Формальные данные

Ф.И.О. ребёнка: x

Возраст: 1 год 8 месяцев

Дата рождения: 23.03.1995.

Пол: муж.

Национальность: русский

Место жительства: Верхнекетский район, пос. Белый Яр,

ДДУ, школа: неорганизованный

Дата поступления в стационар: 14.11.1996 г

Дата выписки:

Диагноз направления: Врождённый порок сердца, инфекция

мочевыводящих путей.

Диагноз клинический:

Основное заболевание: Инфекция мочевыводящих путей.

Сопутствующие заболевания: острая респираторная инфекция;

недостаточность переваривания в толстой кишке: бродильная диспепсия;

аскаридоз; рахит, стадия реконвалесценции; монопарез левой нижней

конечности.

Результаты лечения: улучшение (на момент окончания

курации)

Прогноз: благоприятный при условии полной

дегельминтизации, исключении туберкулёзной этиологии воспаления,

полном лечении дизбактериоза и соблюдении рекомендаций.

Отец: Мозгов Владимир, 25 лет, русский, курьер на

почте, профвредности не указаны.

Мать: Мозгова Жанна Николаевна, 19 лет, русская, не

работает.

Жалобы ребёнка:

Предъявлены жалобы на прерывистое мочеиспускание, хромоту при опоре

на левую ногу и снижение в связи с этим двигательной активности

ребёнка, апатичность, вялость, раздражительность, напряжённое

дыхание и слышимые на расстоянии хрипы в такт дыхания, повышение

температуры до субфебрильных цифр, снижение аппетита, нарушение сна.

Начало и развитие данного заболевания.

Мать считает, что ребёнок заболел 30 октября, когда появились симптомы

респираторного заболевания в виде насморка, повышения температуры до

38,6^ circ , чихания. Вслед за этим появилась хромота на левую

ножку со снижением двигательной активности. Ребёнок стал капризным,

постоянно просился на руки, снизился аппетит. Появилось

затруднение при мочеиспускании. Обратились в поликлинику посёлка,

откуда отправлен в областную больницу с диагнозом направления ---

порок сердца, инфекция мочевыводящих путей --- для уточнения диагноза

и лечения.

Анамнез жизни

Родился с массой 3350 г, длиной 51 см, с окружностью головы --- 34

см. Крик громкий. Время прикладывания к груди --- спустя несколько

часов после рождения. Сосание нормальной интенсивности. Данных о

физиологической потери массы тела и отпадении пупка не получено.

Желтухи не отмечалось. Пупочная ранка не мокла. Выписаны из

родильного дома на 7 сутки с пометкой в карте о наличии

перинатального поражения ЦНС. Прививки проводились в соответствии с

календарём. В двухмесячном возрасте диагностирован аллергический

диатез, после этого непереносимости какой-либо пищи не отмечалось.

Перенесенные заболевания: ангина, ОРЗ около 5--6 раз. В

шесть месяцев появилась хромота на левую ножку, которая

вскоре прошла без лечения. Естественное вскармливание до 1 г. 3 мес.

Семейный и биологический анамнез. Наследственность

Наследственная патология никогда не диагностировалась, врождённых

аномалий нет. У матери хронический пиелонефрит, анемия,

тонзиллит. Бабушка по отцу страдает мочекаменной болезнью, дед ---

язвенной болезнью желудка. Прабабушка по отцу умерла от опухолевого

заболевания. Со стороны матери имеется язвенная болезнь у дедушки и

врождённый порок сердца у бабушки. Другие представители родословной

здоровы. Ребёнок от первой беременности. Алкоголизма, психических

заболеваний, туберкулёза, аллергии у родственников нет. Беременность

протекала с токсикозом во вторую половину, у матери был острый

пиелонефрит. Роды срочные.

Социальный анамнез.

В семье 3 человека, проживают в частном доме, 2 комнаты,

неблагоустроенный. Дефектов освещённости, отопления нет. Ребёнок

ухожен, одет соответственно возрасту. Полноценность питания под

вопросом: не получено точных данных о перечне получаемых продуктов,

введении добавок в соответствующие сроки. Профилактика рахита

витамином D не проводили, однако прогулки на свежем воздухе

ежедневны. Уровень естественной инсоляции, полученной в летние

месяцы, хороший.

Объективное исследование

Физическое развитие

Сомато-динамические функции.

Состояние и самочувствие ребёнка удовлетворительное, положение

активное, сознание ясное, полное, поведение спокойное, локомоторные

функции снижены за счёт ограничения движений левой нижней конечности.

Соматоскопия.

Телосложение правильное, слабо астеничное, тело пропорциональное,

подкожно-жировой слой развит слабо, деформаций

скелета не отмечено, мышцы без грубой патологии.

Соматометрия.

Длина тела --- 71см.

Масса тела --- 9500г.

Окружность головы --- 50см

Окружность груди --- 47см

Окружность плеча --- 13.5см

Окружность голени --- 17.5см

Окружность бедра --- 21см справа, 19 см слева.

Индекс Чулицкой --- 8 (снижен)

Индекс Эрисмана --- 11.5 (завышен)

Нервно-психическое развитие

Моторика, статика.

Отмечена двигательная пассивность, отставание статико-моторных

функций в среднем на 1 эпикризный срок. ДО --- 11--12 мес. ДР --- 10

мес.

Речь.

Период активной речи ограничен. В основном

плач, громкость снижена. РА --- 9--10 мес. ПР --- 12 мес.

Психика.

Недостаточности понимания звуков, речи, жестов не отмечено.

Выполнение просьб ограничено --- стеснительность, боязнь, ребёнок

капризен. Заинтересованность к происходящему вокруг незначительная.

Интеллектуально-эмоциональная сфера мало поддаётся исследованию.

Чувствительность.

ЗА, СА, БА, ТА, ОА, ВА --- по возрасту.

Рефлексы.

Зрачковый рефлекс --- положительный;

роговичный рефлекс --- положительный;

глоточный рефлекс --- положительный;

брюшные рефлексы --- слабоположительные;

локтевой рефлекс --- положительный;

коленный рефлекс --- положительный справа, отрицательный слева

ахиллово-сухожильный рефлекс --- положительный справа, ослаблен

слева;

рефлекс Бабинского --- отрицательный .

Настроение на момент исследования снижено, ребёнок не общителен.

Вегетативная нервная система: дермографизм проявляется через 24 сек

линиями красного цвета в течение 1--1.5 мин, отмечено повышение

потливости.

Соматический статус

Кожа, её производные и видимые слизистые оболочки.

Кожа бледно-розового цвета, чистая, без патологических

элементов. Сосудистый рисунок слабо выражен. При пальпации

нормальной влажности, тёплая, толщина в области тыла кисти и

локтевого сгиба --- 2мм, эластичная. Тургор кожи сохран "ен. Ногти

без исчерченности, гладкие, блестящие, заусенец нет, ногти доходят

до конца ногтевой фаланги, подстрижены на руках и ногах.

Волосы чистые, на затылочной области редкие. Слизистые оболочки

конъюнктив, слухового прохода, полости рта чистые, язык без налёта,

в области дужек, миндалин имеется лёгкий катар. Слизистые оболочки

носовых ходов отёчны, отделяемое обильное, вязкое. При проведении

сосудистых проб щипка, молоточка, жгута патологии микрососудов не

выявлено.

Подкожная жировая клетчатка.

Подкожная жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно.

Толщина подкожного жира на животе --- 0.6 см, груди ---

0.6 см, спине --- 0.4 см, руках --- 0.4 см, бёдрах ---

1.5 см. Пастозности, отеков нет. Патологического локального

скопления жира не найдено.

Мышечная система.

Походка нарушена, снижены опорно-двигательные функции левого

коленного сустава. Мимическая мускулатура --- глазницы на одном

уровне, асимметрии лица нет, мимика слабо выражена. Мускулатура

шеи обычных размеров, сила и функции сохранены, кривошеи

нет. Плечевой тонус без явлений атрофии и гипотрофии, хотя тонус

понижен. Живот выпячен. Тазовые мышцы симметричны. Мышцы левого

бедра уменьшены в объёме, гипотоничны. Остальные мышечные группы

нижних конечностей без выраженных изменений. Плоскостопия нет.

Костный аппарат.

Костная система сформирована правильно. Голова округлая,

бугры слабо выражены. Лицевой череп превалирует, лицевой

отдел симметричен. Зубы молочные, формула по возрасту, кариеса нет.

Ключицы расположены на одном уровне. Лопатки не отстают от грудной

клетки, грудная клетка вытянута, астеничной формы, рёбра имеют

косой ход. На рёбрах пальпируются слабовыраженные чётки. Позвоночник

--- физиологические изгибы в норме, сколиоза нет. Длина

конечностей одинакова. Переломов не отмечено.

Суставы Характеристика

Атланто-затылочный конфигурация физиологичная, температура кожи над

суставом не повышена, объём активных и пассивных движений не

снижен, болезненности нет, хруста нет

челюстные симметричны, конфигурация физиологичная, температура кожи над

суставом не повышена, объём активных и пассивных движений не

снижен, болезненности нет, хруста нет

грудинно-ключичные то же

плечевые то же

локтевые то же

лучезапястные то же

пястнофаланговые то же

тазобедренные то же

коленные справа конфигурация физиологичная, температура кожи над

суставом не повышена, объём активных и пассивных движений не

снижен, болезненности нет, хруста нет; слева конфигурация

физиологичная, температура кожи над

суставом не повышена, объём активных и пассивных движений уменьшен,

при пальпации отмечается болезненность, хруста нет

голеностопные симметричны, конфигурация физиологичная, температура кожи над

суставом не повышена, объём активных и пассивных движений не

снижен, болезненности нет, хруста нет

плюснефаланговые то же

фалангофаланговые то же

Осанка правильная. Артралгий, сколиоза не обнаружено, искривлений

костей нет, ромб Михаэлиса и треугольники талии слабо выражены. Тело

симметрично. Пальпация и перкуссия костей безболезненная.

Лимфатические узлы.

Группа Характеристика

затылочные не пальпируются

околоушные единичные, около 1 мм в диаметре, слабо подвижны,

эластичны, безболезненные

заушные единичные, до 2 мм, подвижные, эластичные, безболезненные

заднешейные не пальпируются

переднешейные не пальпируются

подчелюстные единичные, около 1 мм в диаметре, подвижны,

безболезненные

подбородочные не пальпируются

надключичные не пальпируются

подключичные не пальпируются

подмышечные не пальпируются

кубитальные не пальпируются

грудные не пальпируются

паховые множественные, около 1-2 мм в диаметре, подвижны,

эластичны,безболезненны

подколенные не пальпируются

стопные не пальпируются

Органы дыхания.

Число дыхательных движений --- 37 в минуту, дыхание ритмичное, тип

дыхания смешанный, носовое дыхание затруднено. Слизистое отделяемое

из полости носа. Изменений голоса не отмечено. Вспомогательная

мускулатура не задействована. Грудная клетка астеничной конфигурации,

ключицы расположены на

одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно,

расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм.

Грудная клетка эластична, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в

симметричных участках. Хруста и крепитации нет. Участков гиперестезии

не обнаружено. Мягкие ткани груди не отёчны.

При сравнительной перкуссии над передними, боковыми и задними

отделами л "егких в симметричных участках перкуторный звук

одинаковый, л "егочный, гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия л "егких.

Нижняя граница по линиям Граница По -д -ви -ж -ность Граница

По -д -ви -ж -ность

Срединно--ключичная VI ребро --- --- ---

Средняя аксиллярная VIII ребро 2 см VIII ребро 2 см

Скапулярная X ребро --- X ребро ---

Околопозвоночная XI ребро --- XI ребро ---

Состояние средостенных лимфоузлов: симптом Филатова отрицательный,

симптом чаши Философова отрицательный, симптом укорочения

перкуторного звука в паравертебральной области отрицательный.

При аускультации л "егких определяется

физиологическое пуэрильное дыхание над передними, боковыми и

задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не

выявлено. При изучении бронхофонии над периферическими участками л "егких

слышны неразборчивые звуки, что соответствует норме.

Органы кроветворения.

Петехий и гемартрозов нет. Лимфоидное кольцо не гипертрофировано,

заинтересованность в катаральных явлениях зева под вопросом.

Перкуссия костей безболезненная. Селезёнка не пальпируется, при

перкуссии поперечник 3 см, длинник 2 см. В анамнезе имеются данные,

позволяющие заподозрить патологию вилочковой железы: частые

простудные заболевания; осиплости голоса, битонального кашля, птоза

век не обнаружено. При пальпации с запрокинутой головой выявляется

эластическая поверхность правой доли. Перкуторные данные в пределах

допустимого.

Сердечно-сосудистая система.

При общем осмотре цианоза, акроцианоза не обнаружено, одышка не

отмечена. Сердечного горба, выпячиваний в области аорты, пульсации над

легочной артерией, а также эпигастральной пульсации в ортостатическом

и клиностатическом положениях не обнаружено. Верхушечный толчок слабо

пульсирует в IV межреберье. Периферических отёков нет. Сосудистый

рисунок на теле слабо выражен. При пальпации пульс симметрично

определяется на височных артериях, aa. carotis externa et interna,

aa. subclavicularis, aa. humeri, aa. radialis, брюшная аорта

пальпируется, aa.femoris и стопные артерии определяются синхронной

пульсацией. Верхушечный толчок пальпируется в IV межреберье по левой

срединно-ключичной линии, пульс 118 в минуту. Патологической

пульсации основания сердца не обнаружено.

Перкуссия сердца без особенностей.

Границы сердца соответствуют норме.

Сердце имеет нормальную конфигурацию.

При аускультации сердца в

ортостатическом и клиностатическом положениях при спокойном

дыхании выслушиваются нормальные тоны сердца.

Ослабления, расщепления и раздвоения тонов сердца, ритма галопа,

дополнительных тонов (щелчок открытия митрального клапана,

добавочный систолический тон) и шумов сердца не обнаружено.

Артериальное давление.

Систолическое Диастолическое

Правая рука 95мм рт. ст. 50мм рт. ст.

Левая рука 95мм рт. ст. 50мм рт. ст.

Пульсовое давление --- 45 мм рт. ст.

Органы пищеварения.

При осмотре бледности, гиперемии лица, диабетического ксантоза,

ксантоматоза, атрофических изменений кожи не обнаружено. Язык крупный

не обложенный, сосочки развиты, трещин нет, цвет розовый. Зубы по

возрасту. Выводные протоки слюнных желёз без особенностей. Глотание

не затруднено.

Живот нормальной формы. Жидкость в брюшной полости методом

флюктуации не определяется. Признаков расстройства портального

кровотока, тромбоза и сдавления vv. cavae superior et inferior в

виде головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке

не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых

областях, в области белой линии живота нет. Признаков

метеоризма, видимой перистальтики во

время исследования не обнаружено. Живот принимает участие в акте

дыхания. Пупок слегка западает. Задний проход чистый без трещин и

опрелостей. Изменений со стороны стула нет. Скорость прохождения

глотка воды по пищеводу --- 3 сек. Пальпация безболезненная, живот

мягкий, раздражения брюшины нет.

Желудок.

Осмотр области желудка не да "ет информации. При перкуссии

нижняя граница определяется на 3 см выше пупка, что

подтверждается при аускультафрикции. Шум плеска не определяется.

Большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка желудка

ровная, эластичная, подвижная, безболезненная.

Кишечник.

При поверхностной л "егкой пальпации болезненности нет.

Сигмовидная кишка расположена правильно, диаметр 1 см,

эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

имеется урчание. Caecum расположена правильно, диаметр 2 см,

эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

имеется урчание. Поперечно ободочная кишка расположена

выше пупка на 2 см, диаметр 2 см, эластичная, стенка

гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет.

Восходящая часть толстого кишечника расположена правильно,

диаметр 1.5 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет. Нисходящий отдел расположен правильно,

диаметр 2 см, эластичный, стенка гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, определяется урчание.

Поджелудочная железа.

Pancreas не пальпируется, что является нормой.

Печень.

Перкуссия.

Ориентир Граница

Относительная верхняя граница по linea clavicularis

dextra Середина VI ребра

Абсолютная тупость по linea clavicularis

dextra сверху Нижний край VI ребра

Граница по linea clavicularis

dextra снизу Совпадает с краем реберной дуги

Верхняя граница по linea mediana anterior

Основание мечевидного отростка

Нижняя граница по linea mediana anterior

Между верхней и средней третями расстояния от пупка до

основания мечевидного отростка

Левая граница по реберной дуге

Linea parasternalis sinistra

Ординаты Курлова 5, 4 и 2.5 см

При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено.

При глубокой --- на глубоком вдохе край печени выходит из-под

края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis

dextra. Край печени эластичный, гладкий, острый, ровный,

безболезненный.

Селез "енка.

Перкуссия.

Ориентир Граница

Верхняя граница по linea axillaris medialis sinistra IX ребро

Нижняя граница по linea axillaris medialis sinistra XI ребро

Задний верхний полюс Linea scapularis sinistra

Передний нижний полюс Linea costoarticularis

Поперечник селез "енки --- 2 см, длинник ---3 см.

Селез "енка не пальпируется, что соответствует норме.

Почки и мочевыводящие пути.

Наружные половые органы без аномалий.

Левая и правая почки не пальпируются. Мочевой пузырь не

определяется, перкуторный звук над лобком без притупления.

Болезненности при покалачивании по поясничным областям нет.

Задние, рёберно-поясничные, переднерёберные болевые точки при

пальпации болезненности не дают. Отмечено беспокойство при

раздражении верхней и средней мочеточниковой точек. Перкуссия почек

без особенностей. Мочеиспускания прерывистые, возможно, болезненные,

нерегулярные.

Эндокринная система.

Гипофиз. Характерных для патологии гипофиза изменений массы, стрий,

нарушения полового развития не обнаружено.

Щитовидная железа. Медлительности или излишней подвижности нет,

мимика обычная, глазной симптоматики нет. Область шеи не

деформирована, железа не пальпируется.

Околощитовидные железы. Признаков нарушения кальциевого обмена нет.

Надпочечники. Гипертрихоза, гиперпигментации нет, не пальпируются.

Половая формула: Р\_0 Ах\_0 L\_0 F\_0 V\_0

Лабораторные исследования.

Анализ крови клинический. Дата: 15.11.1996 г.

Показатель Результат Норма

Гемоглобин 123,5 г/л М --- 132.0--164.0 г/л, Ж --- 115.0--145.0 г/л

Эритроциты 4.0 cdot 10^ 12 М --- (4.5-5.0) cdot 10^ 12 , Ж --- (3.7-4.7) cdot

10^ 12

Цветовой показатель 0.9 0.86--1.05

СОЭ 10мм М --- 1--10 мм/ч,

Ж --- 2--15 мм/ч

Лейкоциты 4.2 cdot 10^ 9 (4.0-8.8) cdot 10^ 9

Нейтрофилы палочкоядерные 1 % 1--6 %

Нейтрофилы сегментоядерные 34 % 47--72 %

Эозинофилы 9 % 0.5--5 %

Лимфоциты 50 % 19--37 %

Моноциты 6 % 3--11 %

Заключение: эозинофилия.

Анализ мочи клинический. Дата: 15.11.1996 г.

Показатель Результат Норма

Цвет мочи соломенно--ж "елтый соломенно--ж "елтый

Прозрачность прозрачная прозрачная

Сахар отр. отр.

Белок отр. до 0.012 г/л

рН 7.0 5--7

Лейкоциты 0--1 в п/зр. М --- до 3 в п/зр.,

Ж --- до 5 в п/зр.

Эпителий 0--1 в п/зр. до 1--2 в п/зр.

Эритроциты 1--2в п/зр. до 3 в п/зр.

Соли трипельфосфаты

Заключение: изменений не обнаружено.

Биохимический анализ крови. Дата: 15.11.1996 г.

Показатель Результат Норма

Общий белок плазмы 75.7 г/л 65--85 г/л

Глюкоза 5.4 ммоль/л 3.3--5.5 ммоль/л

Кальций 2.5 ммоль/л 2.12--2.62 ммоль/л

Фосфор 1.26 ммоль/л 1.4--1.8 ммоль/л

Заключение: умеренная гипофосфатемия.

Анализ кала клинический. Дата: 15.11.1996 г.

Показатель Результат Норма

Гельминты и яйца глистов яйца аскарид отр.

Заключение: аскаридоз.

Анализ мочи клинический. Дата: 13.11.1996 г.(амбулаторно)

Показатель Результат Норма

Цвет мочи соломенно--ж "елтый соломенно--ж "елтый

Прозрачность прозрачная прозрачная

Относительная плотность 1019 1.010--1.025

Сахар отр. отр.

Белок отр. до 0.012 г/л

рН 6.5 5--7

Заключение: изменений не обнаружено.

Проба Нечипоренко. Дата: 13.11.1996 г.(амбулаторно)

Показатель Результат Норма

Лейкоциты 7500 в 1 мл не более 4000

Прочие включения бактерии, соли

Заключение: лейкоцитурия, бактериурия.

Копрограмма. Дата: 20.11.1996г.

Показатель Результат Норма

Консистенция кашицеобразная плотный, оформленный

Цвет светло-коричневый коричневый

Йодофильная флора +++ отр.

Мыла + отр.

Жирные кислоты ++ отр.

Гельминты и яйца глистов яйца аскарид отр.

Заключение: картина характерна для недостаточности переваривания

в толстой кишке, бродильной диспепсии.

Бактериологический анализ кала. Дата: 20.11.1996 г.

Бактерии тифо-паратифозной и дисгруппы не обнаружено.

Биохимический анализ крови. Дата: 30.11.1996.

Показатель Результат Норма

Общий белок плазмы 72 г/л 65--85 г/л

Креатинин крови 0.061 ммоль/л М --- 0.044--0.1 ммоль/л, Ж ---

0.044--0.088 ммоль/л

Глюкоза 5.5 ммоль/л 3.3--5.5 ммоль/л

Сеаловые кислоты 4.1 ммоль/л 1.8--2.5 ммоль/л

Серомукоиды 406 ммоль/л 70--150 ммоль/л

АСТ 20.5 МЕ 12--48 МЕ

АЛТ 22.8 МЕ 10--52 МЕ

Заключение: повышение уровней сеаловых кислот и серомукоидов.

Бактериологический анализ мочи. Дата: 23.11.1996г.

Роста не обнаружено.

Лучевая диагностика.

Рентгенография нижних конечностей. Дата: 11.11.1996 г.

Вертлужные впадины сформированы правильно, головки бедренных костей

развиты одинаково, центрация их в пределах вертлужных впадин не

нарушена. Костная структура костей не изменена.

Заключение: рентгенологических признаков рахита не обнаружено,

косое стояние таза.

Ультразвуковое исследование органов живота. Дата: 11.11.1996

г. Со стороны гепатобилиарной системы патологии нет. Почки в

типичном месте. D=S=N. Форма и размеры не изменены. Слой паренхимы

сохранён. Полостные структуры не расширены. Аномалий нет. Мочевой

пузырь без особенностей. Эхоскопической патологии не выявлено.

Инструментальное обследование

Электрокардиография. Дата: 12.11.1996 г.

Ритм синусовый, 118--128 в мин, вертикальное положение электрической

оси сердца, поворот вокруг правой оси, против часовой стрелки.

Консультации.

Невропатолог. Дата: 10.11.1996 г.

Окружность головы 49 см, большой родничок --- 0.5+0.5 см,

долихоцефалия, движение глаз в полном объёме, рефлексы средней

живости, d=s.

Диагноз: перинатальное поражение ЦНС, гидроцефалия, субкомпенсация.

Данные жалобы не связаны с неврологической патологией. Вероятно имеют

место нарушения минерального обмена, почечный рахит.

Кардиолог. Дата: 10.11.1996 г.

Патологии нет.

Уролог. Дата: 10.11.1996 г.

Диагноз: инфекция мочевыводящих путей под вопросом, перинатальное

поражение ЦНС. Рекомендовано УЗИ почек.

ЛОР. Дата: 13.11.1996 г.

Серные пробки удалены. Отмечена незначительная гиперемия задней стенки

глотки.

Диагноз: острый фарингит.

Эндокринолог. Дата: 13.11.1996 г.

Щитовидная железа не пальпируется. Половое развитие в норме.

Эндокринной патологии не обнаружено.

Невропатолог. Дата: 13.11.1996 г.

Гипертензионный синдром под вопросом. Монопарез левой нижней

конечности.

Окулист. Дата: 22.11.1996 г.

Среды прозрачны. Глазное дно: диски зрительных нервов розовые,

границы носовые завуалированы, остальные чёткие. Вены тёмные,

нормального калибра, артерии не изменены. Рекомендовано наблюдение,

повторный осмотр через 1 месяц.

Хирург. Дата: 2.12.1996 г.

Движения в суставах нижних конечностей в полном объёме,

безболезненные, конечности одинаковой длины, отмечена мышечная

дистрофия левого бедра. Данных за хирургическую патологию нет.

Невропатолог. Дата: 2.12.1996 г.

Отмечается положительная динамика, но при ходьбе прихрамывает. В

лечение добавлено: электрофорез со спазмолитиками и

антихолинэстеразными препаратами. Через неделю добавить прозерин per

os 0.001 times 1 раз в день, тонизирующий массаж, АТФ по 1 мл N10.

Обоснование диагноза и диагноз.

Жалобы пациента, объективное исследование и результаты

параклинических тестов позволяют диагностировать у пациента следующие

синдромы:

Дизурический

Синдром респираторной инфекции

Синдром дисбактериоза

Синдром аскаридоза

Синдром астеновегетативных расстройств и интоксикации.

Синдром рахита

Синдром поражения нервной системы

Синдром дизурических расстройств. Синдром сложный,

субъективно-объективно-параклинический.

Жалобы: на прерывистое мочеиспускание.

Объективно: беспокойство ребёнка при мочеиспускании, нерегулярное

мочеиспускание, болезненность при пальпации мочеточниковых точек.

Лабораторно: бактериурия, лейкоцитурия (7500 в 1 мл).

Описанная симптоматика является проявлением инфекционного процесса в

мочевыводящих путях. Прерывистое мочеиспускание, по-видимому,

обусловлено нарушением нервной регуляции детрузора, появившемся в

результате усиленного раздражения рецепторов под действием факторов

воспаления на фоне склонности к поражению нервного аппарата, что в

анамнезе отображается в виде ППЦНС. Объективные данные являются также

проявлением этого процесса. Бактериурия не поднимается до высоких

значений, остаётся в пределах ++, что не позволяет говорить о

локализованном процессе и выраженности инфицирования. На фоне

проводимой химиотерапии бактериологический анализ мочи не дал роста

флоры, что скорее может свидетельствовать о правильном направлении

лечения, чем об отсутствии бактериальной инвазии в мочевых путях.

Синдром респираторной инфекции. Синдром сложный,

субъективно-объективный.

Жалобы: на напряжённое дыхание и слышимые на расстоянии хрипы в такт

дыхания, насморк.

Объективно: слизистые оболочки носовых ходов отёчны, обильное, вязкое

отделяемое. Носовое дыхание затруднено. Из консультации

оториноларинголога: острый фарингит. Возможно, что острое

респираторное заболевание возникло первично, явилось источником

гематогенного распространения инфекции в мочевые пути. Однако, в

последствие эти проявления вытесняются на второй план, симптоматика

на фоне проводимого лечения спала, однако частичное сохранение

клинической картины обусловлено повторными инфицированиями в стенах

больницы. Проявления респираторных расстройств также могут

обусловливаться имеющимся у ребёнка аскаридозом.

Синдром дисбактериоза. Синдром сложный,

объективно-параклинический.

Объективно: урчание при пальпации.

Параклинически: при копрологическом исследовании кала

характерная картина для недостаточности переваривания в толстой

кишке, бродильной диспепсии.

Отсутствие объективных данных свидетельствует о свежем процессе,

умеренности изменений. Причиной развившихся изменений явились

антибактериальная терапия, нарушившая биоценоз толстого кишечника,

а также гельминтная инвазия, усилившая ферментативные изменения

путём воздействия токсических продуктов жизнедеятельности

гельминтов и нарушившая механизмы нервно-рецепторной регуляции

желудочно-кишечного тракта.

Синдром аскаридоза. Синдром простой, параклинический.

Лабораторно: неоднократное обнаружение яиц в анализах кала,

эозинофилия в крови. Потенциирует проявления респираторных

нарушений, так как вероятен период миграции личинок, а также

рефлекторные влияния с рецепторов кишечника. Вкладывает свою роль в

усилении картины дисбактериоза и астено-вегетативных расстройств

вследствие массивной интоксикации продуктами жизнедеятельности

гельминтов.

Синдром астеновегетативных расстройств и интоксикации. Синдром

сложный, субъективно-объективный.

Жалобы: повышение температуры до субфебрильных цифр, снижение аппетита,

нарушение сна, вялость, плаксивость.

Объективно: снижение эмоционального статуса ребёнка, мимика

скудная, гипертермия, потливость. Причины возникновения изложены

ранее.

Синдром рахита. Синдром сложный,

объективно-параклинический.

Объективно: едва пальпируемые чётки на рёбрах.

Параклинически: гипофосфатемия на уровне 1.26 ммоль/л.

Из анамнеза получены сведения о том, что профилактика витамином D не

проводилась.

Синдром поражения периферической нервной системы. Синдром

сложный, субъективно-объективный.

Жалобы: хромоту при опоре на левую ногу и снижение в связи с

этим двигательной активности ребёнка.

Объективно:

коленный сустав слева --- объём активных и пассивных движений

уменьшен, при пальпации отмечается болезненность. Заключение

невропатолога: Монопарез левой нижней конечности.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: инфекция мочевыводящих путей.

Сопутствующие заболевания: острая респираторная инфекция;

недостаточность переваривания в толстой кишке: бродильная диспепсия;

аскаридоз; рахит, стадия реконвалесценции; монопарез левой нижней

конечности.

Дифференциальный диагноз основного заболевания

Предположение о пиелонефрите не подтверждено из-за недостаточной

выраженности лейкоцитурии и бактериурии, нет характерного выраженного

подъёма СОЭ, нет лейкоцитоза, не нарушены функции почек, нет

характерных изменений при ультразвуковом исследовании.

Диагноз цистита отвергнут в связи с тем, что нет

первичного для этой патологии поражения почек, стриктур

мочевых путей, клиника умеренная. Однако, диагноз инфекции

мочевыводящих путей не отрицает наличие воспаления в мочевом пузыре,

поэтому некоторые объективные симптомы характерны и для цистита.

Гломерулонефрит --- уровень белка крови не изменён, протеинурии нет,

эхоскопические признаки отсутствуют, клиника умеренная. Однако

опасность развития в дальнейшем есть, так как имеется наследственная

предрасположенность к васкулиту.

Реакция Манту не проводилась, поэтому туберкулёзная этиология под

вопросом. Из предрасполагающих факторов --- социальный статус низкий,

рахит. БЦЖ в роддоме сделана.

Мочекаменная болезнь --- отсутствуют симптомы почечной колики в

анамнезе, эхоскопическая картина спокойная.

Лечение.

Режим палатный.

Питание --- учитывая толерантность, до полного объёма соответствующего

возрасту. Включить в рацион рыбу, мясо для восполнения недостатка

витамина D. Кисломолочные продукты для коррекции флоры кишечника.

Водный режим по потребности, с учетом объёма выделенной мочи.

Употребление клюквенного морса для дезинтоксикации и

накопления бактерицидных веществ клюквы в моче.

Антибактериальная этиологическая терапия:

фурагин по 1/2 табл. 2 раза в день после еды.

Симптоматически, с целью обезболивания, улучшения оттока

мочи, повышения качества жизни ношпа 1/2 табл. по 2 раза в день.

Тёплая грелка на область мочевого пузыря.

С целью дегельминтизации и коррекции иммунологических нарушений:

декарис 50 мг однократно на ночь.

Для лечения монопареза --- назначения невропатолога.

Для профилактики рецидивирования рахита и в качестве общей стимуляции

--- УФО, общий массаж.

Лечение дисбактериоза кишечника --- лактобактерин.

Лечение проявления ОРЗ в виде острого фарингита --- обработка зева

раствором Люголя, ежедневно 1 раз в день до полного выздоровления,

по возможности изоляция от контактов с респираторными больными для

предупреждения повторного инфицирования.

Дневник

Дата Течение болезни Назначения

19.11 Состояние не изменилось. Температура тела 36.6. Режим

палатный. Диета с обильным питьём.

20.11 Температура поднималась до 37.5, катаральные явления со

стороны зева. Аппетит снижен. Моча на анализы не собрана. Обработка

зева раствором Люголя.

21.11 Температура 37.5. Состояние без изменений

25.11 Появился кашель, сухой. Аппетит повысился. Общее состояние

улучшилось. Стул 1 раз в день. Декарис 50мг на ночь, однократно.

26.11 Состояние удовлетворительное, не температурил. В общем

анализе крови изменений со стороны белой крови нет. В лечение

добавлен лактобактерин, массаж.

27.11 Респираторные проявления стихли. Стул, температура

нормальные Обработку раствором Люголя отменить.

29.11 Дизурия уменьшилась, но мочеиспускания не регулярные,

неврологическая симптоматика без изменений, появился

насморк Назначения невропатолога. УФО N6. Рекомендовано снижение

контактов с больными респираторными заболеваниями.

2.121 Состояние без изменений Ношпа отменена.

4.12 Состояние без изменений Фурагин отменён

5.12 Состояние удовлетворительное. Проявления респираторной

инфекции купированы. Жалоб со стороны дизурических явлений нет.

Неврологическая симптоматика без изменений. Стул в

норме. Конец курации. Лактобактерин отменён.

Эпикриз

x, 1 г. 8 мес., поступил в областную детскую больницу с

диагнозом направления --- инфекция мочевых путей, врождённый

порок сердца.

В больнице проведены следующие параклинические

исследования: ОАМ, ОАК, биохимия крови, бакисследование кала и мочи,

копрограмма, УЗИ, рентген нижних конечностей. Ребёнок

проконсультирован рядом узких специалистов.

На основании проведённых исследований вынесен окончательный

клинический диагноз:

Основное заболевание: инфекция мочевыводящих путей.

Сопутствующие заболевания: острая респираторная инфекция;

недостаточность переваривания в толстой кишке: бродильная диспепсия;

аскаридоз; рахит, стадия реконвалесценции; монопарез левой нижней

конечности.

Проведено лечение: фурагин, ношпа, обработка зева раствором Люголя,

лактобактерин, декарис, прозерин, физиотерапия.

В результате проводимой терапии получена положительная динамика по

всем пунктам основного и сопутствующего диагноза.

Рекомендовано продолжение физиотерапии, антирахитического лечения,

консультация иммунолога.

Прогноз благоприятный при условии полной дегельминтизации, исключении

туберкулёзной этиологии воспаления, полном лечении дисбактериоза и

соблюдении рекомендаций.

Подпись куратора : САВЮК В.Я.

Клиническая педиатрия / Под редакцией Бр. Братанова. --- София:

Медицина и физкультура, 1983.

Тетенев~Ф.Ф.

Физические методы исследования в клинике внутренних болезней

(клинические лекции). --- Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995.

Справочник практического врача / Под ред. А.И.~Воробь "ева --- М.:

Медицина, 1992. --- В 2 томах. Т. 1, 2.

Машковский~М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. Ч. 1, 2. ---

М.: Медицина, 1993.

Материалы лекций и семинаров.