Міністерство освіти і науки, культури і спорту України

Чорноморський державний університет ім. Петра Могили

Факультет еколого-медичних наук

Кафедра фізичної реабілітації

Курсова робота

на тему: «Туберкульоз»

Студент-виконавець

Демченко Андрій Анатолійович

ІІІ курс, 381 група

Науковий керівник: кандидат

медичних наук, доцент

Зінченко Тамара Миколаївна

Миколаїв-2012р.

Вступ

Актуальність теми дослідження. Туберкульоз, за визначенням провідних вчених, продовжує залишатися глобальною проблемою. Початок минулого десятиріччя характеризувався погіршенням епідемічної ситуації з туберкульозу. Ця соціально небезпечна хвороба стала проблемою багатьох країн світу і найбільш торкнулась країн Східної Європи. Епідемічна ситуація стосовно туберкульозу в Україні почала погіршуватись з 1992 року. Захворюваність за 11 років зросла в 2,0 рази і досягла рівня 84,1 на 100 тис. населення, а смертність збільшилася в 1,8 рази і становить, відповідно, 25,3 осіб на 100 тис. населення.

Найвищі показники захворюваності на всі форми туберкульозу визначались у південно - східних регіонах України: у Херсонській області - 174,0 на 100 тис. населення; Миколаївській - 111,1; Луганській - 114,3; Донецькій - 103,4; Кіровоградській - 109,9 та Одеській - 95,3. Рівень захворюваності в цих регіонах збільшився за 11 років в 3,5 - 2,0 рази.

Серед тих, що вперше захворіли на туберкульоз, 13,6 % становлять робітники, 1,0 % - робітники аграрного сектору, 3,4 % - службовці, а майже половина з них (2 %) - медичні працівники (777 осіб), 3,9 % - учні та студенти. 47,3 % усіх хворих - особи працездатного віку, які не працюють, 12,4 % - пенсіонери, 1,4 % - особи, що повернулись з місць позбавлення волі, 1,8 % - особи без постійного місця проживання. В соціально незахищені верстви населення становлять понад 65 %.

Туберкульоз - інфекційне захворювання, що спричинюється мікобактеріями туберкульозу (паличкою Коха). На туберкульоз хворіють незалежно від статі, віку, національної приналежності чи соціального становища. Проте переважно на нього хворіють алкоголіки, наркомани, безпритульні або найбідніші люди. Туберкульоз уражає всі органи й системи людського організму, та найчастіше він виявляється в легенях.

Найчастіші симптоми туберкульозу: стійкий кашель із виділенням мокротиння, тривале підвищення температури тіла, швидка втома, втрата апетиту та безпричинне схуднення, потовиділення, особливо вночі, задишка, кровохаркання. В частині випадків, особливо на початку хвороби, туберкульоз може розвиватися безсимптомно або виявляється лише один із симптомів.

Хронічного перебігу хвороба набуває тоді, коли хворий приймає не всі призначені лікарем протитуберкульозні препарати або приймає їх нерегулярно, робить тривалі перерви в лікуванні.

Таким чином, викладене вище зумовлює актуальність дослідження курсової роботи.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати сутність фізичної реабілітації при туберкульозі та визначити особливості та необхідність їх використання.

Об’єкт дослідження - проблема фізичної реабілітації та профілактики хворих на туберкульоз.

Предмет дослідження - методи фізичної реабілітації при туберкульозі.

Згідно з метою та предметом дослідження було визначено такі завдання:

· ознайомитись з загальними відомостями про туберкульоз;

· дослідити можливості фізичної реабілітації при туберкульозі;

· запропонувати засоби профілактики захворювання.

Методи дослідження. Для розв’язування поставлених завдань використано такі методи наукового дослідження: теоретичний аналіз наукових літературних джерел, синтез, узагальнення, порівняння, абстрагування, конкретизація, моделювання, спостереження.

Структура роботи: Курсова робота складається зі вступу, трьох розділів, висновку, списку використаних джерел та додатків. У І розділі роботи наведені теоретичні принципи теми та основні поняття. Другий розділ висвітлює шляхи лікування даної хвороби. Третій розділ має пропозиційний характер, в ньому наведені можливі методи профілактики гастриту. Усього робота становить 34 сторінки, з яких 24 сторінок основного тексту. Для написання курсової роботи було опрацьовано і використано 29 джерел, з них 19 вітчизняних (кирилицею) і 10 іноземних (латиницею).

Розділ І. Загальні відомості про захворювання

. Поняття та класифікація

Туберкульоз - інфекційне захворювання, що викликається мікобактеріями туберкульозу і характеризується розвитком клітинної алергії, специфічних гранульом в різних органах і тканинах і поліморфною клінічною картиною.

Туберкульоз відомий з глибокої давнини і до сих пір представляє важливу медичну та соціальну проблему. Щорічно в світі 8 млн осіб хворіють, а 3 млн -помирають від туберкульозу. Величина пандемії настільки велика, що в 1993 р. ВООЗ оголосила туберкульоз проблемою «великої небезпеки». В останні роки у всьому світі підвищилася захворюваність на туберкульоз. Основні причини підвищення захворюваності:

зниження рівня життя населення, що спричинило погіршення якості харчування;

зросла міграція населення з епідемічно неблагополучних районів, зменшення масштабів і якості проведення комплексу проти туберкульозних заходів та поява стійких в специфічної терапії штамів.

Щоб знизити гостроту проблеми, ВООЗ визначила в якості головних компонентів програми боротьби з цією хворобою активне виявлення хворих та імунізацію протии туберкульозу.

Класифікація

Відповідно до існуючої класифікації 1973 р., прийнятій на VIII Всесоюзному з'їзді фтизіатрів, виділяють 3 групи основних клінічних форм туберкульозу.

Група I. Туберкульозна інтоксикація у дітей іпідлітків.

Група II. Туберкульоз органів дихання (первинний туберкульозний комплекс, туберкульоз внутрішньо грудних лімфатичних вузлів, дисемінований туберкульоз легень, вогнищевий туберкульоз легенів, інші форми).

Група III. Туберкульоз інших органів і систем (туберкульоз мозкових оболонок і ЦНС, туберкульоз кісток і суглобів, туберкульоз сечових і статевих органів, туберкульоз кишечника, інші форми) [19,8].

. Епідеміологія

На туберкульоз хворіють люди всіх вікових груп - від новонароджених до осіб старечого віку. Джерела інфекції: хвора людина, м'ясо-молочні продукти від тварин, хворих на туберкульоз. Шляхи передачі: частіше - повітряно-крапельний, рідше - аліментарний; також можливий трансплацентарний шлях інфікування (від вагітної до плоду). Фактори передачі інфекції - тривалий контакт з бактеріовидільником, погані соціально-побутові умови, голодування, імунодепресія. Контагіозність невисока, багато в чому залежить від стану захисних сил макроорганізму. Сезонність і періодичність захворюваності не характерні.

Хоча туберкульоз не відносять до висококонтагіозного захворювання, 25-50% людей, тісно контактують з бактеріовиділювачами, інфікуються. Кожен хворий-бацілловиделітель здатний заразити 10-15 осіб. Слід пам'ятати, що заразитися туберкульозом - не значить захворіти. Маніфестна форма туберкульозу розвивається в 5-15% випадків, у решти заражених формується нестерильний імунітет.

Майже в 90% випадків не вдається встановити джерело інфікування, що свідчить про наявність значного резервуара туберкульозної інфекції серед населення. Ризик розвитку захворювання тим вище, чим молодша дитина в період інфікування [25,45].

3. Патогенез

Патогенез складається з трьох основних етапів: інфікування, розвитку первинного вогнища в будь-якому органі, прогресування захворювання з появою нових симптомів.

Проникнення мікобактерій в первинний осередок дає початок процесу взаємодії макро-і мікроорганізму. Одна частина збудників залишається на місці впровадження, інша частина потрапляє з макрофагами в регіонарні лімфатичні вузли. Первинний осередок, лімфангит і регіонарний лімфаденіт утворюють первинний туберкульозний комплекс. Фагоцитарні реакції незавершені, тому в області первинного туберкульозного комплексу мікобактерій розмножуються і, періодично потрапляючи в кровоносні і лімфатичні судини, розносяться по всьому організму. Первинна бактеріємія клінічно ніяк не виявляється. Через 4-8 тижнів розвивається сенсибілізація, туберкулінові проби стають позитивними (віраж). Формується «нестерильний» імунітет. У більшості дітей і дорослих розвиваються захисні реакції пригнічують інфекційний агент в зоні первинного афекту, останній поступово фіброзірующего і обизвествляется. В іншому випадку мікобактерій можуть поширитися з первинного вогнища на довколишні тканини або по току крові у віддалені органи, викликаючи в них прогресуючі морфологічні зміни. Проявом цього процесу на початкових етапах стають параспецифические, алергічні і токсико-алергічні реакції, відповідні поняттю «рання туберкульозна інтоксикація».

Особливість туберкульозної інфекції - тривале (протягом багатьох років, а іноді й довічне) збереження життєздатного збудника в первинному осередку, лімфатичних вузлах, вогнищах дисемінації. Ослаблення організму, зниження імунітету при інфекційних (кір, вірусний гепатит, ВІЛ-інфекція) та інших захворюваннях призводять до активації здавалося б повністю «заживших» вогнищ [25,68].

4. Лікування

Лікування проводить фтизіатр спільно з педіатром і лікарями інших спеціальностей (урологом, окулістом, неврологом, ортопедом і т.д.). Основа лікування - етіотропна хіміотерапія. Її проводять з урахуванням віку дитини, його анатомо-фізіологічних особливостей, форми та активності туберкульозного процесу. Особливу увагу приділяють організації режиму, харчування, фізичного навантаження. Лікування хворих на туберкульоз здійснюють тривало (6-18міс), поетапно (стаціонар-санаторій-протитуберкульозний диспансер).

Хіміотерапію починають негайно після встановлення діагнозу, проводять тривало і безперервно. Зазвичай призначають комбінацію з 2 і більше лікарських засобів. Протитуберкульозні препарати класифікують в залежності від їх ефективності.група (максимальна ефективність) - ізоніазид і рифампіцин.група (середня ефективність) - стрептоміцин, канаміцин, біоміцин (флоримицинасульфат), етамбутол, етіонаміду, протіонамід, піразинамід.група (помірна ефективність) - аміносаліцилова кислота (натріюпара-аміносаліцілат).

Обов'язкові складові будь-якого короткочасного курсу хіміотерапії - ізоніазид і рифампіцин (препарати вибору), а також піразинамід, етамбутол і стрептоміцин (додаткові препарати). Решта препарати менш ефективні і / або володіють великою кількістю побічних ефектів, тому їх застосовують переважно при тривалому лікуванні та виявленні у хворого полірезистентних мікобактерій.

Лікарські протитуберкульозні препарати володіють багатьма побічними діями, тому необхідні суворе дотримання режиму застосування препарату, профілактика побічних ефектів (наприклад, призначення вітамінів групи В, особливо вітаміну В6). Також необхідно дотримуватися таких правил проведення хіміотерапії.

Не можна застосовувати менше двох ефективних протитуберкульозних препаратів.

При активному процесі призначають три препарати (ізоніазид, рифампіцин і піразинамід) протягом 2 міс, потім два препарати (ізоніазид і рифампіцин) ще протягом 6 міс (в педіатричній практиці - 4 міс).

При важких формах у будь-якому віці призначають чотири препарату протягом перших 2-3 міс. Найбільш ефективний щоденний прийом ізоніазиду і рифампіцину протягом 9-12 міс (позитивний ефект спостерігається в 99% випадків).

При віражі туберкулінових проб у дитини (навіть при відсутності ознак інтоксикації і локальних змін) проводять 3-місячну профілактику ізоніазидом.

Крім хіміотерапії проводять посіндромно патогенетичне лікування. Оперативне лікування у дітей проводять переважно при кістково-суглобовому туберкульозі (висічення ураженої тканини) і туберкульозі сечостатевої системи. Проводять комплекс неспецифічних заходів, спрямованих на зміцнення захисних сил організму (лікувальне харчування, вітамінотерапію, фізіопроцедури, ЛФК, лікування імуномодуляторами та ін.).

Розділ ІІ. Фізична реабілітація при туберкульозі

. Лікувальна фізкультура при деяких формах туберкульозу

При осередковому, інфільтративному, кавернозному туберкульозі легень, туберкульомі легень, туберкульозній інтоксикації у дітей і підлітків, первинному туберкульозному комплексі, туберкульозі внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, з огляду на, як правило, успішний результат лікування цих форм туберкульозу легень при антибактеріальній терапії і адекватному хірургічному втручанні, що порівняно мало впливають на сумарну функцію дихання, рекомендують використовувати широке коло засобів загального тренування та загартовування, починаючи з раннього стаціонарного етапу лікування.

Після зняття симптомів інтоксикації (нормалізації температури, зникнення анорексії, підвищеної стомлюваності, нічних потів, ознобів та ін. можна рекомендувати хворому активний руховий режим із поступовим збільшенням фізичних навантажень. Однак не можна включати у заняття максимальні та субмаксимальні навантаження навіть для осіб із достатньою фізичною підготовленістю (тренованих).

Застосовують ЛФК у формі ранкової гігієнічної гімнастики, дозованої ходьби, тренувально-оздоровчих заходів (городки, рухливі ігри, елементи спортивних ігор, бадмінтон, взимку - ходьба на лижах, влітку - плавання, прогулянкове веслування).

Протипоказанням до призначення ЛФК є: поява ознак загострення туберкульозного процесу (інтоксикація, нездужання, стомлення, зниження апетиту, поява гіпертермії після навантажень, патологічні зрушення в аналізах крові, поява або посилення кашлю, мокротиння, кровохаркання, бактеріовиділення та ін.), усі випадки гострого інфільтратив-ного запалення (інфільтрати типу лобіту з вираженою інтоксикацією, казеозна пневмонія). Протипоказані заняття ЛФК при появі медикаментозного або іншої етіології гепатиту, нефриту, міокардиту, алергії на ліки, що іноді розвиваються на фоні комбінованого антибактеріального лікування, яке при туберкульозі триває довго, протягом багатьох місяців і навіть кількох років.

Дисемінований туберкульоз легень, кошотуберкульоз та дифузійний пневмосклерози іншої етіології, ускладнені туберкульозом легень.

При всіх розсіяних процесах у легенях, супроводжуваних розвитком дифузного пневмосклерозу та емфіземи, завданнями ЛФК є не тільки збереження і відновлення загального фізичного стану, але й необхідність корекції вже розвинених порушень легеневої вентиляції, які мають схильність до прогресування.

При дисемінованому туберкульозі легень і при коніотуберкульозі (без фіброзної каверни) слід включати ЛФК у комплексну терапію на ранніх етапах антибактеріального лікування (в умовах стаціонару). Після зняття симптомів інтоксикації призначають спеціальні дихальні вправи, які стимулюють репаративні процеси в легенях за рахунок поліпшення мікроциркуляції.

Із поліпшенням загального стану хворого поряд зі спеціальними дихальними вправами застосовують гімнастичні вправи, що мають загальний вплив на організм, але без великих навантажень. Заняття проводять у формі процедури лікувальної гімнастики і самостійних занять за завданням. Поступово вводять дозовану ходьбу, бадмінтон, настільний теніс.

Співвідношення спеціальних дихальних вправ, спрямованих на формування активного повного видиху без форсування вдиху, і загальнорозвиваючих вправ визначають ступенем дихальної недостатності. Чим більше виражені порушення вентиляції та газообміну, тим більшою має бути питома вага спеціальних вправ, доцільність яких є особливо значною при субкомпенсації хронічного легеневого серця. У цих випадках уся процедура лікувальної гімнастики може складатися тільки з комплексу спеціальних дихальних вправ, які виконують у вихідному положенні сидячи, найбільш вигідному при емфіземі легень.

Протипоказаними є всі вправи, пов’язані з натужуванням (виси, вправи в упорі, підняття ваги та ін.), великі навантаження (навіть короткочасні), стрибки, волейбол, городки через небезпеку розвитку спонтанного пневмотораксу.

Критерієм правильності добору вправ і навантажень є частота пульсу: тахікардія, що звичайно супроводжує субкомпенсацію хронічного легеневого серця і дихальну недостатність, після занять лікувальною гімнастикою зменшується. Хворі відзначають полегшення дихання й охоче виконують запропоновані вправи самостійно 2-3 рази на день і більше.

В умовах санаторію, куди хворих направляють на доліковування і закріплення досягнутого ефекту, крім процедури лікувальної гімнастики, призначають спортивно-прикладні вправи (теренкур, близький туризм, лижі, плавання). При збереженні порушень легеневої вентиляції та ознак емфіземи легень протипоказані волейбол, веслування, городки. Величину навантаження, рекомендовану в санаторіях, визначають за індивідуальною реакцією на стандартну функціональну пробу або на фізичне навантаження, виконуване під час заняття лікувальною гімнастикою і при трудових процесах. Значна тахікардія (більше 120 уд/хв), артеріальна гіпертензія (систолічний тиск більш 150 мм рт. ст.), уповільнене повернення цих показників до вихідних цифр (довше 5-7 хв) свідчать про перевантаження і про необхідність заборони тих чи інших вправ або зниження темпу виконуваної роботи. При збереженні ознак порушення вентиляції за обструктивним типом спеціальні вправи навіть за відсутності задишки мають бути обов'язковими протягом усього життя хворого. їх слід включати у комплекс ранкової гігієнічної гімнастики на етапі диспансерного спостереження після клінічного одужання. Особи, вилікувані від туберкульозу, з наявністю залишкових змін у вигляді пневмосклерозу і неактивних осередків колишнього туберкульозного запалення, можуть виконувати лікувальну гімнастику в відповідних групах ЛФК поліклінік або лікарсько-фізкультурних диспансерів, у здравницях загального типу.

Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень.

Хворі на фіброзно-кавернозну форму туберкульозу мають найбільш несприятливий прогноз щодо лікування. У цій групі хворих хронічний тривалий перебіг процесу супроводжується розвитком грубої рубцевої тканини не тільки навколо фіброзної каверни, але і в місцях бронхогенного відсівання осередкового або інфільтративного запалення в розташованих нижче ділянках легень та у прилеглій плеврі. Порушення вентиляції, як правило, мають змішаний рестриктивно-обструктивний характер, поступово прогресує дихальна недостатність. Повторні курси антибактеріальної терапії малоефективні через характер процесу та розвитку стійкості мікобактерій туберкульозу до лікарських препаратів. Усе це потребує ретельного підходу до вибору тактики лікування й. у першу чергу, хірургі-чної допомоги. Найбільш часто вдаються до резекції частини або всієї ураженої легені, рідше використовують колапсохірургічні методи лікування. У тих випадках, коли лікування через наявність загальних протипоказань до операції або через розповсюдженість процесу обмежують терапевтичними методами, питання режиму рухової активності набуває особливої актуальності.

Перебіг туберкульозного процесу при цій клінічній формі більш сприятливий в умовах тривалого постільного режиму. І навпаки: при активному режимі, а тим більше якщо він містить процедуру лікувальної гімнастики (навіть тільки у вигляді дихальних вправ), перебіг процесу менш сприятливий. У зв'язку з цим фіброзно-кавернозний туберкульоз є протипоказанням до призначення ЛФК у всіх її формах. Таким хворим показаний постільний режим, верандне лікування, аеротерапія без загартовувальних процедур. Виняток із цього правила становлять хворі, яким показане хірургічне втручання з приводу туберкульозу легень. Лікувальна гімнастика у цьому разі входить до комплексної передопераційної підготовки хворих, за 2-3 тиж. до операції. У процедуру лікувальної гімнастики, крім загальнорозвиваючих, рекомендують включати вправи, які будуть необхідні хворому в ранньому післяопераційному періоді - відкашлювання, діафрагмальне дихання, вправи для м’язів верхнього плечового пояса, дрібних м’язових груп кінцівок.

У післяопераційному періоді ЛФК призначають строго індивідуально через 2-4 год після закінчення дії наркозу. Застосовують дихальні вправи (особливо у діафрагмальному диханні), вправи, що сприяють венозному відтоку в кінцівках, відкашлюванню нагромадженого бронхіального секрету.

При операціях торакопластики вже в ранньому післяопераційному періоді набувають значення коригувальні вправи, у тому числі лікування положенням із гіперкорекцією шиї - укладання голови з нахилом в оперований бік з метою запобігти скороченню і контрактурі драбинчастих м’язів на боці збережених ребер (драбинчасті м'язи дистальним кінцем кріпляться до 1-го і 2-го ребер, екстирпованих під час операцій). А в наступні дні після тора-копластики для профілактики розвитку сколіозу у грудному відділі хребта обов'язково у процедуру лікувальної гімнастики необхідно включати коригувальні вправи.

При успішному результаті операції торакопластики і настанні стійкого абацилування призначають загальнорозвиваючі та спеціальні дихальні вправи, спрямовані на формування активного повного видиху за допомогою нижніх ребер та діафрагми.

Спеціальні дихальні вправи та корекція постави необхідні хворим і після пневмонектомії, особливо виконаної в дитячому та підлітковому віці, тому що в залишеній єдиній легені з роками розвиваються явища емфіземи, а м'язи оперованої половини грудної клітки атрофуються, що призводить до сплощення і сколіозу грудного відділу хребта.

Циротичний туберкульоз і пост туберкульозний цироз легень.

Загальною для цих уражень легень є дихальна недостатність, ступінь виразності якої залежить від довжини фіброзних змін у легенях і плеврі, а також від симптомів інтоксикації та характеру патології бронхів. При двобічному туберкульозному та посттуберкульозному цирозі, як правило, спостерігаються симптоми хронічного легеневого серця. Порушення легеневої вентиляції мають змішані обструктивно-рестриктивні прояви.

Проводять ЛФК у формі процедури лікувальної гімнастики (індивідуально або малогруповим методом), самостійних занять за завданням (3-4 рази на день) і дозованої ходьби. Добрий ефект дають дренажні вправи з відкашлюванням, вправи, що сприяють збільшенню дихальних екскурсій грудної клітки і діафрагми, вправи, що тренують атрофічні м’язи грудної клітки і плечового пояса на боці цирозу. Вибір спеціальних дихальних вправ проводять після аналізу анатомо-рентгенологічних і функціональних даних. У зв’язку зі зсувом і деформацією бронхів позу для проведення постурального дренажу ураженої легені добирають емпірично. З огляду на поступовий розвиток емфіземи в неуражених ділянках легень, необхідно використовувати вправи на формування активного повного видиху.

Протипоказаними є вправи, при виконанні яких підвищується внутрішньогрудний тиск (виси, упори, підняття ваги).

Туберкульозні плеврити (серозні.)

На відміну від серозних плевритів іншої етіології. при туберкульозному ураженні плеври випіт зберігається, як правило, тривало, має схильність до осумкування і викликає значні зміни плеври з утворенням фібринозних нашарувань, а потім і сполучної тканини, що перешкоджає усмоктуванню. Такі плевральні шварти у подальшому призводять до розвитку плевропневмосклерозу з панциром звапнілої плеври, циротичною деформацією легені, зниженням у ній вентиляції та збіднінням капілярів легеневої артерії. Найчастіше на цьому фоні виникає бронхіальна астма, що веде хворого до інвалідності.

У зв'язку з цим важливе значення має застосування засобів, що сприяють швидкому усмоктуванню й евакуації ексудату при туберкульозному плевриті та збереженню легеневої вентиляції і мікроциркуляції в легенях. Значне місце в цьому посідає ЛФК.

На першому етапі розвитку ексудативного плевриту рекомендують лікування положенням, використовуючи при цьому нагромаджений ексудат для розшарування внутрішнього і пристінкового листка плеври. Хворому пропонують змінювати положення у постелі: лежати на хворому боці, потім із півповоротом уперед та назад. У кожному з цих положень слід знаходитися по 20 хв кілька разів протягом доби. Така зміна положень перешкоджає утворенню зрощень між листками плеври і виникненню шварт, що порушують усмоктування. Зі стиханням симптомів інтоксикації та зменшенням ексудату руховий режим хворого активізують. У заняття вводять вправи на мобілізацію дихальних екскурсій грудної клітки та діафрагми на боці плевриту, які сприяють усмоктуванню залишків випоту, збереженню та відновленню рухливості ребер і діафрагми.

Якщо ж відбулося осумкування ексудату внаслідок плевральних зрощень, використовують спеціальні вправи («парадоксальне» дихання), які різко збільшують внутрішньогрудний, а отже і внутрішньоплевральний тиск, що сприяє проникненню рідкої частини ексудату крізь малопроникні плевральні оболонки. Ефект дії цих вправ зростає при повторному їх виконанні з поступовим збільшенням кількості повторень кожної або окремих вправ.

Вправи на «парадоксальне» дихання рекомендують також при міжчасткових плевритах, які відрізняються тривалим збереженням випоту через відсутність усмоктувальної здатності міжчасткової плеври. Залучення спеціальних вправ на «парадоксальне» дихання в комплекс традиційних методів лікування осумкованих серозних туберкульозних плевритів різко прискорює процес ліквідації випоту. Однак слід пам’ятати, що ці вправи необхідно застосовувати тільки до розсисання ексудату. Потім їх мають замінити вправи на розтягування, що сприяють відновленню нормальної екскурсії ребер і діафрагми на боці плевриту. Такі вправи не¬обхідно виконувати кілька разів на день до повного відновлення симетрії дихальних екскурсій обох половин грудної клітки та діафрагми. їх потрібно застосовувати у процедурі лікувальної гімнастики, ранкової гігієнічної гімнастики на фоні загально-розвиваючих гімнастичних і спортивно-прикладних вправ. Ці вправи є обов’язковими для профілактики розвитку плевропневмосклерозу як наслідку вилікуваного туберкульозного плевриту або лікувального пневмотораксу, а також віддалених наслідків ускладненого перебігу післяопераційного періоду при операціях на легенях.

Спеціальні вправи на формування активного повного видиху при дисемінованому туберкульозі легень і при коніотуберкульозі.

Усі вправи виконують у повільному темпі, вдих через ніс спокійний, видих повний, дуючий, через напівзімкнені губи. Число повторень кожної вправи визначають індивідуально, відповідно до функціональних можливостей хворого.

В. п. - сидячи або стоячи, руки на плечах. Лікті вниз - вдих, злегка нахиляючись і з’єднуючи лікті - видих.

В. п. - таке саме, руки вниз. Вдих, нахиляючись вправо, права рука вниз, ліва - до пахвової западини - видих; так само - в іншу сторону.

В. п. - сидячи або стоячи, ноги нарізно, руки на поясі. Вдих; нахиляючись, руки до носків - видих.

В. п. - стоячи, ноги разом, руки на поясі. Вдих, нахиляючись, руки до носків - видих; присісти, руками обхопивши коліна - додатковий видих.

Ходьба на місці: 2-3 кроки - вдих, 4-6 кроків-видих.

В. п. - сидячи на стільці, руки на стегнах. Вдих, руками підтягти коліно до грудей - видих; так само другою ногою.

В. п. - сидячи, відкинувшись на спинку стільця, руки на животі, розслабитися, діафрагмальне дихання.

Спеціальні вправи на мобілізацію дихальних екскурсій при плевритах у стадії розсисання, при плевральних зрощеннях і швартах, при однобічному плевропневмосклерозі.

Темп повільний. Вихідне положення, кількість повторень кожної вправи визначають індивідуально відповідно до функціональних можливостей хворого. При супровідному астматичному бронхіті (у хворих на плевропневмосклероз) показана коротка (2-3 с) зат-римка дихання після видиху. При вираженій дихальній недостатності вправи з обтяженням не призначають. Асиметричне обтяження рекомендують при атрофії м’язів плечового пояса на боці плевриту, плевральних швартах.

В. п. - стоячи або сидячи, ноги нарізно, руки на поясі. Відводячи руку «хворої» сторони вбік і назад - вдих, руку опустити - видих.

В. п. - стоячи або сидячи, ноги нарізно, руки вниз. Нахиляючись у «здорову» сторону, протилежну сторону, через сторону вгору - вдих, випрямитися, руку опустити - видих.

В. п. - таке саме. Нахиляючись, пальці обох рук до носка ноги «здорової» сторони - вдих, випрямитися - видих.

В. п. - сидячи, руки вниз. Відводячи руку назад, прогнутися - вдих, підтягуючи руками коліно «хворої» сторони - видих.

В. п. - стоячи, зігнуті руки перед грудьми, у руці «хворої» сторони - гантель. Відводячи прямі руки назад - вдих, повертаючись у в. п. - видих.

В. п. - стоячи, руки вниз, у руці «хворої» сто¬рони - гантель. Піднімаючи прямі руки через сторони вгору - вдих, опускаючи руки - видих.

В. п. - стоячи або сидячи, руки на поясі. Пово¬рот голови у «здорову» сторону, підборіддя злегка підняти - вдих, голову прямо - видих.

Спеціальні вправи на «парадоксальне» дихання при осумкованих плевритах, залишкових плевральних порожнинах після часткових резекцій легені, при пневмоплевритах.

Вправи на «парадоксальне» дихання виконують у повільному темпі. Вдих - при напруженні м’язів і зменшенні об’єму грудної клітки, видих при розслабленні. Ці вправи не слід поєднувати із загальнорозвиваючими або звичайними дихальними. Призначають до повної ліквідації залишкової порожнини, пневмоплевриту або осумкованого плевриту. Необхідно повторно виконувати вправи 3-4 рази на день і поступово збільшити кількість повторень кожної вправи до 20-30 разів.

В. п. - стоячи або сидячи, ноги нарізно, руки до плечей. Зводячи лікті, голову нагнути - вдих, повертаючись у в. п. - видих.

В. п. - стоячи або сидячи, рука «хворої» сторони долонею притиснута до однойменної бічної по¬верхні грудної клітки, другою рукою стиснути лікоть або передпліччя. Нахиляючись у «хвору» сторону - вдих, у в. п. - видих.

В. п. - лежачи або сидячи на стільці, руки на стегнах. Руками підтягти зігнуту ногу «хворої» сторони до грудей - вдих, у в. п. - видих.

В. п. - стоячи або сидячи, рушник на рівні нижнього кута лопатки «хворої» сторони (або через плече «хворої» сторони), біля протилежного боку грудної клітки утримується за кінці руками. Стискаючи рушником грудну клітку - вдих, розслаблюючи рушник - видих [1,78].

. Фізіотерапія

Туберкульоз легень - хронічне інфекційне захворювання, при якому порушуються функції всіх основних систем організму, в першу чергу нервової та імунної. Під прикриттям інтенсивної антибактеріальної терапії (тубазід, фтивазид, салюзід та ін) лікування фізіотерапією носить досить широкий характер.

Лікування фізіотерапією інфільтративного туберкульозу сприятиме розсмоктуванню ексудативного перифокального запалення, при кавернозному туберкульозі - лікування фізіотерапією дозволяє стимулювати репаративні процеси; при туберкульозному плевриті - лікування фізіотерапією сприяє більш швидкому і повному розсмоктуванню випоту і попереджає утворення плевральних спайок. Таке лікування широко використовується в нашому протитуберкульозному санаторії.

Як правило, з перших днів перебування хворого в стаціонарі призначається тільки аерозольна антибактеріальна терапія, тому інші методи лікування фізіотерапією призначаються значно пізніше, в ході санаторно-курортного лікування, коли відсутня інтоксикація організму, немає небезпеки дисемінації туберкульозного процесу і виникнення кровотечі.

Лікування фізіотерапією інфільтративного туберкульозу легенів проводиться наступними методами:

· низькочастотна магнітотерапія пульсуючим магнітним полем. Цей метод призначається одним з перших і може ефективно сприяти розсмоктуванню ексудативного перифокального запалення. Лікування фізіотерапією в даному випадку проводиться за допомогою апарата «Полюс-1». Прямокутні індуктори апарату розташовують контактно, стабільно різнойменними полюсами над областю інфільтрату. Частота 50 Гц, магнітна індукція 30-40 мТл. Тривалість процедури 30 хв щодня. Курс лікування фізіотерапією - 20 процедур.

· інфрачервона лазерна терапія. Випромінюючу головку встановлюють контактно над областю інфільтрату, методика скануюча. Частота імпульсів 1500 Гц, імпульсна потужність 4-6 Вт Тривалість процедури 8-10 хв щодня. Курс лікування фізіотерапією - 10 процедур. Лазерну терапію підключають на другій половині курсу магнітотерапії.

· ультразвукова терапія. Застосовується методика скануюча над областю інфільтрату. Режим безперервний, інтенсивність 0,4-0,6 Вт/см2. Тривалість процедури 8 хв щодня. Курс лікування фізіотерапією - 10 процедур. Ультразвукову терапію призначають після курсу магнітолазерної терапії.

· деціметроволновая терапія. Лікування фізіотерапією проводиться з застосуванням апарата «Хвиля-2». Циліндричний випромінювач апарату встановлюють над областю інфільтрату з зазором 5 см. Потужність 40 ВтТривалість процедури 10-12 хв щодня. Курс лікування фізіотерапією - 10 процедур.

· при необхідності лікування фізіотерапією може проводиться методом електрофорезу ПАСК, салюзіда (вводяться з катода) на область грудної клітини над інфільтратом. Сила струму 5-8 мА. Тривалість процедури 15-20 хв щодня. Курс лікування фізіотерапією - 15-20 процедур.

Лікування фізіотерапією кавернозного туберкульозу легенів проводиться наступними методами:

· ультразвукові аерозольні інгаляції антибактеріального препарату (солютізон та ін.). Тривалість інгаляції 10 хв, щодня. Курс лікування фізіотерапією - 20 процедур.

· лікування фізіотерапією із застосуванням методу внутрішньоорганного електрофорезу антибактеріального препарату проводять після ультразвукової аерозольної інгаляції. Електроди з прокладками установлюють поперечно на грудну клітку над ураженої областю. Сила струму 3-5 мА. Тривалість процедури 30 хв щодня. Курс лікування фізіотерапією - 10 процедур.

· ультразвукова терапія або внутріорганних ультрафонофорез (після інгаляції антибіотиків). Методика скануюча над областю каверни. Режим імпульсний, інтенсивність 0,2-0,4 Вт/см2. Тривалість процедури 6-8 хв щодня. Курс лікування фізіотерапією - 10 процедур.

· лікування фізіотерапією із застосуванням високоинтенсивной імпульсної магнітотерапії. Використовується апарат АМІТІ-01. Індуктори апарату встановлюють контактно на грудну клітку над областю каверни. Інтенсивність магнітного поля 400-800 мТл, інтервал між імпульсами 100 мс. Тривалість процедури 8-10 хв щодня. Курс лікування фізіотерапією - 10 процедур.

· інфрачервона лазерна терапія. Випромінюючу головку встановлюють контактно над областю каверни, методика скануюча. Частота імпульсів 10 Гц, імпульсна потужність 4-6 Вт. Тривалість процедури 10 хв щодня. Курс лікування триває 10 процедур. Ефективно лікування фізіотерапією з поєднанням впливу апаратами АМІТІ-01 і інфрачервоної лазеротерапії.

· високоінтенсивна імпульсна магнітна і світлова терапія апаратом АМІСТ-01.Лікування фізіотерапією проводиться за методикою впливу та інтенсивності магнітного поля - як при використанні апарату АМІТІ-01. Режим випромінювання світлодіодів імпульсний. Метод призначається замість впливу апаратами АМІТІ-01 і інфрачервоної лазеротерапії.

Лікування фізіотерапією проводиться із застосуванням енергії різних видів електричного струму, електричних і магнітних полів. Відповідно до класифікації А. Н. Обросова і Н. М. Лівенцова (1964), особливості впливу різних способів електролікування при лікуванні фізіотерапією залежать від виду енергії, режиму дії. Так, зокрема, сучасне апаратне лікування фізіотерапією проводиться із застосуванням постійного струму в безперервному і імпульсному режимі, змінного електричного струму в безперервному і імпульсному режимі, електромагнітного поля в імпульсному і безперервному режимі, постійного електричного поля в безперервному режимі [3,179].

. Лікувальне харчування при туберкульозі

Захворювання викликається мікобактерією туберкульозу <http://ua-referat.com/%D0%A2%D1%83%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%BA%D1%83%D0%BB\_%D0%B7>. Можуть уражатися різні органи і системи (легені, кишечник, кістки і суглоби, нирки <http://ua-referat.com/%D0%9D%D0%B8%D1%80%D0%BA%D0%B8>, серозні оболонки, гортань і носоглотка, шкіра <http://ua-referat.com/%D0%A8%D0%BA%D1%96%D1%80%D0%B0>, печінка, серцево-судинна система <http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D1%86%D0%B5%D0%B2%D0%BE-%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%BD%D0%B0\_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0> і т. д.).

Патогенетичні механізми визначають важливу роль лікувального харчування в комплексній терапії туберкульозу.

Дієтотерапія спрямована на підвищення захисних сил організму, стимуляцію репаративних процесів, нормалізацію обмінних порушень, відновлення порушених функцій і зниження гіперергії організму.

Лікувальне харчування має будуватися з урахуванням локалізації, характеру процесу, ступеня активності, реактивної здатності організму, стану органів травлення, вгодованості і способу життя <http://ua-referat.com/%D0%96%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%8F> хворого, супутніх захворювань та ускладнень, функціонального стану уражених органів.

При розрахунку загальної калорійності, поряд з урахуванням росту, маси тіла, статі і способу життя (режиму) хворого, необхідно мати <http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%B8> на увазі часте наявність при туберкульозі підвищеної витрати <http://ua-referat.com/%D0%92%D0%B8%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8> енергії, пов'язаного з інфекцією <http://ua-referat.com/%D0%86%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%97> і гарячковим станом М. В. Певзнер рекомендує призначати на кожен кілограм маси тіла;

а) при режимі повного спокою - 35 ккал;

б) при режимі відносного спокою (лежання - 5-6 год протягом дня) з невеликими-прогулянками - 40 ккал;

в) при тренувальному режимі (лежання 3,5 год протягом дня, рухливі ігри та трудові процеси) - 45 ккал;

г) при трудовому режимі з 2-годинним відпочинком <http://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BA> протягом дня і роботою протягом 3-6 год - 50 ккал.

При масі тіла хворого нижче за норму і прогресуючому схудненні показано призначення посиленого харчування, яке передбачає підвищення калорійності на 1/3 в порівнянні з належною. Не слід вдаватися до посиленого харчування при виражених порушеннях діяльності шлунка, кишечника, печінки і серцево-судинної системи. Практикувалося раніше більш значне підвищення калорійності, так зване «надмірне» харчування, себе не виправдало; воно веде до перевантаження органів травлення, проміжного обміну, перенапруження регуляторних механізмів, ослаблення захисних сил і підвищенню алергізації організму. Про благотворний вплив посиленого харчування свідчить не стільки збільшення маси тіла, скільки поліпшення апетиту, настрою і поява бадьорості. Разом з тим, якщо маса <http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B0%D1%81%D0%B0> тіла хворого при посиленому харчуванні не збільшується, необхідно переглянути якісний склад <http://ua-referat.com/%D0%A1%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4> їжі.

У зв'язку з посиленим білковим розпадом показано включення в раціон підвищеної кількості білка (в період спалаху до 2,5 г і поза спалаху туберкульозного <http://ua-referat.com/%D0%A2%D1%83%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%BE%D0%B7>процесу до 1,5-2 г на 1 кг маси тіла), що сприяє підвищенню опірності організму до туберкульозної інфекції <http://ua-referat.com/%D0%86%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%97>; не менше половини належної кількості білків повинні бути тваринного походження (м'ясо, риба, яйця, молоко, сир та ін.).

Є дані про можливе утворення речовин, що володіють антибіотичну <http://ua-referat.com/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B1%D1%96%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8> дію, в процесі <http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81> обміну в організмі таких амінокислот, як аргінін, триптофан <http://ua-referat.com/%D0%A2%D1%80%D0%B8%D0%BF%D1%82%D0%BE%D1%84%D0%B0%D0%BD>, фенілаланін. Тому доцільно рекомендувати включення в раціон харчових продуктів, що містять ці амінокислоти <http://ua-referat.com/%D0%90%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%BE%D0%BA%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%B8> (молоко, сир, судак, тріска, яловичина, курка, баранина, свинина, вівсяна і гречана крупи, пшоно, рис, соя, квасоля, ячмінь, горох, морква, картопля, капуста та ін.).

Поза спалаху туберкульозного процесу слід забезпечувати організм нормальною кількістю вуглеводів (7 г на 1 кг маси тіла). При активізації процесу рекомендується знижувати їх вміст у раціоні (до 4-5 г на 1 кг маси тіла), що має протизапальну дію. Обмеження вуглеводів, особливо легкозасвоюваних (цукор, мед, варення тощо), показано при порушеннях нервової регуляції, які проявляються лабільністю вегетативної нервової системи (стерті симптоми гіпо-та гіперглікемії), гіперсенсибілізації організму.

Раніше практикувалося вживання великої кількості жиру не рекомендується, так як він чинить негативний вплив на організм. Надлишок жирів у раціоні сприяє ацидотический зрушення, ускладнює діяльність органів травлення, викликає проноси <http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8>, жирову інфільтрацію печінки, пригнічує і без того часто знижену шлункову секрецію і апетит. Швидка насичуваність веде до недостатнього введення в організм білків, вітамінів і мінеральних речовин. В даний час обгрунтовано доцільність певного обмеження кількості жирів у раціоні в період активізації туберкульозного процесу <http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81>(до 1 г на 1 кг маси тіла) і нормальної кількості жирів (1,5 г на 1 кг маси тіла) у фазі ремісії. Слід віддавати перевагу <http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B2%D0%B0%D0%BB> вершковому маслу і рослинних жирах. Останні є основним джерелом незамінних жирних кислот.

При туберкульозі має місце підвищена потреба у вітамінах <http://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D1%82%D0%B0%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%B8> (ретинол, аскорбінова кислота, вітамін О, тіамін, рибофлавін, піридоксин, нікотинова кислота), особливо при наявності уражень органів травлення (ентероколіт, гастрит <http://ua-referat.com/%D0%93%D0%B0%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B8%D1%82>, гепатит <http://ua-referat.com/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82> і т. д.), які ускладнюють засвоєння вітамінів . Недолік деяких вітамінів (піридоксин, аскорбінова кислота та ін) може бути викликаний застосуванням ряду антибактеріальних засобів (ПАСК-натрій, фтивазид, ізоніазид, ларусаі та ін.) У експерименті на тваринах <http://ua-referat.com/%D0%A2%D0%B2%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B8> доведена підвищена сприйнятливість до туберкульозу за відсутності в харчовому раціоні вітамінів. Забезпечення організму достатньою кількістю вітамінів робить благотворний вплив на перебіг туберкульозу.

Збіднення організму кальцієм, його протизапальну і десенсибілізуючу вплив визначає необхідність збагачення раціону солями кальцію за рахунок багатих ними продуктів (молоко, сир, сир, капуста, листяний салат, бобові, родзинки і т, д.). Кращому засвоєнню кальцію сприяє введення його в оптимальних співвідношеннях з фосфором <http://ua-referat.com/%D0%A4%D0%BE%D1%81%D1%84%D0%BE%D1%80> (1: 1 або 2: 1) і забезпечення організму достатньою кількістю вітаміну В. Фіксації кальцію в тканинах сприяє обмеження кількості солі. Рекомендується її вживання в період спалаху туберкульозного процесу до 8 г і в неактивній фазі до 12 г на добу. Наявність рідини в порожнинах (ексудативний плеврит <http://ua-referat.com/%D0%95%D0%BA%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D0%B9\_%D0%BF%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B8%D1%82>, емпієма, транссудат) служить показанням до більш різкого обмеження вживання солі (2-4 г на добу), що сприяє розсмоктуванню рідини. Разом з тим після великих крововтрат, профузних проносів <http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%B8>, частої блювоти необхідно вводити підвищену кількість солі (20-25 г на добу).

Слід забезпечувати потребу організму в інших мінеральних речовин (залізо <http://ua-referat.com/%D0%97%D0%B0%D0%BB%D1%96%D0%B7%D0%BE>, магній <http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D1%96%D0%B9> тощо).

Оскільки тубінтоксікація сприяє підвищенню гідрофільності тканин, необхідно уникати вживання надмірної кількості рідини.

Для підвищення часто зниженого апетиту рекомендується урізноманітнити меню <http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B5%D0%BD%D1%8E>, включати в нього з урахуванням можливих протипоказань стимулятори шлункової секреції (м'ясний бульйон, рибна юшка <http://ua-referat.com/%D0%AE%D1%88%D0%BA%D0%B0>, оселедець та ін), піклуватися про високі смакові якості та гарному оформленні страв, виробити індивідуальний режим харчування з регулярним прийомом <http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%B9%D0%BE%D0%BC%D1%83> їжі і вживанням основного її кількості під час зниження температури. Важливо створити сприятливу зовнішню обстановку під час їжі (чисте і добре провітреному приміщенні, відсутність зайвого шуму, приємне сусідство і т. д.), при перевтомі - короткочаснийвідпочинок <http://ua-referat.com/%D0%92%D1%96%D0%B4%D0%BF%D0%BE%D1%87%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BA> перед і після обіду, усунути можливий негативний вплив деяких лікарських засобів, забезпечити організм достатньою кількістю вітамінів, проводити активне лікування туберкульозного процесу[2,68].

Розділ ІІІ. Профілактика туберкульозу

Профілактика туберкульозу посідає важливе місце в комплексі заходів, спрямованих на боротьбу з туберкульозом.

Профілактика туберкульозу складається із соціальної і санітарної профілактики, специфічної профілактики (вакцинація і ревакцинація БЦЖ) і хіміопрофілактики.

Соціальна профілактика спрямована на оздоровлення умов зовнішнього середовища, підвищення матеріального добробуту населення, зміцнення його здоров’я, поліпшення харчування і житлово-побутових умов, розвиток масової фізичної культури і спорту, проведення заходів щодо боротьби з алкоголізмом, наркоманією, тютюнопалінням та іншими шкідливими звичками.

Санітарна профілактика має на меті попередити інфікування МБТ здорових людей, обмежити і зробити безпечним контакт із хворим на туберкульоз в активній формі (особливо з бактеріовиділювачем) оточуючих його здорових людей у побуті й на роботі. Найважливіша складова частина санітарної профілактики - проведення соціальних, протиепідемічних і лікувальних заходів у вогнищі туберкульозної інфекції, тобто в сім’ї і житлі хворого на туберкульоз - бактеріовиділювача.

Критеріями епідемічної небезпеки вогнища туберкульозної інфекції є масивність і сталість виділення хворим МБТ, сімейно-побутові умови проживання хворого, поведінка, загальна культура і санітарна грамотність хворого й оточуючих його осіб. На підставі цих критеріїв вогнища туберкульозної інфекції за ступенем епідемічної небезпеки поділяють на три групи. Відповідно до цього поділу визначають об’єм і зміст профілактичних заходів у вогнищі.

Вогнище I групи - найбільш несприятливе:

хворий із хронічним деструктивним туберкульозом постійно виділяє МБТ, проживає в комунальній квартирі або гуртожитку;

у сім’ї хворого є діти, підлітки, вагітні;

сім’я має погані житлові умови, хворий та оточуючі його особи не дотримуються гігієнічних правил поведінки.

Вогнище II групи - відносно несприятливе:

у хворого мізерне бактеріовиділення, стабільний туберкульозний процес;

у сім’ ї хворого дорослі особи, відсутні обтяжливі чинники;

хворий є умовним бактеріовиділювачем, але в його сім’ ї є діти і наявні обтяжливі чинники.

Вогнище III групи - потенційно небезпечне: хворий - умовний бактеріовиділювач, у сім’ ї хворого лише дорослі, хворий і оточуючі його особи виконують усі необхідні санітарно-гігієнічні заходи профілактики туберкульозу [16,97].

. Вакцинація і ревакцинація БЦЖ

Методами специфічної профілактики туберкульозу, що використовуються в усіх країнах світу, є вакцинація і ревакцинація БЦЖ. Вакцинний штам БЦЖ був отриманий у 1919 р. французькими вченими A. L. Ch. Calmette і C. Guerin і названий їх ім’ям.

Для вакцинації використовується штам БЦЖ, він нешкідливий, йому властиві специфічність, алергенність й імуногенність, зберігає залишкову вірулентність, обмежено розмножується в організмі вакцинованого, перебуваючи у лімфатичних вузлах. Для профілактики застосовують суху вакцину БЦЖ як найбільш стабільну, здатну досить тривало зберігати необхідну кількість живих МБТ.

Ефективність протитуберкульозних щеплень БЦЖ проявляється у тому, що серед вакцинованих і ревакцинованих дітей і підлітків захворюваність на туберкульоз нижча, ніж серед невакцинованих. З уведенням у широку практику вакцини БЦЖ значно зменшилася захворюваність дітей і підлітків на тяжкі форми туберкульозу - міліарний туберкульоз, туберкульозний менінгіт, казеозну пневмонію, що майже зникли у хворих на туберкульоз дітей.

Використовується внутрішньошкірний метод уведення вакцини БЦЖ: уводять у зовнішню поверхню лівого плеча на межі верхньої і середньої третини внутрішньошкірно дозою 0,05 мг, що міститься в 0,1 мл суспензії.

На місці внутрішньошкірного уведення вакцини розвивається специфічна реакція у вигляді інфільтрату діаметром 5-10 мм, потім пустули з невеликим вузликом у центрі, невеликої виразки, кірочки і рубця. У немовлят нормальна реакція на щеплення з’являється через 4-6 тиж після уведення вакцини, запальні зміни на місці щеплення підлягають зворотному розвитку протягом 2-4 міс, рідше - за більш тривалий термін. При правильно виконаній вакцинації у 90-95 % щеплених утвориться поверхневий рубець діаметром 2-10 мм. Надалі за наявністю рубця роблять висновки про якість вакцинації.

Вакцина БЦЖ має вигляд білої порошкоподібної маси, вмщеної в запаяну під вакуумом ампулу. Одна ампула містить 1 мг вакцини БЦЖ, що становить 20 доз по 0,05 мг препарату. Вакцина зберігається в холодильнику при температурі не вище +8 °С. Перед використанням вакцину БЦЖ розводять 2 мл стерильного 0,9%-го ізотонічного розчину хлориду натрію, що в ампулах додається до вакцини. Розведену вакцину застосовують відразу або у виняткових випадках при дотриманні стерильності і захисту від дії сонячного світла вона може бути використана протягом не більше 2-3 год, після чого невикористана вакцина знищується.

Ускладнення при вакцинації БЦЖ виникають, зазвичай, якщо порушується техніка уведення препарату.

Ускладненнями вважаються підшкірні холодні абсцеси, виразки діаметром 10 мм і більше, регіонарні лімфаденіти (пахвинні, шийні, надключичні) із збільшенням вузла до 1,5 см і більше, келоїдні рубці діаметром 10 мм і більше.

Вакцинацію БЦЖ немовлят проводять на 4-5-й день життя. Протипоказання до їх вакцинації: гнійно-септичні захворювання, внутрішньоутробна інфекція, генералізовані шкірні ураження, гемолітична хвороба новонароджених, гострі захворювання, тяжкі пологові травми з неврологічною симптоматикою, генералізована інфекція БЦЖ, виявлена в інших дітей у сім’ ї; недоношеність при масі тіла менше 2000 г.

У зв’язку із збільшенням кількості новонароджених дітей, у яких наявні медичні протипоказання до вакцинації, розроблена і рекомендована до застосування вакцина БЦЖ-М із зменшеним вдвічі антигенним навантаженням. Одна ампула містить 0,5 мг вакцини БЦЖ-М, що становить 20 доз, кожна по 0,025 мг препарату.

У вакцинованих при народженні дітей імунітет зберігається протягом 5-7 років. Після закінчення цього терміну виникає необхідність ревакцинації.

Ревакцинацію БЦЖ проводять у 7 і 14 років за наявності негативної реакції Манту з 2 ТО ППД-Л.

Протипоказаннями до ревакцинації дітей і підлітків є: інфікованість МБТ або раніше перенесений туберкульоз; позитивна або сумнівна реакція на пробу Манту з 2 ТО ППД-Л; ускладнені реакції на попередні щеплення БЦЖ; гоcтрі і інфекційні й неінфекційні захворювання, включаючи перюд реконвалесценції; хронічні захворювання в стадії загострення і декомпенсації; алергічні хвороби (шкірні та респіраторні) у стадії загострення; злоякісні захворювання крові і новоутворення; імунодефіцитні стани, лікування імунодепресантами.

Особи, тимчасово звільнені від щеплень, повинні бути взяті під нагляд та облік і щеплені після видужання і зняття протипоказань.

Після виконання вакцинації і ревакцинації БЦЖ інші профілактичні щеплення можуть проводитися не раніше, ніж через 2 міс.

Цей термін необхідний для вироблення поствакцинального імунітету.

Як і у випадку інших цільноклітинних убитих або атенуйованих вакцин, при уведенні БЦЖ імунна система організму стикається з виключно складним набором антигенів. Складність антигенного складу даного типу вакцин обумовлює як їх переваги, так і недоліки. Багаточисленні антигени таких вакцин конкурують за презентуючі клітини, а імунодомінуючі антигени не завжди індукують максимальну протекцію. Однак завжди існує вірогідність того, що в складній суміші є імуносупресивні елементи або молекули, які модулюють імунну відповідь в небажаному напрямі.

Пошуки нової протитуберкульозної вакцини доводили до відчаю не одне покоління ентузіастів-дослідників.

Багаточисленні і трудомісткі спроби зрозуміти фундаментальні механізми протективного імунітету при мікобактеріальній інфекції привели лише до усвідомлення його складності і не дозволили встановити надійні імунологічні кореляти протекції і сформувати базу для «раціонального» відбору перспективних вакцин.

Розробляються нові вакцини на базі БЦЖ, субодиничні вакцини (кількість антигенів у вакцині зводиться до обмеженого набору молекул, важливих для індукції протективного імунітету), ДНК-вакцини (використовують кільцеву двониткову ДНК бактеріальної плазміди). Кожна із створюваних вакцин має свої переваги і недоліки. Це стимулює науковців на подальші розробки в пошуку оптимальної вакцини.

. Хіміопрофілактика

Під хіміопрофілактикою розуміють застосування протитуберкульозних препаратів із метою попередження туберкульозу в осіб, що підлягали найбільшій небезпеці інфікування й захворювання на туберкульоз.

Хіміопрофілактика проводиться дітям, підліткам і дорослим, не інфікованим МБТ, з негативною реакцією на туберкулін (первинна хіміопрофілактика). Вона застосовується як короткочасний невідкладний захід особам у вогнищах туберкульозної інфекції в особливо несприятливій ситуації.

Вторинна хіміопрофілактика проводиться інфікованим особам, тобто позитивно реагуючим на туберкулін, у яких клініко-рентгенологічні прояви туберкульозу відсутні.

Хіміопрофілактику проводять для попередження захворювання на туберкульоз таким групам населення: дітям, підліткам і дорослим, що знаходяться в постійному контакті з хворими на туберкульоз; клінічно здоровим дітям і підліткам, вперше інфікованим МБТ; особам із стійкими гіперергічними реакціями на туберкулін; особам, що мають сліди раніше перенесеного туберкульозу, за наявності несприятливих чинників (гострі захворювання, операції, травми, вагітність та ін.), здатних спричинити загострення туберкульозу, а також особам, раніше вилікуваним від туберкульозу, з великими залишковими змінами в легенях, що знаходяться в небезпечному оточенні; особам з віражем туберкулінових реакцій.

У конкретній епідеміологічній ситуації хіміопрофілактика може бути призначена й іншим несприятливим щодо туберкульозу групам населення. Серед осіб, яким проводилася хіміопрофілактика, кількість захворювань на туберкульоз у 5-7 разів менша порівняно з відповідними групами осіб, яким вона не проводилася.

інфекція гастрит туберкульозний хіміотерапія

Висновок

1. Туберкульо́з (від лат. <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0\_%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B0> Tuberculum - горбок)- інфекційна <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%86%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F> хвороба <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%B0>, яка викликається мікобактеріями <http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D1%96%D0%BA%D0%BE%D0%B1%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%96%D1%8F&action=edit&redlink=1> туберкульозу і характеризується утворенням специфічних гранульом <http://uk.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%BE%D0%BC%D0%B0&action=edit&redlink=1> в різноманітних органах <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD> та тканинах <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%BD%D0%B0\_(%D0%B1%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F)> (найчастіше у легенях <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D1%96>) і поліморфною <http://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%BB%D1%96%D0%BC%D0%BE%D1%80%D1%84%D1%96%D0%B7%D0%BC\_(%D0%B1%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F)> клінічною картиною.

Сьогодні у світі налічується 50-60 мільйонів хворих на туберкульоз, щороку захворює 7−10 мільйонів, помирає 3 мільйони осіб. Одна хвора людина може інфікувати за рік 10-15 людей.

. Після зняття симптомів інтоксикації (нормалізації температури, зникнення анорексії, підвищеної стомлюваності, нічних потів, ознобів та ін. можна рекомендувати хворому активний руховий режим із поступовим збільшенням фізичних навантажень. Однак не можна включати у заняття максимальні та субмаксимальні навантаження навіть для осіб із достатньою фізичною підготовленістю (тренованих).

Лікування фізіотерапією інфільтративного туберкульозу сприятиме розсмоктуванню ексудативного перифокального запалення, при кавернозному туберкульозі - лікування фізіотерапією дозволяє стимулювати репаративні процеси; при туберкульозному плевриті - лікування фізіотерапією сприяє більш швидкому і повному розсмоктуванню випоту і попереджає утворення плевральних спайок. Таке лікування широко використовується в нашому протитуберкульозному санаторії.

Дієтотерапія спрямована на підвищення захисних сил організму, стимуляцію репаративних процесів, нормалізацію обмінних порушень, відновлення порушених функцій і зниження гіперергії організму.

Лікувальне харчування має будуватися з урахуванням локалізації, характеру процесу, ступеня активності, реактивної здатності організму, стану органів травлення, вгодованості і способу життя <http://ua-referat.com/%D0%96%D0%B8%D1%82%D1%82%D1%8F> хворого, супутніх захворювань та ускладнень, функціонального стану уражених органів.

. Профілактичні заходи: після виявлення хвороби усі члени родини повинні негайно пройти флюорографічне обстеження. У разі виявлення відкритої форми туберкульозу на період бактеріовиділення хворий має бути ізольований у стаціонар. У помешканні хворого з бактеріовиділенням працівники санітарно-епідеміологічної служби повинні провести дезинфекцію, помешкання прибирається з використанням засобів дезинфекції, посуд підлягає 30-ти хвилинному кип'ятінню з використанням 2% розчину соди або 2% освітленого розчину хлорного вапна (20 г. хлорного вапна розчиняється віл. води і настоюється впродовж доби).

Проводиться специфічна профіліктика за допомогою вакцини БЦЖ. Первинна вакцинація проводиться доношеним новонародженим дітям у пологовому будинку на 3-5 день життя. Ревакцинацію здійснюють здоровим дітям, які мають негативну реакцію Манту з 2 ТО в 7 і 14-річному віці.

Хіміопрофілактику протитуберкульозними препаратами проводять здоровим людям, у яких підвищений ризик захворювання на туберкульоз.

Список використаних джерел

1. Лікувальна фізична культура: Підручник / В. С. Соколовський,Н.О. Романова, О. Г. Юшковська. - Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. - 234 с.

. Дубровський В.І. Валеологія. Здоровий образ життя \ Передмова В.Н. Мошков. - М.:RETORIKA-А: Флинта, 1999. - 560с.

. Мухін В.М. Фізична реабілітація.- М.: Вид. НУФВСУ «Олімпійська література», 2005. - 470с.

. Грейда Б.П., Завацький В.I. Лiкувальна фiзична культура. - Луцьк, 1993. - 88с.

.Основи курортології: Посібник для студентів та лікарів. За редакцією М.В. Лободи, Е.О. Колесника. - К.: Видавець Купріянова О.О., 2003. - 512 с.

.Грейда Б.П., Завацький В.I. Лiкувальна фiзична культура. - Луцьк, 1993. - 88с.

. Журавлева А.И., Граевскя Н.Д. Спортивная медицина и лечебная физкультура / Руководство. - М.: Медицина, 1993. - 432 с.

.Лечебная физическая культура: Справ. изд. / Под. ред. В.А. Епифанова.- М.: Медицина, 1987. - 528 с.

. Физическая реабилитация: Учебн. Для академий и институтов физ. культ. / под. ред. С.Н. Попова. - Ростов н/д: “Феникс”, 1999. - 608 с.

.Курортологія і фізіотерапія, під ред. В.М. Боголюбова, т. 1, с. 84, М., 1985.

.Воронін Н.М. Основи медичної та біологічної кліматології, с.276, М., 1981;

.Лікувальна фізична культура та масаж - П.И.Готовцев, А.Д.Субботін, В.П.Селіванов 1987 г. - 160 с.

.Бібліогр.: Бокша В.Г. і Богуцький Б.В. Медична кліматологія і кліматотерапія, с.173, 184, Київ, 1980;

.Перельман М. И., Корякин В. А., Богадельникова И. В. Фтизиатрия. ОАО Издательство «Медицина», 2004.

.Обережно: туберкульоз//Міщиха Оксана, к.м.н., лікар-фтизіатр, "Слово «Просвіти», число 3 (243), березень 2002, с. 11.

.Галинская Л. А. Туберкулёз, Ростов-на-Дону, 2000г.

.Бактериальные болезни растений, 2 изд., М., 1960г.

.Эйнис В. Л. Туберкулёз, клиника, профилактика и лечение, М., 1961г.

.Щебанов Ф. В. Туберкулёз, М., 1969г.

.Похитонова М. П. Клиника, профилактика и лечение туберкулёза у детей, 5 изд., М., 1965г.

.Словарь-справочник фитопатолога, под ред. П. Н. Головина, 2 изд., Л., 1967г.

.Малая медицинская энциклопедия, М., т. 2,6, 1996г.

.Ротов В. И. , Кокуричев П. И. , Савченко П. Е. Туберкулёз сельскохозяйственных животных 1973 г

.Помельцов К.В. Рентгенологическая диагностика туберкулеза легких. М.:Медицина, 1971. 367 с.

.Рубинштейн Г.Р. Туберкулез легких. М., 1948. 228 с.

.Струков А.И., Соловьева И.Л. Морфология туберкулеза в современных условиях. М.: Медицина, 1986. 228 с.

.Ерохин В.В., Земскова З.С., Уварова О.А. и др. Патологоанатомическая диагностика прогрессирующих форм туберкулеза легких в связи с новой клинической классификацией // Пробл. туб. 1996. №4. С. 32-37.

.Авербах М.М. Туберкуломы легкого. Клинико-анатомический анализ, патологическая анатомия, патогенез и классификация по материалам резекций. М.:Медицина, 1969. 336 с.

.Александрова А.В. Рентгенологическая диагностика туберкулеза органов дыхания. М.:Медицина, 1983.