**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ:**

1. ФИО
2. Адрес:
3. Дата поступления:
4. Место работы:
5. Диагноз направившего учреждения: Инфильтративный туберкулез с локализацией в S1,2 правого легкого.

**Здоровье семьи и контакт с туберкулезомю**

Живет у сестры. В семье больных туберкулезом нет.

В 1968 г – контакт с больной матерью.

**Развитие организма и перенесенные заболевания.**

Родилась в семье служащих, второй ребенок в семье, образование среднее. В настоящее время работает кассиром. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, больная проживает в теплой благоустроенной квартире вместе с сестрой. Питается нерегулярно. Вредные привычки (курение и прием алкоголя) – отрицает. Спортом не занимается, на свежем воздухе бывает редко.

Из перенесенных ранее заболеваний отмечает: детские инфекции, ОРВИ. Вирусный гепатит, сифилис, ранее перенесенный туберкулез отрицает.

Семейно-половой анамнез: в настоящее время не замужем, менархе с 13 лет, беременностей, родов, абортов не было.

Мать больной страдала фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, сестра здорова. Из ближайших родственников туберкулезом никто не страдает

Аллергии к лекарственным средствам не отмечает. Гемотрансфузии ранее не проводились.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

Больной себя считает с декабря 2000 года, когда заметила головную боль, боли в правой половине грудной клетки, затруднение носового дыхания, сухой кашель.

При текущем проф. осмотре 13.01.01 были выявлены изменения в легких, выставлен диагноз: Инфильтративный туберкулез с локализацией в S1,2 правого легкого.

Больная была направлена в городской фтизиопульмонологический диспансер на лечение 17.01.01.

**Объективное обследование:**

**ОБЩИЙ ОСМОТР***.*

Состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение астеническое, пониженного питания. Толщина кожной складки у реберной дуги составляет 0,8 см.

 Индекс Брокка = масса тела (в кг)\*100%

  рост (см) - 100

Индекс Брокка = 60: 69\*100= 86%

Индекс Кетле=масса(кг)/рост(м)2 Индекс Кетле = 60:2,68=21,3

 Величина индекса Брокка снижена (86 %); величина индекса Кетле в пределах нормы (21). Данные величины индекса Брокка свидетельствуют об пониженном питании.

 Осанка ровная. Температура тела на момент осмотра 37,70С. Выражение лица обычное. Форма шеи обычная, контуры ровные. Щитовидная железа не определяется. Пальпируется ее перешеек однородной, мягкоэластической консистенции, безболезненный, легко смещаем при глотании, не спаян с кожей и окружающими ткаными.

 Кожные покровы бледного цвета, сухие, тургор снижен. Видимые слизистые: розового цвета. Ногти: розового цвета, ломкие. Волосистая часть головы: волосы сухие, ломкие, выпадают. Подкожно-жировая клетчатка: развита слабо. Подкожно-жировая клетчатка при пальпации безболезненна, однородной консистенции, без отеков и пастозности.

 Лимфатические узлы: подмышечные, паховые, бедренные, подчелюстные справа и слева пальпируются как эластичные, 1см в диаметре безболезненные, не спаянные с кожей образования.

 Мышцы конечностей, туловища несколько атрофичные. Тонус снижен на верхних и нижних конечностях (дряблость мышц при пальпации и избыточность объема пассивных движений в суставах конечностей). При пальпации мышцы безболезненные. Голос соответствует полу и возрасту. Форма костей скелета правильная, без утолщений и болезненности при пальпации. Суставы подвижные, безболезненные. Объем пассивных движений в суставах полный. При осмотре позвоночника в грудном отделе выявляется легкий сколиоз выпуклостью влево. Симптом нагрузки отрицательный.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.**

Дыхание через нос свободное. Голос тихий. Форма грудной клетки астеническая. Над- и подключичные ямки сильно выражены. Межреберные промежутки до 1 см. Эпигастральный угол острый. Лопатки и ключицы выступают.

 **Грудная клетка**: симметрична, поперечные размеры несколько преобладают над переднезадними.

 **Окружность грудной клетки**:

на вдохе - 85 см

на выдохе - 81 см

Следовательно, **экскурсия грудной клетки** составляет **4 см**.

**Тип дыхания грудной**, правая половина грудной клетки отстает при дыхании. ЧД - 20/мин. Дыхание поверхностное, ритмичное.

**пальпация**

 При пальпации грудная клетка эластична, болезненна справа. Голосовое дрожание несколько усилено справа в нижних отделах.

**перкуссия легких**

**Сравнительная перкуссия**: перкуторный звук ясный слева, справа отмечается притупление в области, **S1-2**, тупой звук на проекции **S4-5**.

**Топографическая перкуссия**

1. **верхняя граница легких**  слева справа

высота стояния верхушек спереди **2см 2 см**

высота стояния верхушек сзади **2см 2 см**

1. **нижняя граница легких**

по окологрудинной линии **- 5р**

по среднеключичной линии **- 5р**

по передней подмышечной линии **7р 7р**

по средней подмышечной линии **8р 8р**

по задней подмышечной **9р 9р**

по лопаточной линии **10р 10р**

по околопозвоночной **на уровне ост. отростка 11гр.** позвонка

1. **дыхательная экскурсия нижнего края легких**

по среднеключичной линии **- 2см**

по средней подмышечной линии **5см 4см**

по лопаточной линии **3см 3см**

1. **ширина полей кренига** **4см 4см**

**аускультация**

 Слева дыхание везикулярное, справа в проекции **S1-2** выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы, в проекции **S4-5** дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Бронхофония усилена справа в **S4-5, S1-2**.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ.**

**осмотр.**

 Видимых атипичных пульсаций в области сердца не обнаруживается. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

**пальпация.**

 Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье слева на среднеключичной линии. Площадь ограниченная, 1,5см2. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Зон гиперестезии и зоны пальпаторной болезненности не выявлено.

 Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена, одинакова с обеих сторон.

**перкуссия.**

1. **относительная тупость сердца**

границы относительной тупости сердца верхняя - 3-е межреберье

левая- на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии по 5-му межреберью

правая- по правому краю грудины 4-е межреберье

1. **поперечник относительной тупости сердца(в см) 13см**
2. **ширина сосудистого пучка (в см) 7см**
3. **границы абсолютной тупости сердца**

правая по левому краю грудины

левая на 1 см кнутри от границы относительной тупости

верхняя по четвертому межреберью

1. **ширина абсолютной тупости сердца 3.5 см**
2. **конфигурация сердца нормальная**

 При перкуссии сердца у больной никаких отклонений от нормы не выявлено.

**аускультация.**

 При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Сердечные сокращения ритмичные, ЧСС 55/мин, брадикардия. Тоны сердца глухие, не расщеплены, приглушены. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка первый тон громче второго, над аортой и легочной артерией второй тон громче первого. Симптом Сиротинина - Куковерова отрицательный.

 На периферических артериях и луковицах яремных вен шумы не определяются.

 Артериальное давление на момент осмотра 90/60 мм рт ст на левой руке, 90/60мм рт ст на правой руке.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.**

Полость рта влажная, слизистая розового цвета, блестящая. Зубы устойчивы к расшатыванию, кариозно измененных и разрушенных зубов нет. Десны крепкие, без наложений, не кровоточат, плотно прилегают к шейкам зубов. Губы не изменены. Язык обложен белым налетом у корня. Миндалины не выступают за пределы небных дужек, однородные, с чистой поверхностью, лакуны неглубокие, без отделяемого. Акт глотания не нарушен. Голос соответствует полу.

 При осмотре живот мягкий, болезненный, равномерно участвует в акте дыхания. Окружность живота на уровне пупка 83 см. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяется.

**перкуссия.**

 При перкуссии определяется характерный тимпанит кишечника.

 Перкуссия печени по Курлову:

по правой серединно-ключичной линии - 10см

по передней серединной линии - 9 см

по краю левой реберной дуги- 8 см

 Перкуссия селезенки:

по левой средней подмышечной линии:

верхняя - 9р

нижняя - 11р (ширина притупления 6 см)

края селезенки на уровне 10р:

задний - по лопаточной линии

передний - по передней подмышечной (длина притупления 8см);

**пальпация.**

 При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не расширено. Симптомы Менделя и Блюмберга-Щеткина отрицательные. Кожных зон гиперестезии не обнаружено.

 При глубокой скользящей пальпации по методу Образцова в левой подвздошной области на протяжении 15 см пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа диаметром с большой палец руки; она безболезненна, легко смещается, не урчит, вяло и редко перистальтирует. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого, мягкоэластического, несколько расширенного книзу цилиндра диаметром в два пальца; она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответственно в правом и левом фланках живота в виде подвижных, умеренно плотных, безболезненных цилиндров диаметром до 2 см. Поперечная ободочная кишка определяется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра диаметром до 2,5 см; она безболезненна, легко смещается вниз и вверх. На 2-4 см выше пупка прощупывается большая кривизна желудка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного, безболезненного валика, идущего по позвоночнику в обе стороны от него. Шум плеска над желудком натощак методом перкуссии не выявляется. Тонкая кишка, мезентериальные лимфатические узлы и поджелудочная железа не прощупываются. Пальпация в зоне Шоффара безболезненна.

 При пальпации печени ее край не выступает за пределы реберной дуги; край острый, ровных контуров, мягкой консистенции, безболезненный. Желчный пузырь не прощупывается, пальпация его проекции безболезненна. Симптомы: Кера -отрицательный, Образцова-Мерфи и Василенко - отрицательные, Грекова - Ортнера - отрицательный, Мюсси - отрицательный.

 Селезенка в положениях на спине и на боку не пальпируется. Симптом Рагозы отрицательный.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ.**

При осмотре поясничной области видимых патологий в виде припухлости, болезненности, покраснения не выявлено.

**перкуссия:**

 Симптом поколачивания области почек отрицательный с обеих сторон. В надлобковой области отмечается притупление перкуторного звука в связи с полным мочевым пузырем. Уровень дна мочевого пузыря на 6 см ниже пупка.

**пальпация:**

 Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек ( верхних и нижних ) с обеих сторон безболезненна. Мочевой пузырь пальпируется, как плотноэластическое образование в нижней части живота, на 6 см ниже пупка.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

1. ОАК
2. ОАМ
3. Анализ мокроты на БК (бактериоскопия);
4. Посев мокроты на БК, определение антибиотикочувствительности;
5. Рентгенологическое обследование органов грудной клетки;
6. ЭКГ;
7. Б/Х крови;
8. Кровь на RW, ВИЧ, HbS-Ag;
9. Фибробронхоскопия;
10. Проба Манту;
11. Консультация гинеколога;

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

|  |  |
| --- | --- |
| ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ | КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ |
| ОАК (17.01.01) Эр 4,0 х 1012/ лЛейк 5,6х109/лHB 114г/лЦп 0,8СОЭ 42 мм /часТромбоц. 190 х 109/лЛейкоформула: э/ф 1, с/я 58, п/я 1, лимф 38, мон 2Время свертывания 4 минОАК (03.03.01) Эр 4,5 х 1012/ лЛейк 8,6х109/лHB 130г/лЦп 0,9СОЭ 13 мм /часТромбоц. 200 х 109/лЛейкоформула: э/ф 1, с/я 69, п/я 1, лимф 23, мон 5Время свертывания 4 мин | Гипохромная анемия, увеличение скорости оседания эритроцитовнорма |
| Б/х крови (17.01.01)ОБ 74 г/лМочевина 4,0 мМ/лОстаточный азот 0,22 г/лХолестерин 3,36 мМ/лАсАТ 0,06 ед/лАлАТ 0,08 ед/лБлб (общ) 9,78 мМ/лГлюкоза 3,41 мМ/ | Гипопротеинемия |
| ОАМ (17.01.01)кол-во 300млуд вес 1002белок отр.эп плоск едЛейкоц 1-0-0 в п/зр | норма |
| Кровь на ВИЧ и HbS-Ag(17.01.01) (Антитела к вирусу ВИЧ и австралийский антиген не обнаружены) Реакция Вассермана (18.01.01) отр |
| Фибробронхоскопия (20.01.01)Лидокаин 2%-10,0. Вход в трахею свободен, трахея обычной формы, картина острая. Бронхи проходимы до субсегментов, строение обычное, слизистая розовая, мокроты нет. Закл: патологии не выявлено. Взяты промывные воды из Б1-2 справа.  |
| Реакция Манту: 15.01.01 2 ТЕ – 17 мм. |
| ЭКГ(18.01.01) ЧСС80/мин, синусовый ритм |
| ФГС (20.01.01) Слизистая желудка розовая, покрыта слизью. Привратник свободный, проходим для эндоскопа. 12п кишка без особенностей.Закл: без патологии. |
| УЗИ Органов брюшной полости (25.01.01)Печень: не увеличена, умеренной эхогенности, звукопроводимость паренхимы не изменена. ОЖП не расширен. Желчный пузырь не изменен. Поджелудочная железа не увеличена, эхогенность не изменена. Почки: правая - 13,5 на 5,4 см, левая 14,3 на 5,8 см. Увеличены, контуры четкие, структура дифференцирована, несколько повышена эхогенность коркового слоя паренхимы. Селезенка: не увеличена. В брюшной полости свободной жидкости не обнаружено. В правой плевральной полости жидкость количеством до 400 мл. |

РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ(23.01.01): на обзорной рентгенограмме легких от 23.01.01 справа в S1-2 фокус инфильтрации 3 см в диаметре овальной формы. Вокруг очаги малой интенсивности с воспалительной дорожкой в корень легких Слева: легкие чистые, корни структурированные. Синусы свободные.

Заключение: Инфильтративный туберкулез легких.

ОСМОТР ГИНЕКОЛОГА (25.01.01.) Жалоб нет, шейка чистая, матка в retroversio, плотная, ограничена в подвижности, безболезненная, придатки тяжистые. Закл: здорова.

БАКТЕРИОСКОПИЯ МОКРОТЫ ( 23.01; 26.01; 28.01; 2.03; 3.04) БК –

Микробиологический посев мокроты на БК(30.03.01): БК+

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНАВАНИЕ.**

На основании:

1. жалоб(жалобы: на сухой кашель, возникающий преимущественно в ночное время, слабость, потерю аппетита, раздражительность, бессонницу ночью и сонливость днем);
2. анамнеза заболевания (обнаружение при флюорографии инфильтративных изменений в легких); больна с декабря 2000 года, когда заметила головную боль, боли в правой половине грудной клетки, затруднение носового дыхания, сухой кашель.
3. анамнеза жизни (контакт с больной туберкулезом матерью);
4. объективного исследования (При пальпации грудная клетка эластична, болезненна справа. Голосовое дрожание несколько усилено справа в нижних отделах, при перкуссии справа отмечается притупление в области, **S1-2**, тупой звук на проекции **S4-5**, справа в проекции **S1-2** выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы, в проекции **S4-5** дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Бронхофония усилена справа в **S4-5, S1-2**.
5. данных лабораторных исследований: (ОАК: гипохромная анемия, увеличение СОЭ, Б/Х гипопротеинемия; наличие в мокроте БК);
6. данных инструментальных исследований (Рентгенография органов грудной клетки: справа в S1-2 фокус инфильтрации 3 см в диаметре овальной формы. Вокруг очаги малой интенсивности с воспалительной дорожкой в корень легких Слева: легкие чистые, корни структурированные. Синусы свободные.

можно выставить следующий клинический диагноз:

**ДИАГНОЗ: инфильтративный туберкулез правого легкого, s1s2, бк +, в фазе инфильтрации**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

Существует ряд заболеваний, с которыми необходимо дифференцировать инфильтративный туберкулез - рак легкого, острая пневмония, мезотелиома плевры, экссудативный плеврит.

При раке легкого на рентгенограммах на первый план выступают признаки гиповентиляции или ателектаза сегмента или доли. Тень опухоли нередко имеет полициклические, тяжистые контуры, увеличены регионарные лимфатические узлы. Нередко присутствует распад опухоли, на томограммах определяются участки просветления, похожие на деструктивные процессы при туберкулезе. Иногда можно выявить тень опухолевого узла внутри просвета бронха или стеноз бронха. Исследование мокроты при раке легкого: отсутствие БК, наличие атипичных клеток, вид «малинового желе» при распаде опухоли. Также, нередко при злокачественных опухолях встречается плевральный выпот. Наличие плеврального выпота также характерно для мезотелиомы плевры, экссудативного плеврита. Невоспалительные плевральные выпоты встречаются при любых состояниях, вызывающих асцит, затруднение венозного или лимфатического оттока из грудной клетки, изолированную правостороннюю или левостороннюю недостаточность или выраженное снижение концентрации белков плазмы. Воспалительные плевральные выпоты - результат воспаления структур, прилегающих к плевральной поверхности. Лабораторные данные могут помочь в этиологии плеврального выпота. Большое количество крови в плевральном выпоте наиболее типично для выпота, вызванного опухолью, травмой или инфарктом легкого. Экссудат при туберкулезе или опухоли характеризует снижение соотношения концентрации глюкозы между плевральной жидкостью и плазмой, в противоположность обычно очень низким показателям соотношения при выпоте, обусловленным ревматоидным артритом. Диффузная злокачественная мезотелиома плевры встречается у больных разного возраста, преимущественно в возрасте 55 лет. У рабочих, имеющих контакт с асбестом, заболеваемость повышена, но обычно злокачественный процесс развивается через 20 лет и более после контакта. Симптомы: одышка, связанная с экссудативным плевритом, боли в грудной клетке в связи с прорастанием в межреберья. На обзорной рентгенограмме определяется наличие плеврального выпота, в котором после плевральной пункции и цитологического исследования можно обнаружить клетки мезотелиомы. Торакоскопия и биопсия опухоли определяет ее распространенность и морфологию. При пневмонии начало заболевания более острое, чем при туберкулезе, наблюдается повышение температуры тела до 39-400, ознобы, головные боли, сухой кашель или выделения мокроты. В легких выслушиваются сухие и влажные хрипы, более звучные, чем при туберкулезе. В ОАК более выраженный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг лейкоформулы влево, повышение острофазовых неспецифических показателей крови. Рентгенологически при пневмонии и при туберкулезе определяются очаги инфильтрации легочной ткани, но при применении обычных антибактериальных средств широкого спектра действия пневмония проходит, а туберкулезные очаги остаются без динамики. Также, при инфильтративном туберкулезе выявляются следы раннее перенесенного специфического процесса в виде склероза, очагов Гона, петрификатов и кальцинатов в корнях легких. При пневмониях отрицательна или слабоположительная проба Манту.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.**

Режим № 3, стол № 11.

1. Противотуберкулезная терапия: Rp.: Tab. Isoniazidi 0,3 N 100 DS. По 1 таб 2 раза в день Rp. Tab. Ethambutoli 0,4 N 100 DS. По 1 таб 4 раза в день Rp.: Tab. Rifadini 0,45 N 100 DS. По 1 таб 1 раз в день Rp.: Kanamicini sulfatis 1.0 DtdN. 20 in amp. S. Развести в 4 мл 5% раствора новокаина в/м 1 раз в день
2. Витаминотерапия: Rp.:Sol. Thiamini bromidi 3%-1ml DtdN 20 in amp S. По 1 мл в/м через день Rp.:Sol. Pyridoxini Hydrochloridi 5%-1ml DtdN 20 in amp S. По 1 мл в/м через день Rp.:Tab Acidi ascorbinici 0,05 N 100 DS. По 1 таб 3 раза в день
3. Антиоксидантная терапия: Rp.:Caps Tocopheroli acetetis 0,1 N30 DS. По 1 капсуле 3 раза в день Rp.:Sol. Natrii thiosulfatis 30%-5ml DtdN 20 in amp S. По 5 мл в/в
4. Общеукрепляющая терапия (улучшение обменных процессов и трофики тканей): Rp.:Tab Methyliuracili 0,5 N 100 DS. По 1 таб 3 раза в день

 Rp.:Sol. Aloe 1ml DtdN 20 in amp S. По 1 мл в/м

1. Патогенетическая терапия: Плацентарный альбумин 20% р-р 3 мл вводится внутримышечно 2 раза в неделю.(противовоспалительное, десенсибилизирующее, бронхолитическое действие).
2. Дальнейшее лечение - стационарное до 6 мес; санаторно-курортное: курорты Аксаково или Шафраново в течении 2-3 мес, рекомендуется кумысотерапия; диспансерное лечение в течении 4 мес.
3. С целью предупреждения обострений туберкулезного процесса после основного курса лечения проведение в осенне-летний период двухмесячных профилактических курсов лечения в течение 2-3 лет.

**ПРОГНОЗ.**

В отношении жизни прогноз благоприятный в связи с относительно доброкачественным течением туберкулеза и молодым возрастом больной. Для здоровья: благоприятный , т.к наблюдается положительная динамика заболевания и хорошая переносимость терапии, но необходимо учитывать, что при прерывании терапии возможен рецидив заболевания. В отношении труда: восстановление трудоспособности через 8-10 месяцев.

**ЭПИКРИЗ.**

Диагноз: инфильтративный туберкулез легких, s1s2, бк +, в фазе инфильтрации. Поступила 17.01.01

Жалобы при поступлении: на сухой кашель, возникающий преимущественно в ночное время, но иногда и в дневное время, умеренной интенсивности, усиливающийся в положении лежа; слабость, потерю аппетита, раздражительность, бессонницу ночью и сонливость днем.

Больной себя считает с декабря 2000 года, когда заметила головную боль, боли в правой половине грудной клетки, затруднение носового дыхания, сухой кашель.

При текущем проф. осмотре 13.01.01 были выявлены изменения в легких, выставлен диагноз: Инфильтративный туберкулез с локализацией в S1,2 правого легкого.

Больная была направлена в городской фтизиопульмонологический диспансер на лечение 17.01.01.

Основные патологические данные по органам: при пальпации грудная клетка эластична, болезненна справа. Голосовое дрожание несколько усилено справа в нижних отделах, при перкуссии справа отмечается притупление в области, **S1-2**, тупой звук на проекции **S4-5**, справа в проекции **S1-2** выслушиваются единичные мелкопузырчатые хрипы, в проекции **S4-5** дыхание ослаблено, выслушивается шум трения плевры. Бронхофония усилена справа в **S4-5, S1-2**.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: данных лабораторных исследований: (ОАК: гипохромная анемия, увеличение СОЭ, Б/Х гипопротеинемия; наличие в мокроте БК); данных инструментальных исследований (на обзорной рентгенограмме легких от 23.01.01 справа в S1-2 фокус инфильтрации 3 см в диаметре овальной формы. Вокруг очаги малой интенсивности с воспалительной дорожкой в корень легких Слева: легкие чистые, корни структурированные. Синусы свободные.)

Был выставлен диагноз: **инфильтративный туберкулез правого легкого, s1s2, бк +, в фазе инфильтрации.** Назначено соответствующее лечение.

У больной отмечается хорошая переносимость всех противотуберкулезных препаратов, положительная динамика заболевания.

Дальнейшее лечение - стационарное до 6 мес; санаторно-курортное: курорты Аксаково или Шафраново в течении 2-3 мес, рекомендуется кумысотерапия; диспансерное лечение в течении 4 мес.С целью предупреждения обострений туберкулезного процесса после основного курса лечения проведение в осенне-летний период двухмесячных профилактических курсов лечения в течение 2-3 лет.

**ЛИТЕРАТУРА.**

1. Васильев Н. А. Туберкулез, Москва 1990 г
2. Лечение внутренних болезней, справочник под ред. Матвейкова В. П. Минск 1997.
3. Ломако М. Н., Судник С.И., Соболь С. А. Руководство по фтизиатрии, Минск 1991г
4. Пропедевтика внутренних болезней. Под редакцией В. Х. Василенко, А. Л. Гребнева М.: Медицина 1983 год;
5. Руководство “диагностика и лечение внутренних болезней” под редакцией академика Комарова Ф. И. Медицина 1996 год (издание второе, дополненное) том 2;
6. Султанов В. К. Исследование объективного статуса больного Санкт-Петербург 1996 год.
7. Яхонтова. О. И., Рутгайзер Я. М., Валенкевич Л. Н.. Дифференциальный диагноз основных синдромов при заболеваниях внутренних органов Петрозаводск 1995 год;