I. Общие сведения о больном

. Возраст: 23 года (дата рождения: 13.02.1991г.)

. Место работы: официально не трудоустроен (работает в автомастерской без оформления трудового договора)

. Семейное положение: не женат

. Образование: среднее неоконченное (9 классов)

. Дата поступления: 24.12.2014г.

. Дата курации: 30.01.2015г.

II. Жалобы

Жалобы при поступлении: беспокоил редкий кашель с отхождением небольшого количества прозрачной мокроты без запаха, отмечал незначительную, но постоянную слабость, температуру тела не измерял.

Жалобы на день курации: головокружение, возникающее при подъеме в вертикальное положение; незначительная, но постоянная слабость.

III. История настоящего заболевания

Впервые изменения в легких выявлены 19.09.14 г., когда обратился к участковому терапевту с жалобой на боль в правой поясничной области и был направлен на плановое флюорографическое обследование - выявлено инфильтративное образование в S2 правого легкого. Участковым терапевтом была назначена неспецифическая антибиотикотерапия (название препаратов не помнит, принимал в течение двух дней таблетки, потом «забыл»), но на контрольное обследование больной не явился, поэтому данных о результатах лечения нет.

Со слов больного, легкая слабость впервые появилась весной 2014 года (точно сказать не может, ориентировочно в конце марта), сопровождалась повышением температуры до субфебрильных цифр (37,2-37,4 С), потливостью, сонливостью. Появление редкого непродуктивного кашля связывает с курением.

.11.14 г. вызван на обследование в ОПТД, выполнена туберкулиновая проба, результат - 18 мм. 4.12.14г. было выполнено контрольное томографическое обследование органов грудной клетки, по результатам которого выявлено сохранение инфильтрации очаговой структуры в S2 правого легкого. Направлен на госпитализацию в ОПТД для обследования.

. История жизни больного

Родился в 1991 г. в г. Иваново. Закончил 9 классов общеобразовательной школы, средне-специального образования не получал. Гражданин России, всю жизнь проживает в г. Иваново, за последние 6 месяцев не выезжал. В МЛС не пребывал. У нарколога на учете не состоит.

Работает в автомастерской слесарем. Психоэмоциональная обстановка в коллективе напряженная. Рабочие условия неудовлетворительные: помещения плохо отапливаются, повышенная влажность, часто приходится подолгу лежать на бетонных плитах под ремонтируемыми автомобилями, ненормированный рабочий график (нет четко установленного обеденного перерыва, условий для отдыха сотрудников). Так как работает без оформления трудового договора, профилактические медицинские осмотры не предусмотрены.

Живет в благоустроенной квартире с матерью, материально-бытовые условия ниже среднего уровня.

ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, венерические заболевания отрицает.

В детстве (точный возраст не помнит) был приступ удушья, лечился в больнице, поставлен диагноз «Бронхиальная астма, легкое течение», выписаны ингаляции с сальбутамолом, но с тех пор приступов не было. Несколько раз болел гайморитом, часто болел простудными заболеваниями, перенес ветряную оспу.

Непригоден к военной службе, проходил обследование в пульмонологическом отделении ОКБ г. Иваново.

Сведений о вакцинациях, БЦЖ, туберкулиновых пробах, результатах рентгено-флюорографических обследований нет.

Аллергологический анамнез не отягощен. Травм, операций, переливаний крови и ее компонентов не было.

Курит с 13 лет по 1 пачке в день. Алкоголь употребляет редко. Наркотические вещества не употребляет.

Социальные факторы риска у данного больного: низкий материальный уровень жизни, неудовлетворительные условия работы, частые стрессовые ситуации, курение.

Медико-биологические факторы риска: пациент длительно страдает бронхиальной астмой, т.е. хроническим аутоиммунным воспаление бронхов, значит, в большей степени подвержен поражению бронхолегочной системы.

. Эпидемиологический анамнез

Сведений о контакте с больным туберкулезом у больного нет, в ближайшем окружении лиц с похожими симптомами нет. В местах лишения свободы не пребывал, за последние полгода из города не выезжал.

. Настоящее состоние больного

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение пропорциональное, правильное, астенического типа. Осанка сутуловатая, походка быстрая. Рост 176 см, вес 65 кг, ИМТ = 21 (нормальная масса тела). Температура тела 36,5 С.

Кожные покровы бледные, влажные, чистые, эластичность не снижена, тургор сохранен. Рост волос не нарушен, оволосение по мужскому типу. Видимые слизистые влажные, бледно-розовые. Склеры иктеричны. Ногтевые пластинки бледные, ровные, грибковые поражения отсутствуют.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет.

Лимфатические узлы - затылочные, заднешейные, переднешейные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, надключичные, подключичиные, подмышечные, кубитальные - не пальпируются с обеих сторон.

Основные группы мышц развиты удовлетворительно, равномерно с обеих сторон, тонус сохранен, при пальпации безболезненные, мышечная сила хорошая.

Суставы и кожа над ними визуально не изменены, конфигурация сохранена. При пальпации суставы безболезненные, припухлостей нет, объем пассивных и активных движений сохранен.

Система органов дыхания. Форма носа не изменена. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание свободное, по брюшному типу, глубокое, ритмичное, ЧДД 18 раз в 1 минуту. Вспомогательные мышцы в дыхании не участвуют. При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичность не снижена. Голосовое дрожание не изменено, проводится с одинаковой силой на симметричных участках грудной клетки.

При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук. При топографической перкуссии: нижняя граница легких по средней подмышечной линии справа и слева на уровне VIII ребра. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание над симметричными участками над всей поверхностью легких, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система. Пульс на лучевых артериях одинаковый на обеих руках, ритмичный, 72 удара в 1 минуту, хорошего наполнения и напряжения. Сосудистая стенка эластичная. АД 120/70 мм.рт.ст. Видимой пульсации и набухания шейных вен, вен брюшной стенки и конечностей нет.

Область сердца без видимых пульсаций и деформаций. Верхушечный толчок определяется пальпаторно в V межреберье на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, площадью 1,5 см. Сердечный толчок не определяется.

Перкуторно определяются границы относительной сердечной тупости: правая граница - по краю правой парастернальной линии в IV межреберье, левая - на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье и совпадает с верхушечным толчком, верхняя - на уровне верхнего края III ребра по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины.

Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 72 в 1 минуту. Тоны сердца звучные, ясные, шумов нет.

Система органов пищеварения. Язык обычных размеров, обложен белым налетом. Слизистая оболочка зева бледно-розовая, припухлостей и налетов нет. Миндалины симметричны, бледно-розового цвета, не увеличены, налетов нет.

Живот обычных размеров, симметричный, участвует в акте дыхания, видимых выбуханий в области передней брюшной стенки живота и видимой перистальтики кишечника нет. Пупок втянут.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; напряжение мышц передней брюшной стенки, расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии, поверхностно расположенные опухоли не определяются.

Печень не пальпируется. перкуторно определяются границы печени: верхняя - по правой среднеключичной линии на уровне VI ребра, нижняя - по правой среднеключичной линии по нижнему краю правой реберной дуги. Размеры печени по Курлову: по среднеключичной линии справа - 9 см, по срединной линии - 8 см, по левой реберной дуге - 7 см.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Кера, Георгиевского-Мюсси отрицательные.

Селезенка не пальпируется.

Стул 1 раз в день, оформленный.

Системы органов мочеотделения. Поясничная область не изменена. Симптом Пастернацкого слабо-положительный справа, отрицательный слева. Диурез достаточный.

Эндокринная система. Щитовидная железа визуально не определяется, перешеек и доли не пальпируются.

Нервно-психическая сфера. Больной ориентирован в пространстве, времени, собственной личности. Память сохранена. На осмотр реагирует адекватно. Сон беспокойный из-за ночной потливости.

. Предварительный диагноз

Инфильтративный туберкулез легких в S2 правого легкого. Диагноз поставлен на основании клинической картины (беспокоил редкий кашель с отхождением небольшого количества прозрачной мокроты без запаха, что свидетельствует о поражении бронхолегочной системы, а также сонливость, потливость, постоянная невыраженная слабость, которые являются составляющими интоксикационного синдрома), данных анамнеза заболевания (обнаружение при флюорографическом обследовании в поликлинике по месту жительства инфильтративного образования в S2 правого легкого, положительная туберкулиновая проба - 18 мм, отсутствие эффекта от назначенной участковым врачом неспецифической антибиотикотерапии, сохранение трудоспособности при длительно существующих признаках болезни), а также наличия у пациента социальных (низкий материальный уровень жизни, неудовлетворительные условия работы, частые стрессовые ситуации, курение) и медико-биологических факторов риска (длительно страдает бронхиальной астмой, т.е. хроническим аутоиммунным воспаление бронхов, значит, в большей степени подвержен поражению бронхолегочной системы).

. План дополнительного исследования

. Общий анализ крови.

. Общий анализ мочи.

. Биохимический анализ крови (сахар крови, мочевина, креатинин, общий белок и его фракции, билирубин общий, билирубин прямой, билирубин непрямой, трансаминаза АЛТ, трансаминаза АЛТ, щелочная фосфатаза, калий, натрий, кальций, хлор, амилаза, холестерин, Реактивный белок).

4. Исследование крови на ВИЧ-инфекцию.

5. Исследование крови на сифилис.

. Исследование крови на гепатиты.

. Обзорная рентгенограмма грудной клетки.

. Общий анализ мокроты.

. Исследование мокроты люминесцентным методом на МБТ.

. Посев мокроты на МБТ.

. ЭКГ.

. Фибробронхоскопия с анализом бронхоальвеолярного лаважа.

. Исследование функции внешнего дыхания.

. Пробное лечение неспецифическими антибактериальными препаратами.

. УЗИ почек и консультация уролога

IX. Результаты дополнительных методов исследования

1. Общий анализ крови от 25.12.2014 г.

Er - 5,05 Т/л- 168 г/л

ЦП - 0,99- 49,5 %

Тромбоциты - 287 Г/лОЭ - 5 мм/ч

Лейкоциты - 6,7 Г/л

Лимфоциты - 31,1 %

Моноциты - 11,1 %

Нейтрофилы - 51,1 %

Эозинофилы - 6,3%

Базофилы - 0,4 %

Заключение: Моноцитоз, эозинофилия. Моноцитоз в данном случае свидетельствует о выраженной тенденции к репаративным процессам. Эозинофилию можно рассматривать как разультат давно существующей бронхиальной астмы и как показатель сенсебилизации организма в связи с туберкулезной инфекцией и получаемым лечением.

2. Общий анализ мочи от 25.12.14 г.

Цвет: светло-желтый

Реакция: кислая

Белок: нет

Глюкоза: нет

Микроскопия осадка. Эпителиальные клетки - плоские 0-1 в п.з.

Лецкоциты: 0-1 в п.з.

Эритроциты 0-1 в п.з.

Слизь +

Соли: оксалаты +

Заключение: оксалтурия. Т. к. поводом к обращению за мед.помощью к участковому терапевту были болевые ощущения в пояснице, необходимо провести анализ мочи по Нечипоренко и отправить больного на консультацию к урологу.

3. Общий анализ мокроты от 19.01.15 г.

Цвет: серый

Характер: слизистый

Консистенция: густая

Микроскопическое исследование: спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена, эозинофилы, эритроциты отсутствуют. Лейкоциты 3-5 в п.з.

Заключение: лейкоциты в небольшом количестве могут присутствовать в мокроте, но отсутствие эозинофилов, сп. Куршмана и кр. Шарко-Лейдена свидетельствуют об отсутствии обострения бронхиальной астмы.

4. Исследование мокроты люминесцентным методом на МБТ от 19.01.15

КУМ не обнаружены

. Цитологическое исследование мокроты от 19.01.15г.

Результат: слизисто-макрофагеально-гистиоцитарная мокрота.

. Исследование крови на сифилис от 25.12.14 г.

Результат отрицательный.

. Иследование крови на гепатит В, гепатит С.

Результат отрицательный.

. Исследование крови на ВИЧ-инфекцию от 25.12.14 г.

Результат отрицательный.

. Биохимический анализ крови от 25.12.14 г.

Общий белок 68 г/л

Альбумин 44, 1 г/л

СРБ отрицательный

Мочевина 3,3 мкмоль/л

Креатинин 70,1 мкмоль/л

АСТ 32 Е/л

АЛТ 21 Е/л

Билирубин общий 7,1 мкмоль/л

Амилаза 44 Е/л

Глюкоза 4,4 ммоль/л

Заключение: патологических изменений не выявлено

10. ЭКГ от 25.12.15 г.

Ритм синусовый, ЧСС = 63 в 1 минуту. Полувертикальное расположение ЭОС, относительное ускорение АВ-проводимости (PQ=0,14 сек).

. Обзорная рентгенограмма грудной клетки от 31.12.14 г.

Изображение неполное (синусы срезаны, диафрагма срезана). Положение больного правильное. Снимок контрастный, четкий, жесткий, изменений в костном скелете нет. В S2 правого легкого затемнение средней интенсивности, треугольной формы, с четкими контурами. Корни легкого смещены вверх, обычной ширины, структурны. Наружный контур корней легких вогнутый, нечеткий, прослеживаются просветы стволовых бронхов с четкими контурами.

Легочный рисунок усилен. Положение средостения правильное, талия сердца сглажена.

Заключение: синдром сегментарного затемнения, синдром изменения легочного рисунка.

12. Фибробронхоскопия от 16.01.15 г.

Заключение: Диффузный эндобронхит I ст.

. Исследование функции внешнего дыхания

Заключение: дыхательной недостаточности нет (ДН 0)

. Проведение пробного лечения неспецифическими антибактериальными препаратами.

Больной в течение 7 дней (с 24.12.15г. по 30.12.15г.) получал инъекции цефтриаксона (по 1,0 г 2 раза в день), но рентгенологическая картина на обзорной рентгенограмме грудной клетки от 31.12.15 г. осталась без изменений.

туберкулез легкое болезнь

X. Дифференциальный диагноз основного заболевания

Ведущим у данного больного является рентгенологический синдром сегментарного затемнения.

. Неспецифическая пневмония, в отличие от туберкулезного процесса, имеет острое начало, более выраженную клиническую картину, больной теряет трудоспособность. Кроме того, неспецифическая терапия при туберкулезеном воспалении оказывается неэффективной, и изменений при рентгенологическом исследовании не наблюдается.

. Эозинофильный легочный инфильтрат, как и туберкулез легких, не реагирует на неспецифическую антибактериальную терапию, а также имеет мигрирующий характер (туберкулез не меняет локализацию бесследно и так же быстро).

. Рак легкого наиболее вероятен в старшем возрасте, когда имеется соответствующий анамнез (профессиональный, наличие рецидивидующих бронхитов, пневмоний, связанный с вредными привычками). Начало заболеваниея схоже с туберкулезным процессом: постепенное нарастание слабости, редкий кашель, нарастающая боль в груди. Рентгенологически при раке легкого на первый план выступает гипервентиляция и ателектаз доли или сегмента. Тени опухоли имеют полициклические контуры, увеличиваются регионарные и внутригрудные лимфатические узлы.

. Клинический диагноз основного заболевания и его обоснование. Сопутствующие заболевания

Основной диагноз: «Инфильтративный туберкулез S2 правого легкого, фаза инфильтрации. IA группа (МБТ -)».

Сопутствующие заболевания: Бронхиальная астма, легкое интермитирующее течение, ремиссия.

Обоснование основного диагноза. Инфильтративный туберкулез легких S2 правого легкого поставлен на основании:

· клинической картины заболевания (беспокоил редкий кашель с отхождением небольшого количества прозрачной мокроты без запаха, что свидетельствует о поражении бронхолегочной системы, а также сонливость, потливость, постоянная невыраженная слабость, бледность, которые являются составляющими интоксикационного синдрома. Кроме того при объективном обследовании пациента не выявлено признаков протекания процессов в легочной ткани);

· данных лабораторных методов обследования (моноцитоз и эозинофилия в ОАК, положительная туберкулиновая проба);

· данных инструментальных методов исследования (синдром сегментарного затемнения в S2 правого легкого, синдром изменения легочного рисунка на обзорной рентгенограмме грудной клетки, диффузный бронхит при эндоскопическом обследовании и полное отсутствие реакции ВГЛУ по результатам рентгенологического исследования говорит о вторичном периоде туберкулезного процесса).

Фаза инфильтрации поставлена, т.к. между обзорной рентгенограммой грудной клетки от 31.12.14 г. и флюорографическим снимком от 19.11.14г. нет абсолютно никакой динамики, а так же нет рентгенологических данных за другие фазы процесса.А группа (МБТ - ) поставлены потому, что пациент относится к категории впервые выявленных больных туберкулезом без бектериовыделения (при исследовании мокроты на МБТ КУМ не обнаружены).

Обоснование сопутствующего диагноза. Диагноз «бронхиальная астма, легкое интермитирующее течение» поставлен на основании данных анамнеза и предыдущих обследований больного в течение жизни. Стадия ремиссии выставлена потому, что нет объективных клинических данных за обострение процесса.

XII. Лечение

1. Необходимо соблюдать гигиенический режим дня: рекомендуется четкое рациональное распределение труда и отдыха, здоровый сон по 7-8 часов в сутки, утренняя гимнастика, прогулки на свежем воздухе.

2. Рекомендуется питание с повышенным содержанием животного белка, достаточное количество овощей и фруктов в рационе, повышенный калораж пищи.

. Этиотропная терапия - III режим химиотерапии (для больных с впервыевыявленными малыми формами туберкулеза легких при отсутствии бактериовыделения).

Интенсивная фаза терапии продолжается в течение 60 дней.

Rp. Isoniazidi 0,3.t.d. numero 60

in tabulettis. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день.

#. Rifampicini 0,15.t.d. numero 240

in tabulettis. Внутрь по 4 таблетки 1 раз в день.

#. Pyrazinamidi 0,5.t.d. numero 180

in tabulettis. Внутрь по 3 таблетки 1 раз в день.

#. Etambutoli 0,2.t.d. numero 180

in tabulettis. Внутрь по 3 таблетки 1 раз в день.

После окончания интенсивной фазы терапии рекомендуется перейти к фазе продолжения терапии, но при условии, что будет выраженная положительная клинико-рентгенологическая динамика заболевания. В этом случае необходимо назначить на 4 месяца химиотерапию изониазидом и рифампицином или изониазидом и этамбутолом на 6 месяцев.

4. Патогенетическая и симптоматическая терапия.

Rp. Prednisoloni 0,005.t.d. numero 65

in tabulettis. Внутрь по 3 таблетки 1 раз в день.

Для улучшения общего состояния организма рекомендуется прием поливитаминных комплексов (Витрум, Компливит и т.д.)

Необходима консультация физиотерапевта по поводу назначения адекватного физиолечения для улучшения репаративных процессов.

Коллапсотерапия - создание искусственного пневмоторакса. Показание: деструктивный туберкулез при наличии эластичной свежей каверны без значительного фиброзного уплотнения, легочное кровотечение.

Хирургическое лечение наиболее часто применяют при туберкулемах, поликавернозных или цирротических поражениях одного легкого, одиночных кавернах.

У данного пациента нет показаний ни к коллапсотерапии, ни к хирургическому лечению.

. Дневник наблюдения

.02.15 г. Жалоб нет, самочувствие хорошее.

Ттела - 36,8 С Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые

Пульс 86 уд.в мин. слизистые умеренной влажности, бледные, чистые.

АД-100/60 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца

ЧСС-86 в мин. ясные, звучные, ритм правильный. Живот мягкий,

ЧДД-16 в мин. безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Стул оформленный, самостоятельный, 1 раз в сутки. Диурез достаточный. Отеков нет.

К настоящему моменту получил 30 доз интенсивной фазы терапии. Переносит лечение удовлетворительно.

Назначить ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин общий).

3.02.15 г. Жалобы на легкую слабость, самочувствие хорошее.

Ттела - 36,7 С Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые

Пульс 80 уд.в мин. слизистые умеренной влажности, бледные, чистые.

АД-120/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца

ЧСС-80 в мин. ясные, звучные, ритм правильный. Живот мягкий,

ЧДД-16 в мин. безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Стул оформленный, самостоятельный, 1 раз в сутки. Диурез достаточный. Отеков нет. Лечение переносит удовлетворительно. Рекомендуется продолжать лечение.

Сдал ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови.

4.02.15 г. Жалобы на плохой сон.

Ттела - 36,7 С Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые

Пульс 80 уд.в мин. слизистые умеренной влажности, бледные, чистые.

АД-120/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца

ЧСС-80 в мин. ясные, звучные, ритм правильный. Живот мягкий,

ЧДД-16 в мин. безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Стул оформленный, самостоятельный, 1 раз в сутки. Диурез достаточный. Отеков нет.

Анализы в работе. Рекомендуется лечение продолжать.

XIV. Эпикриз

ФИО, 23 года (13.02.1991 г.р.) поступил в стационар диагностического отделения ОПТД г. Иваново 24.12.14 г. с жалобами на редкий кашель с отхождением небольшого количества прозрачной мокроты без запаха, отмечал незначительную, но постоянную слабость; температуру тела не измерял.

Со слов больного, легкая слабость впервые появилась весной 2014 года (точно сказать не может, ориентировочно в конце марта), сопровождалась повышением температуры до субфебрильных цифр (37,2-37,4 С), потливостью, сонливостью.

Впервые изменения в легких выявлены 19.09.14 г., когда обратился к участковому терапевту с жалобой на боль в правой поясничной области, был направлен на плановое флюорографическое обследование - выявлено инфильтративное образование в S2 правого легкого. Участковым терапевтом была назначена неспецифическая антибиотикотерапия (название препаратов не помнит, принимал в течение двух дней таблетки, потом «забыл»), но на контрольное обследование больной не явился, поэтому данных о результатах лечения нет.

.11.14 г. вызван на обследование в ОПТД, выполнена туберкулиновая проба, результат - 18 мм. 4.12.14г. было выполнено контрольное томографическое обследование органов грудной клетки, по результатам которого выявлено сохранение инфильтрации очаговой структуры в S2 правого легкого. Госпитализирован для обследования.

Проведено обследование: ОАК (моноцитоз, эозинофилия), ОАМ (оксалатурия), биохимический анализ крови (без особенностей), обзорная рентгенограмма грудной клетки (синдром сегментарного затемнения, синдром изменения легочного рисунка), общий анализ мокроты (без особенностей), исследование мокроты люминесцентным методом на МБТ (КУМ не обнаружены), посев мокроты на МБТ (в работе), эндоскопическая фибробронхоскопия (диффузный бронхит Iст.), ЭКГ (незначительное ускорение АВ-проводимости), исследование функции внешнего дыхания (ДН 0), анализ крови на ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, сифилис (отрицательные).

Проведена неспецифическая антибиотикотерапия (цефтриаксон 1,0 х2 раза х 7 дней) без эффекта.

Учитывая проведенное обследование и клиническую картину заболевания, а также данные анамнеза, поставлен диагноз «Инфильтративный туберкулез S2 правого легкого, фаза инфильтрации, IA группа (МБТ). Бронхиальная астма, легкое интермитирующее течение, ремиссия».

Проводится интенсивная фаза III схемы химиотерапии с 29.12.14 г.: изониазид 0,3 - 1таб. \* 1 раз/день, рифампицин 0,15 - 4 таб. \* 1 раз/день, пиразинамид 0,5 - 3 таб. \* 1 раз/день, этамбутол 0,2 - 3 таб. \* 1 раз/день. К 30.01.15 г. получено 30 доз ИФХ. Лечение переносит удовлетворительно. Планируется в течение еще 1 месяца продолжать интенсивную фазу терапии, затем после повторного рентгенологического обследования и при условии положительной динамики перейти к фазе продолжения терапии (в этом случае необходимо назначить на 4 месяца химиотерапию изониазидом и рифампицином или изониазидом и этамбутолом на 6 месяцев).

На всем протяжении лечения больной остается нетрудоспособным. Трудовой прогноз благоприятный.

При эффективном лечении и соблюдении всех принципов противотуберкулезной терапии больной переводится в III группу больных (излеченные) с обязательным комплексным обследованием не реже 1 раза в 6 месяцев сроком на 3 года. Затем при клиническом благополучии - снятие с учета и перевод под наблюдение поликлинической общей лечебной сети по месту жительства с последующим проведение медицинских осмотров 2 раза в год в течение 3 лет после снятия с учета.

Список используемой литературы

1. Перельман М.И., Богадельникова И.В. «Фтизиатрия», учебник. «ГЭОТАР-Медиа», 2009.

. Король О.И., Пак Ф.П. «Фтизиатрия», «ПИТЕР», 2011.

. Перельман М.И. «Фтизиатрия», Национальное руководство. «ГЭОТАР-Медиа», 2007.

. Петренко В.И. «Фтизиатрия», учебник. «Медицина», 2008.