**1. Паспортная часть**

## Ф.И.О.:

## Возраст: 45 лет

## Место жительства:

## Место работы, должность: не работает

## Клинический диагноз: Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких двухстороний, верхнее- долевой, в фазе инфильтрации и обсеменения. МБТ+.IА.

**2. Жалобы**

 *На момент поступления* в стационар пациент предъявлял жалобы на общую слабость, кровохарканье, кашель, одышку, снижение аппетита, похудание.

.

**3. Эпидемиологический анамнез**

 Контакт с больными туберкулёзом отрицает. Эпидемиологическая группа- IА.

**4. Анамнез заболевания**

Ранее туберкулезом не болел. Флюорографию проходил не регулярно. Дату предыдущей флюорографии не помнит, результатов не сохранилось.

 17.01.08 был госпитализирован в ГБ№9 , с жалобами на кровохарканье, повышение температуры тела, кашель, общую слабость. При обследовании были выявлены изменения в легких. В стационаре проводилась антипневманическая терапия (препарат не помнит), переливалась свежезамороженная плазма. На фоне проводимого лечения общее состояние улучшилось. Выписан с улучшением общего состояния, кровохарканье прекратилось, но на рентгенограмме положительной динамики не отмечалось, направлен на консультацию к фтизиатру 28.01.08 в ПТД № 4, для уточнения диагноза и дальнейшего лечения.

Проба Манту – папула 14мм., при микроскопии в мокроте МБТ- не выявлена. Общий анализ крови гемоглобин 132 г/л, СОЭ 54мм/ч, лейкоциты 9,8 \*109/л. 4.02.08 Рентгенография легких-Заключение: Фиброзно кавернозный туберкулез легких. На основании проведенных исследований выставлен диагноз: ***Фиброзно-кавернозный туберкулёз провостороний, верхнее- долевой, в фазе инфильтрации. МКБ «-».***

Больной назначена противотуберкулезная терапия по I режиму (пиразинамид, изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин).Больной поставлен на учет в ДО №3 (Диспансерная группа 1 А). Были назначена химиотерапия по режиму I, препараты не принимал. 2.03.08 обратился в ПТД №2, с жалобами на кровахарканье, общую слабость, был осмотрен фтизиатром, после чего был доставлен бригадой скорой помощи в ОПТД. Где проходит лечение по сей день.

**5. Анамнез жизни**

 Родился в Омске доношенным ребенком от здоровых родителей. Рос и развивался соответственно возрасту. Образование среднее, работал долгое время разнорабочим на стройке. Проходил службу в армии. Судимостей не было. Женат, имеет сына 22 лет (живет отдельно).

Травм, операций не было. Хронические интоксикации алкоголем, наркотиками отрицает. Курит с 16 лет по 1 пачке в день. Вирусный гепатит, венерические заболевания, беспорядочные половые связи отрицает. Проживает в частном доме. Аллергический анамнез без особенностей. Наследственность не отягощена.

**6. Данные объективного обследования**

 Состояние средней тяжести, сознание ясное, поведение обычное, положение активное, телосложение правильное, рост средний, масса тела пониженная (кахексия), нормостенический тип конституции. Температура 36,6\*С. Метрический возраст соответствует биологическому, признаки инфантилизма или преждевременного старения отсутствуют. Походка бодрая, осанка прямая, выражение лица спокойное, голос громкий, речь правильная.

 Кожные покровы бледные, очагов изменения пигментации, высыпаний, расчесов нет, умеренно влажная, тургор не снижен. Видимые слизистые бледные, чистые. Ногти бледные, гладкой поверхности, форма их не изменена.

 Подкожный жировой слой развит очень слабо, распределен равномерно. Болезненности, опухолевых образований, гематом, гнойников не выявлено. Отеков на лице, пояснице, нижних конечностях нет.

 Видимого увеличения регионарных лимфоузлов нет, кожа над ними не изменена, рубцы, свищи отсутствуют. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы, овальной формы, диаметром до 4-5 мм, с гладкой поверхностью, эластичные, подвижные, безболезненные. Шейные, подмышечные лимфоузлы не пальпируются.

 Мышцы развиты хорошо (нормотрофичны), симметрично. При пальпации мышцы безболезненны, тонус и сила сохранены, одинаковы с обеих сторон.

 При осмотре деформаций, искривлений костей не выявлено. На поверхности костей неровностей, утолщений нет, размягчения и болезненности при пальпации и перкуссии не отмечается.

 Величина и форма суставов не изменена, кожа над суставами обычной окраски, при пальпации болезненности, флюктуации не выявлено. Движения в полном объеме, безболезненные, хруста нет.

 Видимого увеличения щитовидной железы нет.

***Органы дыхания:***

 Придаточные пазухи носа при пальпации безболезненны. Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Болезненности при нагрузке на позвоночник нет. Лопатки отстают от грудной клетки. Тип дыхания смешанный, вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания участвуют. Отмечается западение над-, подключичных ямок (справа больше), Глубина дыхания средняя. Ритм правильный, ЧДД = 20 в минуту. Соотношение продолжительности вдоха и выдоха правильное.

 При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое, умеренной силы, в верхних отделах ослаблено.

 При сравнительной перкуссии в верхних отделах лёгких притупление, укорочение перкуторного звука, над остальной поверхностью легких определяется одинаковый легочный звук. При топографической перкуссии верхушки легких спереди находятся: справа – на 3 см, слева – на 4 см выше ключиц. Нижние границы легких: справа по срединно-ключичной линии – 6 ребро, по средней аксиллярной линии – 8 ребро, по лопаточной – 10 ребро. Подвижность нижнего края легких по лопаточным линиям справа – 8 см, слева-6 см.

 При аускультации легких определяется жёсткое дыхание, ослабленное, рассеянные сухие и влажные хрипы. Верхних отделах справа дыхание бронхиальное. Шум трения плевры не выслушивается. Патологических дыхательных шумов нет.

***Органы кровообращения:***

 При осмотре грудной клетки деформаций в области сердца не выявляется. Патологических пульсаций над областью сердца и крупных сосудов нет.

 При пальпации области сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, локализованный, средней силы и высоты, нерезистентный. Патологические пульсации, систолическое и диастолическое дрожание отсутствуют.

 Границы относительной сердечной тупости расширены: правая - на по правому краю грудины; верхняя – III ребро, левая – на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии. Границы сосудистого пучка не выходят за пределы грудины.

 При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные.

 При пальпации сосудов пульсация на височных, сонных, подключичных, заднеберцовых артериях и артериях тыла стопы умеренно выражена, одинаковая с обеих сторон, сосудистая стенка эластичная. Пульс на лучевых артериях одинаков на обеих руках, ритмичный, частота - 96 в минуту, наполнение и напряжение удовлетворительные, величина и форма не изменены, сосудистая стенка эластичная. АД -110/70 мм. рт. ст.

Сердечных и экстракардиальных шумов нет.

***Органы пищеварения:***

 Губы бледные, трещин и герпетических высыпаний нет. Зубы все. Дёсны розовые, безболезненные, язв, геморрагий нет. Язык, влажный, обложен белым налетом, сосочковый слой сохранен, болезненности, трещин, язв, отпечатков зубов нет. Мягкое и твёрое нёбо розовые, зев и задняя стенка глотки без гнойных налётов и геморрагий. Миндалины не увеличены, налёта нет, розового цвета.

 Живот в размерах не увеличен, овальной формы, симметричный. Обе половины активно участвуют в акте дыхания, пупок умеренно втянут. Видимой перистальтики и антиперистальтики нет. Грыжевые выпячивания, послеоперационные рубцы отсутствуют, венозная сеть не расширена. При перкуссии звук тимпанический, метеоризм и свободная жидкость не определяется.

 При пальпации передняя брюшная стенка мягкая, безболезненна. Расхождения прямых мышц живота нет, грыж нет. Опухолей передней брюшной стенки нет, крупных опухолей и значительного увеличения органов брюшной полости не обнаруживается. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

 Глубокая пальпация живота: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

 Нижний край печени острый, ровный, плотноэластичный, безболезненный, выходит из под края реберной дуги на 1 см. Поверхность печени гладкая. Границ печени по Курлову 14,13,10 см. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус - отрицательные. Поджелудочная железа не прощупывается. Селезенка не пальпируется. Перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

***Система органов мочевыделения:***

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется.

***Эндокринная система:***

Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезненна, плотно-эластичной консистенции. Патологических глазных симптомов, тремора рук нет.

***Нервная система:***

Сознание ясное. Интеллект сохранен. Настроение спокойное. Сон спокойный, глубокий.

7. Данные лабораторно-инструментального обследования

**Группа крови , резус фактор 11.03.08**

**О(I) Rh положительный**

**Общий анализ крови** от 12.03.07 г.

Гемоглобин 90 г/л

Эритроциты 3,0 \* 1012 в литре.

Лейкоциты 8,8 \* 109 в литре.

Тромбоциты 210 \*109 в литре

Цветной индекс 0,8

СОЭ 52 мм в час.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Базо-филы. | Эозино-филы. | Нейтрофилы | Лимфо-циты. | Моно-циты. |
| Ю | П | С |
| 1 | 2 | - | 3 | 65 | 21 | 8 |

Заключение: повышение СОЭ, снижение Нв.

**Общий анализ мочи** от 12.04.07 г.

Цвет светло-желтая

Прозрачность прозрачная.

Реакция нейтр.

Плотность 1011 г/л.

Сахар нет

Микроскопическое исследование:

Лейкоциты 1-1-2 в поле зрения.

Эпителиальные клетки в небольшом кол-ве

Заключение: патологии не выявленно.

**Анализ кала на я/гл(11.03.08):** отриц.

**Биохимия крови:(4.04.08г)**

Общий билирубин – 14.5 мкмоль/л, прямой 4,5 мкмоль/л, тимоловая проба 4 ЕД; формол. – отриц., общ. белок – 61,4 г/л; АлАТ – 0,14 ммоль/л, АсАТ – 0,13 ммоль/л; мочевина – 4,3 ммоль/л; Хс – 3,1 ммоль/л; глю – 5,1 ммоль/л; альбумины-43,6 г/л; глобулины 56,4 г/л

(α1-глобулин-5,4; α2-глобулины 8,6; β2-глобулины11,5; γ- глобулин-30,9); отношение Альбумины /глобулины-0,8.

*Заключение*: Снижение общего белка.

**Микроскопический анализ (08.02.08):**

Заключение: КУМ ( - )

**Анализ мокроты (08.02.08)**

Лейкоциты 15 в поле зрения

Эпителий плоский 1-2 в п/зр

Мокрота слизисто-гнойная

**Бактериограмма(08.02.08):**

 Посев мокрота МБТ+

**ЭКГ(12.04.07):**

Заключение: Снижение вольтажа зубцов, Синусовая тахикордия 98 уд. в мин.. Отклонение ЭОС влево. Метаболические изменения в миокарде.

**Спирометрия**

Заключение: нарушение вентиляционной способности легких по рестриктивному ограничительному типу

**Рентгенографическое исследование ОГК:**

1. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ИЗУЧАЕМОЙ РЕНТГЕНОГРАММЫ:

1) полный охват

2) установка больного правильная

3) артефактов нет

4) изображение чёткое

5) средней жёсткости

2. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ И КОСТНОГО ОСТОВА

Без патологии.

4. ИЗУЧЕНИЕ ЛЁГОЧНЫХ ПОЛЕЙ:

А. Общая сравнительная оценка состояния лёгочных полей:

 - ширина лёгочных полей неодинакова, справа уменьшение за счет плевроцирроза

 - прозрачность лёгочных полей повышена в верхних отделах лёгких

Б. Характеристика патологических изменений:

 - патологические изменения локализуются в верхней доле левого и правого легкого.

 - патологические изменения справа верхнее долевое уменьшение за счет плевроцирроза, на этом фоне крупные полосы, полиморфные очаги до 5 ребра; слева в верхней доле и S6 густо расположенные полиморфные очаги, сливающиеся в неоднородную инфильтрацию. Очаги во обеих долях сливаясь образуют фокусы.

 - количественная характеристика – множественная

 - размер теней – 3см-5см

 - форма теней неправильная

 - контуры: внутренние четкие, наружные – нечёткие

 - структура тени – неоднородная

 - интенсивность – средняя

 - состояние окружающей лёгочной ткани – лёгочный рисунок усилен

 - связь с корнем лёгкого посредством фиброзных тяжей

 - наличие в левых отделах лёгкого очагов отсева

В. Характер лёгочного рисунка:

 - наблюдается его усиление и сетчатая деформация

5. ОПИСАНИЕ КОРНЕЙ ЛЁГКИХ:

 Корни лёгкого деформирован, расширены, малоструктурны

6. ОПИСАНИЕ СРЕДИННОЙ ТЕНИ:

1) Сердечно-сосудистая тень – смещена влево за счет каверны 2) медиастенальные лимфоузлы не визуализируются

3) трахея не просматривается

7. ОПИСАНИЕ ПЛЕВРЫ:

Справа определяется густой фиброз. Синусы в типичном месте, свободны.

8. ОПИСАНИЕ ДИАФРАГМЫ:

Уровень стояния диафрагмы незначительно повышен, форма округлая, контуры чёткие.

9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1) Ведущий рентгенологический синдром:

 - кольцевидных теней

2) Данный рентгенологический синдром может встречаться при фиброзно-кавернозном туберкулёзе, полостной форме рака и бронхоэктазах. При дифференцировке данных заболеваний стоит учитывать, что при ФКТ кольцевидных теней чаще всего несколько, их диаметр варьирует от 2-4 см до размеров доли лёгкого, причём форма очагов неправильная, очертания внутреннего контура стенки полости ровные, чёткие, а наружные на фоне уплотненной лёгочной ткани менее чёткие, в полости часто можно увидеть очаг просветления. В зоне поражения диффузная фиброзная тяжистость. Все эти признаки характерны для ФТК, при полостной форме рака же патологическое изменение расположено чаще в передних сегментах (при ФТК в верхних отделах), толщина стенки полости неравномерная при раке и равномерная при ФТК, внутренний контур в отличие от ФТК неровный. Опухоль должна быть окружена широкой зоной инфильтрации, что можно спутать при наличии толстой капсулы каверны при ФТК. Опухоль связана с корнем тяжистой дорожкой, которая довольно чётко выявляется, а при ФТК дорожка тонкая, полосковидная. При раке также могут быть поражены ЛУ, чего нет при ФТК. При бронхоэктазах же форма кольцевидных теней в виде цилиндрических или гроздьевидных образований, часто обнаруживается уровень жидкости. При раке и бронхоэктазах отсутсвуют очаги диссеминации в нижних отделах, а также грубый пневмофиброз вокруг кольцевидных теней.

3) Т. о., при проведении внутрисиндромальной диагностики можно предположить диагноз:

Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких, 2хсторонний, в фазе инфильтрации и обсеменения.

**8. Диагноз и его обоснование:**

## Фиброзно-кавернозный туберкулёз верхних долей обоих легких, в фазе инфильтрации и обсеменения. IА МБТ «+» . ДН I.IА

Диагноз установлен на основании:

Жалоб больного на общую слабость, кашель с отделением незначительного количества мокроты, одышку, похудания, кровохарканье.

Анамнеза: Больное в течении нескольких лет не проходил флюрографических исследований. Курит в течении 29 лет. Был госпитализирован в ГБ 9, где проходил лечения по поводу пневмании, после проведенного лечения положительная динамика на ренгенограмме легких не значительна.

Данных объективного исследования: масса тела пониженная, в верхних отделах лёгких притупление перкуторного звука, определяется жёсткое дыхание ослаблено с обеих сторон; справа в верхних отделах определяется бронхиальное дыхание. Отмечаются рассеянные сухие и влажные хрипы.

Лабораторных данных: ОАК: повышение СОЭ, снижение НЬ. По анализу мокроты: лейкоциты-15-16 в п\зр, плоский эпителий- 1-2 в п\зр, слизисто-гнойный характер мокроты.

Инструментальных методов исследования: Рентгенологическое исследование ОГК: синдром кольцевидной тени с фиброзными полосами и фиброзом лёгких, форма очагов неправильная, очертания внутреннего контура стенки полости ровные, чёткие, а наружные на фоне уплотненной лёгочной ткани менее чёткие, в полости часто можно увидеть очаг просветления. Наличие очагов обсеменения в S 6 свидетельствует о стадии обсеменения.

В пользу стадии инфильтрации выступает воспалительные изменения в крови, а также жалобы больной на общую слабость.

9. Дифференциальный диагноз.

Фиброзно-кавернозный туберкулёз следует дифференцировать с полостной формой рака.

Для обоих заболеваний характерны:

- жалобы на общую слабость и кашель. Течение болезни с постепенным началом,

прогрессирующее, но при раке клиника с выраженными симптомами поражения лёгких и интоксикацией, при ФКТ начало заболевания без выраженных клинических проявлений. Кашель при ФКТ сухой, с небольшим количеством серозно-гнойной мокроты, при раке же количество мокроты может быть значительное, слизистого характера.

- в анамнезе при ФКТ (и в данном случае) имеется указание на Фиброзно-кавернозный туберкулёз провостороний, верхнее- долевой, в фазе инфильтрации. МКБ «-».пациент не принимал препараты, в результате чего процесс прогрессирует. При раке анамнез может быть без особенностей.

- при объективном обследовании при ФКТ и раке наблюдается снижение массы тела. При аускультации у больных ФКТ можно выслушать разнокалиберные хрипы над полостями каверн в основном после покашливания, бронхиальное дыхание, что не характерно для рака. При раке часто увеличиваются регионарные лимфатические узлы, у данного пациента они не увеличены.

- данные лабораторно-инструментального исследования при ФКТ повышение СОЭ (50 мм/час). В бактериограмме МБТ+. При раке же в ОАК лимфопения, повышение СОЭ не столь значительное, в мокроте МБТ не определяются, может определяться неспецифическая микрофлора, эритроциты.

По рентген-исследованию при ФКТ кольцевидных теней чаще всего несколько, их диаметр варьирует от 2-4 см до размеров доли лёгкого, причём форма очагов неправильная, очертания внутреннего контура стенки полости ровные, чёткие, а наружные на фоне уплотненной лёгочной ткани менее чёткие, в полости часто можно увидеть очаг просветления. В зоне поражения диффузная фиброзная тяжистость. При раке же кольцевидные тени с неровным внутренним контуром, раковую полость окружает зона перикаветарной инфильтрации. Опухоль связана с корнем легкого тяжистой дорожкой. При ФКТ тень дорожки к корню легкого тонкая, полосковидная. При ФКТ присутствуют очаги отсева, а также грубый пневмофиброз вокруг кольцевидных теней, что не характерно для рака.

Выделение из мокроты МБТ окончательно склоняет диагноз в пользу ФКТ.

**Абсцесс легкого**. Прежде всего для абсцесса характерно острое начало заболевания: повышение температуры тела. Начало заболевания, в отличие от ТВС, более острое, с быстрым повышением температуры тела до 39-40 С, резким ознобом, головными болями, болью в груди, суставах. При микроскопическом исследовании мокроты обнаруживают большое число лейкоцитов, множество грамположительных и грамотрицательных бактерий. Локализуется абсцесс чаще в нижних отделах легких. Рентгенологически вокруг полости абсцесса выявляется широкая зона перифокального воспаления. Внутренний контур стенки полости неровный бухтообразный. Данные признаки отсутствуют у нашего пациента, поэтому данный диагноз можно исключить.

**Кисты легкого.** Длябольных с кистами характерно клиническое благополучие отсутствие хрипов, отсутствие МБТ в мокроте и обнаружение гнойной неспецифической микрофлоры., а также регрессирование воспаления под влиянием антибиотиков широкого спектра действия. Что не характерно для данного больного.

**10. Дневник**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата, температура, Пульс, АД.  | Жалобы и статус больного. | Режим, диета, назначение |
| 02.05.07.T – 36,8 С, Ps – 87 в минуту, АД -110/70 мм рт. ст. | Пациент предъявляет жалобы на общую слабость, кашель. Состояние средней тяжести Сознание ясное, активен. Кожные покровы, видимые слизистые чистые. Видимого увеличения лимфоузлов, щитовидной железы нет. Отеков нет. ***Органы дыхания:*** ЧДД = 22 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненная, эластична. При аускультации легких на симметричных участках определяется жёсткое дыхание, в нижних отделах слева ослабленное. Отмечаются рассеянные сухие и влажные хрипы.***Органы кровообращения:*** При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены, правильные. ЧСС 90’. ***Органы пищеварения:*** язык влажный, обложен белым налетом. Живот в размерах не увеличен, овальной формы, симметричный, обе половины активно участвуют в акте дыхания. При пальпации передняя брюшная стенка мягкая, безболезненная. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень пальпируется +1см из-под края реберной дуги, б/болезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.Физиологические отправления в норме. | режим полупостельный, диета № 11,  |

11. Лечение.

**План лечения.**

Интенсивную противотуберкулезную терапию будем проводить 6 месяца 5 препаратами, поддерживающую терапию – в течении 6 месяцев. При безуспешности лечения на протяжении 6-10 месяцев рекомендуется частичная резекция легкого.

В настоящее время следует назначить следящую терапию:

1. Стол № 11 (Кулинарная обработка и температура пищи обычная.
Рекомендуются все продукты за исключением следующих: очень жирные сорта мяса и птицы, бараний, говяжий и кулинарные жиры, острые и жирные соусы, торты и пирожные с большим количеством крема.
Режим питания 5-6 раз в день, общая калорийность 3600 ккал)
2. рациональный режим труда и отдыха, сон не менее 9 часов, прогулки на свежем воздухе после нормализации температуры.
3. Химиотерапия (этиотропная) терапия. Учитывая состояние возможно введение препаратов парентерально.
	* Изониазид 0,6 г/сутки (оказывает бактерицидное действие, особенно на юные размножающиеся микробные клетки, подавляя синтез миконевой кислоты в бактериальной стенке, а также разрушая цитоплазму и ее гранулярную субстанцию, состоящую из ДНК., метаболизируется в печени).

 Rp: Tabl. Isoniazidi 0,3

 D.t.d. # 100

 S. По 1 таблетке на приём 2 раза в сутки утром и вечером после еды.

***Применяется в обязательной комбинации с другими препаратами, т. к. к нему быстро приобретается вторичная устойчивость.***

* + Канамицин 1,0 в/м 1 раз в день – относится к группе аминогликозидных антибиотиков, нарушает синтез белка в микробной клетке
	+ Пиразинамид 1,5 г/сутки, после еды – действует на внутриклеточные микроорганизмы, на микобактерии медленно размножающиеся и персистирующие в макрофагах, на микобактерии резистентные к изониазиду и стрептомицину, дезаминируется в печени выводится с мочой.
	+ Авелокс 0,8г- 1 таблетка – Противомикробное средство из группы фторхинолонов, действует бактерицидно. Блокирует топоизомеразами II и IV, ферменты, контролирующие топологические свойства ДНК, и участвующие в репликации, репарации и транскрипции ДНК
	+ Этамбутол 1,5 г/сутки \*1 р/д - оказывает бактериостатическое действие преимущественно на популяцию быстроразмножающихся МБТ. Действует на вне и внутриклеточно расположенные особи возбудителя

Rp: Tab. Ethambutoli 0.4
D.t.d.n. 240
S. По 4 табл. в один прием после завтрака

1. Неспецифическая терапия
* Карсил 1таб 3 р/д - гепатопротектор так как противотуберкулезные препараты являются гепатотоксичными.
* Витамин В6 30 мг 2 раза в день (для заместительной терапии, так как изониазид угнетает синтез вит В6 ), если не давать – возникают тяжелые нарушения центральной и периферической нервной системы.
* Витамин С 2мл per os – улучшает окислительные процессы, оказывает десенсибилизирующее действие.
* Фолиевая кислота 1т х 3р – нормализует кроветворение, стимулирует эритропоэз
* Витамин Е 3 г/сутки – интенсификация перекисного окисления
* Ликопид 10 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки внутрь в течение 10 дней - является лекарственной формой глюкозаминилмурамилдипептида, обладает иммуномодулирующими свойствами, увеличивает активность фагоцитов (макрофагов и нейтрофилов), Т- и В-лимфоцитов. При этом возрастает бактерицидная и цитотоксическая активность фагоцитов, стимулируется синтез специфических антител и цитокинов (интерлейкинов, фактора некроза опухолей, интерферонов и колониестимулирующих факторов). Применение ликопида в комплексной терапии позволяет значительно повысить эффективность антибактериальной терапии, сократить продолжительность лечения и существенно снизить дозу химиотерапевтических средств.
* Кларитин 1 таб в сутки – высокоактивный блокатор Н1-гистаминовых рецепторов., для предотвращения аллергических реакций на ПТП.
* Линекс 2 капсулы 3 раза в день после еды – эубиотик содержит живые лиофилизированные молочнокислые бактерии, регулирует физиологическое равновесие кишечной микрофлоры
* Феррум Лек 2 мл внутримышечно через день, 10 дней – препарат железа для лечения анемии

Учитывая тяжесть состояния (наличие кровохарканье, интоксикации) данному больному необходимо проведения инфузионной терапии и внутривенных и внутримышечных введений препаратов:

1. Внутривенное введение - этамзилата 12,5 – 4 мл

 NaCl 0,9% - 200 мл; №10

 - Аминокапроновая кислота 4% - 200 мл;

 - CaCl 1% -200 мл; медленно

 - Тиосульфат натрия 30% - 10,0 -МЕДЛЕННО

 2. Внутримышечное введение

 - дицинона 2,0 -3 раза в сутки;

 Также учитывая низкое содержание общего белка, а также профилактики развития ДВС-синдрома необходимо введение свежезамороженной плазмы O(I) Rh(полож), после проведения проб на совместимость.

Через 3 месяца коррекция терапии после проведения бактериологического исследования и определения лекарственной чувствительности МБТ

**Прогноз.**

Учитывая образ жизни и социальный статус пациента прогноз для выздоровления сомнительный, прогноз для жизни в настоящее время относительно благоприятный.

**Работа в очаге инфекции**:

После госпитализации больного в очаге (данный очаг следует рассматривать как очаг I группы) должна произвестись заключительная дезинфекция сотрудниками районного ПТД. Предварительно помещение должно быть осмотрено в 3-х дневный срок комиссией в составе участкового фтизиатра, работника СЭС и медицинской сестры с целью составления плана по его оздоровлению. Данный очаг относим к I группе, так как в нем находился бактериовыделитель (наш пациент) с хроническим деструктивным туберкулезом, имеющий санитарно-гигиенические навыки, куда он вернется после лечения в стационаре и в дальнейшем будет проживать после излечения, и его жена.

Все контактировавшие члены семьи больного (жена) должны быть взяты на диспансерный учет в IVА группу, и находится на учете в течение года после снятия с эпидемического учета самого бактериовыделителя. Все медицинские работники, контактировавшие с данным больным, должны быть взяты на диспансерный учет в IVБ группу

Наш пациент должен находится на учете IА группе, так как у больного впервые выявленный туберкулез с бактериовыделением., со следующими обязательными мероприятиями:

- посещение диспансера I раз в 6 месяцев;

- рентгенографическое исследование I раз в 6 месяцев;

- исследование мокроты а) бактериоскопически - 2 раза в год; б) посев - 1 раз в год.

В случае хорошей реакции на специфическое противотуберкулезное лечение (рубцевание и уплотнение полости распада) пациент через год после 3-х кратного отрицательного анализа на МБТ может быть переведен в III группу диспансерного учета.

При рецидиве туберкулезного процесса больные из этой группы переводятся в IIБ группу.

**12. Прогноз**

Прогноз для жизни, здоровья и работы неблагоприятный.

**13. Диспансерное наблюдение:**

II–Б группа диспансерного учёта. Эпидемиологическая опасность-I, существует в связи с бактериовыделением и нерегулярном лечение.

 **14. Рекомендовано** ( при выписке)

**Продолжать лечение противотуберкулезными препаратами**

**Бросить курить.Избегать переохлаждений. Хорошо питаться.**

**Санаторно-курортное лечение после стабилизации процесса.**

 **15. Литература**

1. Материалы лекционного курса по фтизиатрии
2. Перельман М.И. Фтизиатрия: учебник – М.: –Медицина,2004.

5 курс 519 группа. 16.05.07. г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_