1.ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

инфильтративный туберкулез легкое

Ф.И.О.:Б.А.П.

Возраст: 62 лет

Пол: Мужской

Образование: среднее специальное

Гражданство: беларус

Наличие страховки: -

Профессия: пенсионер

Занимаемая должность: слесарь

Место работы: Синьковский сельский совет Сморгоньского района

Домашний адрес: БСУ «Войстомский амбулаторий( сестринский уход)» Гродненская область, Сморгоньский район д.Синьки

Дата поступления: 27.07.2015

Кем направлен: Сморгоньский ЦРБ « Противотуберкулёзный диспансер»

Диагноз: Инфильтративный туберкулёз обоих лёгких. Рецидив «I Б гр.Д4.МКБ.

Сопутствующие заболевания: Атеросклероз сосудов нижних конечностей

2. ЖАЛОБЫ

При поступлении в стационар пациент предъявлял жалобы на редкий кашель с отхождением слизистой мокроты больше в утренние часы, общую слабость, повышенную утомляемость, незначительное снижение массы тела за последние 3 месяца. На момент курации пациент жалоб не предъявляет.

3.АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Пациент считается больным с 1 июня 2006 года, когда при прохождении флюорографии был выявлен инфильтративный туберкулез легких (МКБ-1 А гр). После чего проходил лечение в ГОКЦ «Фтизиатрия» с 01.06.2006 по 08.06.2006, затем походил лечение в санатории « Ашмяны». Был снят с ДУ в 2010 году после прохождении очередной флюорографии. Ухудшение в самочувствии с июня 2015 года, когда появились слабость, редкий сухой кашель. При прохождении флюорографического обследования 27.07.2015 выявлены изменения в лёгких. Проведён курс антибактериальной терапии 10 дней, после проведенной контрольной флюорографии выявлена отрицательная динамика. Направлен в ГОКЦ « Фтизиатрия» с целью уточнения активности инфильтративного туберкулёза обоих лёгких, в связи с нахождение на койке социального ухода.

4.АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Пациент родился 21.03.1953 года в д. Загорье Сморгоньского района Гродненской области. Был вторым ребёнком в семье. Вскармливался молоком матери. Ходить и говорить начал в срок. Материально-бытовые условия были удовлетворительные. Простудными заболеваниями болел редко. В физическом развитии от сверстников не отставал. В школу пошёл в 6 лет. Окончил 8 классов. В городе Сморгони получил среднеспециальное образование слесаря. Работал в Синьковсковском сельском совете Сморгоньского района - слесарем. Условия жизни были относительно удовлетворительные. Со слов пациента чрезмерно употреблял алкоголь, курит до 2 пачек сигарет в день, питался не регулярно.

В роду больных туберкулёзом не отмечает. В 2006 году прошел лечение по поводу инфильтративного туберкулеза легких. Был снят с ДУ в 2010 году после прохождении очередной флюорографии. На данный момент проживает в БСУ «Войстомский амбулаторий(сестринский уход)» Гродненская область, Сморгоньский район д.Синьки.. Со слов пациента в контакте с туберкулёзными больными не был.

В настоящее время питается регулярно в достаточном количестве. Аллергию на медицинские препараты и аллергию не лекарственного происхождения исключает. Гемотрансфузий не было.

5 .НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

.1 Общее состояние

Общее состояние пациента удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица обычное, телосложение нормостеническое. Температура тела 36.7. Вес 60 кг, рост 165 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовые, умеренной влажности, тургор нормальный. Сыпи и другие патологические изменения отсутствуют. Видимые слизистые розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка умеренно выражена, толщина кожной складки на уровне пупка 1,5 см. Лимфотические узлы не увеличены, эластичные, безболезненные, подвижные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Мышцы средней степени развития, тонус нормальный при пальпации безболезненны. Суставы не деформированы, безболезненны. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объёме. Тонус мышц снижен. Ощущает слабость в нижних конечностях, передвигается с помощью трости. Суставы не изменены.

.2 Органы дыхания

Дыхание через нос свободное. Форма грудной клетки нормальная. Обе половины симметричны, в равной степени участвуют в акте дыхания. Тип дыхания-брюшной. Частота дыхания - 17 дыхательных движений в минуту. Дыхание везикулярное, ослаблено с двух сторон. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. Ритм дыхания правильный, средней глубины. Грудная клетка правильной формы. Эластичность снижена. При пальпации безболезненна. Межрёберные промежутки не расширены и не выбухают. Ключицы симметричны. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не нарушено. Дыхание бесшумное, без участия вспомогательной мускулатуры. При пальпации нарушения целостности рёбер, межрёберных промежутков и грудных мыщц не обнаружено. Голосовое дрожание выражено умеренно, равномерно проводится во все отделы грудной клетки. При проведении сравнительной перкуссии выявлен ясный легочной звук. Хрипы отсутствуют.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | 5 м/р | - |
| l.mediaclavicularisечно | VI ребро | - |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l.scapularis | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Активная подвижность нижнего края лёгких (см)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
|  | На вдохе | На выдохе | На вдохе | На выдохе |
| l.mediaclavicularis | 2 | 2 | - | - |
| l.axillaris media | 3 | 3 | 3 | 3 |
| l.scapularis | 2 | 2 | 2 | 2 |

При перкуссии пространство Траубе - тимпанический звук.

Верхняя граница лёгких.

Высота стояния верхушек лёгких. Спереди: справа - 3 см выше уровня ключицы; слева - 4 см выше уровня ключицы. Сзади : справа - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка; слева - 0,5 см выше уровня остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренинга: справа - 5 см, слева - 6 см.

Аускультация лёгких

При аускультации определяется ослабленное везикулярное дыхание. Хрипы и шум трения плевры не прослушиваются.

5.3 Сердечно-сосудистая система

При осмотре сосудов шеи видная слабая пульсация сонных артерий. Пляски каротид нет. Венный пульс не обнаруживается, набухания шейных вен нет. Пульсации аорты в ярёмной ямке не обнаружено. При осмотре грудной клетки « сердечного горба», сердечного толчка, пульсации восходящего отдела аорты справа от грудины, пульсации легочной артерии не обнаружено. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Сердечный толчок не определяется. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом « кошачьего мурлыканья» не определяется.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка .

Правая граница относительной сердечной тупости: IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины. Левая граница : IV межреберье 2см кнутри от l. Mediaclavicularis, 5 м/р 0,5см кнутри от l. Mediaclavicularis. Верхняя граница на уровне 3-го ребра. Нормальная конфигурация относительной тупости сердца. Ширина сосудистого пучка 5 см. Правая граница абсолютной тупости сердца по левому краю грудины. Левая граница в 5 м/р 2см. кнутри от l. Mediaclavicularis. Верхняя граница IV ребро по левой окологрудинной линии.

Аускульптация сердца и крупных сосудов .

Тоны сердца приглушенные ритмичные. Артериальное давление на левой руке 120/80 мм.рт.ст, на правой 125/90мм.рт.ст. Пульс одинаковый на обеих руках, полный, нормального напряжения, 75 ударов/мин. Ритм правильный, равномерный.

### 5.4 Пищеварительная система

Осмотр полости рта

Запах изо рта обычный. Губы: цвет нормальный, влажные. Слизистая оболочка рта розового цвета. Язык влажный, обложен белым налётом, сосочки выражены . Зев нормальной окраски, миндалины не выступают из-за нёбных дужек.

Осмотр живота .

При осмотре живот имеет обычную конфигурацию, выпячиваний и неравномерных втяжений не отмечено. Живот симметричен, в клиностатическом положении не выступает за края реберных дуг. Участие брюшной стенки в акте дыхания равномерное. Расширенных подкожных вен нет.

Кожные покровы над передней брюшной стенкой не изменены. Дефектов пупочного кольца и расхождения прямых мышц живота нет.

Свободная жидкость в брюшной полости перкуторно не определяется. Симптом баллотирования отрицательный. При перкуссии определяется тимпанический звук. При аускультации выявлена ослабленная перистальтика кишечника.

Окружность живота на уровне пупка - 76 см.

Пальпация живота

Поверхностная ориентировочная пальпация: живот мягкий, ненапряжённый и безболезненный. Перистальтика кишечника обычна. Видимых грыжевых выпячиваний не обнаружено. Симптомы раздражения брюшины отрицательны..

Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско:

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области ввиде гладкого цилиндра диаметром 3см, плотной эластической консистенции, безболезненная, подвижная, не урчит.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого цилиндра диаметром 2 см, плотной эластической консистенции, безболезненная, подвижная, не урчит.

Конечный отдел подвздошной кишки пальпируется в виде тяжа диаметром 1см, безболезненный, гладкий, плотной эластической консистенции, урчит.

Аппендикс не пальпируется.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде безболезненной складки толщиной 1 см на уровне пупка. Пилорический отдел в виде безболезненного тяжа толщиной 1см, подвижный.

Поперечно-ободочная кишка пальпируется на 2 см ниже пупка в виде тяжа диаметром 3см с ровной поверхностью, плотно-эластической консистенции, легко перемещается вверх и вниз на 3 см, не урчит, пальпация болезненности не вызывает.

Восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются в области правого и левого фланков соответственно, по краю прямой мышцы живота, перпендикулярно к их оси, у места перехода ее в слепую (или сигмовидную) кишку в виде цилиндра эластической консистенции 3,5 см в диаметре подвижная, не урчит, безболезненная.

Мезентериальные узлы не пальпируются..

Исследование печени

Перкуссия печени.

Верхняя граница абсолютной печёночной тупости :

по правой окологрудинной линии ------------ верхний край VI ребра

по правой срединно-ключичной линии ------ нижний край VI ребра

по правой передней подмышечной линии -- на VII ребре

Нижняя граница абсолютной печёночной тупости :

по правой окологрудинной линии - -на 1 см . ниже нижнего края правой рёберной дуги

по правой срединно-ключичной линии ------ по нижнему краю правой реберной дуги

по правой передней подмышечной линии -- по нижнему краю X ребра

по срединной линии --------------------на 3 см. ниже мечевидного отростка

Границы левой доли печени :

по левой окологрудинной линии ---- по нижнему краю левой рёберной дуги

по левой рёберной дуге -------------- 6 см. влево от срединной линии

Размеры печени :

по правой окологрудинной линии ------------- 8 см .

по правой срединно-ключичной линии ------ 9 см .

по правой передней подмышечной линии -- 10 см .

по левой рёберной дуге -------------------------- 6 см. от срединной линии

Размеры печени по Курлову :

поперечник по правой срединно-ключичной линии --- 9 см.

поперечник по средней линии ------------------------------- 8 см.

косой размер ------------------------------------------------------ 7 см.

Пальпация печени по Образцову - Стражеско :

Нижний край печени у края рёберной дуги по среднеключичной линии. Край мягкий, острый, ровный, безболезненный; поверхность гладкая. Желчный пузырь не пальпируется.

Исследования желчного пузыря:

Желчный пузырь не пальпируется, что соответствует норме. Пальпация желчного пузыря безболезненна, пузырные симптомы Кера-Гаусмана, Лепене, Ортнера, Мерфи, Курвуазье отрицательные.

Исследования селезёнки.

Перкуссия селезёнки.

Размеры селезёнки : Длинник-------- 6 см . Поперечник --- 5 см .

Селезёнка не пальпируется . Селезенка не пальпируется, что соответствует норме.Стул регулярный, оформленный, безболезненный, без примесей крови и слизи.

.5 Мочевыделительная и половая система

Отёков на лице не наблюдается. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный. Цвет мочи соломенно-жёлтый. Почки не пальпируются. При пальпации почек и трёх мочеточниковых точек (рёберно-позвоночная, верхняя и нижняя) болезненных ощущений не наблюдается. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный.

.6 Нервная система

Настроение хорошее. Ориентирование в окружающей обстановке правильное. Сон не нарушен. В контакт вступает охотно. Нарушение сна не отмечает: засыпает быстро, ночью не просыпается, сновидения видит редко. Головные боли не беспокоят. Походка ровная. Нарушений со стороны органов зрения, слуха, обоняния нет, чувствительность не изменена. Навязчивых идей и особенностей нет.

.7 Эндокринная система

Жалоб нет. Сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями не болеет. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера - отрицательные, мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается. На передней поверхности шеи изменений не обнаружено. Щитовидная железа не пальпируется. При перкуссии и аускультации патологических изменений в области щитовидной железы не обнаружено.

6.ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализы:

.08.2015.

Общий анализ крови:

Эритроциты -4,2/л

Гемоглобин - 148г/л

Лейкоциты - 11,2/k

СОЭ - 18мм/ч

.08.2015.

Эритроциты-5.74/л

Гемоглобин-170г/л

Гематокрит-0.51.

Тромбоциты-271.

Лейкоциты-6.03/л

Эозинофилы-3%

Нейтрофилы:

Палочкоядерные -3%

Сегментоядерные -53%.

Лимфоциты-30%

Моноциты-11%

СОЭ-3 мм/ч.

.08.2015.

Анализ крови на сахар

Глюкоза - 3.5 ммоль

Общий анализ мочи:

.08.2015

Цвет соломенно-желтый. Прозрачная. Реакция кислая. Относительная плотность - 1017, белка и сахара в поле зрения нет.

.08.2015

Цвет Соломенно-желтый, слабая мутность, реакция кислая, белок-0,060 в поле зрения , глюкоза - отрицательна. Обнаружен плоский эпителий-1-4 поле зрения. Эритроциты- 4-5 в поле зрения Лейкоциты-3-4-6 в поле зрения. Оксалаты +. Слизь +++.

Биохимический анализ крови:

.08.2015

Общий белок - 44.5г/моль

С-реактивный белок -полож.

Глюкоза- 5.4 ммоль

АСаТ-36мкмоль/л

АЛаТ-34мкмоль/л

Общий билирубин-17.6 мкмоль/л

Связанный билирубин-6,0 мкмоль/л

.08.2015

Мочевина-4.2ммоль/л

Креатинин- 84мкмоль/л

Билирубин общий- 12.3мкмоль/л

АСаТ-10.4 мкмоль/л

АЛат-7.1 мкмоль/лPC(28.08.2015 )Report: MBT not detected (МБТ не обнаружена)

Мокрота на посев:

Отрывной талон Бактериоскопии(28.08.2015)

Бактериоскопия материала: микобактерии туберкулеза не обнаружены

Отрывной талон Бактериоскопии(31.08.2015)

Бактериоскопия материала: микобактерии туберкулеза не обнаружены

7.ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

ЭКГ от 24.08.2015: ритм синусовый, 72 в мин. Нормальное положение ЭОС, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Спирография от 24.08.2015: заключение врача: ДИ 2ст.

Осмотр психолога(27.08.2015) Заключение: Жалоб не предъявляет. Улыбается, шутит. Внешне спокоен. Охотно идёт на контакт. Многословен. Существенных изменений не выявлено. Проведена беседа.

8.РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

)Обзорная рентгенограмма грудной клетки № 1594 от 26.10.10

Обзорная рентгенограмма грудной клетки № 82032 (снимков нет; без динамики)

)Обзорная рентгенограмма грудной клетки № 100913 от 27.07.15 распечатка прилагается.

)Обзорная рентгенограмма грудной клетки № 1745 от 25.08.15

В обоих лёгких в верхних и средних определяются интенсивные, неправильной формы, неоднородной структуры тени, в плащевом слое левого лёгкого обострение процесса средней степени интенсивности с нечётким контуром. Корни уплотнены. Синусы свободны. Сердце не расширено в поперечнике.

Заключение: На обзорной рентгенограмме может быть диссеминированный туберкулёз обоих лёгких.

9.ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании :

. жалоб на редкий кашель с отхождением слизистой мокроты больше в утренние часы, общую слабость, повышенную утомляемость, незначительное снижение массы тела за последние 3 месяца

. данных анамнеза заболевания: ухудшение в самочувствии с июня 2015 года, когда появились слабость, редкий сухой кашель. При прохождении флюорографического обследования 27.07.2015 выявлены изменения в лёгких. После проведенного курса антибактериальной терапии выявлена отрицательная динамика.

. данных анамнеза жизни : в 2006 году прошел лечение по поводу инфильтративного туберкулеза легких (МКБ-1 А гр). В 2010 году был снят с диспансерного учета.

. Данных объективного обследования: При аускультации определяется ослабленное везикулярное дыхание

. Данных инструментальных методов обследования:

Обзорной рентгенограмма грудной клетки № 100913 от 27.07.15 и обзорной рентгенограмма грудной клетки № 1745 от 25.08.15

В обоих лёгких в верхних и средних определяются интенсивные, неправильной формы, неоднородной структуры тени, в плащевом слое левого лёгкого обострение процесса средней степени интенсивности с нечётким контуром. Динамика не наблюдается

.Выставлен диагноз: Инфильтративный туберкулёз обоих лёгких. Рецидив.

10.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Дифференциальную диагностику следует проводить с крупозной пневмонией; центральным раком лёгкого; абсцессом лёгкого; инфарктом лёгкого; эозинофильным инфильтратом (пневмония).

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Инфильтративный туберкулёз обоих лёгких, МБТ - ,рецидив. Атеросклероз сосудов нижних конечностей.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Организация режима дня с правильной последовательностью труда и отдыха,частыми прогулками на свежем воздухе.

. Полноценное, богатое белками и витаминами, регулярное питание.

3.Антибактериальная терапия в интенсивной фазе осуществляют по I стандартному режиму комбинацией основных противотуберкулезных препаратов (изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол) в течение двух-трех месяцев.

.Изониазид - чистый гидразид изоникотиновой кислоты, ингибирует синтезфосфолипидов, ДНК и РНК, нарушает целостность стенки МБТ. В высоких концентрациях оказывает бактерицидное действие на МБТ. Применяется для лечения всех форм лёгочного туберкулёза.

1.Rp: Tab. Izoniazidi 0.3 № 100

D.S.: внутрь по 1 таблетке 1 раз в день

.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.

2.Rp: Rifampicini 0.6.t.d. № 30 in caps..: внутрь по 1 капсуле 1 раз в день

.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.

3.Rp: Pyrazinamidi 2,0.t.d. №30 in caps.

S: внутрь по 1 капсуле 1 раз в день

. Этамбутол(Э) - препарат первого ряда. Оказывает бактериостатическое действие

.Rp: Ethambutol hydrochloride 1,6

D.t.d. №30 in caps.

S: внутрь по 1 капсуле 1 раз в день

5.Rp: Essentiale 0/3.t.d. № 30 in caps.: Внутрь по 1 капсуле 1 раза в день

Пиридоксина гидрохлорид (Vit В6) - для предупреждения токсического действия изониазида. Назначить: внутрь по 0,01 г/сут в 2 приёма после еды.

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.

11. ПРОГНОЗ ДАННОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА У КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО

Прогноз для жизни при продолжении адекватной терапии и соблюдении больным всех рекомендаций благоприятный, так как наблюдается положительная динамика выздоровления, пациент без бактериовыделения.

12.ДНЕВНИКИ

.09.2015

Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Фон настроения ровный. Жалоб не предъявляет. Температура тела-36.7.Объективно:кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное в нижних отделах ослаблено. Частота дыхания -17 в минуту. Сердечные тоны ритмичные, приглушены. Пульс-78 ударов в минуту. Артериальное давление 130/90мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Стул ежедневный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный.

.09.2015

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Жалоб не предъявляет. Температура тела-36.7. Объективно : кожные покровы чистые, обычного цвета, отеков нет. В легких дыхание везикулярное в нижних отделах ослаблено, хрипов нет . Частота дыхательных движений 18 в минуту. Сердечные тоны ритмичны, приглушены, единичные экстрасистолы. Пульс-82 ударов в минуту. Артериальное давление 125/93мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Стул ежедневный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный.

13.ЭПИКРИЗ

ФИО: Б.А.П.

Возраст: 62 года

Дата поступления: 27.07.2015 в плановом порядке в ГОКЦ «Фтизиатрия».

Домашний адрес: Войстомский амбулаторий( сестринский уход)» Гродненская область, Сморгоньский район д.Синьки

Место работы: Синьковский сельский совет Сморгоньского района

Диагноз при поступлении: Инфильтративный туберкулёз обоих лёгких МБК-. Рецидив«I Б гр.Д4.МКБ.

Поступил с жалобами на редкий кашель с отхождением слизистой мокроты больше в утренние часы, общую слабость, повышенную утомляемость, незначительное снижение массы тела за последние 3 месяца

Из анамнеза: Ухудшение в самочувствии с июня 2015 года, когда появились слабость, редкий сухой кашель. При прохождении флюорографического обследования 27.07.2015 выявлены изменения в лёгких. Проведён курс антибактериальной терапии 10 дней, после проведенной контрольной флюорографии выявлена отрицательная динамика. Направлен в ГОКЦ « Фтизиатрия» с целью уточнения активности инфильтративного туберкулёза обоих лёгких, в связи с нахождение на койке социального ухода. Из анамнеза жизни в 2006 году прошел лечение по поводу инфильтративного туберкулеза легких. Был снят с ДУ в 2010 году после прохождении очередной флюорографии.

Объективно: При поступлении -общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела-36.7С. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное в нижних отделах ослаблено.Частота дыхательных движений 18 в минуту. Сердечные тоны ритмичны, приглушены.Пульс-75 ударов в минуту. Артериальное давление 130/90мм.рт.ст Живот мягкий безболезненный. Стул ежедневный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный ..

Лабораторные данные:

Общий анализ крови от 28.08.2015: Эритроциты-5.74/л,гемоглобин-170г/л, гематокрит-0.51, тромбоциты-271,лейкоциты-6.03/л, эозинофилы-3%,нейтрофилы: палочкоядерные -3%, сегментоядерные -53%,

Анализ крови на сахар 28.08.2015- - 3.5 ммоль/л

Общий анализ мочи 24.08.2015:Цвет соломенно-желтый, прозрачная. реакция кислая. Относительная плотность - 1017, белка и сахара в поле зрения нет.

Общий анализ мочи 28.08.2015:цвет- соломенно-желтый, слабая мутность, реакция кислая, белок-0,060 в поле зрения , глюказа - отрицательна. Обнаружен плоский эпителий-1-4 поле зрения. Эритроциты- 4-5 в поле зрения, лейкоциты-3-4-6 в поле зрения. Оксалаты +. Слизь +++.

Биохимический анализ крови от 24.08.2015:общий белок - 44.5г/моль, с-реактив ный белок -полож., глюкоза- 5.4 ммоль/л, АСаТ-36мкмоль/л, АЛаТ-34мкмоль/л общий билирубин-17.6 мкмоль/л, связанный билирубин-6,0 мкмоль/л

Биохимический анализ крови от 31.08.2015: мочевина-4.2ммоль/л, креатинин- 84мкмоль/л, билирубин общий- 12.3мкмоль/л, АСаТ-10.4 мкмоль/л, АЛат-7.1 мкмоль/л

GeneXpert PC(28.08.2015 )Report: MBT not detected (МБТ не обнаружена)

Мокрота на посев 28.08.2015, 31.08.2015::

Бактериоскопия материала: микобактерии туберкулеза не обнаружены

Спирография от 24.08.2015: заключение врача: ДИ 2ст.

Осмотр психолога(27.08.2015) Заключение: Жалоб не предъявляет.

Улыбается, шутит. Внешне спокоен. Охотно идёт на контакт. Многословен. Существенных изменений не выявлено. Проведена беседа.

ЭКГ от 24.08.2015: ритм синусовый, 72 в мин. Нормальное положение ЭОС, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки № 1745 от 25.08.15: В обоих лёгких в верхних и средних определяются интенсивные, неправильной формы, неоднородной структуры тени, в плащевом слое левого лёгкого обострение процесса средней степени интенсивности с нечётким контуром. Корни уплотнены. Синусы свободны. Сердце не расширено в поперечнике.

Заключение: На обзорной рентгенограмме может быть диссеминированный туберкулёз обоих лёгких.

На основании данных жалоб больного, анамнеза болезни, а также объективных и дополнительных методов исследования, больному был поставлен клинический диагноз: Инфильтративный туберкулёз обоих лёгких. Рецидив«I Б гр.Д4.МКБ-отрицательный.

Назначенное лечение:- 0,3 - внутрь по 1 таблетке 1 раз в день, Rifampycini - 0,6 - внутрь по 1 капсуле 1 раз в день,- 1,6 - внутрь по 1 капсуле 1 раз в день.- 2,0 - внутрь по 1 капсуле 1 раз в день.- 0,3- внутрь по 1 капсуле 3 раза в день.B1 (Тиамина бромид) - 1%-1ml - №10- внутримышечно 1 раз в сутки..B6 (Пиридоксина гидрохлорид ) -1% - 2ml - №10 - внутримышечно 1 раз в сутки, чередовать через день.

Рекомендуемое дальнейшее лечение: продолжение стационарного лечения.

Изониазид, Рифампицин,Вит. Группы B.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. «Фтизиатрия» И.С. Гельберг, С.Б. Вольф, Е.Н. Алексо.

. «Вопросы лечения, профилактики туберкулеза» И.С. Гельберг, С.Б.Вольф

. «Фтизиатрия» М.И. Перельман, 2007 год