# История болезни.

# Фамилия, имя, отчество -

*Возраст -* ***29 лет*** *(17.11.1970г.).*

*Семейное положение: холост.*

*Адрес – г. Москва, ул. Большая Садовая 3, кор. 1, кв. 79.*

# Профессия – спортивный тренер.

*Дата поступления в клинику – 28.06.2000г.*

*Дата курации – 25.09.2000г.*

*История жизни.*

Рос и развивался нормально.

*После средней школы служил в армии (авиация).*

*Образование высшее техническое (закончил МАТУ).*

*Работал спортивным тренером.*

*Живет в отдельной квартире с матерью и отцом, родители здоровы.*

*Бытовые условия хорошие, питание достаточное.*

*В августе 2000 года бросил курить (курил в течение 4 лет, по пачке сигарет в день), злоупотребление алкоголем отрицает.*

*Перенесенные заболевания: детские инфекции..*

*В 1997- 1999 годах находился в заключении (ст. 163, п.2,а,г).*

*История заболевания.*

С июня 1997 года находился в заключении (г. Вологда). Содержался в течении 2-х лет вместе с больными туберкулезом, условия жизни были плохие, питание недостаточное. Обследовался флюорографически 2 раза в году, патологии обнаружено не было. В августе 1999 года появилась потливость, повышения температуры до 37,4, общая слабость, сонливость, повышенная утомляемость. С августа по ноябрь 1999 года больной похудел на 23 кг. В этот же период, со слов больного, он 5 раз терял сознание (обмороки продолжались минуту, сопровождались испариной) /интоксикация/. В ноябре присоединился непродуктивный кашель, через месяц началось выделение мутной мокроты. Изменения в легких выявлены в ноябре 1999 года, в декабре 1999 года выявлены МБТ в мокроте. Больной был госпитализирован в туберкулезную больницу для заключенных, где получал стрептомицин, рифампицин, этамбутол, пиразинамид, гемодез, глюкозу, тубазид в течении 5 месяцев. Отмечалась положительная динамика. Через 1 месяц нормализовалась температура, отмечалась прибавка веса в 10 кг. В январе 2000 года - прекращение выделения МБТ. Освобожден по амнистии 26 мая 2000 года.

*С мая - ухудшение состояния, появились боли в груди.*

*Поступил 28. 06. 2000 на долечивание. При поступлении жалоб не предъявлял. Во время пребывания в клинике получал микобутин, протионамид, этамбутол, пиразинамид, тиосульфат натрия, витамин Е. Побочных реакций на препараты не отмечалось. Отмечает улучшение состояния, прибавка веса составляет 10 кг. Жалоб на момент курации не предъявляет.*

*Вероятно, что именно во время пребывания в местах лишения свободы (контакты с заключенными, больными туберкулезом) и возникло настоящее заболевание.*

*Данные объективного обследования.*

*Состояние больного относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Тип телосложения гиперстенический. Нарушений осанки и походки не отмечается. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Лицо не выражает болезненных проявлений. Температура 36,8 С.*

*Кожные покровы на момент осмотра бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Эластичность кожи хорошая. Рост волос не нарушен. Ногти не изменены.*

*Подкожный жировой слой развит (толщина кожной складки на животе на уровне пупка +3 см ), распределен равномерно. Отеков нет.*

*При осмотре лимфатические узлы не видны, не пальпируются.*

*Общее развитие мышечной системы хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Мышечная сила хорошая. Гиперкинетических*

*расстройств не выявлено.*

*Исследование костной системы. Жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается. Плоскостопия не отмечается. Суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними нормальной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью.*

*Исследование системы дыхания . Жалоб на одышку, удушье, кашель, выделение мокроты, кровохарканье, боли в грудной клетке нет.*

*Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Обоняние сохранено. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании гортани болезненности не определяется. Грудная клетка конической формы, без деформации. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выраженны справа и слева. Ключицы и лопатки располдагаются*

*на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют.*

*Тип дыхания - преимущественно брюшной. Частота дыхания - 22 в минуту.*

*Ритм дыхания правильный. При пальпации грудной клетки болезненности не*

*отмечается. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.*

*При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.*

***Нижние границы лёгких***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Топографические*  *линии* | *слева* | *справа* |
| *окологрудинная* | *6 межреберье* | *—* |
| *Среднеключичная* | *7 межреберье* | *—* |
| *Передняя подмышечная* | *8 ребро* | *8 межреберье* |
| *Средняя подмышечная* | *9 ребро* | *9 межреберье* |
| *Задняя подмышечная* | *10 ребро* | *10 ребро* |
| *лопаточная* | *11 ребро* | *11 ребро* |
| *Околопозвоночная* | *остистый отросток 11 грудного позвонка* | *остистый отросток 11 грудного позвонка* |

*Аускультативно дыхание жесткое над областями верхних долей обоих легких. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Симптом "барабанных палочек отрицательный.*

*Исследование системы кровобращения. Жалоб на боли в области сердца, учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку, кашель, кровохарканье, удушье нет.. Грудная клетка в области сердца не изменена.*

*Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, неусиленный ,нерезистентный. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет. Границы относительной тупости сердца соответствуют возрастной норме. Конфигурация сердца не изменена. Границы абсолютной тупости сердца в норме. Поперечник абсолютной тупости сердца - 5,5 см.*

*Поперечник сосудистого пучка - 5 см.*

*Тоны сердца нормальной звучности. Частота сердечных сокращений 72 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.*

*При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы неизвитые, мягкие, с эластичными, тонкими стенками. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой 72 в минуту, хорошего наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы.*

*При аускультации артерий патологических изменений нет. Артериальное давление на правой руке 110 / 70, на левой руке 110 /70, на правой ноге 130 /70, на левой ноге 120/70.*

*Исследование системы пищеварения. Жалоб нет. Аппетит хороший. Вкусовые ощущения не изменены. Жажда не усилена).Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно,*

*вечером. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.*

*При осмотре полости рта - запах обычный, слизистая оболочка внутренней поверхности губ, шек, мягкого и твердого неба розовой окраски; высыпания, изъязвления, афты отсутствуют. Кариозных зубов нет, отсутствующих зубов нет. Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, чистый.*

*Зев розовой окраски. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины не выступают за небные дужки. Слизистая оболочка глотки не гиперемирована, влажная, поверхность ее гладкая.*

*Исследование органов брюшной полости.. Живот нормальной формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Патологической перистальтики ,рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Мышцы брюшной стенки активно участвуют в акте дыхания. При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный, грыжевых выпячиваний не обнаружено. При глубокой методической скользящей пальпации живота*

*Патологии не обнаружено. При перкуссия и пальпации печени и желчного пузыря патологии не обнаружено. Размеры (высота) печеночной тупости:*

*по правой передней подмышечной линии - 11 см;*

*по правой среднеключичной линии - 10 см;*

*по правой окологрудинной линии - 9 см;*

*по передней срединной линии ( по Курлову) - 8 см;*

*косой размер ( по Курлову) - 7 см.*

*Печень пальпируется на 1 см ниже реберной дуги по правой*

*среднеключичной линии, край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью,*

*слегка заостренный, легко подворачивающийся и безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптом Курвуазье-Терье ( увеличенный мягкоэластический желчный пузырь) отрицательный. Симптом Образцова-Мэрфи (появление резкой боли при введении кистей рук в область правого подреберья на высоте вдоха) отрицательный.*

*Поджелудочная железа не пальпируется, болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо - Робсона отрицательный. Симптом Кача (кожная гиперестезия в зонах иннервации 8 грудного сегмента слева) отрицательный.*

*Исследование селезенки.. Границы селезеночной тупости в пределах нормы.*

*Размеры селезеночной тупости : поперечник - 6 см, длинник - 8 см. Селезенка не пальпируется.*

*Исследование системы мочеотделения. Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется, почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в верхних и нижних мочеточниковых точках*

*отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.*

*Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.*

*Исследование эндокринной системы. Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. Глазные симптомы отрицательные.*

Исследование нервно - психической сферы. Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен. Восприятие не нарушено, внимание не ослаблено, способен долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено.

Настроение ровное. Поведение адекватное. Головных болей, обмороков нет.

*Сон глубокий, ровный, продолжительностью 7-8 часов. Засыпает быстро, самочувствие после пробуждения хорошее. При исследовании черепно-мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечается.*

Данные лабораторных методов исследования.

*14.06.2000г. Анализы на антитела ВИЧ, L, НВs, HCV “-“*

*14.06.2000г. Группа крови 3(ВО), Rh “+”*

*Клинический анализ крови.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Показатели* | *23.06.2000* | *29.08.2000* |
| *Лейкоциты* | *4,2 ⇑* | *4,8⇑* |
| *Эозинофилы* | *14 ⇑* | *7 ⇑* |
| *Нейтрофилы с/я* | *37 ⇓* | *47 Ν* |
| *Палочкоядерные* | *1 Ν* | *2 Ν* |
| *Лимфоциты* | *41 ⇑* | *41 ⇑* |
| *Моноциты* | *8 Ν* | *5 Ν* |
| *СОЭ мм/ч* | *2 ⇓* | *2 ⇓* |

*Интерпретация анализа от 29.08.2000г.*

*Лейкоцитоз свидетельствует о бактериальной инфекции, воспалении и некрозе тканей, интоксикации. Эозинофилез может быть проявлением аллергии, непереносимости лекарств, т.е.сенсибилизации. Лимфоцитоз свидетельствует о наличии бакинфекции (туберкулеза). СОЭ незначительно снижено, что может свидетельствовать о хронической недостаточности кровообращения.*

*В целом, анализ крови характерен для туберкулезной инфекции.*

*Клинический анализ мочи.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Показатели* | *23.06.2000* | *28.08.2000* |
| *Цвет* | *С/ж* | *С/ж* |
| *Реакция* | *Кислая* | *Кислая* |
| *Прозрачность* | *Мутноватая* | *Мутноватая* |
| *Глюкоза* | *Нет* | *Нет* |
| *Белок* | *Нет* | *Нет* |
| *Отн. Плотность* | *1029 ⇑* | *1016 Ν* |
| *Лейкоциты* | *3-4 вп/з ⇑* | *2-3 вп/з ⇑* |
| *Эритроциты* | *Единичные ⇑* | *Нет Ν* |
| *Эпителий плоский* | *Нет* | *плоский 2-3 в п/з* |
| *Слизь* | *Много* | *Умеренное кол-во* |
| *Соли* | *Нет* | *Ураты* |

*Интерпретация анализа от 28.08.2000г. Лейкоцитурия сопровождает лихорадки, интоксикации. Кислая среда мочи и, как следствие, ураты в неорганизованном осадке, также наблюдаются при лихорадочных состояниях.*

*Вывод: анализ мочи характерен для лихорадочного состояния, интоксикации.*

*Микроскопическое исследование мокроты.*

*28.06.00 - не обнаружено МБТ.*

*25.08.00 - не обнаружено МБТ.*

*Вывод: т.к. последний раз МБТ были выявлены в мокроте в декабре 1999г, то до 2001г больной быдет считаться условным бактериовыделителем.*

Микологическое исследование

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дата* | *Мате-риал* | *Результатыты количественного посева на грибы* |
| *Плесневые грибы кое/мл* |
| *НОРМА – 0 кое/мл* |
| *03.09.2000* | *БАЛЖ* | *Aspergillus fumigatus 5* |
| *03.09.2000* | *Мокрота* | *Aspergillus niger 5* |

*Интерпретация анализа: выявлено поражение легких аспергиллами.*

*Серологическое исследование крови.*

*03.09.2000 реакция диффузной преципитации с аг дрожжеподобных и*

*плесневых грибов «-», реакция встречного иммуноэлектрофореза преципитации с аг дрожжеподобных и плесневых грибов «-».*

*Заключение: ат к аспергиллам не выявлено.*

*Лекарственная чувствительность грибов 12.09.2000г.*

## Устойчивость 0

### Умеренная чувствительность 1

#### Чувствительность 2

##### Высокая чувчтвительность 3

### Aspergillus fumigatus

###### Aspergillus niger

### Aspergillus fumigatus + Aspergillus niger

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Амфотерицин* | *0* | *1* | *2* | *3* |
| *Амфоглюкамин* | *0* | *1* | *2* | *3* |
| *Дифлокан (флюконазол)* | *0* | *1* | *2* | *3* |
| *Клотримазол* | *0* | *1* | *2* | *3* |
| *Ламизил* | *0* | *1* | *2* | *3* |
| *Низорал (кетоконазол)* | *0* | *1* | *2* | *3* |
| *Нистатин* | *0* | *1* | *2* | *3* |
| *Орунгал* | *0* | *1* | *2* | *3* |
| *Форкан* | *0* | *1* | *2* | *3* |

*Заключение: рекомендуется использовать для воздействия на аспергиллы ламизил.*

*Исследование функции внешнего дыхания. 23.06.2000г.*

*Заключение: ЖЕЛ в пределах нормы. Проходимость периферического отдела воздушных путей умеренно снижена. Вентиляционная функция легких умеренно снижена.*

*Исследование КЩР и газов крови. 23.06.2000г.*

*Заключение: умеренная гипоксемия. Показатели КЩР в пределах нормы.*

*ЭКГ. 23.06.2000г.*

*Заключение: ритм синусовый, умеренная синусовая аритмия. ЭОС – норма.*

*Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Повышение электрической активности миокарда левого желудочка.*

*Бронхосопическое исследование.05.09.2000г.*

*В трахее и бронхах – слизисто-гнойный секрет, поступающий дорожкой из в/д бронха слева. Устья видимых бронхов (включая и верхне-долевой слева) открыты, не деформированы. Видимая слизистая зоны в/д бронха слева незначительно гиперемирована. Произведен БАЛ , ЧБЛ, биопсия слизистой на морфологическое и микробиологическое исследования. Заключение: катаральный неспецифический в/д бронхаденит слева по типу дренажного.*

*Отпечаток биоптата слизистой в/д брона справа. 05.09.2000г. Элементов гриба не обнаружено.*

*Отпечаток биоптата слизистой в/д брона слева: 05.09.2000г. Элементов гриба не обнаружено.*

*Отпечаток биоптата ЧБЛ 05.09.2000г. – в препаратах определяются фиброзирующиеся туберкулезные гранулемы.*

*Данные рентгенологического исследования.*

*28.12.1999г.*

*На обзорной рентгенограмме грудной клетки, выполненной лучами средней жесткости, билатерально в верхне-средних отделах грудной клетки усилен и деформирован легочный рисунок с очагами и фокусами на этом фоне. Очаги и фокусы с тенденцией к слиянию, тени диссеминированные. Очаги разного размера, мелкие (до 2 см), полиморфные (круглые, овальные, полигинальные), средней интенсивности, структурно тени негомогенные, контуры очагов размытые. Не исключено развитие каверны. В окружающей очаги легочной ткани линейные ясные тени. Корень левого легкого инфильтрирован, расширен в длину и ширину. Сердце без особенностей.*

*Заключение: подострый диссеминированный туберкулез, фаза инфильтрации.*

*26.06.2000г.*

*На обзорной рентгенограмме грудной клетки, выполненной лучами средней жесткости, билатерально в верхне-средних отделах грудной клетки усилен и деформирован легочный рисунок с очагами и фокусами на этом фоне. Тени диссеминированные. Очаги разного размера, мелкие (до 1,5 см), полиморфные (круглые, овальные), средней интенсивности, структурно тени негомогенные, контуры очагов резкие. Не исключено развитие каверны. Корень левого легкого инфильтрирован, расширен. Сердце без особенностей.*

*Заключение: диссеминированный туберкулез, фаза рассасывания.*

*КТ грудной клетки.*

*31.08.2000г.*

*В S1+2 слева выявлена полость распада с уровнем жидкости, размеры полости 24/ 19 мм. Кроие того, в верхних долях с обеих сторон, а также в S6 слева определяются немногочисленные очаги различной плотности, размеры от 4 до 10 мм. Окружающий легочный фон фиброзно изменен. Крупные бронхи воздушны. Внутригрудные л/у не увеличены. Жидкости в плевральных полостях нет, органы средостения не смещены.*

*Заключение: КТ-данные могут соответствовать фиброзно-кавернозному туберкулезу в верхней доле левого легкого.*

Клинический диагноз.

Диссеминированный туберкулез. Фаза распада. МБТ (-). Процесс подострый.

Обоснование клинического диагноза.

*Диагноз туберкулеза легких установлен на основании:*

1. *характерной клиники (малосимптомность в сочетании с распространенным (подтвержденным рентгенологически) процессом;*
2. *данных анамнеза:*

*- контакт с больными туберкулезом в заключении;*

*- туберкулез легких выявлен в заключении в 1999г.(характерная клиника, МБТ «+», характерная рентгенологическая картина, характерное поражение верхней и средней долей);*

*- имелся«+» клинический эффект противотуберкулезного лечения, характерной симптоматики в дебюте заболевания;*

*3) данных гистологического исследования - – в препаратах определяются фиброзирующиеся туберкулезные гранулемы;*

*4) данных рентгенологического исследования легких -. усилен и деформирован легочный рисунок с очаговыми и инфильтративными затемнениями с просветлениями;*

*Диагноз диссеминированного формы туберкулеза установлен на основании данных*

1) рентгенологического обследования: билатерально в верхне-средних отделах грудной клетки усилен и деформирован легочный рисунок с очагами и фокусами на этом фоне. Тени диссеминированные. Очаги разного размера, мелкие (до 1,5 см), полиморфные (круглые, овальные), средней интенсивности, структурно тени негомогенные, контуры очагов резкие. Не исключено развитие каверны. Корень левого легкого инфильтрирован, расширен.

*2)КТ: в верхних долях с обеих сторон, а также в S6 слева определяются немногочисленные очаги различной плотности, размеры от 4 до 10 мм. Окружающий легочный фон фиброзно изменен.*

*Фаза распада установлена на основании выявленных при рентгенологическом исследовании множественных очагов малой интенсивности, негомогенных, с четкими контурами..*

*МБТ(-) - на основании отсутствия МБТ в мокроте и в смыве с бронхов.*

*Подострый процесс – по характерной для подострого процесса рентгенологической картине: отсутствие выраженного перифокального воспаления, симметричное поражение легких, наличие полостей распада без фиброза, тенденция очагов к слиянию.*

Дифференциальная диагностика должна производиться с:

1. Кавернозным туберкулезом. В пользу диссеминированного туберкулеза говорят данные рентгенограмм (отсутствие каверн) и КТ (в S1+2 слева выявлена полость распада с уровнем жидкости, размеры полости 24/ 19 мм, но стенка полости не уплотнены, интенсивность стенки низкая, т.е. имеет место формирующаяся каверна, что, по-видимому, как и ухудшение функций внешнего дыхания, говорит в пользу перехода процесса в кавернозную форму в ближайшем будущем. Против кавернозного процесса свидетельствуют отсутствие МБТ в мокроте, выраженный лейкоцитоз отсутствие хрипов в легких.

1. Туберкулемой. В пользу туберкулемы свидетельствуют скудные клинические и лабораторные данные, неоднородность рентгенологических очагов, тонкоя стенка полости, типичность поражения 1+2 сегментов.. Расположение очагов и фокусов на рентгенограмме несколько нетипично – туберкулемы чаще расположены рядом с плеврой, субкортикально. Не характерно для туберкулемы также нарушение функции внешнего дыхания, имнеющееся у данного больного. Основным же рентгенологическим отличием от туберкулемы можно считать отсутствие казеозных масс в полости распада

Лечение и его обоснование.

1. *Режим свободный.*
2. *Диета 11*

*Рациональное питание: не менее 100-110 г белка, а в период выздоровления – 120-140 г. белка (60% - животного происхождения); общая калорийность 3300 ккал/день.*

*Питание 6 раз в день малыми порциями. Из диеты исключают очень жирные сорта мяса и птицы, бараний. Говяжий и кулинарные жиры, острые и жирные соусы, крем). Рекомендуется обильное питье : употребление кумыса, соков, отваров из трав (алтей).*

1. *Витаминотерапия.*

*Аскорбиновая кислота внутрь 1 раз/сут 0,5 г (для улучшения обмена веществ, повышение сопротивляемости организма, замедление внеклеточных окислительных процессов)*

*Винибис внутрь 2 таблетки 3-4 раза в день в течении 30 дней. (общеукрепляющее средство, адаптоген, иммунокорректор). Винибис – содержащее пергу лекарственное вещество.*

*Пиридоксин – внутрь 60 мг в день (так как изониазид нарушает метаболизм В6 – для предупреждения гиповитаминоза В6)*

*4. Этиотропная терапия.*

*Изониазид 0,3г. 3 раза в день, внутрь, после еды;*

*Изониазид 0,5 ингаляторно.*

*Изониазид активен в отношении M. tuberculosis, бактерициден, действует на быстро и медленно размножающиеся микобактерии, расположенные вне/внутриклеточно. Вероятный механизм его действия – замена никотиновой кислоты на изоникотиновую в реакциях синтеза НАД, повышение активности системы флавиновых ферментов с образованием перикиси водорода вместо воды; либо нарушение синтеза воска, входяего в состав клеточной стенки и определяюего кислотоустойчивость микобактерий туберкулеза.*

*Микобутин 0,45г внутрь (аналогичен рифампицину, но действует на устойчивые к нему штаммы МБТ, более активен и имеет более длительный период полувыведения. Ингибирует ДНК-зависимую РНК- полимеразу у чувствительных к нему возбудителей)*

*Протионамид 0,75 в сутки с висмутом*

*Этамбутол 0,4 по 4 т 1 раз в день, внутрь; чередовать с пиразинамидом (1500мг/сут в день, внутрь )через день.*

*Этамбутол – облигатный туберкулостатик, пиразинамид – туберкулостатик, тормозит развитие резистентности к другим препаратам.*

*В связи с поражением легких аспергиллами, необходимо применение приотивогрибкового препарата. С учетом чувствительности рекомендуется ламизил 250 мг/раз в сутки (т.к.микобутин ускоряет элиминацию тербинафина).*

*5. Патогенетическая терапия.*

*Иммунотерапия: тактивин 100 мкг/сут в течении 5 дней ежедневно п/к. Тактивин- иммуномодулятор.*

*Витамин Е внутрь по 300 мг/сут в течение 2 месяцев. А-токофелол : регулятор перикисного окисления липидов и антиоксидант.*

*Тиосульфат натрия в/в до 30 введений по 10 мл 30% р-ра. Тиосульфат натрия – антитоксическое, противовоспалительное, десенсибилизирующее действие.*

*6. Лечебная гимнастика. Включает общеразвиваюие и дыательные упражнения. ЛГ проводится в период стихания острого периода (снижение температуры тела, СОЭ, других показателей, свидетельствующих об интоксикации). ЛГ проводится в зале лечебной физкультуры сидя и стоя. Продолжительность занятия 15-25 минут ежедневно.*

*Примерный комплекс упражнений при туберкулезе:*

*7. Лечебный массаж.*

*Соотношение приемов массажа: поглаживание – 10%, растирание и разминание – по 25%, вибрация 40%. Длительность процедуры 15 минут.*

*Перед процедурой больному необходимо выпить 600 мл горячего чая.*

*Массаж грудной клетки должен проводится в дренирующих положениях.*

*Так, для апикальных сегментов верхних долей – .*

1. *Физиотерапия.*

*А) Ультразвуковые аэрозольные ингаляци антибактериальных препаратов (солюзитон и др.) в течении 10 мин ежедневно в течение 20 дней.*

*Б) Высокоинтенсивная импульсная магнитотерапия (интенсивность 400 мТл, интервал 100мс) 10 минут ежедневно в течение 10 дней.*

*В) Климатотерапия (климат степей, гор)*

*Г) Аэротерапия (обязательные ежедневные прогулки на свежем воздухе, воздуные ванны)*

*Д) Минеральные питьевые воды (Боржоми, Дарасун) – температура 40 С.*

Е)Санаторно-курортное лечение.

*9.Отказ от вредных привычек.*

Употребление алкоголя во время лечения изониазидом увеличивает риск возникновения гепатита.

Употребление табака ухудшает прогноз излечения.

Интоксикация при химической зависимости приводит к угнетению иммунитета и поражению функциональных систем организма.

*10. Обучение технике дыхания. Необходимо научить пациента волевому ограничению дыхания.*

*Прогноз.*

*Для жизни благоприятный.*

*Для излечения: благоприятный, в том случае, если будет сохраняться положительная динамика изменений в легких и на фоне противотуберкулезной терапии произойдет закрытие образущейся каверны.*

*Трудовой прогноз –больной направлен на МСЭК для установления инвалидности, как неработающий.*

*Мероприятия в очаге туберкулезной инфекции.*

*Квартира, где проживает больной, по степени опасности относится к очагам 3 группы (больной – условный бактериовыделитель, все члены семьи больного взрослые, больной и окружающие выполняют все необходимые санитарно-гигиенические меры профилактики туберкулеза.*

*По месту проживания больного производится заключительная*

*дезинфекция. Члены семьи (мать и отец) должны быть поставлены на учет в ПТД и обследованы (флюорографически).*

*Через год после прекращения бактериовыделения, но не ранее чем через 12 месяцев после закрытия полости больной может быть переведен во 2 группу (в настоящее время больной принадлежит к 1Б группе диспанцерного учета).*

*Список использованной литературы.*

1. А.А. Визель, М.Э. Гурылева. Туберкулез .- М.: ГЭОТАР Медицина, 1999г.
2. *М.И. Перельман, В.А. Корякин. Фтизиатрия .- М.: Медицина, 1996г.*
3. *А.В. Васильев. Внелегочный туберкулез - СПб.: ИКФ «Фолиант», 2000г.*
4. *В.И. Дубровский. Лечебная физическая культура .- М.: Владос, 1999г.*
5. *В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. Общая физиотерапия .- СПб.: Правда, 1998г.*
6. *А.А. Ушаков. Руководство по практической физиотерапии .- М.: АНМИ, 1996г.*
7. *О.И.Юрковский. Общеклинические анализы .- М, 1998г.*
8. *В.В. Медведев. Клиническая лабораторная диагностика.- СПб.: Гиппократ, 1997г.*
9. *Справочик Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. – М.: АстраФармСервис, 1998г.*