**Паспортная часть**

**Ф.И.О.:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Возраст:** 55 лет

**Место жительства:** Томскя область

**Место работы:** безработный

**Дата поступления:** 6 сентября 2004 год

**Диагноз направления:** казеозная пневмония справа, БК +

**Клинический диагноз:**

1. **Основное заболевание:** Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого с засевом в левое легкое. БК +
2. **Осложнения:** Дыхательная недостаточность II**-**III степени. Кахексия II-III степени.
3. **Сопутствующие заболевания:** Алкоголизм.

**Жалобы больного**

При поступлении в клинику пациент предъявлял следующие жалобы:

* выраженная слабость, при поступлении пациент самостоятельно не мог передвигаться
* приступообразный кашель с отхождением мокроты сероватого цвета, до 2 столовых ложек в день
* выраженная одышка смешанного характера при физической нагрузке
* потеря массы тела до 15 кг за 3 месяца при нормальном аппетите
* головные боли
* боли за грудиной давящего характера

На момент курации данные жалобы сохраняются, но общее состояние больного улучшилось, почти полностью прошла слабость, пациент передвигается самостоятельно. Кашель и одышка уменьшились, постепенно прибавляет массу тела.

**Анамнез данного заболевания**

Пациент \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* считает себя больным с 1994г. когда в период нахождения в местах заключения ему впервые был поставлен диагноз туберкулез. В данный период имелись множественные постоянные контакты с туберкулезными больными. Жалоб на то период пациент не предъявлял, но беспокоил кашель с отделением мокроты. Заболевание было выявлено при флюорографическом обследовании. По данному поводу пациент проходил лечение по месту заключения в течение нескольких месяцев. О том, какая форма заболевания была поставлена и какое лечение получал, больной не знает. После освобождения пациент был обследован в поликлинике по месту жительства и по его словам снят с учета. С того момента к врачам не обращался, флюорографическое обследование не проходил. Кашель сохранялся, но мокрота не выделялась. С лета 2005г. беспокоит нарастающая слабость, одышка при физической нагрузке, вновь усилился кашель, начала отделяться мокрота. Пациент начал терять массу тела при нормальном аппетите и похудел за 3 месяца на 15кг. В сентябре 2005г. после переохлаждения у пациента в течение 3 дней держалась температура 40°С, беспокоила сильная слабость, полное отсутствие аппетита, сильный приступообразный кашель с мокротой. Участковым терапевтом был поставлен диагноз пневмонии, назначенное лечение больной не выполнял. Затем температура снизилась, но сохранялся кашель с выделением мокроты и нарастала слабость, через месяц пациент уже не мог самостоятельно передвигаться. По настоянию родственников больной был госпитализирован в районную больницу, где после обследования поставлен диагноз: казеозная пневмония справа, БК +. С данным диагнозом пациент переведен 13.12.2005г. в Томскую Областную Противотуберкулезную больницу для дальнейшего обследования и лечения.

**Анамнез жизни**

**Личный анамнез**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родился вторым ребенком в полной семье. Рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал. Достаток в семье был низкий, питание неполноценное. О перенесенных в детстве заболеваниях не помнит, но со слов пациента болел очень мало. После окончания школы (18 лет) с 1969 по 1977г.г. проходил службу в армии, в пограничных войсках. С 1977г. по 1993г. работал на вахте, в работе отмечает частые переохлаждения. Ежегодно пациент проходил медицинские осмотры с флюорографией, по его словам никаких патологических изменений выявлено небыло. С 1993 по 1995г. находился в местах заключения, где имел множественные контакты с туберкулезными больными. В 1994г. впервые поставлен диагноз туберкулеза. С 1995 по 1997г.г. после освобождения \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* также работал на вахте, затем был уволен за несоблюдение режима. С 1997г. проживает один в частном неблагоустроенном доме, доход - случайные заработки. Не курит, алкоголем злоупотребляет в течение нескольких лет. Операций не переносил, из травм - ЧМТ и травма правого коленного сустава, когда - пациент не помнит. На парентеральные гепатиты и ВИЧ обследован в ноябре 2005г., результат отрицательный. Аллергии нет.

**Семейный анамнез**

Отец умер в возрасте 76 лет от инсульта, при жизни страдал язвой желудка. Мать умерла в 94 года, о причине смерти и заболеваниях не знает. Имеет старшую сестру, 2 младших сестер и младшего брата, об их состоянии здоровья ничего не знает. Собственной семьи не имеет. Со слов пациента, венерических, нервных, психических, обменных, онкологических и других наследственных болезней, туберкулеза в семье нет.

**Социально-бытовой анамнез**

Проживает один в теплом сухом неблагоустроенном деревянном доме. Постоянного дохода не имеет, живет сезонными работами и случайными заработками. Со слов пациента питание достаточное. полноценное, регулярно ест мясо.

**Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

*Состояние:* удовлетворительное

*Сознание****:*** ясное

*Положение больного:* активное

*Выражение лица:* обычное

*Тип телосложения:* астенический

*Рост:* 168см.

*Вес:* 58кг.

*Индекс массы тела (ИМТ)* = масса тела, кг\ (рост, м)² = 58\1,68² = 20,56 -

в пределах нормы

*Кожа, слизистые оболочки:* кожа обычного цвета, сухая, тургор снижен, сыпи, рубцов, расчесов нет. Акроцианоз носогубного треугольника, ушей и кончиков пальцев. Оволосение по мужскому типу, равномерное. Ногти по форме приближаются к «часовым стеклам», признаков деформации, грибковых поражений нет. Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет.

*Подкожно-жировой слой:* недостаточно выражен, отеков нет.

*Лимфатические узлы:* при осмотре периферические лимфоузлы не пальпируются.

*Мышечная система:* Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус снижен, болезненности при прощупывании нет, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет.

*Костно-суставная система:*

Череп правильной формы, без аномалий развития. Позвоночник: физиологические изгибы сохранены, патологических деформаций нет. Грудная клетка цилиндрической формы. Рёберные промежутки не расширены, ход ребер приближается к горизонтальному. Пальпаторно грудная клетка безболезненна, крепитации нет. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита нет. Суставы верхних и нижних конечностей симметричны, подвижны, объем движений сохранен.

**Дыхательная система**

*Осмотр:* Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. При разговоре отмечается осиплость голоса.Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. В дыхании участвуют вспомогательные мышцы. Над- и подключичные ямки резко выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер приближается к горизонтальному, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Физиологические изгибы позвоночника сохранены, деформаций нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Частота дыхания 16\мин.

*Пальпация:* грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней поверхности грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук, одинаковый на симметричных участках. Сзади в верхних отделах правого легкого ближе к межлопаточной области - тимпанит.

Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена. Над передними отделами cамый ясный перкуторный звук в III межреберье по l.mediaclavicularis, самый тихий звук в Моренгеймовской ямке. Над задними отделами самый ясный перкуторный звук под лопаткой, самый тихий звук на лопатках.

Высота стояния верхушек легких спереди справа и слева составляет 3см. Высота стояния верхушек легких сзади на 1,5см. ниже VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева составляет 6см. Подвижность нижнего края левого легкого на вдохе составляет 3см, правого легкого - 2 см.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких | | |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | V межреберье | ------------------ |
| l.medioclavicularis | VI ребро | ------------------ |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

*Аускультация:*  Над всей поверхностью легких выслушивается жесткое везикулярное дыхание, сзади в нижних отделах легких - с оттенком бронхиального. В межлопаточной области и в нижней части правого легкого сзади отчетливо выслушивается крепитация. Хрипов нет. При бронхофонии к периферии доносится неразборчивый звук, что соответствует норме.

**Сердечно-сосудистая система**

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.

АД=140\80

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.mediaclavicularis, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

*Перкуссия:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая перкуссия границ сердца | | |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | IV межреберье на 1,5см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | на l.mediaclavicularis | на l.mediaclavicularis |

Ширина сосудистого пучка составляет 6см.

Длинник сердца: 11см + 0.5см=11.5см

Поперечник сердца: 14 см

Атриовазальный угол отстоит на 0.5см справа от правого края грудины на уровне хряща III ребра.

*Аускультация:* тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов нет. Аускультативно шумы на крупных сосудах не выслушиваются.

*Пульс:* одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, твердый, форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный 72 уд\мин (не учащен), стенка сосуда эластичная.

**Пищеварительная система.**

*Осмотр:* слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные. Миндалины обычной величины и консистенции, не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, налета нет. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка слабо участвует в акте дыхания, рубцов, участков пигментации нет. Скопления жидкости и газов не определяется.

*Пальпация:* при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация:

* слепая кишка – расположена правильно (в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации болезненна, урчание не определяется.
* сигмовидная кишка расположена правильно (на границе нижней и средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации болезненна, определяется урчание.
* поперечная ободочная кишка расположена правильно, на 2 см выше пупка, диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации болезненна, урчание не определяется.
* восходящая, нисходящая ободочная кишка - диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.

*Желудок:*

Над желудком определяется тимпанический звук, нижняя граница лежит на 4см выше пупка. Шум плеска не определяется.

Пальпаторно большая кривизна желудка лежит на 4см выше пупка, ровная, эластичная, при пальпации болезненная.

*Печень:*

При пальпации край печени на 4 см выходит за пределы реберной дуги, закругленный, эластичный, бугристый, безболезненный. Желчный пузырь пальпаторно не определяется, симптомы Мюсси и Василенко отрицательные. Так как возможен алкогольный цирроз печени, необходимо провести УЗИ органов брюшной полости.

Границы печени:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| верхняя | V ребро | VI ребро |
| нижняя | На границе верхней и средней ⅓ расстояния от пупка до основания мечевидного отростка | |
| левая | Не выходит за левую l.parasternalis | |

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 17см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы –10см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 10см.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 14см

Поперечник = 5см

Верхняя граница: IX ребро

Нижняя граница: XI ребро

Задний верхний полюс: по l. scapularis

Передний нижний полюс: не выходит за l.costoarticularis

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

**Эндокринная система**

Конечности пропорциональны, одинакового размера. Увеличения отдельных частей тела нет. Кожа и слизистые непигментированы. Щитовидная железа не увеличена, пальпаторно эластичная, безболезненная, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Тремора рук и век нет.

**Нервная система**

Больной настроен доброжелательно, идет на контакт. Речь не изменена, чувствительность сохранена. Пациент ориентирован в пространстве и времени. К своему заболеванию относится адекватно. Сон не нарушен.

**Данные лабораторных исследований**

**1.Общий анализ крови (от 20.12.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Цветной показатель  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы с/я, %  Нейтрофилы п/я, %  Эозинофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 108  3,25  0,9  11,5  40  72  1  2  20  5 | 115 – 145  3,7 – 4,7  0,85 – 1,05  4,78 – 7,68  2-15  47 – 72  0-6  0-5  19 – 37  3 – 11 |

Заключение: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, нормохромная анемия

**2.Общий анализ крови (от 28.02.2006г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Цветной показатель  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы с/я, %  Нейтрофилы п/я, %  Эозинофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 128  4,00  0,9  13,2  22  47  15  3  26  9 | 115 – 145  3,7 – 4,7  0,85 – 1,05  4,78 – 7,68  2-15  47 – 72  0-6  0-5  19 – 37  3 – 11 |

Заключение: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ. По сравнению с анализом за 20.12.05. ликвидирована анемия, но явная отрицательная динамика воспалительной реакции - усиление лейкоцитоза со сдвигом влево.

**3.Общий анализ мочи (от 20.12.2005г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Глюкоза  Билирубин  Микроскопия осадка | светло-желтый  прозрачная  мало мочи  0,025  отрицательный  отрицательный  плоский эпителий, единичные лейкоциты |

Заключение: протеинурия

**4.Общий анализ мочи (от 28.02.2006г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Глюкоза  Билирубин  Микроскопия осадка | светло-желтый  прозрачный  мало мочи  отрицателен  отрицателен  отрицателен  лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты единичные |

Заключение: лейкоцитурия, по сравнению с анализом от 28.02.06. протеинурии нет.

5. **Биохимический анализ крови (от 20.12.2005г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\л  Мочевина, ммоль\л  Креатинин, ммоль\л  Общий билирубин, мкмоль\л  Прямой билирубин, мкмоль\л  Общий белок г\л  альбумины,%  α1-глобулины,%  α2-глобулины,%  β-глобулины,%  γ-глобулины,%  Белковый коэффициент  АСАТ мккат\л  АЛАТ мккат\л  Тимоловая проба, ед  СРБ | 4,9  4,7  51,0  6,5  отрицателен  56,3  37,78  8,71  18,27  11,16  24,07  0,61  0,4  0,3  0,9  ++ | 3,5-7,5  2,5-8,3  13-53  8,55 – 20,05  отрицателен  65-85  56-66  3-6  7-10  7-13  12-20  1,2-2,0  До 0,68  До 0,68  0-4  отрицателен |

Заключение: гипопротеинемия, гипоальбуминемия, диспротеинемия за счет повышения фракции γ-глобулинов, снижен белковый коэффициент, положительный СРБ.

**6.Биохимический анализ крови (от 15.02.2006г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\л  Мочевина, ммоль\л  Креатинин,ммоль\л  Общий билирубин, мкмоль\л  Прямой билирубин, мкмоль\л  Общий белок, г\л  АСАТ мккат\л  АЛАТ мккат\л | 4,3  4,7  64,5  5,5  отрицателен  77,0  0,17  0,25 | 3,5-7,5  2,5-8,3  13-53  8,55 – 20,05  отрицателен  65-85  До 35,0  До 35,0 |

Заключение: по сравнению с анализом от 20.12.2005. нормализация уровня общего белка, но отрицательная динамика со стороны почек - повышение уровня креатинина.

**7. Микроскопия мокроты по методу люминесценции (от 22.12.05г.):**

Мокрота слизисто-гнойная, до 10 бактерий в поле зрения ++.

Заключение: умеренное бактериовыделение.

**8. Микроскопия мокроты по методу люминесценции (от 26.02.06г.):**

Мокрота слизисто-гнойная, до 10 бактерий в поле зрения ++.

Заключение: умеренное бактериовыделение. По сравнению с анализом от 22.12.05г. без динамики.

**9. Посев мокроты на микрофлору и чувствительность к АБП (от 20.12.05г.):**

Более 100 колоний, выделена человеческая культура. Чувствительность к препаратам: изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол, канамицин.

Заключение: обильный рост микобактерий, чувствительны к препаратам первой линии.

**10.** **Посев мокроты на микрофлору и чувствительность к АБП (от 16.02.06г.):**

Умеренный рост Streptococcus pyogenes, чувствителен к ципрофлоксацину.

Заключение: по сравнению с посевом от 20.12.05г. роста микобактерий нет. рост вторичной микробной микрофлоры.

**Данные инструментальных исследований**

1. **ЭКГ (от 20.12.05г.)**

Заключение: синусовая тахикардия до 110 уд\мин, диффузные изменения миокарда правого предсердия по легочному типу.

1. **ФВД (от 22.12.05г.)**

Заключение: резкое снижение ЖЕЛ, незначительные нарушения проходимости дыхательных путей.

1. **Рентгенография (от 21.12.05г.)**

Обзорная рентгенограмма грудной клетки выполнена жесткими лучами (просматриваются все позвонки). Больной установлен неправильно (ключицы на разном уровне, расстояние от средней линии до ключиц разное), снимок выполнен неправильно (не полностью захвачены синусы). Костные структуры не изменены.

Объем правого легкого уменьшен по сравнению с левым. В правом легком субтотальное затемнение в средней и нижней долях, неоднородное, с участками просветления в S4. В верхней доле в S2 кольцевидная тень размером 5,5-7,5 см, наружные контуры нечеткие (перифокальный воспалительный вал, активный процесс), внутренние контуры четкие, но неровные. От кольцевидной тени к корню тянутся фиброзные тяжи. В S1 и S3 множественные кольцевидные тени диаметром до 2 см с нечеткими наружными границами и более четкими, но неровными внутренними. Кольцевидные тени связаны между собой и с корнем легкого линейными тяжами затемнения. Корень легкого и плевра справа не дифференцируются.

В левом легком по всем долям распространенная диссеминация очаговых теней по всем долям с преимущественной локализацией в средней доле. Очаговые тени мелкие и средние, с нечеткими контурами, накладывающиеся друг на друга. Корень легкого четко не визуализируется.

Сердечно-сосудистая тень смещена вправо, границы дуг четко не видны.

На томограммах (срезы 7 и 8 см) в S2 правого легкого четко видна гигантская кольцевидная тень размером 5,5-7,5 см, с четкими наружными и внутренними границами, от которой к правому куполу диафрагмы и корню легкого идут множественные тяжи. В S3 и S1 множественные мелкие кольцевидные тени, с четкими внутренними и нечеткими наружными границами, внутренние контуры неровные, в некоторых кольцевидных тенях имеются поперечные перемычки. От кольцевидных теней к корню легкого протянуто большое количество фиброзных тяжей.

**Консультации узких специалистов**

1. **ЛОР-врач:** изменений со стороны голоосвых связок и других ЛОР-органов не выявлено.
2. **Окулист:** миопия, этамбутол не противопоказан.

**Обоснование диагноза**

**1.Основное заболевание: Фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого с засевом в левое легкое. БК +**

Локализация патологического процесса в легких предположена на основании наличия у больного жалоб, характерных для легочного процесса: кашля с выделением сероватой мокроты, одышки, смешанного характера. Наличие жалоб общего характера (выраженная слабость, головные боли, резкое похудание) говорят о том, что патологический процесс в легких протекает на фоне выраженного интоксикационного синдрома и наиболее вероятен воспалительный процесс. Выявленные при объективном обследовании изменения (аускультативно жесткое дыхание по всей поверхности и крепитация в нижних отделах, тимпанит в верхнем отделе правого легкого сзади при перкуссии) также указывают на локализацию процесса в легочной ткани. Отсутствие каких-либо изменений со стороны других органов и систем также подтверждает то, что состояние пациента обусловлено легочной патологией.

Кашель с отделением мокроты, наличие выраженного интоксикационного синдрома и признаки воспалительной реакции в лабораторных анализах (нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, СРБ ++) говорят в пользу воспалительной этиологии основного процесса.

Туберкулезный процесс в легких заподозрен на основании данных анамнеза, по которым с 1993г. пациент имел массивные постоянные контакты в местах лишения свободы с туберкулезными больными. В 1994г. пациенту был поставлен диагноз туберкулеза, по поводу чего он получал лечение. Со слов пациента он был полностью излечен и в 1995г. снят с учета у фтизиатра. В таком случае повторное заболевание туберкулезом говорит о рецидиве процесса (прошло более 2 лет от момента излечения до повторных проявлений). Подтверждение туберкулезного процесса получено при рентгенографии легких (гигантская каверна и множество более мелких в верхней доле правого легкого, массивные фиброзные тяжи в правом легком и признаки обсеменения левого легкого), так как такая рентгенологическая картина наиболее характерна для туберкулеза легких. За туберкулезный процесс говорит локализация каверн в верхней доле правого легкого и массивный фиброз с тяжами к корню легкого и диафрагме. Диссеминация очаговых теней с нечеткими границами в левое легкое также подтверждает туберкулезную этиологию процесса. Подтверждается туберкулезная этиология наличием микобактерий (умеренное бактериовыделение) при микроскопии мокроты и обильным ростом колоний микобактерий при посевах мокроты.

Фиброзно-кавернозная форма туберкулеза правого легкого ставится на основании наличия при перкуссии тимпанического звука в верхних отделах правого легкого сзади (указывает на наличие крупной полости в легких) и жесткого дыхания по всей поверхности правого легкого при аускультации, а также на основании данных рентгенограммы органов грудной клетки (каверны в верхней доле правого легкого и массивный фиброз с уменьшением объема правого легкого).

Засев туберкулезного процесса в левое легкое ставится на основании данных объективного обследования (жесткое дыхание при аускультации по всей поверхности левого легкого и крепитация в нижних отделах по задней поверхности) и рентгенографии (множественные диссеминированные мелкие и средние очаговые тени с нечеткими контурами по всей площади левого легкого. Нечеткие контуры говорят об активности процесса).

Бактериовыделение ставится на основании наличия при микроскопии мокроты до 10 микобактерий в поле зрения, что окончательно подтверждает диагноз туберкулеза.

2.**Осложнения: Дыхательная недостаточность II-III степени. Кахексия II-III степени.**

Дыхательная недостаточность II-III степени ставится на основании жалоб пациента на одышку смешанного характера, возникающую при небольшой физической нагрузке, данных объективного обследования пациента (участие в дыхании вспомогательных мышц, акроцианоз кончиков пальцев, ушей, носогубного треугольника, ногти по форме приближаются к «часовым стеклам»). Так как на рентгенограмме найдены массивные изменения в 2 легких, то это подтверждает наличие у пациента выраженной дыхательной недостаточности.

Кахексия II-III степени обусловлена тяжелым интоксикационным синдромом при массивном туберкулезном процессе и дыхательной недостаточностью, но также может быть связана со злоупотреблением алкоголем. Кахексия ставится на основании жалоб пациента на выраженную слабость и резкое похудание на фоне нормального аппетита, данных объективного осмотра (астенический тип телосложения, неразвитый подкожно-жировой слой. сухая кожа со сниженным тургором, гипотонус мышц), лабораторных данных (нормохромная анемия и гипопротеинемия в анализах крови при поступлении. Исчезновение анемии при усиленном питании им лечении пациента также больше говорит о том, что она связана с кахексией на фоне интоксикационного синдрома). II-III степень кахексии ставится на основании похудания пациента до 20% от первоначальной массы тела.. 10 микоактерий контурами по всей площади левого ле

**Обоснование лечения**

Данный пациент относится ко II категории: больные с рецидивом туберкулезного процесса. Лечение туберкулеза комплексное, этапное, длительное. I этап лечения - интенсивная фаза, проводится в специализированном стационаре не менее 2 месяцев и по его окончании пациент должен быть абациллирован. II этап лечения - поддерживающая фаза, длится 4-6 месяцев и приводит к полной элиминации возбудителя и выздоровлению больного. Комплексность заключается в сочетании лечебного режима, диеты и лекарственного лечения. Длительное лечение обусловлено медленным размножением микобактерий и их способностью длительно находится в неактивном состоянии. При лечении больных данной формой туберкулёза лёгких с наличием каверн и фиброза к оперативному вмешательству прибегают редко, так как процесс распространённый, двусторонний и поэтому невозможно выполнить резекцию в пределах здоровых тканей лёгкого.

1. ***Режим*** общий с достаточным количеством времени для отдыха пациента и ежедневные прогулки на свежем воздухе не менее 2 часов в день. Комфортный для пациента режим позволяет ускорить процессы лечения, быстрее восстановить нарушенные функции организма. На всех этапах лечения пациенты должны избегать тяжелых физических и эмоциональных нагрузок. должны выполнять только посильную работу.
2. ***Диета №11*** с усиленным питанием. Диетотерапия играет ведущую роль в восстановлении нарушенных функций организма. Рацион должен быть индивидуально подобранным, сбалансированным (15-20% белков, 25-35% жиров, остальное - углеводы), содержать все необходимые витамины. Так как у пациента при поступлении имелся выраженный дефицит массы тела, то объем пищи увеличивают на 15-20% от нормы по весу.
3. ***Этиотропная терапия*** антимикробными препаратами проводится в соответствии с приказом №109 МЗРФ о лечении пациентов, больных туберкулезом. Так как у пациента имеется рецидив легочного туберкулеза (II группа) то терапия назначается препаратами I линии соответственно схеме для данной группы (H,R,Z,E,S). При посевах микобактерии чувствительны ко всем антибиотикам данной группы. Принципы этиотропной терапии: длительная, постоянная, препараты принимаются 1 раз в сутки для создания максимальной концентрации в крови, при назначении учитывается потенцирующее действие различных ЛС друг на друга, этиотропные препараты применяются только в комбинации, монотерапия недопустима!
   * **Изониазид** - производное изоникотиновой кислоты, высокоактивен в отношении МБТ. Механизм действия основан на блокаде синтеза фосфолипидов, ДНК, РНК и нарушении целостности клеточной стенки. Наиболее активно действует на быстроразмножающиеся бактерии, в больших дозах оказывает бактерицидный эффект, в малых - бактериостатический. Побочные действия: головные боли, головокружение, тошнота, рвота, аллергические реакции, невриты. психозы, атрофия мышц и параличи. В связи с тем что паицент был доставлен в состоянии тяжелой кахексии, назначается внутривенно капельно.

Rp.: Sol. Isoniazidi 10% - 5 ml

D.t.d. in ampullis № 10

S.: вводить внутривенно капельно на 100 мл физиологического раствора. после введения постельный режим в течении 1 часа.

* **Рифампицин** - антибиотик широкого спектра действия, активен в отношении МБТ и Гр+ бактерий. Оказывает выраженное бактериостатическое и бактерицидное действие как на быстроразмножающиеся, так и персистирующие МБТ, в том числе находящиеся внутриклеточно. Действие основано на ингибировании ДНК-зависимой РНК-полимеразы. Так как к препарату быстро развивается устойчивость, его применяют только в комбинации с другими противотуберкулезными препаратами. Препарат достаточно эффективен при приеме внутрь. Побочные действия: аллергические реакции, гепато- и панкреатотоксическое действие, гипергликемия, флебит. Препарат окрашивает все биологические жидкости в оранжево-красный цвет, о чем необходимо предупредить пациента.

Rp.: Tab. Rifampicini 0,3

D.t.d. №30

S.: принимать утром по 2 таблетки за 1 час до завтрака.

* **Пиразинамид** - производное пиразинкарболовой кислоты, по активности уступает изониазиду. Высокоактивен в кислой среде казеозных масс, действует на внутриклеточные и персистирующие в макрофагах МБТ. Преимущественно назначается больным с деструктивными формами туберкулеза. к препарату медленнее формируется устойчивость МБТ. Побочные действия: аллергические реакции, диспепсия. повышенная возбудимость, при длительном применении - гепатотоксичен.

Rp.: Tab. Pirazinamidi 0,75

D.t.d. № 10

S.: принимать по 1 таблетке через час после обеда.

* **Этамбутол** - оказывает выраженное бактериостатическое действие на МБТ, действуя на вне- и внутриклеточные организмы. Эффективен при резистентности к другим препаратам I ряда. Побочные действия: кашель, диспепсия, парестезии, головокружения, снижение остроты зрения.

Rp.: Tab. Ethambutoli 0,4

D.t.d. № 100

S.: принимать по 3 таблетки после завтрака

* **Стрептомицин** - антибиотик широкого спектра действия, действует преимущественно на внеклеточные быстроразмножающиеся МБТ. При приеме внутрь плохо всасывается и быстро выводится через кишечник в неизмененном виде, в связи с чем применяется парентерально. Побочные действия: аллергические реакции, ототоксичность, головные боли, гематурия, гематотоксическое действие. При применении необходим регулярны контроль зрения и картины крови.

Rp.: Streptomycine sulfatis 1,0

D.t.d. № 60

S.: содержимое флакона растворить в 2 мл физиологического

раствора, вводить внутримышечно в 11.00

1. ***Патогенетическая терапия*** направлена на ускорение процессов рассасывания и репарации, а также на восстановление нарушенных функций организма и защиту от токсического действия этиотропных препаратов.

* Rp.: Sol. Thiamini chloride 3%-1 ml

D.t.d. in ampullis № 10

S.: вводить внутримышечно через день, чередуя с пиридоксином

* Rp.: Sol. Pyridoxini 5%-1 ml

D.t.d. in ampullis № 10

S.: вводить внутримышечно через день, чередуя с тиамином

* Rp.: Sol. Tactivini 0,01%-1 ml

D.t.d.: in ampullis № 10

S.: вводить подкожно на ночь

**Мероприятия в очаге**

В течение 3 дней после установления диагноза туберкулеза место жительства посещает участковый фтизиатр, который составляет план оздоровления Выявление и проведение флюорографического обследования всем лицам, контактировавшим с больным. Постановка выявленных лиц на учет в туберкулезный диспансер. Дезинфекция помещения. в котором проживал пациент.

**Прогноз**

Прогноз относительно полного выздоровления неблагоприятный в связи с тем, что имеется рецидив туберкулеза в запущенной стадии с гигантскими полостями распада и выраженным пневмофиброзом, что сильно нарушает функцию легких и затрудняет лечение. Прогноз относительно осложнений неблагоприятный, так как у больного уже имеется дыхательная недостаточность II-III, которая по мере развития процесса будет усугубляться. Также возможно развитие других острых и хронических осложнений. которые могут угрожать жизни пациента. Прогноз относительно трудоспособности также неблагоприятный в связи с тем, что выраженная дыхательная недостаточность значительно ограничивает активность пациента. Необходимо оформление инвалидности.