

Преподаватель: Абдурахимов

Выполнила: Абдухали

Гр:

История болезни

Клинический диагноз:

Основной: Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, хронический вариант течения. I A, МТБ (+).

Сопутствующий: нет

Осложнения: нет

Паспортная часть:

1. Фамилия, имя, отчество: Асанов Асан Асанович
2. Возраст: 39 лет
3. Место работы, должность: грузчик на железной дороге
4. Дата поступления в стационар: 8 апреля 2024 года
5. Дата курации: 14 мая 2024года

Жалобы на момент курации:

На момент курации больной предъявлял жалобы на умеренно выраженную слабость, на кашель со скудным отхождением мокроты без примеси крови, на боль в правой половине грудной клетки, возникающей при глубоком вдохе. Жалоб со стороны других органов и систем нет.

Анамнез заболевания:

Больным себя считает с 2015 года, когда впервые находился на лечении в туберкулёзном диспансере по поводу первичного туберкулёза, выявленного при профилактическом осмотре. Подробности и сроки заболевания не помнит. В 2019 году был снят с диспансерного учёта.

В январе 2024 года после перенесённого переохлаждения почувствовал себя плохо, повысилась температура тела до 39-40 С, появился кашель с отхождением слизистой мокроты, слабость, одышка, боли в грудной клетке, снизился аппетит.

Через 7 дней больной обратился к врачу-терапевту по месту жительства. Получал лечение по поводу бронхита. По результатам флюорографического обследования от 26.02.2024 года был направлен на госпитализацию в Приморский Краевой Противотуберкулёзный Диспансер №1.

По настоящий день находится на стационарном лечении. За время лечения больной отметил снижение кашля и болей, возвратилась в грудной клетке, а так же улучшение общего состояния.

Анамнез жизни:

Больной родился 8 октября 1984 года в с.Софья-Алексеевка Пограничного района Приморского края, где по сей день и проживает. Имеет специальное образование (тракторист). На сегодняшний день работает в ЦЗН не состоит. Подрабатывает грузчиком на железной дороге. Трудовая деятельность связана с вредными условиями (переохлаждение).

Не женат, имеет ребёнка от первого брака (Мальчик, 15 лет). Травмы, операции, венерические заболевания отрицает. В детстве

Курит, стаж 10 лет. Злоупотребление алкоголем не отрицает. Наркотики не принимает.

Страховой анамнез отрицателен. Не судим.

Отрицает контакт с больным туберкулёзом.

Объективный осмотр больного:

Состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Высыпаний нет. Тургор кожи сохранён. Подкожно-жировой слой развит нормально. Костно-суставная система без патологии. Оволосение умеренное. Волосы блестящие. Ногти бледно-розового цвета, не ломкие.

Телосложение правильное. Рост 178 см, вес 74 кг, нормостенический тип конституции.

Пальпируются подчелюстные периферические лимфоузлы, безболезненные, подвижные.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.

Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. АД 130/80 мм.рт.ст.

Границы относительной тупости сердца: правая на 3 см снаружи от правого края грудины, верхняя – в 3 межреберье, левая – на 2,5 см внутри от срединно-ключичной линии.

Тоны сердца ритмичные, приглушенные.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины равномерно активно участвуют в акте дыхания. Надключичные и подключичные ямки симметричные, хорошо выраженные. Межреберные промежутки хорошо контурируются, эластичные, безболезненные.

Нос не деформирован. Дыхание свободное, ровное, ритмичное. Число дыхательных движений 18 раз в минуту.

Пальпация грудной клетки безболезненная, эластична. Отмечается локальное ослабление голосового дрожания справа в верхней части 7-й легочной сетки.

при топографической перкуссии:

Границы правого лёгкого:

- l. parasternalis: верхний край 6-го ребра,
- l. medioclavicularis: нижний край 6-го ребра
- l. axillaris anterior: 7-е ребро
- l. axillaris media: 8-е ребро
- l. axillaris posterior: 9-е ребро
- l. scapularis: 10-е ребро
- l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

Границы левого лёгкого:

- l. axillaris anterior: 7-е ребро
- l. axillaris media: 9-е ребро
- l. axillaris posterior: 9-е ребро
- l. scapularis: 10-е ребро
- l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

Верхушки обоих лёгких спереди на 3 см выше ключиц, сзади – на уровне VII шейного позвонка.

Подвижность нижнего края обоих лёгких по l. axillaris media составляет 5 см.

Ширина перешейков полей Кренинга - 7 см справа и слева.

Аускультативно дыхание ослаблено справа, слышны рассеянные сухие хрипы справа.

Над остальной поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Бронхофония усилена.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

Язык влажный, обложен у корня. Живот симметричен, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный, мягкий.

Нижний край печени не выступает из под рёберной дуги. Размеры печени Курлову - 9:8:7 см.

Селезёнка не пальпируется.

При глубокой пальпации: в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка плотноэластической консистенции; безболезненная, подвижная, с ровной поверхностью, неурчающая.

Стул регулярный, оформленный.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

Кожные покровы в поясничной области не изменены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.

Больной ориентирован во времени и пространстве, адекватен. Восприятие и память снижены. Не осознаёт всей серьёзности заболевания, проявляет заинтересованности в выздоровлении. Интеллект снижен. Видимых нарушений функции черепно-мозговых нервов не обнаружено. Нарушения слуха и зрения нет.

Предварительный диагноз:

Основной: Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, хронический вариант течения. I A, МТб (+).

Сопутствующий: нет

Осложнения: нет

План обследования больного:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. Анализ кала на яйца глистов
5. HBS-Ag, а/т HCV
6. ЭКГ
7. Обзорная рентгенография грудной клетки
8. Микроскопическое исследование на кислотоустойчивые микобактерии
9. УЗИ органов брюшной полости и почек
10. Трахеобронхоскопия
11. Осмотр окулиста
12. Осмотр ЛОР-врача

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (9.04.24г):

Показатели	Полученные данные	Норма	Интерпретация
Эритроциты	$4,79 \cdot 10^{12}/л$	$3,9-4,7 \cdot 10^{12}/л$	снижен
Тромбоциты	$414 \cdot 10^9/л$	$180-350 \cdot 10^9/л$	снижен
Гемоглобин	13,4 г/л	120-140г/л	снижен
СОЭ	48 мм/час	2-15 мм/час	повышен
Лейкоциты	$11,6 \cdot 10^9/л$	$4,0-9,0 \cdot 10^9/л$	снижен
Палочкоядерные	6%	1-6%	норма
Сегментоядерные	63%	47-72%	норма
Эозинофилы	4%	0,5-5%	норма
Лимфоциты	20%	19-37%	норма
Моноциты	7%	3-11%	норма

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (6.05.24г):

Показатели	Полученные данные	Норма	Интерпретация
Эритроциты	$5,22 \cdot 10^{12}/л$	$3,9-4,7 \cdot 10^{12}/л$	снижен

Тромбоциты	$295 \cdot 10^9/\text{л}$	$180-350 \cdot 10^9/\text{л}$	снижен
Гемоглобин	14,5 г/л	120-140 г/л	снижен
СОЭ	22 мм/час	2-15 мм/час	повышен
Лейкоциты	$10,1 \cdot 10^9/\text{л}$	$4,0-9,0 \cdot 10^9/\text{л}$	снижен
Палочкоядерные	3%	1-6%	норма
Сегментоядерные	60%	47-72%	норма
Эозинофилы	5%	0,5-5%	норма
Лимфоциты	28%	19-37%	норма
Моноциты	4%	3-11%	норма

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ (9.04.24г.): цвет - светло-желтый, прозрачность-прозрачная, относительная плотность-1024, реакция-кислая, белок-нет, сахар-нет, лейкоциты - нет.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ (6.05.24г.): цвет - светло-желтый, прозрачность-прозрачная, относительная плотность-1024, реакция-кислая, белок-нет, сахар-нет, лейкоциты - нет.

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (9.04.24г.):

Показатели	Полученные данные	Норма	Интерпретация
глюкоза	4,9 ммоль/л	3,5-6,7	норма
мочевина	3,2 ммоль/л	1,8-8,2	норма
Альбумин	32,6 г/л	35-53	понижен
АлАТ	17 ЕД/л	0-50	норма
АсАТ	17 ЕД/л	0-50	норма
Общий билирубин	15,9 мкмоль/л	3,5-20,5	норма
Общий белок	79,5 г/л	62-85	норма

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (6.05.24г.):

Показатели	Полученные данные	Норма	Интерпретация
АлАТ	15 ЕД/л	0-50	норма
АсАТ	21 ЕД/л	0-50	норма
Общий билирубин	6,2 мкмоль/л	3,5-20,5	норма

АНАЛИЗ КАЛА НА ЯТЛИСТОВ (9.04.24г.): не обнаружены.

ИПС-Аг, аГ НСV(9.04.24г.) не обнаружены

ЭКГ(9.04.24г.) ритм правильный синусовый, ЧСС 75 в мин, перегрузка левого предсердия, вертикальное положение ЭОС.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ.

26.03.24г. обзорная рентгенограмма легких в прямой проекции, постановка правильная, пониженной жесткости, неконтрастный, с полностью инспираторными легочными полями, со сниженной резкостью. С обеих сторон во всем легочном поле определяются очаговые тени различной степени интенсивности, местами сливающиеся и фокусные образования. В S_{1,2} правого легкого определяется полостное образование размером 5см × 5см с нечетким неровным внутренним краем с инфильтрированной утолщенной стенкой. Корни правого и левого легких деформированы, расширены, уплотнены, наружный контур корня нечеткий и бугристый, просвет промежуточного бронха определяется нечетко.

10.04.24г.: обзорная рентгенограмма легких в прямой проекции, постановка правильная, жесткость нормальная, с полностью инспираторными легочными полями. С обеих сторон во всем легочном поле определяются очаговые тени различной степени интенсивности, местами сливающиеся и фокусные образования. В S_{1,2} правого легкого определяется полостное образование размером 5см × 5см с нечетким неровным внутренним краем с инфильтрированной утолщенной стенкой. Корни деформированы, расширены, уплотнены.

МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА КИСЛОУСТОЙЧИВЫЕ МИКОБАКТЕРИИ:

- 9. 04.13 массивность бактериовыделения, КУМ+: 3+
- 9. 04.13 массивность бактериовыделения, КУМ+: 2+
- 9. 04.13 массивность бактериовыделения, КУМ+: 1+

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: диффузные изменения печени, умеренно выраженные.

ТРАХЕОБРОНХОСКОПИЯ: картина острая, подвижная, слизистая бронхов розового цвета, чистая; устья видимых бронхов свободны; правый верхнедолевой бронх подтянут кверху и кзади; специфической патологии нет.

ОСМОТР ОКУЛИСТА: Глазное дно без патологии. Противопоказаний для назначения препарата этамбутол нет.

Обоснование клинического диагноза:

На основании

Жалоб: на умеренно выраженную слабость, на кашель со скудным отхождением мокроты без примесей гноя и крови, на боль в правой половине грудной клетки, возникающей при кашле.

Анамнез: в 2015 году впервые находился на лечении в туберкулезном диспансере по поводу первичного туберкулеза, в 2019 году был снят с диспансерного учёта. В январе 2024 года после перенесённого переохлаждения почувствовал себя плохо, повысилась температура тела до 39–40° С, появился кашель с отхождением слизистой мокроты, слабость, одышка, боли в грудной клетке. Получил лечение по поводу бронхита. По результатам флюорографического обследования от 26.02.2024 года был направлен на госпитализацию в ГБУЗ Приморский Краевой Противотуберкулезный Диспансер

Дополнительных методов исследования:

1. Клинический анализ крови – тромбоцитопения, снижение гемоглобина и количества эритроцитов, значительное повышение СОЭ.
2. Микроскопическое исследование на кислотоустойчивые микобактерии (массивность бактериовыделения, КУМ+: 3+, 2+, 1+)
3. Данные рентгенологического исследования: С обеих сторон по всем легочным полям определяются очаговые тени различной степени интенсивности, местами сливающиеся в фокусные образования. В S1,2 правого легкого определяется полостное образование размером 5см × 5см с нечетким неровным внутренним краем с инфильтрированной утолщенной стенкой. Корни деформированы, расширены, уплотнены.

Выставлен клинический диагноз:

Основной: Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, хронический вариант течения, I А, МТБ (+).

Сопутствующий: нет

Осложнения: нет

Дифференциальная диагностика:

Признаки	Диссеминированный туберкулез	Карциноматоз	Саркоидоз
аннез	Возможный контакт с больными бактериовыделителями, туберкулез в прошлом	Контакт не установлен	Контакт не установлен
ство олевания	Острое	Подострое, может быть и острое	Подострое, редко острое
токсикация	Резко выраженная, высокая температура тела интермиттирующего характера	Умеренно выраженная, субфебрильная, реже высокая температура тела	Умеренно выраженная, субфебрильная температура тела
ыхолеточные вления	Кашель со скудно отделяемой мокротой, одышка в покое	Сухой кашель, резко выраженная одышка в покое	Сухой кашель, умеренно выраженная одышка при физической нагрузке
ные ического едования	Перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание бронхиальное, ослабленное, паравертебрально - мелкопузырчатые влажные хрипы	Укорочение перкуторного звука в средненижних отделах, жесткое дыхание, могут выслушиваться сухие и мелкопузырчатые хрипы	Перкуторные изменения не определяются. Дыхание жесткое, могут выслушиваться сухие хрипы
ограмма,)	Умеренный лейкоцитоз, лимфопения, иногда моноцитоз, ускоренная СОЭ	Выраженный лейкоцитоз, лимфопения, резко ускоренная СОЭ	Умеренный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, СОЭ может быть нормальная или не резко ускоренная
оскопия и мокроты	Массивность бактериовыделения,	Отрицательная	Отрицательная