**Паспортная часть**

Ф.И.О.

Год рождения:

Место жительства:

Профессия:

Дата поступления в стационар:

Диагноз направившего учреждения – Инфильтративный туберкулез S1-S2 левого легкого

Диагноз при поступлении - Инфильтративный туберкулез S1- S2 левого легкого, БК(-)

Диагноз клинический: Инфильтративный туберкулез S1-S2 левого и S6 правого легкого. БК(-). I «А» ГДУ.

Дата выписки:

**Жалобы**

На момент поступления больной жаловался на редкий кашель без мокроты, боль в грудной клетке слева в положении лёжа на этом боку, затруднение в дыхании.

На момент курации жалоб нет.

**Анамнез жизни.**

Больной родился в 1994 году в г. Витебск. В детстве рос и развивался нормально. Образование среднее. Контакт с больным туберкулёзом отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит. Венерические заболевания, ВИЧ, вирусный гепатит у себя и родственников отрицает. Курит в течении 3-х лет по 15 сигарет. Алкоголь не употребляет. Оперативные вмешательства отрицает. Переливания крови и кровезаменителей не было. Аллергоанамнез не отягощен. Живёт в квартире вместе с матерью, отцом, 2-мя сёстрами. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Резюме: исходя из следующих фактов: курение в течение 3лет, на рабочем, контакт с большим количеством незнакомых людей, проживание в одной квартире большого числа людей можно предположить у больного возможность заболеть туберкулёзом.

**Анамнез настоящего заболевания.**

Считает себя больным с 23.04.13, когда появились боли за грудиной, затруднённое дыхание. При Rtg исследовании были выявлены изменения в лёгких. С 24.04.13 по 7.05.13 было проведено противовоспалительное лечение, которое не принесло эффекта. Положительной Rtg динамики не получено, был консультирован у фтизиатра.

**Резюме:** типичные жалобы, отсутствие эффективности лечения в БСМП, данные Rtg указывают на специфику заболевания.

**Объективные данные.**

**Общий осмотр.**

На момент курации общее состояние удовлетворительное, температура тела 36.7 С, вес 60 кг., рост 173 см. Телосножение астеничное.

Положение активное, сознание ясное, активно вступает в контакт. Кожный покров бледно - розовой окраски, чистый, без высыпаний. Видимые слизистые оболочки бледно розового цвета, влажные, без видимых патологических изменений. Пальпируются поднижнечелюстные и паховые лимфатические узлы справа и слева, эластичные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями, размерами до 0.5 см.

**Костно-суставно-мышечная** система без отклонений.

**Органы дыхания.**

Грудная клетка астеничного типа, симметричная. Обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, глубокое, свободное, жесткое, слева ниже 4 ребра ослаблено, но проводится, хрипов нет, 14 дыхательных движений в минуту.

Голосовое дрожание неодинаково проводится над симметричными отделами легких, ослаблено ниже 4 ребра слева. Резистентность грудной клетки не увеличена.

Перкуторно определяется притупление слева ниже 4 ребра слева.

При топографической перкуссии размеры легких в пределах нормы. Подвижность нижнего края легких одинакова справа и слева. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание над всеми отделами легких, побочных дыхательных шумов, шума трения плевры не выявлено.

При топографической перкуссии:

Верхняя граница легких - высота стояния верхушек обоих лёгких спереди на 3 см выше ключиц, сзади - на уровне VII шейного позвонка.

Нижняя граница:

правого лёгкого

- l. parasternalis: верхний край 6 ребра

- l. medioclavicularis: нижний край 6 ребра

- l. axillaris anterior: нижний край 7 ребра

- l. axillaris media:нижний край 8 ребра

- l. axillaris posterior: нижний край 9 ребра

- l. scapularis: нижний край 10 ребра

- l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

левого лёгкого

- l. axillaris anterior: нижний край 7 ребра

-axillaris media: нижний край 8 ребра

- l. axillaris posterior: нижний край 9 ребра

- l. scapularis: нижний край 10 ребра

- l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

Ширина полей Кренига - 7 см справа и слева.

Подвижность нижнего края легкого по l. axillaris media Справа:

Вдох-4см.Выдох-3см.В сумме=7см.

Слева:

Вдох-1см.Выдох-1.5см.В сумме=2.5см

По l.scapularis

Справа:

Вдох-2см. Выдох-2.5см. В сумме=4.5см.

Слева:

Вдох-1см. Выдох-0.5см. В сумме=1.5см.

При аускультации: дыхание жесткое, слева ниже 4 ребра ослаблено, но проводится, хрипов нет.

**Сердечно - сосудистая система.**

Пульс - 86 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление - 110/70 мм. рт. ст. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Ширина сосудистого пучка - 4.5 см во втором межреберье.

При аускультации тоны сердца ритмичные, ясные, ритм правильный. Шумов нет.

Патологическая пульсация периферических сосудов отсутствует. Грудная клетка в области сердца не изменена. Усиление пульсации сонных артерий не наблюдается. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1.5 см кнутри от l.medioclavicularis, ограничен. Сердечный толчок не пальпируется. "Кошачье мурлыканье" на аорте и верхушке сердца не пальпируется. Патологической пульсации нет. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, обычной формы. Частота - 75 уд/мин.

При перкуссии:

Границы относительной сердечной тупости:

Правая: IV межреберье - 3,5 см вправо от l. mediana ant.

III межреберье - 3 см вправо от l. mediana ant.

II межреберье - 2 см вправо от l. mediana ant.

Левая: V межреберье - 8 см влево от l. mediana ant.

III межреберье - 4.5 см влево от l. mediana ant.

II межреберье - 2,5 см влево от l. mediana ant.

Поперечник сердца - 12 см, ширина сосудистого пучка - 6 см.

При аускультации: тоны сердца ритмичные, ясные. Шумов нет. АД - 120/70 мм рт.ст.

**Органы пищеварения.**

Аппетит хороший, акт глотания не нарушен.

Язык влажный с белым налетом.

Живот симметричный с обеих сторон, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Печень при глубокой пальпации не выходит из-под края реберной дуги. Край ее ровный, закруглен, безболезненный.

Размеры печени по Курлову:

Правая срединно-ключичная 12см.

Передняя срединная 11см.

Косой размер 8см.

Селезенка не пальпируется, безболезненная.

**Органы мочевыделения.**

Мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. В мочеточниковых точках при пальпации болезненности нет.

**Эндокринная система.**

Щитовидная железа не пальпируется. Эндокринной патологии не выявлено.

**Нервная система.**

Жалоб нет, сон спокойный, 6 - 7 часов в сутки. Патологические рефлексы не выявлены.

**Резюме:** При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание над всеми отделами легких, ниже 4 ребра ослаблено. Перкуторно определяется притупление слева ниже 4 ребра.

**Данные лабораторных исследований.**

**Результаты микроскопии осадка мокроты:**

07.05.13 г. кислотоустойчивые микобактерии не обнаружены.

Бактериологическое исследование мокроты:

10.05.13г.

15.05.2013г.

**Общий анализ крови от 10.05.2013г.**

Эритроциты 4.64\*10^12/л.

Гемоглобин 146г/л.

Лейкоциты 9.0\*10^9/л.

Тромбациты 292\*10^9/л

СОЭ 6 мм/ч.

Лейкоцитарная формула

Эозинофилы 5%

Палочко-ядерные 8%

Сегменто-ядерные 63%

Лимфоциты 19%

Моноциты 5%

**Общий анализ мочи** от 10.05.2013г.

Уд. Вес 1.020

Реакция кисл

Цвет соломенно-жёлтый

Прозрачность полн

Белок нет

Сахар нет

Осадок нет

Эпителий 3 вп/з

Эритроциты нет

Лейкоциты 2 в п/з

Цилиндры нет

Кристаллы нет

**Биохимический анализ крови** от 09.05.2013.

Глюкоза 4.0 ммоль/л

Мочевина 3.8 ммоль/л

Общий белок 77 г/л

Альбумины 41 г/л

Глобулины 36 г/л

Общий холестерин 4.8 ммоль/л

Общий билирубин 14.7 мкмоль/л

АлАТ 23 ед/л

АсАТ 41ед/л

Альфа-амилаза 83 ед/л

**Резюме**: умеренный лейкоцитоз, небольшое изменение альбумин-глобулинового соотношения.

**Инструментальные методы исследования:**

ЭКГ от 10.05.13

Ритм синусовый. ЧСС 72 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

УЗИ органов брюшной полости от 10.05.13

**Заключение:** ЖКБ. Холелитиаз

**Рентгенологическая диагностика:**

24.01.2011г.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в S1-2 верхней доле левого лёгкого имеется несколько фокусов затенения крупных размеров (7,5-9см.), кольцевидной формы, средней интенсивности, гомогенной структуры, контуры нечёткие, размытые.. Легочные поля без изменений. Корни структурированы. Справа без особенностей.

**Туберкулинодиагностика:** 10.05.13. Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л-15мм папула.

**Обоснование диагноза:**

На основании анамнеза жизни: студент (нерегулярное питание, большое количество контактов с незнакомыми людьми), перенесенные заболевания: ОРВИ, Курит - в течение 3 лет 15 сигарет в день.

На основании жалоб больного на небольшой кашель, боли в грудной клетке слева в положении лёжа на левом боку; анамнеза заболевания: не было эффекта от неспецифической терапии; объективных данных: притупление перкутонного звука слева ниже 4 ребра; данных лабораторных исследований: умеренный лейкоцитоз, небольшое изменение альбумин-глобулинового соотношения; данных рентгенологического исследования: слева в S1-S2 несколько фокусов затенения крупных размеров, кольцевидной формы, средней интенсивности, гомогенной структуры, контуры нечёткие, размытые, можно поставить следующий диагноз: **Инфильтративный туберкулёз S1S2 левого лёгкого. БК(-).**

**План лечения больного**.

Режим 2

Стол Т.

2 месяца в стационаре:

Тубазид 0.075 4 таблетки.

Рифампицин 0.15 4 таблетки.

Пиразинамид 2,0

Этамбутол 1.6

Sol VitB1 VitB6 5%-2ml по 30 ч/з день в/м.

4 месяца амбулаторно:

Тубазид 0.075 4 таблетки.

Рифампицин 0.15 4 таблетки.

**Дневник.**

15.05.2013года.

Состояние удовлетворительное. Лечение переносит хорошо. Жалоб нет. Сон и аппетит в норме. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. АД - 110/70 мм рт ст., ЧСС - 75/мин., ЧД - 17/мин., температура - 36.6 оС.

Аускультация легких: над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание.

Cor-тоны ритмичные, ясные, ритм правильный.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул и диурез в норме.

Лечение:режим 2;стол Т;

Тибазид 0,075 4 таб.

Рифампицин 0,15 4 таб

Пиразинамид1.6

Этамбутол1,6

Sol VitB1 VitB6 5%-2ml по 30 ч/з день в/м.

**Прогноз и рекомендации** по диспансерному наблюдению и здоровому образу жизни.

Исход заболевания благоприятный.,т.к.лечение начато своевременно и у больного хорошая переносимость препаратов, отсутствуют сопутствующие заболевания. Временная утрата работоспособности, после окончания лечения - полное ее восстановление. Прогноз для здоровья благоприятный,т. к. при такой форме происходит значительное рассасывание очагов инфильтрации с формированием остаточных фиброзных изменений. Рекомендуется: добросовестно выполнять все назначения врача, продолжить амбулаторно лечение 6-мя противотуберкулёзными препаратами(тибазид и рифампицин) в течении 4 месяцев, начать вести здоровый образ жизни, бросить курить или хотя бы уменьшить количество выкуриваемых сигарет, избегать переохлаждений, проводить противорецедивное лечение (витамины, укрепление иммунитета).

**Работа в эпидемическом очаге**.

Больной проживает в квартире с родителями,2-мя сёстрами.

Жилищные условия благоприятные. Очаг относится к третьей, потенциально эпидемически опасной группе(проживают больные с формальным бактериовыделением и оча-ге отсутствуют дети и подростки и нет отягощающих факторов).

**Работа с больным:**

больной изолирован путём госпитализации в туберкулёзный стационар, ему назначено интенсивное контролируемое лечение, была проведено санитарно-гигиеническое воспитание больного и членов его семьи.

Наблюдение за лицами, находящимися в контакте с больным:

Всем лицам было проведено обследование в диспансере(флюорография). Их поставила на учёт в 4 группу диспансерного наблюдения (повторное обследование не реже 1 раза в 6 месяцев).

В очаге была проведена текущая и заключительная дезинфекция.

Текущая: медперсонал противотуберкулезного учреждения обучает больного и членов семьи, ухаживающих за ним, правилам личной гигиены, методам дезинфекции, выдаёт плевательницы, и дезинфицирующие средства. Объектами текущей дезинфекции являются плевательницы, посуда, бельё, мокрота. В квартире проводится ежедневная влажная уборка с обязательным использованием дезинфицирующих средств при обработке мест общего пользования. В целях максимальной изоляции больному выделяют комнату или часть её (отгороженную ширмой), кровать, вешалку для верхней одежды, полотенце, посуду, бельё. Больной и члены семьи обучаются методам, средствам и режимам обеззараживания мокроты, плевательниц, посуды, остатков пищи, постельного белья, носовых платков, стен, полов, мебели в квартире, умывальников, унитазов, выделений больного, предметов ухода и др. квартиру больного ежедневно убирают влажным способом. Используя ветошь,смоченную мыльно-содовым или дезинфицирующим раствором, при открытых окнах и дверях. Посуду после каждого приёма пищи обеззараживают,затем моют проточной водой. Мокроту больного собирают в плевательницу. Другая плевательница, ранее заполненная мокротой, обеззараживается. Грязное белье, спецодежду помещают в бак с плотной крышкой или матерчатый мешок из прочной ткани отдельно от белья членов семьи, обеззараживают в ёмкостях из расчёта на 1кг сухого белья 5л дезинфицирующего раствора, затем прополаскивают и стирают. При текущей дезинфекции используют 2% раствор соды(кипячение в течении 15 минут), сухую известь 0.5кг/м^2 в течении 120 минут(5% хлорамин в течении 6 часов). Для дезинфекции белья, обработки квартиры используют растворы соды, хлордезина, сульфохлорантина, хлорамина и др.

Заключительная дезинфекцию проводят сотрудники дезинфекционного отдела Центра гигиены и эпидемиологии не позднее 6-12 часов со времени получения заявки от противотуберкулёзного диспансера. Мокроту, посуду, бельё обеззараживают также, как при текущей дезинфекции. Пол, стены, двери, предметы обстановки орошают дезинфицирующим средством (орошают при расходе растворов 500мл на 1 м^ 3). Носильные вещи, подушки, одеяла, матрацы обрабатывают парофармалиновым методом(57-59 градусов Цельса в те-чениии120 минут), паровоздушным методом(80-90 градусов Цельса в течении 30 минут).