ГБОУ ВПО

«ТИХООКЕАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСТИТЕТ» МИНЗДРАВА РОССИИ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ПЕДИАТРИИ

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Е.В. Крукович

КГБУЗ «Владивостокская больница №3»

КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

(Форма 003-у)

Больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 года 3 месяца

ДР: 3.08.2011.

Основной синдром: Синдром бронхообструкции

Куратор: студентка 401 группы

Педиатрического факультета

Родионова Е.П.

Период курации: 30.11.13 - 2.12.13

Владивосток 2013

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_

Пол: женский

Возраст: 2 года 3 месяца (Дата рождения: 3.08.2011.)

ФИО матери: \_\_\_\_\_\_

Место работы матери: ВДЦ «Океан», инженер

Место жительства: г. Владивосток, ул. \_\_\_\_\_

Детский сад: №20

Дата госпитализации: 27.11.13

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР

Главные: Влажный кашель, с отделяемой мокротой зеленоватого цвета. Мать ребенка предъявляет жалобы на повышенную субфебрильную температуру.

Дополнительные: Насморк, заложенность носа (хорошо отделяемый вязкий экссудат зеленовато-желтоватого цвета), одышка.

На день курации: влажный кашель, повышенная потливость.

MORBI

Считают, что заболели 15.11.13. Начался насморк и температура повысилась до субфебрильных цифр. Для профилактики принимали: анаферон детский, грипферон (капли в нос), нурофен (для снижения температуры). Когда, через несколько дней, температуры повысилась до 39,5°, вызвали врача на дом. Доктор назначил следующие препараты: эреспал, геделикс, виброцил, аугментин. В течение 3 дней интенсивность основных симптомов снизилась (температура и заложенность носа). Попутно сдали анализы в поликлинике (клинический анализ мочи и крови), однако никаких отклонений от нормы не было выявлено. Через 2 дня температура снова повысилась до субфебрильных цифр, заложенность стала усиливаться, появился влажный кашель. Обратились к врачу. Был назначен цефиксим. Однако, в течение нескольких дней никаких изменений в состоянии ребенка не наблюдалось. С подозрением на пневмонию, врач поликлиники направил мать и ребенка в КГБУЗ «Владивостокская больница №3». Поступили 27.11.13. За время прибывания в стационаре динамика заболевания несколько снизилась (температура тела нормальная, снизилась частота кашля и количество отделяемой мокроты, заложенность носа уже не столь выражена).

VITAE

Наследственность не отягощена.

Родилась 3.08.2011. Первый ребенок в семье. Родители на момент рождения: мать - 28 лет, отец - 25 лет. Роды и беременность протекали без осложнений.

Родилась доношенной. На момент рождения: вес 3440 г, рост 53 см, окружность головы 35 см, грудной клетки 32 см.

Пуповина отпала на 2 день, зажила на 4 день.

Заболеваний в период новорожденности не было.

Вскармливание: естественное до 4,5 мес., затем искусственное (в связи с непереносимостью лактозы). Общий стол: с 1-го года.

Психомоторное развитие было в соответствии с возрастными нормами: держит голову с 2 мес., сидит с 6 мес., ходит с 10 мес., говорит с 1года 1 мес. Зубы растут с 7 мес., к 1 году количество зубов - 8.

Привита в соответствии с календарем профилактических прививок.

Социальный анамнез не отягощен: жилищно-бытовые условия удовлетворительные: проживает с матерью в светлой квартире на 5 этаже. Ежедневно ходят на прогулки. Посещает детский сад №20 с 11.11.2013.

Перенесенные заболевания: бронхит в 2012 году.

Аллергологический анамнез без особенностей. Все лекарственные средства переносит. Пищевой аллергии нет. Страны Юго-Восточной Азии последние шесть месяцев не посещали. Препараты крови и плазмы не переливались.

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными девочка не была, в течение трех недель до поступления жидкого стула не было, контакт с ОКЗ мать отрицает, воду пьет кипяченную, домашних животных нет, экстракция или лечение зубов за последние 6 месяцев не проводились, в/в и в/м инъекций за последние шесть месяцев не было.

Контакт ребенка с больным туберкулезом мать отрицает.

PRAESENS OBJECTIVUS

Состояние больного: средней тяжести (обусловлено бронхообструктивным синдромом).

Положение в постели активное.

Сознание ясное.

Нервная система: Настроение ровное. Сон в норме. Аппетит снижен. Память не нарушена. Речь в норме для данного возраста. Сознание ясное. Внимание, память, интеллект не снижены. Ребенок хорошо идет на контакт со взрослыми и другими детьми в палате, любознателен, активно играет, часто ( адекватно) улыбается. Патологические рефлексы не выявлены. Параличей и судорог не наблюдается.

Состояние кожи и видимых слизистых оболочек: кожные покровы бедного цвета, чистые, наблюдается легкая мраморность. Выявлен белый дермографизм (исчезает через 2 мин). Эластичность не снижена. На ладонях выражен гидрогидроз. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Отеков не наблюдается. Кожа волосистой части головы чистая, волосы и ногти не изменены.

Подкожный жировой слой: выражен слабо, распределен равномерно. Толщина подкожной жировой складки на животе - 0,5 см, груди - 0,5 см, спине - 0,5 см, верхних конечностях - 0,5 см, нижних конечностях - 1 см. Отеков нет. Тургор ткани сохранен.

Состояние мышечной системы: степень развития мышечной системы соответствует возрасту. Асимметрии мышечной массы нет, степень развития мышц хорошая, тонус мышц сохранен. Болезненности при пальпации отсутствует.Сила мышц одинакова с обеих сторон.

Состояние костной системы: голова правильной формы, пропорциональна по отношению к остальным частям туловища, соотношение лицевого и мозгового отделов черепа симметричны. Выраженность теменных, затылочных, лобных бугров умеренная. Глазные щели, носогубные складки, уши расположены симметрично. Прикус правильный, переносица широкая. Все зубы молочные, стоят тесно, без промежутков. Кариозных зубов нет. При пальпации головы западения и выбухания мягких тканей не обнаружено. Кости черепа целостны. Перкуссия костей головы безболезненная. При осмотре грудной клетки: форма цилиндрическая, половины грудной клетки симметричны, ключицы выступают умеренно, лопатки не плотно прижаты. При пальпации грудной клетки: резистентность ребер и межреберных промежутков не нарушена, безболезненна. При осмотре позвоночника: осанка не изменена, выраженность физиологических изгибов умеренная, наличия патологических искривлений не выявлено. Уровень плеч симметричен. Уровень нижнего угла лопаток с обеих сторон одинаков, ограничения подвижности нет, болезненности нет. При осмотре конечностей: длина правой и левой, верхних и нижних конечностей пропорциональна. Конечности по отношению к другим частям тела пропорциональны. Пальцы нормальной формы. При пальпации костей конечности: патологических деформаций не выявлено. При осмотре суставов: отечностей нет, суставы симметричны, обычной конфигурации, состояние кожи над суставами нормальное. Объем активных и пассивных движений в пределах нормы.

Лимфатические узлы: пальпируются подчелюстные, передние и задние шейные, подмышечные, паховые (единичны, безболезненны, эластичны, подвижны, кожа над ними не изменена).

Оценка физического развития

Масса тела: 12000 г Р25-75 - средняя

Длина тела: 88 см Р25-75 - средняя

Окружность головы: 48 см Р25-75 - средняя

Окружность грудной клетки: 50 см Р25-75 - средняя

Заключение: развитие среднее, гармоничное; мезосоматотип.

Оценка нервно-психического развития

АС - 2 года

АЗ - 2 года

РП - 2 года

РА - 2 года

СР - 2 года

И - 2 года 6 месяцев

Д - 2 года 6 месяцеы

Н - 2 года

При проведение психометрии установлено опережение развития на 1 эпикризный срок по 2 линиям развития.

Заключение: НПР - 1 группа ускоренное развитие.

Половая формула: Ма0Ах0Р0Ме0

Заключение: половое развитие соответствует возрасту.

Органы дыхания:

Осмотр: Голос обычный, без осиплости, звучный. Влажный кашель, с отделяемой мокротой зеленоватого цвета. Нос нормальной формы и размеров. Дыхание через нос затруднено за счет слизистого отделяемого, крылья носа участвуют в акте дыхания. Тип дыхания: брюшной. Частота дыхательных движений 36 в минуту. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Наблюдается экспираторная одышка (затруднен и соответственно удлинен выдох).

Пальпация: Грудная клетка ригидная, безболезненная. Ширина межреберных промежутков в норме. Голосовое дрожание над всей поверхностью легких ослаблено.

Перкуссия

Топографическая перкуссия.

Нижние границы правого легкого:Средняя ключичная линия: VI ребро

Средняя подмышечная линия: VIII ребро

Лопаточная линия: IX - X ребро

Паравертебральная линия: на уровне остистого отростка XI грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:  
Средняя ключичная линия: IV ребро

Средняя подмышечная линия: IX ребро

Лопаточная линия: X ребро

Паравертебральная линия: на уровне остистого отростка XI грудного позвонка

Высота стояния верхушек левого и правого легкого:

На уровне остистого отростка VII шейного позвонка

Топография легких в норме для данного возраста.

Сравнительная перкуссия:

Над симметричными участками легочной ткани определяется коробочный оттенок звука.

Аускультация: Над всеми точками аускультации выслушивается жесткое дыхание. Множество сухих, свистящих, высокотональных хрипов в нижних отделах легких, выслушиваются на вдохе и на выдохе.

Сердечно-сосудистая система:

Осмотр: Верхушечный толчок, сердечный горб, сердечный толчок и другие патологические пульсации визуально не определяются.

Пальпация: Верхушечный толчок пальпируется в IV межреберье на 1,5 по среднеключичной линии, умеренной силы, резистентный.

Симптом «кошачьего мурлыканья» не определяется.

Пульс частотой 126 ударов в минуту, симметричен на обеих руках, нормального напряжения и наполнения. Дефицит пульса отсутствует.

Артериальное давление 90 и 60 мм рт. ст.

Перкуссия:

Границы относительной сердечной тупости:

Правая: 0,5 см кнутри от парастернальной линии

Верхняя: II межреберье

Левая: 1см кнаружи от сосковой линии

Границы абсолютной тупости:

Правая - левый край грудины

Верхняя - III межреберье

Левая - между сосковой и парастернальной линиями (посередине)

Топография сердца в норме для данного возраста.

Аускультация: Тоны сердца, ритмичные, ясные, чистые. ЧСС 126 ударов в минуту. В первой и четвертой точках аускультации первый тон громче, продолжительнее, более низкий, выслушивается после длительной паузы, совпадает с верхушечным толчком и пульсом на периферических артериях. Во второй и третьей точках аускультации второй тон громкий, менее продолжительный, более высокий, выслушивается после короткой паузы, не совпадает с верхушечным толчком и пульсом на периферических артериях. Шум трения перикарда отсутствует.

Желудочно-кишечный тракт: Слизистые оболочки рта и полости глотки бледно - розового цвета. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, без налета, умеренной влажности. Десны не изменены, бледно-розового цвета, набуханий, разрыхлений и кровоточивости нет. Явно выраженных трещин на губах и в углах рта не обнаружено. Мягкое и твердое небо обычной окраски, геморрагий, налетов, расщелин нет.

Осмотр живота: живот симметричный, участвует в акте дыхания. Расхождения прямых мышц живота, видимой перистальтики, расширения вен передней брюшной стенки не выявлено.

Пальпация

Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный во всех топографических областях. Локальных уплотнений и напряжения мышц брюшной стенки не выявлено.

Глубокая: При проведении глубокой пальпации тонкого и толстого кишечника патологических изменений не выявлено.

При аускультации живота, выслушиваются шумы перистальтики кишечника, в виде периодического урчания. Патологических шумов не обнаружено.

Исследование печени

Визуально области проекции печени на переднюю брюшную стенку и переднюю поверхность грудной клетки не изменены, ограниченное и диффузное выбухание в этих областях, расширение кожных вен, кровоизлияний не обнаружено.

Пальпация: не пальпируется.

Исследование селезенки: не пальпируется.

Состояние ануса без патологических изменений. Стул самостоятельный, регулярный, 2 раза в сутки, оформленный, обычного цвета и запаха. Без патологических примесей.

Мочевыделительная систем: в области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки и проекции мочеточников не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. При надавливании в надлобковой области болезненность не определяется. Пальпация мочеточниковых точек (реберно-подвздошная, верхняя и средняя мочеточниковые) безболезненна. Отеков нет.

Мочеиспускание 7-8 раз в день, преобладает дневной диурез. Болезненности при мочеиспускании ребенок не отмечает.

Эндокринная система

Нарушения роста и веса нет. Щитовидная железа не увеличена. Расположение подкожно- жирового слоя обычное.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клинический анализ крови +ЭДС

Общий анализ мочи

Соскоб на энтеробиоз, кал на я/глистов

Рентгеновское исследование

Консультация отоларинголога

Результаты проведенных лабораторных и инструментальных методов исследования

Клинический анализ крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Полученные данные | Норма для данного возраста (2 г.) |
| Эритроциты | 4.15х 1012 / л (норма) | 3.5 до 4.7x10¹² /л |
| Гемоглобин | 108 г/л (норма) | 110-140 г/л |
| Цветовой показатель | 0,8 (норма) | 0,75-0,96 |
| СОЭ | 14 мм/час (увеличена) | 2-12 мм/час |
| Тромбоциты | 210 \* 109/л (норма) | 180-320х109/л |
| Лейкоциты | 11,8х109/л (повышение) | 5-10х109/л |
| Нейтрофилы: |  | |
| Палочкоядерные | 9 % (повышение) | 1 - 5 % |
| Сегментоядерные | 56 % (повышение) | 32 - 55 % |
| Эозинофилы | 1 % (норма) | 1 - 6 % |
| Базофилы | 0,6 % (норма) | 0,7 % |
| Лимфоциты | 32 % (норма) | 33 - 55 % |
| Моноциты | 2 % (норма) | 2-11 % |

Заключение. Выражена восполительная реакция: повышение СОЭ - 14 мм/ч, лейкоцитоз - 11,8х109/л, нейтрофилез (палочкоядерные + сегментоядерные), со сдвигом влево. Остальные показатели без патологии.

ЭДС отрицательная.

Общий анализ мочи

Цвет - соломенно-желтый (норма)

Реакция - нейтральная

Удельный вес - 1010 (норма: 1005-1025)

Белок - нет (норма)

Сахар - нет (норма)

Ацетон - нет (норма)

Слизь - нет (норма)

Эпителиальные клетки:

Плоские - 3-4 в поле зрения (норма)

Эритроциты - нет (норма)

Цилиндры - нет (норма)

Бактерии - нет (норма)

Лейкоциты - 1 в поле зрения (норма)

Заключение: все показатели в норме.

Соскоб на энтеробиоз: острицы не обнаружены (норма)

Кал на я/глистов: не обнаружены (норма)

Рентгеновское исследование: На R-грамме ОГК определяется: усиление и нечеткость изображения сосудистого рисунка в прикорневых отделах. Корни недостаточно структурные. Синусы свободные. Тень средостения, диафрагма без особенностей.

ОБОСНОВАНИЕ ВЕДУЩЕГО СИНДРОМА

Синдром бронхообстукции подтверждается следующими данными:

При расспросе: Влажный кашель, с отделяемой мокротой зеленоватого цвета, повышенную субфебрильную температуру, насморк (хорошо отделяемый вязкий экссудат зеленовато-желтоватого цвета), одышка.

При пальпации: ослабление голосового дрожания над всей поверхностью легких.

При сравнительной перкуссии легких: над симметричными участками легочной ткани определяется коробочный оттенок звука.

При аускультации легких: над всеми точками аускультации выслушивается жесткое дыхание. Сухие, свистящие, высокотональные хрипы в нижних отделах легких, выслушиваются на вдохе и на выдохе.

При лабораторных исследованиях (клинический анализ крови): выражена восполительная реакция: повышение СОЭ - 14 мм/ч, лейкоцитоз - 11,8х109/л, палочкоядерный сдвиг - 9 %, нейтрофилез (палочкоядерные + сегментоядерные) - 65 %.

При инструментальных исследованиях (рентгеновское исследование): снижение структурности корня легкого.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

Режим: палатный (для более тщательного наблюдения за динамикой заболевания)

Диета: гипоаллергенная (профилактика бронхиальной астмы)

Антибактериальная терапия (макролиды: действуют бактериостатически, действуют на 50S субъединицу рибосом и нарушают конечный этап синтеза белков на рибосомах бактерий; азитромицин 0,005, 3 р/д, в течение 10 дней)

Бронхолитики (Атровент(раствор для ингаляций): блокирует мускариновые рецепторы гладкой мускулатуры трахеобронхиального дерева и подавляет рефлекторную бронхоконстрикцию. 0,1-0,25 мг (8-20 капель) 3-4 раза в день (под наблюдением врача). Рекомендованную дозу непосредственно перед применением разводят физиологическим раствором до объема 3-4 мл и ингалируют)

β2 - агонисты (β-2-рецепторами наполнены бронхиолы легких, они обеспечивают вазодиляцию или расширение сосудов, соответственно агонисты стимулируют деятельность рецепторов; беродуал (раствор для ингаляций), 0,5 мл (10 капель) до 3 раз в день. Рекомендованную дозу непосредственно перед применением разводят физиологическим раствором до объема 3-4 мл и ингалируют)

Муколитики (разжижают мокроту и способствуют ее отделению; лазолван (амброксол), сироп, по 2,5 мл (1/2 ч.ложки) 3 раза в сутки)

Физиолечение.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Анамнестический критерий.

Социальный, генеалогический, биологический, аллергический и эпидемиологический анамнезы без особенностей.

Физическое развитие без отклонений.

НПР без отклонений.

Функциональное состояние отягощено за счет бронхообструктивного синдрома. бронхообструкция жалоба лечение

Хронические заболевания отсутствуют.

Заключение:

На основании факторов риска (отягощение функционального состояния за счет синдрома бронхообструкции). Анисимова Нелли относится ко II группе здоровья.