**Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию**

**ГОУ ВПО**

**Алтайский государственный медицинский университет**

**Кафедра педиатрии №1 с курсом детских инфекций**

**Зав. кафедрой:** профессор Выходцева Г.И.

**Преподаватель:** ассистент Любимова А.П.

**Куратор:** студентка 561 группы ЖуравлеваА.Ю.

# Клиническая история болезни

## **Больной:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Клинический диагноз: Хроническая почечная недостаточность IIIст. на фоне дисплазии.**

**Осложнение: анемия средней степени тяжести**

### **Барнаул-2008**

**Паспортные данные:**

## **Ф.И.О.:**

Мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_38 лет, ИП «Половских»- кондитер

Отец \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_40 лет, ОАО «Алтай-Кокс», слесарь

**Возраст:** 17 лет

**Дата рождения:** 03.05. 1998 г.

**Место жительства**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место учебы:** ПТУ-41

**Дата поступления в больницу:** 26.08.08. г.

**Время курации:** с 5 сентября 2008 года по 12 сентября 2008г.

**Клинический диагноз:** Хроническая почечная недостаточность IIIст. на фоне дисплазии.

Осложнение: анемия средней степени тяжести

**Жалобы:**

**при поступлении:** на повышенную утомляемость;

**на момент курации:** жалоб не предъявляет.

# Anamnesis morbi:

Болеет в течении 16 лет, когда в первые в 6 месяцев поставили диагноз двусторонняя гипоплазии почек. Был направлен в Детскую краевую больницу, где проводилось лечение. До трёх лет обследовался регулярно в плановом порядке. С 3-12 лет к доктору не обращались. В 2003 году был направлен на обследования в Детскую краевую больницу в связи с изменениями в анализах. И до настоящего времени обследуется планово каждый год. В течении заболевания самочувствие было удовлетворительным без жалоб., Р было в норме, отеков не было. Сейчас находится в Детской Краевой больнице на плановом лечении, ждёт очереди на гемодиализ.

**Вывод:**

На основании того, что заболевание длится уже около 16 лет, можно сделать вывод, что характер заболевания хронический.

Характер симптомов говорит о прогрессирующем течении заболевания.

**Anamnesis vitae**

Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне анемии. Роды в срок, доношенным плодом. Масса при рождении 3300 грамм, длина 52 см. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по календарю. Перенесенные заболевания ОРВИ часто, ветряная оспа, краснуха, энтеробиоз, хр.тонзилит, вторичный гиперпаратиреоз, хр.рецидивирующий синовиит левого коленного сустава, носительство хламидийной инфекции. Гемотрансфузии не проводилось. Аллергические реакции не отмечает. Контакта с инфекционными больными не было. Наследственность не отягощена.

# Status praesents communis:

Общее состояние больного средней степени тяжести. Самочувствие не страдает. На осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, сухие, тургор сохранен. Пастозность век. Подкожная жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Видимые слизистые чистые, влажные, розовые. В ротоглотке слизистая розовая, миндалины увеличены(I cтепень), налетов нет. Дыхание через нос свободное, над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно ясный легочной звук. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное.

Варикозных расширений, уплотнений по ходу вен и болезненности нет.

**Органы пищеварения:**

**осмотр:** язык влажный, обложен белым налетом у корня. Слизистая полости рта розового цвета, без изменений, язв, трещин и эрозий нет. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен.

Живот округлый, не увеличен в объеме, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимых перистальтических движений нет. Подкожных венозных анастомозов по типу «голова медузы» не обнаружено.

**При поверхностной пальпации** живот мягкий, безболезненный, температура на симметричных участках одинаковая, сухой, брюшные мышцы расслабленны. Патологических образований, расхождения мышц по белой линии живота, синдрома раздражения брюшины нет.

**Глубокая методическая пальпация по Образцову – Стражеско:**

сигмовидная кишка – в левой подвздошной области, эластичная, безболезненная, плотная, подвижная, диаметром 3 см, не урчит;

нисходящая ободочная кишка – в левой части мезогастрия, эластичная, безболезненная, умеренно плотной консистенции, подвижная, диаметром 3 см, не урчит;

слепая кишка – в правой подвздошной области, эластичная, безболезненная, плотная, диаметром 4 см, урчит при пальпации. Червеобразный отросток не пальпируется;

восходящая ободочная кишка – в правой части мезогастрия, эластичная, безболезненная, диаметром 3 см, умеренно плотной консистенции, подвижная, не урчит;

поперечная ободочная кишка – в околопупочной области, эластичная, безболезненная, диаметром 3 см, не урчит, умеренно плотной консистенции, подвижная;

нижний край желудка – по обе стороны от средней линии тела на 3 см выше пупка, подвижный, безболезненный, поверхность гладкая;

**печень** – под правой реберной дугой по среднеключичной линии, не выступает за край реберной дуги. Край печени ровный, острый, поверхность плотная, гладкая, при пальпации безболезненная;

**Размеры печени по Курлову:**

по среднеключичной линии – 9см;

по срединной линии тела – 8 см;

по краю левой реберной дуги – 7 см.

**селезёнка** - при пальпации по Сали размер 8х9 см, поверхность гладкая, безболезненная, умеренно плотной консистенции.

Наличие свободной жидкости в брюшной полости пальпаторно и перкуторно не определяется.

**Органы мочевыделения:** припухлости, отека и гиперемии в почечной области нет. Незначительный отёк в периорбитальной области. Почки в 5 положениях (стоя, лежа, на правом и на левом боку, коленно-локтевом положении) с правой и левой сторон не определяются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Болезненности по ходу мочеточников нет. Мочевой пузырь не пальпируется. Со стороны половых органов патологии не выявлено.

**Нервная и эндокринная системы:** Сознание ясное, речь внятная, поведение адекватное, настроение хорошее, хорошо ориентируется в пространстве и времени, координация сохранена, на контакт идёт хорошо. Тремор конечностей отсутствует. Сухожильные и кожные рефлексы вызываются легко, живые, без особенностей. Болевая, тактильная, температурная чувствительность не нарушена. Зрачки круглой формы, средних размеров. Реакция на свет прямая, живая, содружественная, Аккамадация и конвергенция не нарушена. Движения глазных яблок в полном объеме.

Щитовидная железа не увеличена. При пальпации безболезненна, мягко-эластичной консистенции. Симптомов гипертиреоза нет. Вторичные половые признаки развит по женскому типу. Молочные железы одинакового размера, уплотнений и опухолевых образований не выявлено. Увеличение размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп не обнаружено.

Физическое развитие:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Рост,см | При рождении  52 | Фактическое  180 | Должное  182 |
| Масса, кг | 3,3 | 55 | 65 |
| Окружность груди | - | 81 | 84 |
| Окружнгось головы | - | 54 | 57,2 |

Разность между фактическим ростом и должным 180-182=-2, показатель роста средний. Разность между фактической массой и должной 55-65=10, гипотрофия I степени. Разность окружности груди81-84=- 3см/3=-1, показатель средний. Разность окружности головы54-57,2=-3,2см/0,6см=5,3.

Заключение по Воронцову: гипотрфия I степени. Физическое развитие среднее, дисгармоничное, пропорциональное.

**План дополнительных методов исследования:**

# Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови (лейкоцитарная формула, Нb, СОЭ, Lei, Э);
2. Биохимический анализ крови (билирубин, *β-*липопротеиды*,* сахар, диастаза, тимоловая проба, мочевина, К, Nа, протромбиновая активность, фибриноген, общий белок, силовая проба, креатинин, трансаминазы: АлАТ, АсАТ);
3. Общий анализ мочи (белок, Lei, эпителиальные клетки);
4. Биохимический анализ мочи (общий белок, липиды, К, Nа, Са, Р, мочевина, креатинин, билирубин, титуруемые кислоты);
5. Исследование мочи по Зимницкому, по Нечипоренко;

**Функциональные исследования:**

1. УЗИ внутренних органов;
2. Дуплексное исследование сосудов почек
3. Экг

# Результаты дополнительных методов исследования:

# Лабораторные исследования:

1. **Общий анализ крови от 27.08.08**

Гемоглобин 85 г/л

Эритроциты 2,8x10¹²/л

СОЭ 24 мм/ч

Лейкоциты 4,2х 109/л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | Миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфо-циты | Моно-циты |
| 7 | 1 | - | - | - | 51 | 37 | 5 |

Заключение: в общем анализе крови наблюдается снижение уровня гемоглобина, снижение уровня эритроцитов, соответствующий анемии средней степени тяжести. Увеличение СОЭ, эозинофилия.

**2.Биохимический анализ крови от 27.08.08:**

Натрий сыворотки 142 ммоль/л

Калий сыворотки 3,9 ммоль/л

Фибриноген 3250

Мочевина 19,03 ммоль/л

Креатинин 439,6 мкмоль/л

АПТВ 35 сек.

К 5,3

Na 14

Заключение: В биохимическом анализе крови отмечается незначительное повышение фибриногена, повышенное содержание мочевины и креатинина.

**3.Общий анализ мочи 05.09.08:**

Плотность: 1007

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Белок: 2,97 г/л

Сахар отр

Лейкоциты: 2-3 в поле зрения

Эритроциты: большое количество

Соли оксалаты +

Эпителий единичный

Заключение: Гематурия, оксалатурия, признаков воспаления нет..

**4.Биохимический анализ мочи от 4.09.08.:**

Сут. кол-во мочи 1800мл

С мин. диурезом 1,25мл

Креатинин крови 476,7 мкмоль/л

Креатинин мочи 3,21 ммоль/л

Реасорбция воды 85,6%

Заключение: креатининурия, креатининемия.

**5.Исследование мочи по Зимницкому 04.09.08 .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № пп | Количество | Плотность | Общее количество |
| 1 | 80,0 | 1027 | дневной диурез 325,0 |
| 2 | 55,0 | 1027 |
| 3 | 90,0 | 1018 |
| 4 | 100,0 | 1041 |
| 5 | 95,0 | 1052 | ночной диурез 465,0 |
| 6 | 100,0 | 1044 |
| 7 | 150,0 | 1044 |
| 8 | 120,0 | 1039 |
| ИТОГО: | 790,0 |  |  |

Заключение: гипостенурия, никтурия.

6.Исследование мочи по Нечипоренко

Л 750

Э –

Заключение: норма

**Функциональные методы исследования:**

1. **Ультразвуковое исследование внутренних органов от 27.08.08:**

**Заключение:** небольшое увеличение размеров печени, хвоста поджелудочной железы, гипоплазия с дисплазией паренхимы почек в виде выраженных изменений эхогенной структуры. В динамике снижение размеров печени.

**Дуплексное исследование сосудов почек от 27.08.08**

При ЦДИ и ЭДК васкуляризация паренхимы почек резко снижена, деформация сосудистого рисунка фрагменты лацируемых интраренальных сосудов. Спектры кровотока по почечным артериям деформированы. Спектр кровотока по почечным венам фазный.

**3.ЭКГ от 27.08.08.**

Эктопический предсердный ритм, ЧСС 65-68 в´. Увеличение биоэлектрической активности миокарда левого желудочка. В ортостазе: коротковременное восстановление синусового ритма с ЧСС 83 в´.

**Клинический диагноз и его обоснование:**

На основании жалоб больного на повышенную утомляемость. Из анамнеза заболевания: болен в течении 16 лет ( хроническое течение), когда впервые выявили гипоплазию почек. Из лабораторных исследований видно, что повышен креатинин и мочевина в биохимическом анализе крови и мочи, из УЗИ от 27.08.08 видно, гипоплазию с дисплазией паренхимы почек в виде выраженных изменений эхогенной структуры.

На основании этого можно сделать вывод, что в патологический процесс вовлечена мочевыделительная система, заболевание носит хронический характер. По уровню креатинина в биохимическом анализе крови ( 439,6 мкмоль/л), можно поставить третью стадию ХПН.

По уровню гемоглобина в общем анализе крови( снижение уровня эритроцитов, 85 г/л), можно поставить анемию средней степени тяжести.

На основании жалоб больного, анамнеза заболевания и дополнительных методов исследования, можно поставить диагноз: Хроническая почечная недостаточность IIIст. на фоне дисплазии.

Осложнение: анемия средней степени тяжести

**Лечение для данного больного:**

1. Диета: уменьшение количества Б(ограничить потребление мяса), рекомендована рыба, растительная клетчатка, фрукты и овощи.
2. Кетостерил 11таб.\сут
3. Фенюльс 25мл\1 раз в день( для лечения анемии)
4. Реногригон 5 тыс. ЕД 3 раза в неделю( для улучшения почечного кровотока)

**При лечении оцениваем уровень:**

1. Артериального давления 2 раза в день;
2. Диуреза (считаем количество потребляемой и выделенной жидкости);
3. Осмотр окулиста 1 раз в месяц.
4. Биохимический анализ крови и мочи

**Список литературы:**

* + Детские Болезни по ред. Баранова А.А. 2007г., 1006с.
  + Основные физические и параклинические константы детского возраста, Ю.Ф. Лобанов, А.М. Мальченко, Е.В. Скударнов 2006г.
  + Клинические классификации болезней детского возраста и примеры формулировки диагноза, кафедра педиатрии №2, 2007г.
  + Мальченко А.М., Лобанов Ю.Ф., Фуголь Д.С. Лекционный материал для студентов 3-4 курса педиатрического факультета по пропедевтике детских болезней.2005-