ФГАОУ ВПО "Северо-восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова"

Мединститут, кафедра хирургических болезней и стоматологии.

Факультет последипломного обучения врачей.

Реферат

Тема: "Туберкулез и ЛОР-органы"

Выполнила: Васильева Л.Д.

Проверила: Лебедева Н.А.

г. Якутск. 2014 год.

***Содержание***

Введение

1.1 Характеристика кабинета

1.2 Лечебная и консультативная работа

1.3Амбулаторная и консультативная работа

2.1 Туберкулез и ЛОР органы

2.3 Опыт клинического наблюдения туберкулеза гортани

2.4 Применение способа лечения деструктивного туберкулеза легких с сопутствующим неспецифическим эндобронхитом путем интратрахеального введения новых препаратов

3.1 Научно-исследовательская работа

Заключение

Список литературы

# ***Введение***

Целью исследования является повышение эффективности этиотропной противотуберкулезной терапии деструктивного туберкулеза легких. Нами предлагается интратрахеальное введение синтетического иммуномодулятора бестим. Лекарство введенное интратрахеально, быстро всасываясь, попадает, прежде всего, в лимфатическую систему легких, затем в малый круг кровобращения и только после этого в большой круг.

Основным направлением работы является оказание скорой и неотложной, лечебно-диагностической, профилактической помощи контингенту пациентов клинических отделений ГБУ РС (Якутия) научно-практического центра "Фтизиатрия".

Клиника центра развернута на 475 коек и состоит из следующих структурных подразделений:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Лечебные отделения  | мощность койки |
|  1.  | Терапевтический профиль |  |
|  1.1 | Отделение терапии туберкулеза №1 | 60 |
| 1.2 | Отделение терапии туберкулеза №2 | 60 |
| 1.3 | Отделение терапии туберкулеза №3 (Первичные МЛУ)  | 60 |
| 1.4 | Отделение терапии туберкулеза №4 (Хронические МЛУ)  | 80 |
| 2.  | Хирургический профиль |  |
| 2.1 | Отделение хирургической терапии  | 60 |
| 2.2 | Отделение костно-суставного и урогенитального туберкулеза | 50  |
| 2.3 | Дневной стационар | 25 |

ЛОР кабинет входит в состав лечебно-диагностического отделения:

туберкулез препарат гортань легкое

ЛОР кабинет, кабинет функциональной диагностики, физиотерапевтический, эндоскопический, стоматологический, психо-неврологический, лучевой диагностики (КТ и рентген диагностики).

# ***1.1 Характеристика кабинета***

Площадь: 36 кв. м.;

Освещение: лампа дневного освещения;

Покрытие стены и потолков: краска;

Оснащенность: аудиометр ЛС-40;

Кресло оториноларингологическое - оборудованное электромеханическим устройством.

Инструментарий для приема больных:

Бактерицидные лампы 2 шт.

Автономный очиститель воздуха "Тиона".

Штаты: 1 врач, 1 медсестра.

# ***.2 Лечебная и консультативная работа***

Объем моей производственной деятельности связан с проведением обследования, диагностики, лечения, реабилитации, динамического наблюдения пациентов с заболеваниями ЛОР органов, больных туберкулезом во всех клинических отделениях, куда направляются больные со всей республики, в основном с распространенными формами туберкулеза легких и внелегочных форм со множественными деструктивными процессами, массивным бактериовыделением, лекарственной, осложненными неспецифическими заболеваниями ЛОР органов и туберкулезом ЛОР органов.

Непосредственно выполняемые мной виды лечебно-диагностической деятельности:

Консультативная помощь пациентам с заболеваниями ЛОР органов;

Диагностика заболеваний ЛОР органов;

Комплексное лечение ЛОР органов сочетанных с туберкулезным процессом, больных туберкулезом верхних дыхательных путей нуждающихся в систематическом наблюдении специальном лечении;

Осмотр больных в порядке профилактического обследования (БАЦИЛЛОВЫДЕЛИТЕЛИ)

Специфическая особенность деятельности обусловливает проведение большого количества исследований в кабинете (промывные воды, мазки) для выявления активности туберкулезного процесса. А также большое количество интраларингиальных методов лечения или так называемых интратрахиальных вливаний препаратов (ИТВ).

# ***1.3Амбулаторная и консультативная работа***

Амбулаторная и консультативная работа осуществляется в ЛОР кабинете и в палатах отделений центра.

Нозологические формы патологии ЛОР органов по результатам амбулаторного приема (2009-2013 гг.).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| шифр | Нозология | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Всего |
|  (по МКБ-10)  | Болезни органов дыхания из них:  | Абс. % 240 50%  | Абс. % 166 64,5% | Абс. % 181 49,3% | Абс. % 237 54,9% | Абс. % 220 52,7% | 1044 |
|  общего J00-J01.1 | Болезни носа | 110 22,6% | 109 42,9% | 90 24,5% | 141 32,7% | 158 37,8% | 608 |
| J02-J37 | Болезни глотки, гортани: из них | 130 26,7% | 57 22% | 91 24,7% | 96 22,2% | 62 14,8% | 436 |
| A15 | Туберкулез гортани | 6 | 5 | 10 | 13 | 8 | 42 (2,1%)  |
| A15 | Туберкулез уха |  |  | 2 | 2 |  | 4 |
| H60-H83 | Болезни уха | 179 36% | 52 20,4% | 99 26,9% | 19 46,6% | 162 38,8% | 621 |
| B-95-K12 | Прочие | 67 13,7%  | 36 14,1% | 87 23,7% | 35 8,1% | 35 8,3% | 260 |
|  | Всего | 486 | 254 | 367 | 431 | 417 | 1955 |

Как видно из данного материла, заболевания верхних дыхательных путей составляют во все года от 50 до 64 % процентов от общего числа; заболевания уха составили от 20,4 до 40,6 %. Мы также видим в числе заболеваний органов дыхания увеличение частоты случаев туберкулеза гортани от 6 до 13 случаев.

# ***2.1 Туберкулез и ЛОР органы***

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Республике Саха (Якутия) остается напряженной как и в целом по России. И в настоящее время является важнейшей социальной и медицинской проблемой. Регистрируемая территориальная заболеваемость туберкулезом с 2004 по 2011гг. снизилась 9,2% - с 91,9 до 83,4 на 100 тыс. населения. В 2011г. по сравнению с предыдущим годом данный показатель увеличился на 4,1 % (в 2010г. - 80,1 на 100 тыс. нас.) и на 12,5 превысил российский показатель (73,0 на 100 тыс. нас.), но в 1,5 раза ниже показателя ДФО (128,6 на 100 тыс. нас.).

Несмотря на значительный успех в диагностике и лечении, туберкулез остается наиболее распространенным инфекционным заболеванием. При этом все более широкое распространение получает туберкулез, вызываемый штаммами микобактерий (МБТ), устойчивыми к действию противотуберкулезных препаратов (ПТП).

Общая туберкулезная интоксикация неблагоприятно влияет на весь организм, в том, числе на на ЛОР органы. Рано реагирует нервная система, и в первую очередь волокна блуждающего нерва. В результате в слизистой оболочке верхних дыхательных путей развиваются дистрофические процессы и нарушается функция гортанных мышц. В гортани под влиянием раздражающего действия кашля и инфицирования мокротой развивается латентный воспалительный процесс, выявляемый при гистологическом исследовании, а также макроскопически.

При тяжелых формах туберкулеза в результате дегенеративных изменений в улитке и слуховых нервов у четверти больных ухудшается слух. Помимо этого, у больных туберкулезом нередко как следствие лечения ототоксическими препаратами, выявляется "неврит слухавого нерва. Различные заболевания ЛОР органов у больных туберкулезом диагностируются значительно чаще, Они имеют склонность к вялому, длительному, малосимптомному течению и включают аллергический комплекс.

# ***.3 Опыт клинического наблюдения туберкулеза гортани***

**ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ.**

Туберкулез гортани почти всегда является вторичным и возникает как осложнение активного туберкулеза легких ее поражение происходит в результате гематогенного обсеменения или спутагенно, при попадании на поверхность слизистой оболочки инфицированной мокроты, выделяющейся з легких.

Основной источник заражения - больной туберкулезом, выделяющий микобактерии во внешнюю среду, а также крупный рогатый скот, больной туберкулёзом. Основными путями заражении считают воздушно-капельный, воздушно-пылевой, реже - алиментарный, гематогенный, лимфогенный и контактный.

Высок риск развития туберкулеза у:

лиц без определенного места жительства (бомжи, беженцы, иммигранты);

лиц, освободившихся из мест лишении свободой;

пациентов наркологических и психиатрических учреждений;

лиц профессий, связанных с непосредственным тесным общением с людьми;

пациентов с различными сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ВИЧ-инфицированные или больные СПИДом);

лиц, получавших лучевое лечение, длительное лечение глюкокортикоидами, перенёсших экссудативный плеврит; женщин в послеродовом периоде;

пациентов с отягощенной наследственностью: в частности: при наличии человеческого лейкоцитарного антигена риск развития туберкулёза возрастает в 1,5-3,5 раза.

Пик заболеваемости попадает на возраст 25-35 лет с достаточно высокой заболеваемостью в интервале 18-55 лет. Соотношение мужчин и женщин среди больных туберкулёзом гортани составляет 2,5/1.

Скрининг

Для скрининга заболевания используют туберкулинодиагностику (массовую и индивидуальную) - диагностический тест для определения специфической сенсибилизации организма к микобактериям туберкулёза.

Флюорографию для населения необходимо проводить не реже 1 раза в 2 года.

Эндоскопическое исследование ЛОР-органов с обязательной микроларингоскопией нужно проводить всем больным с туберкулёзом, в особенности страдающим открытыми бациллярными формами лёгочного туберкулёза.

Классификация туберкулёза гортани.

В соответствии с локализацией и распространённостью процесса в гортани:

монохордит;

бихордит;

поражение вестибулярных складок:

поражение надгортанника;

поражение межчерпаловидного пространства;

поражение гортанных желудочков;

поражение черпаловидных хрящей;

поражение подголосового пространства.

В соответствии с фазой туберкулёзного процесса:

инфильтрацию;

изъязвление;

распад;

уплотнение;

рубцевание.

По наличию бактериовыделения:

с выделением микобактерий туберкулёза (МБТ+);

без выделении микобактерий туберкулеза (MБT-).

Причины туберкулёза гортани

Возбудителями туберкулёза гортани считают кислотоустойчивых микобактерий, открытых Р. Кохом в 1882 г. Существует несколько типов микобактерий туберкулёза (человеческий вид, промежуточный и бычий). Возбудителями туберкулёза у человека чаще всего (80-85% случаев) являются микобактерии туберкулёза человеческого типа. Микобактерии промежуточного и бычьего типа вызывают туберкулёз у человека соответственно в 10 и 15% случаен.

Источники заражения.

Главным из них является больной человек, причем все его выделения могут служить источником заражения. Наибольшее значение имеет мокрота больного туберкулезом легких и верхних дыхательных путей, высохшая в пыль и распространяющаяся в атмосфере (теория Коха - Корнета). Главным источником заражения является воздушно-капельная инфекция, распространяющаяся при кашле, разговоре чиханье. Источником заражения может быть рогатый скот: инфекция передается через молоко больных туберкулезом животных.

Входными воротами инфекции у человека могут быть кожа, слизистая оболочка и эпителий альвеол легких. Местом вхождения МБТ может быть лимфоаденоидная ткань глотки, конъюнктива глаз, слизистая оболочка половых органов. Туберкулезная инфекция распространяется лимфогенным и гематогенным путем, а также per continuitatem.

Лекарственная устойчивость МБТ обусловлена широким применением химиотерапевтических препаратов. Уже в 1961 г 60% штаммов МБТ были устойчивы к стрептомицину, 66% - к фтивазиду, 32% - к ПАСК. Возникновение устойчивых форм МБТ обусловлено более или менее продолжительным воздействием на них суббактериостатических доз препарата. В настоящее время устойчивость МБТ к соответствующим специфическим препаратам существенно снижается благодаря комбинированному применению их с синтетическими противотуберкулезными лекарственными средствами, иммуномодуляторами, витаминотерапией и рационально подобранными пищевыми добавками.

Патогенез сложен и зависит от многообразия условий, в которых происходит взаимодействие возбудителя и организма. Инфицирование далеко не всегда вызывает развитие туберкулезного процесса. В патогенезе туберкулеза придавал большое значение общей сопротивляемости организма. Это положение привлекло внимание фтизиатров к изучению реактивности организма, аллергии и иммунитета, что углубило познания в учении о туберкулезе и позволило утверждать, что, казалось бы, ранее смертельное заболевание туберкулез - излечим. Ведущую роль в возникновении туберкулеза играют неблагоприятные условия жизни и также снижение сопротивляемости организма. Имеются данные о наследственной предрасположенности к заболеванию. В развитии туберкулеза выделяют первичный и вторичный периоды. Для первичного туберкулеза характерна высокая чувствительность тканей к МБТ и их токсинам. В этот период в месте внедрения инфекции может возникнуть первичный очаг (первичный аффект), в ответ на который в связи с сенсибилизацией организма развивается специфический процесс по ходу лимфатических сосудов и в лимфатических узлах с образованием первичного комплекса, чаще в легких и внутригрудных лимфатических узлах. В процессе формирования очагов первичного туберкулеза наблюдается бактериемия, что может приводить к лимфогенной и гематогенной диссеминации с образованием туберкулезных очагов в различных органах - легких, верхних дыхательных путях, костях, почках и др. Бактериемия приводит к возрастанию иммунной активности организма.

Иммунитет при туберкулезе по современным представлениям зависит от наличия в организме живых МБТ, а также от функций иммунокомпетентных клеток; клеточный иммунитет выступает ведущим звеном в формировании сопротивляемости к туберкулезной инфекции.

Лечение.

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА. Туберкулез-общее заболевание организма. Современные принципы лечения туберкулеза - комплексность и непрерывность, длительность и этапность, контролируемый прием препаратов, дифференцированное их применение у разных категорий больных и своевременный клинико-лабораторный контроль эффективности химиотерапии. (Соколова Г. Современный режим химиотерапии туберкулеза // Врач. - 2001. - №1. - С.15-19. В настоящее время используются более 20 противотуберкулезных препаратов (и постоянно появляются новые): это по алфавиту) амикацин, изониазид, канамицин, капреомицин, максаквин, микобутин, офлоксацин, пртионамид, рифомицин (и новые аналоги рифобутин и др.) стрептомицин и др. В данном перечне имеются как химиотерапевтические средства, так и антибиотики. Группы стрептомицина, аминогликозидов, макролиды. Лечение туберкулёза гортани.

Лечение подбирают индивидуально, с учётом чувствительности микобактерий туберкулёза к химиопрепаратам. Лечение проводят в специализированных противотуберкулёзных учреждениях.

При изолированном туберкулезе верхних дыхательных путей и уха, а также при волчанке медикаментозное лечение целесообразно продлить еще на месяц после достижения клинического излечения процесса. В дальнейшем показаны противорецидивные курсы лечения двумя препаратами, проводимые " раза в год весной и осенью на протяжении 1 месяца в течение 3 лет, во время которых продолжается диспансерное наблюдение за больными. "Пробное пртивотуберкулезное лечение " применяется с диагностической целью на протяж ении 3-4 недель. Получение положительных результатов говорит в пользу туберкулезной этиологии. Для такой " пробной терапии показано назначение препаратов, которые влияют только на МБТ и не способны угнетать неспецифическую микрофлору (ЧумаковФ.И. Дерюгина О.В., 2004г). рекомендуют употреблять изониазид, пиразинамид, этамбутол, протоамид. Оптимальным считают комбинацию изониазида и этабутола.

Противотуберкулезные лекарственные средства могут быть применены местно при язвенных поражениях полости рта и верхних дыхательных путей, хотя это и необязательно. Используются ингаляции и примочки. Для аэрозольтерапии по поводу туберкулеза верхних дыхательных путей диаметр капелек распыляемого раствора не должен быть меньше 5-6 мкм. Назначаются 5% раствор изониазида в изотоническом растворе в изотоническом растворе хлорида натрия по 2 мл.2-3 раза в день; стрептомицин (канамицин и другие аминогликозиды) 0.5 в 5 мл. изотонического раствора однократно или по 2.5-3 мл. тех же растворов 2 раза в день. При поражении губ, стенок полости рта, языка целесообразнее примочки из перечисленных препаратов. Они производятся 2-3 раза в день на протяжении 10-15-20 мин. Если поражены нос или ухо, туда можно вводить пропитанные лекарствами турунды, а в качестве ушных капель использовать раствор изониазида (аминозиды вводить в полость среднего уха не рекомендуется).

При сильных болях можно пользоваться ингаляциями 10% раствора лидокаина, перед приемом пищи. В прошлом для снятия болей практиковали внутривенные вливания 0.5% раствора новокаина по 10-15-20 мл ежедневно.

Из немедикаментозных воздействий сохранил определенное значение вибрационный массаж шеи в области гортани при продуктивных медленно рассасывающихся инфильтратах гортани. В настоящее время при резидуальных посттуберкулезных изменениях, сопровождающихся нарушением подвижности голосовых складок, и несмыканием во время фонации, порезами гортанных мышц, застойной отечностью.

Высокоэффективными препаратами считают изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол и стрептомицин. Обычно назначают не менее 3 препаратов с учётом чувствительности к ним микобактерий. Например, изониазид, рифампицин, этамбутол в течение длительного времени (до 6 мес). Системную терапию сочетают с ингаляциями противотуберкулёзных препаратов (10% раствор изониазида).

Местно проводят аппликации мазевых препаратов с анестетиком на язвенные поверхности, прижигание инфильтратов и язв 30-40% раствором нитрата серебра, делают новокаиновую блокаду верхнего гортанного нерва или внутрикожную новокаиновую блокаду по А.Н. Вознесенскому, вагосимпатическую блокаду по A. B. Вишневскому.

Лечение больных, страдающих туберкулезом гортани, проводится в специализированных фтизиатрических клиниках, в штате которых имеется оториноларинголог, специализирующийся в области туберкулезных поражений ЛОР-органов. В его задачу входит первичный и систематический ЛОР-осмотр всех поступающих и находящихся на лечении больных и участие в лечебном процессе. Основная цель "оториноларингологического" лечения заключается в излечении больного от заболевания гортани (равно как и других ЛОР-органов) и предотвращении суперинфекции (перихондрита, флегмоны, "злокачественного" рубцового процесса), а также в принятии экстренных мер при асфиксии при остром стенозе гортани (трахеотомия).

Лечение подразделяется на общее, направленное на купирование терапевтическими средствами первичного очага туберкулезной инфекции, или его ликвидацию экстирпацией пораженной части легочной ткани, и местное, при помощи которого стараются уменьшить или даже предотвратить деструктивные изменения гортани и их последствия. Что касается хронических Рубцовых стенозов, то в зависимости от их степени также применяется хирургическое лечения методами ларингопластики.

При лечении больных с туберкулезом гортани применяют те же медикаментозные средства, что и при туберкулезе легких (антибиотикотерания), однако следует учитывать, что применяемые при туберкулезе антибиотики оказывают лишь бактериостатическое, а не бактерицидное действие, поэтому при неблагоприятных условиях (иммунодефицитное состояние, плохие гигиенические и климатические условия, алиментарная недостаточность, авитаминоз, бытовые вредности и др.) туберкулезная инфекция может рецидивировать. Поэтому в комплекс лечебных средств в обязательном порядке должны входить гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на закрепление достигнутого терапевтического эффекта и предотвращение рецидива заболевания. К антибиотикам, применяемым при лечении больных с туберкулезом гортани, относятся приводимые выше Стрептомицин, канамицин, Рифабутин, Рифамицин, Рифампицин, Циклосерин. Из препаратов других классов применяют витамины и витаминоподобные средства (Ретинол, Эргокальциферол и др.), глюкокортикоиды (Гидрокортизон, Дексаметазон, Метилпреднизолон), синтетические антибактериальные средства (аминосалициловая кислота, Изониазид, Метазид, Опинизиазид, Фтивазид и др.), иммуномодуляторы (Глутоксим), макро - и микроэлементы (кальция хлорид, Пентавит), секретолитики и стимуляторы моторной функции дыхательных путей (Ацетилцистеин, Бромгексин), стимуляторы гемопоэза (Бутилол, Гидроксокоболамин, Глутоксим, железа глюконат и лактат и другие железосодержащие препараты, Лейкоген, Ленограстим, Метилурацил и другие стимуляторы "белой" крови). При использовании антибиотиков хорошие результаты дает комбинация стрептомицина с фтивазидом, особенно при милиарной и инфильтративно-язвенной формах туберкулеза. Следует иметь в виду, что целый ряд антибиотиков, применяемых при лечении больных, страдающих туберкулезом, обладают ототоксическим действием (Стрептомицин, Канамицин и др.). Их пагубное влияние на возникает не часто, но, возникнув, может привести к полной глухоте. Обычно ототоксическое действие начинается с шума в ушах, поэтому при первом же появлении этого симптома следует прервать лечение антибиотиком и направить больного к ЛОР-специалисту. В таких случаях назначают витамины группы В, препараты, улучшающие микроциркуляцию, проводят 3-4 сеанса плазмафереза н дегидратационную терапию, внутривенно вводят реополиглюкин, реоглюман и другие детоксикационные средства.

Местное лечение носит симптоматический характер (аэрозоли с анестетиками, муколитические средства, вливания в гортань ментолового масла). В ряде случаев при значительных пролиферативных процессах возможно применение внутригортанных микрохирургических оперативных вмешательств с применением гальванокаустики, диатерморкоагуляции, метода лазерной микрохирургии.

Дальнейшее ведение

Больным с туберкулёзом гортани необходимо диспансерное наблюдение. Примерные сроки нетрудоспособности при туберкулёзе гортани: от 10 мес и более но заключению ВТЭК (когда есть тенденция к излечению), либо оформление инвалидности пациентам голосо-речевых профессий.

Прогноз зависит от длительности заболевания, степени выраженности туберкулёзного процесса, сопутствующей патологии внутренних органов и вредных привычек.

Прогноз при туберкулезе гортани зависит от множества факторов: от выраженности патологического процесса, его формы и стадии, своевременности и полноты лечения, общего состояния организма и, наконец, от тех же факторов, относящихся к туберкулезному процессу в легких. В общем, в современных "цивилизованных" условиях медицинского обслуживания прогноз в отношении состояния как гортани, так и других очагов туберкулезной благоприятным в отношении функций гортани (дыхательной и голосообразовательной) и общего состояния больного (потеря трудоспособности, инфекции благоприятен. Однако в запущенных случаях он может оказаться неблагоприятным, инвалидизация, кахексия, смерть).

Профилактика туберкулёза гортани сводится к профилактике туберкулёза лёгких. Принято различать медицинскую и социальную профилактику.

Специфическую профилактику туберкулёза проводят сухой противотуберкулёзной вакциной для внутрикожного введения (БЦЖ) и вакциной сухой противотуберкулёзной для щадящей первичной иммунизации (БЦЖ-М). Первичную вакцинацию осуществляют на 3-7-Й день жизни ребёнка. Ревакцинации подлежат дети в возрасте 7-14 лет, имеющие отрицательную реакцию на пробу Манту.

Следующим важным моментом профилактики считают диспансеризацию больных туберкулёзом, а также внедрение новых методов диагностики и лечения.

Нами сделан анализ частоты и характера клинических признаков туберкулеза гортани у легочным туберкулезом. Нами проанализированы данные 61 - го больного, находившихся под наблюдением ЛОР врача в клинических отделениях научно-практического центра "Фтизиатрия" за период с 1993 по 2013 гг.

Характеристика клинических данных. Период с 1993 по 2013гг.

· Возраст с 24 до 60 лет.

· Пол:

Мужчин - 49

Женщин - 16

Формы туберкулеза легких:

· Очаговый -

· Инфильтративный - 11;

· Диссеминированный - 34;

· Фиброзно-кавернозный - 11;

· Казеозная пневмония - 2;

· Наличие МБТ в мокроте - 6;

· Множественная лекарственная устойчивость - 28;

· Первое клиническое наблюдение - 10;

· Сочетание туберкулеза гортани с другой патологией верхних дыхательных путей - 5.

Большинству из них был установлен ошибочный диагноз: острый ларингит, раковая опухоль. Установление правильного диагноза было затруднено запоздалым выявлением поражения легких. В 10 случаях клинические признаки заболевания были первым проявлением наличия туберкулеза. В этих случаях поражение гортани и легких манифестировались одновременно. Таким образом, большинство больных туберкулезом гортани обращались к врачу отоларингологу по поводу осиплости и болей в горле, не подозревая о туберкулезе. У всех наблюдаемых больных с диссеминированным процессом установлен инфильтративный туберкулез гортани с преобладанием экссудативного воспаления слизистой гортани. Больные предъявляли разнообразные жалобы в зависимости от от локализации и распространенности воспаления. Выраженный болевой синдром при поражении надгортанника и задних отделов гортани, у всех отмечалась дисфония различной степени. У большинства больных отмечалась резко выраженная дисфагия первой-третьей степени. Ларингологическая картина имела у части больных имела характер одно - двух стороннего поражения. Голосовые складки были в виде отечных валиков с блестящей стекловидной поверхностью, бледные по цвету, иногда цианичным оттенком, частично или полностью прикрывающие истинные голосовые связки, нередко выглядели тускло, часто с рыхлыми инъецированными сосудами. У части больных гистологически при биопсии обнаружено под плоским эпителием с лейкоплакией в подлежащей ткани гранулематозные воспаления с многоядерными гигантскими клетками Пирогова-Лангганса. Дополнительно клиническим данным в неясных случаях в диагностических случаях назначалась пробное противотуберкулезное лечение. Результаты лечения лечения удалось проследить у большинства больных. Умерло 7 пациентов. 4 пациента с сочетанной раковой опухолью, 3 пациента с тяжелыми и казеозными процессами, широкой лекарственной устойчивостью после выписки из ИК. У остальных отмечена положительная динамика, в том числе клиническое излечение у большинства больных. 3 человека продолжают лечение.

Клиническое наблюдение. Больной Ч. 60 лет. 18.06.2001г. обратился в клинику. Состояние ухудшилось. Флюорография не проводилась. 28.06.2001г. в связи с резким ухудшением состояния направлен в ЛОР отделение. Произведена трахеостомия. Консультирован фтизиатром и переведен в клинику №2 ЯНИИТ. Общее состояние тяжелое. Жалобы на осиплость голоса, затрудненное глотание. Status localis: Надгортанник правильной формы, сосуды инъецированы, голосовые сладки отечны слева в виде валика с блестящей стекловидной поверхностью, прикрывающей истинные голосовые связки. Истинные голосовые связки тусклой окраски, смыкание неполное, фонация нарушена. Рентгенография легких: разрушение верхней доли легкого. В среднем отделе левого легкого по всем легочным полям мелкоочаговая диссеминация, местами, сливающиеся участки инфильтрации. Диагноз: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе инфильтрации и двухстороннего обсеменения, БК+ ЛСН I и II степени. Туберкулез гортани в фазе инфильтрации. Дисфагия II. Дисфония II.

Проведен курс химиотерапии стрептомицином, изониазидом, рифадином, флоримицином, в сочетании с аэрозольными ингаляциями эмульсии гидрокартизона. В результате клиническое излечение туберкулеза дыхательных путей.

# ***2.4 Применение способа лечения деструктивного туберкулеза легких с сопутствующим неспецифическим эндобронхитом путем интратрахеального введения новых препаратов***

В схему стандартной противотуберкулезной химиотерапии, назначенной с учетом лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ), дополнительно был подключен иммуномодулятор бестим. Препарат вводили в дозе 1,0 мг, разведенный в 2 мл. 0,9% растворе NACL интратрахеально 3 раза в неделю в течение 2 недель, общий курс введения - 6 введений. Комплексное этиотропное лечение с иммуномодулятором бестим 27 больным впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких сопутствующим эндобронхитом в возрасте от 19 до 59 лет. В 76% случаев был диагностирован инфильтративный процесс, в остальных диссеминированный процесс, в 845 случаев в мокроте обнаруживались (МБТ). Больные контрольной группы (20) были сопоставимы с основной группой. Оценку терапевтической эффективности противотуберкулезной терапии метода осуществляли на основании основных показателей эффективности противотуберкулезной терапии (абацилирование, закрытие полостей распада) и иммунологических данных (Т - лимфоциты, IL - 4, y - интерферона, а - ФНО.) Прекращение бактеривыделения к окончанию 2 мес. Было установлено у 90,9% больных 1 группы, в то время как у пациентов 2-й группы только в 50,1 % случаев. Закрытие полостей распада за этот период времени отмечалось в половине случаев среди больных 1 группы и в 27% у больных 2 групп. Излечение неспецифического эндобронхита во всех случаях у больных 1 группы диагностировалось к окончанию первого месяца лечения, тогда как у больных 2 группы излечение эндобронхита наступало в более поздние сроки - через 2 месяца.

# ***3.1 Научно-исследовательская работа***

Авторами Павловой Е.С., Васильевой Л. Д получен патент на изобретение №2450820 "Способ лечения деструктивного туберкулеза легких", патентообладателей: ГБУ РС (Я) НПЦ "Фтизиатрия". Зарегистрирован в ГОС реестре изобретений в РФ 20 мая 2012 году.

# ***Заключение***

Данные анализа лечебно-диагностической деятельности отоларингологического показывают высокий процент заболеваемости Лор органов среди контингента пациентов в специализированном учреждении. По частоте заболеваний нп первом месте - заболевания органов дыхания. Затем идут заболевания органов слуха. В числе заболеваний верхних дыхательных путей туберкулез гортани выявлен в 2,1% случаев. Разработанный интратрахеальный метод лечения больных туберкулезом легких, сочетанный с неспецифическим эндобронхитом с применением препарата бестим повысил эффективность лечения у больных туберкулезом в 2 раза.

# ***Список литературы***

1. Марьяндышев А. Множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза // Медицинская газета. - 2009. - №17. - С8-9.

2. Павлова Е.С., Васильева Л. Д, // Новый способ лечения деструктивного туберкулеза легких сопутствующим неспецифическим эндорброхитом. - Якутск: Компания "Дани Алмас", 2013 г. - Стр.231-234

. Рабухин А.Е. Исторический очерк развития учения о туберкулезе // Многотомное руководство по туберкулезу. - М., 1959. - Т.1. - С.9-53.

. Чумаков Ф.И., Дерюгина О.В. // ЛОР - органы и туберкулез. М.: Медицина, 2004 г. - 160 стр.

. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2003г. - М.,-104с.

. Яковлева Л.П., Кондратьева М.Н. // Межрегиональная научно-практическая конференция"" Совершенствование организации противотуберкулезных мероприятий в условиях Крайнего Севера и Дальнего Востока, г. Якутск, 12-14 февраля 2013 г. - С.34-37.