**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:**

Дата заболевания: 9.03.2013

Дата поступления в стационар: 11.03.2013

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 1 год 10 месяцев (30.04.2011).

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, профессия: домашний

Диагноз направившего учреждения: аденовирусная инфекция, острый ринофарингит.

Клинический диагноз (основной): Аденовирусная инфекция. Фарингит средней степени тяжести, острый ляринготрахеит. ДН0-1.

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО:**

Жалобы больного при поступлении: Предъявляет жалобы на одышку, осиплость голоса, лающий кашель, на повышение температуры 38,3С.

Жалобы больного на момент курации 12.03.2013: На температуру 38,0 С, кашель.

**АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

Ребёнок болен с 09.03.2013г., когда появилась температура (38,7). Мать давала ибупрофен. 10.03.2013г. температура поднялась до 38,90С, лающий кашель. Мать давала ибупрофен. 11.03.2013. появилась осиплость голоса, температура поднялась до 39,7. Мама ребёнка вызвала скорую помощь, откуда ребенок был доставлен в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

На момент поступления: Предъявляет жалобы на одышку, осиплость голоса, лающий кашель, на повышение температуры 38,3С. Состояние средней степени тяжести: настроение подавленное. Температура тела - 38,3. Пульс – 110 ударов/мин. ЧД – 40/мин. Зев отечен, гиперемирован. Миндалины гипертрофированы, рыхлые, кожные покровы бледные, лицо пациента одутловатое.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:**

Возможным источником инфекции является 4 летняя старшая сестра, которая посещает детский сад. 06.03.2013 у нее появились признаки катарального синдрома, повышение температуры тела до 38,2 лечилась амбулаторно после чего температура нормализовалась. Предположительный механизм заражения – аэрогенный (воздушно-капельным путём). Со слов матери, аналогичные случаи заболевания были в детском саду, который посещает старший ребёнок.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ:**

Ребёнок родился 30.04.2011 второй в семье по счету, от второй беременности в сроке 38 недель. Антенатальный период без особенностей. Беременность протекала благополучно. Родился в срок, роды протекали нормально, закричал сразу (крик громкий). Отпадение пупка – на 4 сутки. Желтухи не отмечалось. Пупочная ранка не мокла. Выписаны из родильного дома на 5 сутки. Масса тела при рождении 3400. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не отягощена. Ребёнок привит по общему плану, в срок.

 Рос и развивался соответственно возрасту (сидеть начал в 6 месяцев, стоять в 9 месяцев, самостоятельно ходить в 1 год.). Первый прикорм введен в 5 месяцев в виде безглютеиновых каш. В 5 месяцев появился первый зуб, к году зубов стало 8. В физическом и психическом развитии не отстает от сверстников. Травм, переломов и оперативных вмешательств не было.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные – живут в отдельной 2-комнатной квартире. Туберкулез, вирусный гепатит, сифилис, ВИЧ - инфекцию родители у себя и ближайших родственников отрицают.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО:**

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Состояние психики: спокойное.

Телосложение правильное, питание хорошее, отклонений в росте и физическом развитии нет. Подкожная клетчатка развита умеренно.

Кожный покров чистый, бледноватый. Слизистая оболочка полости рта влажная, зев гиперемирован. Тургор тканей и влажность удовлетворительные. Конъюнктивы нормальной влажности и цвета, без отёка и гиперемии.

Лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Щитовидная железа не увеличена.

Патологии со стороны костно-мышечно-суставного аппарата не выявлено.

**Дыхательная система:**

Дыхание через нос затруднено. Голос осиплый. Кашель редкий, влажный, с небольшим количеством жидкой бесцветной мокроты. Наличие одышки инспираторного характера.

Внешнее дыхание затруднено, частота дыхательных движений - 35 в мин. Дыхание шумное, средней глубины, ритмичное, учащено. При перкуссии над всеми легочными полями определяется ясный легочной звук. При аускультации дыхание над лёгкими жёсткое.

**Сердечно сосудистая система:**

Верхушечный толчок определяется в 4 межреберье на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Перкуторно границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 101 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

**Желудочно-кишечный тракт:**

Слизистая оболочка полости рта влажная, розовая, зев гиперемирован, миндалины рыхлые, отечные, гипертрофированные, налётов и изъязвлений на них нет. Язык влажный, не обложен. Глотание свободное. Живот обычной формы, слегка вздут, обе его половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Перкуторно нижний край печени определяется по правой среднеключичной линии на уровне нижнего края рёберной дуги. При пальпации край печени эластичный, гладкий, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Напряжение передней брюшной стенки отсутствует.

Стул регулярный (2 раза в день), оформленный, без патологических примесей. Рвоты не было.

**Мочеполовая система:**

Мочеиспускание произвольное, безболезненное, около 6 раз в сутки. Моча светло-жёлтого цвета. Боли в поясничной области отсутствуют, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Психоневрологический статус:**

 Сознание ясное. Ребенок активный. Очаговой неврологической симптоматики не обнаружено. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудинского верхний, нижний) отрицательные. Скованности не отмечается. Параличей и парезов нет. Мышечная атрофия не отмечается. Сухожильные рефлексы одинаковы с обеих сторон.. Зрачки одинаковы по форме и величине. Чувствительность кожи не нарушена. Поведение спокойное, эмоции сдержаны.

**Обоснование предварительного диагноза:**

На основании жалоб больного (со слов матери), данных эпидемиологического анамнеза, анамнеза заболевания, данных объективного обследования можно выставить предварительный диагноз: аденовирусная инфекция. Фарингит средней степени тяжести, острый ляринготрахеит .ДН0-1.

**План обследования:**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Мазок из носа на метод прямой иммунофлюоресценции для обнаружения антигенов вируса аденовируса.
4. Анализ кала на яйца гельминтов.
5. Соскоб на энтеробиоз.
6. Рентгенография органов грудной клетки.
7. Биохимический анализ крови ( глюкоза, мочевина).
8. Консультация ЛОР-врача

**План лечения:**

1. Режим палатный.
2. Стол Б
3. Этиотропная терапия: не показана
4. Патогенетическая:

1)Детоксикация:

 Rp: Sol. Glucosae 5% - 200ml

Sol. Ringeri – 200ml

D.S. вводить внутривенно инфузионно со скоростью 20 капель в мин.

2)Снижение отека носовых ходов и бронхов, улучшение проходимости бронхов, устранение дыхательной недостаточности:

Rp.: Sol. Glucоsae 10% - 200 ml

Sol. Ringeri – 200ml

Prednisoloni 0,025

Eufillini 2,4% - 2,0mg

D.S.вводить внутривенно капельно

3)Муколитик: Rp: Pulv.Ацецекс 0,05

D.S.внутрь по 3 раза в день, разводить с водой

4)В целях улучшения пищеварения: Rp: Caps. Креон 10000Ед

D.S. по 3 раза в день во время еды

5)Для улучшения элиминации мокроты: массаж грудной клетки

5. Симптоматическая:

Rp: Sol. Papaverini 2% -0,2ml

Sol. Dimedroli 1% - 0,2 ml

D.S. в\м при повышении температуры выше 38,50С

Нафтизин по 1 капле в каждый носовой ход по показаниям.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Общий анализ крови от 12.03.2013г.

Эритроциты 4,6х10 /л Моноциты 2%

Гемоглобин 112 г/л Лимфоциты 40%

Цветной показатель0,83 Сегментоядерные47%

СОЭ 20 мм/ч Палочкоядерные 11%

Лейкоциты 5,3 /л Эозинофилы 1%

Общий анализ мочи от 12.03.2013

Цвет - светло-жёлтый Микроскопия осадка:

Прозрачность – полная лейкоциты 1 – 2 в поле зрения

Реакция – кислая

Удельный вес – 1006

Белок – нет

Глюкоза – отр.

Анализ кала на энтеробиоз от 12.03.2013. – не обнаружено.

Анализ кала на яйца гельминтов от 12.03.2013 – не обнаружено.

Rtg органов грудной клетки от 12.03.2013г.

Легочные поля: видимых очагов инфильтрации нет. Легочной рисунок обогащен, корни малоструктурированы. Синусы свободны. Сердце, аорта без патологии

Биохимическое исследование крови от 12.03.2013

Глюкоза 4,5ммоль/л

Мочевина 2,3ммоль/л

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА:**

На основании жалоб больного (на лающий кашель, t до 38,3, одышка, осиплость голоса), данных эпидемиологического анамнеза (заражение ребёнка от старшей сестры), анамнеза заболевания (острое начало, мать самостоятельно давала ибупрофен), данных объективного обследования (Затрудненное дыхание через носовую полость, обильные выделения, тахипное, жёсткое дыхание, Зев отечен, гиперемирован. Миндалины гипертрофированы, рыхлые. Кожные покровы бледные, лицо пациента одутловатое.) а также результатов лабораторно инструментальных исследований ( повышение СОЭ в ОАК) можно выставить клинический диагноз: аденовирусная инфекция. Фарингит средней степени тяжести, острый ляринготрахеит. ДН0-1. Осложнений нет. Сопутствующих заболеваний нет.

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ:**

**12.03.2013.**

Общее состояние пациента средней степени тяжести. Сохраняется влажный редкий кашель, гиперемия зева, заложенность носа. Слизистая полости рта влажная, розовая. Язык не обложен. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут. Печень у края рёберной дуги. Кожный покров бледно-розового цвета, чистый, нормальной влажности.

Лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Слизистая полости рта влажная, розовая. Язык не обложен. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут.

Т 38.0; ЧСС 101 в мин; ЧД 35 в мин.

Назначения:

D.S. вводить внутривенно инфузионно со скоростью 20 капель в мин.

Rp.: Sol. Glucоsae 10% - 200 ml

Sol. Ringeri – 200ml

Eufillini 2,4% - 2,0mg

D.S.вводить внутривенно капельно

При повышении температуры выше 38,5 0С Tab. Paracetamoli0.2.

Rp: Sol. Papaverini 2% -0,2ml

Sol. Dimedroli 1% - 0,2 ml

D.S. в\м при повышении температуры выше 38,50С

Массаж грудной клетки.

**13.03.2013.**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Сохраняется влажный редкий кашель, заложенность носа не беспокоит. Ребёнок активен. Кожный покров бледно-розового цвета, чистый, нормальной влажности. Лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены Слизистая полости рта влажная, розовая. Язык не обложен. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Стул оформлен, диурез в норме.

Т 37.1 ЧД – 32/мин; ЧСС – 100 ударов/мин;

Лечение продолжать.

**ЭПИКРИЗ:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 1 год, 10 мес., с 11.03.2013г. находится на лечении в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: аденовирусная инфекция, ДН0-I, острый ринофарингит, острый ларинготрахеит.

Во время нахождения в стационаре получал следующее лечение:

1. Режим палатный.
2. Стол Б
3. Этиотропная терапия: не показана
4. Патогенетическая:

1)Детоксикация:

 Rp: Sol. Glucosae 5% - 200ml

Sol. Ringeri – 200ml

D.S. вводить внутривенно инфузионно со скоростью 20 капель в мин.

2)Снижение отека носовых ходов и бронхов, улучшение проходимости бронхов, устранение дыхательной недостаточности:

Rp.: Sol. Glucоsae 10% - 200 ml

Sol. Ringeri – 200ml

Prednisoloni 0,025

Eufillini 2,4% - 2,0mg

D.S.вводить внутривенно капельно

3)Муколитик: Rp: Pulv.Ацецекс 0,05

D.S.внутрь по 3 раза в день, разводить с водой

4)В целях улучшения пищеварения: Rp: Caps. Креон 10000Ед

D.S. по 3 раза в день во время еды

5)Для улучшения элиминации мокроты: массаж грудной клетки

5. Симптоматическая:

Rp: Sol. Papaverini 2% -0,2ml

Sol. Dimedroli 1% - 0,2 ml

D.S. в\м при повышении температуры выше 38,50С

Нафтизин по 1 капле в каждый носовой ход по показаниям.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ:

Общий анализ крови от 12.03.2013г.

Эритроциты 4,6х10 /л Моноциты 2%

Гемоглобин 112 г/л Лимфоциты 40%

Цветной показатель0,83 Сегментоядерные47%

СОЭ 20 мм/ч Палочкоядерные 11%

Лейкоциты 5,3 /л Эозинофилы 1%

Общий анализ мочи от 12.03.2013

Цвет - светло-жёлтый Микроскопия осадка:

Прозрачность – полная лейкоциты 1 – 2 в поле зрения

Реакция – кислая

Удельный вес – 1006

Белок – нет

Глюкоза – отр.

Анализ кала на энтеробиоз от 12.03.2013. – не обнаружено.

Анализ кала на яйца гельминтов от 12.03.2013 – не обнаружено.

Rtg органов грудной клетки от 12.03.2013г.

Легочные поля: видимых очагов инфильтрации нет. Легочной рисунок обогащен, корни малоструктурированы. Синусы свободны. Сердце, аорта без патологии

Биохимическое исследование крови от 12.03.2013

Глюкоза 4,5ммоль/л

Мочевина 2,3ммоль/л

На фоне лечения наблюдалась положительная динамика. В связи с этим пациент был выписан 14.03.2013.

 Рекомендации после выписки:

1. Наблюдение у педиатра по месту жительства.
2. Приём поливитаминов.
3. Тепловые процедуры на область носа.