

ФГБОУ ВО "Кировский государственный медицинский
университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней

Клинический разбор взрослого больного туберкулезом по выписке из истории болезни

- ▶ Ф.И.О. больного: больная О.
- ▶ Возраст: 44 года.
- ▶ Место жительства: Вологодская область, г. Череповец. Живет: г Киров
- ▶ Место работы: не работает.

- ▶ Место госпитализации: Отделение 1 диагностическое.
- ▶ Дата поступления в стационар: 18.09.2017 г.
- ▶ Цель госпитализации: Основной курс лечения впервые выявленного больного.
- ▶ Диагноз при поступлении: Очаговый туберкулез в верхней доле правого легкого в фазе инфильтрации 1А МБТ+\плюс\ МЛУ к HREREa.

- ▶ Дата выписки из стационара: 08.05.2018 г.
- ▶ Количество койко-дней: 232.

Жалобы больной при поступлении:

- ▶ Связанные с основным заболеванием:
 - Симптомы интоксикации: 3 недели субфебрилитет, слабость в течение полугода.
 - Локальные грудные симптомы: кашель в течение 3 недель.
- ▶ Связанные с сопутствующими заболеваниями: нет.

Анамнез жизни

- ▶ Наследственность по туберкулезу не отягощена.
- ▶ Контакт с больным туберкулезом человеком или животным: не выявлен.
- ▶ Отягощающие факторы:
 - неблагоприятные условия труда и быта: нет.
 - сопутствующие заболевания: Хронический средний гнойный отит справа. Кондуктивная тугоухость справа 1-2ст. Дорсопатия ш\о позвоночника. Миопия 2ст ОИ. Хронический гепатит С, минимальной степени активности.
 - длительная гормонотерапия, прием цитостатиков, лучевая нагрузка: нет.
 - некоторые физиологические состояния (беременность, послеродовой период): нет.
- ▶ Предыдущее флюорографическое обследование: год назад.
- ▶ Вредные привычки и другие факторы: курение.

Анамнез заболевания

- ▶ В 2016 г. была на диспансеризации, прошла маммолога, рекомендовано УЗИ молочных желез. Пациентка УЗИ не прошла. В июне 2017 г. после бани появился герпес на спине, слева в грудной клетке дискомфорт, боли в левой половине грудной клетки. Пациентка самостоятельно пропальпировала увеличенные подмышечные л\у с обеих сторон. Обратилась к маммологу, записалась на УЗИ молочных желез и л\у. УЗИ прошла только в сентябре – л\у с обеих сторон увеличены до 25-27мм, молочные железы без патологии. Сделали пункцию л\у слева – данных за онкопатологию нет. Направлена на ЦФГ (год не проходила). В верхней доле правого легкого выявлены очаги. Направлена в ОКПТД. Кашель беспокоит в течение 3 недель (связывает с курением), температуру измеряла только в течение 3 недель – субфебрилитет, слабость беспокоит в течение полугода. В ОКПТД установили диагноз туберкулеза, госпитализирована в 1 д.о. на основной курс лечения.
- ▶ Категория туберкулезного больного: впервые выявленный больной туберкулезом.
- ▶ Цель госпитализации туберкулезного больного: основной курс лечения впервые выявленного больного.

Интерпретация данных

- ▶ Факторы, способствующие развитию заболевания у больной: курение.
- ▶ Малосимптомное течение (кашель беспокоит в течение 3 недель - связывает с курением, температуру измеряла только в течение 3 недель - субфебрилитет, слабость беспокоит в течение полугода).
- ▶ Путь выявления: по обращению.
- ▶ Метод выявления: ФЛГ.
- ▶ Своевременно выявленный.
- ▶ Вторичная форма.

Объективный статус при поступлении и в динамике

- ▶ Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны соч ритмичные, звучные. ЧСС 72 в 1 мин АД 110\70 мм.рт.ст. Живот спокоен.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования при поступлении и в динамике

- ▶ **Общ. анализ крови от 19.09.17 (при поступлении):** ЭР 4.12, НВ 136, ЛЕ 5.37, Э 3, Б 2, П 6, С 59, Л 25, М 5, СОЭ 11 мм\ч.

Заключение: повышение базофилов (N 0-1).

- ▶ **Общий анализ крови от 24.04.18 (при выписке):** НВ 114, ЭР 3.70, ЛЕ 6.07, Э 2, П 2, С 84, Л 8, М 4, СОЭ 7 мм\ч.

Заключение: снижение гемоглобина (N 120-140), повышение с/я (N 47-72), лимфопения (N 19-37).

- ▶ **Общий анализ мочи от 25.09.17 (при поступлении):** без патологии.

- ▶ **Общий анализ мочи от 24.04.18 (при выписке):** без патологии.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования при поступлении и в динамике

- ▶ БАК от 19.09.17 (при поступлении): общий билирубин 9.32, АЛТ 18.3, АСТ 20.6, сахар 4.95, мочевины 2.8, креатинин 63.2

Заключение: без патологии.

- ▶ БАК от 24.04.18 (при выписке): общий билирубин 8, АЛТ 9.5, АСТ 18.8, мочевины 352.

Заключение: без патологии.

- ▶ Кровь на ВИЧ, HCV от 22.09.17 обнаружен, HbsAg не обнаружен.
- ▶ Р.Вассермана от 21.09.17 отрицателен.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования при поступлении и в динамике

- ▶ анализ мокроты на МБТ: ПЦР мокроты от 26\12 ДНК МБТ не обнаружена
- ▶ «люм» КУБ-не обнаружено от 19,20, 26смыв\09, 3, 7, 9\11,19, 20\12, 25, 26\01, 22, 26\02, 21, 22\03, 24, 25\04
- ▶ Посев МБТ+обнаружено от 20\09 50кол \2+\ с МЛУ к HREREa
- ▶ Посевы мокроты отриц от 19, 26смыв\09, 3, 7, 9\11,19, 20\12, 25, 26\01. Остальные посевы в работе.
- ▶ Заключение: умеренное бактериовыделение, больная умеренно опасна для окружающих, МЛУ к HREREa.

Анализ рентгенограмм, МСКТ, томограмм больного в динамике

- ▶ Данные рентгенообследования при поступлении (описание 14.09.17): Апикально в С1 в\доли правого легкого на фоне деформированного легочного рисунка определяются немногочисленные мелкие деформированные очажки, некоторые из которых кальцинированные. В остальных сегментах правого и в левом легком без видимых очагов и инфильтрации.
- ▶ Заключение: Rg-синдром - очаговой тени. Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого (S1), фаза инфильтрации.
- ▶ Данные рентгенообследования при выписке (МСКТ легких от 3.05.18): в правом легком в С1 в\доли, вдоль сегментарных бронхов сгруппированные разноразмерные очаги, единичные с кальцинацией. В динамике наблюдается уменьшение размеров и количества очагов в С1. В средней доле в С4 сохраняется одиночный очаг средней интенсивности. В С10 одиночный кальцинированный очаг, в динамике наблюдается появление «мягкого» крупного очага 6*7мм, гомогенной структуры. В левом легком в С6 субплеврально два мелких кальцинированных очага. В средостении увеличенных ЛУ не определяется. В грудном отделе позвоночника в Тп 10 гемангиома. Нижняя полая вена в воротах печени значительно расширена до 48мм—портальная гипертензия.
- ▶ Заключение: Rg-синдром - очаговой тени. Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого (S1).

Проба Манту, диаскинтест

- ▶ Результаты отсутствуют, но ожидаем нормергическую реакцию.

Данные бронхоскопии. Другие дополнительные методы исследования.

- ▶ ЭКГ от 19.09.17: синусный ритм 75 в мин, вертикальное положение ЭОС.
- ▶ ФВД от 19.09.17: показатели в норме.
- ▶ Бронхоскопия от 26.09.17: видимой патологии не выявлено.
- ▶ УЗИ от 20.09.17: Объемное образование печени (гемангиома?). Вариант развития желчного пузыря. Мало выраженные диффузные изменения ЩЖ. Лимфаденопатия ЛУ шеи.

Консультации специалистов

- ▶ ЛОР от 5.10.17: Хронический средний гнойный отит справа. Кондуктивная тугоухость справа 1-2 ст.
- ▶ ЛОР от 30.03.18: Хроническая сенсоневральная тугоухость 2 ст. Ототоксические препараты не назначать.
- ▶ Окулист от 23.10.17: Миопия 2ст ОИ.
- ▶ Невролог от 17.10.17: Дорсопатия ш\о п\о хронический болевой синдром.
- ▶ Дерматолог от 21.09.17: Ксероз локтей.
- ▶ Терапевт от 20.09.17: Хронический необструктивный бронхит курильщика.
- ▶ Инфекционист от 4.10.17: Хронический гепатит С, минимальной степени активности.
- ▶ Фтизиоостеолог от 22.09.17: Подмышечный двусторонний лимфаденит.
- ▶ Гинеколог от 4.05.18: Беременность 9 нед. Миома матки.

Клинический диагноз

- Основное заболевание: Очаговый туберкулез в верхней доле правого легкого в фазе инфильтрации 1А МБТ+\плюс\ МЛУ к HREREa.
- Сопутствующие заболевания: Хронический средний гнойный отит справа. Кондуктивная тугоухость справа 1-2ст. Дорсопатия ш\о позвоночника. Миопия 2ст ОИ. Хронический гепатит С, минимальной степени активности.
- Диагноз поставлен на основании:
 - Жалоб: 3 недели субфебрилитет, слабость в течение полугода, кашель в течение 3 недель.
 - Анамнеза жизни: курение, сопутствующие заболевания.
 - Анамнеза заболевания: В 2016 г - диспансеризация, прошла маммолога, рекомендовано УЗИ молочных желез (не прошла). В июне 2017 г. после бани появился герпес на спине, слева в грудной клетке дискомфорт, боли в левой половине грудной клетки. Пациентка самостоятельно пропальпировала увеличенные подмышечные л\у с обеих сторон. Обратилась к маммологу, записалась на УЗИ молочных желез и л\у. УЗИ прошла только в сентябре – л\у с обеих сторон увеличены до 25-27мм, молочные железы без патологии. Сделали пункцию л\у слева – данных за онкопатологию нет. Направлена на ЦФГ (год не проходила). В верхней доле правого легкого выявлены очаги. Направлена в ОКПТД. Кашель беспокоит в течение 3 недель (связывает с курением), температуру измеряла только в течение 3 недель – субфебрилитет, слабость беспокоит в течение полугода. В ОКПТД установили диагноз туберкулеза, госпитализирована в 1 д.о. на основной курс лечения.
 - Данных лабораторных и инструментальных методов исследования: ОАК, ОАМ, БАК, посев МБТ+\обнар\ от 20\09 50кол \2+\ с МЛУ к HREREa, рентгенообследование при поступлении: апикально в С1 в\доли правого легкого на фоне деформированного легочного рисунка определяются немногочисленные мелкие деформированные очажки, некоторые из которых кальцинированные, в остальных сегментах правого и в левом легком без видимых очагов и инфильтрации. Заключение: Rg-синдром - очаговой тени. Очаговый туберкулез верхней доли правого легкого (S1).
- Группа диспансерного учета: 1-А МБТ+ (больные с впервые выявленным заболеванием, с бактериовыделением)

Дифференциальная диагностика

- ▶ Проводится в рамках синдрома очаговой тени.
- ▶ **Пневмония.** При пневмонии больной обычно указывает на наличие простудного фактора, насморк, кашель. Клинические проявления заболевания в целом более выражены у больных с пневмонией: общее недомогание, слабость, температура до 38 и выше, боли в груди, кашель с выделением мокроты. Аускультативно у больных очаговым туберкулёзом в период обострения иногда можно выслушать скудные мелкопузырчатые хрипы на ограниченном участке после покашливания на выдохе. При очаговой пневмонии хрипов обычно больше, они могут быть разнокалиберными, прослушиваться на большем протяжении. В периферической крови при очаговом туберкулёзе чаще изменений не выявляется. В ряде случаев несколько повышается СОЭ, незначительный лейкоцитоз, небольшой палочкоядерный сдвиг. У больных очаговой пневмонией эти показатели обычно выше, особенно лейкоцитоз (до $10-12 \times 10^9 / л$). Отсутствие ДНК МБТ в мокроте при пневмонии. При анализе данных рентгенологического исследования следует иметь в виду, что для очагового туберкулёза характерно групповое расположение очагов, полиморфизм очагов, локализация в 1-2 сегментах легких (чаще 1-2 сегменты). Рентгенологически локализация очагов при пневмонии преимущественно в нижних отделах, а их тени совершенно не четкие и не имеют круглой формы.

Дифференциальная диагностика

- ▶ **Периферический рак легкого** характеризуется скрытым течением и отсутствием клинических симптомов в начале развития (как и при туберкулезе). Симптомы появляются лишь на поздних стадиях развития раковой опухоли, когда она достигает соседних анатомических структур. Самым постоянным симптомом является боль, не связанная с актом дыхания, реже отмечают немотивированную одышку, иногда кровохарканье, при очаговом туберкулезе преобладает интоксикационный синдром. В гемограмме больных иногда выявляют анемию, увеличенную СОЭ, что редко бывает при очаговом туберкулезе. Рентгенологически при периферическом раке легкого: очаг один, с нечеткими контурами, на неизмененном фоне, частая локализация опухоли – III, IV, V сегменты и нижняя часть, в большинстве случаев малый периферический рак имеет неправильную шаровидную форму, нечеткие холмистые, местами лучистые контуры тени, представленные короткими тяжами – "лучиками", отходящих в прилегающую легочную ткань, тень опухоли средней интенсивности, неомогенная.

Дифференциальная диагностика

- ▶ **Доброкачественная опухоль.** Клинические проявления доброкачественных опухолей чрезвычайно скудны и могут полностью отсутствовать, состояние больного стабильно устойчивое. Доброкачественные опухоли при рентгенологическом исследовании обычно отображаются в виде округлых, реже овальных тенеобразований, с чёткими гладкими или иногда с нерезко выраженными полициклическими контурами. Тень их интенсивная. Структура тени обычно однородная. Вокруг доброкачественных опухолей легочная ткань обычно не изменена (при небольших размерах). Локализация патологического круглого образования в передних сегментах лёгкого (III, IV, V) больше говорит в пользу наличия доброкачественной опухоли.

Лечение

- ▶ Госпитализация в тубдиспансер;
- ▶ Высокобелковая диета;
- ▶ Двигательный режим: 3;
- ▶ 4 режим химиотерапии (так как множественная ЛУ), интенсивная фаза лечения:
 - ▶ Rp.: Pirazinamidi 0,5
D. t.d. №.60 in tab
S. По 2 табл. 1 раз в день, утром после еды.
 - ▶ Rp.: Levofloxacinі 0,5
D.t.d: № 10 in tab.
S: По 1,5 таблетки 1 раз в сутки.
 - ▶ Rp.: "Capreomycin" 0,5
D.t.d. № 10 in flac.
S. Вводить внутримышечно ежедневно.
 - ▶ Rp.: Tab. Cycloserini 0,25 № 40
D.S. По 2 таблетки 1 раз в день перед едой.
- ▶ Приняла всего 112 доз.
- ▶ Патогенетическое лечение: цефтриаксон, хлоропирамин, нимесулид, карсил, вит В1, В6, нейрокс, винпоцетин.

Лечение

- ▶ Непереносимость АБП: На капреомицин ототоксическая реакция (всего принято 43 дозы).
- ▶ Устойчивость к АБП: Множеств. лекарств. устойчивость (минимум к H и R).
- ▶ Консультация фтизиохирурга: не проводилась.
- ▶ Показанность оперативного лечения : нет показаний.
- ▶ Причина выписки из стационара: завершение интенсивной фазы лечения.
- ▶ Эффективное лечение.

Возможные исходы

- ▶ Благоприятные
 - полное рассасывание (редко);
 - инкапсуляция очагов;
 - пневмосклероз, фиброз;
- ▶ менее благоприятные: туберкулема;
- ▶ неблагоприятные:
 - прогрессирование туберкулезного процесса;
 - хронизация туберкулезного процесса.

Прогноз

- ▶ Для жизни и трудоспособности благоприятный при условии выполнения рекомендаций и лечения.

Экспертиза трудоспособности

- ▶ Больничный лист не требуется.
- ▶ Прохождение МСЭ: не проходила МСЭ.

Диагноз при выписке

- ▶ ЦВК от 7.05.18 Очаговый туберкулез в верхней доле правого легкого в фазе уплотнения 1А МБТ+\плюс\ МЛУ к HREREa. Абациллирована.
- ▶ Сопутствующие заболевания: Хронический средний гнойный отит справа. Кондуктивная тугоухость справа 1-2ст. Дорсопатия ш\о позвоночника. Миопия 2ст ОИ. Хронический гепатит С, минимальной степени активности.
- ▶ Беременность 9 недель. Миома матки.
- ▶ Рекомендации по дальнейшему лечению: На амбулаторное лечение, 4 режим х\т, фаза продолжения: левофлоксацин 0.75, пиразинамид 1.0, циклосерин 0.5—12 мес. Консультация гинеколога.

План мероприятий по профилактике туберкулеза в очаге туберкулезной инфекции

- ▶ Стационарное лечение больного.
- ▶ Обследование контактных лиц (проведение флюорографического обследования, проб Манту, бактериологического обследования, общих клинических анализов).
- ▶ Химиопрофилактика контактных.
- ▶ Изоляция детей и подростков от бактериовыделителей.
- ▶ Санитарно-гигиеническое просвещение больного и членов его семьи.
- ▶ Проведение заключительной (или текущей) дезинфекции.
- ▶ Текущая дезинфекция должна выполняться, в течение всего времени пребывания больного в очаге. Осуществляется самим больным или членами его семьи. Медицинские работники противотуберкулезного учреждения обучают больного и членов его семьи правилам и методам проведения дезинфекции, правилам личной гигиены, контролирует наличие дезинфицирующих средств в очаге.
- ▶ Заключительная дезинфекция проводится после того, как больная выбыла из квартиры (госпитализирована). Осуществляют заключительную дезинфекцию сотрудники организаций дезинфекционного профиля.
- ▶ В очагах туберкулезной инфекции проводится обеззараживание помещения, предметов обстановки и других объектов, которые могут быть заражены и служить фактором передачи инфекции. Вещи подлежат камерной дезинфекции (постельное белье, верхняя и носильная одежда, ковры, дорожки, книги), кипячению (белье, посуда, игрушки, предметы ухода и т.п.). Помещение обрабатывают химическими растворами, ультрафиолетовым облучением, мусор и малоценные вещи сжигают.

Список литературы, использованный для подготовки клинического разбора

- ▶ Фтизиатрия: учебник/ В.Ю. Мишин, С.П. Завражнов, А.В.Митронин, Ю. Г.Григорьев М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2016 г.
- ▶ Туберкулёз органов дыхания/ Аксенова В.А., Апт А.С., Баринов В.С. и др. Под ред. М.И. Перельмана -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
- ▶ Вишневский Б.И. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза. Лекция // Медицинский альянс. 2017. №1. С.29-34.

Студент, подготовивший клинический разбор:

- ▶ Ф.И.О: Акопян Гайк Ваагович
- ▶ Группа: Л-614
- ▶ Дата: 30.04.2021