**Паспортная часть**

Возраст 30 лет

Национальность – русская

Семейное положение - замужем

Место жительства - г. Москва

Место работы следственный изолятор №5, начальник корпусного отделения.

Дата поступления в клинику: 02.09.2002

Клинический диагноз: Очаговый туберкулез S2 верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации. БК-

Жалобы: на боль в левом боку в горизонтальном положении при вдохе, периодические подъемы температуры до 37,2 – 37,3 оС, слабость.

**Anamnesis morbi**

В течение 6 месяцев у больной был контакт с коллегой по работе, страдающей туберкулезом легких. В мае 2002 г. перенесла ОРВИ, в конце июня 2002 г. отметила появление болей в левом боку в горизонтальном положении при вдохе, температура тела держалась на уровне 37,2-37,3 оС, в вечернее время появлялась слабость. Выполнена рентгенография легких: в левом легком выявлены изменения, расцененные как пневмония. Больной назначили цифран, алоэ в инъекциях. Боли в боку исчезли, слабость и субфебрилитет сохранялись, С подозрением на туберкулез легких направлена в НИИ фтизиопульмонологии для уточнения диагноза и подбора терапии.

# Anamnesis vitae

Родилась в Москве в 1972 году. Росла и развивалась нормальным ребенком, в психофизическом развитии от сверстников не отставала. Получила высшее образование. До 1995 г. работала в средней школе учителем начальных классов. С 1995 г. – начальник отдела СИЗО №5 г. Москвы. Профессиональные вредности: стрессовые ситуации, сквозняки на рабочем месте.

Перенесенные заболевания: скарлатина, ветрянка, краснуха.

Семейный анамнез: В семье все здоровы: муж, сын 4 лет. Наличие наследственных и хронических заболеваний у ближайших родственников отрицает.

Бытовые условия удовлетворительные. Живет в отдельной благоустроенной квартире (2 комнаты). Питание регулярное (2-3 раза в день). Вредные привычки: курит в течение 10 лет (1-2 сигареты в день).

Аллергических реакции: отрицает.

**Status praesens (на день курации 07.09.2002)**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Изменений со стороны органов зрения и слуха не отмечается.

Тип телосложения - нормостенический. Нарушений осанки и походки нет. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не обнаружено.

Кожные покровы обычной окраски. подкожная клетчатка умеренно развита, отеков, уплотнений нет. Ногтевые фаланги без изменений. Кисти рук, стопы холодные на ощупь, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Подвижность в суставах не ограничена.

Система органов дыхания: дыхание через нос свободное. Форма грудной клетки - коническая. Обе половины грудной клетки участвуют в дыхании одновременно и симметрично. Пальпация грудной клетки безболезненна. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. ЧДД=16 в мин. Аускультативно – дыхание слева в боковых отделах с жестким оттенком.

Исследование системы органов кровообращения: Патологической пульсации сосудов не обнаружено. Верхушечный толчок невидимый, смещен кнутри на 1,5 см от среднеключичной линии, пальпируется в 5-ом межреберье. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Шумов нет. ЧСС 75 уд/мин., пульс 70 уд/мин. АД - 100/60 мм.рт.ст. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, одинаково прощупывается на симметричных участках тела.

Система органов пищеварения: полость рта санирована, живот обычной формы. Деятельность кишечника регулярная. При пальпации живот мягкий, безболезненный, стул регулярный, без особенностей. Печень – у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Система мочевыделения: Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

Нервно-психический статус:Сознание ясное, больная контактна, правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. При исследовании черепно-мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не выявлено. Менингиальных знаков нет.

Результаты лабораторных, инструментальных и других специальных исследований.

## Общий анализ крови 06.09.2002

Hb 148 г/л (N= 110-150)

Эритроциты 4,29\*1012 (N = 3,7 – 4,7\*1012)

Цветовой показатель 0,94

Тромбоциты 173\*109 (N = 250 – 300\*109)

Лейкоциты 5,1\*109 (N = 4 – 9\*109)

Нейтрофилы: палочкоядерные 2% (N = 1 – 4%)

сегментоядерные 56% (N = 47 –72%)

Эозинофилы 2% (N= 0,5-5,8%)

Базофилы 0% (N=0-0,5%)

Лимфоциты 29% (N=19-37%)

Моноциты 11% (N=3-11%)

**Общий анализ мочи** 06.09.2002

Цвет соломенно-желтый

Реакция щелочная

Удельный вес 1015

Мутноватая

Белок отр

Глюкоза – отр

Эпителиальные клетки плоские мало

Лейкоциты 1-2 в п/зр

Эритроциты нет

Цилиндры нет

## Биохимический анализ крови: 06.09.2002

Общ. белок 7,3 г% (N= 6,5-8,5г%)

Глюкоза 100 мг% (N=80-120 г%)

Билирубин прямой 0,2 мг%(N=0,5 мг%)

Билирубин непрямой 0,5 мг%(N=0,1-1 мг%)

Креатинин 1,1 мг%(N=3-4 м г%)

АСТ 55,6 нмоль/с.л.(N=28-125)

АЛТ 56,7 нмоль/с.л. (N=28-190)

**Заключение**: изменений в анализах крови и мочи не обнаружено.

**Рентгенограмма** от 09.09.2002: На прямой обзорной рентгенограмме грудной клетки, выполненной с удовлетворительными техническими характеристиками определяется: со стороны мягких тканей и костных образований грудной клетки патологических изменений не выявлено. Легочные поля симметричны. В аксиллярном субсегменте S2 левого легкого видны группы мелких (3мм в диаметре), близкорасположенных очагов с нечеткими контурами малой интенсивности.

Корни легкого без изменений. Оба купола диафрагмы расположены на обычном уровне, контуры теней диафрагмы с обеих сторон четкие, косто-диафрагмальный и кардиодиафрагмальный синусы имеют острые углы.

Заключение: на рентгенограмме представлен синдром очага во втором сегменте верхней доли левого легкого.

**Функции внешнего дыхания**: показатели ЖЕЛ, вентиляционной способности легких и бронхиальной проходимости в пределах вариантов нормы.

Показатели газов крови и КЩБ в пределах варианта нормы

**Бронхоскопия** от 09.09.2002: слизистая оболочка трахеи и бронхов обоих легких бледная за счет обеднения сосудистого рисунка, гипертрофирована, фиброзно утолщена над шпорой ПВДБ. Хрящевой рисунок сглажен. Расширены просветы бронхиальных желез. Пролабирует в просвет мембранозная часть обоих ГБ, суживая его на2/3 при кашле. Просветы всех осмотренных бронхов свободны.

Заключение: экспираторный стеноз трахеи и ГБ. Гипертрофический диффузный эндобронхит 1-й степени.

**Диагноз**: очаговый туберкулез S2 верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации. БК-

# Обоснование диагноза:

1. Диагноз туберкулеза поставлен на основании анамнестических данных: указания на длительный контакт (6 месяцев) с коллегой, больным туберкулезом легких, наличии предрасполагающих факторов: работа в СИЗО, сквозняки на рабочем месте, курение на протяжении 10 лет.
2. О наличии очаговой формы туберкулеза можно судить на основе малосимптомной клинической картины заболевания (боль в боку, периодическая, нерезко выраженная температурная реакция, подострое начало); данных рентгенографии: типичная локализация процесса (2 сегмент верхней доли легкого), наличие группы очагов размером 3мм малой интенсивности с нечеткими контурами.
3. О наличие инфильтративной фазы свидетельствует характер изменений на рентгенограмме, свидетельствующих об активности процесса: очаги малой величины (3мм малой) интенсивности с нечеткими контурами.
4. Отсутствие микобактерий туберкулеза в мокроте не является противопоказанием к установлению вышеуказанной формы туберкулеза, при которой бактериальное выделение встречается редко.

Дифференциальный диагноз:

1. Дифференциальный диагноз очагового туберкулеза и неспецифической очаговой пневмонии проводится на основании разницы в клинической картине заболеваний. Клиническая картина при пневмонии более выражена, характерно острое начало с повышением температуры до более высоких цифр, чем при очаговом туберкулезе, кашель, отделение мокроты.
2. Дифференциальный диагноз очагового туберкулеза и периферического рака легкого проводится на основании микробиологического и гистологического исследований. При раке диагностическим критерием является обнаружение атипических клеток, при туберкулезе – выявление микобактерий туберкулеза.
3. Дифференциальный диагноз очагового туберкулеза и грибковых поражений легких проводится на основании исследования мокроты и содержимого бронхов на грибы, пункционной биопсии уплотнения легкого.

Карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулезной инфекции

Сведения о больной:

1. ФИО:
2. пол: жен
3. год рождения: 1972
4. домашний адрес: г. Москва
5. место работы: следственный изолятор №5 г. Москва.
6. Впервые диагносцирован туберкулез (дата): 23.08.2002
7. Диагноз при взятии на учет: очаговый туберкулез S2 верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации. БК-.

Сведения об очаге:

1. квартира: отдельная
2. число комнат: 2
3. лифт: имеется
4. квартира: сухая, светлая
5. водопровод: есть
6. канализация: есть
7. отопление: центральное
8. Оборудование квартиры: горячая вода, ванна, умывальник, раковина для мытья посуды есть.
9. число членов семьи: всего 3, в т.ч. 2 взрослых, 1 ребенок

Заболевания, вредные привычки:

1. Алкоголь: не употребляет
2. Курение: 1-2 сигареты в день в течение 10 лет

В предоставлении жилищной площади не нуждается

Выводы из эпид.обследования:

1. Вероятный источник инфекции: коллега по работе в СИЗО №5
2. Группа эпидемиологической опасности очага – I A
3. Очаг второй группы – относительно неблагополучный.

У больной отсутствует бактериовыделение, стабильный туберкулезный процесс, в семье больной есть дети и взрослые, больная ранее курила, что свидетельствует о наличии отягощающих факторов.

Мероприятия по оздоровлению очага:

Больную госпитализируют в стационар, где проводится комплексное лечение туберкулеза, больную и членов семьи обучают санитарно-гигиеническим навыкам.

**Лечение:**

1. Изониазид 0,6 гр. (2 таб.) однократно утром (входит в схему лечения больных с впервые выявленным туберкулезом, обладает бактерицидным действием, эффективен при приеме внутрь)
2. Рифампицин 70 мг в сутки (входит в схему лечения больных с впервые выявленным туберкулезом, эффективен при приеме внутрь)
3. Пиразинамид 1,5 гр. (3 таб.) через день. (входит в схему лечения больных с впервые выявленным туберкулезом, эффективен при приеме внутрь)

Монотерапия не проводится с целью преодоления лекарственной устойчивости Препараты используются в течение 2 месяцев, по схеме лечения больных с впервые выявленным туберкулезом.

# Прогноз

При правильном лечении и соблюдении режима прогноз хороший, возможно выздоровление. Впервые заболевшему туберкулезом лечебное учреждение имеет право выдать листок временной нетрудоспособности на срок до 12 мес. Восстановление трудоспособности у данной больной в связи с наличием у нее очагового туберкулеза ожидается через 2-4 месяца.

### Литература

1. Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия // - М., Медицина, - 1996, ­­­- 336 с.
2. Шебанов Ф.В. Туберкулез // - М., Медицина, - 1982, - 368с.
3. Конспекты лекций кафедры фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова
4. История болезни Хоревой Н.А.