Министерство здравоохранения Украины

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

История болезни

Диагноз: Рецидив туберкулеза правого легкого

Запорожье, 2012

Паспортная часть

. Ф.И.О.

. Возраст: 31 год

. Пол: Мужской

. Домашний адрес:

. Профессия: электрогазосварщик

. Место работы: не работает

. Дата поступления: 8 мая 2012 года

. Даты курации: 13.09.12-20.09.12

Жалобы больного

На момент курации больной никаких жалоб не предъявлял. На момент поступления больной жалоб не предъявлял, заболевание выявлено во время контрольного обследования, связанного с ДУ по категории 5.1.

Анамнез настоящего заболевания

Впервые почувствовал себя больным в ноябре 2009 году. Больного беспокоили удушье, общая слабость, повышенная утомляемость, снижение аппетита и снижение массы тела, повышенная потливость в ночное время, повышенная температура (37,2), а так же сухой продолжительный кашель, одышка, боль в грудной клетке. Накануне перенес пневмонию. После обследования в ЗОПТКД, направлен для лечения по поводу ВДТБ (11.2009) S6 правого легкого (инфильтративный) Дестр +, МБТ (+) М(+) К(+) Резист(-) - получал лечение по категории 1 в стационаре ОЛТ №2 ОТД 7 месяцев и амбулаторно у фтизиатра по месту жительства. Остаточные изменения туберкулеза (09.2010) в виде крупных туберкулем, от хирургического лечения отказался. Был переведен на ДУ в категорию 5.1 и выписан. Заболевание связывает с неблагоприятными факторами на работе и контактом с бактериовыделителями. При контрольном обследовании в мае 2012 выявлена отрицательная рентгенологическая динамика, направлен на госпитализацию в ЗОПТКД с РТБ.

Анамнез жизни

Родился в 1981 году в , 2 ребенок в семье, есть 2 брата и сестра. Рос и развивался нормально. После окончания 9-ти классов средней школы, закончил ПТУ-2 получил специальность электрогазосварщик. В 2000 году - операция по поводу левосторонней паховой грыжи. Работал неофициально на стройке. В армии не служил. В местах лишения свободы не находился. Не женат. Есть дочь, 4 года, живет с матерью. Ранее (2009г) перенес пневмонию, так же был обнаружен и поставлен диагноз ВДТБ, по результатам бактериологического и флюорографического исследований. Динамика с 2011 года отрицательная за счет появления патологических теней в верхней доле правого легкого.

Семейный анамнез не отягощен. Мать и отец не страдали хроническими и наследственными заболеваниями. Среди родственников больной не отмечает каких-либо наследственных заболеваний.

Предполагает возможный контакт с больными туберкулезом на нелегальной работе на стройке. Больной проживает вместе с братом, матерью и отчимом в частном доме, 3 комнаты, имеет собственную комнату.

Вредные привычки: курение. Стаж около 15 лет (одна пачка в день). Спиртные напитки не употребляет. Употребление наркотических веществ отрицает.

Данные объективного обследования

Вес: 70 кг

Рост: 17 см

Тип телосложения: нормостенический

Эпигастральный угол: ок.90°

Состояние: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение: активное

Температура тела: 36.7 °С

ЧСС: 68 уд/мин

ЧДД: 14 в мин

Кожа и видимые слизистые оболочки

Кожа загорелая. Тургор сохранен, эластичность сохранена. Влажность достаточная. Патологических элементов не найдено. Рубцов нет. Усиления кожного рисунка, извилистости и расширения поверхностных вен не отмечено. Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов розовые, чистые, отделяемого нет. Склеры нормальной окраски. Параспецифических проявлений туберкулеза в виде узловатой эритемы, фликтенулезного кератоконъюнктивита, блефарита не обнаружено. Волосы пигментированы, чистые. Перхоти нет. Педикулеза не выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста на теле или облысения не обнаружено. Ногти гладкие, блестящие, без поперечной исчерченности.

Подкожная жировая клетчатка

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Пастозности, отеков нет. Патологического локального скопления жира не найдено.

Мышечная система и костный аппарат

Мышцы конечностей и туловища развиты нормально, тонус и сила в норме, болезненности нет. Участков гипотонии, парезов и параличей не обнаружено. Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа, грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет. Осанка правильная. Пальпация и перкуссия костей безболезненная

Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и активных движений, болезненности при движениях, хруста, изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких тканей.

Лимфатические узлы

При исследовании лимфатических узлов отмечено диффузное увеличение шейных узлов до 3 мм в диаметре - безболезненные, эластичные, подвижные. Также пальпируются паховые лимфоузлы - единичные, до 10 мм, безболезненные, эластичные, подвижные. Другие лимфатические группы (подключичные, локтевые, подмышечные, бедренные, подколенные) практически не прощупываются, что соответствует норме.

Полость рта

Углы рта расположены на одном уровне, губы розовые, без высыпаний и трещин. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, чистые, блестящие. Десны не изменены. Язык нормальных размеров и строения, налета нет. Небо, зев, без особенностей. Миндалины не выходят за пределы передних дужек. Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон. Набухания и пульсации яремных вен нет. Ограничений подвижности нет.

Исследование дыхательной системы

Осмотр:

Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены на одном уровне. Форма грудной клетки - обычная, эпигастральный угол ~ 90°. Грудина не западает. Надключичные и подключичные ямки выражены заметно, расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм.

Лопатки симметричны, двигаются синхронно в такт дыхания. Втяжения или выбухания межреберных промежутков нет, их расширения не отмечено.

Дыхание ритмичное, 14 в минуту, тип дыхания - брюшной, носовое дыхание свободно, отделяемого из носа нет, голос низкий, осиплости, афонии и носового произношения нет.

Дыхательные движения равномерные, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания, отставания одной из половин нет. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Пальпация:

Эластичность грудной клетки сохранена. Голосовое дрожание симметричными участками передних, боковых и задних поверхностей легких проводится одинаково. Болевых точек при пальпации грудной клетки не обнаружено. Хрипов и шума трения плевры при пальпации не определяется.

Перкуссия:

.Сравнительная:

При сравнительной перкуссии над легкими определяется легочной звук, слева спереди по срединно-ключичной линии от ключицы до 2 межреберья определяется притупление перкуторного звука. Ширина полей Кренига слева и справа - 4 см.

.Топографическая:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Высота стояния верхушек | слева | Справа |
| спереди | 2см | 3см |
| сзади | На уровне остистого отростка С7 | На уровне остистого отростка С7 |

Подвижность нижнего легочного края:

на вдохе 1 см

на выдохе 1.5 см

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница по линиям | справа | слева |
| Окологрудинная | 5 межреберье | - |
| Срединноключичная | 6 межреберье | - |
| Переднеподмышечная | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Среднеподмышечная | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Заднеподмышечная | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Околопозвоночная | 11 ребро | 11 ребро |

Аускультация:

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание над всей поверхностью легочной ткани.

Исследование сердечно-сосудистой системы

АД: 120/80

Видимая пульсация верхушки сердца не определяется. Верхушечный толчок: локализован по срединноключичной линии, помещается под 3 пальцами (локализованный), умеренно выраженный, характер его положительный. Эпигастральная пульсация: не определяется.

Перкуссия сердца:

Поперечник: 13 см

Длинник: 14 см

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы тупости | Относительной | Абсолютной |
| правая | На 1см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье | Совпадает с левым краем грудины |
| левая | Располагается по левой срединноключичной линии | Располагается по левой срединноключичной линии |
| верхняя | III ребро слева | IV ребро слева |

Аускультация сердца:

Ритм правильный. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

Аорта и сосуды.

Видимой пульсации аорты не определяется. ЧСС-84 уд/мин. Пульс на обеих руках одинакового наполнения и напряжения. Наполнение пульса несколько ослаблено, напряжение умеренное. Форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный.

Исследование органов желудочно-кишечного тракта

Осмотр органов пищеварения и гепатобилиарной системы

Губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая. Язык влажный, обложен серым налетом. Десны не кровоточат, без воспалительных явлений. Патологических отрыжки, изжоги не отмечал. Живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания участвует. Кожные покровы живота обычной окраски. Коллатералей на передней и боковых поверхностях брюшной стенки нет. Поверхностная пальпация живота безболезненная, мягкая, ненапряженная, диастаза прямых мышц живота нет. Грыжевых выпячиваний не отмечается. Видимой перистальтики нет. Симптомы Щёткина - Блюмберга, Менделя отрицательные.

При глубокой пальпации все отделы кишечника пальпируются в виде цилиндрических безболезненных тяжей диаметром от 2.5 до 4 см, эластичных, подвижных.

Исследование печени.

Размеры печени по Курлову: 10, 9 и 8 см.

Нижний край печени определяется по краю реберной дуги, имеет мягкую консистенцию, эластичен, ровный, закругленный, безболезненный. Симптомы желчного пузыря отрицательны. Стул регулярный, оформленный, безболезненный, без примесей крови и слизи.

Исследование селезенки.

Селезенка не пальпируется, что соответствует норме.

Исследование мочевыделительной системы.

Дизурических расстройств нет. Выбухания, гиперемии в поясничной области нет. Почки не пальпируются. Болезненность в мочеточниковых точках отсутствует. Мочевой пузырь над лоном не пальпируется, перкуторно не определяется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Неврологический статус

Сознание ясное, выражение лица осмысленное, настроение хорошее. Больной спокоен, уравновешен, в контакт вступает охотно, выражает интерес к собеседнику и к собственному заболеванию. Реакция на вопросы адекватная, больной реально оценивает собственное состояние. Ориентация во времени и пространстве сохранена. Видит, слышит, запахи различает. Чувствительность на симметричных участках сохранена, гиперестезий и парестезий не отмечено. Сухожильные, периостальные и брюшные рефлексы сохранены. Функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Повышенной раздражительности, озлобленности, подавленности в течение болезни больной не отмечает.

Тремора рук нет. Реакция зрачков на свет сохранена. Интеллект нормальный. Дермографизм розовый, появляется через 10 секунд, исчезает через 3 минуты.

Эндокринная система

Щитовидная железа не увеличена, мягкая, подвижная. Симптомы гипертиреоидизма отрицательные. Экзофтальма нет, ретробульбарная резистентность не определяется.

Данные рентгенотомографических исследований

Рентген 04.05.12

На представленной ФГ (с5. №376) от 26.04.12, ТГ правого легкого 6-8 ээд 1,6.

Справа в S6 два плотных с четкими контурами фокуса, элементы фиброза. Апикально на фоне деформированного легочного рисунка отмечается единичный фокус - 1,2 в диаметре, очаговые тени с нечеткими контурами. Синусы свободны.

С 2011 года - динамика отрицательная за счет появления патологических теней в верхней доле правого легкого.

Данные лабораторных обследований

Анализ крови на ревмопробы

.05.2012

Фамилия: Сивуха В.М.

Возраст: 31 год Заведение: ЗОПТД

Отделение: 4 Медицинская карта№: 526

Показатели Результат Норма

Сероглюкоиды 4,50 130-200 ед.

С-реактивный белок +++ 6 мг/л негативный

Ревматоидный фактор отрицательно

АСПО отрицательно

Альбумин-глобулиновый коэф. 2,0 1,2-1,5

А 66,7 50-60% от общ. белка

α₁ 6,6 3-6%

α₂ 6,0 7-10%

β 10,7 7-12%

γ 10,0 15-21%

Дата выдачи анализа: 17.05.2012

Анализ крови на ревмопробы

.08.2012

Показатели Результат Норма

Сероглюкоиды 2,84 130-200 ед.

Общий белок 69,1 65-85 г/л

С-реактивный белок отрицательно негативный

Ревматоидный фактор отрицательно

АСПО отрицательно

Альбумин-глобулиновый коэф. 1,83 1,2-1,5

А 64,7 50-60% от общ. Белка

α₁ 5,4 3-6%

α₂ 6,8 7-10%

β 14,8 7-12%

γ 8,3 15-21%

Дата выдачи анализа: 02.08.2012

Анализ крови

Показатели системы свертывания 17.05.2012

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование исследования | Результат | Норма (в единицах Cl) |
| Фибрин | 11 | мг |
| Фибриноген | 244 | мг % |
| Фибриноген Б | - | - |
| Рекальцификация | 170 | 60-180 |
| Протромбиновый индекс | 70,8 | 80-100% |
| Гематокрит | 50 | 45/55 |

Дата выдачи анализа: 17.05.2012

Анализ крови

Показатели системы свертывания 26.07.2012

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование исследованияРезультатНорма (в единицах Cl) |  |  |
| Фибрин | 10 | мг |
| Фибриноген | 222 | мг % |
| Фибриноген Б | - | - |
| Рекальцификация | 128 | 60-180 |
| Протромбиновый индекс | 68,2 | 80-100% |
| Гематокрит | 51/49 | 45/55 |

Дата выдачи анализа: 26.07.2012

Анализ крови

Показатели системы свертывания 02.08.2012

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование исследованияРезультатНорма (в единицах Cl) |  |  |
| Фибрин | 10 | мг |
| Фибриноген | 222 | мг % |
| Фибриноген Б | - | - |
| Рекальцификация | 141 | 60-180 |
| Протромбиновый индекс | 80,2 | 80-100% |
| Гематокрит | 53 | 45/55 |

Дата выдачи анализа: 02.08.2012

Направление сыворотки крови больного

Дата взятия крови: 14.05.2012

Повод/обследования - 113,2

Диагноз: РТБ верхней доли правого легкого

Антитела к ВИЧ и HbsAg в ИФА не обнаружены

Серологическая реакция крови на сифилис

.05.2012

Дата взятия крови: 14.05.2012

Диагноз: РТБ верхней доли правого легкого

Отрицательный

Печеночные пробы

Билирубин - 14,8 ммоль/л

Тимоловая проба - 2,8 ед.

АлАт - 0,24 мкмоль/час\*мл

АсАт - 0,17 мкмоль/час\*мл

Общий белок - 84,4 г/л

β - липопротеиды - 52 ед.

Дата выдачи анализа: 14.05.2012

Исследование крови на пробы печени

Билирубин - липид ммоль/л

Тимоловая проба - 1,89 ед.

АлАт - 0,4 мкмоль/час\*мл

АсАт - 0,44 мкмоль/час\*мл

Общий белок - 65,9 г/л

С-реактивный белок - отрицательно

Холестерин - отрицательно

β - липопротеиды - 43

Дата выдачи: 8.08.2012

Общий анализ мочи от 10.07.2012

Показатели Результат Норма

Количество мл (дост) 55,0

Цвет Соломенно-желтый Светло-желтый

Прозрачность Полная прозрачная

Уретральные нитки - -

Удельный вес 1.027 1.001-1.040

Реакция (pH) нет 5,0-7,0

Белок не обнаружено -

Глюкоза не обнаружено -

Кетоновые тела отриц -

Реакция на кровь отриц -

Билирубин отриц -

Анализ мочи

Количество: 60,0

Удельный вес 1,021

Осадок - умеренный

Цвет - соломенно-желтый

Сахар - отрицательный

Белок - не обнаружено

Ацетон - отр

Желчные пигменты - отриц

Реакция - кислая

Лейкоциты - 0-1-2 в поле зрения

Дата выдачи: 7.08.2012

Анализ мочи

Количество: 50,0

Удельный вес 1,006

Осадок - умеренный

Цвет - соломенно-желтый

Сахар - отрицательный

Белок - не обнаружено

Ацетон - отр

Лейкоциты - 0-1-3 в поле зрения

Соли - фосфаты

Дата выдачи: 7.09.2012

ЭКГ от 08.05.2012

Вольтаж достаточный. Ритм синусовый. ЧСС=70/мин. Электрическая ось не отклонена. Умеренные нарушения процесса деполяризации.

Исследование функции внешнего дыхания

Дата: 08.05.2012

Д Ж Е Л - 4400

Ж Е Л - 4000 91%

Мощность вдоха - 4 85 % (норма 4,5)

Мощность выдоха - 4,5 87% (норма 5,2)

Заключение: Патологий не выявлено - N

Заключение: При повторном исследовании мокроты наблюдается положительная динамика, при посеве и бактериоскопии не обнаруживаются МБТ.

При повторных анализах крови наблюдается положительная динамика, исчезает С-реактивный белок, остальные показатели приближаются к норме.

При повторных печеночных пробах можно заметить повышение АлАт и АсАт, а так же отсутствие С-реактивного белка. β - липопротеиды с 52 единиц опустились до 43 ед.

При повторных анализах мочи наблюдается снижение количества лейкоцитов и снижение удельного веса мочи.

Данные туберкулинодиагностики

Туберкулинодиагностика не проводилась

Предварительный диагноз

На основании данных анамнеза - ранее перенесенный туберкулез и присутствия контакта с больным, на основании данных лабораторных исследований анализа мокроты (культуральный метод), а так же по данным рентгенограммы от 04.05.12 справа в S6 два плотных с четкими контурами фокуса, элементы фиброза. Апикально на фоне деформированного легочного рисунка отмечается единичный фокус - 1,2 в диаметре, очаговые тени с нечеткими контурами. Можно поставить предварительный диагноз: РТБ (05.2012) верхнедолевой правого легкого (инфильтративный) Дестр (-) МБТ (+) М(-) К(+) Резист+ (HREZ) РезистII+ (Et) Гист0 Кат2 Ког2 (2012)

РТБ (рецидив туберкулеза) - на основании того, что больной ранее перенес туберкулез и проходил курс лечения по категории 1.

Верхнедолевой правого легкого (инфильтративный) - на основании того, что на представленной ФГ (с5. №376) от 26.04.12, ТГ правого легкого 6-8 ээд 1,6. Справа в S6 два плотных с четкими контурами фокуса, элементы фиброза. Апикально на фоне деформированного легочного рисунка отмечается единичный фокус - 1,2 в диаметре, очаговые тени с нечеткими контурами.

Дестр(-) - Деструкция не обнаружена

МБТ (+) - на основании данных анализа мокроты.

М(-) - при бактериоскопии мокроты КУБ не обнаружено

К(+) - при культуральном исследовании от 11.05.12 были обнаружены колонии МБТ (от 20 до 100), что соответствует 1+

Резист(+) - отмечается устойчивость МБТ к препаратам первого ряда: HREZ, и второго ряда - Et

Гист0 - Гистологическое исследование не проводилось

Кат2 - на основании того, что диагностирован РТБ

Ког2 - курс терапии начался в мае 2012

Консультации специалистов

Консультации психолога

.06.2012

С больным проведена беседа, в настоящее время к лечению привержен, регулярно принимает медикаменты, свою долю в лечнии знает, отношение положительное.

.06.2012

Проведена беседа. Больной регулярно лечится. Усталости от ежедневного лечения не ощущает. Обеспокоен ходом лечения. Даны разъяснения.

14.06.2012

Больной привержен к лечению, отношение к лечению положительное. Консультация показана в июле 2012.

Дифференциальная диагностика

Инфильтративный туберкулез легких необходимо дифференцировать с неспецифической пневмонией, гриппом, опухолями легких.

При раке легкого тень обычно более интенсивна, имеет четкие, ровные границы, при проведении специфической противотуберкулезной терапии она не уменьшается, а, наоборот, увеличивается, более выражены симптомы интоксикации, отмечается резкое похудение больного. В крови при раке наблюдается гипорегенераторная гипохромная анемия, снижение количества лейкоцитов, лимфоцитов, тромбоцитов.

При гриппе симптомы заболевания обычно проходят через 8-10 дней после начала лечения, а при туберкулезе "гриппозная" маска длится 15-20 и более дней, затем симптомы исчезают, но возникают частые рецидивы. При гриппе более выражены симптомы интоксикации: головная боль, общая слабость, чем при туберкулезе. В крови при гриппе наблюдается высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, резкое ускорение СОЭ. При рентгенологическом исследовании при гриппе редко обнаруживается инфильтрат, и он имеет менее выраженную интенсивность, чем при туберкулезе.

Неспецифические пневмонии имеют острое начало, в мокроте не обнаруживается микобактерия туберкулеза, а обнаруживаются возбудители неспецифических пневмоний: стрептококки, пневмококки и др.; туберкулиновые пробы отрицательные, в крови обнаруживается высокий лейкоцитоз со сдвигом влево, на рентгенограмме тень менее интенсивна, чем при туберкулезе, отсутствуют очаги распада. Пневмония обычно хорошо лечится антибиотиками широкого спектра действия в течении месяца.

Заключительный клинический диагноз

На основании проведенной диагностики, что позволило исключить грипп, неспецифическую пневмонию и рак легкого, можно поставить заключительный клинический диагноз: РТБ (05.2012) верхнедолевой правого легкого (инфильтративный) Дестр (-) МБТ (+) М(-) К(+) Резист+ (HREZ) РезистII+ (Et) Гист0 Кат2 Ког2 (2012)

Лечение

Лечение инфильтративного туберкулёза должно быть длительным и комплексным. Больной должен проходить лечение в стационаре в течении 4-6 месяцев (в зависимости от динамики данного заболевания). Во время стационарного лечения больному назначают по 2-3 противотуберкулёзных препарата таких как: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, тиоацетазон.

Изониазид (синонимы: тубазид, ГИНК), применяют чаще всего при впервые выявленном туберкулёзе. Назначают в дозах от 5 до 15 mg на кг веса 3 раза в сутки после еды. Для уменьшения побочных явлений назначают пиридоксин, который применяют внутрь по 0,06-0,1 г, одновременно с иньекцией изониазида, или вводят в/м по 0,1-0,125 г через 30 минут после иньекции. Часто сочетают препарат с рифампицином.

Этамбутол - препарат подовляет микобактерии туберкулёза устойчивых к изониазиду, ПАСК, канамицину, этионамиду. Хорошо сочетается с рифампицином. Дозировка из расчёта 25 mg на кг веса, принимают 1 раз в сутки и на протяжение всего курса лечения. Тиоацетазон (синонимы: тибон, parazone, tizone, tibigal). Препарат обладает высокой токсичностью. Назначают совмесно с изониазидом, фтивазидом, ПАСК. Суточная доза 10-15 mg в сутки. Противопоказания: не назначают при туберкулёзном менингите. Так как противотуберкулёзные препараты снижают иммунитет целесообразно назначить иммуномодуляторы: локопид, интерфирон. Декариес, так же, обладает подобным действием. Следует проводить витамино терапию, потому, что витамины обладают противоинтоксикационным, общеукрепляющим и иммуностимулирующим действием. Применяют витамины группы В, С, D (курс витаминотерапии проводят 20 дней). Некоторые противотуберкулёзные препараты обладают гепатотоксическим действием, всвязи с этим необходимо назначать гепатопротекторы, такие, как эссенциале. Оказывая токсическое действие противотуберкулёзные препараты угнетают сердечную деятельность поэтому их следует комбинировать с сердечными гликозидами, бетта блокаторами (дигоксин, анаприлин, строфантин и др.). Дигоксин назначают внутрь, в первый день суточная доза от 1 до 1,5 mg разбивают на 3 приёма, на 2 день дозу снижают до 0,75 mg и продолжают поддерживать такую дозу до нормализации пульса, впоследствии больного переводят на поддерживающую дозу 0,25-0,125 mg. Существенную роль в лечении больных тяжёлыми формами туберкулёза лёгких, бронхов, серозных оболочек и других органов играют гормональные средства, прежде всего препараты коры надпочечников (преднизалон, гидрокортизон).

При правильном выборе препарата и его дозы вскоре отмечается улучшения состояния: снижение температуры и уменьшение интоксикации, улучшение аппетита. Средний курс лечения кортикостеройдами при туберкулёзе 3-8 недель. Применяют по 20 mg в сутки. Отменять препарат следует плавно, снижая дозу по 2-3 mg в сутки. При появлении аллергических реакций организма на введение противотуберкулёзных препаратов следует назначить антигистаминные препараты (димедрол, тавегил, диазолин, пипальфен, супрастин). Димедрол лучше назначать на ночь т. к. он обладает седативным действием. При проявлении нервных реакциий у больного целесообразно назначить антидепресанты (амитриптилин 1/2 таблетки 2 раза в день, утром и вечером). Также возможно назначение снотворных средств (рогипнол 1 таблетка на ночь). Диета больного должна быть высококалорийной, богатой витаминами и белками. Режим постельный.

Rp.: Etambutoli 0,15

Rp.:zidi 0,3

D.t.d. N 180 in tab.. По одной таблетке один раз в день после приёма пищи.

Пиразинамид - синтетический противотуберкулезный препарат II ряда.

Пиразинамид действует на внутриклеточно расположенные микобактерии, хорошо проникает в очаги туберкулезного поражения. В зависимости от дозы и чувствительности микроорганизма оказывает бактерицидный или бактериостатический эффект. Механизм действия точно не известен.

Пиразинамид более активен по туберкулостатической активности, чем ПАСК, хотя уступает изониазиду, стрептомицину, рифампицину, циклосерину, этионамиду, канамицину, флоримицину.

Пиразинамид хорошо проникает в очаги туберкулезного поражения. Его активность не снижается в кислой среде казеозных масс. Пиразинамид особенно эффективен у пациентов с впервые выявленным деструктивным туберкулезом.

В ходе лечения возможно развитие резистентности, вероятность которой снижается при сочетании с др. противотуберкулезными препаратами.

После приема внутрь пиразинамид быстро всасывается из ЖКТ. Cmax в плазме крови достигается через 2 ч и составляет около 35 мкг/мл при дозе 1.5 г и 66 мкг/мл при дозе 2 г. Связь с белками плазмы - 10-20%.

Пиразинамид хорошо проникает в различные ткани и биологические жидкости. Проникает через ГЭБ.

Метаболизируется в печени, где вначале образуется активный метаболит (пиразиноевая кислота), которая в дальнейшем превращается в неактивный метаболит - 5-гидроксипиразиноевую кислоту. T1/2 из плазмы крови составляет около 9-10 ч.

Выводится преимущественно почками путем клубочковой фильтрации: в неизмененном виде - 3%, в виде пиразиноевой кислоты - 33%, в виде др. метаболитов - 36%.

При монотерапии к пиразинамиду быстро развивается устойчивость микобактерий, в связи с чем пиразинамид обычно применяют в сочетании с другими противотуберкулезными препаратами.

При длительном применении препарата необходимо регулярно (1 раз в месяц) контролировать функцию печени, активность печеночных трансаминаз и содержание мочевой кислоты в крови пациента.

Для уменьшения токсического действия Пиразинамида рекомендуется назначать его одновременно с метионином, липокаином, глюкозой, витамином В12.

У пациентов с диабетом увеличивается риск возникновения гипогликемии.

Способ применения и дозы:

Внутрь, во время или после еды, 1 раз в день, предпочтительнее во время завтрака с небольшим количеством воды. Пиразинамид назначают в суточной дозе 15-30 мг/кг массы тела. В случае неудовлетворительной переносимости препарат назначают в 2-4 приема - 5-8,75 мг/кг каждые 6 ч или 6,7-11,7 мг/кг каждые 8 ч. Пиразинамид можно назначать в дозе 90 мг/кг массы тела 1 раз в неделю или по 50-70 мг/кг 2-3 раза в неделю. Максимальная суточная доза - 2.5 г (3 г при приеме 3 раза в неделю, 4 г при приеме 2 раза в неделю). Курс лечения - от 3 мес до 2 лет.

У лиц пожилого и старческого возраста суточная доза не должна превышать 15 мг/кг. В этих случаях препарат целесообразно назначать через день.

Детям - по 15-20 мг/кг 1 раз в день; максимальная суточная доза - 1.5 г.

Пиразинамид применяют в комбинации с аминогликозидами (стрептомицином или канамицином в дозе 15 мг/кг), изониазидом (10 мг/кг), рифампицином (10 мг/кг).

Рифампицин (синонимы: бенемицин, римактан, тубоцин) Средняя суточная доза от 0,45 г до 0,6 г. Пиразинамид (синонимы: тизамид, eprazin, novamid). Более активен по туберкулостатической активности, чем ПАСК, хотя уступает изониазиду, стрептомицину, рифампицину, циклосерину. Препарат часто комбинируют с стрептомицином, изониазидом. Препарат особенно эффективен у больных с впервые выявленным диструктивным туберкулёзом. Суточная доза 1,5-2,0 г, при хорошей переносимости до 2,5 г в сутки, применяют внутрь, после еды 2-3 раза в день. При лечении пиразинамидом возможны аллергические реакции, дерматиты, эозинофилия, головные боли, диспептические нарушения, так же препарат оказывает токсическое действие на печень. Для уменьшения токсического действия целесообразно применять пиразинамид с метионином, липокаином, витамином В12.

Rp.: Rifampicini 0,15.t.d. N 400 in tab.

S. По 3 таблетке в день за 30 минут до еды

Стрептомицин - аминогликозид, антибиотик широкого спектра действия из группы аминогликозидов. Образуется в процессе жизнедеятельности лучистых грибов Streptomyces globisporus (используемых для промышленного производства) или др. видов. Оказывает бактериостатическое действие: проникая внутрь микробной клетки, связывается со специфическими белками-рецепторами на 30S субъединице рибосом, нарушая образование инициирующего комплекса - матричная РНК-30S субъединица рибосомы, что приводит к распаду полирибосом, и как следствие этого возникают дефекты при считывании информации с ДНК, синтезируются неполноценные белки, что приводит к остановке роста и развития микробной клетки. Обладает широким спектром действия. В период лечения необходимо не реже 1 раза в неделю контролировать функцию почек, слухового нерва и вестибулярного аппарата. Вероятность развития нефротоксичности выше у больных с нарушением функции почек, а также при назначении высоких доз или в течение длительного времени (у этой категории больных может потребоваться ежедневный контроль функции почек). При неудовлетворительных аудиометрических тестах дозу препарата снижают или прекращают лечение. Аминогликозиды проникают в грудное молоко в небольших количествах (поскольку они плохо всасываются из ЖКТ, связанных с ними осложнений у грудных детей зарегистрировано не было). При отсутствии положительной клинической динамики следует помнить о возможности развития резистентных микроорганизмов. В подобных случаях необходимо отменить лечение и начать проведение соответствующей терапии.

Лечение, назначенное в клинике данному больному: см. ТБ 01

Дневник

.09.2012 г. Общее состояние больного удовлетворительное, температура тела нормальная. При сравнительной перкуссии над легкими определяется легочной звук. При аускультации над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. При аускультации тоны сердца приглушены, чистые, без патологических шумов. АД - 140/75, пульс - 82 в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения, хорошего наполнения. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отрезки кишечника без особенностей. Печень не выступает из-под реберной дуги. Мочеиспускание не нарушено, количество мочи нормальное. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. HRE переносит удовлетворительно.

.09.2012 г. Жалоб нет. Общее состояние больного удовлетворительное, температура тела нормальная. Перкуторная и аускультативная картина без изменений. ЧД=17. Тоны сердца чистые, без патологических шумов. АД - 130/70, пульс - 80 в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения, хорошего наполнения. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено. В объективном статусе за истекший период показатели без отрицательной динамики. Противотуберкулезную терапию переносит удовлетворительно.

Прогноз

Обычно при эффективности лечения инфильтративная форма туберкулеза редко дает осложнения. В случае полного излечения больного возможно его возвращение к прежней работе.

Санитарно-профилактические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции

Данному очагу туберкулезной инфекции соответствует 2 категория. II категория - очаги со значительной эпидемической опасностью. Это очаги, в которых проживают больные туберкулезом органов дыхания, с незначительным выделением микобактерий туберкулеза с сохраненной чувствительностью к антимикобактериальным препаратам, в отдельных квартирах без детей и подростков и где больной соблюдает санитарно-гигиенический режим. Это социально-благополучные очаги. Целью противоэпидемических мероприятий в очагах является предупреждение новых случаев инфицирования и заболевания контактных лиц. Противоэпидемические мероприятия в очаге состоят из 3 этапов: I этап. Первичное обследование очага, планирование и проведение в нем противоэпидемических мероприятий. II этап. Динамическое наблюдение и оздоровление очага. III этап. Подготовка очага до снятия с учета и исключения его из числа очагов туберкулеза. В очаге туберкулеза с целью его локализации и предупреждения распространения специалисты лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждений должны провести санитарно-противоэпидемические мероприятия: - Разработку планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом; - Участие в комплексном эпидемиологическом обследовании очага антропонозного туберкулеза совместно с эпидемиологом, дезинфекционистом; - Оценка риска инфицирования контактных лиц в очаге; - Госпитализация и лечение больного; - Заказ и организация заключительной дезинфекции Заключительная дезинфекция проводится в следующем порядке: а) осмотр помещения руководителем дезинфекционной бригады (врачом или помощником эпидемиолога) и выяснение всех обстоятельств, определяющих объем дезинфекционных работ, в соответствии с чем составляется план и очередность их проведения; б) обеззараживанию подлежат важнейшие в эпидемическом отношении объекты (мокрота, плевательница, выделения, белье, остатки пищи, посуда), одновременно проводят отбор вещей, подлежащих камерному способу обеззараживания; в) при наличии в помещении мух и бытовых насекомых, до начала всех дезинфекционных работ, должна проводиться дезинсекция; г) после упаковки в мешок вещей, подлежащих камерной дезинфекции и оформление документации, проводят обеззараживание помещения и предметов обстановки в нем, последовательно переходя из отдаленных комнат и помещений к более близким к выходу, при дезинфекции помещений обращают внимание на места накопления пыли (плинтусы, карнизы, полки, отопительные приборы) отделку помещений выполняют по принципу "сверху вниз" - с начала равномерно орошают стены на уровне 1,5 м от поверхности пола, затем пол; д) после завершения работы работники дезинфекционной бригады снимают спецодежду и складывают в отдельные тканевые мешки, которые затем направляют на дезкамерную обработку. - Организация первичного обследования контактных лиц (рентгенологическое обследование, постановка туберкулиновой пробы - реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л, бактериологическое обследование, общие клинические анализы); - Наблюдение за контактными лицами и их динамическое обследование соответствии с действующим законодательством, проведение контролируемой химиопрофилактики; - Проведение противоэпидемических мероприятий среди контактных лиц (ревакцинация БЦЖ, химиопрофилактика, изоляция детей, совершенствование гигиенических навыков и личной санитарной культуры больного); - Гигиеническое обучение больных, членов их семей и связи; - Определение условий, совместно с эпидемиологом, при которых очаг может быть снят с учета - Заполнение карты, которые отражают характеристику очага и меры, которые в нем проводятся (форма N 357-У); - Организация профилактического и принудительного лечения - согласно Закону Украины "О внесении изменений в некоторые законы Украины относительно усиления борьбы с заболеванием туберкулезом", ст. 12 "Госпитализация, лечение и медицинский (диспансерный) надзор за больными туберкулезом".

Эпикриз

Больной находился на ДУ по категории 5.1, при контрольном обследовании в мае 2012 выявлена отрицательная рентгенологическая динамика (Рентген 04.05.12. Справа в S6 два плотных с четкими контурами фокуса, элементы фиброза. Апикально на фоне деформированного легочного рисунка отмечается единичный фокус - 1,2 в диаметре, очаговые тени с нечеткими контурами. Синусы свободны), направлен на госпитализацию в ЗОПТКД с РТБ.

С 8.05.2012 получал лечение по Кат 2. ПТП I ряда (в прошлом Резист-), всего 90 доз, с 14.08.2012 переведен в ПФ по причине положительной динамики на фоне лечения, в ТМЧ от 11.05.2012 выявлен Резист+ (HRESET) - при этом больной не переведен в Кат 4 и продолжает лечение в ПФ по прежней схеме: HRE, при необходимости коррекция схемы после Ro - контроля в конце 5-го месяца лечения в октябре 2012 года.

Рекомендуется диета № 11.

Данная диета направлена на достаточное снабжение тканей организма пластическим материалом и энергией, необходимой для процессов репарации, также на восстановление иммуно-биологической реактивности. По химическому составу диета должна быть богата белком, витаминами, минеральными солями, иметь высокий калораж. Рекомендуется суточные объемы питательных веществ довести до следующих цифр: белок - 120 г, жиры - 100г, углеводы до 500; витамины А - 1,7мг, каротин - 8,5 мг, тиамин - 2 мг рибофлавин - 4 мг, никотиновая кислота - 20 мг, аскорбиновая кислота-250; минералы - натрий - 4 г, калий 4 г, кальций - 14 г, магний - 0,6 г, фосфор - 2,5 г, железо - 55 мг; энергетическая ценность - 3500 ккал.

больной диагноз рецидив туберкулез

Литература

Савула М.М., Ладный О.Я. Туберкулёз: Учебник. - Тернополь: Укрмедкнига,1998-324 с.

Перельман М.И., Корякин В.А., Протопопова Н.М. Туберкулёз: Учебник. - М.: Медицина, 1990.-304 с.: ил. - Учеб. Лит. Для студ. Мед. Ин-тов.

В.И. Петренко, В.Ф. Москаленко, Ю.И. Фещенко. Фтизиатрия. Учебник. Под редакцией В.И. Петренка. - Винница: Новая Книга,2006, - 504 стр.

Лечение внутренних болезней, справочник под ред. Матвейкова В. П. Минск 1997.

Пилипчук М.С., Петренко В.И., Фтизиатрия: Учебник. - 2-е издание, переделанное и дополненное. - К.: Высшая школа, 1998. - 255 стр.