**Паспортная часть**

# **Ф.И.О.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст:** 42 года (12 июня 1962 г.)

**Национальность:** русская

**Место работы:** безработная

**Место рождения:** Кемеровская обл..

**Место жительства:** г. Томск ул. Лебедева 102\А - 16

**Дата поступления:** 10. 04. 2003 г.

###

**Клинический диагноз:**

***Основное заболевание*:** Фиброзно – кавернозный туберкулез верхушки левого легкого, с засевом в нижнюу долю левого и верхний сегмент правого легкого, ВК+.

***Осложнения*:** токсическое поражение крастного костного мозга, почек, сердца.

 ***Сопутствующие заболевания*:** нет

**Жалобы**:

К моменту поступления больная предъявляла жалобы:

* - на слабость . На момент поступления больная практически не двигалась
* - потливость по ночам.
* - головокружение
* - на боли в левой половине грудной клетки колющего характера, слабой интенсивности.
* - на сухой упорный кашель, появляющийся ночью и утром. При кашле нередко отмечала отделение светло-желтой мокроты.
* - повышение температуры тела до 39,6 градусов.
* - снижение аппетита
* - потеря массы тела на 15 кг с декабря 2002 года.

**Анамнез данного заболевания:**

 Пациентка считает себя больной с ноября 2002 года, когда стала отмечать снижение трудоспособности, аппетита, повышеную утомляемость, временами появлялась субфибрильная температура. Через некоторое время появился сухой кашель, усиливающийся ночью.

 В декабре 2002 года по собственному желанию проведена флюрография, где были обнаружены патологические изменения в легких. До этого года флюрографическое исследование не проводилось около 10 лет, реакция Манту не выполнялась с юношеского возраста. На диспансерный учет пациентка не встала.

Позже стала замечать повышенние утомляемости, слабость , снижение работоспособности. Через некоторое время появилась боль в левой половине грудной клетки; сухой надсадный кашель, обычно в ночное и утреннее время, иногда отходила мокрота светло-желтого цвета; прекратилась менструация, значительно снизился аппетит. За врачебной помощью не обращалась, когда появлялись боли самостоятельно принимала ампициллин (со слов пациентки это приносило облегчение).

Весь период заболевания продолжала работать няней( сидела со своим племянником ).

Последнее время проживала с подгугой и дочерью в общежитии, где по-соседству была женщина больная открытой формой туберкулеза ( в апреле 2003 г. соседка умерла).

В период с декабря по апрель больная похудела на 15 кг, практически не вставала с постели, ничего не ела, последние три дня температура поднималась до 40 градусов.

10 апреля 2003г. впорядке скорой помощи была доставлена в госпиталь, где была сделана рентгенограмма органов грудной клетки, и в этот же день с диагнозом: Диссеминированный туберкулез легких больная была госпитализирована в ОТБ.

В клинике был поставлен **диагноз:** Фиброзно – кавернозный туберкулез верхушки левого легкого, с засевом в нижнюу долю левого и верхний сегмент правого легкого, ВК+.

Больной было назначено лечение по I категории:

* изониозид 0,3 в/м, в 10:00
* рифампицин 0,6 натощак в 8:30
* пиразинамид 2,0 в 14:00 после еды
* стрептомицин 1,0 в/м в 11:00
* вит. В1,В2 1,0 ml в/м
* коделак 1т. 3 р/д
* ортофен 1т. 3 р\д
* дезинтоксикационная терапия: 400 ml физ.раствора, рибоксин 2%-10,0, вит. С 5% - 5 ml
* кальция хлорид 10 ml в/в

За время пребывания в стационаре больная отмечает улучшение состояния: появился аппетит, больная поправилась на 4 кг,температура появляется редко (37-37,5).

На момент курации ( в ОТБ находится уже 2 месяца) предявляла жалобы:

* редкий сухой кашель, появляюшийся по утрам
* некоторая слабость

 **Личный анамнез больного:**

Родилась 12.06.62г. в Кемеровской области, помимо ее в семье еще 2 детей. Ребенком росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Какие и когда прививки ей проводились сказать затрудняется, но при осмотре имеются 2 рубца от БЦЖ на левом плече. После окончания 9 классов школы, училища работала контролером ОТК, профессиональных вредностей не имела.

 Менструация с 12 лет. Было около 7 беременностей: 2 из них закончились родами (мальчик и девочка) - роды физиологичные, в срок, без осложнений; 5 беременностей закончились мед. абортами.

Туберкулез, венерические заболевания, болезни обмена, психические и онкологические заболевания у родственников отрицает.

Привычные интоксикации: курит с 15 лет (в настоящее время около пачки в день), алкоголем не злоупотребляет. В МЗ не была.

В детстве перенесенных инфекционных заболеваний не помнит. ЧМТ не было, операций не было, в больнице (помимо абортов и родов) не лежала. На парентеральные гепатиты и ВИЧ не обследована.

Непереносимость лекарственных средств, продуктов питания и бытовых веществ отрицает.

 .

 **Социально-бытовые условия:**

Последние 10 лет постоянного места работы не имеет, подрабатывает няней. Живет на средства своего 21 летнего сына. Жилищные условия удовлетворительные: проживает в общежитии по адрессу ул. Лебедева 102\А – 16: дом сухой, теплыи, туалет общественный в здании. Питание нерегулярное, в недостаточном количестве, почти не ест мясо и фрукты.

**Семейный анамнез:**

 Не замужем. Имеет двойх детей: дочь 17 лет и сын 21год. Проживает совместно с подругой Николаевой Ольгой Николаевной и своей дочерью. Со слов больной многие ее близкие родственники страдали легочной патологией ( сказать какой и кто точно не может), но туберкулеза вроде не было.

**Общие исследования:**

**Вес** 40кг

**Рост**  160 см

**Тип телосложения:** астенический

**Положение больного:** активное

**Выражение лица:** осмысленное

Исследование кожи:

 Кожные покровы выше пояса бледной окраски, эластичные, умеренной температуры и влажности. Отеков на лице и на ногах не отмечается. Сыпи и пигментации, расширенной венозной сети нет.

Слизистые:

 Предверия полости носа, ротовой полости имеют бледно-розовую окраску, чистые, влажные, блестящие. Изъязвлений и налетов нет. Коньюнктива розовая, чистая, влажная.

Подкожная клетчатка:

 Развита равномерно, скудно. Отеки не определяются. Тургор снижен.

Лимфатические узлы:

 Кожа над лимфатическими узлами не изменена, гиперемии, повышение температура, увеличения визуально не отмечается. Пальпируются одиночные поднижнечелюстные узлы, плотной, эластической консистенции, не спаянные с окружающей тканью, безболезненные.

Мышечная система:

 Развита умеренно, симметрично на одинаковых участках. Тонус и сила мышц снижена, при пальпации болезненности нет.

Костная система:

 Строение длинных трубчатых костей верхних и нижних конечностей нормальное, деформаций нет. При пальпации безболезненны. Суставы нормальной конфигурации, кожа над ними не изменена, повышения температуры, гиперемии нет, движения в суставах сохранены в полном объеме, без болезненности.

Левое плечо стоит выше правого, в результате искривления позвоночного столба.

Голова:

 Округлой формы. Соотношение мозгового и лицевого черепа нормальное. Отеков на лице нет. Аномалий развития черепа не отмечается.

Ротовая полость:

 Язык бледно-розовой окраски, влажный, обложен белым налётом, трещин нет. Десны нормальной окраски. Зубная формула не изменена. Много кариозных зубов. Миндалины розового цвета, влажные, чистые, блестящие, не выходят за дужки. Мягкое и твердое небо без изменений. Признаков воспаления нет.

Шея:

 Щитовидная железа не увеличена, не пальпируется, видимой пульсации сосудов не отмечается. Лимфатические узлы шеи не увеличены, безболезненны.

Грудная клетка:

#  Астеническая. Обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, отставаний нет. Межрёберные промежутки, над- и подключичные ямки выражены слабо. Отмечается скалиоз в грудном отделе. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания смешанный. Дыхательные движения симметричные. Частота дыхания 18 актов в мин., ритм правильный.

 При сравнительной перкуссии лёгких отмечается укорочение по передней поверхности справа на уровне 2-3 межреберья, слева перкуторный звук легочный.

## Нижняя граница лёгких:

#  Левое Правое

# Парастернальная линия - 5 ребро

Среднеключичная линия - 6 ребро

Передняя аксиллярная линия 7 ребро 7 ребро

Среднеаксиллярная линия 8 ребро 8 ребро

Заднеаксиллярная линия 9 ребро 9 ребро

Лопаточная линия 10 ребро 10 ребро

Паравертебральная линия 11 ребро 11 ребро

Высота стояния верхушек лёгких правое – 3 см над ключицей, левое – 3 см над ключицей.

Ширина полей Кренига 5 см справа, 3 см слева.

При аускультации справа дыхание жесткое везикулярное, слева отмечается амфорическое дыхание на уровне 2-3 межреберья, хрипов и шума трения плевры нет.

 Подвижность легочных краев:

######  Справа 4 см

Слева 3 см

Сердечно - сосудистая система:

 При осмотре области сердца и сосудов деформации, патологической пульсации не отмечается. «Сердечного горба» нет.

 Пальпация. Верхушечный толчок локализуется в 5 межреберье слева на среднеключичной линии, площадью 2 см, положительный, резистентный, неусилен, невысокий.

 Патологического дрожания в области сердца не определяется.

 Перкуссия. Сосудистый пучок 7 см

 **Границы абсолютной тупости сердца:**

Левая – 5 межреберье на 2 см кнаружи от среднеключиной линии

Верхняя – 3 ребро по среднеключичной линии

Правая – 4 ребро по краю грудины

 При аускультации сердца тоны ясные, ритмичные, шумов нет.

 Пульс 100 уд\мин, одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сосудистая стенка не пальпируется. АД 130\80 мм рт. ст.

### Исследования органов брюшной полости:

Живот правильной формы, участвует в акте дыхания равномерно, видимой пульсации нет, при пальпации болевых точек не обнаружено, печень не выступает за край рёберной дуги.

Глубокая пальпация.

а) пальпация сигмовидной кишки

Пальпируется слева в виде плотного, эластического, подвижного, безболезненного тяжа, размером 1,5 см, неспаянного с подлежащей тканью, не урчит.

 б) пальпация слепой кишки

Пальпируется справа в виде эластического, безболезненного, подвижного плотного тяжа, размером 1 см, неспаянного с подлежащей тканью, урчит.

 г) пальпация поперечной кишки

Пальпируется справа в виде эластического, безболезненного, подвижного, размером 2 см, не урчащего тяжа.

 е) пальпация желудка

Желудок безболезненный, стенка подвижная, эластичная.

Печень

 а) пальпация

 Край печени гладкий, закругленный, эластичный, на 1 см выступает из под края рёберной дуги

 б) перкуссия печени

По срединной линии меньше 1\3 расстояния до пупка

По среднеключичной линии на 1 см выходит за край реберной дуги

По переднеаксиллярной линии на 1 см выходит за край реберной дуги

Определение границ печени по Курлову:

 По среднеключичной линии 13 см от мечевидного отростка

 По срединной линии 10 см от мечевидного отростка

 По левому краю реберной дуги 9 см

Размеры печени 13 х 10 х 9 см

### Мочеполовая система:

 При пальпации области почки слева и справа болезненность отсутствует. Правая и левая почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слева и справа отрицательный. Мочеиспускание безболезненно, диурез в норме. Отделяемого, крови, гноя из уретры и заднего прохода нет ( по словам пациентки ).

### Состояние психики и нервной системы:

 Память удовлетворительная, в контакт входит охотно, относится с вниманием, поведение сдержанное. К своему состоянию относится спокойно.

 **План обследования:**

1. Общий анализ крови

2. Биохимический анализ крови

3. Общий анализ мочи

4. Анализ мокроты на БК

5. Обзорная рентгенография органов грудной клетки

6. Томография легких

 **Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:**

Общий анализ крови:

 11.04.03 Норма:

Hb (г/л) 78 115-145

Эритроциты (x10 /л) 2,75 3,7 – 4,7

ЦП 0,74 0,9

СОЭ (мм/ч) 40 1-10

Лейкоциты(x10 /л) 16 4,78 - 7,68

палочкоядерные нейтрофилы (%) 20 0-6

сегментоядерные нейтрофилы (%) 67 47-72

эозинофилы (%) 0 1-5

лимфоциты (%) 7 19-37

 моноциты (%) 4 3-11

анизоцитоз +

пойкилоцитоз +

эритроциты с базафильной зернистостью +

токсогенная зернистость +++

**Заключение:** Гипохромия – гипогемоглобинэмия, эритропения, понижение ЦП; наличие в крови эритроцитов различной величины и формы; присутствуют патологические признаки в эритроцитах – базофильная и токсогенная зернистость; лейкоцитоз, сдвиг нейтрофилов влево; анэозинофилия; лимфопения; увеличенная СОЭ.

 15.05.03 Норма:

Hb (г/л) 124 115-145

Эритроциты (x10 /л) 4,8 3,7 – 4,7

СОЭ (мм/ч) 70 1-10

Лейкоциты(x10 /л) 21,1 4,78 - 7,68

палочкоядерные нейтрофилы (%) 3 0-6

сегментоядерные нейтрофилы (%) 58 47-72

эозинофилы (%) 7 1-5

лимфоциты (%) 25 19-37

 моноциты (%) 7 3-11

**Заключение:** Лейкоцитоз – эозинофилия; увеличение СОЭ, по сравнению с анализом за 11.04. отмечается положительная динамика.

 10.06.03 Норма:

Hb (г/л) 114 115-145

Эритроциты (x10 /л) 3,55 3,7 – 4,7

СОЭ (мм/ч) 64 1-10

ЦП 0,9 0,85 – 1,05

Лейкоциты(x10 /л) 19,45 4,78 - 7,68

палочкоядерные нейтрофилы (%) 29 0-6

сегментоядерные нейтрофилы (%) 47 47-72

лимфоциты (%) 10 19-37

 моноциты (%) 14 3-11

**Заключение:** Легкая анемия ( гипогемоглобинэмия, эритропения ); увеличение СОЭ; лейкоцитоз со сдвигом нейтрофилов влево; лимфопения; моноцитоз.

Биохимический анализ крови:

 17.03.03 норма

билирубин общий(мкмоль/л) 11,4 8,55 до 20,0

общий белок (г/л) 64,1 65,0-85,0

глюкоза (ммоль/л) 5,1 3,3-5,5

мочевина(ммоль/л) 2,3 2,5-8,3

креатинин(ммоль/л) 82 45,0-80,0

 тимоловая проба 5,8 1,8-2,07

АЛТ 0,26

АСТ 0,34

**Заключение:** Небольшая гипоальбуминэмия, повышение уровня креатинина, увеличение тимоловой пробы.

 12.05.03 норма

билирубин общий(мкмоль/л) 10,2 8,55 до 20,0

общий белок (г/л) 68,8 65,0-85,0

мочевина(ммоль/л) 2,6 2,5-8,3

креатинин(ммоль/л) 82 45,0-80,0

 тимоловая проба 0,2 1,8-2,07

АЛТ 0,28

АСТ 0,21

**Заключение:** Повышение уровня креатинина, понижение тимоловой пробы.

 Общий анализ мочи:

11.05.03

цвет светло-желтый

прозрачность прозрачная

удельный вес м\м

среда 5

белок 0,07

глюкоза отр.

Биллирубин отр.

микроскопия осадка:

лейкоциты 2-3 в поле зрения

клетки плоского эпителия единичный

 эритроциты единичные

 **Заключение:**  Альбуминурия, все остальные показатели соответствуют норме.

 15.05.03.

цвет светло-желтый

прозрачность прозрачная

удельный вес 1014

среда 7

белок отр.

глюкоза отр.

Биллирубин отр.

микроскопия осадка:

лейкоциты 2-3 в поле зрения

клетки плоского эпителия единичный

почечный эпителий единичный

 эритроциты единичные

цилиндры зернистые единичные

слизь ++

 **Заключение**: Наличие в моче эритроцитов,почечного эпителия, зернистых цилиндров и слизи свидетельствует о функциональном нарушении почек.

 15.05.03.

цвет светло-желтый

прозрачность прозрачная

удельный вес 1012

среда 5

белок отр.

глюкоза отр.

Биллирубин отр.

микроскопия осадка:

лейкоциты 3 - 5 в поле зрения

клетки плоского эпителия до 6 в п\з

эритроциты единичные

 **Заключение:** Лейкоцитурия, повышенное содержание плоского эпителия.

ЭКГ: Вертикальное положение оси сердца.

11.04.03 Ритм синусовый, тоны нормальные, ЧСС 123 \ мин. Вертикальное положение оси сердца, переходная зона V5, ST в V3 – V5 приподнят. Нарушение функции проводимости.

**Заключение**:Нарушение функции автоматизма, синусовая тахикардия,признаки перегрузки правых отделов сердца, выраженяы диффузные изменения миокарда.

Микроскопия мокроты на БК:

( люменисцентный метод )

**Заключение**: 18.04.03 больше 10 в поле зрения +++

 Посев и определение чувствительности к ПТП:

14.04.03. **результаты посева**: свыше 100 колоний ( обильный рост ) +++

 15.04.03. **результаты посева**: свыше 100 колоний ( обильный рост ) +++

 16.04.03. **результаты посева**: свыше 100 колоний ( обильный рост ) +++

.

 **чувствительность:** Изониазид 1 мкг \ мл +

Рифампицин 40 мкг \ мл +

 Стрептомицин 10 мкг \ мл +

 Этамбутол 50 мкг \ мл

 Канамицин 50 мкг \ мл

Обзорная рентгенография органов грудной клетки:

На обзорной рентгенограме органов гркдной клетки, сделанной лучами средней жесткости, при правильном положении больного справа видны очаговые и фокусные тени, среди которых в S6,S2,S1 определяется группа полостей распада. Левое легкое уменьшено в обьеме за счет фиброза в верхней доле, в S6 и нижней доле определяется образование, сруктура которого представлена множественными разноколиберными кольцевидными тенями с неровными стенками, окруженными перефокальным воспалительным валом. Отмечается сужение межреберных промежутков слева. В нижних отделах повышается прозрачность легких. Оба корня не дифференцируются. Синусы свободны. Срединная тень смещена влево.

На томограмме справа и слева видны кольцевидные тени, с элементами распада, диффузная фиброзная тяжистость.

**Заключение:** Можно выделить ряд синдромов: синдром кольцевидных теней, синдром снежной бури, уменьшение легкого в обьеме, патологии корня, сужение межреберных промежутков, диссиминация, смещение сердечной тени.

На основании вышеперечисленных синдромов можно рентгенологически поставить диагноз: *Фиброзно – кавернозный туберкулез верхней доли левого с засевом в нижнюю долю левого и верхнюю долю правого.*

**Обоснование диагноза:**

При распросе больной выяснились следующие жалобы: - потливость по ночам, головокружение, на боли в левой половине грудной клетки колющего характера, слабой интенсивности,на сухой упорный кашель, появляющийся ночью и утром. При кашле нередко отмечала отделение светло-желтой мокроты, повышение температуры тела до 39,6 градусов, снижение аппетита, потеря массы тела на 15 кг с декабря 2002 года, что может указывать на наличие патологического процесса в легких, протекающего на фоне интоксикационного синдрома.

На основании данных анамнеза – в последнее время проживала в общежитии, по соседству с женщиной больной туберкулезом. Также наличие данных жалоб в течение последнего года .

На основании данных опроса был предположен факт патологического процесса в легких , возможно туберкулезного характера.

Для подтверждения диагноза были проведены физикальные и лабораторные исследования.

На основании физикального исследования: снижение тургора кожи, тонуса мышц, слабо выраженную подкожную клетчатку, притупление перкуторного звука слева, жесткое дыхание справа и амфорическое дыхание слева, сужение полей Кренига и экскурсии слева – также можно предполагать наличие патологического процесса в легких, сопровождающегося истощением и снижением массы тела.

На основании лабораторных данных: Гипохромия – гипогемоглобинэмия, эритропения, понижение ЦП; наличие в крови эритроцитов различной величины и формы; присутствуют патологические признаки в эритроцитах – базофильная и токсогенная зернистость; лейкоцитоз, сдвиг нейтрофилов влево; анэозинофилия; лимфопения; увеличенная СОЭ.;гипоальбуминэмия, повышение уровня креатинина, увеличение тимоловой пробы; свидетельствуют о возможном туберкулезном процессе.

Хотя есть подозрения, судя по анализу крови, что возможно существует самостоятельное заболевание крови, или вероятнее всего проявление интоксикации.

Наличие в моче эритроцитов,почечного эпителия, зернистых цилиндров и слизи свидетельствует о функциональном нарушении почек; есть признаки нарушения функции сердца, что может говорить о тяжелой интоксикации.

На основании рентгенограммы мы предположили наличие в легких фиброзно – очагового туберкулеза, основываясь на выявленных РГ синдромах.

Окончательно поставить диагноз позволяет микроскопия слизи – обнаружение ВК > 10 в 1 поле зрения, то есть на +++, по результатам посева – > 100 колоний ( обильный рост ).

Определена чувствительность МБТ к ПТП.

 Т.о. *окончательный диагноз:* Фиброзно – кавернозный туберкулез левого легкого с засевом в нижнюю долю левого и верхние сегменты правого легкого, ВК + .

**План лечения:**

Данная больная относиться к категории I: больные с впервые выявленным легочным туберкулезом с положительными результатами исследования мазков. Лечение туберкулеза комплексное, этапное, длительное. Комплексность заключается в сочетании лечебного режима, диеты и лекарственного лечения. Этапы: стационар, санаторий, противотуберкулезный диспансер. 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.

*Рациональное питание* является одним из обязательных составных частей современной терапии туберкулеза. Оно играет роль фармакодинамического агента для нормализации нарушенных физиологических функций организма, поэтому режим питания должен быть строго индивидуальным для каждого больного. В питании должны быть представлены белки, жиры и углеводы в оптимальном количестве и в определенной пропорции. При туберкулезе рекомендуется повышенное количество белков, в основном животных, и умеренное количество углеводов. Соотношение между этими ингредиентами должно быть следующим: 15 — 20% белков, 25 — 35% жиров, остальное — углеводы. Туберкулезным больным с дефицитом веса необходимо давать рацион, превышающий норму на 15 — 20%.

*Этиотропная терапия*

Назначение химиопрепаратов больным туберкулезом должно быть комплексным, т.е. в виде комбинации одновременного приема 3-4 и более препаратов. Выбор химиопрепаратов должен соответствовать определенной схеме. Для впервые выявленного больного, у которого микобактерии туберкулеза не имеют резистентности, в качестве такой схемы является систем DOTS. Учитывая чувствительность МБТ к ПТП назначают следующие препараты:

Изониазид – обладает высокой активностью в отношении МБТ. Изониазид в больших концентрациях действовует бактерицидно, в малых – статик. Побочные явления: головная боль,тошнота, рвота, атрофия мишц, гепатит, кожные реакции, меноррагии, психозы.

Rp: Sol. Isoniazidi 10%-5ml.

DTD № 10 in amp.

S: в\м 3 мл в 10:00.

Рифампицин – антибиотик широкого спектра действия, оказывает цидное действие, эффективен при приеме внутрь. Но быстро развивается устойчивость к нему МБТ. Противопоказан беременным, при гепатитах и заболеваниях почек.

 Rp. Tab. Rifampicini 0,3 № 50

D.S.: по 2 таб. натощак в 8:30

Пиразинамид – по активности уступает изониазиду, но хорошо активен в кислой среде казеозных масс. Назначается больным из МЗ, имеющих контакт с туб. инфицированным. Побочные эффекты: дерматиты, токсич. Гепатиты, эозинофилия,лихорадка.

 Rp: Tab. Pirazinamidi 0,5 № 50

D.S. по 4 таб. в 14:00 после еды

Стрептомицин – антибиотик, при per os плохо всасывается, Побочные эффекты: дерматиты, сердцебиение, альбуминурия, гематурия, поносы, ототоксичен, аллергические реакции.

 Rp: Streptomicini sulfatis

D.S: 1,0 растворить в изотоническом растворе, в/м в 11:00

*Патогенетическая терапия:*

Комплекс витаминов В1,В2– назначают для стимуляции процессов рассасывания и репарации.

Rp: Sol. Tiamini bromidi 3% - 1 ml

Dtd. N. 10 in amp.

S: 1 мл в/м

Rp: Tabb. Riboflavini 0,005 N. 50

S: 1 таб. 2 раза в день.

Инфузионно-детоксикационная терапия: 400 ml физ.раствора, рибоксин 2%-10,0; вит. С 5% - 5 ml

Rp: Sol. Natrii chloridi 0,9% 400 ml

S: вводить в\в капельно.

Rp: Sol. Acidi ascorbinici 5 % - 1 ml

Dtd N 20 in ampul.

S: по 1 мл в\м 2 раза в день.

Rp: Sol. Riboxini 2 % - 10 ml

Dtd N 10 in ampul.

S: в\в медленно.

 В зависимости от результатов иммунологического исследования возможно применение иммуномодуляторов – тималин

Rp: “ Timalini” 0,01

D.S. растворить содержимое в 2 мл 0,25 % новокаина , в \ м.

Необходимо улучшить отхождение мокроты – целесообразно назначить бромгексин по 1 таб 3 р/д.

Rp: Tab. Bromhexini 0,008 N 20

D.S: по 1 таб. 3 раза в день.

Для того, чтобы не тратился собственный кальций на обызвествление активных очагов, необходимо назначить CaCl2 п\к

Rp: Sol. Calcii chloride 5 % - 10 ml

 D.S: п \ к по схеме ( 0,2 ежедневно повышая дозу на 0,2 и т.д.)

Режим труда, отдыха, покоя и посильной нагрузки является основным фоном лечения на всех этапах.

Под словом режим понимается такой распорядок дня больного, который обеспечивает состояние комфорта организма. Для этого требуется удлиненный сон пациента с включением двухчасового отдыха днем, длительное пребывание на воздухе — прогулка, лежание на веранде в летнее и зимнее время, а в более тяжелых случаях — лечение кислородом в кислородных палатках. Переход на больничное положение нередко тяжело переносится больным, поэтому вовсе не обязательно полностью запретить ему тот или иной вид труда. Посильный труд — учебная и научная работа, несколько ограниченная во времени, рекомендуется больным, находящимся в лечебных учреждениях.

**Прогноз:**

Прогноз относительно выздоровления сомнительный. Это связано с тем, что заболевание было распознано не в начальной фазе, поэтому в случае несвоевременной терапии процесс может перейти в форму с формированием большого количества очагов распада, интерстициального склероза, эмфиземы. Могут быть осложнения в виде туберкулезного плеврита и легочно-сердечной недостаточности. В остальном в случае рациональной комбинированной этиотропной и патогенетической терапии возможна стабилизация процесса: абациллирование и закрытие каверн, то есть выздоровление. Больная относится к группе 1А диспансерного учета – активный туберкулез, впервые выявленный, ВК +.

**Мероприятия в туб. очаге:**

Флюрография лиц, находившихся в контакте и проживавших вместе с пациентом. Постановка их на учет в ОТД. Дезинфекция помещения, в котором жил пациент.