**Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию**

**ГОУ ВПО**

**Алтайский государственный медицинский университет**

**Кафедра педиатрии №2**

**Зав. кафедрой:** профессор Гордеев В.В.

**Преподаватель:** ассистент, к.м.н. Фуголь Д.С.

**Куратор:** студентка 527 группы Павлюк А.М.

# Клиническая история болезни

## **Больной:** хххххххххххххххххххххххххххххх

**Клинический диагноз:**

Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом с гематурией и гипертонией, период начальных проявлений, без нарушения функции почек

### **Барнаул-2006**

**Паспортные данные:**

## **Ф.И.О.:** хххххххххххххх

**Возраст:** хххххххххххх

**Дата рождения:** хххххххххххх

**Место жительства**: ххххххххххххххх

**Место учебы:** ххххххххххххххххх

**Дата поступления в больницу:** ххххххххххххх

**Время курации:** хххххххххххххххх

**Клинический диагноз:**

Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом с гематурией и артериальной гипертонией, период начальных проявлений, без нарушения функции почек.

**Жалобы:**

**при поступлении:** на одутловатость лица;

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

# Anamnesis morbi:

Заболел утром 13.08.06. остро, когда на фоне полного здоровья поднялась температура тела до 37, 3ºС, появилось недомогание и головная боль. Через пару часов на коже стали появляться эритематозные эфлорисценции, которые позже сделались геморрагическими в центре. Вместе с сыпью стали отмечаться и легкие ноющие боли в крупных суставах (коленных, локтевых, тазобедренных), усиливающиеся при ходьбе и ослабляющиеся (но не проходящие) в покое. К вечеру этого же дня стали появляться отеки на лице, на руках и ногах, с общей тенденцией к прогрессированию.

13.08.06. в 21: 30 был госпитализирован в детскую больницу № 4, где был поставлен диагноз: геморрагический васкулит. Острая крапивница с элементами токсидермии. Реактивная артропатия. Получал лечение: гентамицин, дексаметазон, гепарин, индометацин. После проведенного лечения геморрагические высыпания, боли в суставах, отеки на руках и ногах исчезли. Самочувствие в норме.

**Вывод:**

На основании того, что заболевание длится уже около 20 лет, можно сделать вывод, что характер заболевания хронический.

Характер симптомов говорит о прогрессирующем течении заболевания.

На основании того, что симптомы появились в выраженной форме, можно сделать вывод об обострении заболевания.

**Anamnesis vitae**

Ребенок от 1 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, ветряная оспа. Сделана операция по коррекции косоглазия. Гемотрансфузии не проводилось. Аллергические реакции не отмечает. Контакта с инфекционными больными не было.

**Вывод:**

На основании анамнеза жизни выявлены следующие факторы риска развития сердечно-сосудистой патологии: наследственная предрасположенность, возраст, недостаточная физическая активность, в прошлом умеренно тяжелые условия труда (частые ночные смены).

# Status praesens communis:

Общее состояние больного средней тяжести. Самочувствие не страдает. На осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы чистые, обычной окраски, умеренно влажные, тургор сохранен. Пастозность век. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Видимые слизистые чистые, влажные, розовые. В ротоглотке слизистая розовая, миндалины не увеличены, 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. 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.

Вывод: на основании проведенного обследования можно сказать о вовлечении в патологический процесс трех систем, а именно:

сердечно-сосудистой, о чем свидетельствуют следующие данные:

1. При пальпации: верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1,5см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra, толчок разлитой, сильный, резистентный, площадь =2 см.

2.При перкуссии: границы относительной тупости сердца: смещение левой границы относительной тупости влево.

Данные перкуссии и пальпации свидетельствуют о гипертрофии левого желудочка.

Приглушение тонов сердца, АД на правой и левой руках 170/96 мм . рт.ст.;

эндокринной (конституция гиперстеническая, степень развития подкожной жировой клетчатки повышена);

опорно-двигательного аппарата (болезненность в левом коленном суставе и ограничение подвижности в суставе.)

# Предварительный диагноз, его обоснование:

На основании жалоб больной, на периодические, давящие, сжимающие головные боли в лобной и височной областях, головокружение, мелькание мушек перед глазами, появление светлых кругов перед глазами, тошноту возникающие на высоте повышение АД, можно предположить, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система.

На основании данных анамнеза заболевания очевидно, что у больной и раньше отмечались периодические, давящие, сжимающие головные боли в лобной и височной областях; головокружение, мелькание мушек перед глазами, появление светлых кругов перед глазами, тошнота с повышением АД до 170/100 мм.рт.ст. на протяжении 20 лет. Она связывала это с частыми ночными сменами, психоэмоциональным напряжением, физическими нагрузками, и приемом острой и жирной пищи. Можно предположить, что заболевание носит хронический, медленно прогрессирующий характер.

Исходя из того, что симптомы появляются на высоте повышения АД, можно предположить, что это гипертоническая болезнь.

Ухудшение состояния с сжимающими головными болями в лобной и височной областях; головокружением, мелькание мушек и появлением светлых кругов перед глазами, тошнотой с повышением АД до 240/120 мм.рт.ст. и отсутствием эффекта от гипотензивной терапии можно расценивать как гипертонический криз.

Из данных объективного обследования выявлено:

При пальпации: верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1,5см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra, толчок разлитой, сильный, резистентный, площадь =2 см.

При перкуссии: границы относительной тупости сердца: смещение левой границы относительной тупости влево.

Данные перкуссии и пальпации свидетельствуют о гипертрофии левого желудочка.

Из анамнеза жизни, учитывая условия труда, нервное перенапряжение, возраст, низкую физическую активность создаются благоприятные условия для возникновения и развития патологии сердечно-сосудистой системы.

Судя по анализу генеалогического древа, можно предположить, что в семье у больной есть предрасположенность к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, а именно гипертонической болезни.

Гипертоническую болезнь 3 степени ставлю на основании повышения АД до 240/120 мм.рт.ст.;

ΙΙ стадию на основании повышения АД и наличия гипертрофии левого желудочка;

высокий риск, так как ΙΙ стадия, наличие гипертрофии левого желудочка и факторов риска(наследственность, возраст, абдоминальное ожирение).

ХСН - 0

Деформирующий остеоартроз левого коленного сустава поставлен на основании жалоб больной, на болезненность в левом коленном суставе, усиливающаяся при ходьбе и данных объективного обследования: , ограничение подвижности в суставе.

Таким образом, на основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования можно поставить **предварительный диагноз: основной:** гипертоническая болезнь 3 степени, ΙΙ стадии, высокий риск. ХСН - 0;

**сопутствующий:** Деформирующий остеоартроз левого коленного сустава.

# 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. Коагулограмма (фибриноген, РФМК, АПТВ);
6. Исследование мочи по Зимницкому;
7. Исследование глазного дна (есть ли кровоизлияния и экссудаты с отеком диска зрительного нерва).
8. Проба Реберга-Тареева (посмотреть клубочковую фильтрацию);

**Функциональные исследования:**

1. ЭКГ (признаки гипертрофии );
2. УЗИ внутренних органов;
3. УЗИ почек;

# Результаты дополнительных методов исследования:

# Лабораторные исследования:

1. **Общий анализ крови от 30.09.06**

Гемоглобин 125 г/л

Эритроциты 3,74x10¹²/л

СОЭ 12 мм/ч

Лейкоциты 6,1х 109/л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | Миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфо-циты | Моно-циты |
| 2 | 1 | - | - | - | 52 | 39 | 6 |

Заключение: в общем анализе крови не наблюдается никаких признаков анемии, воспаления, сенсибилизации.

1. **Биохимический анализ крови от 02.10.06:**

Общий белок 73,0 г/л

Альбумины 46,0 г/л

Глобулины 27,0 г/л

β-липопротеиды 48 ед.

Холестерин 6,0 ммоль/л

Сахар крови 4,8 ммоль/л

Натрий сыворотки 142 ммоль/л

Калий сыворотки 3,9 ммоль/л

Фибриноген 3250

Мочевина 4,4 ммоль/л

Креатинин 56, 1 мкмоль/л

АПТВ 32 сек.

РФМК отр.

Заключение: В биохимическом анализе крови отмечается незначительное повышение фибриногена. Выявлена также патология липидного обмена - гиперхолестеринэмия.

Заключение: Гиперфибриногенэмия

1. **Общий анализ мочи 30.09.06:**

Плотность: 1020

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Белок: 2,97 г/л

Сахар отр

Лейкоциты: 4-5 в поле зрения

Эритроциты: большое количество

Соли оксалаты +

Заключение: В общем анализе мочи не выявлены признаки воспаления.

1. **Биохимический анализ мочи от 3.10.06.:**

Сут. кол-во мочи 400мл

С мин. диурезом 0,32мл

Креатинин крови 51,3 мкмоль/л

Креатинин мочи 4,0 ммоль/л

Индекс по эндогенному креатинину 103 мл/мин

Реасорбция воды 99,6%

Титуруемые кислоты 93,1 ммоль/л

Аммиак мочи 59,6 ммоль/л

Щавеливая кислота 208,0 ммоль/л

1. **Коагулограмма от 30.09.06:**

Фибриноген 5500

АПТВ 33 сек.

РФМК 9,0мг%

1. **Исследование мочи по Зимницкому 03.10.06 .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № пп | Количество | Плотность | Общее количество |
| 1 | 15,0 | 1027 | дневной диурез 280,0 |
| 2 | 20,0 | 1027 |
| 3 | 115,0 | 1018 |
| 4 | 130,0 | 1041 |
| 5 | 100,0 | 1052 | ночной диурез 180,0 |
| 6 | 30,0 | 1044 |
| 7 | 20,0 | 1044 |
| 8 | 30,0 | 1039 |
| ИТОГО: | 460,0 |  |  |

Заключение: выявлено преобладание ночного диуреза над дневным (никтурия).

1. **Исследование глазного дна 02.05.06:**

Ребенка оперировали 2 раза по поводу сходящегося косоглазия. На глазном дне обоих глаз диски зрительных нервов розовые, границы четкие. Артерии и вены нормального калибра. Глазное дно и макулы без очаговых изменений.

**Диагноз:** Остаточное косоглазие ОД.

**Функциональные методы исследования:**

1. **ЭКГ 2.10.06**

Заключение: Ритм синусовый. Выраженная аритмия, легкая брадикардия, ЧСС 60-93 в мин. ЭОС расположена полувертикально. Замедление проведения по правой ножке пучка Гиса.

1. **Ультразвуковое исследование внутренних органов от 4.10.06:**

**Заключение:** диффузно-неоднородные изменения структуры печени, поджелудочной железы. Деформация желчного пузыря. УЗ признаки сгущения желчи.

1. **Ультразвуковое исследование почек от 2.10.06:**

**Заключение:** диффузно-неоднородные изменения структуры синусов почек.

**Клинический диагноз и его обоснование:**

На основании жалоб больной

Из анамнеза жизни,

**Лечение для данного больного:**

1. Режим: постельный
2. Диета №7: бессолевая, ограничение воды, белка.
3. Глюкокортикоиды: преднизолон по 2мг/кг в сутки ежедневно в течение 4 недель. Затем дозу снижаем еженедельно по 5мг/кг до достижения дозы 1мг/кг в сутки.Затем начинаем отменять препарат: 6 дней – принимает препарат; 1 день – отдыхает; потом 5 дней – принимает препарат, 2 дня – отдыхает; потом 4 дня – принимает препарат, 3 дня – отдыхает; затем 3 дня – принимает препарат, 4 дня – отдыхает. Оставляем на 6 месяцев – 3 дня – принимает препарат, 4 дня – отдыхает.
4. Препарат К (для профилактики синдрома Иценко-Кушинга): аспаркам ½ таблетки 3 раза в день.
5. Прямой антикоагулянт: фраксипарин 0,3 2 раза в день подкожно в течение 4 недель. Затем снижаем дозу в 2 раза и оставляем в течение 2 недель.
6. Антиагреганты: курантил 1 таблетка 3 раза в день.
7. Антисклеротический препарат: делагил 5мг/кг в сутки однократно на ночь. Принимать в течение 6-9 месяцев.
8. Капотен

**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.