**Общие сведения**

1. \*\*\*\* \*\*\*\*

2. Д. рождения:

3. Возраст: 1 год 11 месяцев.

4. Пол: Мужской.

5. Поступил:

6. Диагноз при поступлении:

Внебольничная пневмония, атипичная.

7. Клинический диагноз.

Основной: Рецидивирующий бронхит. ДН-0

Сопутствующий: РОП ЦНС, дизартрия.

Осложнения: нет

8. Начало курации:

**Анамнез**

При поступлении жалобы на приступообразный сухой, иногда – влажный кашель, возникающий чаще в ночное время до трех раз за ночь. Продолжительность приступов до 40 минут.

Так же жалобы на снижение аппетита, плохой сон, вялость, беспокойство.

Развитие заболевания:

Кашель беспокоит с 4-х месячного возраста. В 6,5 месяцев проконсультирован у пульмонолога, патологии не выявленно. В июле 2007 года ребенок находился на стационарном лечении в ЦРБ с диагнозом: Острый простой бронхит. С июля по ноябрь 2007 года 5 раз перенес ОРВИ. 19.11.07 поступил в РДКБ с целью уточнения диагноза и лечения.

**Биологический анамнез**

Ребенок от первой беременности.

Сводка патологических данных:

Преэклампсия средней степени тяжести на фоне первичной АГ I.

Фетоплацентарная недостаточность.

Бесплодие 13 лет.

Проляпс митрального клапана I.

Уреаплазмоз.

Первородящая в 37 лет.

Роды преждевременный в 35-36 недель, операция кесарево сечения.

Внутриутробная гипоксия плода. Оценка по шкале Апгар: 7-8 баллов.

При рождении масса: 2290 г., длинна: 49 см.

Диагноз при рождении: постгипоксическая энцефалопатия.

К груди приложен на вторые сутки. Лактация нормальная.

Время отпадения пуповины: четвертые сутки.

Состояние ребенка и матери при выписке удовлетворительное.

Развитие на первом году жизни по возрасту. В 1 год молочные зубы 4/4

Вскармливание естественное с рождения до 1 месяца.

Перенесенные заболевания:

ОРВИ 4-6 раза в год. Постгипоксическая энцефалопатия. Острый бронхит 2007г.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Прививки по возрасту.

Наследственность отягощена со стороны отца в семье случай туберкулеза.

**Социальный анамнез:**

Семья неполная.

Мать – \*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*\*, 38 лет. Образование средне специальное, товаровед.

Жилищные условия, материальная обеспеченность семьи удовлетворительная.

Эпидемиологический анамнез без особенностей, контакта с инфекционными больными, больными ВИЧ отрицают, был контакт с больным туберкулезом.

**Объективное обследование:**

Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, настроение ровное, спокойное.

Физическое развитие:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | № коридора по таблицам |
| Длинна | 78,5 см | II |
| Масса | 13,5 кг | IV |
| О. груди | 47,5см | II |
| О. головы | 46 см | I |

Физическое развитие ниже среднего, негармоничное.

Исследование кожных покровов:

Кожные покровы чистые, бледные. Параоральный, параорбитальный цианоз

Ногти гладкие, блестящие, розового цвета. Края гладкие, поперечной исчерчености нет.

Волосы пигментированы, растут равномерно, перхоти, педикулеза нет.

Кожа эластичная, влажность повышена. Дермографизм белый, исчезает через несколько секунд.

Исследование ПЖК

ПЖК распределена равномерно, по мужскому типу. Отеков нет.

Повышенного питания, упругая. Тургор тканей сохранен.

Исследование лимфоузлов:

Увеличение подчелюстных л/у до II размера с обеих сторон. Безболезненн, эластичны, подвижны.

Исследование мышечной системы:

Развитие мышечной системы среднее, симметричное.

Тонус мышц сохранен, на симметричных местах одинаков. Пассивные и активные движения в полном объеме. При пальпации болезненности в мышцах нет.

Исследование костной системы:

Походка правильная. Голова округлой формы, симметричная, мозговой череп преобладает над лицевым.

Глазные щели симметричны, края ушных раковин на одном уровне. Прикус прямой, верхние резцы поражены кариесом.

Грудная клетка цилиндрическая, симметричная, осанка правильная, физиологические изгибы позвоночника умеренно выражены. Правые и левые конечности одинаковой длинны, пропорциональны.

Кости плотные, гладкие, при пальпации и перкуссии безболезненны.

Дыхательная система

Дыхание через нос затруднено, выделения слизистого характера, скудные. Кашель чаще сухой, мокрота отделяется с трудом, голос не изменен. Дыхание смешанного типа, ритмичное, ЧДД – 32 движений в минуту. Объективных признаков одышки нет.

Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания симметричное, выбухания/западения межреберных промежутков не наблюдается.

Слизистая оболочка зева, задней стенки глотки гиперемирована. Миндалины не изменены.

Пальпация:

Грудная клетка резистентна, при пальпации безболезненна. Голосовое дрожание над симметричными участками легких не изменено, шума трения плевры, крепитации нет. Экскурсия грудной клетки 2 см.

Сравнительная перкуссия:

Перкуторный звук с коробочным оттенком.

Границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | Справа | Слева |
| Средино-ключичная | VI ребро | - |
| Среднеподмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Паравертебральная | IX грудной позвонок | |

Активная подвижность нижних границ легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | Справа | Слева |
| Средино-ключичная | 1,5 | - |
| Среднеподмышечная | 2 | 2 |
| Лопаточная | 1,5 | 2 |

Симптомы увеличения внутригрудных лимфоузлов отрицательно

Аускультация:

Дыхание пуэрильное, патологических изменений дыхания нет. Хрипов, шума трения плевры, крепитации нет. Бронхофония проводится в виде неясного бормотания.

Симптом Д’Эспина отрицательный.

Сердечно-сосудистая система:

Грудная клетка обычной формы, деформации, втяжения межреберных промежутков нет. Пульсации крупных сосудов, набухлости вен нет.

Верхушечный толчок визуально не определяется. Эпигастральной пульсации нет, форма пальцев обычная.

Пальпация:

Верхушечный толчок локализуется в V межреберье, на 1 см кнаружи от средино-ключичной линии, площадь 1х1 см., ритмичный, средней силы и высоты.

Симптом «кошачьего мурлыкания» отрицательно.

Пульс синхронный, ритмичный, нормального наполнения и напряжения, средней силы и величины. ЧСС 124 удара в минуту.

Перкуссия:

Границы относительной и абсолютной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | По парастернальной линии | По левому краю грудины. |
| Левая | 1,5 см кнаружи от средино-ключичной линии | Посередине между левой сосковой и средино-ключичной линией |
| Верхняя | II ребро по парастернальной линии | III ребро |
| Поперечник | 8 см | 4 см |

Аускультация:

Сердечные тоны ясные ритмичные. В первой и второй точках аускультации I тон громче II. В третьей и четвертой точках II тон громче I. Усиления/ослабления, акцентуации тонов нет. На верхушке сердца выслушивается систолический шум. Шум не проводится, с тонами сердца не связан, при глубоком вдохе, перемене положения (из вертикального в горизонтальное) исчезает.

АД: 100/65

Система пищеварения

Живот плоский, симметричный. Брюшная стенка участвует в дыхании, видимой перистальтики нет.

Поверхностная пальпация:

Болезненности, напряжения брюшной стенки нет.

Глубокая пальпация:

Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа диаметром 1,5-2 см, не урчит, смещаемость 1-1,5 см. Слепая кишка мягкая, эластичная, безболезненная, диаметр 3-3,5 см. Терминальный отдел подвздошной кишки безболезненный, не смещается, диаметр 1 см. Восходящая ободочная кишка диаметром 1,5 см, эластичная, безболезненная, смещаемость 1-2 см. Нисходящая ободочная диаметром 2 см, безболезненная, мягкая, урчит.

Большая кривизна желудка пальпируется на 2 см выше пупка. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде умеренно плотного цилиндра, диаметром 1,5-2 см. безболезненна, не урчит, смещаемость 1,5 см.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Нижний край безболезненный, острый, гладкий, эластичный.

Зона Шофара, точки проекции поджелудочной железы безболезненны. Пузырные симптомы отрицательно. Селезенка не пальпируется.

Перкуссия:

Свободной жидкости в животе нет. При аускультации перистальтика отсутствует. Стул регулярный, оформленный, без особенностей.

Мочевыделительная система:

Кожные покровы физиологической окраски, одутловатости, отеков нет. В области поясницы без особенностей.

Почки по Боткину и Образцову не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурических расстройств нет.

Эндокринная система:

Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательны. Нистагма нет.

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы Хвостека, Труссо, Люста отрицательны.

Нервная система:

Тонус мышц избирательно повышен. Спонтанной моторики нет. Сухожильные рефлексы, черепно-мозговая иннервация симметричны. Менингиальные симптомы отрицательно. Внимание и память не нарушены.

Нервно-психическое развитие:

Задержка речевого развития. Говорит с 1г 2мес. Словарный запас в 1г 11мес 8 слов.

**Предварительный диагноз:**

На основании собранных данных у больного выявлены следующие синдромы:

1. *Астеновегетативный синдром* (жалобы на снижение аппетита, плаксивость, плохой сон, вялость, беспокойство, отставание в физическом развитии)
2. *Респираторный синдром* (жалобы на приступообразный сухой кашель, возникающий чаще в ночное время; единичные проводные хрипы над поверхностью легких, перкуторный звук с коробочным оттенком, заложенность носа, параоральный и параорбитальный цианоз)

Эти синдромы могут указывать на различные заболевания, такие как: острый бронхит, бронхолит, хроническая пневмония и рецидивирующий бронхит. Для уточнения диагноза необходимо провести следующие дополнительные исследования:

Общий анализ крови

Биохимический анализ крови

Иммунологический анализ

Общий анализ мочи

Рентгенография грудной клетки

А так же назначить консультации специалистов:

Невролога

Кардиолога

Оториноляринголога

Данные лабораторных методов исследования:

1. Общий анализ крови: 25.11.07

Эритроциты: 4,72х1012/л

Лейкоциты: 8,9х109 /л

Тромбоциты 120х109 /л

Гемоглобин: 115 г/л

Гематокрит: 33%

Базофилы: 1%

Эозинофилы 2%

С/ядерные: 32%

Лимфоциты: 57%

Моноциты: 8%

2. Белковые фракции: 19 ноября 25 ноября Норма

альбумины: 66,38% 48,44% 53-68%

глобулины:

б1 2,54% 1,85% 2-5%

б 2 15,07% 11,0% 7-10%

в 11,2% 8,18% 8-13%

г 4,7% 3,43% 13-21%

общий белок: 1,08г/л 1,2-2г/л

3. Иммунологический анализ:

IgA 32

IgM 200

IgG 820

4. Общий анализ мочи: 19.11.07

Светло-желтая

Плотность 1011 г/л

pH нейтральная

белок: нет

эпителий плоский: 1-2-1 в поле зрения

эритроциты: нет

лейкоциты: нет

5. Рентгенография грудной клетки в прямой проекции

Заключение: на фоне повышенной воздушности легочной ткани обнаружено симметричное усиление легочного рисунка и незначительное расширение корней легких. Данных за пневмонию нет.

Консультации специалистов:

ЛОР: Острый двусторонний катаральный ринит.

Кардиолог: Без патологии.

Невролог: РОП ЦНС, задержка речевого развития, двусторонняя пирамидная недостаточность нижних конечностей.

**Дифференциальный диагноз:**

Острый бронхит.

Основным синдромом острого бронхита является сухой, часто навязчивый кашель, иногда сопровождающийся болями в загрудинном пространстве и чувством сдавления в груди. С развитием болезни кашель становится продуктивным и смягчается. Аускультативно ОБ проявляется диффузными сухими средне- и крупно пузырчатыми хрипами, изменяющимися при кашле. Перкуторные изменения отсутствуют. Гематологические сдвиги неспецифичны и зависят от этиологии бронхита. Возможно повышение СОЭ, небольшой нейтрофилез со сдвигом влево, на фоне нормального или чуть сниженного числа лейкоцитов. Рентгенологическая картина у таких больных сводится к незначительному усилению рисунка, чаще в прикорневой зоне. Длительность неосложненного простого бронхита обычно не превышает двух недель.

Бронхолит или обструктивный бронхит характеризуется наличием одышки, чаще инспираторной, до 60-70 движений в минуту. На вторые – третьи сутки у больного иногда развивается цианоз. Кашель носит сухой характер. Дыхательные расстройства постепенно нарастают, чаще на фоне субфебрильной температуры. Ребенок становится беспокойным, иногда возможна рвота. При аускультации выслушиваются множественные мелкопузырчатые хрипы на фоне удлиненного свистящего выдоха. Перкуторно определяется повышенная воздушность грудной клетки (коробочный оттенок), уменьшение границ тупости сердца, опущение нижней границы легких. Рентгенологически определяют вздутие легких, усиление бронхолегочного рисунка. Заболевание обычно продолжается до десяти-четырнадцати дней.

Хроническая пневмония чаще всего сопровождается триадой симптомов: продуктивный кашель различной интенсивности. Характер мокроты зависит от тяжести и стадии болезни и меняется от гнойного до серозного. При объективном исследовании можно выявить уплощение грудной клетки на стороне поражения. При перкуссии можно определить укорочение и притупление перкуторного звука на стороне поражения. Аускультативная картина несколько богаче. Закономерны и типичны у таких больных стойкие влажные хрипы, ослабление дыхания. Возможно хриплое «скрипучее» дыхание. На рентгенограмме выявляются участки затемнения, очертаниями повторяющие доли легкого, усиление легочного рисунка, смещение органов средостения на здоровую сторону. Картина периферической крови во многом зависит от периода заболевания. При обострении наблюдают повышение СОЭ, незначительный лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом формулы влево. У части больных наблюдается лейкоцитоз.

Клиническая картина рацидивирующего бронхита складывается из симптомов острого бронхита, но протекает более стерто. Кашель в начале заболевания сухой, может в последующем сменятся влажным на не обязательно. Кашель может провоцироваться охлаждением и физической нагрузкой. Перкуторный звук мало изменяется и может носить коробочный оттенок. Аускультативная картина также разнообразна. На фоне жестковатого дыхания выслушиваются непостоянные единичные проводные хрипы, часто с одной стороны. Показатели периферической крови практически не изменяются. Возможно небольшое повышение СОЭ. На рентгенограмме можно выявить повышение прозрачности легочной ткани и некоторое усиление бронхолегочного рисунка. Частые рецидивы до 3-4х недель, на фоне частых ОРЗ, респираторный анамнез и анамнез жизни позволяют достоверно установить диагноз рецидивирующий бронхит.

Таким образом, основываясь на данных анамнеза (жалобы на приступообразный сухой кашель, возникающий чаще в ночное время, частые, продолжительные рецидивы на фоне ОРЗ 2-3 раза в год), данных физикальных методов (Хриплое дыхание, единичные проводные хрипы над поверхностью легких, перкуторный звук с коробочным оттенком, заложенность носа, параоральный и параорбитальный цианоз), и инструментальных методов (Рентгенография грудной: на фоне повышенной воздушности легочной ткани обнаружено симметричное усиление легочного рисунка и незначительное расширение корней легких. Данных за пневмонию нет), ставлю окончательный диагноз:

Основной: Рецидивирующий бронхит. ДН-0

Сопутствующий: РОП ЦНС, дизартрия.

Осложнения: нет

**Лечение:**

Лечение:

Режим: Полупостельный.

Диета: Стол № 5

Медикаментозное лечение:

RP: “Лазолван” 25.0

D.S Внутрь по 2.5 мл 2 раза в сутки

RP: Tab. “Кетотифен” 0,001 № 20

D.S. Принимать внутрь по Ѕ таблетки 2 раза в сутки

RP: “Cальбутамол” 100 мкг

D.S. через спейсер по 1 дозе 1 раз в день

ЛФК

Дыхательная гимнастика

Массаж

Дневник курации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 30.11  ЧСС - 125  ЧДД - 31 | Жалобы на приступы кашля возникающие при физической нагрузке. Состояние удовлетворительное, ребенок активен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Дыхание через нос затруднено, выделения из носа слизистого характера. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. |  |
| 3.12  ЧСС - 125  ЧДД - 30 | Жалобы сохраняются. Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Дыхание через нос затруднено, выделения из носа слизистого характера. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. | То же |
| 4.12  ЧСС - 125  ЧДД - 30 | Жалоб нет. Выходные провел спокойно. Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Дыхание через нос затруднено, выделения из носа слизистого характера. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. Ребенок готовится к выписке | То же |
| Пациентка: 2 года 3 месяца.  Диагноз: Хронический пиелонефрит | | |
| 5.12  ЧСС - 122  ЧДД – 32 | Жалобы на боли при мочеиспускании, вялость, снижение аппетита, иногда тошноту, рвоту. Состояние удовлетворительное. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул неизменен, мочеиспускание учащено. Симптом «сотрясения» отрицательный. |  |
| 6.12  ЧСС - 125  ЧДД – 30 | Жалобы сохраняются. Состояние удовлетворительное. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул неизменен, мочеиспускание учащено. Симптом «сотрясения» отрицательный. |  |
| 7.12  ЧСС - 125  ЧДД – 32 | Жалобы сохраняются. Отмечают положительную динамику. Состояние удовлетворительное. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул низменен, мочеиспускание учащено. Симптом «сотрясения» отрицательный. |  |
| 10.12  ЧСС - 122  ЧДД - 30 | Жалобы те же. Состояние удовлетворительное. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул низменен, мочеиспускание учащено. Симптом «сотрясения» отрицательный. |  |

**Эпикриз.**

Н., 1год 11 месяцев, находился на лечении в отделении раннего возраста РДКБ с 19 ноября по 4 декабря 2007 года с диагнозом:

Рецидивирующий бронхит. ДН-0

Получал лечение:

Лазолван по 2.5 мл 2 раза в сутки

Кетотифен 0,001 по Ѕ таблетки 2 раза в сутки

Cальбутамол” 100 мкг через спейсер по 1 дозе 1 раз в день

ЛФК

Массаж

За время нахождения в стационаре состояние ребенка с положительной динамикой: уменьшилась частота и продолжительность приступов кашля, нормализовалась дренажная функция бронхов.

Рекомендовано: систематическое наблюдение у педиатра по месту жительства, лечение в санаториях пульмонологического профиля.