**Гродненский государственный медицинский университет**

**Кафедра инфекционных болезней**

Заведующий кафедрой : доцент, д. м. н. Матиевская Н. В. Преподаватель : ассистент Хильманович А.П.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного:

Возраст: 16.12.2015 (3 года)

Адрес:

Дата поступления: 09.03.2019

Клинический диагноз:

Основной: Острая респираторная инфекция средней степени тяжести (острый ларингофарингит)

Сопутствующие заболевания: Афтозный стоматит. Кандидоз слизистых ротовой полости

Осложнения: нет

Куратор: Карпук Светлана Леонтьевна, 4 курс, лечебный факультет,

21 группа

Время курации: 14.03.2019 – 15.03.2019

Гродно 2019

**I. Жалобы:**

*при поступлении, со слов отца,* на повышение температуры до 390С, боль в горле, редкий сухой кашель, отказ от приёма пищи, снижение диуреза, вялость;

*на момент курации,* *со слов отца,* на сухой кашель, который стал значительно реже, чем при посуплении;

**II. Анамнез заболевания:**

Заболел, со слов отца, 06.03, когда температура тела поднялась до 390С, появилась незначительная боль в горле при глотании и редкий сухой кашель (покашливал). 07.03 обратились за медицинской помощью к участковому педиатру, было назначено лечение. 08.03 ребёнок отказался от еды и питья, температура тела достигала 390С, назначенное лечение не имело терапевтического эффекта. 09.03 отмечалось снижение диуреза, нарастание симптомов заболевания, температура тела до 39,50С. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, которой ребёнок с отцом были доставлены в УЗ «ГОИКБ», госпитализирован.

На момент поступления в стационар объективно было выявлено повышение температуры до 37,40С, сухой кашель, гиперемированный зев, гипертрофированные рыхлые миндалины, на слизистой оболочке ротовой полости мелкие изъязвления, дёсны отёчные, гиперемированные, язык обложен белым налётом, аускультативно в лёгких выслушивается жестковатое дыхание.

За время пребывания в стационаре, состояние пациента улучшилось: температура тела в пределах нормы, зев умеренно гиперемирован, слизистая оболочка ротовой полости чистая, аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, кашель беспокоит значительно реже, аппетит повысился, диурез пришёл в норму.

**III. Эпидемиологический анамнез**

У сестры имеются клинические проявления ОРИ (сухой кашель, боль в горле, осиплость голоса, повышение температуры до субфебрильных цифр).

**IV. Анамнез жизни**

Родился от II беременности без осложнений вторых срочных родов в 40 недель, с весом 4100 г и ростом 54 см. Выписан на пятые сутки. Грудное вскармливание до трёх месяцев. Привит по календарю прививок РБ.

Условия быта: удовлетворительные.

Перенесённые заболевания: редкие ОРИ.

Трансфузиологический анамнез и операции отсутствуют.

Аллергологический анамнез: не отягощён.

Наследственный анамнез не отягощён.

 **V. Результаты объективного осмотра больного:**

*Общее состояние*. Средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Состояние психики, настроение: капризное. Температура тела 36,8 °С. Рост 100 см, вес 14 кг, телосложение правильное, подкожная жировая клетчатка выражена умеренно Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледно-розовые (за исключением ротовой полости). Отеки, пастозность отсутствуют. Подчелюстные, шейные лимфатические узлы увеличены, эластичные, безболезненные, в диаметре до 0,5см. Костно-мышечная система без патологических изменений.

 *Сердечно-сосудистая система*. Пульс 124 уд/мин, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения, равномерный, одинаковый на обеих руках,. АД 90\70 мм.рт.ст. на обеих руках. Перкуторно: границы сердца не расширены. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, патологические шумы не прослушиваются.

*Органы дыхания*. Грудная клетка нормальная, симметричная, деформации отсутствуют. Лопатки расположены симметрично. Обе половины грудной клетки в акте дыхания участвуют равномерно, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Число дыханий 24 в минуту. Перкуторно: звук ясный, легочной. Аускультативно: выслушивается жестковатое дыхание преимущественно в нижних отделах лёгких. Крепитация, хрипы и шум трения плевры отсутствуют.

*Органы пищеварения*. Язык влажный, обложен белым налётом. Зев гиперемирован, нёбные миндалины гипертрофированы, отёчны. На слизистой оболочке щёк, нёбных дужках, языке мелкие изъязвления, покрытые желтовато-серым фибринозным экссудатом (афты), дёсны гиперемированы, отёчны. Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации. Перистальтика кишечника обычна. Печень и селезенка не увеличены. Желчный пузырь не определяется. Перитониальные симптомы отсутствуют. Стул 2 раз в сутки, нарушений стула не отмечается. Кал оформленный, темно-коричневого цвета, без патологических примесей.

*Мочевыводящая и половая система*. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Нарушений мочеиспускания отсутствуют. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвета. Симптом поколачивания» с обеих сторон отрицательный.

*Нервная система*. Менингеальные симптомы отсутствуют. На звуковые раздражители реагирует.

 **VI. Предварительный диагноз:**

*Основной*: Острая респираторная инфекция средней степени тяжести (острый ларингофарингит)

*Сопутствующие заболевания*: Афтозный стоматит. Кандидоз слизистых ротовой полости

*Осложнения*: нет

 **VII. План обследования больного:**

Для подтверждения предварительного и установления клинического диагноза необходимы:

1. Общий анализ крови
2. Глюкоза крови
3. Биохимический анализ крови
4. Общий анализ мочи
5. Бактериологический посев из слизистой зева
6. Рентгенография ОГК

 **VIII. Данные лабораторных исследований:**

*Общий анализ крови от 09.03.2019г.*

Эритроциты – 4.91 х 1012/л

Гемоглобин – 126 г/л

Гематокрит – 36.1 %
Среднее содержание гемоглобина – 25.7 пг
Средний объём эритроцита – 73.5фл

Лейкоциты – 7,3 х 109/л, из них:

Нейтрофилы палочкоядерные - 1%

Нейтрофилы сегментоядерные - 33%

Лимфоциты - 58%

Моноциты - 8%

Тромбоциты – 233 х 109/л

СОЭ - 7 мм/ч

Заключение: лимфоцитоз

 *Глюкоза крови от 09.03.2019г.*

Глюкоза крови – 2,8 ммоль/л

Заключение: гипогликемия

*Рентгенологическое исследование ОГК от 11.03.2019*

На Р-грамме ОГК в прямой проекции на момент обследования на видимых участках легочные поля с усиленным легочным рисунком в нижних отделах, без очаговых и инфильтративных теней. Корни не расширены, левый – частично прикрыт тенью сердца. Диафрагма расположена обычно, видимые части синусов без особенностей. Сердце не расширено в поперечнике.

*Общий анализ мочи от 12.02.2019*

Цвет: соломенно-желтый

Мутность: прозрачный

Реакция: 5.0 рН

Относительная плотность: 1017

Белок: нет

Глюкоза: отрицательно

Эпителий плоский: 0-1 в п/зр

Лейкоциты: 2-3 в п/зр

Слизь: ++

Заключение: норма

 *Глюкоза крови от 13.03.2019г.*

Глюкоза крови – 3,5 ммоль/л

Заключение: норма

**IX. Дифференциальный диагноз:**

ОРИ необходимо дифференцировать с гриппом, энтеровирусной инфекцией, респираторно-синцитиальной инфекцией, менингококковым назофарингитом, пневмонией.

1. Грипп.
Общие признаки: острое начало заболевания, повышение температуры тела (в зависимости от степени тяжести заболевания), интоксикация, катаральные симптомы (гиперемия мягкого нёба и задней стенки глотки), респираторные симптомы (поражение гортани, трахеи, сухой кашель, ринит). Однако грипп зачастую имеет более тяжёлое течение, динамично нарастает сегментарное поражение лёгких, может проявляться абдоминальный синдром (боли в животе, диарея), проявление признаков энцефалопатии (судорожные припадки, галлюцинации). При ОРИ чаще выявляется поражение отдельных отделов респираторного тракта.
2. Энтеровирусная инфекция.
Общие признаки : острое начало, лихорадка, выраженный симптом интоксикации, боль в горле при глотании, увеличение подчелюстных лимфоузлов. Однако энтеровирусная инфекция чаще регистрируется в виде вспышек в летнее время, интоксикационный синдром сопутствуется отсутствием катаральных симптомов со стороны верхних дыхательных путей, характерны сильные боли в мышцах, пятнисто-папулёзная сыпь на коже, абдоминальный синдром (боли в животе, рвота, диарея).
3. Респираторно-синцитиальная инфекция.
Общие признаки: острое начало заболевания, наличие интоксикации организма, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, катаральные изменения в виде ринита, умеренной гиперемии мягкого нёба, дужек, сухой кашель. Однако, при РС-инфекции, интоксикация организма слабее, редко поражается задняя стенка глотки, наблюдается тяжёлое поражение нижних отделов дыхательных путей, в особенности – бронхиол, приступобразный кашель «коклюшеподобный», выслушиваются рассеянные хрипы, жёсткое дыхание.
4. Менингококковый назофарингит.

Общие признаки: острое начало заболевания, субфебрильная температура тела, боль в горле, сухой кашель, интоксикационный синдром, характерна гиперемия и отёк задней стенки глотки, гипертрофия лимфоидных фолликулов. Однако при ОРИ более выражены симптомы поражения верхних дыхательных путей, а при менингококковом назофарингите, мы увидим характерные изменения при бактериоскопических, бактериологических и серологических методов исследования, требующихся для подтверждения диагноза.

1. Пневмония.

Общие признаки : острое начало, повышение температуры, наличие кашля, интоксикационный синдром. Однако, при пневмонии характерно отсутствие катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, характерная аускультативная картина (влажные хрипы, крепитация), наличие инфильтрата в ткани лёгких на рентгенограмме ОГК.

**X. Обоснование клинического диагноза:**

На основании:

* Жалоб, со слов отца, на повышение температуры до 390С, боль в

 горле, редкий сухой кашель, отказ от приёма пищи, снижение диуреза, вялость;

* анамнеза заболевания: острое начало, прогрессирующее течение, положительная динамика;
* эпидемиологического анамнеза: у сестры имеются клинические проявления ОРИ;
* результатов объективного осмотра: состояние средней степени тяжести, подчелюстные, шейные лимфатические узлы увеличены, эластичные, безболезненные, в диаметре до 0,5см, выслушивается жестковатое дыхание преимущественно в нижних отделах лёгких, зев гиперемирован, нёбные миндалины гипертрофированы, отёчны, на слизистой оболочке щёк, нёбных дужках, языке мелкие изъязвления, покрытые желтовато-серым фибринозным экссудатом (афты), дёсны гиперемированы, отёчны, язык обложен белым налётом;
* данных лабораторных исследований: лимфоцитоз в ОАК (09.03.2019), усиление легочного рисунка в нижних отделах, без очаговых и инфильтративных теней на рентгенологическом исследовании ОГК (13.03.2019);
* проведенного дифференциального диагноза;

Был выставлен диагноз: J06 Острая респираторная инфекция средней степени тяжести (острый ларингофарингит) – основной; Афтозный стоматит. Кандидоз слизистых ротовой полости – сопутствующий.

**XI. Лечение и профилактика:**

Необходимо назначить боксовый режим, с целью изоляции пациента.

Диета: стол Б.

С целью регидратации: обильное теплое питье;

1. С целью дезинтоксикации: 1. р-р глюкоза 10%-300,0; 2. NaCl 0,9%-350,0 внутривенно капельно
2. С целью санации слизистой зева: йодинол, местно, обработка слизистой зева 3 раза в сутки;
3. С противовирусной целью: ацикловир 200мг, внутрь по 1 таблетке 5 раз в день;
4. С жаропонижающей смесью: литическая смесь (раствор анальгина 50% - 0,3 + раствор димедрола 1% - 0,3) внутримышечно, при температуре выше 38,5;
5. Противогрибковый препарат, с целью этиотропного лечения: флуконазол 50мг, внутрь по 1 капсуле, 1 раз в день;
6. Противопротозойное антибактериальное средство, с антисептической целью: фурацилин, полоскать рот, 6 раз в день;
7. Физиотерапевтическое лечение: биоптрон полости рта, ингаляции с физ. раствором;
8. Профилактика заключается в укреплении иммунитета организма (режим питания, сна, регулярные прогулки на свежем воздухе, закаливание), ограничение контакта с носителями инфекции.

**XII. Дневник:**

14.03.2019:

Общее состояние средней степени тяжести.

Жалобы на кашель, но уже намного реже, нежели в разгар заболевания. На осмотр реагирует капризно. Сон и аппетит в норме.

Температура тела на момент осмотра 36,8. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. Зев – умеренно гиперемирован, нёбные миндалины незначительно увеличены, на слизистой щёк, нёбных дужках, языке – афты, дёсны гиперемированы. Подчелюстные лимфоузлы увеличены в диаметре до 0,5 см. Тургор тканей удовлетворительный. Язык обложен бледным налётом. Дыхание через нос свободное. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыханий 26 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 126 в мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный не вздут. Стул в норме. Диурез в норме.

15.03.2019:

Общее состояние удовлетворительное.

Жалобы на кашель, но уже намного реже. На осмотр реагирует спокойно. Сон и аппетит в норме.

Температура тела на момент осмотра 36,6. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. Зев – унезначительно гиперемирован, на слизистой щёк, нёбных дужках, языке – афты эпителизированы. Подчелюстные лимфоузлы незначительно увеличены. Тургор тканей удовлетворительный. Язык влажный, чистый. Дыхание через нос свободное. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыханий 24 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 120 в мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный не вздут. Стул в норме. Диурез в норме.

**XIII. Литература:**

1. Инфекционные болезни и профилактика внутрибольничных инфекций. Под редакцией В.М.Цыркунова
2. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: Руководство для врачей/ Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П. – Л.: Медицина , 1991. – 336с.
3. Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней/ В.И. Комар, А.А. Самсон, И.В. Юркевич. – Минск : Выш. Шк., 2010. – 226с.
4. Интернет источники.