**Паспортная часть**

# Фамилия, имя, отчество:

Возраст – \_\_\_\_\_\_\_\_

Семейное положение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес – \_\_\_\_\_\_\_

# Образование: среднее.

# Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в клинику – \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, БК+.

Дата курации – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Жалобы на день курации**

На момент поступления в больницу пациент предъявлял жалобы на общую слабость, повышенную утомляемость, сухой кашель.

На момент курации жалоб нет.

1. **Анамнез жизни**

Рос и развивался в соответствии с возрастом.

Образование среднее.

После средней школы служил в армии.

Во время службы в Афганистане пациент получил ранение правого глаза (анофтальм), правого плеча и правого голеностопного сустава; ЧМТ. Является инвалидом III группы. Вирусный гепатит, венерические заболевания, операции отрицает.

Длительное время до настоящей госпитализации работал сварщиком на предприятии «Гомельские электросети», где отмечает наличие профессиональной вредности (вдыхание токсичных паров).

Жилищные условия оценивает как удовлетворительные, проживает в квартире из 3-х комнат с семьей: дочь, сын, невестка, внучка (4 года). Со слов больного, семья здорова. Питание регулярное, полноценное, разнообразное. Бюджет семьи достаточный. Не курит, злоупотребление алкоголем не отрицает.

Аллергоанамнез: без особенностей.

Наследственность: наличие наследственных заболеваний у родных больной отрицает.

Постинъекционных знаков на периферических венах нет.

**IV. Эпидемиологический анамнез**

Контакт с больными туберкулезом отрицает.

**V. Анамнез настоящего заболевания**

Весной перенес сильную простуду. За медицинской помощью не обращался. Туберкулез был выявлен при профобследовании.

Регулярно (раз в год) проходил профилактический осмотр. Во время последнего осмотра (декабрь 2006 г.) по данным флюорографического обследования был предположительно поставлен диагноз инфильтративного туберкулеза верхней доли правого легкого, БК+; для уточнения диагноза был направлен в противотуберкулезный диспансер, где диагноз был подтвержден. Больной был госпитализирован в стационар (впервые по поводу данного заболевания). До госпитализации никакого лечения не принимал.

Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, БК+.

Цель госпитализации:

а) проведение основного курса химиотерапии;

б) изоляция больного по эпидпоказаниям.

**VI. Объективные данные (на день обследования)**

*Состояние* больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Тип телосложения нормостенический. Нарушений осанки нет. Походка незначительно изменена в связи с давним ранением. При осмотре головы и лица обнаруживаются: рубцы от ранения на затылке, правый глаз заменен стеклянным протезом, носовая перегородка искривлена. Лицо не выражает болезненных проявлений. Температура 36,8 С.

*Кожные покровы*. На момент осмотра бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Эластичность кожи снижена. Рост волос не нарушен. Ногти не изменены.

*Подкожно-жировой слой* развит умеренно (толщина кожной складки на животе на уровне пупка 2 см), распределен равномерно. Отеков нет.

При осмотре *лимфатические узлы* (затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые) не визуализируются, не пальпируются.

Общее развитие *мышечной системы* хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Мышечная сила хорошая. Гиперкинетических расстройств не выявлено.

Исследование *костной системы*. Жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается. Плоскостопия не отмечается. Суставы (за исключением правого голеностопного) нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними нормальной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью.

Исследование *системы дыхания*. Жалобы на сухой кашель.

Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Обоняние сохранено. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании гортани болезненности не определяется. Грудная клетка конической формы, без деформации. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют.

Тип дыхания - преимущественно брюшной. Частота дыхания - 22 в минуту.

Ритм дыхания правильный. При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Нижние границы лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические  линии | слева | справа |
| окологрудинная | 6 межреберье | — |
| Среднеключичная | 7 межреберье | — |
| Передняя подмышечная | 8 ребро | 8 межреберье |
| Средняя подмышечная | 9 ребро | 9 межреберье |
| Задняя подмышечная | 10 ребро | 10 ребро |
| лопаточная | 11 ребро | 11 ребро |
| Околопозвоночная | остистый отросток 11 грудного позвонка | остистый отросток 11 грудного позвонка |

Аускультативно: дыхание жесткое над областью верхней доли правого легкого. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

Исследование *сердечно-сосудистой системы*. Жалоб на боли в области сердца, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку, кашель, кровохарканье, удушье нет. Грудная клетка в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, неусиленный, нерезистентный. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет. Границы относительной тупости сердца соответствуют возрастной норме. Конфигурация сердца не изменена. Границы абсолютной тупости сердца в норме. Поперечник абсолютной тупости сердца - 5,5 см.

Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Тоны сердца нормальной звучности. Частота сердечных сокращений 72 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы неизвитые, мягкие, с эластичными, тонкими стенками. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой 72 в минуту, хорошего наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы.

При аускультации артерий патологических изменений нет. Артериальное давление на правой руке 110 / 70, на левой руке 110 /70.

Исследование *пищеварительной системы*. Жалоб нет. Аппетит хороший. Вкусовые ощущения не изменены. Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно, вечером.

При осмотре полости рта - запах обычный, слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба розовой окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют. Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, чистый.

Живот нормальной формы, симметричен. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный.

Исследование *мочевыделительной системы*. Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Исследование *эндокринной системы*. Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. Глазные симптомы отрицательные.

Исследование нервно-психической сферы. Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен. Восприятие не нарушено, внимание не ослаблено, память сохранена. Мышление не нарушено.

Настроение ровное. Поведение адекватное. Головных болей, обмороков нет. Сон глубокий, ровный, продолжительностью 7-8 часов. Засыпает быстро, самочувствие после пробуждения хорошее.

**VII. Лабораторные исследования**

Общий анализ крови:

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | 17.12.2005 |
| Эритроциты | 4,66\* 1012/л |
| Гемоглобин | 140 г/л |
| ЦП | 0,9 |
| Лейкоциты | 10,1 \* 109/л |
| Эозинофилы | 3% |
| Нейтрофилы с/я | 61% |
| Палочкоядерные | 5% |
| Лимфоциты | 25% |
| Моноциты | 5% |
| СОЭ мм/ч | 18 мм/ч |

Заключение: общий анализ крови без существенных изменений.

Общий анализ мочи:

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | 17.12.2005 |
| Цвет | С/ж |
| Реакция | Кислая |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Глюкоза | Нет |
| Белок | Нет |
| Отн. Плотность | 1007 |
| Лейкоциты | нет |
| Эритроциты | 6-8 в п/з |
| Эпителий плоский | Нет |
| Слизь | нет |
| Соли | Нет |

Заключение: общий анализ мочи без существенных изменений.

Биохимический анализ крови:

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | 17.12.2005 |
| Общий белок | 74 г/л |
| Мочевина | 5,3 ммоль/л |
| Креатинин | 0,064 ммоль/л |
| Билирубин общ. | 10 ммоль/л |
| АЛТ | 0,35 ммоль/л |
| АСТ | 0,42 ммоль/л |
| Глюкоза | 4,3 ммоль/л |

Заключение: биохимический анализ крови в пределах нормы.

Бактериологическое исследование мокроты на МБТ:

19.12.2005: МБТ+, скудный рост.

22.12.2005: МБТ+, умеренный рост.

23.12.2005: МБТ+, единичные колонии.

Заключение: т.к. МБТ были выявлены в мокроте в декабре 2005 г, то до декабря 2006г больной будет считаться условным бактериовыделителем.

Исследование мокроты на КУБ (простая бактериоскопия):

19.12.2005: КУБ 6 на 100 полей зрения.

20.12.2005: КУБ не обнаружены.

21.12.2005: КУБ не обнаружены.

23.12.2005: КУБ не обнаружены.

21.01.2006: КУБ не обнаружены.

17.02.2006: КУБ не обнаружены.

Определение чувствительности на БК из мокроты на АБК 119.12.2005 г.

Заключение: МБТ из мокроты чувствительны к тубазиду, стрептомицину, рифампицину, этамбутолу, канамицину, этонамиду.

**VIII. Рентгенологические исследования**

Протокол рентгенологического исследования органов грудной клетки от 19.12.2005 г.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки и томограмме (срез 6см) в верхней доле правого легкого присутствует ограниченное затемнение, негомогенной структуры, малой интенсивности, с нечеткими контурами, с множественными очагами распада. В средней и нижней долях правого легкого имеются множественные очаговые тени, негомогенные, малоинтенсивные, с нечеткими контурами. Изменений в левом легком не обнаружено. Сердце без изменений.

Заключение: картина инфильтративного туберкулеза верхней доли правого легкого, фаза распада и обсеменения.

**IX. Другие исследования**

Исследование функций внешнего дыхания:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | л | % |
| ЖЕЛ | 2,34 | 50 |
| ДО | 1,18 | 168 |
| МОД | 15,50 | 240 |
| РОвы | 0,20 |  |
| Ровд | 0,90 |  |
| ЧД | 13 в мин |  |
| ФЖЕЛ | 2,80 | 62 |
| ОФВ1 | 2,49 | 68 |
| ОФВ1 (% ФЖЕЛ) |  | 89 |
| Индекс Тиффно |  | 106 |
|  | л/с | % |
| ПОСвы | 8,99 | 105 |
| МОС25 | 6,34 | 81 |
| МОС50 | 3,40 | 65 |
| МОС75 | 1,70 | 74 |
| СОС25-75 | 3,49 | 82 |

Заключение по функции внешнего дыхания: умеренные нарушения по рестриктивному типу.

Клинический диагноз:

Инфильтративный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе распада, БК+.

**X. Обоснование диагноза туберкулеза**

Диагноз поставлен на основании жалоб на общую слабость, повышенную утомляемость, сухой кашель; анамнеза болезни, свидетельствующего о бессимптомном течении; анамнеза жизни, указывающего на наличие вредных привычек (чрезмерный прием алкоголя), профессию, неблагоприятные условия труда; объективного исследования, также свидетельствующего о бессимптомном течении; на RG и TG в проекции в верхней доли правого легкого ограниченное затемнение, негомогенной структуры, малой интенсивности, с нечеткими контурами, с множественными очагами распада, в средней и нижней долях правого легкого имеются множественные очаговые тени, негомогенные, малоинтенсивные, с нечеткими контурами; на основании бактериологического исследования мокроты (МБТ +).

**XI. Патогенез инфильтративного туберкулеза**

Учитывая тот факт, что туберкулез у данного пациента выявлен впервые, можно предположить, что произошла эндогенная реактивация туберкулезного процесса вследствие реверсии измененных форм возбудителя туберкулеза в бактериальную форму и размножение бактериальной популяции.

К факторам, способствующим реактивации, можно отнести такие, как: алкоголизм, вредные условия труда, стрессовые ситуации.

Возможен и другой путь развития вторичного туберкулеза (если не исключать возможность тубконтакта) – экзогенный, связанный с новым повторным заражением микобактериями туберкулеза (суперинфекция). Но при экзогенном пути развития вторичного туберкулеза недостаточно проникновения микобактерий в уже инфицированный организм, даже при массивной повторной суперинфекции. Необходима совокупность ряда условий и факторов риска, снижающих иммунитет.

Можно предположить, что первичный туберкулез имел место весной, когда по словам пациента, он перенес сильную простуду.

**XII. План лечения больного**

1. Режим свободный.
2. Диета 11

Рациональное питание: не менее 100-110 г белка, а в период выздоровления – 120-140 г. белка (60% - животного происхождения); общая калорийность 3300 ккал/день. Питание 6 раз в день малыми порциями.

1. Витаминотерапия.

Аскорбиновая кислота внутрь 1 раз/сут 0,5 г (для улучшения обмена веществ, повышение сопротивляемости организма, замедление внеклеточных окислительных процессов)

Пиридоксин – внутрь 60 мг в день (так как изониазид нарушает метаболизм В6 – для предупреждения гиповитаминоза В6)

4. Этиотропная терапия.

Изониазид 0,3г. 3 раза в день, внутрь, после еды;

Изониазид активен в отношении M. tuberculosis, бактерициден, действует на быстро и медленно размножающиеся микобактерии, расположенные вне/внутриклеточно.

Протионамид 0,75 в сутки с висмутом

Этамбутол 0,4 по 4 т 1 раз в день, внутрь; чередовать с пиразинамидом (1500мг/сут в день, внутрь) через день.

Этамбутол – облигатный туберкулостатик, пиразинамид – туберкулостатик, тормозит развитие резистентности к другим препаратам.

5. Патогенетическая терапия.

Иммунотерапия: тактивин 100 мкг/сут в течение 5 дней ежедневно п/к. Тактивин- иммуномодулятор.

Витамин Е внутрь по 300 мг/сут в течение 2 месяцев. А-токоферол: регулятор перекисного окисления липидов и антиоксидант.

Тиосульфат натрия в/в до 30 введений по 10 мл 30% р-ра. Тиосульфат натрия – антитоксическое, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие.

6. Лечебная гимнастика. Включает общеразвивающие и дыхательные упражнения. ЛГ проводится в период стихания острого периода (снижение температуры тела, СОЭ, других показателей, свидетельствующих об интоксикации). ЛГ проводится в зале лечебной физкультуры сидя и стоя. Продолжительность занятия 15-25 минут ежедневно.

1. Физиотерапия.

А) Ультразвуковые аэрозольные ингаляции антибактериальных препаратов (солюзитон и др.) в течение 10 мин ежедневно в течение 20 дней.

Б) Высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия (интенсивность 400 мТл, интервал 100 мс) 10 минут ежедневно в течение 10 дней.

В) Климатотерапия (климат степей, гор)

Г) Аэротерапия (обязательные ежедневные прогулки на свежем воздухе, воздушные ванны)

Д) Минеральные питьевые воды (Боржоми, Дарасун) – температура 40 С.

Е) Санаторно-курортное лечение.

8.Отказ от вредных привычек.

Употребление алкоголя во время лечения изониазидом увеличивает риск возникновения гепатита.

Интоксикация при химической зависимости приводит к угнетению иммунитета и поражению функциональных систем организма.

**XIII. Прогноз**

Для жизни благоприятный.

Для излечения: благоприятный, в том случае, если будет сохраняться положительная динамика изменений в легких и на фоне противотуберкулезной терапии произойдет закрытие образующихся очагов распада.

**XIV. Организационные мероприятия в туберкулезном очаге**

Квартира, где проживает больной, по степени опасности относится к очагам 1 группы (больной – бактериовыделитель, среди членов семьи больного есть ребенок в возрасте 4-х лет).

По месту проживания больного производится заключительная дезинфекция. Члены семьи (дочь, сын, невестка и внучка) должны быть поставлены на учет в ПТД в 4 группу наблюдения как «контакты» и обследованы (рентгенографически и с помощью лабораторных методов исследования). Им проводится химиопрофилактика тубазидом курсами по 3 месяца 2 раза в год. Также необходимо и дальнейшее оздоровление очага.

**XV. Рекомендации по соблюдению принципов здорового образа жизни**

Отказ от вредных привычек является залогом эффективного лечения туберкулеза.

Употребление табака ухудшает прогноз излечения.

Употребление алкоголя не только снижает иммунореактивность организма, но и во время лечения изониазидом увеличивает риск возникновения гепатита.

Интоксикация при химической зависимости приводит к угнетению иммунитета и поражению функциональных систем организма.

Для повышения иммунитета и улучшения общего самочувствия необходимы обязательные ежедневные прогулки на свежем воздухе, воздушные ванны.