**Паспортная часть.**

ФИО:

Возраст: (13 лет)

Место жительства: г. Балашиха

Непереносимость лекарственных средств: отрицает

Дата поступления: 19.06.02.

Отец: 34 года, продавец

Мать: 33 года, не работает

Посещает школу, 7-й класс

**Контакты с больными туберкулезом.**

Не выявлены.

**Анамнез жизни:**

Девочка родилась в Грузии, росла и развивалась соответственно возрасту.

В течении 2-х последних лет проживает в московской области в г. Балашиха.

Перенесённые заболевания: частые ОРВИ, краснуха.

Аллергологический анамнез: отрицает.

Сведения о профилактических прививках и туберкулиновых пробах отсутствуют.

*Бытовые условия и уход:* Материально-бытовые условия удовлетворительные, проживают в отдельной квартире. Ребёнок обслуживает себя самостоятельно. Прогулки регулярно. Сон: нормальный.

Посещает школу, успеваемость средняя.

Начало менструаций в конце 2001 года, цикл не установился.

**Анамнез болезни:**

Заболела 30.05, когда появились боли в животе, больше справа, непродуктивный кашель, слабость. 31.05 появились симптомы кишечной непроходимости (рвота съеденной пищей). Состояние ухудшилось. Температура не повышалась. Была госпитализирована в 3-ю детскую больницу г. Балашиха, хирургическое отделение, где при проведении диагностической лапароскопии было выявлено поражение брюшины («обсыпана» мелкими бугорками с «просяное зерно»). В дугласовом пространстве определялась жидкость. Сделана биопсия брыжеечных лимфоузлов. При морфологическом исследовании биоптата обнаружены клетки Пирогова-Лангханса, казеозного некроза обнаружено не было. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определялись симптомы тонкокишечной непроходимости (раздутые газом петли тонкого кишечника с уровнем жидкости). На рентгенограмме грудной клетки в правой плевральной полости жидкость. При исследовании плевральной жидкости все поле зрения покрывают лимфоциты, на фоне которых определяется комплекс клеток мезотелия с признаками пролиферации. С диагнозом милиарный туберкулез 19.06 девочка направлена в НИИ фтизиопульмонологии для подтверждения диагноза и лечения.

При поступлении состояние средней тяжести. В общем анализе крови лейкоцитоз 11 тыс., снижение лимфоцитов (20%), повышение СОЭ (25 мм/ч). При исследовании мокроты МБТ не обнаружены. На КТ грудной клетки выявлены гиперплазированные внутригрудные лимфатические узлы неоднородной структуры с обеих сторон. В верхней доле справа в 1-м сегменте очаговая тень, по всем легочным полям очаги обсеменения.

Проведена проба Манту с положительным результатом (8 мм). Поставлен диагноз: генерализованный туберкулез; туберкулез внутригрудных лимфоузлов; туберкулезный плеврит справа, туберкулез брыжеечных лимфоузлов с поражением брюшины.

На 1-м этапе лечения девочка получала этамбутол 1,0 2 р/д (синтетический эффективный противотуберкулезный препарат с бактериостатическим действием), рифампицин 0,3 (антибиотик широкого спектра действия, один из наиболее эффективных препаратов), изониазид 0,3 (основной противотуберкулезный препарат) на фоне вспомогательной терапии (преднизолон 20 мг – стероидное противовоспалительное средство, витамин В6). Данная комбинация противотуберкулезных препаратов является достаточно эффективной для лечения осложненных форм туберкулеза. В ней используется сочетание бактерицидного и бактериостатического действия, что обеспечивает санацию очагов инфекции и препятствует образованию лекарственной устойчивости.

Через 7 дней появились признаки токсического гепатита (увеличение АлТ до 435 ед, АсТ до 243 ед), в связи с чем рифампицин per os был отменен, назначена дезинтоксикационная терапия: гемодез, контрикал в 5% растворе глюкозы внутривенно капельно . После исчезновения признаков токсического гепатита рифампицин назначен в свечах.

Девочка находится в стационаре НИИ фтизиопульмонологии в течении 5 месяцев. Наблюдается положительная динамика: уменьшение симптомов интоксикации, отсутствие жалоб, появление аппетита, двигательной активности. На рентгенограмме наблюдается уменьшение и уплотнение очагов, исчезновение признаков плеврита, инфильтрации корней легких.

**Status praesens:**

Общее состояние – удовлетворительное. Сознание – ясное. Поведение – адекватно обстановке. Интеллектуальное развитие – соответствует возрасту. Внимание – сосредоточенное. Память хорошая, настроение ровное, мышление ясное. Речь правильная, внятная. Сон не нарушен. Черепно-мозговые нервы без патологии.

Рефлексы: сухожильные – симметричные, живые. Кожные – вызываются, симметричные. Патологических рефлексов нет. Менингеальных знаков нет. Дермографизм – красный нестабильный. Потливость умеренная в подмышечных впадинах.

Физическое развитие нормальное. Вес: 42 кг. Рост 153см. телосложение правильное. Кожные покровы смуглые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно.

Лимфатическая система.

При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. При пальпации определяются справа и слева одиночные подчелюстные лимфатические узлы, передние шейные, паховые размером с маленькую горошину, мягко-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянны друг с другом и окружающими тканями. Кожные покровы и подкожная клетчатка над лимфатическими узлами не изменены. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются.

Мышечная система. Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы умеренное. Болезненность при пальпации мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный.

Костная система. Жалоб нет. Форма черепа округлая. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается. Позвоночник с физиологическими изгибами. Грудная клетка без деформаций. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, выражены одинаково справа и слева.

Суставы. Жалоб нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними не гиперемированы. Суставы не увеличены в объеме, контуры их не сглажены. При пальпации припухлости, флюктуации, болезненности, местного повышения температуры не наблюдается. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

Органы чувств:

Глаза чистые. Дыхание через нос свободное. Голос звучный. Одышки кашля нет.

Дыхательная система:

Дыхание через нос свободное. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Носовых кровотечений, ухудшения обоняния, болей в области корня носа, лба, скуловых костей не наблюдается.

Изменений голоса нет. Боли при разговоре, глотании нет. При осмотре и ощупывании гортани изменений формы, припухлости, болезненности нет.

Грудная клетка конической формы, без деформаций, симметрична. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Левая и правая половины грудной клетки одинаково участвуют в дыхании. Вспомогательные мышцы не участвуют в дыхании.

Тип дыхания грудной. Частота дыхания 20 в минуту. Дыхание ритмичное. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание проводится равномерно во всех отделах.

Перкуссия легких.

*Сравнительная перкуссия.*

*Передняя поверхность*

справа слева

Надкл. обл. ясный легочн. ясный легочн.

1 межреб. ясный легочн. ясный легочн.

2 межреб. ясный легочн. ясный легочн.

3межреб. ясный легочн. ясный легочн.

4 межреб. ясный легочн. --

5 межреб. ясный легочн. –

*задняя поверхность*

надлопаточная обл. ясный легочн. ясный легочн.

верхний угол лопатки ясный легочн. ясный легочн.

средняя обл. лопатки ясный легочн. ясный легочн.

нижний угол лопатки ясный легочн. ясный легочн.

подлопаточная обл. ясный легочн. ясный легочн.

*Топографическая перкуссия легких*

Высота стояния верхушек легких. Спереди: справа – 3 см выше уровня ключицы; слева – 4 см выше уровня ключицы. Сзади: справа – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка; слева – 0,5 см выше уровня остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренинга: справа – 5 см, слева – 6 см.

*Нижние границы.*

справа слева

Окологрудинная 5 межреб. –

Среднеключичная 6 ребро –

Передняя подмышечная 7 ребро 7 ребро

Средняя подмышечная 8 ребро 8 ребро

Задняя подмышечная 9 ребро 9 ребро

Лопаточная 10 ребро 10 ребро

Околопозвоночная остист. отр. остист. отр.

XI гр. позв. XI гр. позв.

*Подвижность нижних краев легких.*

Справа: на вдохе на выдохе сумм.

Окологрудинная 2 2 4

Средняя подмышечная 3 3 6

Лопаточная 2 2 4

Слева:

Окологрудинная -- -- --

Средняя подмышечная 3 3 6

Лопаточная 2 2 4

*Аускультация легких.*

Передняя поверхность справа слева

Надключичная обл. везикулярное везикулярное

1 межреб. везикулярное везикулярное

2 межреб. везикулярное везикулярное

3 межреб. везикулярное --

4 межреб. везикулярное --

задняя поверхность

надлопаточная область везикулярное везикулярное

межлопаточная область везикулярное везикулярное

подлопаточная обл. везикулярное везикулярное

Хрипов, крепитации и шума трения плевры не обнаружено.

Бронхофония. Проведение голоса хорошее, равномерно по всем отделам.

Система кровообращения:

Жалоб нет.

При осмотре сосудов шеи видна слабая пульсация сонных артерий. Пляски каротид нет. Венный пульс не обнаруживается, набухания шейных вен нет. Пульсации аорты в яремной ямке не обнаружено.

При осмотре грудной клетка «сердечного горба», сердечного толчка, пульсации восходящего отдела аорты справа от грудины, пульсации легочной артерии не обнаружено.

Верхушечный толчок при осмотре не выявляется, пальпируется в V межреберье на 1см кнутри от linea medioclavicularis. Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом «кошачьего мурлыканья» не определяются.

При перкуссии границы относительной тупости сердца не изменены.

Правая -по правому краю грудины в IV-ом межреберье;

Левая - в V-ом межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии;

Верхняя - на III ребре (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины).

Конфигурация сердца нормальная.

Пульсации в эпигастральной области нет.

Тоны ясные. Частота сердечных сокращений – 84 в минуту. Ритм правильный. Шумов, добавочных тонов нет.

Артериальное давление 110/70.

Поверхностные вены безболезненны, не расширены, неизвитые, не набухшие, не утолщены, кожа над ними не гиперемирована.

Пищеварительная система:

Жалоб нет. Вкусовые ощущения не изменены. Деятельность слюнных желез в норме. Жажда не усилена. Прожевывает пищу хорошо, болей при жевании не испытывает. Затруднения и болезненных ощущений при глотании не выявлено.

Прохождение пищи через пищевод свободное.

Отрыжки, изжоги нет.

Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает каждый день в разное время суток. Отхождение газов умеренное, происходит свободно.

При исследовании ротовой полости неприятный запах изо рта отсутствует. Цвет губ розовый, сухости, трещин нет. Слизистая внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба светло-розового цвета, влажная, без пигментаций, изъязвлений. Высыпания, афты, кровоизлияния, лейкоплакии отсутствуют. Десны розовой окраски, не кровоточат. Язык обложен белым налетом, нормальной величины и формы, влажный. Нитевидные и грибовидные сосочки выражены достаточно хорошо.

Зев розовой окраски. Небные дужки хорошо контурируются. Миндалины выступают за небные дужки, гиперемированы.

Живот округлой формы, размеры не увеличены, симметричен, не вздут, пупок втянут. Кожных высыпаний, раздражения, шелушения в области живота не выявлено. Расширения венозной сети на передней стенке живота не наблюдается. Видимой перистальтики нет. Отграниченные выпячивания брюшной стенки при глубоком дыхании или натуживании отсутствуют.

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Скопления свободной жидкости в брюшной полости, кист, флюктуации не выявлено. Симптом Менделя отрицательный.

При поверхностной ориентировочной пальпации симптома мышечной защиты не выявлено. Тонус мышц снижен. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Расхождения прямой мышцы живота в области белой линии не выявлено. Пупочное и наружное паховое кольца не расширены, пупочная и паховая грыжи отсутствуют. Послеоперационных грыж нет.

При глубокой методической пальпации по методу Образцова-Стражеско сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на границе между средней и наружной третями левой пупочно-подвздошной линии на протяжении 8 см цилиндрической формы, диаметром 2 см, плотноэластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная не урчащая.

Слепая кишка, восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки, конечные отделы подвздошной кишки, червеобразный отросток, поперечно-ободочная кишка не пальпируется.

При пальпации желудка болезненности нет. Большая и малая кривизны желудка с помощью глубокой пальпации не определяются. Методом тихой перкуссии и стетоакустической пальпации нижняя граница желудка определена на 4 см выше пупка.

При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстой кишки. Болезненность, а также патологические изменения каких-либо отделов не отмечены.

Со стороны поджелудочной железы жалобы отсутствуют. При осмотре желтухи, следов расчесов, геморрагий не выявлено. Вздутие живота или выбухание его в верхней половине не наблюдается. При поверхностной пальпации симптома мышечной защиты не наблюдается. Болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.

Гепато-билиарная система.

Жалоб на боли в правом подреберье, кожный зуд, желтуху и т.п. нет. Гепатитом, брюшным тифом, малярией не болел.

При осмотре кожи и слизистой оболочки местной пигментации, желтухи, следов расчесов, петехиальной сыпи, кровоизлияний, сосудистых звездочек не обнаружено. Кожа на ладонях в областях тенора и гипотенора и на стопах не изменена.

Форма живота круглая, симметричная, пупок втянут. Выпячивания в правом подреберье и эпигастральной области не обнаружено. Расширения венозной сети на передней брюшной стенке не выявлено.

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

По правой передней подмышечной линии – 7 ребро; по правой среднеключичной линии – 6 ребро; по правой окологрудинной линии – 5 межреберье.

Нижняя граница абсолютной тупости:

По правой передней подмышечной линии – 10 ребро; по правой среднеключичной линии –край реберной дуги; по правой окологрудинной линии – на 2 см ниже края реберной дуги; по передней срединной линии – на 4 см ниже основания мечевидного отростка.

Левая граница абсолютной тупости выступает за левую окологрудинную линию на 0,5 см.

Размеры абсолютной печеночной тупости по Курлову: 9x8x7.

При поверхностной пальпации области правого подреберья, эпигастральной области и зоны проекции желчного пузыря болезненных ощущений не выявлено. Печень не пальпируется. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненности при пальпации в точках желчного пузыря не выявлено. Симптомы Курвуазье-Терье, Ортнера, Захарьина, Василенко, Георгиевского-Мюсси, Мерфи отрицательны.

Мочевыделительная система:

Жалобы отсутствуют. Как правило, ночью позывов к мочеиспусканию не возникает. Болезненности при мочеиспускании, недержания мочи нет. Моча желтая прозрачная. Почки не пальпируются. При пальпации почек и трех мочеточниковых точек (реберно-позвоночная, верхняя и нижняя) болезненных ощущений не наблюдается. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением, не пальпируется.

Развитие I и II половых признаков соответствует возрасту

Эндокринная система:

Жалоб нет. Сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями не страдает. Симптомы Мебиуса, Грефе, Кохера - отрицательные, мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается. На передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. При перкуссии и аускультации патологических изменений в области щитовидной железы не обнаружено.

**Рентгенограммы.**

**31.05**

На прямой обзорной рентгенограмме с удовлетворительными техническими характеристиками со стороны мягких тканей и костных образований грудной клетки патологических изменений не выявлено.

В проекции нижней доли правого легкого определяется затемнение высокой интенсивности, гомогенное с четкими контурами. Контуры затемнения располагаются по косой линии

Корень правого легкого деформирован и расширен. Корень левого легкого без особенностей.

Наблюдается смещение и расширение границ средостения. Размеры тени сердца увеличены вправо.

Правый купол диафрагмы не визуализируетя, слева купол диафрагмы на обычном уровне. Контуры тени диафрагмы слева четкие, костодиафрагмальные и кардиодиафрагмальные синусы имеют острые углы.

Заключение: Выпотной плеврит справа.

**19.06**

На прямой обзорной рентгенограмме с удовлетворительными техническими характеристиками со стороны мягких тканей и костных образований грудной клетки патологических изменений не выявлено.

В правом легочном поле в зоне 1-го сегмента определяется однородный фокус затемнения неправильной формы средней интенсивности в диаметре около 2-х см. Контуры ясные.

Корни инфильтрированы, расширены.

Срединная тень нормальной конфигурации. Положение и размеры сердца соответствуют норме.

Оба купола диафрагмы на обычном уровне. Справа в переднем реберно-диафрагмальном синусе плевральные наслоения. Контуры тени диафрагмы слева четкие, синусы свободные.

Заключение: по сравнении с предыдущей рентгенограммой набюдается положительная динамика. В 1-м сегменте правого легкого остается фокус. Плевральный выпот отсутствует. На его месте остаются плевральные спайки.

**11.09**

На прямой обзорной рентгенограмме с удовлетворительными техническими характеристиками со стороны мягких тканей и костных образований грудной клетки патологических изменений не выявлено.

В правом легочном поле в зоне 1-го сегмента определяется 2 очага затемнения неправильной формы малой интенсивности размерами 7х5 мм и 5х4 мм. Контуры размытые.

Корни расширены.

Срединная тень нормальной конфигурации. Положение и размеры сердца соответствуют норме.

Оба купола диафрагмы на обычном уровне, синусы свободные.

Заключение: по сравнению с предыдущей рентгенограммой наблюдается положительная динамика. Фокус затемнения в правом легком находится в стадии рассасывания, на его месте остаются 2 очага меньшего размера. Плевральные спайки не визуализируются.

#### Общий анализ крови 19.06.02

Гемоглобин – 119,0г/л; эритроциты – 3,91; тромбоциты – 202; лейкоциты – 10,3 тыс.; миелоциты – нет; метамиелоциты – 1; палочкоядерные – 9; сегментоядерные – 53; эозинофилы – 4; базофилы – нет; лимфоциты – 20; моноциты – 13; СОЭ - 20.

Биохимический анализ крови: 25.06.02

АсТ 243, АлТ 435.

Общий анализ мочи 19.06.02

Цвет – соломенно-желтый, прозрачность – полная.

Уд.вес – 1020,лейкоциты – 1-2 в п/ зр; эритроциты – 0-1 в п/зр; реакция – слабокислая; белок – нет; эпителий – немного; глюкоза – нет; слизь- умеренная.

Посев мокроты на МБТ:

отрицательно

**Диагноз.**

*Первичный туберкулезный комплекс 1-го сегмента правого легкого в стадии инфильтрации осложненный полисерозитом (плеврит, перикардит, перитонит) и лимфогематогенной диссеминацией с поражением внутригрудных и брыжеечных лимфоузлов. МБТ отрицательный.*

**Обоснование диагноза.**

* диагноз туберкулез легких поставлен на основании анамнестических данных (появление признаков поражения легких и плевры – кашель, боли в нижней части грудной клетки, абдоминальных лимфоузлов – боли в животе, симптомы кишечной непроходимости; исследование биоптата при лапароскопии – нахождение типичных клеток Лангханса; обнаружение изменений в легочной системе на рентгенограмме – затемнение в 1-м сегменте верхней доли правого легкого, выпотной плеврит, перикардит, а также аналогичные изменения при проведении компьютерной томографии грудной клетки); клинической картины (интоксикационный синдром – слабость, бледность кожных покровов, увеличение периферических лимфоузлов), типичных изменений в гемограмме (лейкоцитоз с небольшим сдвигом влево, небольшая лимфопения, увеличение СОЭ до 25 мм/ч), сохранение поражение легких подтверждающееся серией рентгенограмм на протяжении периода лечения.
* Диагноз первичного туберкулезного комплекса подтверждают следующие классические признаки первичного туберкулеза: значительное поражение всей лимфатической системы; частое вовлечение серозных оболочек; возможность генерализации процесса гематогенным и лимфогенным путем, а также возраст больной.
* Полисерозит подтверждается анамнестическими данными (появление болей в нижней части грудной клетки справа, указывающие на плевральный выпот, обнаружение жидкости в плевральной полости, расширения границ сердца вправо на рентгенограмме, обнаружение свободной жидкости в брюшной при проведении диагностической лапароскопии).
* Поражение внутригрудных лимфоузлов подтверждается проведением компьютерной томографии с обнаружением их гиперплазии; поражение брыжеечных лимфоузлов выявлено при проведении лапароскопии.
* В данном случае не удается выявить возможный источник туберкулезной инфекции. Но обращает на себя внимание наличие множества факторов, предрасполагающих к заболеванию туберкулезом. Девочка длительное время жила в Грузии – районе неблагоприятному по заболеваемости туберкулезом. Отсутствуют сведения о профилактических прививках. При объективном обследовании поствакцинального рубца на плече нет, что свидетельствует, либо об отсутствии вакцинации БЦЖ, либо о несоблюдении правильной технологии вакцинации. А отсутствие поствакцинального иммунитета уже само по себе увеличивает опасность заболевания туберкулезов при инфицировании. Степень риска еще более увеличивается данными о снижении иммунитета (частые простудные заболевания – до 4-5 раз в год), плохом питании – недостаток массы тела (13 лет: рост 153 см, вес 42 кг), что могло привести к повышению восприимчивости к инфекционным агентам.

**Лечение.**

1. Изониазид 0,3 – основной противотуберкулезный препарат. Механизм действия основан на подавлении синтеза микобактериальной ДНК, нарушении синтеза клеточной стенки. Оказывает бактериостатическое и в высоких дозах бактерицидное действие.
2. Этамбутол 1,0 – синтетический противотуберкулезный препарат. Механизм действия основан на подавлении синтеза РНК, в результате чего блокируется синтез клеточной стенки. Действует бактериостатически.
3. Протионамид 0,5 – химиопрепарат, гомолог этионамида. Механизм действия связан с нарушением обмена микробной клетки. Действие в основном бактериостатическое.
4. Рифампицин 0,6 в свечах – антибиотик широкого спектра действия. Механизм действия основан на ингибировании полимеразы РНК. Оказывает бактерицидный эффект и обладает стерилизующими свойствами.
5. Витамин В6 – при назначении изониазида нарушается биотрансформация пиридоксина, что может привести к возникновению нарушений функций центральной и периферической нервной системы.

Таким образом, больная получает комбинацию из 4-х препаратов, что обеспечивает суммарное бактериостатическое и бактерицидное эффективное действие за счет разного воздействия на микробную клетку препаратов. Продолжительность данной терапии должна составлять не менее 4-х месяцев для уменьшения риска рецидива. При значительном регрессировании процесса дальнейшую терапию можно продолжить 2-мя препаратами: изониазид и рифампицин, или изониазид и пиразинамид в течение 6 месяцев. В последующем в течение 2-х лет в весенне-осенний период профилактическое лечение изониазидом в течение 2-3 месяцев. Затем наблюдение в туберкулезном диспансере и ежегодное обследование.

**Прогноз.**

В течение наблюдения девочки в стационаре наблюдается положительная динамика заболевания. Это, а также дальнейшее продолжение рациональной химиотерапии допускает утверждение о дальнейшем благоприятном прогнозе в отношения полного выздоровления.

**Меры санитарной профилактики.**

Больная не является бактериовыделителем, туберкулезный процесс регрессирующий. Меры санитарной профилактики должны включать в себя:

1. наблюдение участкового фтизиатра больной после выписки.
2. Систематическая санитарно-просветительная работа среди членов семьи
3. Индивидуальная посуда для больной, использование плевательницы, отдельного полотенца
4. Ежедневная влажная уборка в помещении больного

**Литература.**

1. Туберкулез. Перельман М.И., Корякин В.А., Протопопова Н.М. Москва 1990
2. Антибактериальная терапия туберкулеза легких. И.В. Богадельникова, М.И.Перельман, 1997
3. А.Е.Рабухин, Избранные труды, Москва, 1983

Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова

Кафедра фтизиатрии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Выполнил:

Проверил: