Паспортная часть

1. ФИО:
2. Возраст:
3. Пол: мужской
4. Домашний адрес:
5. Место работы: не работает
6. Дата поступления в клинику:

Жалобы больного

На момент поступления больной предъявлял жалобы на влажный частый кашель с отхождением скудного количества слизисто-серозной мокроты с сероватым оттенком, вязкой консистенции, сопровождающийся саднящей болью в горле; осиплость голоса с конца августа 2011г .; одышку при физической нагрузке, проходящую самостоятельно в покое; повышение температуры тела до 38,5ºС, более выраженную в вечернее время суток и сопровождающуюся повышенной потливостью; общую слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита, потеря в весе на 6 кг за 12 месяцев.

На момент курации больной жалоб не предъявляет.

Анамнез болезни

Считает себя больным с марта 2010 года, когда появился кашель, слабость, периодический вечерний субфебрилитет. С данными жалобами больной в июне 2010г. обратился к врачу по месту жительства, который после проведения флюорографии заподозрил туберкулезный процесс и направил в ЗОПТКД для дальнейшего обследования и лечения. Больной был госпитализирован в ОЛТ №2 ЗОПТКД, где получал лечение в течение двух месяцев по поводу ВДТБ (07.2010) верхних долей легких (диссеминированный), Дестр.(+), МБТ (+), М (+), К (+), Гист. 0, Резист. (−), Кат. 1, Ког. 3(2010). После выписки получал лечение амбулаторно у районного фтизиатра по месту жительства. В феврале 2011 года лечение прервал. Настоящее ухудшение наблюдает в течение 2 – 3 месяцев. Кашель стал частым, с выделением вязкой мокроты сероватого цвета, присоединилась одышка при физической нагрузке, боль в горле, потеря веса. Повторно обратился к фтизиатру в октябре 2011 года. После дообследования госпитализирован в ОЛТ №4 ЗОПТКД с прогрессированием туберкулезного процесса в легких.

В прошлом переносимость ПТП (HRZES) удовлетворительная. Данных о химиорезистентности нет.

У данного больного имеются факторы, способствующие заболеванию туберкулезом: курит в течении 40 лет по 1 пачке в день; злоупотребляет алкоголем; стаж работы скотником 14 лет; материально-бытовые условия жизни не удовлетворительные.

Анамнез жизни

ФИО родился 28.01.1956г. третьим ребенком в семье в с. \*\*\*\*\*\* Запорожской области. Рос и развивался соответственно возрасту, физических и психических отклонений не было. В школу пошел с семи лет, закончил 8 классов. Трудовую деятельность начал с 14 лет. В 1975 году пошел в армию. С 1980 по 1988гг. работал на СТФ-З рабочим кормоцеха. С 1988 по 1992гг. работал в колхозе «\*\*\*\*\*\*» рабочим свинофермы. С 1992 по 1994гг. работал в колхозе рабочим кормоцеха свинофермы. С 1994 по 1997гг. работал в совхозе «\*\*\*\*\*\*\*\*» скотником. С 1999 по 2003гг работал сталеваром. С 2003 по 2008гг. работал разнорабочим.

Сахарный диабет, язвенная болезнь, вирусные гепатиты, эпилепсия, венерические заболевания – отрицает. Аллергии нет. Наследственность не отягощена. В течение жизни болел ветряной оспой, ОРЗ, ОРВИ, скарлатиной. Имели место переломы правой нижней конечности.

Женат с 1980 года, имеет троих детей (дочь и 2 сына). Проживает в частном доме с 3 комнатами с женой, дочерью и внуком (2009г.р.), собственную комнату не имеет. Материально-бытовые условия жизни не удовлетворительные. Курит в течение 40 лет по 1 пачке в день, злоупотребляет алкоголем. Наркотики не употребляет. В МЛС не находился.

Контакт с больным туберкулезом отрицает.

Объективное исследование больного

Общее состояние больного тяжелое. Сознание ясное, положение в постели активное. Телосложение пропорциональное, конституция нормостеническая, пониженного питания. Рост 161 см, вес 60 кг. Температура тела субфебрильная (38,3º С). Кожные покровы бледные с землистым оттенком, теплые, влажные, тургор снижен, эластичность кожи сохранена, сыпи нет. Отеков и подкожных эмфизем нет.

Ногти обычной формы. Видимые слизистые бледно-розовые. Подкожная жировая клетчатка выражена слабо (толщина складки у нижнего края лопатки равна 1,5 см.). Периферические лимфатические узлы (затылочные, шейные, подчелюстные, над- и подключичные, локтевые, биципитальные, подмышечные, подколенные, паховые) не увеличены, безболезненные, мягкой консистенции, подвижные, неспаянные с кожей и между собой.

Подкожные вены малозаметные. Мышечная система развита удовлетворительно, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений, с хорошей резистентностью. Движения в суставах свободны, ограничений нет. Щитовидная железа не увеличена, равномерной эластичной консистенции, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна.

Система органов дыхания. Форма грудной клетки нормостеническая, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют равномерно. Межреберные промежутки не расширены, не выбухают, плотное прилегание лопаток, ключицы симметричные, над- и подключичные ямки хорошо выражены.

Дыхание ритмичное, тип смешанный. Частота дыхания 16 дыхательных движений в минуту. Одышки нет. Носовое дыхание не затруднено. Голос не приглушен.

Пальпация: температура кожи на симметричных участках одинаковая, грудная клетка безболезненна, резистентность повышена, голосовое дрожание усилено в верхних отделах легких. При сравнительной перкуссии отмечается легочной звук над всей поверхностью легких. При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких равна 3,5 см справа и слева, ширина полей Кренига слева и справа равна 4 см.

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
| l. parasternalis | 4 м/р | - |
| l. medioclavicularis | 5 м/р | - |
| l. axilaris anterior | 6 м/р | 6 м/р |
| l. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| l. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| l. scapularis | 9 м/р | 9 м/р |
| l. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

Подвижность нижнего легочного края

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l. medioclavicularis | 3 см | - |
| l. axilaris media | 4 см | 4 см |
| l. scapularis | 3 см | 3 см |

Аускультация: справа и слева выслушивается жесткое дыхание.

Сердечнососудистая система.Осмотр: в области сердца патологической пульсации, сердечного горба не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется. Патологических пульсаций (в эпигастральной области, яремной ямке и в области сосудов шеи) не наблюдается.

При пальпации уплотнений по ходу вен и болезненности не обнаружено. Пульс на обеих руках частотой 108 ударов минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений, ритм правильный, нормального наполнения, синхронный на обеих руках, дефицита пульса нет. Артериолы ногтевых фаланг не пульсируют. Артериальное давление на обеих руках 120/70 мм. РТ. ст. При аускультации 1 и 2 тоны приглушенные. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются. При аускультации брюшной части аорты стенотический шум не выслушивается, при аускультации бедренных артерий двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюразье не выслушивается. Пульс большой, полный, симметричный, ритмичен, напряжен.

Верхушечный толчок в 5-ом м/р, на 1–1,5 см внутри от левой среднеключичной линии.

Перкуссия: относительной тупости сердца**:**

* правая граница на 1,0 см кнаружи от правого края грудины;
* левая граница на 1,0 см кнутри от левой срединно-ключичной линии;
* верхняя – 3 м/р по l. Parasternalis sinistra.

абсолютной тупости сердца**:**

* Правая граница – по l. Parasternalis sinistra.
* Левая – 4 м/р на 1,0 см кнутри от l. Medioclavicularis sinistra.
* Верхняя – на 4 ребре по l. Parasternalis sinistra.

Талия подчеркнута, треугольник Боткина по площади не увеличен. Ширина сосудистого пучка 3,5 см.

Система органов пищеварения. При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый, без трещин и изъязвлений, налетом не обложен, сосочки не гипертрофированы. Зубных протезов нет. Зубы желтого цвета, наблюдается патологическое стирание эмали. Имеется наддесневой мягкий зубной налет, с оральной и небной поверхности «налет курильщика». Слизистая полости рта без особенностей. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен. Живот правильной формы, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует активно, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. Выбухание в правом подреберье отсутствует.

Пальпация. Температура одинаковая на поверхностно-симметричных участках, кожа умеренной влажности. Подкожная жировая клетчатка выражена слабо. Живот мягкий, расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот, выпячиваний не обнаружено. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову – Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде гладкого безболезненного тяжа. Слепую кишку пропальпировать не удалось.

Другие отделы толстого кишечника и желудок не пальпируются. Поджелудочная железа и селезенка не определяются. Нижний край печени выступает на 2 см из-под края реберной дуги, контур ровный, мягко-эластической консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10 / 9 / 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости с помощью перкуссии и метода флюктуации не выявлено. При аускультации – шум перистальтики кишечника. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей, обычной окраски.

Мочеполовая система.При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 – 4 раза в сутки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Нервная система и психическая сфера.Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирован в пространстве и во времени, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно.

Данные рентгенологических исследований

Флюорография от 02.11.2011г №160 + ТГ в/доли справа 8,0см от 18.10.2011г

В верхней доле правого легкого определяется большая CV ≈ 9,0см, на фоне которой наслаивается еще одна полость до ≈ 7,0см. по всем легочным полям с обеих сторон, убывающие к диафрагме определяются полиморфные очаговые и мелкофокусные тени с нечеткими контурами.

Корни инфильтрированные. Правый реберно-диафрагмальный синус затемнен (скорее всего за счет незначительного количества жидкости). Плевро-диафрагмальная спайка справа.

С 07.2010г. R-динамика резко отрицательная за счет наростания инфильтрации по всем легочным полям и формирования больших полостей в верхней доли справа. Для уточнения наличия жидкости в плевральной полости справа рекомендована R-скания ОГП

Справа реберно-диафрагмальный синус мелкий, убедительных R-данных по наличию жидкости нет.

В верхней доле справа определяется несколько полостей, одна из которых с низким горизонтальным уровнем содержимого, размер которых сохраняется, вокруг массивная инфильтрация. В S6 и слева в верхней доле, S6 полиморфные очаги отсева, фиброз. С 11.2011г. R-динамика в виде появления в одной из полостей в верхней доле справа горизонтального уровня содержимого, на этом фоне количество очагов отсева уменьшилось с обеих сторон.

Данные лабораторных исследований

1. ОАК от 25.11.2011г

Hb – 106 г/л (130 – 160 г/л)

Er – 3,3т/л (4,0 – 5,0 т/л)

Lc – 6,9 г/л (4,0 – 9,0 г/л)

СОЭ – 28 мм/ч (1 – 10 мм/ч)

П/я – 1% (1 – 6%)

С/я – 66% (47 –72%)

Эоз – 0% (0,5 – 5%)

Лимфоциты – 31% (19 – 37%)

Моноциты – 3% (3 – 11%)

Вывод: в данном анализе крови наблюдается снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, что говорит об анемии; ускорения СОЭ, что говорит о наличии воспалительного процесса в организме.

ОАК от 31.01.2012г.

Hb – 82 г/л (130 – 160 г/л)

Er – 2,72т/л (4,0 – 5,0 т/л)

Lc – 7,8 г/л (4,0 – 9,0 г/л)

СОЭ – 7 мм/ч (1 – 10 мм/ч)

П/я – 12% (1 – 6%)

С/я – 61% (47 –72%)

Эоз – 0% (0,5 – 5%)

Лимфоциты – 24% (19 – 37%)

Моноциты – 3% (3 – 11%)

Вывод: значительное снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, что может свидетельствовать о хронической анемии больного.

1. ОАМ от 01.11.2011г.

Количество – 150 мл

Уд. вес – 1018

Осадок – отр

Цвет – желтый

Прозрачная

Белок – отр

Сахар – отр

Ацетон – отр

Желчные пигменты – отр

Реакция – щелочная

Лейкоциты – 5 –6 в п/з

Вывод: показатели в норме.

ОАМ от 31.01.2012г

Количество – 50 мл

Уд. вес – 1021

Осадок – отр

Цвет – желтый

Прозрачная

Белок – отр

Сахар – отр

Ацетон – отр

Желчные пигменты – отр

Реакция – щелочная

Лейкоциты – 3 –4 в п/з

Вывод: показатели в норме.

1. Исследование мокроты от 01.11.2011г

Количество – 2,0мл

Цвет – серо-желтый

Характер – слизистый

Консистенция – вязкая

Лейкоциты – все п/з

Эритроциты – 1 –2 в п/з

Элементы эпителия бронхов – кое-где

Альвеолярные клетки – 0 – 1 в п/з

МТБ – обн 3+ в 20 п/з

Исследование мокроты от 02.11.2011г

КУБ – 1+ в 100 п/з

Исследование мокроты от 25.11.2011г

Количество – 2,0мл

Цвет – серо-желтый

Характер – слизистый

Консистенция – вязкая

КСБ – обн 3+ в 20 п/з

Исследование мокроты от 28.12.2011г

Количество – 3,0мл

Цвет – серо-желтый

Характер – слизистый

Консистенция – вязкая

КСБ – обн 1+ в 100 п/з

Исследование мокроты от 31.01.2012г

Количество – 5,0мл

Цвет – серый

Характер – слизистый

Консистенция – вязкая

КСБ – обн 1+ в 100 п/з

Исследование мокроты от 20.02.2012г

Количество – 10мл

Цвет – серый

Характер – слизистый

Консистенция – вязкая

КСБ – не обн в 300 п/з

1. Исследование крови на печеночные пробы от 02.03.2012г

Билирубин – 51,48мкмоль/л (8,5 – 20,5)

Тимоловая проба – 1,5ед (0 – 4)

АлАТ – 0,19мкмоль/ч×мл (0,06 – 0,42)

АсАТ – 0,72 мкмоль/ч×мл (0,06 – 0,42)

Общий белок – 65,26г/л (70 – 90)

ß-липопротеиды – 17ед

Вывод: повышение билирубина.

1. Кровь на RW от 02.11.2011г – отр.
2. Кровь на ВИЧ и HbsAg от 04.11.2011г – антитела не выявлены.
3. Анализ крови на сахар от 02.11.2011г

Глюкоза – 5,12ммоль/л (4,2 – 6,1)

1. Исследование функции внешнего дыхания от 01.11.2011г.

ДЖЕЛ – 3400мл

ЖЕЛ – 2000мл

Мощность вдоха – 2 × 56% 3,6мл

Мощность выдоха – 2 × 50% 4мл

Вывод: Ингаляционная недостаточность І – ІІ степени по смешанному типу.

Предварительный диагноз

На основании жалоб: частый кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, на одышку, которая возникает при физической нагрузке, боль в горле, осиплость голоса. Отмечал повышение температуры тела до 38,5\* С, общая слабость в ночное время, снижение аппетита, потеря в весе (6 кг. за 12 мес.)

На основании анамнеза болезни: ВДТБ (07.2010), в феврале 2011 года лечение прервал.

На основании анамнеза жизни: Курит на протяжении 40-ка лет, по 1 пачке в день; злоупотребляет алкоголем, стаж скотника 14 лет.

На основании объективного исследования: поступил в тяжелом состоянии, кожные покровы бледные; при аускультации легких отмечено жесткое дыхание с обеих сторон.

На основании рентгенологического и функционального исследований: В верхней доле справа определяется несколько полостей, одна из которых с низким горизонтальным уровнем содержимого, размер которых сохраняется, вокруг массивная инфильтрация. В S6 и слева в верхней доле, S6 полиморфные очаги отсева, фиброз.

На основании выше изложенного можно предположить: ВДТБ (07. 2010), верхних долей легкого (фиброзно-кавернозный, фаза обсеменения), дестр. +, МБТ +,М +, К +,категория 2, ког 4 (2011)

Консультация специалистов

24.11.2011

ЛОР: Жалоб нет, голос чистый, осиплости не наблюдается. Ларингоскопия: утолщение голосовой складки.

1.03.2012

Невропатолог: Жалоб нет.

3.03.2012

Хирург: Жалоб нет.

5.03.2012

Окулист: Жалоб нет, Vs: Od=1.0, Os=1.0; цветоощущение не нарушено, очаговые помутнения в хрусталике, ангиосклероз. Диагноз: начальная катаракта, ангиосклероз сетчатки.

6.03.2012

Терапевт: ЧСС=96; АД= 80/110 мм. Ст. РТ.;ЧДД= 16;

Поликаверноз верхней доли правого легкого, ЛН 2 ст., СН 1 ст., Анемия.

Дифференциальная диагностика

Фиброзно-кавернозный туберкулез следует дифференцировать с:

- **Полостная форма периферического рака легких**: образование округлых периферических опухолей диаметром 5-7 см., которые очень похожи на каверны при рентгенологическом исследовании. В одних случаях полость располагается эксцентрично и бывает небольшой, в других — имеет вид тонкостенной кисты легкого. Весьма редко полостная форма рака легкого является результатом возникновении злокачественного роста в стенке уже существовавшей полости — кисты абсцесса, туберкулезной каверны.

- **Абсцесс легких**: более или менее ограниченная полость, образующаяся в результате [гнойного](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BD%D0%BE%D0%B9) расплавления [легочной](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B3%D0%BA%D0%BE%D0%B5) ткани. Чаще встречается у [мужчин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D1%83%D0%B6%D1%87%D0%B8%D0%BD%D0%B0) среднего [возраста](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BE%D0%B7%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%82), 2/3 больных злоупотребляют [алкоголем](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C), как это наблюдается у данного больного. А[бсцесс](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B1%D1%81%D1%86%D0%B5%D1%81%D1%81) лёгких проявляется лихорадкой с [потом](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%82), [ознобом](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B7%D0%BD%D0%BE%D0%B1), недомоганием, сухим [кашлем](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%88%D0%B5%D0%BB%D1%8C), иногда болями в груди неопределённого характера. До образования полости диагностика абсцесса лёгкого трудна. Лёгочное нагноение следует подозревать при затянувшейся [пневмонии](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F) с длительным повышением температуры тела и стойким [лейкоцитозом](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B7).

- **Сифилитическая гумма легкого**: Это заболевание сопровождается повышением температуры, кашлем с мокротой, кровохарканьем, одышкой, болями в груди. В мокроте отсутствуют микобактерии туберкулеза, а туберкулиновые пробы могут быть отрицательными. В то же время часто определяются положительные реакции Вассермана и другие специфические серологические пробы. При рентгенологическом исследовании обнаруживают сифилитическую полость распада в разных, но чаще в средних и нижних долях легких. При этом вокруг нее обычно отсутствуют очаговые изменения, а превалируют интерстициальный склероз и расширение бронхов.

- **Грибковые заболевания легких**: Рентгенологически при кандидамикозе легких вначале обнаруживают интерстициальные изменения в виде перибронхита, расширения корней легких, а затем рассеянные очаги и фокусы, которые иногда сливаются и быстро распадаются. При этом образуются отдельные и множественные полости иногда с жидким содержимым и возникает реактивное воспаление плевры. Проявляется сильным кашлем с отделением скудной слизистой мокроты, иногда с примесью крови. Одновременно отмечаются фебрильная или гектическая температура, значительная одышка, цианоз, адинамия. В легких у одних больных прослушивается много сухих и влажных мелкопузырчатых хрипов.

Окончательный клинический диагноз

На основании жалоб: частый кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, на одышку, которая возникает при физической нагрузке, боль в горле, осиплость голоса. Отмечал повышение температуры тела до 38,5°С, общая слабость в ночное время, снижение аппетита, потеря в весе (6 кг. за 12 мес.)

На основании анамнеза болезни: ВДТБ (07.2010), в феврале 2011 года лечение прервал.

На основании анамнеза жизни: Курит на протяжении 40-ка лет, по 1 пачке в день; злоупотребляет алкоголем, стаж скотника 14 лет.

На основании объективного исследования: поступил в тяжелом состоянии, кожные покровы бледные; при аускультации легких отмечено жесткое дыхание с обеих сторон.

На основании рентгенологического и функционального исследований: от 02.11.2011г -- верхней доли правого легкого определяется большая полость диаметром 9.0 см., на фоне которой наслаивается ещё одна полость диаметром 7.0 см., по всем легочным полям убывающее к диафрагме определяются полиморфные очаговые и мелкофокусные тени; от 30.01.2012г в верхней доле справа определяется несколько полостей, одна из которых с низким горизонтальным уровнем содержимого, размер которых сохраняется, вокруг массивная инфильтрация. В S6 и слева в верхней доле, S6 полиморфные очаги отсева, фиброз.

На основании дифференциальной диагностики: Была проведена дифференциальная диагностика с такими заболеваниями, как: Полостная форма периферического рака легких, абсцесс легких, Сифилитическая гумма легкого и грибковыми заболеваниями легкого. Методом исключения, ни одна из болезней не подходит больному.

На основании консультации иных специалистов: Заключение терапевта, ЛН 2 ст., СН 1 ст., анемия.

Мы можем поставить окончательный клинический диагноз: ВДТБ (07.2010), верхней доли правого легкого ( фибринозно-кавернозный, фаза обсеменения), МБТ +, М+, К+, резист.-, резист 2 -, ГИСТ О, кат.2, кат 4 (2011), прерванное лечение, ЛН 2 ст., СН 1 ст., анемия хронического больного.

Лечение

Основные принципы химиотерапии туберкулёза: использование научно обоснованных и разрешённых в России противотуберкулёзных препаратов, комплексность, непрерывность, адекватная длительность терапии и её контроль. В России и за рубежом накоплен большой опыт применения противотуберкулёзных препаратов, который позволил разработать основные принципы химиотерапии у больных туберкулёзом. Отечественные фтизиатры всегда использовали химиотерапию в комплексе с другими методами лечения.

Оценка эффективности химиотерапии всегда осуществлялась с клинических позиций. Основной задачей было не только стойкое прекращение бактериовыделения, но и полная ликвидация клинических проявлений болезни и заживление туберкулёзных очагов в поражённом органе, а также максимальное восстановление нарушенных функций организма и трудоспособности. На клиническую эффективность противотуберкулёзных препаратов влияют различные факторы, такие как: численность микобактериальной популяции, её чувствительность к применяемым лекарствам, концентрация препарата, степень проникновения лекарственного вещества в участей поражения и активность в них, способность препаратов действовать на вне- и внутриклеточные (фагоцитированные) микобактерии туберкулёза. При оценке эффективности химиотерапии необходимо представлять, что в очаге активного специфического воспаления находятся 4 популяции микобактерий туберкулёза, которые отличаются по локализации (вне- или внутриклеточно расположенные), лекарственной устойчивости и активности метаболизма. Метаболическая активность выше у внеклеточно расположенных микобактерий туберкулёза, ниже у внутриклеточных и минимальна у персистирующих форм.

Несмотря на главенствующее значение и очевидную эффективность современных режимов химиотерапии, физические методы по-прежнему находят широкое применение во фтизиопульмонологии и остаются важным резервом повышения эффективности лечения туберкулёза. Физические факторы как компонент патогенетического воздействия не являются альтернативными по отношению к лекарственной терапии, не заменяют её, а дополняют и потенцируют возможности антибактериальных средств.

Адекватное клинической ситуации использование физиотерапевтических факторов стимулирует процессы репарации лёгочной ткани, ускоряет регресс туберкулёзного воспаления, что проявляется сокращением сроков закрытия полостей деструкции и прекращения бактериовыделения и определяет не только клиническую, но и экономическую эффективность метода благодаря уменьшению длительности стационарного этапа лечения. В то же время следует подчеркнуть, что неквалифицированное использование физических факторов в комплексной терапии больных может быть опасным, например назначение стимулирующих методов перед оперативным вмешательством или при неэффективной химиотерапии.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование препаратов | Дата МесяцыНазначения дозы 11 12 | 2012 год. 01 02 03 |
| Изониазид | 31.10 | 0.3 | 30 | 31 | 26 | 28 |  |
| Пиразинамид | 31.10 | 2.0 | 30 | 31 | 26 | 28 |  |
| Этамбутол | 31.10 | 1.2 | 30 | 31 | 26 | 28 |  |
| Рифампицин | 1.11 | 0.6 | 30 | 31 | 26 | 28 |  |
| Стрептомицин | 31.10 | 1.0 | 28 | 26 | 6 отм. |  |  |

- Питание- диета, богатая белком.

- Витаминотерапия

- Санаторно-курортное лечение

- Ограничение втеч.2-х мес. контакты с детьми и лицами с иммунодефицитами.

Дневник наблюдения

31.10.2011

Больной поступил в отделение для проведения дополнительного обследования и основного лечения в условиях стационара. Назначена этиотропная терапия по Кат 2-ПЛ: HRZES.

07.11.2011

Жалобы на кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, общую слабость.

Объективно: общее состояние ближе к средней тяжести, дыхание над легкими жесткое, сердечная деятельность ритмичная. ПТП переносит благополучно.

14.11.2011

Жалобы прежние. В объективном статусе за истекший период показатели без отрицательной динамики. Продолжает получать HRZES.

19.03.2012 Жалобы прежние. В объективном статусе показатели стабильны. ПТП переносит удовлетворительно.

20.03.2012 На МСЭК определена 2 группа инвалидности.

Эпикриз

ФИО поступил в ЗОПТКД 31.10.2011 с жалобами на частый кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты, на одышку, которая возникает при физической нагрузке, боль в горле, осиплость голоса. Отмечал повышение температуры тела до 38,5\* С, общая слабость в ночное время, снижение аппетита, потеря в весе, был госпитализирован для дополнительных исследований и основного лечения. Впервые поступил в июле месяце 2010 года, после проведения курса лечения в стационаре, был переведен на амбулаторное лечение, которое в феврале 2011 года прервал. Было назначено: изониазид, рифампицин, стрептомицин, этамбутол, пиразинамид. Больной в стационаре лечение принимает регулярно, с хорошей переносимостью. Динамика положительная.

Прогноз

Прогноз для выздоровления неблагоприятный, так как фиброзно-кавернозный туберкулез - деструктивная форма туберкулеза, и даже в случае успешного лечения в легком останутся фиброзные изменения. Прогноз для жизни сомнительный, так как даже при условии проведения качественного и полного лечения возможен переход данной формы туберкулеза в цирротическую форму и развитие легочно-сердечной недостаточности.

Литература

1. Учебно-методическое пособие по курсу фтизиатрии / В.Р. Лимберг, Н.Я. Родионова, И.Э Лядункин, Л.И. Мулик, Л.В. Кузьмина, Г.В. Янова; Под ред. члена-корр. РАМН, профессора Стрелиса А.К. Томск,1992.

2. Перельман М.И., Корякин В.А. Протопопова Н.М. Туберкулез: Учебник. М.: Медицина, 1990.

3. Туберкулез: Учеб. пособие / Н.А. Васильев, Б.Д. Матвеенко, П.И. Бублик и др.; Под ред. Н.А. Васильева М.: Медицина, 1990.

4. Медведев В.В., Волчек Ю.З. Клиническая лабораторная диагностика: Справочник для врачей / Под ред. В.А. Яковлева СПб.: Гиппократ, 1995. - 208 с.

5. Тетенев Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней (клинические лекции). Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995.

6. Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. Ч. 1., Ч. 2 М.: Медицина, 1993.

7. Лоуренс Д.Р., Бенитт П.Н. Клиническая фармакология: В 2-х т. Т. 1: Пер с англ. М.: Медицина, 1993.