ГОУВПО МЗ РФ

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Зав. кафедрой – д.м.н., проф.

Л.Н. Клименов

Преподаватель:

асс. Н.М. Михеева

Куратор: студент 522 группы

Рожков И.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больная:

Клинический диагноз:

Острая левосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония

Барнаул

2006

**Паспортные данные**

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Возраст: 11 лет

Профессия: учащаяся школы

Дата поступления: 28.11.2006г.

**Жалобы**

На момент поступления: на кашель с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, повышение температуры тела до 39,4оС, слабость, недомогание, головную, боль.

На момент курации: на кашель

**История заболевания**

Заболевание началось остро вечером 23.11.06г с повышения температуры тела до 37,4оС, появилось чувство озноба, слабость. На следующий день появился сухой кашель, першение в горле, температура тела поднялась до 38,3оС, усилилась слабость, недомогание, появилась головная боль. Самостоятельно принимала флемоксин, ингалипт, парацетамол, но улучшения состояния не отмечала. 25.11 во время кашля стало отходить небольшое количество слизистой мокроты, вызвали на дом педиатра, от предложенной госпитализации отказались. 28.11 были на приеме у участкового педиатра детской поликлиники №4, откуда с подозрением на пневмонию были направлены на рентгенографию грудной клетки; оттуда с диагнозом левосторонняя нижнедолевая пневмония на машине скорой помощи была доставлена в приемное отделение городской детской больницы №1. В больнице получала офламокс, гордокс, аскорбиновую кислоту, кокорбоксилазу; анальгин, димедрол. На фоне проводимой терапии больная отмечала улучшение состояния – на второй-третий день нормализовалась температура тела, постепенно прошла слабость, недомогания, головные боли, снизилась интенсивность кашля.

**История жизни**

Родилась 26.06.1995г в городе Барнауле, в роддоме №2. родилась от второй беременности (первая закончилась родами). Роды срочные через естественные родовые пути. Масса при рождении 3040г, длина тела 49см, окружность головы 34см, окружность грудной клетки 32см. В роддоме: состояние ребенка удовлетворительное, к груди приложена на первые сутки, максимальная потеря массы тела 260г на третьи сутки, тонус мышц и рефлексы ближе к удовлетворительным, кожа чистая. Пуповина отпала на 3 сутки. Выписана из роддома на 5 сутки. В роддоме был поставлен диагноз: перинатальное поражение ЦНС легкой степени тяжести острый период и назначено соответствующее лечение.

На первом году жизни отмечалась низкая помесячная прибавка массы тела (в среднем 300 – 400г).

Развитие моторики: держать голову начала в 1,5 месяца, в 4 месяца начала переворачиваться на бок, в 6 месяцев на живот, в 7 месяцев стала сидеть, в 10 месяцев стояла с поддержкой, в 11 месяцев – с поддержкой, в год начала самостоятельно ходить.

Психическое развитие: первая улыбка на первом месяце, гулить начала на третьем месяце, первые слоги произнесла в 6 месяцев, фразы в 2 года, к первому году жизни знала 8-10 слов; мать начала узнавать в 4 месяца. Сон в 6 месяцев – 3 раза в сутки (14,5 часов), в год – 2 раза в сутки (13,5 часов). Девочка была дисциплинированная, усидчивая, общительная.

Зубы прорезались с 6 месяцев сначала на нижней челюсти, к году имела 9 зубов.

На грудном вскармливании до 1,5 лет, режим кормления по требованию. Дополнительные факторы питания и прикормы вводились во время.

Детские дошкольные учреждения не посещала по желанию родителей. В настоящее время учится в 5 классе общеобразовательной школы.

Перенесенные заболевания: детскими инфекциями не болела, на втором году жизни перенесла ОРВИ, часто болеет ангинами, состоит на ДУ у ЛОР-врача по поводу хронического тонзиллита, с 6 лет страдает ДЖВП (состоит на учете у гастроэнтеролога) – последнее обострение месяц назад. Травм и операций не было, гемотрансфузии не проводились.

Профилактические прививки по календарю.

Аллергических реакций на лекарственные вещества и пищевые продукты не отмечала.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, семья из 4 человек проживает в 3-х комнатной благоустроенной квартире.

Контакт с инфекционными больными отрицает.

**Настоящее состояние больной**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, самочувствие хорошее.

Нервно-психический статус без особенностей

Рост - 140см, масса тела - 30,6кг, окружность головы – 55см, окружность груди – 61см. Физическое развитие среднее дисгармоничное за счет низкой массы тела.

Кожные покровы бледные, чистые; волосы и ногти не изменены; кожа эластичная, слегка влажная, чувствительность не нарушена. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно, развит равномерно, тургор мягких тканей сохранен, отеков и уплотнений нет. Из лимфатических узлов пальпируются только подчелюстные в виде округлых, безболезненных образований эластической консистенции, не спаянных с окружающими тканями, размером до 0,6-0,7см.

Мышечная система

Мышечная система развита слабо, тонус мышц не нарушен.

Костно-суставная система и зубы

Осанка прямая, девочка развита пропорционально; голова округлой формы, без видимых деформаций.

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | IV | 5 | 6 | 7 |

Грудная клетка конической формы, без деформаций. Верхние и нижние конечности без искривлений; деформаций эпифизов в виде «браслетов», диафизов фаланг пальцев в виде «нитей жемчуга», вздутий ногтевых фаланг – «барабанных палочек» не выявлено. Форма суставов не изменена, подвижность – в полном объеме.

Органы дыхания

При осмотре цианоза носогубного треугольника нет, выделений из носа нет, носовое дыхание свободное; миндалины не изменены, гиперемии зева нет; грудная клетка нормостенической формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Пальпация грудной клетки безболезненна, резистентность сохранена, голосовое дрожание проводится одинаково в симметричных точках. При сравнительной перкуссии звук ясный, легочной. Границы и подвижность легких в пределах возрастной нормы. При аускультации выслушиваются сухие свистящие хрипы в левой подлопаточной области, в остальных точках выслушивания – дыхание везикулярное.

Сердечно-сосудистая система

Деформаций грудной клетки в области сердца нет, видимой пульсации сосудов нет. Относительные границы сердца в пределах возрастной нормы. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 в минуту, шумов нет, пульс 120 ударов в минуту, регулярный, хорошего наполнения и напряжения.

Органы пищеварения

Язык чистый, слизистая полости рта чистая, влажная. Живот округлой формы, симметричный. При пальпации живот мягкий безболезненный. Печень из-под края реберной дуги не выступает.

Мочевыделительная система

Отеков нет. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной на кашель с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, повышение температуры тела до 39,4оС, слабость, недомогание, головную, боль.

Учитывая данные анамнеза об остром начале заболевания с повышения температуры тела, появления слабости, головной боли, першения в горле, сухого кашля; отсутствия эффекта от приема антибиотиков можно предположить наличие ОРВИ в начале заболевания. Также учитывая данные рентгенографии органов грудной клетки от 28.11.06г о наличии левосторонней нижнедолевой очаговой пневмонии и данных объективного обследования о наличии остаточных хрипов в подлопаточной области слева можно сформулировать предварительный диагноз: острая левосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония.

**Результаты лабораторных и дополнительных методов**

**исследований**

Общий анализ крови от 29.11.06г

Гемоглобин 143г/л

Лейкоциты 6,0х109 /л

СОЭ 30мм/ч

Лейкоцитарная формула

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| б | э | с | л | м |
| 1 | 1 | 60 | 30 | 8 |

Вывод: в крови ускорение СОЭ – может свидетельствовать о наличии воспалительного очага в организме, относительный нейтрофилез – наблюдается при воспалении и интоксикации.

Общий анализ крови от 11.12.06г

Гемоглобин 139г/л

Лейкоциты 6,6х109 /л

СОЭ 5мм/ч

Лейкоцитарная формула

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| б | э | п | с | Л | м |
| 0,5 | 1 | 2 | 56 | 34 | 7 |

Вывод: относительный нейтрофилез – может быть показателем воспаления и интоксикации.

Общий анализ мочи от 29.11.06г

Удельный вес 1024

Цвет насыщенно-желтый

Реакция кислая

Белок отр

Сахар отр

Клетки эпителия 7-12 в поле зрения

Лейкоциты единичные в поле зрения

Вывод: цвет изменен с соломенно-желтого на насыщенно-желтый, реакция кислая вместо нейтральной или слабокислой, увеличено число эпителиальных клеток.

Общий анализ мочи от 05.12.06г

Удельный вес 1007

Цвет светло-желтый

Реакция кислая

Белок отр

Сахар отр

Клетки эпителия 12-15 в поле зрения

Лейкоциты 0-1 в поле зрения

Вывод: реакция мочи кислая, увеличено число эпителиальных клеток.

Биохимический анализ крови от 29.11.06г

СРБ положительный (++++)

Общий белок 69,6г/л

Альбумины 48,1%

Глобулины 21,5%

АПТВ 32сек

РФМК 10,0мг%

Фибриноген 3750мг/л

Сахар в сыворотке 4,4ммоль/л

Вывод: положительный СРБ – неспецифический показатель воспаления, АПТВ – ускорение , может свидетельствовать о воспалении.

Биохимический анализ крови от 4.12.06г

СРБ отр

АПТВ 38сек

РФМК 11мг%

Фибриноген 6500

Вывод: увеличение фибриногена может свидетельствовать о наличии воспаления.

Рентгенограмма от28.11.06г

Заключение: левосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония.

ЭКГ от 4.12.06г

Ритм синусовый, умеренная аритмия, резко выраженная тахикардия (ЧСС 136), диффузные изменения реполяризации в миокарде желудочков.

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной на кашель с отхождением небольшого количества слизистой мокроты, повышение температуры тела до 39,4оС, слабость, недомогание, головную, боль.

Учитывая данные анамнеза об остром начале заболевания с повышения температуры тела, появления слабости, головной боли, першения в горле, сухого кашля; отсутствия эффекта от приема антибиотиков можно предположить наличие ОРВИ в начале заболевания. Также учитывая данные рентгенографии органов грудной клетки от 28.11.06г о наличии левосторонней нижнедолевой очаговой пневмонии и данных объективного обследования о наличии остаточных хрипов в подлопаточной области слева; учитывая данные лабораторных методов исследования: ускорение СОЭ до 30мм/ч, относительный нейтрофилез, насыщенно-желтый цвет и кислая реакция мочи, показатели неспецифического воспаления в биохимических анализах крови (положительный (++++) СРБ, ускорение АПТВ, увеличение содержания фибриногена) можно сформулировать клинический диагноз: острая левосторонняя нижнедолевая очаговая пневмония.

**План лечения**

1. Режим – охранительный с ограничением физической нагрузки на весь период острых проявлений и с постепенным ее увеличением после улучшения состояния.
2. Диета – с учетом возрастных потребностей.
3. Этиотропное лечение: амоксициллин внутрь по 0,25х3 раза в сутки.
4. Патогенетическая терапия:
   1. кокарбоксилаза внутривенно по 0,05г один раз в сутки;
   2. контрикал по 10000 ЕД один раз в сутки;

3) аскорбиновая кислота 2мл 5% раствора 3 раза в сутки внутривенно.

V. Симптоматическая терапия: анальгин + димедрол – для купирования лихорадки.