ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Дата заболевания: 13.11.2006

Дата поступления в стационар: 15.02.2013

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

Возраст (дата рождения): 1год 3 месяца (19.11.2011)

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

Место работы, профессия: домашний

Диагноз направившего учреждения: аденовирусная инфекция, острый обструктивный бронхит, острый ринофарингит, острый энтерит

Клинический диагноз (основной): аденовирусная инфекция средней степени тяжести, острый обструктивный бронхит, ДНI, острый ринофарингит, острый энтерит.

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Жалобы на частый кашель с отделением небольшого количества прозрачной мокроты; насморк, затрудненное носовое дыхание, одышку, повышенную температуру(до38,90С); жидкий стул до 5 раз в день. Вялость, беспокойный сон ребенка.

АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ребёнок болен с 11.02.2013г., когда появился насморк, сухой кашель, повысилась температура(до 37,20С). 12.02.2013г. температура поднялась до 39,50С, ребенку дали антибиотик (бабушка не помнит какой), после чего началось послабление стула(понос до 6 раз в день), которое продолжалось вплоть до 20.02. Мама ребёнка обратилась к участковому педиатру 12.02, был назначен кленбутерол, амброксол. На фоне лечения состояние ребёнка не улучшалось. 15.11.2013г. был направлен в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ после появления шумного свистящего дыхания и одышки, госпитализирован с бабушкой в Витебскую областную клиническую инфекционную больницу для уточнения диагноза и дальнейшего лечения.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Возможным источником инфекции является 4 летний старший брат ребенка, который посещает детский сад. 08.02.2013 у него появились признаки катарального синдрома, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, через 2 дня – диарея. Лечился вначале амбулаторно, затем в стационаре, был выписан 15.02.2013 клинически здоровым. 11.02.2013г. такие же симптомы появились у младшего ребёнка. Предположительный механизм заражения – аэрогенный (воздушно-капельным путём). Со слов бабушки, аналогичные случаи заболевания были в детском саду, который посещает старший ребёнок.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Ребёнок второй в семье по счету, от второй беременности. Беременность протекала благополучно. Родился в срок, роды протекали нормально. Массу тела при рождении бабушка не помнит. Рос и развивался нормально. Привит по возрасту. Из перенесенных заболеваний – острые респираторные инфекции. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не отягощена.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Общее состояние средней тяжести. Настроение хорошее, ребёнок активен, адекватен, сознание ясное.

Телосложение среднее, питание хорошее, отклонений в росте и физическом развитии нет. Подкожная клетчатка развита умеренно, болезненные узелки в ней отсутствуют.

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.

Дыхание через нос затруднено вследствие его заложенности. В носу - небольшое количество бесцветного слизистого отделяемого. Тембр голоса не изменён. Кашель редкий, влажный, с небольшим количеством жидкой бесцветной мокроты. Болуй в груди, одышки нет. Грудная клетка нормостенического типа, активно участвует в акте дыхания.

Внешнее дыхание затруднено, частота дыхательных движений - 36 в мин. Дыхание шумное, средней глубины, ритмичное, учащено. При перкуссии над всеми легочными полями определяется ясный легочной звук. При аускультации дыхание над лёгкими жёсткое, хрипы мелко- и среднепузырчатые в нижних долях обоих легких, шума трения плевры нет. Бронхофония одинакова на симметричных участках.

Верхушечный толчок определяется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Перкуторно границы сердца соответствуют возрастной норме. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 120 ударов в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Слизистая оболочка полости рта влажная, розовая, зев гиперемирован, налётов и изъязвлений 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.

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

Симптомов энцефалопатии, менингеальнах знаков и очаговой неврологической симптоматики нет.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб больного (на кашель с отделением небольшого количества прозрачной мокроты, насморк, t до 39,5, диарею), данных эпидемиологического анамнеза (заражение ребёнка от старшего брата), анамнеза заболевания (острое начало, постепенное развитие катарального, интоксикационного синдромов, энтерита ), данных объективного обследования (катаральные, интоксикационные явления, редкий влажный кашель с небольшим количеством прозрачной мокроты, затрудненное дыхание, одышка, жёсткое дыхание, мелкопузырчатые хрипы, фебрильная температура, диарея) можно выставить предварительный диагноз: аденовирусная инфекция, острый обструктивный бронхит, ДНI, острый ринофарингит, острый энтерит. Осложнений нет. Сопутствующих заболеваний нет.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

**План обследования**

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

**План лечения**

1. Режим палатный.
2. Стол №15.
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

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

*Общий анализ крови от 16.02.2013г.*

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%

*Биохимическое исследование крови:*

Глюкоза 4,5ммоль/л

Мочевина 2,3ммоль/л

*Общий анализ мочи от 18.02.2013*

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 18.02.* – не обнаружено.

*Анализ кала на яйца гельминтов от 18.02.* – не обнаружено.

*Микроскопическое исследование кала 18.02:*

Мышечные волокна: переваренные и непереваренные единичные в поле зрения

Растительная клетчатка: и неперев. 2-4 в поле зр.

Лейкоциты: 1-2 в поле зрения

Бактерии: 1

Слизь: 1

Яйца гельминтов: не обнаружены

Простейшие: не обнаружены

Мазок из носа на обнаружение АГ ротавируса: отрицательный

*Rtg органов грудной клетки от 16.02.2013г.*

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

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб больного(на кашель с отделением небольшого количества прозрачной мокроты, насморк, t до 39,5, диарею), данных эпидемиологического анамнеза (заражение ребёнка от старшего брата), анамнеза заболевания (острое начало, постепенное развитие катарального, интоксикационного синдромов, энтерита ), данных объективного обследования (катаральные, интоксикационные явления, редкий влажный кашель с небольшим количеством прозрачной мокроты, затрудненное дыхание, одышка, жёсткое дыхание, мелкопузырчатые хрипы, фебрильная температура, диарея), а также результатов лабораторно инструментальных исследований ( повышение СОЭ в ОАК) можно выставить клинический диагноз: аденовирусная инфекция средней степени тяжести, острый обструктивный бронхит, ДНI, острый ринофарингит, острый энтерит

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ

18.02.2013г.

Т 37,8; ЧСС 134 в мин; ЧД 40 в мин

Жалобы на влажный кашель, заложенность носа, диарею.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Ребёнок активен.

Кожный покров бледно-розового цвета, чистый, нормальной влажности.

Лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены.

Сохраняется заложенность носа, нечастый влажный кашель, мокрота жидкая, прозрачная. Слизистая полости рта влажная, розовая. Язык не обложен. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипы в нижних долях легких. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 112 ударов в минуту, удовлетворительных свойств.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, незначительно вздут. Печень у края рёберной дуги.

Стул жидкий, до 4 раз в сутки, диурез в норме.

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

Rp: Caps. Креон 10000Ед

D.S. по 3 раза в день во время еды

массаж грудной клетки

20.02.2013.

ЧД 32 в мин; ЧСС130 в мин;

Жалобы на редкий влажный кашель.

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Ребёнок активен.

Кожный покров бледно-розового цвета, чистый, нормальной влажности.

Лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены.

Сохраняется влажный редкий кашель, заложенность носа, диарея не беспокоит. Слизистая полости рта влажная, розовая. Язык не обложен. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 25 в минуту.

Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительных свойств.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги.

Стул оформлен, диурез в норме.

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

Rp: Caps. Креон 10000Ед

D.S. по 3 раза в день во время еды

массаж грудной клетки

ЭПИКРИЗ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1 год, 3 мес., с 15.02.2013г. находистя на лечении в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: аденовирусная инфекция, ДНI, острый ринофарингит, острый обструктивный бронхит, острый энтерит. При поступлении предъявлялись жалобы на наличие насморка, влажный кашель, лихорадку, жидкий стул. Из анамнеза известно, что заболел остро, после того, как заболел старший брат. Объективно отмечалась заложенность носа, имелось незначительное количество отделяемого из носа слизистого характера; влажный кашель с отделением небольшого количества жидкой бесцветной мокроты, над лёгкими – жёсткое дыхание, средне- и мелкопузырчатые хрипы. Общий анализ крови: повышение СОЭ, общий анализ мочи и другие лабораторно-инструментальные исследования без особенностей. Проводилось патогенетическое( дезинтоксикационная терапия, лечение дыхательной недостаточности, муколитики, массаж грудной клетки), симптоматическое лечение (литическая смесь). Состояние пациента улучшается, лечение эффективно. Ребенок продолжает лечение согласно назначениям лечащего врача. Прогноз благоприятный. Рекомендации после выписки:

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