Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Зав. кафедрой: профессор Цыркунов В. М.

Преподаватель: ассистент Жмакин Д.А.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Ф.И.О.:

Возраст: 19 лет

Адрес:

Место работы: Облсельстрой, формовщик

Дата поступления: 11.12.2007 г.

Клинический диагноз:

 основной – аденовирусная инфекция

 сопутствующие заболевания ---------

 осложнения – лакунарная ангина

Куратор: студентка 4 курса 9 группы

 педиатрического факультета

 Шевчук Алеся Ивановна

Время курации: 12.12.2007-14.12.2007 г.

Гродно 2007

1. **Жалобы.**

**При поступлении:** на повышение температуры до 40 0С, общую слабость, снижение аппетита, насморк, боль в горле, редкий влажный кашель.

**На момент курации:** жалобы на повышение температуры до субфебрильных цифр, общую слабость, насморк, боль в горле, редкий влажный кашель.

**II. Анамнез заболевания.**

Заболевание началось остро 10.11.2007 г., когда появился насморк, влажный кашель, повышение температуры до 38 0С. Пациент вызвал на дом участкового терапевта, которым был направлен в Гродненскую областную инфекционную клиническую больницу. До момента курации состояние пациента осталось прежним.

**III. Эпидемиологический анамнез.**

 Контакты с инфекционными больными в домашнем и рабочем коллективах отрицает.

Проживает в благоустроенной квартире.

Выезд в течение последних месяцев за пределы места проживания отрицает, медицинские исследования и вмешательства за последние полгода отрицает. Гемотрансфузий не было.

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

 Родился пациент в срок. В умственном и физическом развитии больной от сверстников не отставал. Детский сад пациент не посещал. В семилетнем возрасте пошёл в школу, по окончании которой работает формовщиком в Облсельстрое. Пациент отмечает вредные условия работы (постоянное нахождение на сквозняке).

 Вредные привычки: курение.

 Перенесённые заболевания: ветряная оспа, ОРВИ.

 Аллергологический анамнез отягощён- диспепсические расстройства при приёме эритромицина.

**V. Результаты объективного осмотра больного.**

Состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное. Положение активное, реакция на окружающих адекватная. Рост 182 см, вес 76 кг. Телосложение астеническое.

*Кожа* чистая, бледно-розового цвета. Тургор, влажность и эластичность сохранены. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, равномерно распределена по всему телу. Периферические лимфоузлы: увеличены подчелюстные лимфатические узлы.

*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 затруднено, из носовых ходов- серозно-слизистое отделяемое. Голос охриплый. Слизистая оболочка зева гиперемирована. Нёбные миндалины увеличены, гиперемированы, рыхлые, с гнойным налётом в лакунах. 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 нормы. Аускультативно: над всей поверхностью лёгких везикулярное дыхание. Частота дыхания 20 дыхательных движений в минуту.

*Сердечно-сосудистая система.* Верхушечный толчок не визуализируется, пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, средней силы и высоты. Перкуторно: абсолютная и относительная сердечная тупости в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, частота 110 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст.

*Пищеварительная система.* Губы и слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, чистые. Язык влажный, обложен серым налётом. 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 3 см. Признаков раздражения брюшины нет. Пальпаторно печень не выступает из-под края реберной дуги, поверхность гладкая, печёночный край закруглённый, ровный, мягкий, безболезненный. Перкуторно размеры печени соответствуют 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.* Больной спокоен, общителен, 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, лакунарная 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 смыва из носоглотки.

**6.** Термометрия через 2 часа.

**7.** Анализ крови на сахар.

**8.**  Анализ крови на RW.

**VIII. Результаты лабораторного обследования.**

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

*Эритроциты - 5,22*x1012/л

 *Гемоглобин* - 178,8 г/л

*Лейкоциты*-16,3x109/л

 *сегментоядерные*-84%

 *лимфоциты*-13%

 *моноциты*-2%

 *базофилы* - 1%

*СОЭ*- 20мм/час

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

*Цвет* – жёлтый

*Прозрачность* – слегка мутная

*Реакция* - нейтральная

 *Удельный вес* -1028

*Эпителий* – плоский 0-1 в поле зрения

*Лейкоциты*- 0-1 в поле зрения.

**3. Анализ крови на сахар (12.12.07 г.)**

Сахар – 4,8 ммоль/л

**4. Посев со слизистой носа и зева на BL и на флору (11.12.07 г.)**

Заключение: патогенной флоры не выявлено.

**5. ЭКГ (12.12.07 г.)**

Заключение: синусовая тахикардия, нормальное положение ЭОС.

**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, кашель, першение в горле, осиплость голоса, заложенность носа

 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 больного на:

- насморк;

- влажный кашель;

- повышение температуры до высоких цифр;

- боль в горле;

- общую слабость;

- снижение аппетита;

2. Анамнеза заболевания:

- острое начало;

- одновременная выраженность респираторного и интоксикационного синдрома;

3. Анамнеза жизни:

- вредные условия труда;

 4. Результатов объективного осмотра:

 - гиперемия слизистой оболочки зева и миндалин;

 - рыхлость и увеличение миндалин, гнойный налёт в лакунах;

 - увеличение подчелюстных лимфатических узлов;

5. Лабораторно-инструментальных обследований больного:

- нейтрофильного лейкоцитоза, повышение СОЭ;

6. Проведенного дифференциального диагноза

выставлен окончательный диагноз - *Аденовирусная инфекция, лакунарная*

 *ангина.*

**XI. Лечение и профилактика.**

Лечение больного:

1. Стационарный режим.
2. Молочно-растительная диета, обильное питьё.
3. Этиотропная терапия:

 - антибиотики цефалоспоринового ряда

Rp.: Сefotaximi 2,0

 D.t.d.№ 20

 S. Вводить внутримышечно по 2 грамма 3 раза в сутки (курс ле-

 чения 7 дней)

 Патогенетическая терапия:

 - противокашлевые препараты

Rp.: Anginal 30,0

 D. S. По 2-3 дозы (ингаляции) до 8 раз в сутки.

 - противовоспалительные и жаропонижающие средства

 Rp.: Ibuprofeni 0,2

 D.t.d. № 20 in tab.

 S. Принимать внутрь по 1 таблетке 4 раза в день.

 - антигистаминные препараты

 Rp.: Claritini 0,01

 D.t.d.№ 10 in tab.

 S. Принимать внутрь по 1 таблетке раз в сутки.

 - витаминные препараты

 Rp.: Drag. Vit. C 0,1

 D.t.d. № 50

 S. Принимать внутрь по 2 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