Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Зав. кафедрой: профессор Цыркунов В. М.

Преподаватель: ассистент Кравчук Ю.В.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Ф.И.О.:

Возраст: 2 года 7 месяцев

Адрес:

Место работы: --------

Дата поступления: 6.12.2007 г.

Клинический диагноз:

Основной – Аденовирусная инфекция

сопутствующие заболевания ---------

Осложнения – Фолликулярная ангина

Куратор: студентка 4 курса 2 группы

педиатрического факультета

Казючиц Анастасия Фёдоровна

Время курации: 11.12.2007-13.12.2007 г.

Гродно 2007

1. **Жалобы.**

**При поступлении:** на повышение температуры до субфебрильных цифр, общую слабость, снижение аппетита, насморк, редкий сухой кашель.

**На момент курации:** пациентка жалоб не предъявляет.

1. **Анамнез заболевания.**

Со слов матери, девочка заболела 27.11.2007 г., когда появился насморк, редкий сухой кашель. Пациентке проводилось амбулаторное лечение (кленбутерол, туссин плюс, нафазолин), не принесшее улучшения состояния. 5.12.2007 г. температура тела больной повысилась до 39 0С, на миндалинах появился гнойный налёт. Мать вызвала на дом участкового педиатра, который прописал антибиотикотерапию (сумамед). Амбулаторное лечение к улучшению общего состояния не привело. Ночью 6.12.2007 г. температура повысилась до 40,4 0С, в связи, с чем мать больной вызвала на дом бригаду скорой медицинской помощи, которой девочка была доставлена в Гродненскую областную инфекционную клиническую больницу. На фоне стационарного лечения состояние пациентки значительно улучшилось.

**III. Эпидемиологический анамнез.**

Контакты с инфекционными больными в домашнем коллективе отрицает. Пациентка посещает детский сад, в группе есть дети с респираторными заболеваниями.

Проживает пациентка вместе с родителями в благоустроенной квартире. Выезд в течение последних месяцев за пределы города отрицает, медицинские исследования и вмешательства за последние полгода отрицает. Гемотрансфузий не было.

**IV. Анамнез жизни и аллергологический анамнез.**

Родилась пациентка в срок, беременность матери, роды и послеродовый период протекали без осложнений. В умственном и физическом развитии больная от сверстников не отставала. Детский сад пациентка посещает с двухлетнего возраста, с этого же времени мать отмечает часто возникающие у девочки простудные заболевания и бронхиты.

Вредные привычки в домашнем коллективе мать отрицает, профилактические прививки, проводимые девочке, в течение последних нескольких месяцев отрицает.

Аллергологический анамнез отягощён - мелкоточечная сыпь на раствор Люголя и препараты йода.

**V. Результаты объективного осмотра больного.**

Состояние больной удовлетворительное, сознание ясное. Положение активное, реакция на окружающих адекватная. Рост 90 см, вес 13 кг. Телосложение нормостеническое.

*Кожа и видимые слизистые оболочки* чистые, бледно-розового цвета. Тургор, влажность и эластичность сохранены. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, равномерно распределена по всему телу. Периферические лимфоузлы не увеличены.

*Костно-мышечная система.* Объективно деформаций костей и суставов не обнаружено. При пальпации отдельных групп мышц болезненности не выявлено. Мышечный тонус и сила сохранены. Пассивные и активные движения в полном объёме.

*Органы дыхания.* Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Голос звонкий, громкий. Слизистая оболочка зева бледно-розовая, чистая. Нёбные миндалины не увеличены, бледно-розовые. Тип дыхания смешанный. Грудная клетка нормальной формы, симметрична. Пальпаторно: грудная клетка эластичная, голосовое дрожание одинаково проводится над симметричными участками лёгких. При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких определяется ясный легочной звук. Топографические границы легких в пределах возрастной нормы. Аускультативно: над всей поверхностью лёгких везикулярное дыхание. Частота дыхания 24 дыхательных движения в минуту.

*Сердечно-сосудистая система.* Верхушечный толчок не визуализируется, пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой сосковой линии, средней силы и высоты. Перкуторно: абсолютная и относительная сердечная тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно: тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, частота 120 ударов в минуту. АД 95/65 мм.рт.ст.

*Пищеварительная система.* Губы и слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, чистые. Язык влажный, не обложен. Живот нормальной формы, не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, передняя брюшная стенка при поверхностной пальпации не напряжена, безболезненна. При глубокой пальпации сигмовидная кишка определяется в виде плотного безболезненного, умеренно подвижного, эластичного тяжа диаметром около 2 см. Признаков раздражения брюшины нет. Пальпаторно печень определяется у края реберной дуги, поверхность гладкая, печёночный край закруглённый, ровный, мягкий, безболезненный. Перкуторно размеры печени соответствуют возрастной норме. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. Стул 1 раз в сутки, оформленный, коричневого цвета, без примесей. Дефекация безболезненна.

*Мочеполовая система*. Поясничная область безболезненна. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

*Нейро-эндокринная система.* Больная спокойна, общительна, адекватно ориентируется в пространстве и времени. Сон и чувствительность не нарушены. Дермографизм красный, нестойкий. Патологии со стороны желез внутренней секреции не обнаружено.

**VI. Предварительный диагноз.**

Аденовирусная инфекция, фолликулярная ангина.

**VII. План обследования больного.**

**1.** Общий анализ крови.

**2.** Общий анализ мочи.

**3.** ЭКГ.

**4.** Посев из зева и носа на BL и флору.

**5.** Вирусологическое исследование смывов из носоглотки.

**6.** Термометрия через 2 часа.

**7.** Анализ крови на сахар.

**VIII. Результаты лабораторного обследования.**

**1. Общий анализ крови (7.12.07 г.)**

*Эритроциты -* 4,0x1012/л

*Гемоглобин* - 129,2 г/л

*Лейкоциты*-15,3x109/л

*палочкоядерные*-9%

*сегментоядерные*-53%

*лимфоциты*-27%

*моноциты*-10%

*эозинофилы*-1%

*СОЭ*- 35мм/час

**2. Общий анализ крови (12.12.07 г.)**

*Лейкоциты*-7,3x109/л

*сегментоядерные*-11%

*лимфоциты*-27%

*моноциты*-1%

*эозинофилы*-1%

*СОЭ*- 23мм/час

**3. Общий анализ мочи (7.12.07 г.)**

*Цвет* –светло-жёлтый

*Удельный вес* -1017

*Эпителий* – плоский 1-2 в поле зрения

*Лейкоциты*- 9-10 в поле зрения.

**4. Общий анализ мочи (12.12.07 г.)**

*Цвет* –светло-жёлтый

*Удельный вес* -1020

*Эпителий* – плоский 1-2 в поле зрения

*Лейкоциты*- 3-4 в поле зрения.

*Слизь* - ++

**5. Анализ крови на сахар (7.12.07 г.)**

Сахар – 4,4 ммоль/л

**7. Смыв из носоглотки (6.12.07 г.)**

Заключение: выявлено – адено+Rs.

**8. Посев со слизистой носа и зева на BL (8.12.07 г.)**

Заключение: патогенной флоры не выявлено.

**9. Посев со слизистой носа и зева на флору (10.12.07 г.)**

Заключение: St. аureus, грибы.

**IX. Дифференциальный диагноз.**

Дифференциальный диагноз при аденовирусной инфекции можно проводить с многими заболеваниями инфекционной и неинфекционной природы, такими как грипп, парагрипп, респираторно-синцитиальная инфекция, инфекционный мононуклеоз, дифтерия зева, грибковые ангины, скарлатинозная ангина, листериозная ангина, герпетическая ангина, туляремия, химический ожог полости рта.

Общим для аденовирусной инфекции и гриппа являются: острое начало заболевания, повышение температуры до 38-39 0С, признаки общей интоксикации, сухой кашель, заложенность носа, гиперемия слизистой оболочки зева. Но, в отличие от аденовирусной инфекции, при гриппе наблюдается сильный озноб, гиперемия лица и шеи, одутловатость лица, инъецированность сосудов склер, зернистость мягкого нёба, герпетическая сыпь на губах и крыльях носа, гипотензия, геморрагический синдром.

Общим для аденовирусной инфекции и инфекционного мононуклеоза являются: острое начало заболевания, повышение температуры до 38-39 0С, признаки общей интоксикации, сухой кашель, затруднение носового дыхания, гиперемия слизистой оболочки зева, гиперемия и отёчность миндалин, беловато-жёлтые шероховатые, легко снимающиеся налёты, гиперплазия лимфатических узлов. Но, в отличие от аденовирусной инфекции, при инфекционном мононуклеозе наблюдаются гепатоспленомегалия, иктеричность кожи, склер, сыпь (пятнисто-папулёзная, геморрагическая, по типу потницы), в периферической крови встречаются миелоциты и появляются типичные мононуклеары.

Общим для аденовирусной инфекции и дифтерии глотки являются: общее недомогание, повышение температуры до 38-39 0С, признаки общей интоксикации, боли при глотании, гиперемия слизистой оболочки зева, гиперемия и отёчность миндалин, серовато-белые налёты на миндалинах, увеличение регионарных лимфатических узлов. Но, в отличие от аденовирусной инфекции, при дифтерии температура может нормализоваться без лечения при сохранении местных проявлений, плёнки гладкие, с перламутровым блеском и чётко очерченными краями, трудно снимаются, обнажая кровоточащую поверхность.

Общим для аденовирусной инфекции и листериозной ангины являются: острое начало заболевания, повышение температуры до 38-39 0С, признаки общей интоксикации, кашель, насморк, гиперемия слизистой оболочки зева, гиперемия и отёчность миндалин, белые точечные или плёнчатые налёты, гиперплазия регионарных лимфатических узлов. Но, в отличие от аденовирусной инфекции, при листериозной ангине отмечаются гепатоспленомегалия, гиперемия лица, коньюктивит, полиморфная сыпь, менингеальная сыпь, поражения миндалин носят язвенный характер, в периферической крови повышается количество мононуклеаров.

**X. Обоснование окончательного диагноза.**

На основании:

1. Жалоб больной на:

- насморк;

- сухой кашель;

- повышение температуры до высоких цифр;

- обложенность миндалин гнойным налётом;

- общую слабость;

- снижение аппетита;

2. Анамнеза заболевания:

- острое начало;

- одновременная выраженность респираторного и интоксикационного синдрома;

3. Эпидемиологического анамнеза:

- мать пациентки связывает данное заболевание с посещением ребёнком детского сада;

4. Лабораторно-инструментальных обследований больной:

- нейтрофильного лейкоцитоза, повышение СОЭ, выявление при исследовании смыва из носоглотки адено- и Rs-вирусов, обнаружение при посеве налёта с миндалин золотистого стафилококка;

5. Проведенного дифференциального диагноза

выставлен окончательный диагноз - *Аденовирусная инфекция, фолликулярная ангина.*

**XI. Лечение и профилактика.**

Лечение больной:

1. Стационарный режим.
2. Диета № , обильное питьё.
3. Этиотропная терапия:

- антибиотики пенициллинового ряда (антистафилакокковые пенициллины)

Rp.: Oxacillini 0,25

D.t.d.№ 30 in amp.

S. Вводить внутримышечно по 1 ампуле 4 раза в сутки (курс ле-

чения 7 дней)

Патогенетическая терапия:

- противокашлевые препараты

Rp.: Tussin plus 100,0

D. S. Принимать по 0,5 чайной ложки 4 раза в день.

- противовоспалительные и жаропонижающие средства

Rp.: Ibuprofeni 100,0

D. S. Принимать внутрь по 6,5 мл 3 раза в день.

- антигистаминные препараты

Rp.: Claritini 0,01

D.t.d.№ 10 in tab.

S. Принимать внутрь по 0,5 таблетки раз в сутки.

- витаминные препараты

Rp.: Drag. Vit. C 0,05

D.t.d. № 50

S. Принимать внутрь по 1 драже 1 раз в день.

Для профилактики аденовирусной инфекции целесообразно использование интерферона, в качестве специфической профилактики используется применение вакцин. Больных необходимо изолировать на весь период болезни, в очагах инфекции проводить дезинфекцию, в помещении, где находится больной, также необходимо проводить текущую и заключительную дезинфекцию, регулярно проветривать помещение.

Куратор