ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф.И.О пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Пол: женский
2. Возраст: 49 года
3. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место работы, профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Дата и время поступления в стационар: 29.03.12 г.
6. Дата выписки из стационара или перевода в другое лечебное учреждение- продолжает лечение.
7. Больная направлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Госпитализация плановая.
9. Диагноз направившего учреждения: Инфильтративный туберкулез S1-S2 правого легкого БК-,Правосторонний экссудативный плеврит.
10. Диагноз при поступлении: Инфильтративный туберкулез S1-S2 правого легкого БК-,Правосторонний экссудативный плеврит.

2.Здоровье семьи и контакт с больными туберкулезом.

Со слов больной в семье никто из родственников не болел туберкулезом. Контакт с больными туберкулезом отрицает.

3.Анамнез жизни:

Родилась единственным ребенком в семье. В детстве в развитии не отставала от сверстников, материально-бытовые условия удовлетворительные. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, грипп, ОРВИ. Часто болеет простудными заболеваниями (3-4 раза в год). Закончила среднюю школу, затем поступил в ПТУ №2 , после окончания учебы работала продавцом. Последние 3 года работает уборщицей. В 1984 году перенесла пневмонию с подозрением на туберкулез в нижней доли правого легкого, однако после обследования заболевание туберкулезом было исключено. Курит в течении 6 лет по полпачки сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет. Аллергии на пищевые продукты, лекарственные препараты, растения нет. Гемотрансфузий не было. Флюорографию проходила 3 года назад.

4.Анамнез настоящего заболевания:

Считает себя больной с момента 25.03.12 г., когда впервые на профосмотре были выявлены изменения на флюорограмме.За два месяца до профосмотра чувствовала себя плохо,отмечала слабость,периодический сухой кашель, периодическое поднятие температуры до 37,5°С. К врачу за помощью не обращалась. В прошлом туберкулезом не болела. После подтверждения диагноза,на основании назначенных исследований,направлена в ВОКПТД на лечение. Предыдущее прохождение флюорографии – декабрь 2010г. без особенностей.

5.Жалобы больной на день поступления:на слабость ,боль в грудной клетке справа при глубоком вдохе,одышку,периодическое покашливание,повышение температуры.

На день курации:слабость,боль в грудной клетке справа при глубоком вдохе.

6.Данные объективного осмотра

Общее состояние больной удовлетворительное. Телосложение астеническое,ИМТ=47/(1,64)\*2=18-дефицит массы тела.Кожные покровы нормальной влажности и эластичности,бледно-розового цвета, видимые слизистые розового цвета, без очаговых изменений. Периферические узлы не увеличены, пальпация их безболезненна. Опорно-двигательный аппарат без особенностей.

***Система органов дыхания.***

Голос не изменен, дыхание через нос затруднено из-за хронического ринита. Грудная клетка астеническая, без деформаций, симметричная. Обе половины активно участвуют в акте дыхания, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Над- и подключичные ямки умеренно выражены. Частота дыхания— 18 в минуту, одышки на момент осмотра нет. Голосовое дрожание не изменено.

При сравнительной перкуссии над легкими определяется легочной звук, справа спереди по срединно-ключичной линии от ключицы до 2 межреберья определяется притупление перкуторного звука.

Верхние границы лёгких: правое спереди— на 3 см выше ключицы, правое сзади— на уровне VII шейного позвонка; левое спереди— на 4 см выше ключицы, левое сзади— на уровне VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига слева и справа— 4 см.

Границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница легких  | Справа | Слева |
| Linea parasternalis | V межреберье | - |
| Linea mammilaris | VI ребро | - |
| Linea axilaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| Linea axilaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| Linea axilaris post. | IX ребро | IX ребро |
| Linea scapularis | X ребро | X ребро |
| Linea paravertebralis | XI ребро | XI ребро |

Подвижность нижнего легочного края: 4 см(N=6-8 см)Снижена засчет жидкости в плевральной полости.

***СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ***

При осмотре области сердца выпячивания области сердца, видимой пульсации не обнаружено.

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье слева на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, сила умеренная, резистентный.

Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не отмечаются.

Дрожания в области сердца не выявлено, зон гиперстезии и болезненности при пальпации не обнаружено.

Границы относительной тупости сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| справа | на 1 см вправо от правого края грудины в IV межреберье |
| Слева | на 1 см кнутри от linea mammilaris в V межреберье |
| вверху | III ребро по linea parasternalis sinistra |

Границы абсолютной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| справа | левый край грудины |
| Слева | на 2 см кнутри от linea mammilaris |
| вверху | IV ребро |

Ширина сосудистого пучка - 5,5 см

Конфигурация сердца - нормальная

Аускультативно: Тоны сердца ясные, ритмичные. При аускультации побочные шумы не выслушиваются. Артериальный пульс на лучевых артериях синхронный, ритм правильный, нормального наполнения и умеренного, напряжения, ЧСС -76 уд.в мин. Дополнительных тонов, органических и функциональных шумов не выслушивается. При осмотре артерий пульсации их не выявлено. Пальпаторно стенки артерий эластичные, гладкие. АД на плечевых артериях - 110/70 мм.рт.ст. При осмотре и пальпации яремных вен их расширения и набухания не выявлено, видимой пульсации нет. Сосудистые симптомы не наблюдаются.

***Система органов пищеварения.***

Аппетит хороший, акт глотания не нарушен, диспепсических расстройств нет. Слизистая полости рта розового цвета, налета на языке нет. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отрезки кишечника без особенностей.

Живот обычной формы,симметричен, равномерно участвует в дыхании. Местных выпячиваний нет. Пупок не втянут.

Поверхностная ориентировочная пальпация

Живот мягкий, безболезненный, грыжевых выпячиваний и опухолевидных образований нет. Зоны гиперстезии отсутствуют.

При глубокой пальпации отрезки кишечника без особенностей.

Печень и желчный пузырь

Выпячиваний в области правого подреберья, ограничения участия правой половины живота в дыхании не выявлено.

Границы печени по Курлову 11:10:9.

Пальпаторно печень не выступает из-под края реберной дуги. Край печени острый, ровный, мягкий, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные синдромы отрицательны.

Селезенка

Выпячивания в области левого подреберья не выявлено.

Селезенка не пальпируется.

Мочевыделительная система

Покраснения, припухлости, отечности в поясничной области не наблюдается. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Почки не пальпируются.

***ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА***

Щитовидная железа

Щитовидная железа не пальпируется. Безболезнена при пальпации. Тремор конечностей отсутствует. Глазные синдромы отсутствуют.

***НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ***

Сознание ясное, ориентация в пространстве, времени, ситуации не нарушена. Интеллект соответствует уровню развития, не ослаблен. Участков гипо-, гипер- и парестезий нет. Патологических рефлексов нет.Настроение снижено,сон спокойный.Зрение, слух, вкус, осязание в норме.

7.Данные лабораторных и инструментальных методов исследования.

Общий анализ крови

02.04.12г.

*эритроциты – 4,05 х1012 /л*

*гемоглобин - 130г/л*

*ЦП - 0,9*

*Тромбоциты-212 х109 /л*

*лейкоциты – 7,2х109 /л*

*э - 1%*

*п – 5%*

*с – 63%*

*л - 29%*

*м – 4%*

*СОЭ - 34мм/ч( N=2-15 мм/ч)*

*Биохимический анализ крови*

*01.04.12 г.*

*СРБ - 35г\л(N=до 6 г/л)*

*общий белок - 76 г\л*

*глюкоза -4,9 ммоль/л*

*холестерин-5,2 ммоль/л*

*4. Общий анализ мочи:* Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Относительная плотность: 1020

Белок: нет

Глюкоза: нет

Эпителий плоский 1-2 в п\з

Эритроциты 1-3 в п\з

Цилиндры есть

*Бактериоскопический анализ мокроты:МБ не обнаружены.*

*Бактериологический посев:*

*выделена культура кислотоустойчивых бактерий*

*рост умеренный-20 колоний*

*ТЛЧ:в работе.*

 *Анализ крови на:*

*- ВИЧ - отрицательный*

RW – отрицательный

-anti-HCV -отрицательный

ЭКГ

Ритм синусовый правильный. ЭОС смещена влево.Признаки гипертрофии левого желудочка. Изменения в пределах возрастной нормы.

УЗИ брюшной полости

Заключение:Гидроторакс справа.

Спирометрия:характерны рестриктивные (ограничительные) нарушения, характеризующиеся снижением ЖЕЛ.

8.Рентгенологическое исследование:

Локализация- В правом легком в S1,S2

Характер-очаговая тень

Количество-единичная

Форма-круглая

Размеры-мелкая 3мм

Интенсивность-малая

Структурность тенеобразования-не гомогенная

Контуры-нечеткие

Справа по ходу междолевой щели линзообразное затенение на уровне 6 ребра,интенсивное затенение засчет жидкости в плевральной полости.Слева-без особенностей.Корни структурированы,сердце в норме.Динамика отрицательная.

9.Обоснование диагноза туберкулеза согласно клинической классификации:На основании жалоб (на слабость,боль в грудной клетке справа при глубоком вдохе,одышку,периодическое покашливание,повышение температуры), анамнеза(частые ОРВИ, курение),данных объективного обследования(астеническое телосложение,притупление перкуторного звука справа, жёсткое везикулярное дыхание справа,снижение подвиженности нижних границ легких), данных лабораторных исследований(СОЭ - 34мм/ч,СРБ - 35г\л),выявление МБ бактериологически(в количестве 20 колоний),данных инструментальных исследований:

Спирометрия:характерны рестриктивные (ограничительные) нарушения, характеризующиеся снижением ЖЕЛ.

Рентгенологическое исследование:

Локализация- В правом легком в S1,S2

Характер-очаговая тень

Количество-единичная

Форма-круглая

Размеры-мелкая 3мм

Интенсивность-малая

Структурность тенеобразования-не гомогенная

Контуры-нечеткие

Справа по ходу междолевой щели линзообразное затенение на уровне 6 ребра,интенсивное затенение засчет жидкости в плевральной полости.Слева-без особенностей.Корни структурированы,сердце в норме.Динамика отрицательная.)можно выставить следующий клинический диагноз:

Диагноз:Инфильтративный туберкулез S1-S2 правого легкого БК+,

Осложнение:Правосторонний экссудативный плеврит.

10. План лечения:

1. Режим I
2. Стол T

### Согласно стандартным схемам лечения, при инфильтративном туберкулезе показано назначение 4 противотуберкулезных препаратов сроком на 2 мес. (интенсивная фаза), а далее — 2 препаратов на 4 — 6 мес. При такой схеме химиотерапии основной курс лечения составляет 6 — 8 мес.

**Интенсивная фаза терапии 2 месяца:**

Изониазид внутрь 0,075 по 4 таблетки 1 раз в день

Рифампицин внутрь 0,15 по 4 таблетки 1 раз в день

Пиразинамид внутрь 1,5 в сутки

Этамбутол внутрь 1,2 в сутки

**Фаза продолжения лечения 4 месяца**

Изониазид внутрь 0,075 по 4 таблетки 1 раз в день

Рифампицин внутрь 0,15 по 4 таблетки 1 раз в день

11.Дневник больной: 02.04.12 г.

Состояние относительно удовлетворительное, температура тела – 36,5 С. Жалобы на слабость. Пульс 78 уд.в мин. АД – 130 и 95 мм.рт.ст. ЧД=17. Тоны сердца чистые, без патологических шумов. При объективном осмотре притупление перкуторного звука справа, жёсткое везикулярное дыхание справа,снижение подвиженности нижних границ легких. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное.

12.Прогноз и возможные исходы заболевания:

При инфильтративном туберкулезе легких часто развивается перифокальный плеврит, может наблюдаться туберкулез бронха. Инфильтрат в легком может рассасываться полностью без видимых остаточных изменений, чаще на его месте остаются выраженные в разной степени очаговые и фиброзные изменения. Прогрессирование процесса сопровождается деструкцией легочной ткани и формированием каверны (переход в кавернозный туберкулез).В случае полного излечения больной возможно её возвращение к прежней работе. Обычно при эффективности лечения инфильтративная форма туберкулеза редко дает осложнения.

13.Санитарно-профилактические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции: Т.к. больная является бактериовыделителем, то она представляет эпидемиологическую опасность в плане распространения инфекции, в связи с чем лечение должно проводится в условиях соответствующего стационара.Следует проводить профилактические мероприятия в очаге 2 гр.(у больной скудное бактериовыделение,стабильный туберкулезный процесс;в семье больной взрослые лица,отсутсвуют отягощающие факторы.Проводится текущая дезинфекция в очаге,и далее заключительная(в случае выезда больной из дома на лечение в стационар).

Всем родственникам больной и лицам,которые были с ней в контакте необходимо пройти медицинское обследование.Следует провести профилактику контактов(ограничить общение с родственникам,друзьями,знакомыми)Проведение химиопрофилактики либо специфической профилактики.