ГБОУ ВПО «Красноярский Государственный медицинский университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Министерства здравоохранения и социального развития»

Кафедра туберкулеза с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., проф. Корецкая Н.М.

Преподаватель: доц.Большакова И.А.

**История болезни**

**Ф.И.О.** пациента: Чащин Сергей Владимирович, 30 лет.

**Диагноз**: Инфильтративный туберкулез S1-S2 левого легкого в фазе распада. МБТ (-).

Куратор: студент 618 группы

Лечебного факультета

Теляшкин Д.В.

Дата курации: 18.10.2016г.

Красноярск 2016 г.

**Паспортная часть:**

Ф.И.О.: Чащин Сергей Владимирович

Дата рождения: 21.09.1986 г.р. (30 лет)

Пол: мужской

Место жительства: Красноярский край, Богучанский район, пос. Таежный

Место работы, профессия: ЗАО «БОАЗ», литейщик цветных металлов.

Дата поступления в стационар: 5.09.16г.

**Эпидемиологический анамнез:**

Пациент проживает с женой и дочерью в течении пяти лет. Дочь обследована, здорова. Жена находится на 20 неделе беременности, не обследована. В январе 2016 года, был контакт с сестрой больной туберкулёзом. Сестра проживает в городе Новокузнецке, лечение никогда не получала.

**Anamnesis vitae:**

В 2004 году была проведена операция по поводу тупой травы живота, полученной на производстве. Была проведена гемотрансфузия, без осложнений. Отмечает частые простудные заболевания до 1 раз в 3 месяца. Наследственный анамнез не отягощен. Сахарный диабет, гипертоническую болезнь , язвенную болезнь желудка и ДПК, онкологические заболевания, гепатиты В и С, сифилис, ВИЧ отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Социально-бытовой анамнез:**

Образование среднее профессиональное. Трудовая деятельность с 18 лет. Работает литейщиком цветных металлов. Условия труда удовлетворительные. В армии не служил. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание не регулярное. С 15 лет курит, по одной пачке сигарет в день. Часто употреблял крепкие алкогольные напитки, по два дня через два дня, в объёме до 1-го литра, до выявления туберкулёза.

**Anamnesis morbi:**

Последнее рентгенологическое обследование было проведено в мае 2016г, на медосмотре, патологии не выявлено.

Пациент заболел остро в июле 2016г. Заболевание началось с повышения температуры до 37,6 С, появился кашель с выделением слизистой мокроты в небольшом количестве, отмечает повышение утомляемости, снижение работоспособности. 5.09.2016г. обратился к участковому терапевту, был направлен на консультацию к фтизиатру. Проведено рентгенологическое обследование, поставлен диагноз инфильтративный туберкулез верхушки левого легкого в фазе распада.

Пациент госпитализирован в КПТД№1 с целью проведения основного курса химиотерапии.

**Жалобы на момент поступления:**

Общаяслабость, недомогание, потливость, повышение температуры до 37,5 С, на протяжении месяца. Кашель с выделением небольшого количества прозрачной мокроты, особенно в утреннее время. Боль в грудной клетке, средней интенсивности, связать с каким то заболеванием не может. Одышку и кровохарканье отрицает.

**Status praesens:**

Общее состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение тела активное. Контактен, адекватен, ориентируется во времени и пространстве. Температура тела 36,6 С. Рост: 188 см Вес: 81 кг, ИМТ=22,9

Телосложение нормостеническое.

Кожа умеренно влажная, средней эластичности, сыпи нет. Видимые слизистые чистые, обычной окраски. Подкожный жировой слой развит нормально, распределен равномерно. Отеков нет.

**Лимфатическая система:** лимфатические узлы не увеличены.

**Дыхательная система:** Грудная клетка не деформирована. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Частота дыхания - 16 уд\в минуту. При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Грудная клетка эластична.

Перкуссия легких: перкуторный звук ясный справа, слева отмечается притупление в области верхушки легкого.

При аускультации: Справа дыхание везикулярное, слева в проекции S1-2 выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы.

**Сердечно-сосудистая система**: Жалоб на боли в области сердца не предъявляет. Учащение сердцебиения, перебои в работе сердца не отмечает. Деформации грудной клетки в области сердца нет. Границы сердца: не расширены.

Верхушечный толчок определяется на 1 см кнутри от средне-ключичной линии в 5 межреберье слева. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не определяются.

ЧСС = 70 уд/мин. .

**Органы пищеварения:** Жалоб не предъявляет. Вкусовые ощущения не изменены. Язык влажный, бледно-розового цвета. Живот правильной формы. При поверхностной пальпации тонус брюшной стенки сохранен. Брюшная стенка участвует в акте дыхания. Пальпация печень безболезненная, мягко-эластической консистенции, край ровный, не выступает из под края реберной дуги.

Перкуссия печени по Курлову:

по правой средне - ключичной линии 11см.

по передней срединной линии 9см

по краю левой реберной дуги 8см.

**Органы мочевыделения:**

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон.

**План обследования:**

1. Развернутый анализ крови
2. Биохимический анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Анализ крови на гепатит В
5. Анализ крови на ВИЧ
6. Обзорная рентгенограмма грудной клетки в прямой и боковой проекциях
7. Томограмма (6,7,8 см срез)
8. ЭКГ
9. Микроскопическое исследование мокроты.
10. Бак.посев мокроты с определением чувствительности.

**Данные лабораторного обследования:**

Общий анализ крови от 11.10.2016:

Лейкоциты - 2,3\*109

Эозинофилы - 1

Сегментоядерные - 41

Палочкоядерные - 4

Лимфоциты - 51

Моноциты - 3

СОЭ - 41 мм/час

Заключение: увеличение СОЭ (41 мм/ч)

Б/х анализ крови от 11.10.2016:

Креатинин 107,8 мкмоль/л

Глюкоза 4,3 ммоль/л

АсТ 0,7Ед/л

АлТ 1,0 Ед/л

Билирубин общий 3,8 мкмоль/л

Заключение: увеличение фракции АлТ.

Бактериограмма.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата направления на анализ | Вид материала. | Результат микроскопии | Результат посева |
| 7.09.2016г. | мокрота | Отр. (-) | В работе |
| 8.09.2016г. | мокрота | Отр. (-) | В работе |
| 9.09.2016г. | мокрота | Отр. (-) | В работе |
| 12.09.2016г. | мокрота | Отр. (-) | В работе |
| 13.09.2016г. | мокрота | Отр. (-) | В работе |
| 5.10.2016г. | мокрота | Отр. (-) | В работе |
| 12.09.2016г. | мокрота | Отр. (-) | В работе |

Рентгенологическое обследование:

Обзорная рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции, средней жёсткости пациента Чащина С.В. от 5.09.2016г. В проекции S1-2 левого легкого отмечаются полиморфные тени сливного характера с участками просветления, средней интенсивности, имеется связь с корнем легкого. Справа небольшое усиление сосудистого рисунка.

Заключение: Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада.

**Диагноз и его обоснование:**

1. На основании жалоб: на слабость, недомогание, повышение температуры до 37, 5 С, болезненность в верхних отделах грудной клетки на вдохе, кашель с выделением прозрачной мокроты.
2. На основании эпидемиологического анамнеза: имелся контакт с больным туберкулезом человеком.
3. На основании рентгенологического обследования от 5.09.16г.: определяются в проекции S1-2 левого легкого полиморфные тени сливного характера с участками просветления, средней интенсивности, имеется связь с корнем легкого. Справа небольшое усиление сосудистого рисунка.

**Можно поставить следующий клинический диагноз:**

Инфильтративный туберкулез S1-S2 левого легкого в фазе распада. МБТ (-).

**Дифференциальный диагноз:**

**Рак легкого.**

Оба заболевания в начальной стадии могут протекать скрыто. В дальнейшем для них характерны кашель, кровохаркание, одышка, утомляемость, повышение СОЭ. Однако, рак лёгкого чаще, чем туберкулёз начинается в пожилом возрасте, хотя за последние десятилетия отмечается, что рак "помолодел", а туберкулёз "постарел".

Оба заболевания чаще встречаются у мужчин, но при раке это соотношение составляет 8-10:1, при туберкулёзе в среднем - 4:1, а в молодом возрасте ещё меньше. В анамнезе у больных раком лёгкого нередко отмечаются хронические неспецифические заболевания органов дыхания, многолетнее курение, при туберкулёзе перенесенный в прошлом процесс, контакт о туберкулёзными больными. Центральный рак начинается медленнее, чем туберкулёз.

**Летучий эозинофильный инфильтрат.**

Клинические проявления обычно выражены нерезко, иногда заболевание выявляется при рентгенофлюорографическом исследовании, в других случаях больные жалуются на насморк, кашель, головную боль, иногда отмечается связь о аллергизирующим фактором (инвазия паразитов, цветочная пыль и др.). Изредка наблюдается острое начало с довольно тяжёлым в первые дни течением заболевания. Укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание, рассеянные сухие и влажные хрипы, изменчивые по своему характеру и распространённости, выявляются у больных с более тяжёлыми формами заболевания, чаще же физикальные данные скудные. СОЭ в пределах нормы или несколько повышена. В периферической крови находят эозинофилию, иногда до 30-50% и выше.

**План лечения**

* Стол № 11 Увеличенное содержание белка и жира животного происхождения, содержание витаминов, минеральных веществ, клетчатки, дробный прием пищи, 5-6 раз в день.
* Режим щадящий. Легкая утренняя гимнастика, 4-5 часовой отдых в постели в дневное время, 20-30 минутные прогулки в течение дня.

Специфическая терапия. Режим химиотерапии I, интенсивная фаза:

* Изониазид (0,3\*2 таб.) - 0,6г. внутрь в 9:30 после еды
* Рифампицин (0,15\*4 капс.) - 0,6г. внутрь в 8:30 за сорок минут до завтрака
* Пиразинамид (0,5\*3 таб.) - 1,5г. внутрь после полдника
* Этамбутол (0,4\*3 таб.) - 1,2г. внутрь в 17:30 перед едой
* Амикацин 15-20 мг/кг в\м инъекции

Патогенетическая терапия

* Антиоксиданты

Тиосульфат натрия 30% - 10 ml в вену (вводить медленно)

Токоферол 5%- 1мл в/м 1 раз в день

**ДНЕВНИК КУРАЦИИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **19.10.2016 г.**  | **Назначения:** |
| Жалобы на кашель с отхождением небольшого количества слизистой мокроты. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное.  Температура тела 36,6 С.Дыхание везикулярное, хрипов нет.Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 70 уд/мин. АД-120/80 мм рт.ст.Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул сохранён.Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Отёков нет.  | * Стол №11
* Режим стационарный
* Изониазид (0,3\*2 таб.) - 0,6г. внутрь в 9:30 после еды
* Рифампицин (0,15\*4 капс.) - 0,6г. внутрь в 8:30 за сорок минут до завтрака
* Пиразинамид (0,5\*3 таб.) - 1,5г. внутрь после полдника
* Этамбутол (0,4\*3 таб.) - 1,2г. внутрь в 17:30 перед едой
* Амикацин 15-20 мг/кг в\м инъекции
* Антиоксиданты

Тиосульфат натрия 30% - 10 ml в вену (вводить медленно)Токоферол 5%- 1мл в/м 1 раз в день•  |

**Представление о больном:**

Больной, Чащин С. В., находится на лечении в КПТД№1 с 05.09.2016 года.

На основании жалоб и анамнеза больного можно выделить следующие синдромы:

Интоксикационный синдром: слабость, недомогание, повышение температуры до 37, 5 С

Бронхолегочный синдром: болезненность в верхних отделах грудной клетки на вдохе, кашель с выделением прозрачной мокроты

По клиническим и лабораторным данным выставлен диагноз:

Инфильтративный туберкулез S1-S2 левого легкого в фазе распада. МБТ (+).

Получает этиотропную терапию по режиму I, патогенетическую терапию.

На фоне проводимого лечения отмечается улучшение состояния, рекомендовано продолжить лечение по данной схеме.