### **РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

## **Педиатрический факультет**

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсами здорового ребенка и общим уходом за детьми.

Заведующий кафедрой: проф. В.А.Филин

Преподаватель: ассистент С.С.Галаева.

# ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

## Ф.И.О. больного: Веденеева Юлия Олеговна. Возраст: 4 года.

Дата поступления в стационар: 06.03.2001 Дата курации 27.03.2001.

**Клинический диагноз.**

Основное заболевание: хронический гастродуоденит в стадии обострения.

Осложнения основного заболевания: нет.

Сопутствующие заболевания: острый ринит, правосторонний острый катаральный отит, ОРВИ, синдром холестаза, кариес.

Куратор: студентка III курса 332 группы

#### Мещенкова Наталья Владимировна

## Москва, 2001г.

### **Паспортная часть**

1. Ф.И.О. – Веденеева Юлия Владимировна.
2. Дата рождения – 21.11.1996г.
3. Возраст – 4 года.
4. Пол – женский.
5. Постоянное место жительства – г. Москва, ул. Зеленодольская, д.12, кв.274.
6. Детское учреждение – детский сад №755.
7. Сведения о родителях:

Мать: Клочкова Татьяна Александровна, 32 года, домохозяйка.

Отец: Веденеев Олег Александрович, 30 лет, шофёр.

1. Данные о группе крови отсутствуют.
2. Аллергические реакции – ампицилин, гентамицин, левомицетин, бронхолитин, сладкие микстуры, деревенские яйца, мандарины, морковный сок.
3. Дата поступления – 06.03.2001 г.
4. Дата курации – 27.03.2001 г.

### **Клинический диагноз.**

Основное заболевание: хронический гастродуоденит в стадии обострения.

Осложнение основного заболевания: нет.

Сопутствующие заболевания: острый ринит, правосторонний острый катаральный отит, ОРВИ, синдром холестаза, кариес.

### **Анамнез.**

1. **Анамнез заболевания.**
2. **Жалобы.**

Ребенок поступил в отделение с жалобами на острую режущую боль по всей поверхности живота, расстройства стула (понос), тошноту и рвоту (однократную), повышение температуры до 380С.

На момент курации жалобы на боли, возникающие через 30-40 минут после еды или ночью, причем после приема пищи интенсивность болей уменьшается, но через некоторое время усиливается вновь («мойнинтановский ритм болей»), локализующиеся в пилородуоденальной зоне, отрыжка, приступы тошноты после еды, расстройства стула. Жалобы на заложенность носа, затруднение носового дыхания.

1. **Anamnesis morbi**

Впервые заболевание проявило себя в 7 мес – отмечались диспепсические расстройства на приём жирной пищи. В 1 год начались запоры. В 2-3 года отмечалась реакция на приём жирной мясной пищи (шашлык): тошнота, рвота, диарея, повышение температуры, резкие боли в эпигастрии. В 2 года поставлен диагноз – острый гастродуоденит, в 3,5 – хронический гастродуоденит.

05.03.2001г. была нарушена диета девочки (больная съела жирный плов). Было повышение температуры, тошнота, рвота, диарея, резкие боли в животе. Мать вызвала бригаду скорой помощи. Девочка была доставлена в ИДКБ 5 марта в хирургическое отделение с предварительным диагнозом – острый аппендицит. Диагноз не подтвердился и девочка была переведена в 1-е терапевтическое отделение 6-го марта на обследование по поводу гастропатологии.

1. **Anamnesis vitae.**
2. **Семейный анамнез.**

1. **Акушерский анамнез.**

Ребёнок от 4-й беременности, первые три были прерваны. Аборты были с осложнениями – эндометрит. Во время беременности была угроза выкидыша на 15-й неделе, низкая плацентация. Беременность протекала тяжело, с токсикозом, у матери была гипертония. Во время беременности мать болела ангиной и принимала индометацин. Роды произошли на 41-й неделе. Девочка родилась в асфиксии, было хирургическое вмешательство (открывали матку).

Масса новорожденной была 2950 г, рост – 47 см.

Массо-ростовой показатель (Кетле I) – 62,77 г/см.

Оценка по шкале Апгар – 7 баллов.

1. **Период новорожденности.**

Во время рождения ребёнок перенёс инсульт, после чего в головном мозге была обнаружена киста размером 4х5 мм. У девочки отмечался гидроцефальный гипертензионный синдром.

К груди ребёнка приложили на 3-й день, со 2-й недели жизни переведена на искусственное вскармливание в связи с агалактией матери. Из роддома мать с ребёнком выписали на 7 день.

1. **Период грудного возраста.**

В период грудного возраста отставала в физическом (до 5,5 мес. не прибавляла в весе и росте).

Нервно-психическое развитие по возрасту: 3-4 мес. начала гулить, в 8 мес. – вставать, в 10 мес. – ходить, 1,5 года – говорить.

Профилактические прививки по возрасту. Аллергические реакции на прививки отсутствовали.

1 мес. – ринит, хронический тонзиллит.

4,5 мес. – приступ ложного крупа.

5 мес. – рахит.

С 7 мес. отмечались диспепсические расстройства в виде диареи на приём жирной пищи, с 1 года начались запоры.

1. **Анамнез жизни в старшем возрасте.**

Посещает детский сад.

Перенесенные заболевания:

Частые ОРВИ, ОРЗ (раз в 4-5 мес).

1. **Социальный анамнез.**

Проживает в 4-х комнатной квартире с родителями и родственниками (всего 9 человек, из которых 2-е детей). Имеет отдельную кровать. Санитарно-гигиенические условия неудовлетворительные (квартира старая, сырая, отмечается рост плесени в сырых местах). Режим дня не соблюдается. Продолжительность ночного сна 8 – 9 часов. Режим питания не соблюдается.

1. **Аллергологический анамнез.**

Есть проявления бытовой сенсибилизации (заложенность носа, затруднение носового дыхания, чихание) на плесень.

Лекарственная аллергия на ампицилин, гентамицин, левомицетин, бронхолитин, сладкие микстуры.

Пищевая аллергия на деревенские куриные яйца, мандарины, морковный сок.

**Заключение по анамнезу.**

На основании жалоб (боли, локализующиеся в пилородуоденальной зоне, диспепсические явления и на заложенность носа, затруднение носового дыхания), аnamnesis morbi (повторные одинаковые реакции на жирную мясную пищу – диспепсические явления, повышение температуры, болевой синдром), anamnesis vitae (отец страдает хроническим гастритом, эрозивным бульбитом, мать – гастродуоденитом, бульбитом, колитом, дед - язвой желудка, бабушка умерла от рака кишечника) можно предположить поражение пищеварительной системы хронического течения, приобретённого генеза с наследственной предрасположенностью, и дыхательной системы – острого течения, приобретенного генеза.

### **Status praesens.**

1. *Оценка и обоснование степени тяжести состояния ребенка.*

Оценка степени тяжести состояния производится с учетом степени выраженности синдрома токсикоза и учета функционального поражения дыхательной и пищеварительной систем.

* Синдром токсикоза выражен слабо (больная подвижна, активна, сонливости и вялости нет, нарушений сознания и сна не отмечалось).
* Дыхательная система – выражены синдромы поражения: острый ринит (заложенность носа, затруднение носового дыхания, слизисто-гнойные выделения в носовых ходах), признаков дыхательной недостаточности не выявлено, ЧД и ЧПП / ЧД соответствуют возрасту.
* Пищеварительная система – выражены синдромы поражения: хронический гастродуоденит в стадии обострения (боли, локализующиеся в пилородуоденальной зоне, диспепсические явления).

На основании этого степень тяжести состояния ребенка – средней тяжести.

1. *Оценка и заключение по физическому развитию.*

Ребенку на момент курации 4 года, 4 месяца, 6 дней.

Возрастная группа – 4 года.

1 возрастной интервал – 6 месяцев.

1. Формулы.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Фактич. | Расчет | Норма | Разница | Воз.инт. | Оценка |
| Рост, см | 90,5 | 130 - (4х7) | 102 | -11,5 | -3,2 | Оч.низ. |
| Вес, кг | 12,7 | 19 – (1х2) | 17 | -4,7 | -4,8 | Оч.низ. |
| Окр. груди, см | 50 | 63 - (6х1,5) | 54 | -4 | -5,4 | Оч.низ. |
| Окр.головы, см | 48 | 50 - (1х1) | 49 | -1 | -2 | Ниже ср. |

* Индекс Тура: окр. груди – окр. головы = 50 – 48 = 2; (1n – 2n = 4 – 8 см, где n – возраст в годах).
* hголовы / hтела = 17 / 90,5 ~ 1 / 5,5; (1 / 6 для 4 лет.)

*Заключение по формулам:* физическое развитие очень низкое, так как рост очень низкий, негармоничное, недостаток массы на данный рост, непропорциональное (несоответствие hголовы / hтела (1/5,5)).

1. Центильная оценка.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Фактич. | Центиль | Коридор | Трактовка |
| Рост, см | 90,5 | 0-3 | 1 | «оч. низкие величины» |
| Вес, кг | 12,7 | 0-3 | 1 | «оч. низкие величины» |
| Окр. груди, см | 50 | 3-10 | 2 | «низкие величины» |
| Окр.головы, см | 48 | 3-10 | 2 | «низкие величины» |

*Заключение по центилиям:* физическое развитие очень низкое, так как рост очень низкий, гармоничное (рост и вес находятся в одинаковых коридорах), пропорциональное (окружность груди и окружность головы находятся в одинаковых коридорах).

1. Соматотип.

Коридор (рост) + коридор (вес) + коридор (окр. груди) = 1+1+2 = 4, следовательно, микросоматотип (3 – 10).

*Заключение:* физическое развитие очень низкое, так как рост очень низкий, негармоничное, недостаток массы на данный рост, непропорциональное (несоответствие hголовы / hтела (1/5,5)).

1. *Оценка биологического возраста и соответствие его календарному.*

* По физическому развитию: -3,2 возрастных интервала, следовательно, соответствует 2,5 годам.
* По вторичным половым признакам: Ma0, Р0, Ax0, Me0; баллы – 0,0.

Процесс полового созревания ещё не начался, вторичные половые признаки не выражены.

* Зубная формула: кол-во 20, молочные;

|  |  |
| --- | --- |
| 2012 | 2102 |
| 2012 | 2102 |

Соответствует 4 годам.

* Патологий со стороны психического развития не выявлено. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

*Заключение:* биологический возраст соответствует календарному (зубная формула и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту), с резким отставанием в физическом развитии.

1. *Оценка нервно-психического развития и соответствие календарному возрасту.*

Сознание ясное.

Физическая, двигательная активность без изменений.

Сон спокойный, нормальной длительности (9-10 часов), переходы от бодрствования ко сну не более 30 минут.

Чувствительность кожи, зрение, слух, вкус, обоняние и функции вестибулярного аппарата без нарушений.

В детском коллективе общительна, имеет много друзей, дружит преимущественно с мальчиками, шаловлива (воспитатели жалуются на шумное поведение).

Любит рисовать, умеет считать до 10-ти и обратно, рассказала стихотворение из двух четверостиший.

*Заключение:* нервно-психическое развитие соответствует календарному возрасту.

1. *Кожа. Подкожная клетчатка. Ногти. Волосы.*

* Анамнез.

Жалоб нет. Контактов с инфекционными больными не было.

* Осмотр.

1. Кожа.

Цвет бледно-розовый.

Кожа чистая.

Следов расчесов нет.

Отмечается слабо выраженная венозная сеть на животе.

Кожные складки (за ушами, на шее, в подмышечных впадинах, паховой области, на бёдрах, под и между ягодицами, в межпальцевых промежутках) не гиперемированны, мацерации нет.

Симптом печёночных ладоней отрицательный.

Экхимозы на левом и правом коленях (~0,5х0,5 см), различной давности, единичные, посттравматические.

Сыпь отсутствует.

1. Видимые слизистые.

Внутренние поверхности губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба, десны, коньюктивы: цвет розовый, влажность умеренная, высыпания отсутствуют.

Зев: бледно-розовый, припухлости отсутствуют, налета нет, миндалины не выступают за передние дужки мягкого неба.

Склеры: цвет обычный (белый), сосудистая сеть умеренно выражена, субиктеричность не отмечается.

1. Придатки кожи (волосы, ногти).

Волосы светло-русой окраски, нормального типа.

Ногти: форма округлая, цвет розовый, ломкость и симптом «полированных» ногтей отсутствуют.

1. Подкожно-жировая клетчатка.

Подкожно-жировой слой слабо выражен.

Распределен равномерно.

Отеки на лице, нижних конечностях, в области крестца отсутствуют.

* Пальпация.

1. Кожа.

Кожа эластичная.

Толщина кожи: на тыльной поверхности кисти – 1 мм;

в локтевом сгибе – 1 мм;

на передней поверхности грудной клетки

над ребрами – 2 мм.

Влажность на симметричных участках тела: груди, туловище, в подмышечных впадинах, паховых областях, на ладонях, подошвах умеренная.

Температура на симметричных участках тела: груди, туловище, конечностях симметрична, не увеличена.

Болевая, температурная и тактильная чувствительность кожи сохранена, симметрична.

Ломкость сосудов отсутствует. Симптом «щипка» отрицательный.

Дермографизм красный, появляется через 1 мин, исчезает через 3 мин, характер локализованный.

1. Подкожно-жировая клетчатка.

Толщина кожных складок: над бицепсом – 5 мм;

над трицепсом – 5 мм;

под лопаткой – 3 мм;

над подвздошной костью – 10 мм.

Сумма толщины 4-х кожных складок равна 23 мм (соответствует 2 коридору центильной оценки).

Консистенция не плотная, не отечная.

Отеки в области голени над большеберцовой кость, в области крестца отсутствуют.

Тургор мягких тканей на внутренней поверхности бедра и плеча упругий.

* Оценка состояния питания и гармоничности физического развития.

При росте 90,5 см медиана массы равна 13,1 кг.

Недостаток массы составляет 0,4 кг (~3%), что говорит о нормальном питании.

Физическое развитие негармоничное, так как имеется недостаток массы при данном росте.

*Заключение:* при исследовании кожи, придатков кожи, подкожно-жирового слоя патологии не обнаружено.

1. *Костно-мышечная система.*

Костная система.

* Анамнез.

Жалоб на момент курации нет.

* Осмотр общий.

Положение свободное, активное.

Походка правильная, устойчивая.

Осанка нарушена – отмечается небольшая сутулость.

Деформации и стигмы дезэмбриогенеза отсутствуют.

Рост – 90,5 см.

Телосложение непропорциональное:

* hголовы / hтела = 17 / 90,5 ~ 1 / 5,5; (1 / 6 для 4 лет.).
* Исследование отдельных частей скелета.

Кости черепа.

*Осмотр.*

Форма головы округлая.

Окружность головы 48 см. (недостаток на 2 возрастных интервала).

Череп симметричен.

Мозгового отдел черепа относится к лицевому как 2 : 1.

На лицевом черепе глазные щели, носогубные складки, уровень ушей расположены симметрично на одном уровне. Прикус правильный. Переносица без изменений.

Ротовая полость: небо округлой формы, зубы молочные, 20 штук, эмаль белого цвета, отмечается кариес нескольких зубов.

*Пальпация.*

Состояние швов черепа в норме, целостность костей черепа сохранена.

*Перкуссия.*

При перкуссии костей черепа изменений перкуторного звука не выявлено, над всей поверхностью – костный звук.

Грудная клетка.

*Осмотр.*

Грудная клетка конической формы, симметричная.

Окружность грудной клетки 50 см (недостаток на 5,4 возрастных интервала).

Соотношение переднезаднего и бокового размеров – 2 : 3.

*Пальпация.*

Грудная клетка эластичная, болезненность не отмечается.

Эпигастральный угол близок к прямому (нормостенический тип телосложения).

Ребра, ключицы при пальпации целостностны, безболезненны.

*Перкуссия.*

При перкуссии грудной клетки болезненность не отмечается, над легочными полями выявляется ясный легочный звук.

Позвоночник.

Сколиоз не выявлен.

Левое и правое плечи находятся на одном уровне. Угол левой и правой лопаток – на одинаковых уровнях. Треугольники талии симметричны.

Подвижность в шейном грудном и поясничном отделах сохранена.

Кости таза не деформированы, болезненности при перкуссии и пальпации нет.

Верхние и нижние конечности.

*Осмотр.*

При осмотре длина правой и левой, верхних и нижних конечностей соответственно равны. Визуально соотношение длины плеча и предплечья, а также бедра и голени составляет примерно 1/1. Форма суставов правильная, суставы симметричны, кожа над их поверхностью не гиперемирована. Отёков и истончения кожи не наблюдается.

*Пальпация.*

При пальпации костей конечностей болезненности, деформации и нарушения целостности не выявлено.

Температура кожи над симметричными суставами одинакова (не отличается от температуры окружающих тканей).

Синдром “плавающего надколенника” отрицательный.

Ограничения движений в суставах при активных и пассивных движениях не выявлены.

Свод стопы высокий, плоскостопие не выявлено.

*Антропометрия суставов.*

Локтевой сустав: правый – 16,5см / 15см / 14,5см;

левый – 16см / 15см / 14,5см.

Коленный сустав: правый – 26см / 24см / 22см;

левый – 27см / 24см / 22,5см.

Мышечная система.

* Осмотр.

Развитие мышц соответствует возрасту и полу, распределены равномерно, симметрично.

* Пальпация.

Пальпация мышц безболезненна.

Мышцы брюшного пресса и спины развиты удовлетворительно (в положении стоя живот втянутый, лопатки подтянуты к грудной клетке).

Дыхательная мускулатура активно участвует в акте дыхания, отставания и щажения какой-либо группы мышц не выявлено.

Мышечная сила удовлетворительная (ребёнок оказывает достаточное сопротивление при активном и пассивном разгибании конечностей).

При пассивном сгибании и разгибании конечностей в суставах определяется удовлетворительный тонус мышц.

Объём движений в суставах, определяемый при активных и пассивных движениях сохранён.

*Заключение:* при исследовании костно-мышечной системы патологии не обнаружено.

1. *Система органов дыхания.*

* Анамнез.

Жалобы на момент курации на насморк, затруднение носового дыхания.

* Осмотр.

Нос: форма носа не изменена, дыхание через нос затруднено, слизистая носоглотки умеренно гиперемирована, в носовых ходах умеренная, слизисто-гнойная слизь.

Зев: бледно-розовый, припухлости отсутствуют, налета нет, миндалины не выступают за передние дужки мягкого неба.

Грудная клетка: грудная клетка симметричная.

Дыхание глубокое, ритмичное.

Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в дыхании.

Частота дыхательных движений 26 в минуту в покое (N = 25).

Отношение ЧСС / ЧД = 100 / 26 = 4 / 1.

* Пальпация.

Грудная клетка безболезненна, эластична.

Дыхание смешанного типа, отставания одной из половин грудной клетки при дыхании нет. Дыхательные движения за счет сокращения межреберных мышц, диафрагмы и мышц брюшной стенки.

Окружность грудной клетки при спокойном дыхании 50 см, на глубине максимального вдоха 53 см, при максимальном выдохе 48 см., экскурсия грудной клетки = 5 см.

Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки.

Толщина кожно-подкожной складки на симметрично расположенных участках грудной клетки одинакова.

* Перкуссия.

Сравнительная перкуссия:

На симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук:

Спереди – по левой среднеключичной линии до II м/р, по правой среднеключичной линии до VII ребра (относительная тупость печени).

Сбоку – по левой средней подмышечной линии до V-VI ребра (пространство Траубе), по правой средней подмышечной линии до VII ребра (относительная тупость печени)

Сзади – до Х ребра по правой и левой лопаточным линиям.

Топографическая перкуссия:

*Верхняя граница легких:*

высота стояния верхушек спереди на 2 см выше уровня ключицы (справа и слева);

сзади - на уровне СVII, остистого отростка.

Ширина полей Кренига (определяется методом опосредованной перкуссии от середины верхнего края трапециевидной мышцы поочередно по направлению к шее и плечу до притупления) – 4 см.

## *Нижняя граница легких*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| по среднеключичной линии | VI ребро | - |
| по средней подмышечной линии | VII ребро | IX ребро |
| по лопаточной линии | X ребро | |
| по околопозвоночной линии | Остистый отросток ThXI | |

*Заключение:* границы легких соответствуют возрастной норме.

## *Подвижность нижнего края легких*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Справа | | | Слева | | |
|  | Вдох | Выдох | Суммарн | Вдох | Выдох | Суммарн |
| По лопаточной линии | 3,0 | 2,0 | 5,0 | 3,0 | 2,0 | 5,0 |
| По задней подмышечной линии | 3,0 | 2,5 | 5,5 | 3,0 | 2,5 | 5,5 |

Симптом Филатова (укорочение перкуторного звука спереди в области рукоятки грудины) – отрицательный.

Симптом чаши Философова (укорочение перкуторного звука в области первого и второго межреберья спереди у грудины) – отрицательный.

При перкуссии внутригрудных лимфоузлов (по остистым отросткам позвонков от уровня пересечения линии, проведенной по spina scapulae, с позвоночником в полусогнутом положении больного) выявляется ясный легочный звук.

* Аускультация.

*Основные дыхательные шумы.*

На симметричных участках грудной клетки выслушивается везикулярное дыхание.

В местах обязательного выслушивания - подмышечные области, паравертебральные пространства, между позвоночником и лопаткой (область корня легкого), подлопаточные области и область сердца – выслушивается везикулярное дыхание.

*Побочные дыхательные шумы.*

Хрипов, крепитаций, шума трения плевры, плевроперикардиального шума не выслушиваются.

Бронхофония одинакова на симметричных участках грудной клетки.

Соотношение вдоха и выдоха: выдох не слышен.

*Заключение:* при исследовании дыхательной системы были выявлены следующие синдромы поражения: острый ринит (затруднение носового дыхания, умеренная, слизисто-гнойная слизь в носовых ходах), признаков дыхательной недостаточности не выявлено, ЧД и ЧПП / ЧД соответствуют возрасту.

1. *Сердечно-сосудистая система.*

* Анамнез.

Жалоб нет. Слабость, утомляемость при физической нагрузке, одышка отсутствуют. Болей в области сердца нет.

* Осмотр.

Окраска кожных покровов и видимых слизистых бледно-розовая.

Диспропорции развития верхней и нижней половин тела нет.

Отеки (на стопах и голенях), асцит визуально не определяются.

ЧД = 26 в мин, ритм правильный, одышки нет.

Форма пальцев и ногтей не изменена, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол» отсутствует.

Осмотр сосудов шеи: вены шеи не расширены, не набухшие; положительного венного пульса, симптома «пляски каротид» нет.

Осмотр области сердца: грудная клетка в области сердца не изменена, сердечного горба нет. Видимой пульсации (верхушечного, сердечного толчка, эпигастральной пульсации и пульсации в яремной ямке) нет.

* Пальпация.

Верхушечный толчок пальпируется в 4 межреберье по левой среднеключичной линии; средней силы, локализованный, S ~ 1 см2.

Сердечный толчок, эпигастральная пульсация, пульсация на основании сердца, аорты в яремной ямке и дрожания в области сердца не определяется.

Зон пальпаторной болезненности и гиперестезии нет.

*Исследование периферических артерий*

Пульс на височных, сонных, плечевых, лучевых, подколенных артерий, а также артерий тыла стопы симметричный, синхронный.

Эластичность артерий не изменена, артерии не извиты, артериальные стенки гладкие.

При аускультации артерий патологических изменений не обнаружено.

Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, синхронный, ритмичный хорошего наполнения, твердый. ЧПП = ЧСС = 100 в минуту.

Дефицита пульса не наблюдается (N = 105 в мин)

Артериальное давление: 100/60 мм рт.ст. на правой плечевой артерии;

98/60 мм рт.ст. на левой плечевой артерии.

Расчетное арт. давления для 4-х лет: 93/64 мм рт.ст.

Max арт. давления для 4-х лет: 108/78 мм рт.ст.

Min арт. давления для 4-х лет: 78/48 мм рт.ст.

*Исследование вен*

Пульсации и набухания наружных и внутренних яремных вен нет.

Расширений вен грудной клетки, брюшной стенки нет. Уплотнений и болезненности по ходу нет.

* Перкуссия.

*Относительная тупость сердца*

Границы относительной тупости сердца:

* правый край: на 0,5 см кнутри от правой парастернальной линии;
* левый наружный край: на 1 см кнаружи от левой сосковой линии;
* верхний край: на уровне II м/р по левой парастернальной линии.

Поперечник относительной тупости сердца: 9 см (N = 8-12 см)

*Заключение:* границы относительной тупости сердца соответствуют норме.

Абсолютная тупость сердца

Границы абсолютной тупости сердца:

* правый внутренний край: левый край грудины;
* левый наружный край: на 1,5 см кнаружи от левой парастернальной линии;
* верхний край: на уровне III м/р по левой парастернальной линии.

Поперечник абсолютной тупости сердца: 3,5 см (N = 3 - 4 см)

Ширина сосудистого пучка равна 3 см на уровне II межреберья.

*Заключение:* границы абсолютной тупости сердца соответствуют норме.

* Аускультация.

ЧСС 100 в минуту. Ритм правильный.

В I точке аускультации (верхушка сердца – митральный клапан) - I тон преобладает над II тоном, совпадает с верхушечным толчком и пульсацией сонных артерий, шумов нет.

Во II точке аускультации (II межреберье справа от грудины – аортальный клапан) – II тон преобладает над I тоном, шумов нет.

В III точке аускультации (II межреберье слева от грудины – клапан легочной артерии) – акцент II тона, шумов нет.

В IV точке аускультации (у основания мечевидного отростка – трехстворчатый клапан) – I тон преобладает над II тоном, шумов нет.

В V точке аускультации (точка Боткина-Эрба, располагается в IV межреберье на левом крае грудины – дополнительное выслушивание аортального клапана) - I тон преобладает над II тоном, шумов нет.

Дополнительных тонов, ритма галопа, расщепления I и II тона нет.

Шума трения перикарда нет.

*Заключение:* при исследовании сердечно-сосудистой системы патологии не обнаружено; признаков сердечной и сосудистой недостаточности не выявлено, одышки, цианоза нет; ЧПП/ЧД, ЧПП, АД соответствует возрастной норме, изменения границ сердца и нарушений аускультативной картины сердца не выявлено.

1. *Пищеварительная система.*

**Желудочно-кишечный тракт.**

* Анамнез.

Жалобы на боли, возникающие через 30-40 минут после еды или ночью, причем после приема пищи интенсивность болей уменьшается, но через некоторое время усиливается вновь («мойнинтановский ритм болей»), локализующиеся в пилородуоденальной зоне, отрыжку, приступы тошноты после еды.

Аппетит сохранён, похудения нет. Глотание свободное. Стул – запоры, сменяющиеся поносами. Желудочно-кишечного кровотечения не отмечалось.

* Осмотр.

*Осмотр полости рта*.

Полость рта санирована. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба - розовая, чистая. Дёсны розового цвета, чистые, влажные, блестящие. Язык влажный, отечный, обложен белым налетом у корня, безболезненный, розовой окраски. Зёв розовый, миндалины не выступают за передние дужки мягкого неба.

Слизистая оболочка глотки чистая, влажная, гладкая.

*Осмотр живота.*

Кожа чистая, бледно-розового цвета.

Живот округлой формы, не увеличен, симметричный, в акте дыхания участвует, видимой перистальтики желудка и кишечника не наблюдается, венозные коллатерали отсутствуют.

Грыжевые образования не наблюдаются.

Отечность передней брюшной стенки не наблюдается.

* Пальпация*.*

*Поверхностная ориентировочная пальпация:*

При пальпации живот мягкий, отмечена болезненность в эпигастрии. Опухолевых образований и грыж, перитонеальных симптомов (синдром Щёткина-Блюмбера) не обнаружено.

Зоны гиперстензии не отмечаются.

Окружность живота в области пупка = 49 см.

*Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско:*

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого эластического цилиндра диаметром около 1,5 см, безболезненна, легко смещается, не урчит.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде умеренно напряжённого, несколько расширенного к низу цилиндра диаметром около 2 см, урчащего при надавливании на него, легко смещающегося, безболезненного.

Терминальный отдел подвздошной кишки пальпируется в виде цилиндра диаметром 1 см, безболезненного, отмечается перистальтика под пальпирующей рукой.

Червеобразный отросток не пальпируется.

Восходящая ободочная кишка пальпируется методом бимануальной пальпации в виде цилиндра диаметром около 2 см, не урчит, безболезненна.

Поперечная ободочная кишка пальпируется методом билатеральной пальпации (с предварительным определением нижней границы желудка методом аускультоаффрикции на уровне 3,5 см ниже мечевидного отростка) в виде мягкого цилиндра диаметром около 2 см, не урчит, безболезненна.

Нисходящая ободочная кишка пальпируется методом бимануальной пальпации в виде цилиндра, диаметром 2 см, не урчит при надавливании на него, безболезненна.

Нижняя граница желудка определяется методом аускультоаффрикции на уровне 3,5 см ниже мечевидного отростка.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде мягкого эластичного валика, слабо болезненного.

Привратник не пальпируется.

Шум плеска справа по средней линии живота методом перкуторной пальпации не определяется.

* Перкуссия.

Над всей поверхностью определяется тимпанический перкуторный звук. Свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Симптом Менделя – отрицательный.

* Аускультация.

Над всей поверхностью живота выслушивается живая перистальтика кишечника. Шума трения брюшины и сосудистых шумов не обнаружено.

Печень и желчный пузырь

* Анамнез.

После приема жирной пищи наблюдается боли в эпигастрии, повышение температуры до 380С, понос.

Желтушности кожи и слизистых не обнаружено.

Кожный зуд отсутствует.

* Осмотр.

Выпячивания в области правого подреберья не определяется. Ограничения дыхания в этой области не наблюдается, пульсация отсутствует.

* Пальпация.

Печень.

Печень пальпируется на уровне 2 см от края рёберной дуги по правой среднеключичной линии. Край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заострённый, безболезненный.

Желчный пузырь.

Желчный пузырь не пальпируется.

Симптом Ортнера (болезненность при поколачивании ребро кисти по правой реберной дуге при задержке дыхания на вдохе) – отрицательный.

Симптом Кера (значительное усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации желчного пузыря большим пальцем правой руки) – отрицательный.

Симптом Мерфи (значительное усиление боли на вдохе при глубоком погружении пальцев правой руки в области желчного пузыря) – отрицательный.

Симптом Мюсси (болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края ключицы) – отрицательный.

Симптом Боаса (рефлекторная болезненность при надавливании справа от VIII позвонка на спине) – отрицательный.

* Перкуссия.

*Размеры печени по М.Г. Курлову:*

* 1-й размер – по правой средней ключичной линии: 6 см.
* 2-й размер – по передней срединной линии: 5 см.
* 3-й размер – по левой реберной дуге: 4 см.

Заключение: размеры печени соответствуют норме.

*Границы печени по В.П.Образцову:*

Верхняя граница.

по правой передней подмышечной линии: VII ребро

по правой среднеключичной линии: VI ребро

Нижняя граница.

по правой передней подмышечной линии: X ребро

по правой среднеключичной линии: край рёберной дуги

по правой парастернальной линии: на 2 см ниже края

рёберной дуги

по передней срединной линии: на в/3 расстояния от мече-

чевидного отростка до пупка

Заключение: границы печени соответствуют норме.

* Аускультация.

Шум трения брюшины в правом подреберье отсутствует.

**Поджелудочная железа.**

* Анамнез.

Жалобы на периодические приступы тошноты, расстройства стула (запоры, сменяющиеся поносами).

* Пальпация.

Поджелудочная железа не пальпируется по методу Грота.

Пальпация зоны Шоффара, точки Дежардена, точки Мейо-Робсона безболезненна.

*Заключение:* при исследовании пищеварительной системы были выявлены следующие синдромы поражения: хронический гастродуоденит в стадии обострения (боли, возникающие через 30-40 минут после еды или ночью, причем после приема пищи интенсивность болей уменьшается, но через некоторое время усиливается вновь («мойнинтановский ритм болей»), локализующиеся в пилородуоденальной зоне, отрыжка, приступы тошноты после еды, расстройства стула).

1. *Кроветворная система.*

* Анамнез.

Жалоб нет.

* Осмотр.

Цвет кожи и видимых слизистых бледно-розовый.

Геморрагической сыпи нет. Визуального увеличения лимфоузлов нет. Увеличения и асимметрии живота нет.

Форма суставов и объем движения в суставах без изменений.

* Пальпация.

Группы лимфоузлов.

1. Шейные задние –единичные, гороховидные, безболезненны, эластичные, подвижные.
2. Тонзиллярные – по 2 л/у, просовидные, безболезненны, эластичные, подвижные.
3. Подчелюстные – по 2-3 л/у, чечевицеобразные, безболезненные, эластичные, малоподвижные.
4. Подмышечные – 3-4 л/у, просовидные, безболезненны, эластичные, подвижные.
5. Паховые – 2-3 л/у, чечевицеобразные, безболезненны, эластичные, подвижные.

Остальные группы л/у (затылочные, околоушные, подбородочные, надключичные, подключичные, торакальные, кубитальные) не пальпируются.

Селезенка.

Не пальпируется.

Печень.

Печень пальпируется на уровне 2 см от края рёберной дуги по правой среднеключичной линии. Край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заострённый, безболезненный.

Плоские кости.

При пальпации плоских костей (кости черепа, грудина, лопатки, рёбра, кости таза) деформаций и нарушений целостности не выявлено.

* Перкуссия.

Селезенка.

Размеры селезенки: продольный – 6,5 см по X ребру (N=X ребро)

поперечный – 3,5 см по среднеподмышечной линии.

Нижний полюс - XI ребро

Верхний полюс - по верхнему краю IX ребра.

Печень.

Границы и размеры печени соответствуют норме (см. пищеварительная система).

Заключение: при исследовании органов кроветворения патологии не обнаружено.

1. *Мочеполовая система.*

* Анамнез.

Жалобы на боли внизу живота и поясничной области нет.

Головные боли, субфебрильная температура не отмечались.

Болезненности при мочеиспускании нет.

Изменения частоты мочеиспускания и объема выделенной мочи нет (мочится 6-7 раз в сутки, примерно по 120 – 150 мл).

Изменений окраски мочи и выраженных отёков не наблюдается.

Суточный диурез – 480 мл (дневной – 340 мл, ночной – 140 мл).

Ночного энуреза и дневного недержания мочи нет.

АД = 100/60 мм рт.ст.

* Осмотр.

При осмотре области почек припухлости поясницы, покраснения кожи нет. Форма и величина живота не изменены.

Состояние наружных половых органов без изменений, развиты правильно, по женскому типу.

Формула полового развития: Ma0, P0,Ax0, Me0; баллы – 0,0.

* Пальпация.

Отеков на лице, в области поясницы, крестца, нижних конечностей нет.

Асцит методом флюктуации не определяется. Симптом волны отрицательный.

Почки методом бимануальной пальпации в положении лежа на спине и в вертикальном положении не пальпируются.

Болезненность при пальпации в области верхних (пересечение вертикальной линии, проходящей по наружному краю прямой мышцы живота, и горизонтальной линии, проходящей через пупок) и нижних (на трети расстояния от передней срединной линии до spina iliaca anterior superior) мочеточниковых точек отсутствует.

Мочевой пузырь не пальпируется.

Боас-симптом (рефлекторная болезненность при надавливании справа от XII позвонка на спине) – отрицательный.

Отеки в области поясницы, крестца и нижних конечностях не определяются

* Перкуссия.

Мочевой пузырь не выступает над лонным сочленением.

Симптом поколачивания - отрицательный.

*Заключение:* при физикальном исследовании мочеполовой системы патологии не обнаружено, признаки токсикоза отсутствуют, экстраренальные симптомы не выражены, признаков почечной недостаточности нет; половое развитие соответствует возрасту.

1. *Данные лабораторных и инструментальных методов исследования и консультаций специалистов.*

**Протокол эндоскопического исследования от 14.03.2001г.**

Слизистая пищевода, кардии – без особенностей. В желудке мутная пристеночная слизь. Привратник сомкнут. В антральном отделе – пестрая отечная слизистая. В луковице 12-перстной кишки – пятнистая отечная слизистая. В постбульбарных отделах – розовая слизистая.

*Заключение:* антрулогастрит, бульбит.

**Протокол УЗИ брюшной полости от 13.03.2001.**

Печень: контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, правая доля 81 мм, левая доля 38 мм (N=84х42).

Желчный пузырь: форма обычная, стенки не утолщены, содержимое гомогенное, эхогенность усилена.

Поджелудочная железа: контуры ровные, эхогенность не усилена, вирсунгов проток N.

Селезенка: контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, селезеночная вена N.

Мочевой пузырь: контуры N.

*Заключение:* синдром холестаза.

**Результаты клинических анализов.**

*I. Общий анализ крови от 7.03.2001г. возр.норма.*

Эритроциты 4,89x1012 /л 4,89x1012 /л

Гемоглобин (Hb) 143 г/л 136 г/л

Тромбоциты 234x109 /л 160-320х109 /л

Лейкоциты 10,6x10­9 /л 10,2x10­9 /л

палочкоядерные 9% 1-6 %

сегментоядерные 76% 40-45 %

эозинофилы 1% 0-1 %

базофилы 0% 0-1%

лимфоциты 10% 40-45%

моноциты 4% 3-9%

Скорость оседания эритроцитов 8 мм/ч до 8 мм/ч

Гематокрит (Ht) 41,2% 30-45 %

*Общий анализ крови от 12.03.2001г. возр.норма.*

Эритроциты 4,11x1012 /л 4,89x1012 /л

Гемоглобин (Hb) 133 г/л 136 г/л

Тромбоциты 287x109 /л 160-320х109 /л

Лейкоциты 3,9x10­9 /л 10,2x10­9 /л

палочкоядерные 12% 1-6 %

сегментоядерные 15% 40-45 %

эозинофилы 1% 0-1 %

базофилы 0% 0-1%

лимфоциты 69% 40-45%

моноциты 3% 3-9%

Скорость оседания эритроцитов 6 мм/ч до 8 мм/ч

Гематокрит (Ht) 34% 30-45 %

*II. Биохимический анализ крови от 12.03.2001г*

Щ.фосфатаза 429 ед/л. 70-612 ед/л

ALaT 19 ед/л 6-40 ед/л

ASaT 40 ед/л 6-45 ед/л

Билирубин общий 10,1 ммоль/л 1,5-17,1

Билирубин прямой 2,1 мкмоль/л 0-4,5

Об.белок 67 г/л 54-87 г/л

Глюкоза 4,6 ммоль/л 3,88-5,55

Креатинин 59 мкмоль/л 44-90

Холестерин 4,3 ммоль/л 3,1-6,5

Мочевина 3,9 ммоль/л 1,5-8,3

β-липопротеиды 39 ед. 35-55

K+ 4,82 ммоль/л 3,6-6,3

Na+ 143 ммоль/л 140-160

Ca2+ 1,03 ммоль/л 1,0-1,3

*Заключение:* в анализах крови наблюдается нейтрофилёз, затем лимфоцитоз. Остальные показатели без изменений.

*III. Общий анализ мочи от 07.03.2001г.*

Цвет светло-желтый

Относительная плотность 1,015 (1008-1026)

Реакция (pH) кислая

Белок нет

Эпителий плоский един. в п.з.

Лейкоциты 14-16 в п.з.

Эритроциты 12-14 в п.з.(измен)

Слизь много

*Общий анализ мочи от 30.03.2001г.*

Цвет светло-желтый

Относительная плотность 1,018 (1008-1026)

Реакция (pH) слабощелочная

Белок нет

Глюкоза нет

Эпителий плоский в умерен кол-ве

Лейкоциты 6-8 в п.з.

Эритроциты 2-3 в п.з.

Слизь немного

*IV. Биохимический анализ мочи от 16.03.2001г.*

Оксалаты 3,78 мг/сут (14,5)

Мочевая кислота 1,01 млм/сут (0,5-2,0)

Са 0,00 мг/сут (60-160)

Р 0,00 г/сут (0,8)

*Заключение:* в анализах мочи патологии не выявлено.

*V. Анализ кала от 28.03.2001г.*

Форма оформленный

Цвет светло-коричневый

Реакция на скрытую кровь отрицательная

Мышечные волокна немного

*Анализ кала на яйца глист от 30.03.2001г*

Яйца глист не обнаружены.

**ЭКГ от 12.03.2001г.**

Синусовый ритм, ЧСС=100 уд/мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

**Консультация ЛОР:**

*От 19.03.2001г.*

Слизистая носа, ротоглотки умеренно гиперемирована, влажная. В носовых ходах скудная слизь. Уши: б/л светлые.

*Заключение:* острый ринит.

*От 26.03.2001г.*

##### Слизистая носа, ротоглотки умеренно гиперемирована, влажная. В носовых ходах умеренная, зеленая слизь.

Небные миндалины не увеличены, чистые.

Уши: AS – N, AD – б/л розовая.

*Заключение:* правый острый средний отит катаральный при ОРВИ.

*От 30.03.2001г.*

Уши: проходы чистые, свободные, б/л светлые. В носовых ходах умеренная, зеленая слизь.

Небные миндалины не увеличены, без патологического содержимого.

*Заключение:* правый острый средний катаральный отит, острый ринит.

**Консультация невролога:**

Жалобы на возбудимость, отказ от «горшка», при плаче не удерживает мочу. В неонатальном периоде перенесла субарахноидальное кровоизлияние. Лечилась по поводу геми-синдрома.

Ребенок маленького роста, девиация языка влево, сглажена левая носогубная складка.

*Заключение:* резидуально-органические знаки поражения ЦНС, астезо-невротический синдром.

1. *Общее заключение истории болезни (предположительный диагноз поражения).*
2. Оценка и обоснование степени тяжести состояния больного на момент курации.

Состояние ребенка на момент курации – средней тяжести, т.к. синдром токсикоза выражен слабо (больная подвижна, активна, сонливости, вялости, нарушений сознания и сна нет); выражены симптомы поражения:

* дыхательной системы : острый ринит (заложенность носа, затруднение носового дыхания, слизисто-гнойные выделения в носовых ходах), правосторонний острый катаральный отит, признаков дыхательной недостаточности не выявлено (ЧД и ЧПП / ЧД соответствуют возрасту).
* пищеварительной системы: хронический гастродуоденит в стадии обострения (боли в эпигастрии, диспепсические явления)

1. Заключение по физическому развитию ребенка.

* физическое развитие очень низкое, так как рост очень низкий, дисгармоничное (недостаток массы на данный рост), непропорциональное (несоответствие hголовы / hтела (1/5,5)).
* Развитие вторичных половых признаков:

Ma0, Р0, Ax0, Me0; баллы – 0,0.

Процесс полового созревания ещё не начался, вторичные половые признаки не выражены.

* Биологический возраст соответствует календарному (зубная формула и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту).

1. Характер основного заболевания.

Хронического течения, приобретённого генеза, наследственная предрасположенность.

1. Основная система поражения – желудочно-кишечный тракт.

Диагноз поставлен на основании:

* Жалоб: боли, возникающие через 30-40 минут после еды или ночью, причем после приема пищи интенсивность болей уменьшается, но через некоторое время усиливается вновь («мойнинтановский ритм болей»), локализующиеся в пилородуоденальной зоне, отрыжка, приступы тошноты после еды, расстройства стула (запоры, сменяющиеся поносами).
* Анамнеза заболевания и жизни: наследственная предрасположенность, нарушение режима питания, отягощённый акушерский анамнез (беременность с осложнениями, ранний перевод на искусственное вскармливание).
* Лабораторных и инструментальных данных:

На ЭГДС от 14.03.2001г.: антрулогастрит, бульбит.

1. Другие системы органов:

* Печень и желчный пузырь – синдром холестаза на основании УЗИ брюшной полости от 13.03.2001
* Дыхательная система - острый ринит (затруднение носового дыхания, умеренная, слизисто-гнойная слизь в носовых ходах).
* Орган слуха – правосторонний острый катаральный отит. Диагноз поставлен на основании осмотра ЛОРа 30.03.2001г.
* ОРВИ – на основании клинического анализа крови (нейтрофилёз, лимфоцитоз, СОЭ на верхней границе нормы), отмечаются выраженные воспалительные реакции (ринит, отит).
* Костная система – кариес, на основании осмотра и анамнеза жизни (перенесла рахит).