Кафедра фтизиопульмонологии и дерматовенерологии

История болезни

Клинический диагноз: Экссудативный плеврит слева, туберкулезной этиологии. Абдоминальный туберкулез, активной степени. Асцит. БК(-)Iгр.

Сопутствующий диагноз: Гидроуретеронефроз справа с сохранением почек

Хр. Вирусный гепатит Б (HBsAg+;aHBc)

Проба манту от 7.07.09 - 5мм

Дата поступления: 05.08. 09 время 10.00

Отделение Детское

Аллергический статус: Популяция «А»

Ф.И.О: пациента

Число, месяц, год рождения: 27.05.1992

Гражданство:

Категория пациента: учащаяся

Место жительства: ул.N дом 29

Направление: НЦФ

Доставлена в стационар поздно, через

24 часов, после начала заболевания

Диагноз направившего Учреждения: Экссудативный плеврит слева, специфической этиологии. Абдоминальный туберкулез. +HBs (Дата постановки 05.08.09)

Клинический диагноз: Экссудативный плеврит слева, туберкулезной этиологии. Абдоминальный туберкулез, активной степени. Асцит. БК(-)Iгр.

Сопутствующий диагноз: Гидроуретеронефроз справа с сохранением почек.

Хр. Вирусный гепатит Б (HBsAg+;aHBc)

Проба манту от 7.07.09 - 5мм

Жалобы

Больная предъявляет жалобы на: Слабость, повышение температуры тела, плохой аппетит, редкий кашель, боли в области почек, увеличение живота в объеме

Эпидемиологический анамнез: контакт отицает

Пробы манту от 7.07.09 - 5мм

История развития заболевания (ANAMNESIS MORBI)

Пациентка болеет в течении 2 недель (головные боли, повышение температуры, слабость)

Обратилась к участковому врачу. Врач сделал УЗИ брюшной полости и вывел заключение: Асцит. Диффузное повышение эхогенности печени. Гидроторакс справа.

Направлена в диагностический центр для дообследования.

Заподозрен туберкулезный процесс и направлена на консультацию в НЦФ по распоряжению гл.врача госпитализировать в д/о НЦФ для уточнения диагноза и стационарного лечения.

История жизни (ANAMNESIS VITAE)

1) Краткие биографические данные:

Родилась 1992 году. От 4 беременности и родов. Беременность протекала нормально. ВПР-3, 300

До 1г,6 мес находилась на грудном вскармливании часто болела простудными заболеваниями.

Образование незаконченное среднее.

3) Бытовой анамнез: Жилищно–коммунальные условия удовлетворительные

4) Вредные привычки: отрицает

7) Аллергологический анамнез: Популяция «А»

8) Наследственность: Не отягощена.

Объективное исследование больного (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)

Общее состояние.

1. Общее состояние больной: Средней тяжести.
2. Сознание: неактивное. Выражены симптомы интоксикации
3. Положение больной: вынужденное
4. Телосложение: нормастеническое
5. Температура тела: 38 ◦С
6. Вес, рост: 60кг
7. Кожные покровы: бледные,чистые.
8. Тип оволосения: по женскому типу.
9. Ногти здоровые
10. Мышечной атрофии нет. Тонус хороший.
11. Суставы внешне не изменены, движения в полном объеме
12. Лимфоузлы: маловыраженны, безболезненны

Органы чувств

Глаза: спокойные, бинокулярное зрение

Слух: без особенностей

Чувствительность кожных покровов сохранена

Дермографизм белый

Обоняние: без особенностей

Система дыхания

Осмотр:

* + Дыхание через нос: свободный
	+ Форма грудной клетки: нормостеническая.
	+ Грудная клетка: обычной формы
	+ Симметричность дыхательных движений: отстает слева
	+ Число дыхательных движений в минуту: 26
	+ Ритм правильный

Пальпация:

* + Безболезненная.
	+ Грудная клетка эластична.
	+ Голосовое дрожание уменьшено слева

Перкуссия легких: притупление перкуторного звука слева

Аускультация: слева дыхание ослаблено.

Сердечно-сосудистая система

Осмотр: видимая пульсация артерий и вен в области шеи не прослеживается, видимые

выпячивания и пульсация в области сердца так же не обнаружены.

Пальпация:

- верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5-2 см медиальнее левой

среднеключичной линии(нормальной силы, ограниченный).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | 4 межреберье 0.5 – 1 см правее края грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Левая | 5 межреберье на 1.5-2 см медиальнее левой среднеключичной линии |  От области верхушечного толчка двигаться к центру (1.5-2см медиальнее) |
| Верхняя | Парастернальная линия 3 межреберье | 4 межреберье |

Аускультация:

Тоны: - ритмичные

- число сердечных сокращений – 120 тахикардия

- первый тон нормальной звучности

- второй тон нормальной звучности

- дополнительные тоны не прослушиваются

Артериальный пульс на лучевых артериях: симметричный, ритмичный, твердый, полный.

Артериальное давление на плечевых артериях: 110/70 мм. рт. ст.

Пищеварительная система.

Полость рта:

* Язык с белым налётом, обложен.
* Состояние зубов: зубы не санированы.
* Зев чистый, миндалины не увеличены.

Живот:

* Увеличен в объеме за счет асцита, болезнен, напряжен плотный.
* Не участвует в акте дыхания
* свободная жидкость в брюшной полости.

Пальпация: печень, селезенка, желчный пузырь не пальпируется

Аускультация: кишечная перильстальтика непрослушивается,

Мочевыделительная система

Количество мочи за сутки в среднем ≈ меньше литра. Жалом на болезненное мочеиспускание нет, свободное, редкое. Симптом Пастернацкого положительный.

Почки не пальпируются.

Мочевой пузырь без особенностей.

Система половых органов: Развиты по женскому типу. Жалоб на боли нет.

Эндокринная система:

Рост, телосложение и пропорциональность частей тела соответствует возрасту. Соответственная пигментация. Размеры языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук и стоп соответствуют развитию.

Щитовидная железа мягкой консистенции, не увеличена, безболезненна.

Нервная система:

Память, внимание, сон, сохранены. Настроение – бодрое, оптимистическое. Ограничение двигательной активности в связи с болезнью. В чувствительной сфере нет отклонений.

Состояние психики:

ориентирована в пространстве, времени и ситуации.

Интеллект сохранен.

Поведение адекватное.

Уравновешена, общительна.

Никаких отклонений не наблюдается

Двигательная сфера: Походка устойчивая, безболезненная.

Обоснование предварительного диагноза

На основании жалоб, анамнеза болезни и локальных данных предварительный диагноз:

Экссудативный плеврит слева, специфической этиологии. Абдоминальный туберкулез.

План обследования

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Общий анализ крови на сахар, на Rh

Почечные тесты

Анализ мочи по Ничепоренко

УЗИ

Рентген

Консультации: Уролога, Окулиста, Хирурга,

Лабораторные исследования и консультации специалистов

Общий анализ крови:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели\дата | 6.08.09 | 30.08.09 | 24.11.09 |
| Эритроциты (\*1012/л) | 4,2 | 4,9 | 4,9 |
| Hb (г/л) | 116 | 140 | 136 |
| Цветной показатель | 0,82 | 0,85 | 0,83 |
| Лейкоциты (\*109/л) | 6,1 | 3,4 | 3,0 |
| Эозинофилы (%) | 1 | 5 | 3 |
| Палочкоядерные (%) | 3 | 1 | 4 |
| Сегментоядерные (%) | 70 | 60 | 46 |
| Лимфоциты (%) | 25 | 33 | 46 |
| Моноциты (%) | 1 | 1 | 1 |
| СОЭ (мм/ч) | 39 | 55 | 11 |

Свертывающая система Тромботест (VIII)

1)Протромбин время 30 индекс 90 2)Рекальцификация 128

3)Толерантность плазмы к гепарину 8,20 4)Тромбиноген 4884

Общий анализ мочи:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели\дата | 24.11.09 | 30.08.09 |
| количество | 10.0 | 10.0 |
| цвет | желт | Желт |
| Прозрачность | полная | Полная |
| Плотность | 1028 | 1020 |
| Белок | отр | Отр |
| Сахар | Отр | Отр |
| Эпителий | ед | 1-2 |
| Лейкоциты | 1-3-4 | 3-4 |
| Эритроциты | 0-1 | ед |
| ph | 6,0 | 6,0 |

По Ничепоренко

Лейкоциты 4 500 Эритроциты 4 000

Маркеры вирусных гепатитов.

Гепатит В ОПs 30, HBsAg - положителен OПкр 0,112

Анти HBcIgM отрицателен

HBeAG отрицателен

анти HBe – положителен

С отр, Д отр.

Гепатит А(IgG)+, Гепатит B(HBsAg)+, гепатит B(HBcAg суммарно)+

Биохимический анализ крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Показатели\дата | 24.11.09 | 30.09.09 |
| Общий белок | 69,4 | 83,2 |
| Билирубин | 6,7 | 7,4 |
| Тимоловая проба  | 5,4 | 4,2 |
| АСТ | 2,2 | 27 |
| АЛТ | 24 | 17 |

Маркеры вирусных гепатитов.

Гепатит В ОПs 30

HBsAg - положителен OПкр 0,112

Анти HBcIgM отрицателен

HBeAG отрицателен

анти HBe – положителен

С отр, Д отр.

Гепатит А(IgG)+, Гепатит B(HBsAg)+, гепатит B(HBcAg суммарно)+

Рентген

На Rгр отк, левой боковой от 5.08.09г

слева интенсивное гомогенное затемнение на уровне 4ребра, корни инфильтрированы.

DS: Экссудативный плеврит слева.

21.08.09 На Rгр отк

Заметны улучшения. В слизистых выпота нет. Корни инфильтрированы. Видимых очаговых теней нет.

30.10.09 На Rгр отк

Структура корней улучшается, инфильтрация уменьшается, синусы прослушиваются.

Назначено УЗИ контроль левого синуса.

УЗИ

В левой плевральной полости свободный выпот в объеме до 400мл. однородного содержимого.

В правой плевральной полости б/о, без выпота.

В брюшной и в полости малого таза свободная экссудация, тонкие фибриновые нити, пленки, брюшина уплотненна до 9,1 мм рыхлая, забрюшина и мезентерика л.у не определяется.

Печень умеренно увеличена, структура с повышенной акустической плотностью.

Желчный пузырь б/о. Селезенка не визуализируется из-за жидкости.

Почки правая 110,0х58,0, левая 93,0х50,0

Справа дилатациоструктуры ч.л.с чашечки 29х30,0, лоханка 46,0

Слева ч.л.с без расширения.

Заключение: Признаки асцита, данные за абдоминальные изменения туберкулезного генеза. Диффузные изменения печени. Экссудативный плеврит слева. Пиелонефрит справа нарушен отток мочи, по типу гидронефроза справа.

17.11.09 УЗИ

В динамике без признаков накопления асцитической жидкости, гепатомегалия с уменьшением структуры печени. Печень по прежнему с повышенной акустической плотностью

21.08.09 УЗИ

В динамике отмечается уменьшение объема жидкости в брющной полости (небольшое количество остаточной жидкости в нижних отделах)

Уменьшение выпота в левой плевральной полости в объеме до 46,0 мл однородная

Печень увеличена 137,0 мм, паренхима с повышением акустической плотностью.

26.10.09. УЗИ

Слева в синусе значительное уменьшение выпота, в брюшной полости небольшие участки жидкости внизу живота.

Печень проводится 133,0. Структура неоднородная. Желчный пузырь окружает гомогенная желчь

7.08.09. Фтизиохирург.

Проведена пункция П/п слева под местной анестезией до 1.Nov 0,5%-70,0

Удалено 370,0 жидкости.

Пунктат направлен на исследование.

13.08.09 Фтизиоуролог.

При осмотре жалоб со стороны мочевой системы не предъявляет.

Симптом балотерма(-) с обоих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Рекомендовано повторить ОАМ, почечные тесты.

17.08.09. Уролог

Для уточнения диагноза необходимо произвести урограмму. Для подготовки

1) Активированный уголь по 5 т, 3 раз в день

2)Очистительные клизмы вечером, утром

20.08.09. Уролог

На обзорной урограмме в/в. На 30, 60 минутах со стороны видимой костной системы патологии не выявлено.

Почки расположены в типичном месте. Функция слева сохранена. Расширен мочеточник.

Справа на 30 минуте отмечается гидронефроз, трансформации.

Увеличение ч.л.с. Мочеточник расширен из-за сужения.

Заключение: Гидроуретеронефроз справа, с сохранностью функции почек.

Лечение специфического процесса.

16.09.09 Окулист.

V OD=1,0 V OS=1.0 Глаза спокойные глазное дно в норме.

Дифференцированный диагноз

Хронический туберкулезный мезаденит протекает волнообразно: периоды обострений сменяются ремиссиями. Самым частым симптомом являются боли в животе, локализация которых чаще всего соответствует локализации патологического процесса.

Характер болей различный: от тупых ноющих до приступообразных типа колик. Они усиливаются при ходьбе, физическом напряжении, метеоризме, а иногда после клизмы, что связано с наличием спаек в брюшной полости.

Характерно вздутие живота, нарастающее к концу дня и вызывающее тупые ноющие боли. Боли могут быть обусловлены давлением кальцинированных лимфатических узлов. В воспалительный процесс вовлекается брюшина (местный перитонит), что также является причиной развития болевого синдрома

Поверхностная пальпация живота безболезненна, при глубокой отмечается болезненность в области пупка, особенно в точках Штернберга (слева на уровне Ln и справа на 1 см выше точки Мак-Бернея). Для туберкулезного мезаденита характерны симптомы Мак-Фендена (болезненность в области пупка) и Клинна (смещение болей в животе при перемещении больного на левый бок). Иногда при пальпации в брюшной полости удается обнаружить конгломераты увеличенных лимфатических узлов в виде опухолевидных образований, умеренно болезненных при пальпации. При перкуссии над конгломератом определяется притупление перкуторного звука. Обследование больного следует проводить натощак после предварительного опорожнения кишечника (очистительной клизмы).

Туберкулезный перитонит.

По мнению Р. Seth и соавт. (1974), туберкулезный перитонит следует заподозрить у любого пациента с неясными абдоминальными симптомами. По своему течению это хроническое заболевание, но оно может быть и острым. Острое течение характерно для бугоркового туберкулезного перитонита.

Заболевание начинается со значительного повышения температуры тела, появления озноба и болей в животе, напоминая острое инфекционное заболевание — брюшной тиф или паратиф, либо его принимают за острый живот.

Передняя брюшная стенка напряжена, положительны симптомы раздражения брюшины. Таким больным чаще всего производят оперативное вмешательство, во время которого обнаруживают бугорковые высыпания на брюшине. При гистологическом исследовании брюшины находят эпителиоидные клетки и клетки Пирогов а—Лангханса.

Обоснование клинического диагноза

Данные анамнеза пациента, клинического, лабораторного и рентгенологического, УЗИ обследования указывают на наличие туберкулезного процесса.

Анализируя жалобы больного, обращает внимание выраженная общая реакция организма на инфекционный процесс, проявляющаяся в виде астенического синдрома и включающая общую слабость, утомляемость, снижение аппетита и, как следствие этого, снижение массы тела, гипертермию. Это симптоматика обусловлена воздействием токсинов микобактерий на различные органы и ткани организма, а главное на нервную систему. Наличие данной группы симптомов больше свидетельствует о свежем процессе, чем о затяжном.

УЗИ

В левой плевральной полости свободный выпот в объеме до 400мл. однородного содержимого.

В правой плевральной полости б/о, без выпота.

В брюшной и в полости малого таза свободная экссудация, тонкие фибриновые нити, пленки, брюшина уплотненна до 9,1 мм рыхлая, забрюшина и мезентерика л.у не определяется.

Печень умеренно увеличена, структура с повышенной акустической плотностью.

Желчный пузырь б/о. Селезенка не визуализируется из-за жидкости.

Почки правая 110,0х58,0, левая 93,0х50,0

Справа дилатациоструктуры ч.л.с чашечки 29х30,0, лоханка 46,0

Слева ч.л.с без расширения.

Заключение: Признаки асцита, данные за абдоминальные изменения туберкулезного генеза. Диффузные изменения печени. Экссудативный плеврит слева. Пиелонефрит справа нарушен отток мочи, по типу гидронефроза справа.

20.08.09. Уролог

На обзорной урограмме в/в. На 30, 60 минутах со стороны видимой костной системы патологии не выявлено.

Почки расположены в типичном месте. Функция слева сохранена. Расширен мочеточник.

Справа на 30 минуте отмечается гидронефроз, трансформации.

Увеличение ч.л.с. Мочеточник расширен из-за сужения.

Заключение: Гидроуретеронефроз справа, с сохранностью функции почек.

Клинический диагноз: Экссудативный плеврит слева, туберкулезной этиологии. Абдоминальный туберкулез, активной степени. Асцит. БК(-)Iгр.

Сопутствующий диагноз: Гидроуретеронефроз справа с сохранением почек.

Хр. Вирусный гепатит Б (HBsAg+;aHBc)

План лечения

В первые выявленный туберкулез. Лечение по I категории DOTS.

Форкокс-трэк 4 препарата в одном.

* Рифампицин – 150 мг
* Изониазид – 70мг
* Этамбутол 275мг
* Пиразинамид – 400мг

Контроль в конце 2месяца,

Контроль в начале 5 и

Конртоль в начале 6 месяца.

Если БК(-) перевод на амбулаторный этап. Поддерживающей терапией:

Изониазид и Рифампицин 3 раза в неделю.

Диуретические средства: Фуросемид 1%-2,0 в/м

Если температура 38 и выше, на ночь литическую смесь (анальгин + димедрол) в/м

Выписной эпикриз

Больная Ф.И.О находится в НЦФ, детском отделении, на лечении

Клинический диагноз: Экссудативный плеврит слева, туберкулезной этиологии. Абдоминальный туберкулез, активной степени. Асцит. БК(-)Iгр.

Сопутствующий диагноз: Гидроуретеронефроз справа с сохранением почек.

Хр. Вирусный гепатит Б (HBsAg+;aHBc)

Жалобы при поступлении

Больная предъявляет жалобы на: Слабость, повышение температуры тела, плохой аппетит, редкий кашель, боли в области почек, увеличение живота в объеме

Анамнез: Пациентка болеет в течении 2 недель (головные боли, повышение температуры, слабость)

Обратилась к участковому врачу. Врач сделал УЗИ брюшной полости и вывел заключение: Асцит. Диффузное повышение эхогенности печени. Гидроторакс справа.

Направлена а Бишкек в диагностический центр для дообследования.

Заподозрен туберкулезный процесс и направлена на консультацию в НЦФ по распоряжению гл.врача госпитализировать в д/о НЦФ для уточнения диагноза и стационарного лечения.

Проведены обследования: ОАК, ОАМ, УЗИ, Рентген, Секреторная урограмма

Проведена пункция П/п слева под местной анестезией до 1.Nov 0,5%-70,0

Удалено 370,0 жидкости.

Получала лечение: По 1 категории DOTS.

Форкокс-трэк 4 препарата в одном.

* Рифампицин – 150 мг
* Изониазид – 70мг
* Этамбутол 275мг
* Пиразинамид – 400мг

Получает консервативное лечение:

Поддерживающая терапия

* Изониазид внутрь в дозе по 0,2 г в 3 раза в день (после еды).
* Рифампицин в ампулах по 1,5мл, содержащих 125мг препарата. 3 раза в неделю.

Диуретические средства: Фуросемид 1%-2,0 в/м

Больная в удовлетворительном состоянии находится на дневном стационаре.

ПРОФИЛАКТИКА.

1. Необходимо обеспечить регулярное диспансерное наблюдение за данным больным.

2. В течении 2 лет весной и осенью необходимо проводить приём тубозида(или изониазида) в течении 2-3 месяцев.

3. Необходимо исключить контакт с бактериовыделителями.

4. Необходимо избегать провоцирующих факторов: переохлаждения, простудных заболеваний, стрессов, избавиться от привычки к курению.

5. Необходимо сбалансировать диету с употреблением высококалорийных продуктов и нормализовать режим сна и бодрствования. Возможно занятие спортом под контролем врача.

Использованная литература

1. Ф.В. Шебанов «Туберкулёз». М. «Медицина», 1981 год
2. М.И. Перельман, В.А. Корякин, Н.М. Протопопова «Туберкулёз», М. «Мед»,1990 год
3. М.Д. Машковский «Лекарственные средства» 1,2 том
4. «Практические навыки терапевта» Под ред. Г.П. Матвейкова Минск «Высшая школа» 1993 год.