Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего профессионального образования

«Белгородский государственный национальный

исследовательский университет»

медицинский институт

Факультет лечебного дела и педиатрии

Кафедра педиатрии с курсом детских хирургических болезней

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ПО ПЕДИАТРИИ

Белгород 2013 г.

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф.И.О.

Возраст - 7 лет

Дата рождения - 24.02.06

Адрес -

Ребенок посещает школу

Время поступления в клинику - 16.12.13

Кем направлен - детская поликлиника №4

Диагноз при поступлении: внебольничная левосторонняя пневмония

Клинический диагноз: острый бронхит

Основное заболевание: Острый бронхит

Сопутствующие заболевания: -

Осложнения: -

Заключительный диагноз: острый бронхит

Жалобы

Жалобы при поступлении - частый малопродуктивный кашель, повышение температуры тела до 39,0°С, общее недомогание, слабость, вялость.

I. АНАМНЕЗ

. История данного заболевания

Со слов матери заболевание началось 3 декабря утром после переохлаждения (мать связывает со сквозняками в квартире и предшествующим вечерним купанием), с повышения температуры до 38,5˚С, появления отделяемого из носа, затруднения носового дыхания. За медицинской помощью не обратились, мама лечила дома, самостоятельно. Давала ребенку нурофен, пиносол. Однако через несколько дней присоединился сухой, длительный, приступообразный кашель, появилась одышка. Мать обратилась за помощью в детскую поликлинику по месту жительства, участковым педиатром была направлена в ДГБ.

2. История жизни

Ребенок от второй беременности. В течение беременности мать питалась удовлетворительно, регулярно посещала женскую консультацию, декретный отпуск начался с 30 недель беременности. Во время беременности заболеваний не наблюдалось, лежала на сохранении в начале 2го триместра в связи с рубцом на матке после кесарева сечения при первых родах.

Роды - II, родился в срок (38недель), производилось кесарево сечение. Закричал сразу, по шкале Апгар 6 баллов. При рождении длина тела 55см, вес 2900г, окружность головы 34см, окружность груди 32см. Первоначальная убыль массы тела составила 250г., полностью вес восстановился через 1 неделю. Пуповинный остаток отпал в возрасте 1ой недели, пупочная ранка зажила ко 2й недели. Через 5 дней мать и ребенок были выписаны из роддома, масса тела при выписке составляла 2850.

Физиологическая желтуха наблюдалась не интенсивная, длительность 2 недели. Мать и ребенок резус совместимы.

Нарастание массы и длины тела соответствует возрасту.

Самостоятельно держит голову с 2 месяцев. Переворачивается с 4 месяцев. Сидит с 7 месяцев. Ползает с 8 месяцев. Стоит с 9 месяцев. Начал ходить с 10 месяцев. Улыбается с 2 месяцев. Узнает мать с 2 месяцев. Начал гулить с 6 месяцев. Начал произносить первые слоги с 12 месяцев. Отдельные слова произносит с 1года 4 месяцев.

Первые зубы прорезались в 5 месяцев (верхние 2 резца), остальные зубы прорезались соответственно норме.

На первом году жизни - естественное вскармливание, сосал активно, продолжительность - 30 минут. За одно кормление кормили из одной молочной железы, после каждого кормления мать сцеживала оставшееся молоко. Правила при кормлении грудью мать соблюдала. Приложен к груди первый раз через полчаса после рождения, сосал активно, первый месяц кормление по требованию(7 раз днем и 1-2 кормления ночью), последующие месяцы кормления составляло 6 раз в сутки.

От груди отняла в 5 месяцев, перевели на искусственное вскармливание, детская смесь НАН-2. Первый прикорм (овощное пюре) мать ввела в 6 месяцев, далее по порядку, соответственно возрасту. Питание регулярное, полноценное.

Аллергических проявлений и непереносимости пищевых продуктов не наблюдалось.

Профилактические прививки - все согласно схеме, реакций на них не было. Реакция Манту - отрицательная.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, грипп.

Переливаний крови, плазмы, введения иммуноглобулина не было.

Мать:,34г. - здорова.

Отец: 41г. - здоров.

Семья полная, есть старший брат. Мать не работает, отец работает специалистом. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Наследственный анамнез не отягощен. Старший брат больного в анамнезе имеет частые бронхиты и предрасположенность к бронхиальной астме. Так же у брата наблюдается пищевая аллергия на гречневую крупу, витамин Д.

Находился в постоянном контакте с больным братом за 1 день до начала заболевания.

Заключение по анамнезу: На основании данных анамнеза можно судить о поражении дыхательной системы острым воспалительным процессом, причиной которого стала инфекция от брата ребенка, а сопутствующими факторами - переохлаждение.

I. ИССЛЕДОВАНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС РЕБЕНКА

Общее состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное, на окружающее реагирует адекватно, настроение хорошее, ребенок общителен, на вопросы отвечает правильно. Психическое развитие пациента соответствует возрасту.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС РЕБЕНКА

Обоняние, острота и поля зрения не нарушены, зрительных галлюцинаций нет. Произвольные движения глаз - в полном объеме, ширина зрачков: соответствует освещенности, фотореакция прямая, содружественная. Чувствительность на лице - сохранена. Сила жевательных мышц, корнеальные рефлексы, мандибулярный рефлекс - не изменены. Лицо симметрично. Слух сохранен. Глотание, фонация, артикуляция - сохранены. Сухости во рту нет. Сила трапециевидной мышцы, сила кивательной мышцы не изменена, язык по средней линии.

Поверхностная чувствительность (болевая, температурная, тактильная), глубокая чувствительность (суставно-мышечное чувство, вибрационная, кинестетическая, чувство давления и веса), сложные виды чувствительности (дискриминационная чувствительность, чувство локализации, двумерно-пространственное чувство) - без патологии.

Брюшные рефлексы живые, коленный и ахиллов рефлексы вызываются легко, умеренно выражены. Менингиальных симптомов (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского) нет. Симптомов натяжения нервных стволов (симптомы Лассега, Мацкевича, Вассермана) нет. Белый дермографизм.

II. КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ И СЛИЗИСТЫЕ ОБОЛОЧКИ

Цвет кожных покровов бледный, с цианотичным оттенком возле угла рта, кончика носа, без сыпи. Эластичность сохранена. Кожа сухая, теплая. Температура тела 37.20С. Рубцов, сыпи, кровоизлияний, участков пигментации и депигментации не наблюдается. Ногти без изменений. Волосы светлые, густые, неломкие.

III. ПОДКОЖНО-ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА

Развитие подкожной жировой клетчатки среднее, равномерное, тургор сохранен. Отеков и пастозности нет.

. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ

Доступные пальпации лимфатические узлы - поднижнечелюстные, подмышечные и паховые - не увеличены, они единичные, округлой формы, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации, подвижные, не спаянные между собой и с окружающими тканями, рубцов над лимфатическими узлами не отмечено.

V. МЫШЕЧНАЯ И КОСТНАЯ СИСТЕМЫ

Развитие мышечной системы удовлетворительное, болезненности при пальпации нет, тонус и сила сохранены.

Форма головы обычная. Большой родничок закрылся в 3месяца, малый родничок закрылся в 1 месяц. Деформаций костей, болезненности при надавливании, поколачивании не выявляется. Позвоночник не искривлен. Грудная клетка обычной формы; деформаций, асимметрии, искривлений нет. Суставы не деформированы, безболезненны при пальпации, функция суставов сохранена.

. ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Дыхание через нос свободное. Тип дыхания смешанный, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки. Дополнительная мускулатура в акте дыхания не участвует. Дыхание ритмичное, глубокое. Частота дыхательных движений = 22 в 1 минуту. Одышки нет. Частый малопродуктивный кашель.

При пальпации грудная клетка податлива, безболезненна, межреберные промежутки не выбухают и не западают. Голосовое дрожание слегка усилено.

При сравнительной перкуссии определяется укорочение легочного звука слева в нижних отделах.

Топографическая перкуссия. Нижние границы легких:

Линия правого легкого левого легкого

Среднеключичная V ребро −−

Среднеподмышечная VIII ребро IX ребро

Лопаточная X ребро X ребро

При аускультации легких выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы слева в нижних отделах.

# VII. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Область сердца без особенностей, выпячиваний и видимой пульсаций в области сердца и крупных сосудов не обнаружено.

Верхушечный толчок визуально не определяется, пальпируется на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5-ом межреберье, площадь1см., умеренной силы и высоты. Сердечный толчок не пальпируется.

Перкуссия

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Граница | правая | верхняя | левая |
| Относительной тупости сердца | Правая парастернальная линия | 3 ребро | На 1см кнаружи от левой среднеключичной линии |
| Абсолютной тупости сердца | Левая стернальная линия | 3 межреберный промежуток | Левая среднеключичная линия |

Поперечник сердца 9см. Ширина сосудистого пучка 4см.

Аускультация сердца - тоны ясные, ритмичные, без изменений. Дополнительные тоны не выслушиваются. ЧСС 88 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст.

Артериальный пульс (на лучевых артериях): ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота 88 ударов в минуту.

Видимой пульсации вен нет; венный пульс отрицательный; вены безболезненны, не уплотнены.

# VIII. ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Губы розовой окраски, умеренно влажные, слизистая оболочка ротовой полости и десны розового цвета, влажная; кровоизлияний, афт, язвочек, пятен Филатова не отмечается. Язык розового цвета, влажный, отмечается умеренная гипертрофия сосочков.

Слизистая оболочка глотки гиперемирована, небные миндалины гипертрофированы, выступают за пределы небных дужек, гиперемированы.

Живот симметричен, слегка выступает над уровнем грудной клетки, участвует в акте дыхания; выпячиваний, западений не наблюдается. Видимой перестальтики кишечника не наблюдается. Вены передней стенки живота не расширены. При пальпации напряженности и болезненности мышц нет, брюшной пресс развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, симптом флюктуации отсутствует. Симптомы Щеткина-Блюмберга и Менделя отрицательные.

Нижний край печени безболезненный, мягкий, эластичный, гладкий, не выступает из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 8 см, 6 см, 5 см. Селезенка пальпаторно не определяется. Симптомы Георгиевского-Мюсси, Ортнера-Грекова, Мерфи - отрицательные.

Стул ежедневный, 1 раз в день, оформленный, без примесей.

# IХ. МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

В надлобковой и поясничной областях видимых изменений не обнаружено. Почки в положениях лежа и стоя не пальпируются; мочевой пузырь не пальпируется; мочеточники при пальпации - безболезненные. Симптом поколачивания отрицательный. Притупления в надлобковой области при опорожненном мочевом пузыре нет. Отеков нет. Мочеиспускание 5 раз в день, безболезненное, моча светло-желтого цвета, без примеси крови и слизи.

Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

# Х. АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Рост - 152. Вес - 35.

ХI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб на повышение температуры тела до 39,0˚С, длительный малопродуктивный приступообразный кашель, слабость, вялость, и данных анамнеза заболевания - началось с повышения температуры до 38,5˚С, появления слизистого отделяемого из носа, затруднения носового дыхания, через несколько дней присоединился сухой, длительный, приступообразный кашель, и данных объективного исследования - голосовое дрожание слегка усилено, при перкуссии определяется укорочение легочного звука слева в нижних отделах, при аускультации выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы слева в нижних отделах, можно выставить предварительный диагноз - острый бронхит.

ХII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Острый бронхит нужно дифференцировать с пневмонией, бронхиальной астмой и бронхиолитом.

При пневмонии на первый план выступает интоксикационный синдром, который имеет место и при остром бронхите, однако слабо выражен; ассиметрия физикальных данных: притупление перкуторного звука в проекции очага воспаления, там же при аускультации - ослабление дыхания и при разрешении пневмонии появление локализованных влажных мелко- или крупнопузырчатых хрипов, тогда как для острого бронхита характерен коробочный оттенок перкуторного звука, жесткое дыхание и сухие хрипы. На рентгенограмме при пневмонии определяют очаги инфильтрации легочной ткани, а при остром бронхите - вздутие легочной ткани, деформация бронхососудистого рисунка - ослабление в латеральных отделах и усиление в медиальных.

При возникновении повторных рецидивов болезни необходимо исключить аллергическую природу заболевания - бронхиальную астму. При бронхиальной астме наблюдаются эпизодические приступы удушья, одышки или кашля, появление свистящих хрипов, ощущение тяжести в грудной клетке, а также кашель. Важный клинический признак бронхиальной астмы - исчезновение симптомов спонтанно или после применения бронхолитиков, повторные обострения, чаще всего провоцируются аллергенами или холодным и влажным воздухом, физической нагрузкой, различными запахами, плачем, смехом или вирусной инфекцией, а также сезонная вариабельность симптомов и наличие атопических заболеваний у больного или его родственников. У данного пациента нет признаков бронхиальной астмы, т.к. бронхоспазм в развитии острого бронхита не является ведущим и носит преходящий характер, не сопровождается эозинофилией и, как правило не повторяется в дальнейшем, а для бронхиальной астмы типичны приступообразное течение с повторными эпизодами бронхоспазма и удушья (иногда даже без наслоения ОРВИ), эозинофилия.

При остром бронхите начало заболевания обычно острое: температурная реакция (в пределах 39˚С) и катаральные симптомы. Общее состояние нарушается, но выраженного токсикоза, как правило, нет. Присоединение респираторных расстройств (учащение дыхания до 40-60 в минуту, удлинение выдоха, шумное, «свистящее» дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, раздуванием крыльев носа, легкий периоральный цианоз) отмечается при первом эпизоде обструкции на 3-5 день, при повторных на 1-2 день. Ребенок беспокоен, испуган, кашель частый, непродуктивный. При бронхиолите дыхательные расстройства более выражены: частота одышки 70-90 в минуту, выражен периоральный цианоз, генерализующийся при крике. При перкуссии легких у детей с острым бронхитом отмечается коробочный оттенок перкуторного звука над всей поверхностью, некоторое притупление в нижних отделах; при бронхиолите притупление перкуторного звука может определяться на уровне углов лопаток до тупости в нижних отделах легких. Аускультативно при остром бронхите дыхание жесткое, усилен и удлинен выдох, обилие сухих разнотембровых непостоянных хрипов. При бронхиолите часто выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон на фоне ослабленного дыхания. Тяжесть нарушений бронхиальной проходимости при бронхиолите сходна со status astmaticus. На рентгенограмме органов грудной клетки при остром бронхите определяется вздутие легочной ткани, низкое стояние купола диафрагмы, деформация бронхососудистого рисунка - ослабление в латеральных отделах и усиление в медиальных, а при бронхиолите - усиление сосудистого рисунка,повышение прозрачности легочной ткани за счет обтурационной эмфиземы, усиление рисунка бронхов.

ХIII. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

. Клинический анализ крови

Гемоглобин 120г/л

Эритроциты 4.6\*1012 л-1

ЦП 0.8

Лейкоциты 21.1\*109 л-1

СОЭ 30мм/ч

Палочкоядерные 7.5

Сегментоядерные 45

Юные ---

Эозинофилы 2.5

Лимфоциты 35.5

Моноциты 7.5

Базофилы ----

Заключение: умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево. СОЭ увеличено (N=2-10мм/ч). Такое состояние характерно для острого воспалительного процесса.

. Б/х крови

АСАТ - 26 ед/л

АЛТ - 13 ед/л

Общий белок - 63,8 г/л

Билирубин общий - 6,8 мкмоль/л

Тимоловая проба - 1,85 ед.

СРБ - 6 мг/100 мл.

Заключение: показатели в пределах нормы.

. Клинический анализ мочи

Количество 30ml

Цвет светло желтый

Реакция слабо-кислая

Плотность 1011

Лейкоциты 6-7 в поле зрения

Эритроциты ----

Заключение: Патологических изменений в моче не выявлено.

. Анализ кала

Патогенные энтеробактерии не выделены, яйца глистов отсутствуют.

Заключение: без патологии.

. Рентгенография

Заключение: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки легкие без очагово- инфильтративных изменений. Легочный рисунок усилен за счет сосудистого компонента, на фоне выраженного вздутия легочной ткани. Корни реактивные. Синусы свободные. Средостение не смещено.

. ЭКГ

Ритм синусовый. ЧСС 88 уд в мин. Эл. ось отклонена вправо.

Заключение: без патологии.

бронхит заболевание диагноз

Х1V. КЛИНИЧЕСКИЙ ОБОСНОВАННЫЙ ДИАГНОЗ

Диагноз острый бронхит поставлен на основании:

· жалоб на длительный малопродуктивный приступообразный кашель;

· острого начала заболевания, повышения температуры тела до 39,0°С, недомогания, слабости;

· наличия в анамнезе контакта с больным острой респираторной вирусной инфекцией.

· наличия усиления голосового дрожания, при перкуссии определяется укорочение легочного звука слева в нижних отделах, при аускультации выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы слева в нижних отделах;

· умеренного нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом влево, увеличения СОЭ, определения на рентгенограмме легких усиления легочного рисунка за счет сосудистого компонента, на фоне выраженного вздутия легочной ткани;

ХV. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Этиология заболевания:

вирусы;

бактерии (пневмококк, гемофильная палочка, стафилококк, хламидии, микоплазмы);

вирус парагриппа;

респираторно-синцитиальная инфекция, риновирусная инфекция

аденовирусы

Предраспологающие факторы: - загрязненный воздух - переохлаждение - перегревание - пассивное курение - неблагоприятные условия в семье - фоновые заболевания (ЖДА, рахит, ЭКД) - сниженный иммунитет -аномалии АФО

Патогенез заболевания: Вирусы имеющие тропизм к эпителию дыхательных путей, размножаясь, повреждают его, угнетают барьерные свойства стенки бронхов и создают условия для развития воспалительного процесса бактериальной этиологии(интраламинарного). Кроме того, респираторные вирусы, возбудители детских капельных инфекций могут вызвать поражения нервных проводников и ганглиев, тем самым нарушая нервную регуляцию бронхиального дерева и его трофику.

ХVI. РЕЖИМ. ДИЕТА. ЛЕЧЕНИЕ

1. Режим постельный до нормализации температуры тела.

2. Диета молочно-растительная, богатая витаминами, употребление большого количества жидкости.

. Этиотропная терапия

Rp: Cephazolini 0,25 D.t.d. N 10 in amp S. в/м 2 р/д в течении 5 дней : Oxacillini 300000 ME D.t.d. N30 in amp S. Содержимое ампулы растворить в стерильной воде для инъекций, вводить в/м 3 р/д по 300000 ME

4. Патогенетическая терапия

Rp: Sol. Euphyllini 1%-50ml D.S принимать внутрь по 1 ч.л. 3 р/д : Sol Suprastini 2%-0,3ml D.S. в/м 1 р/д : “Berodualum” 20?0 ml D.S. ингаляции : по 10 капель 3 р/д : Массаж на область грудной клетки №2 по 10 минут ежедневно

5. Симптоматическая терапия

Rp. M-rae Paracetamoli 200,0 ml D.S. Внутрь по 1 ч.л. 3 р/д . M-rae Bromhexini 200,0 ml D.S. Внутрь по 1 ч.л. 3 р/д

ХVII. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ

18.12.13 - состояние средней тяжести, стабильное. Жалобы на кашель. Дыхание через нос не затруднено. Слизистые ротоглотки гиперемированы. Температура тела 37,3°C. При аускультации легких выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы слева в нижних отделах. ЧД 21 в мин. Сердечные тоны нормальной звучности, ритм правильный. ЧСС 82 в мин. АД 120/68 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный; стул регулярный, оформленный. Диурез адекватен водной нагрузке, дизурических явлений нет.

.12.13 - состояние среднетяжелое. Жалобы на кашель. Отмечается умеренная гиперемия слизистой оболочки глотки. Температура тела 36,9°C. При аускультации легких выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы слева в нижних отделах. ЧД 20 в мин. Сердечные тоны нормальной звучности, ритм правильный. ЧСС 77 в мин. АД 110/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный; стул регулярный, оформленный. Диурез адекватен водной нагрузке, дизурических явлений нет.

.12.13 Состояние пациента удовлетворительное. Жалобы на момент осмотра не предъявляет. Температура тела 36,6°C. При аускультации легких выслушивается пуэрильное дыхание. ЧД 20 в мин. Сердечные тоны нормальной звучности, ритм правильный. ЧСС 75 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный; стул регулярный, оформленный. Диурез адекватен водной нагрузке, дизурических явлений нет.

ХVIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Основное заболевание: острый бронхит

Сопутствующие заболевания: -

Осложнения: -

ХIХ. ЭПИКРИЗ

Александр 7 лет поступил в ДГБ 1.12.13, с жалобами на частый малопродуктивный кашель, повышение температуры тела до 39,0°С, общее недомогание, слабость, вялость.

На основании жалоб на длительный малопродуктивный приступообразный кашель; острого начала заболевания, повышения температуры тела до 39,0°С, недомогания, слабости; наличия в анамнезе контакта с больным острой респираторной вирусной инфекцией; наличия усиления голосового дрожания, при перкуссии определяется укорочение легочного звука слева в нижних отделах, при аускультации выслушивается ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы слева в нижних отделах; умеренного нейтрофильного лейкоцитоза со сдвигом влево, увеличения СОЭ, определения на рентгенограмме легких усиления легочного рисунка за счет сосудистого компонента, на фоне выраженного вздутия легочной ткани был поставлен диагноз: острый бронхит.

Лечение: постельный режим, диета, антибактериальная терапия, муколитики, физиотерапия, лечебная физкультура и массаж. Лечение принесло эффект в виде снижения температуры, уменьшения кашля, ослабления хрипов в легких.

В дальнейшем рекомендованы: временное ограничение физической нагрузки, отмена профилактических прививок, лечебная физкультура, витаминотерапия, закаливание.