуберкулезных изменений. В рентгенологической картине центрального рака легкого на первый план выступают признаки гиповентиляции или ателектаза сегмента или доли. Тень опухоли нередко имеет полициклические, тяжистые контуры, регионарные внутригрудные лимфатические узлы увеличены. При распаде опухоли на томограммах можно выявить тень опухолевого узла внутри просвета бронха или стеноз (культю) бронха. Все эти признаки отсутствую у пациента. При перибронхиальном росте рака рентгенологическая картина его мало похожа на картину инфильтративного туберкулеза: выявляются утолщенные стенки бронхов и тяжистые тени в окружающей легочной ткани.

При проведении противотуберкулезной терапии при инфильтративном туберкулезе отмечается положительная динамика, что характерно для пациента, а при раке легкого чаще всего изменения нарастают.

Учитывая картину вцелом можно исключить рак легкого.

2) С неспецифической пневмонией:

В анамнезе у больного пневмонией имеются указания на переохлаждение, хронические заболевания дыхательных путей. Начало заболевания в отличие от инфильтративного туберкулеза более острое, с быстрым повышением температуры тела до 39-40 градусов, резким ознобом, головными болями, иногда адинамией, болью в груди, суставах. Обычно отмечаются ларингит, трахеобронхит, сухой кашель или с выделением слизистой мокроты. В легких выслушивают сухие и влажные хрипы, более обильные, чем при туберкулезе. В гемограмме более выраженные изменения, чем при туберкулезе. Рентгенологически в верхних или нижних долях легких, на фоне усиленного деформированного легочного рисунка определяются участки более однородной, чем при туберкулезе, инфильтрации с нечеткими контурами. Рентгенологическая картина крупозной пневмонии характеризуется наличием интенсивного гомогенного затемнения нескольких сегментов или доли легкого с выраженной реакцией плевры. При лечении антибиотиками широкого спектра действия у больных пневмонией отмечается положительная рентгенологическая динамика, параллельная исчезновению клинических симптомов заболевания.

3) С эозинофильным легочным инфильтратом:

Заболевание протекает подостро, остро, а иногда не имеет клинических признаков и обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании. Интоксикация умеренно выражена, больных беспокоит кашель, сухой или с выделением небольшого количества содержащей эозинофилы мокроты. В легких перкуторно можно определить незначительное укорочение легочного звука, аускультативно – немногочисленные сухие или мелкие влажные хрипы. В гемограмме – увеличение количества эозинофилов до 30-90%. Рентгенологически эозинофильный инфильтрат определяется в виде малоинтенсивной фокусной тени с нечеткими контурами, различных форм и величины. Тень эозинофильного инфильтрата может располагаться в любых отделах легких. Окружающая его легочная ткань не изменена. Также для эозинофильного инфильтрата характерны положительная кожная проба с соответствующим аллергеном и быстрое в течение нескольких дней исчезновение клинико-рентгенологических признаков заболевания даже без лечения.

4) С актиномикозом легкого:

Различают первичный и вторичный актиномикоз легкого. Для вторичного актиномикоза характерно распространение процесса в легкие лимфогенным и гематогенным путями. При первичном актиномикозе легких актиномицеты проникают в бронхи и легкие аэрогенным путем, при этом образуются множественные торакальные свищи с выделением гноя. Больных беспокоят упорные боли в груди (все эти признаки отсутствуют у пациента). Рентгенологически на фоне выраженного усиления легочного рисунка определяются фокусы с нечеткими контурами, локализующиеся преимущественно в нижних прикорневых отделах легких. Диагноз устанавливают при обнаружении друз актиномицетов в мокроте. Однако учитывая обнаружение МБТ в мокроте пациента актиномикоз можно полностью исключить.

5) С инфарктом легкого, осложненным пневмонией:

В анамнезе учитывают наличие тромбоза вен конечностей, инфаркта миокарда, гипертонической болезни, сердечно-сосудистой недостаточности. Инфаркт легкого начинается остро, протекает с лихорадкой, кашлем и мокротой, болью в груди, одышкой, цианозом, кровохарканьем. Процесс может локализоваться в любом отделе легкого. Рентгенологически определяется участок уплотнения легочной ткани различных размеров и формы: округлой, треугольной, вытянутой. При этом в окружающей легочной ткани отсутствуют очаги бронхогенного обсеменения, характерные для инфильтративного туберкулеза. На ЭКГ – признаки острого легочного сердца. При осложненном течении инфарктной пневмонии происходит некротизация пораженного участка, сопровождающаяся клиническими признаками нагноительного процесса. Однако у пациента не наблюдается характерной клинической картины.

7) С фиброзно-кавернозным туберкулезом легких:

Рентгенологическая картина фиброзно-кавернозного туберкулеза легких отличается многообразием, зависящим от давности заболевания и распространения поражения. Характерным является наличие одной или нескольких кольцевидных теней каверн, фиброзного сморщивания пораженных отделов легкого, очагов бронхогенного обсеменения. Каверны могут быть величиной от 2-4 см в диаметре до размера доли легкого. Форма каверны неправильная, бобовидная, а при объединении нескольких полостей - полициклическая. Каверны чаще имеют верхнедолевую локализацию. Фиброзно-измененные корни легких деформированы и смещены в сторону поражения. В противоположном легком в среднем и нижнем отделах обычно определяются метастатические очаги бронхогенного обсеменения, которые в случае прогрессирования образуют фокусы, полости распада. Характерно развитие плевропневмофиброза, осложнений.

**Литература**

1. Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия - М., Медицина, - 1996, - 336 с.
2. Шебанов Ф.В. Туберкулез - М., Медицина, - 1982, 368 с.
3. Конспекты лекций кафедры фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова.