Омская государственная медицинская академия

Кафедра фтизиатрии и фтизиохирургии

Зав. кафедрой – проф. Лысов А.В.

Ассистент – Иванова О.Г

**История болезни**

*А-ва Рафаэля (13 лет)*

**Куратор** Киреев А.С.

Педиатрический факультет

628 группа

## ОМСК – 2003

# Общие сведения.

1. ФИО: *А-ов Рафаэль*
2. Дата поступления в клинику: *08.11.2002*
3. Возраст: *13 лет* *(26.10.89 г)*
4. Пол: *мужской*
5. Родители

Мать *сведений нет, находится в розыске*

Отец *сведений нет*

*Опекун: родная тетя*

1. Место жительства: *г.Омск,*
2. Диагноз при поступлении в клинику:

*Первичный туберкулезный комплекс левосторонний в стадии инфильтрации I гр. А.*

1. Клинический диагноз:

*Первичный туберкулезный комплекс левосторонний в стадии инфильтрации I гр. А.*

1. Осложнения основного диагноза: *отсутствуют*
2. Сопутствующие заболевания:

# 10.01.2003

# Жалобы при поступлении

Слабость, утомляемость, недомогание.

**Жалобы на момент осмотра**

Слабость, недомогание, головные боли, носовые кровотечения.

**Эпидемиологический анамнез**

Непосредственный контакт с больным туберкулезом отрицает, однако, возможно, что контакт мог произойти до опекунства, когда ребенок длительное время проживал среди лиц асоциального поведения.

# Anamnesis morbi

После оформления опекунства в октябре 2002 года в поликлинике было выявлена положительная реакция Манту (17 мм), по поводу чего ребенок был обследован в противотуберкулезном диспансере №1. На рентгенограмме и томограмме органов грудной клетки от 01.11.2003 – слева за I ребром обнаружен очаг затемнения; в парааортальной группе увеличенные внутригрудные лимфоузлы. Эти данные послужили основанием для госпитализации больного. Сам ребенок вылечиться желает.

# Anamnesis vitae

Сведений мало, амбулаторная карточка утеряна. Обучается в 6-ом классе. Из перенесенных заболеваний ребенок отмечает заболевания ушей в возрасте 7-8 лет, других заболеваний не помнит.

Сейчас проживает с тетей. У тети еще 3-ое детей: сын 19-ти лет сейчас служит в армии, две дочери – 14 и 10 лет. Живут в 3-х комнатной квартире, материальные условия оставляют желать лучшего, бытовые условия удовлетворительные.

# Status praesens

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, тип конституции – нормостенический, походка бодрая, осанка правильная. Питания удовлетворительного. Рост – 152 см, масса тела – 44 кг.

Мышцы нормотрофичны, развиты симметрично, при пальпации безболезненны.

Пальпируются лимфоузлы в подмышечных впадинах, подчелюстные и паховые, не увеличены (размером 0,3-0,5 см), овальной формы, гладкие, подвижные, безболезненны.

*Исследование органов дыхания*.

Носовое дыхание свободное, болезненности в области корня носа и придаточных пазух не отмечается. Кашля и мокроты нет.

Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, глубина средняя, частота – 18 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии отмечается некоторое притупления легочного звука слева над лопаткой, в остальных участках звук симметричный, легочный.

***Нижние границы легких***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Слева** | **Справа** |
| **Средне-ключичная линия** |  | VI ребро |
| **Средняя подмышечная линия** | VШ ребро | VII ребро |
| **Лопаточная линия** | X ребро | X ребро |

Подвижность нижних краев – 3 см. При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

*Исследование органов кровообращения*.

При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: *правая* – V межреберье у правого края грудины, *левая* – совпадает с верхушечным толчком, V межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии, *верхняя* – второе межреберье. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Сердечные и внесердечные шумы не прослушиваются.

Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, частота – 68 в минуту. Сосудистая стенка гладкая, эластичная.

*Исследование органов пищеварения*.

Полость рта: губы розовые, высыпаний, трещин нет, дёсна розовые. Язык не увеличен, умеренно влажный, покрыт белым налётом.

Живот при осмотре обычных размеров, овальной формы, симметричный. Рубцов и грыжевых выпячиваний нет.

При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Печень при пальпации мягкой консистенции, гладкая, эластичная, край слегка закруглён, ровный, не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову 9-9-7 см.

Поджелудочная железа не пальпируется. Селезёнка перкуторно 5×8 см, не пальпируется.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

*Исследование почек, мочевого пузыря*.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеточники не пальпируются. Мочевой пузырь не выступает над лоном, не пальпируется. Физиологические отправления без изменений.

*Исследование нервной системы.*

Больной легко идет на контакт, на вопросы отвечает полно, без задержек. Сон обычный.

##### Лабораторные данные

**Общий анализ крови (19.11.2002)**

Гемоглобин 119 г/л

Эритроциты... 4,0∙1012/л

Лейкоциты 7,2∙109/л

Абсолютное число лимфоцитов 1368 в 1 мкл

Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците – 29 ПГ

СОЭ 9 мм/ч

###### Лейкоцитарная формула

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Базофилы | Эозинофилы | Нейтрофилы | | | | Лимфоциты | Моноциты |
| Миело­циты | Юные | Палочко­ядерные | Сегменто­ядерные |
| Границы | 0-1 | 2-4 |  | 0-3 | 3-5 | 51-67 | 20-25 | 4-8 |
| Найдено при исследовании |  | **4** |  |  |  | **66** | **19** | **11** |

**Общий анализ мочи (19.01.2003)**

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – прозрачная

Реакция – кислая

Плотность – 1020

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Билирубин - отрицательно

*При микроскопическом исследовании:*

Эпителиальные клетки единичные в поле зрения

Лейкоциты 1-2-2 в поле зрения

Слизь ++ в поле зрения

**Кровь на маркеры гепатитов В и С (20.11.2002)**

Маркеры гепатитов не обнаружены

**20.11.2002 (22.11.2002, 25.11.2002)**

**Промывные воды желудка на кислотоустойчивые бактерии**

Бактериоскопия – не обнаружены

Метод флотации – не обнаружены

**22.11.2002 (25.11.2002)**

**Моча на кислотоустойчивые бактерии**

Бактериоскопия – не обнаружены

Метод флотации – не обнаружены

**Биохимический анализ крови (20.01.2003)**

Билирубин общий 7,9 мкмоль/л

прямой 0,8 мкмоль/л

непрямой 7,1 мкмоль/л

АлАТ 16,4 У/л

АсАТ 29,8 У/л

Общий белок 67,2 г/л

Альбумин 46 г/л

Глобулины 31 %

Тимоловая проба 1,0 Ед

Сулемовая проба 2,1 мл

Формоловая отрицательная

Кадмиевая отрицательная

Триглицериды 0,54 ммоль/л

Сиаловая кислота 0,15 оп.ед.

Холестерин 2,7 ммоль/л

Сахар крови 4,1 ммоль/л

ß-липопротеиды 4,2 ммоль/л

**09.12.2002 Рентгенограмма органов грудной клетки**

На рентгенограмме органов грудной полости в прямой проекции патологии со стороны костно-суставной системы и мягких тканей не выявлено. Положение и форма диафрагмы обычное. Легочные поля симметричные. В правом легком патологических очагов не выявлено, легочный рисунок сохранен. В левом легком в проекции верхнего легочного поля в корневой зоне определяется единичный очаг средней интенсивности затемнения, гомогенный, округлой формы, размером 6 мм, связанный «дорожкой» с корнем легкого. Легочный рисунок слева так же сохранен, вокруг очага не изменен.

Корни легкого в обычном положении, несколько расширены, структура однородная, правильной формы, контуры нечеткие. Тень увеличенных лимфоузлов отсутствует.

Смещения органов средостения нет. Форма и размеры сердца не изменены.

**ЭКГ (6.12.2002)**

ЭОС не отклонена. Синусовый ритм с частотой 71-79 в минуту. Патологических нагрузок не выявлено.

**Консультация окулиста (19.11.2002)**

Глазной патологии не выявлено

**Невропатолог (27.11.2002)**

Жалоб нет. Неврологической патологии не выявлено.

**Стоматолог (13.11.2003)**

Зубы санированы.

**Диагноз: Первичный туберкулезный комплекс левосторонний в стадии инфильтрации**

Обоснование диагноза

В пользу диагноза «Первичный туберкулезный комплекс левосторонний в стадию инфильтрации» говорят такие данные, как:

* возможность контакта с больным с туберкулезом, так как до опекунства ребенок жил среди лиц с асоциальным поведением;
* жалобы на слабость, утомляемость, недомогание, головную боль, носовые кровотечение;
* данные объективного обследования – укорочение перкуторного звука в левой надлопаточной области;
* положительная реакция Манту (17 мм) в октябре 2002 года;
* данные рентгенограммы и томограммы органов грудной клетки;

**Общие принципы лечения туберкулеза**

Основной метод лечения - это химиотерапия. Современные противотуберкулезные препараты успешно действуют как при начальных, так и при распространенных формах туберкулеза, обеспечивая стойкое излечение подавляющего большинства больных. С учетом эффективности все антибактериальные средства разделены на три группы. К первой группе относятся наиболее эффективные: изониазид и рифампицин, вторую группу составляют препараты средней эффективности: этамбутол, стрептомицин, протионамид, пиразинамид, циклосерин, канамицин, виомицин. В третью группу включены ПАСК и тибон - препараты умеренной эффективности.

Лечение должно быть комплексным, длительным, непрерывным, этапным. Комплексное лечение предусматривает одновременное назначение от двух до четырех химиопрепаратов для воздействия на бактерии с различной чувствительностью к медикаментам и для предупреждения лекарственной устойчивости у микобактерий. Длительность основного курса лечения впервые выявленных составляет 9-12 месяцев (в ранних стадиях туберкулеза может быть сокращен до 6-9 месяцев). Непрерывность приема химиопрепаратов на протяжении основного курса лечения необходима для подавления способности микобактерий к размножению. Основной курс химиотерапии можно разделить на два этапа: интенсивное лечение в условиях стационара с целью быстрой ликвидации острых проявлений заболеваний и проведение лечения в санатории, затем амбулаторно.

Для каждого больного в зависимости от клинического проявления и распространенности процесса подбирается соответствующая схема лечения. Она может быть изменена, если обнаруживается лекарственная устойчивость у микобактерий к тому или иному препарату или не устраняются побочные реакции организма. Кроме того, для ускорения обратного развития воспаления, т.е. его подавления, в комплекс лечения включают средства, стимулирующие иммунитет (левамизол, этимизол, метилурацил и др.); предупреждающие развитие соединительной ткани, т.е. склерозирование в области процесса (пирогенал, лидаза, преднизолон, туберкулин), увеличивающие сопротивляемость ткани к поражению, т.н. антиоксиданты (токоферол, тиосульфат натрия).

Широко применяются в лечении туберкулеза также противоаллергические препараты, витамины и другие симптоматические средства: жаропонижающие, отхаркивающие, средства для улучшения функций сердечно-сосудистой системы, кровоостанавливающие средства и другие, кислородная терапия. При выпотном плеврите, если замедлены темпы рассасывания, показано удаление жидкости. При гнойном туберкулезном плеврите систематическое удаление гноя из плевральной полости с одновременным ее промыванием и введением лекарственных средств. Промежуточное место между терапевтическими и хирургическими методами лечения занимает так называемая коллапсотерапия: введение воздуха в плевральную полость (искусственный пневмоторакс) и в брюшную полость (пневмоперитонеум). Коллапсотерапия применяется для лечения больных с выраженными ипфильтративными изменениями в легких и полостях распада, при легочном кровохаркапьи и кровотечении, при лекарственной устойчивости микобактерий.

Хирургические методы лечения туберкулеза применяются ограниченно, что объясняется невозможностью оперативно удалить все очаги. Хирургическое вмешательство обычно при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, реже - при туберкулеме. У детей производится удаление изолированных и множественных казеозно-некротических внутригрудных лимфатических узлов. Для лечения больных с внелегочными локализациями туберкулеза делают экономную резекцию пораженного органа, удаляют каверны и секвестры (омертвевшие ткани кости). Осуществляют также костно-пластические операции.

**План лечения больного**

1. ***Этиотропная терапия.***

*Изониазид в дозе 10 мг/кг/сут*

Rp. Isoniazidi 0,2

Dtd № 20 in tab.

S. По 2 таблетки на прием утром за 30 минут до еды 1 раз в день.

*Рифампицин в дозе 10 мг/кг/сут*

Rp. Rifampicini 0,15

Dtd №30 in caps.

S. По 3 капсулы за прием утром за 2 часа до еды 1 раз в день.

*Стрептомицин в дозе 20 мг/кг/сут*

Rp. Streptomycini sulfatis 1,0

Dtd № 10

S. Содержимое флакона развести в 4 мл изотонического раствора, вводить по 3,5 мл 1 раз в день внутримышечно в 11-00.

Продолжительности этиотропной терапии для изониазида 6 месяцев, для рифампицина 2 месяца, для стрептомицина 2 месяца. Через 2 месяца в лечение добавить этамбутол в дозе 20 мг/кг/сут на 4 месяца.

Rp. Ethambutoli 0,4

Dtd № 100 in tab.

S. По 2 таблетки на прием после завтрака 1 раз в день.

***2. Патогенетическая терапия***

А. Витаминотерапия

Витамин Е в дозе 50 мг в сутки

Rp. Тосоpheroli асеtatis 0,2

Dtd № 10 in caps.

S. По 1 касуле на прием 1 раз в 2 дня.

Витамин В12 в дозе 100 мг в сутки

Rр.: Sol. Суаnосоbаlаmini 0, 01 % 1 ml

D.t.d. N. 10 in ampull.

S. По 1 мл внутримышечно 1 раз в день.

Б. Гептопротекторы

Эссенциале

Rp. Caps. «Еssentialе» №100

D.S По 2 капсулы на прием 3 раза в день.

В. Гипосенсибилизирующая терапия

Диазолин

Rp. Diazolini 0,05

Dtd № 20 in tabl.

S. По 1 таблетке на прием 2 раза в день.

**Прогноз**

Прогноз для жизни и для выздоровления благоприятный.

**Группа диспансерного учета I**.

# Используемая литература.

1. «Туберкулез» Перельман, Корякин, Протопопова. Издательство «Медицина» Москва, 1990 год.
2. <http://www.debryansk.ru/~dzint/library/tbc/>
3. <http://www.udpark.ru/>