**I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

1. ***Ф.И.О.***

#### Петлиевская Оксана Евгеньевна

***2.Возраст***

20 лет

***3. Пол.***

 женский

##### 4.Профессия

не работает

###### 5.Домашний адрес

Северский район ст. Смоленская ул. Северная дом 23

###### 6.Время поступления в клинику

27. 11. 98.

***7. Кем направлен:***

 КТБ

***8.Диагноз направившего учреждения:***

 Казеозная пневмония левого лёгкого фаза распада. БК «+».

I А гр. ДУ.

###### 9.Диагноз при поступлении: тот же.

###### 10.Клинический диагноз:

Фиброзно-кавернозный туберкулёз левого лёгкого в фазе распада. БК «+». I гр. ДУ.

**II. ДАННЫЕ СУБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

*Жалобы:*

На постоянный кашель с выделением слизисто-гнойной пенистой мокроты, одышку, которая появляется при нагрузке, боли в груди с обеих сторон, общую слабость, гектическую температуру, головокружение, потливость, снижение аппетита, похудание.

**Anamnesis morbi:**

Считает себя больной с августа 1998 года, когда у больной появился кашель, повысилась температура, одышка при незначительной нагрузке, сначала кашель был сухой потом с выделением большого количества слизисто-гнойной мокроты. Появилась общая слабость, недомогание, головокружение, сердцебиения, потливость. Существенно снизился аппетит, начала худеть. Появились боли в груди с обеих сторон. Подумала, что простуда. Обратилась к терапевту по месту жительства, который поставил диагноз левосторонняя пневмония, назначил гентамицин. Чувствовать стала себя лучше, но кашель не прошел. В начале ноября опять появились все вышеописанные симптомы. Температура тела была очень высокой и доходило до 40 градусов, кашель с обильным выделением слизисто-гнойной мокроты. Сначала температура сбивалась, а потом нет. 2-ой раз обратилась в поликлинику по месту жительства. За 2 месяца потеряла 6 кг. Больную госпитализировали в местную больницу опять с диагнозом пневмония. Была проведена антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия, после чего наступило незначительное улучшение. После выписки опять резко ухудшение. Госпитализирована в Афипскую больницу, где взяли анализ мокроты и сделали рентген. На основании результатов был поставлен диагноз: Казеозная левосторонняя пневмония. БК «+». 25.11.98. была направлена в КТД, куда поступила 27.11.98.

**Anamnesis vitae:**

Росла и развивалась в соответствии с полом и возрастом. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Успешно окончила среднюю школу.

Перенесённые заболевания в детстве и последующей жизни: эпидемический паротит в 5 лет, корь в 6 лет;

Воспаление лёгких в 8 и 12 лет;

Травма головы в 9 лет – упала с лестницы.

Родилась в срок, второй из трёх беременностей, наследственные заболевания отрицает, врождённой патологии нет. Отец, мать и сёстры здоровы.

Аллергологический анамнез без особенностей. Гемотрансфузий не было.

Menses с 15 лет, цикл регулярный.

Больная нигде не работала и не училась после окончания средней школы.

Живёт в частном доме, где проживают 4 человека. Мать и её 2 сестры, отец с ними не живёт. В доме 3 комнаты. Питание не всегда полноценное, так как на него не хватает денег, потому что работает одна мать.

Вредных привычек не имеет.

ЗППП, вирусный гепатит, опухоли, малярию у себя и родственников отрицает.

**III. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.**

**Общий осмотр:**

 Состояние больной средней степени тяжести. Положение активное. Сознание ясное. Температура тела 37,7οС. Телосложение правильное, пониженного питания. Акроцианоз. ЧДД 20 в мин. Ps 96 в мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70. Рост 165 см, вес 48 кг. Кожные покровы чистые, бледные, на ощупь влажные. Тургор кожи нормальный. Кровоизлияний на коже и слизистых оболочках нет.

Язык сухой обложен белым налётом. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Отёков нет. Пальпируются передние шейные лимфатические узлы несколько увеличенные, безболезненные не спаянны с окружающей тканью. Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

*Органы дыхания:*

 Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания смешанный. ЧДД 20 в минуту. Форма грудной клетки асимметрична, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При пальпации грудная клетка умеренно болезненна, голосовое дрожание ослаблено над левым лёгким. Перкуторно слева – укорочение лёгочного звука по всем лёгочным полям. Аускультативно – справа: дыхание везикулярное, слева: резко ослабленное, участки бронхиального дыхания, влажные разнокалиберные хрипы.

Нижние границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| Парастенальная |  V межреберье | - |
| Срединно-ключичная |  VI ребро | - |
| Передняя подмышечная  |  VII ребро |  VII ребро |
| Средняя подмышечная |  VIII ребро |  VIII ребро |
| Задняя подмышечная |  IX ребро |  IX ребро  |
| Лопаточная |  X ребро |  X ребро |
| Околопозвоночная |  Остистый отросток XI грудного позвонка |

Экскурсия нижних лёгочных краёв: по срединно-ключичной линии – 3 см, по средней подмышечной – 5 см, по лопаточной – 3 см.

Высота стояния верхушек лёгких: спереди – от середины ключицы 3 см; сзади – остистый отросток 3-его шейного позвонка. Ширина полей Кренига – 5 см.

*Сердечно-сосудистая система:*

 Выпячивания и пульсации сонных артерий нет. Пальпаторно верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии. Сердечный толчок не определяется. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не изменены.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины  |
| Верхняя | Верхний край III ребра  | Хрящ IV ребра |
| Левая | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии | На 1 см кнутри от срединно-ключичной линии |

 Поперечник сердца - 11 см. Конфигурация сердца не изменена.

 Аускультативно. Тоны сердца учащены. Частота сердечных сокращений 96 ударов в минуту, патологические шумы не выслушиваются.

 Пульс ритмичный, учащённый, удовлетворительного наполнения и напряжения. Ps 96 в мин. АД – 120/70мм.рт.ст.

*Пищеварительная система:*

Язык влажный, чистый. Зев нормальной окраски. Форма живота обычная . Видимая перистальтика отсутствует .

 При поверхностной пальпации живот мягкий, зон повышенной кожной чувствительности нет; расхождения прямых мышц живота, феномен «мышечной защиты» отсутствуют; симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный.

 При глубокой методической пальпации: сигмовидная кишка прощупывается в виде урчащего валика, безболезненна; слепая кишка пальпируется в виде цилиндра толщиной в 2 пальца, безболезненна; подвздошная кишка урчит; поперечно-ободочная кишка легко передвигается вверх и вниз. Инфильтратов, опухолей нет.

 Печень пальпируется у края рёберной дуги: край острый, поверхность гладкая, безболезненна. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см.

 Желчный пузырь не пальпируется.

 Селезёнка не пальпируется.

*Мочеполовые органы:*

 При осмотре поясничной области покраснения, припухлости не выявлено. Напряжения поясничных мышц нет. Симптом покалачивания положителен с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Дизурических расстройств нет.

*Эндокринная система:*

Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Нарушения роста нет. Части тела пропорциональны. Щитовидная железа не видна и не пальпируется.

*Нервная система:*

Сознание ясное ориентирована в месте, времени и ситуации. Внимание устойчивое, память на текущие и прошлые события сохранена. Мышление логичное, речь последовательная. Менингеальные симптомы отрицательные. Патологии со стороны ЧМН, чувствительной и двигательной сфер не выявлено.

**IV. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:**

На основании жалоб больной ( на постоянный кашель с выделением слизисто-гнойной пенистой мокроты, одышку, которая появляется при нагрузке, боли в груди с обеих сторон, общую слабость, гектическую температуру, головокружение, потливость, снижение аппетита, похудание), данных анамнеза заболевания (болеет с августа 1998 года, когда у больной появился кашель, повысилась температура, одышка при незначительной нагрузке, сначала кашель был сухой потом с выделением большого количества слизисто-гнойной мокроты. Появилась общая слабость, недомогание, головокружение, сердцебиения, потливость. Существенно снизился аппетит, начала худеть. Появились боли в груди с обеих сторон. Подумала, что простуда. Обратилась к терапевту по месту жительства, который поставил диагноз левосторонняя пневмония, назначил гентамицин. Чувствовать стала себя лучше, но кашель не прошел. В начале ноября опять появились все вышеописанные симптомы. Температура тела была очень высокой и доходило до 40 градусов, кашель с обильным выделением слизисто-гнойной мокроты. Сначала температура сбивалась, а потом нет. 2-ой раз обратилась в поликлинику по месту жительства. За 2 месяца потеряла 6 кг. Больную госпитализировали в местную больницу опять с диагнозом пневмония. Была проведена антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия, после чего наступило незначительное улучшение. После выписки опять резко ухудшение. Госпитализирована в Афипскую больницу, где взяли анализ мокроты и сделали рентген. На основании результатов был поставлен диагноз: Казеозная левосторонняя пневмония. БК «+». 25.11.98. была направлена в КТД, куда поступила 27.11.98., анамнеза жизни( в 8 и 12 лет болела пневмонией, последнее флюорографическое исследование проводилось в 16-летнем возрасте), данных объективного исследования( состояние больной средней степени тяжести, астенична, пониженного питания. Акроцианоз. Грудная клетка асимметрична, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При пальпации грудная клетка умеренно болезненна, голосовое дрожание ослаблено над левым лёгким. Перкуторно слева – укорочение лёгочного звука по всем лёгочным полям. Аускультативно – справа: дыхание везикулярное, слева: резко ослабленное, участки бронхиального дыхания, влажные разнокалиберные хрипы, уменьшение экскурсии лёгочных краёв слева на 1 см, учащение сердечных тонов), можно поставить предварительный диагноз: Левосторонняя казеозная пневмония в фазе распада. БК «+».

**V. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

1. ОАК.
2. ОАМ.
3. Кал на я/г.
4. Кровь на биллирубин, АСТ, АЛТ.
5. Кровь на сахар.
6. Кровь на ВИЧ
7. Кровь на МОР
8. Исследование мокроты на Neo клетки.
9. Исследование мокроты на обнаружение БК.
10. Hbs Ag.
11. Формоловая проба.
12. Тимоловая проба.
13. Исследование белковых фракций.
14. СРБ-белок.
15. ЭКГ.
16. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки.
17. Томография левого лёгкого
18. Фибробронхоскопия.
19. Консультация ЛОР-врача.

**VI. Данные дополнительного исследования:**

*Лабораторные:*

* Консультация ЛОР-врача от 7. 12. 98.:

Объективно: слизистая ВДП обычной окраски, чистая, суховатая( больной температурит ). Носовое дыхание свободное. Гортань б/о. Шепотная речь до 5 м.

Заключение: патологии ЛОР-органов не выявлено.

* Общий анализ крови 30.11.98.

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты |  3,7х10 /л |
| Гемоглобин |  90 г/л |
| Цветной показатель |  0,72 |
| Тромбоциты |  300000 тыс. в 1 мкл крови. |
| Лейкоциты | 12,0х10 /л |
| Базофилы |  0  |
| Эозинофилы |  2% |
| Нейтрофилы: Миелоц. |  - |
|  Юные |  |
|  Палочкоядерные | 4% |
|  Сегментоядерные | 60 % |
| Лимфоциты |  26% |
| Моноциты |  8 % |
| СОЭ | 49 мм/час  |

* Исследование мокроты: 30.11.98.

БК «+»

* Исследование мокроты на Neo клетки:

Neo клетки не обнаружены.

* Микроскопическое исследование мокроты 30.11.98.:

Лейкоциты – 15-20 в п/з

Эпителиальные клетки – 2-3 в п/з

Эритроциты – не обнаружены

Альвеолярные клетки – не обнаружены

Туберкулёзные палочки Коха – единицы

Кл. дрожжевого гриба – обнаружены.

* Исследование сыворотки: 30.11.98.

Общий белок – 78,6 г/л

Тимоловая проба 1,6 ед

Лента Вельтмана 7 пробирка.

Формоловая проба слабо положительная

СРБ ++++

АсАТ 0,1 ммоль/л

АлАТ 0,1 ммоль/л

Билирубин общий 17,1 мкмоль/л

 Прямой –

 Непрямой – 17,1

 Реакция прям. отриц.

Мочевина 4,3 ммоль/л

Остаточный азот – 13,6

* Исследование мокроты на чувствительность:

St. intermedius +++

* ОАМ 30.11.98.

цвет светло жёлтый

реакция кислая

удельный вес 1021

прозрачность нет

белок 0,066г/л

сахар нет

Микроскопия осадка.

1. Эпителиальные клетки
2. Плоские в большом количестве.
3. Лейкоциты 3 –3 – 4 в п/з.
4. Эритроциты 0-1-0 в п/з.
5. Слизь в большом количестве.
6. Бактерин +

4.12.98.

* Кровь на МОР – отриц.

4.12.98.

* Hbs Ag – не обнаружен.
* Исследование мокроты методом флотации 01. 12.98.:

БК “+”

* Исследование мокроты 07. 12.98.:

Слюна с комком гноя.

БК – обнаружены единицы в п/з, клетки и мицелий дрожжевого гриба не обнаружены.

* АТ ВИЧ 07.12.98. – не обнаружены
* Исследование белковых фракций 08. 12.98.:

Общий белок – 87,8 г/л

Альб. – 31%

Глоб. – 69%

Белковый коэф. – 0,4

* Глюкоза крови 08.12.98. – 4,58 ммоль/л
* 08.12.98. Я/Г «отриц.»
* исследование сыворотки: 29.01.99.

СРБ ++

АсАТ – 0,2 ммоль/л

АлАТ – 0,1 ммоль/л

Биллирубин общий 15,39 мкмоль/л

 Непр. – 15,39мкмоль/л

Общий белок 79,7 г/л

Тимоловая проба 1,8 ед.

Лента Вельтмана – 7 пробирка

Мочевина –

Ост. азот –

* Общий анализ крови 2.04.99.

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты |  4,1х10 /л |
| Гемоглобин |  108 г/л |
| Цветной показатель |  0,9 |
| Тромбоциты |  300000 тыс. в 1 мкл крови. |
| Лейкоциты | 7,8х10 /л |
| Базофилы |  0  |
| Эозинофилы |  4% |
| Нейтрофилы: Миелоц. |  - |
|  Юные |  |
|  Палочкоядерные | 3% |
|  Сегментоядерные | 59 % |
| Лимфоциты |  28% |
| Моноциты |  6 % |
| СОЭ | 15 мм/час  |

* Исследование мокроты 2.04.99.:

БК «+»

*Инструментальные:*

* Обзорная R – грамма лёгких в 2-х проекциях 30.11.98.:

Заключение:

Левое лёгкое сужено, уменьшено в объёме. По всем лёгочным полям неоднородное затемнение с участками просветления неправильной формы. Разнокалиберные полости деструкции находятся в 1, 2, 3, 6, 10 сегментах от 2,0 – 2,5 – 3,5 – 5,0 см с массивным участкомнеоднородной инфильтрации в S1. Органы средостения несколько смещены влево.

* Томограмма левого лёгкого 30.11.98.:

Левое лёгкое: сужено, уменьшено в объёме, неоднородно затемнено за счёт выраженных изменений по всем полям на фоне очагово-инфильтративных изменений видны разнокалиберные полости деструкции(S1,2,3,6,10) с массивным участком неоднородной инфильтрации в S1.

* R – грамма 27.03.99.:

Левое лёгкое сужено, уменьшено в объёме; в S1 – 2, S6, S10 сохраняются каверны, в S 1 – 2 – более многочисленные, наслаиваются друг на друга (5 – 6 – 7см), некоторые с перифокальным воспалением; в S6 – сохранена тонкостенная полость 7,0 см с небольшим количеством жидкости на дне.

В сравнении с 30.11.98. имеется небольшая положительная динамика в плане уменьшения инфильтрата в S1-2 и распадов каверны в S6.

* Томограмма 27.03.99.

Поликаверноз слева: от верхушки до купола диафрагмы, на фоне фиброзных изменений.

В динамике изменений нет, есть уменьшение инфильтрата.

* ЭКГ 7.12.98.

Синусовый ритм. Нормальное положение электрической оси. Тахикардия 98 уд. в мин.

**VII. Дифференциальный диагноз.**

Казеозную пневмонию необходимо дифференцировать с крупозной пневмонией, а так же с инфильтративным туберкулёзом лёгких.

Крупозная пневмония начинается так же остро, обычно без продромальных симптомов, с ознобом, резкой одышкой, болями в груди, к5атаром верхних дыхательных путей, однако больные выделяют вязкую, ржавого цвета мокроту, не содержащую микобактерий туберкулёза в отличие от больных казеозной пневмонией, выделяющих большее количество мокроты, скорее слизисто-гнойного характера, в которой при образовании полостей в лёгочной ткани, обнаруживаются микобактерии туберкулёза и эластические волокна. В периферической крови так же как и при казеозной пневмонии определяется выраженный лейкоцитоз; однако, лимфопения не характерна. Физикальные явления в лёгких при крупозной пневмонии значительны и в отличие от туберкулёза весьма изменчивы. В первые дни болезни (фаза прилива) и в конце болезни (на 7-9 день) прослушивается крепитация, чего не наблюдалось у данной больной. Имеются так же характерные особенности рентгенологических признаков крупозной пневмонии. В то время как интенсивное гомогенное затемнение 1-го 2-х сегментов и реже всей доли лёгкого при крупозной пневмонии исчезает через несколько дней, у данной больной репаративные процессы, даже при химиотерапии, протекали медленно, в зоне пневмонического фокуса наблюдались участки просветления, обусловленные деструкцией, а по его периферии выявлялись мелкие и более крупные очаги. Кроме того, диагноз крупозной пневмонии уже выставлялся больной и на фоне соответствующей терапии её состояние не улучшилось.

Инфильтративный туберкулёз протекает менее остро и проявления его менее выражены. Часто инфильтративный туберкулёз имеет постепенное развитие болезни с не резко выраженными симптомами, возможно и бессимптомное начало заболевания и инфильтрат может быть обнаружен только при рентгенографии, тогда как казеозная пневмония всегда имеет острое начало. Рентгенологическое исследование является решающим в дифференциальной диагностике. Очаг при инфильтративном туберкулёзе всегда ограниченный и занимает меньшую площадь. При казеозной пневмонии в патологический процесс вовлечено всё левое лёгкое, на фоне неоднородного затемнения очаги просветления неправильной формы. Физикальные данные при инфильтративном туберкулёзе: небольшой протяжённости, скудные или перкуссия и аускультация не выявляют отклонений от нормы. При казеозной же пневмонии физикальные данные более выраженные: перкуссия - над пневмоническими участками, которые захватывают всё левое лёгкое, даёт резко приглушённый перкуторный звук; аускультация - выслушивается бронхиальное дыхание при вдохе и выдохе, звучные влажные хрипы. Проведённый дифференциальный диагноз подтверждает наличие у больной казеозной пневмонии.

**VIII. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

На основании предварительного диагноза, данных лабораторных методов исследования (в анализе мокроты от 30.11.98. и 1.12.98, 27.03.99. микобактерии обнаружены; в ОАК СОЭ 49 мм/ч, лейкоциты 12,0х10 /л, эритроциты 3,7х10 /л), рентгенологических данных (30.11.98. левое лёгкое сужено, уменьшено в объёме и неоднородно затемнено; по всем полям на фоне очагово-инфильтративных изменений видны разнокалиберные полости деструкции с массивным участком неоднородной инфильтрации в S1; томограмма 27.03.99. поликаверноз слева: от верхушки до купола диафрагмы, на фоне фиброзных изменений. В динамике изменений нет, есть уменьшение инфильтрата; R-грамма 27.03.99.Левое лёгкое сужено, уменьшено в объёме; в S1-2, S6, S10 сохраняются каверны, в S1-2 более многочисленные, наслаиваются друг на друга(5-6-7см), некоторые с перифокальным воспалением; в S6 – сохранена тонкостенная полость 7,0 см с небольшим количеством жидкости на дне. В сравнении с 30.11.98. имеется небольшая положительная динамика в плане уменьшения инфильтрата в S1-2 и распадов каверны в S6.), данных дифференциального диагноза, результатов изменений в лёгких вследствие проводимой терапии с момента поступления больной можно выставить окончательный клинический диагноз:

Фиброзно-кавернозный туберкулёз левого лёгкого в фазе распада. БК «+».

**IX. ЛЕЧЕНИЕ:**

 Лечение должно быть компклесным и длительным (12 – 24 месяца) с использованием 4-х противотуберкулёзных препаратов.

1. Организация режима дня с правильной последовательностью труда и отдыха, частыми прогулками на свежем воздухе.
2. Полноценное, богатое белками и витаминами, регулярное питание.
3. Химиотерапия препаратами группы А,В и С, симптоматическая и патогенетическая терапия:
* Изониазид – чистый гидразид изоникотиновой кислоты, ингибирует синтез фосфолипидов, ДНК и РНК, нарушает целостность стенки МБТ. В высоких концентрациях оказывает бактерицидное действие на МБТ. Применяется для лечения всех форм лёгочного туберкулёза.

Назначить: в таблетках по 0,3 г по 2 таблетке на один приём 1 раз в день.

* Стрептомицина сульфат.

Активен по отношению к большинству грамотрицательных и некоторых грамположительных и кислотоустойчивых микроорганизмов, включая МБТ. Снижает интенсивность дыхания МБТ, задерживает образование энзимов, необходимых для окисления ПАБК, которая является одним из существенных факторов роста МБТ.

Назначить: в/м по 1 г (1000000 ЕД) /сут в 5 мл 0,5% раствора новокаина однократно.

* Рифампицин – полусинтетический антибиотик широкого спектра действия. Высокоактивен по отношению к МБТ. Оказывает выраженное бактериостатическое и бактерицидное действие на быстроразмножающиеся и персистирующие, расположенные внутри и внеклеточно МБТ путём ингибирования зависимой от ДНК полимеразы РНК и прекращение передачи бактериальных генов новым особям.

Назначить: внутрь по 0,45 г 1 раз в день за 30 мин до еды в таблетках.

1. Пиразинамид – избирательно действует на МБТ человеческого вида. Эффективен по отношению МБТ, резистентным к изониазиду и стрептомицину. Действует на внутриклеточно расположенные микроорганизмы, на микобактерии, медленно размножающиеся и персистирующие в макрофагах.

Назначить: внутрь по 0,5 г в таблетках, суточная доза 1,5 г в 3 приёма после еды.

1. Преднизолон – дегидрированный аналог гидрокортизона . показан при острых формах туберкулёза. Обладает противовоспалительным, противоаллергическим и отчасти противосклеротическим действием. Снижая барьерную функцию демаркационной зоны неспецифического воспаления, способствует повышению концентрации противотуберкулёзных препаратов.

Назначить: внутрь по 0,03 г / сут в 3 приёма по «убывающей» схеме.

1. Пиридоксина гидрохлорид (Vit В6) – для предупреждения токсического действия изониазида.

Назначить: внутрь по 0,01 г/сут в 2 приёма после еды.

1. Тиамина бромид (VitВ1) – для предотвращения нарушений клеточного обмена вследствие токсемии и длительного применения лекарственных средств.

Назначить: в/м по 1 мл 3% раствора 1 раз в день N15.

1. Аскорбиновая кислота (Vit C) – регулирует о-в процессы.

Назначить: внутрь по 0,1 г 3 раза в день.

1. Тималин – препарат полипептидной природы, восстанавливает иммунологическую реактивность, стимулирует процессы регенерации и кроветворения в случае их угнетения, улучшает процессы клеточного метаболизма.

Назначить: в/м по 10 мл в 2 мл изотонического раствора NaCl 1 раз в день N 10.

1. Парацетамол – обладает жаропонижающим, обезболивающим, противовоспалительным действием.

Назначить: внутрь по 0,2 г 3 раза в день.

**X.ДНЕВНИКИ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11.12.99.t 37,8оСАД 130/90 мм. рт.ст.Рs=ЧСС=110 в мин. ЧДД 20 в / | Жалобы на повышенную температуру тела, слабость, боли в левой половине грудной клетки, потливость. В лёгких слева – дыхание везикулярное, единичные влажные хрипы.Сердце – тоны ритмичные, патологических шумов нет.Живот мягкий безболезненный. | Назначение: 1. лабораторное исследование(ОАК, ОАМ, кровь на биллирубин)
2. медикаментозная терапия – 4 противотуберкулёзных препарата.
 |
| 16.03.99.t 37,2оСАД 130/75 мм.рт.ст.Рs 85 в / ЧДД 18 в / | Состояние больной улучшилось t тела снизилась. После ФБС чувствует себя удовлетворительно. Общая слабость, одышка, боли в грудной клетке не беспокоят.В лёгких: справа – везикулярное дыхание; слева – с бронхиальным оттенком.Сердце – тоны ясные, ритмичные патологических шумов нет.Живот мягкий при пальпации безболезненный. | Медикаментозная терапия:Канамицин 0,75 в/мТубазид 0,15 в обедИзо-эремфат в т. утромVit В6 50 мг х2 разаРифадин – отмен.Корсил 1к х3раза N1 месБеплекс 1к х3р. N1одн.Назначение:Печёночные пробыОбзорная R-грамма. |
| 20.03.99.t 37,0оСАД 130/80 мм.рт.ст.Рs 80 в /ЧДД 18 в / | Состояние больной удовлетворительное. Температура тела снизилась. Жалобы на общую слабость. Появился аппетит.В лёгких справа: везикулярное дыхание, слева: с бронхиальным оттенком.Сердце – тоны ясные, ритмичные, патологических шумов нет.Живот мягкий при пальпации безболезненный. | Назначение: 1. дополнительные методы обследования – томография левого лёгкого, ОАК, ОАМ.
2. Медикаментозное лечение – продолжение курса химиотерапии, витаминотерапии, иммунотерапии.
 |

**XI. ЭПИКРИЗ.**

Больная Петлиевская Оксана Евгеньевна, 20 лет поступила в КТД 27.11.98. с диагнозом: «Казеозная пневмония левого лёгкого в фазе распада. БК «+».». При поступлении предъявляла жалобы на постоянный кашель с выделением слизисто-гнойной пенистой мокроты, одышку, которая появляется при нагрузке, боли в груди с обеих сторон, общую слабость, гектическую температуру, головокружение, потливость, снижение аппетита, похудание. На основании жалоб, анамнеза заболевания(болеет с августа 1998 года, когда появился кашель, повысилась температура, одышка при незначительной нагрузке, сначала кашель был сухой потом с выделением большого количества слизисто-гнойной мокроты. Появилась общая слабость, недомогание, головокружение, сердцебиения, потливость. Существенно снизился аппетит, начала худеть. Появились боли в груди с обеих сторон. Подумала, что простуда. Обратилась к терапевту по месту жительства, который поставил диагноз левосторонняя пневмония, назначил гентамицин. Чувствовать стала себя лучше, но кашель не прошел. В начале ноября опять появились все вышеописанные симптомы. Температура тела была очень высокой и доходило до 40 градусов, кашель с обильным выделением слизисто-гнойной мокроты. Сначала температура сбивалась, а потом нет. 2-ой раз обратилась в поликлинику по месту жительства. За 2 месяца потеряла 6 кг. Больную госпитализировали в местную больницу опять с диагнозом пневмония. Была проведена антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия, после чего наступило незначительное улучшение. После выписки опять резко ухудшение. Госпитализирована в Афипскую больницу, где взяли анализ мокроты и сделали рентген. На основании результатов был поставлен диагноз: Казеозная левосторонняя пневмония. БК «+».), анамнеза жизни(в 8 и 12 лет пневмония), данных объективного обследования(состояние больной средней степени тяжести, астенична, пониженного питания. Акроцианоз. Грудная клетка асимметрична, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При пальпации грудная клетка умеренно болезненна, голосовое дрожание ослаблено над левым лёгким. Перкуторно слева – укорочение лёгочного звука по всем лёгочным полям. Аускультативно – справа: дыхание везикулярное, слева: резко ослабленное, участки бронхиального дыхания, влажные разнокалиберные хрипы, уменьшение экскурсии лёгочных краёв слева на 1 см, учащение сердечных тонов), проведённых дополнительных методов обследования(в анализе мокроты от 30.11.98. и 1.12.98, 27.03.99. микобактерии обнаружены; в ОАК СОЭ 49 мм/ч, лейкоциты 12,0х10 /л, эритроциты 3,7х10 /л), рентгенологических данных (27.03.99. поликаверноз слева: от верхушки до купола диафрагмы, на фоне фиброзных изменений. 27.03.99.Левое лёгкое сужено, уменьшено в объёме; в S1-2, S6, S10 сохраняются каверны, в S1-2 более многочисленные, наслаиваются друг на друга(5-6-7см), некоторые с перифокальным воспалением; в S6 – сохранена тонкостенная полость 7,0 см с небольшим количеством жидкости на дне.), данных дифференциального диагноза с крупозной пневмонией и инфильтративным туберкулёзом, результатов изменений в лёгких вследствие проводимой терапии с момента поступления больной. Был поставлен окончательный клинический диагноз:

Фиброзно-кавернозный туберкулёз левого лёгкого в фазе распада. БК «+» и назначено лечение: правильный режим дня с частыми прогулками на воздухе, полноценное витаминизированное питание, химиотерапия:

Изониазидом – 0,6 г/сут

Стрептомицином 1 г/сут

Рифампицином 0,45 г/сут

Пиразинамидом 1,5 г/сут

Кроме того были назначены:

Преднизолон по «убывающей» схеме 0,03 г/сут до 0,005 г/сут;

Вит. В6 по 0,01 г/сут

Вит В1 в/м по 1 мл 3% раств. 1 раз в день;

Вит С 0,3г/сут;

Тималин – 10мл/сут в/м;

Парацетамол 0,6 гсут.

В результате проводимого лечения самочувствие больной значительно улучшилось, сняты симптомы интоксикации, улучшился аппетит, больная поправилась на 5 кг, нормализуется температура тела, скопически в мокроте БК не обнаружены. С середины февраля улучшились показатели крови(СОЭ снизилась с 49 мм/ч до 15 мм/ч, отмечается некоторая положительная Rg динамика в плане уменьшения инфильтративных изменений в левом лёгком, уменьшение размеров каверн. Планируется продолжить лечение 4-мя АБП на витаминотерапии, иммунотерапии с последующей консультацией хирургов.

**Рекомендации:** направление на консультацию к хирургу, после стабилизации процесса рекомедована пульмонэктомия слева.

**Прогноз:** для жизни удовлетворительный, неблагоприятный в плане излечения. Необходимо направление на ВТЭК для определения инвалидности II группы.

**XII. Список использованной литературы:**

1. Ф.В.Шебанов «Туберкулёз». М. «Медицина», 1981 год
2. М.И.Перельман, В.А.Корякин, Н.М.Протопопова «Туберкулёз», М. «Мед»,1990 год
3. М.Д.Машковский «Лекарственные средства» 1,2 том
4. «Практические навыки терапевта» Под ред. Г.П.Матвейкова Минск «Высшая школа» 1993 год.