#### Паспортные данные:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст. 4 года.

Год рождения. 1999 года 30 июня.

Место жительства. г. Барнаул,

Дата поступления. 19 сентября 2003 года.

Время курации. 22 сентября 2003 года.

Кем направлен: поступила по скорой помощи

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Хроническая ревматическая болезнь сердца, Острая респираторная вирусная инфекция, ринофарингит, гипертермический синдром, фебрильные судороги. Резидуальные явления перинатального поражения ЦНС.

###### Жалобы

При поступлении больная предъявляла жалобы на чувство першения в горле, насморк, высокую температуру тела (38,5 градусов Цельсия), однократные тонические судороги с потерей сознания после высокой температуры.

На момент курации больная жалоб не предъявляет.

# Anamnesis morbi

19 сентября 2003 года ребенок вел себя вяло: не играл в игрушки, не общался активно с родственниками. Вечером поднялась высокая температура, до 37-38 0С, затем до 38,20С. Появились тонические судороги, (ребенок «вытянулся»), с потерей сознания, без депрессии дыхательного центра, длительностью приблизительно 20 минут. Судороги купированы введением внутривенно реланиума. После судорог появилась однократная рвота. Родители связывают болезнь ребенка с пе-реохлаждением.

# Anamnesis vitae

Беременность первая, роды первые. Беременность протекало нормально. Роды начались в 38 недель, быстрые. Ребенок родился массой равной 2890 длиной 54 см, закричала сразу, к груди приложили на второй день. Пуповина отпала на третий день. Пупочная ранка зажила на третью неделю. Выписана на 4 день в удовлетворительном состоянии.

Прибавка в весе чрезмерная. В первом месяце прибавила 1200 гр. С 2 – 6 втором – 1000 гр. Во втором полугодие прибавка составляла в среднем 600 гр.

 В физическом развитии не отставала. Головку начала держать в 2 месяца, переворачиваться набок начала в 3 месяца, сидеть в 6 месяцев, стоять 8 месяцев, ходить в 10.

В психическом развитие также не отставала. Осознанно улыбаться начала в конце первого месяца, гулить стала в 3 месяца, начала произносить отдельные слоги в 6 месяцев, когда начала произносить слова, фразы мать не помнит. В обществе ребенок ведет себя общительно.

Грудное вскармливание длилось до 6 месяцев. Соки и тертое яблоко стала давать в 3 месяца в соотношении 30% / 70% соответственно. Прикармливать ребенка начала в 6 месяцев с параллельным введением искусственного питания.

Прививки проводились все строго по графику. При рождении ребенка (в первые 12 часов жизни) была проведена первая вакцинация против вирусного гепатита В. На 7 день была поставлена вакцинация против туберкулеза. В первый месяц первая вакцинация против вирусного гепатита В. В 3 месяца вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита. В 4.5 месяцев вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита. В 6 месяцев третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита. В 12 месяцев вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита. В 18 месяцев первая ревакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита. В 20 месяцев вторая ревакцинация против полиомиелита. Во время профилактических прививок патологических местных и системных реакций не наблюдалось. В течение первого года жизни ребенок каждый день получал витамин Д (500 ЕД).

 В два месяца у ребенка на щеках были высыпания (мама ребенка это связывает с потреблением шоколада).

Социальные условия в семье благоприятные (благоустроенная трехкомнатная квартира). Отец частный предприниматель своей фирмы, мать домохозяйка. Ребенок имеет отдельную комнату, обставленную детской мебелью.

Несмотря на удовлетворительное развитие девочки она находилась на диспансерном учете у невропатолога до двух лет (эписиндром). Первые судороги в 9 месяцев при высокой температуре, затем еще два раза при высокой температуре тела до 1,5 лет, получала финлипсин. Перенесла до двух лет частые ОРВИ затем два раза в год.

# Status praesens communis

Общий осмотр:

Общее состояние больной удовлетворительное. Положение больной в постели свободное. Сознание ясное. Выражение лица спокойное, поведение обычное, эмоции сдержаны. Осанка правильная, телосложение правильное, развитие пропорциональное.

Нервно-психический статус:

Чувствительность не нарушена, рефлексы (брюшные и сухожильные) положительны, не изменены, патологической рефлексии не выявлено. Менингиальных симптомов не обнаружено.

Исследование вегетативной НС: глоточные рефлексы без особенностей, корнеальные реакции зрачков на свет положительны с обеих сторон, дермографизм в пределах нормы.

Локомоторная функция без нарушений, поведение обычное, эмоции сдержаны.

Физическое развитие:

Масса тела: 21 кг

Рост: 91 см.

Физическое развитие соответствует полу и возрасту.

Кожа и слизистые оболочки:

 Кожные покровы бледные, сухие, эластичность в пределах нормы. Сыпи, очаговых изменений на коже не выявлено. Отеков не обнаружено. Волосы и ногти без видимых патологических изменений. Дермографизм розовый, 20 сек. Слизистая рта бледно-розовая, влажная, патологических изменений не выявлено.

Подкожно-жировой слой:

 ПЖК достаточно развита, развитие равномерное. Тургор мягких тканей упругий. Отёков и уплотнений мягких тканей не обнаружено.

Периферические лимфоузлы:

 Лимфатические узлы единичные, отмечается некоторое увеличение подчелюстных лимфоузлов. Консистенция плотно эластическая, подвижны, с соседними лимфоузлами и окружающими тканями не спаяны, безболезненны.

Опорно-двигательный аппарат и зубы:

Общее развитие мышечной системы нормальное, тонус и сила мышц не снижены.

Осанка больной правильная, развитие пропорциональное. Голова правильной формы, размеры соответствуют возрасту, деформаций костей нет, роднички закрыты.

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| з6 | з5 | з4 | з3 | з2 | з1 | з1 | з2 | з3 | з4 | з5 | З6 |
| 6з | 5з | 4з | 3з | 2з | 1з | 1з | 2з | 3з | 4З | 5з | 6з |

Форма грудной клетки правильная.

Конечности пропорциональной длины, ровные. Суставы без патологических отклонений.

Органы дыхания:

Цианоза не отмечается, одышки нет. Выделения из носа умеренные, слизистого характера. Частота дыхания 25 дд/мин, ритм правильный. Голос нормальный, не осипший. Кашля нет. Зев умеренно гиперемирован, без налётов, нёбные дужки без особенностей.

При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность не повышена, голосовое дрожание равномерное.

При сравнительной перкуссии отмечается легочной перкуторый звук во всех отделах.

При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких, ширина полей Кренига и границы легких соответствуют возрастным нормам.

Аускультативно: выслушивается пуэрильное дыхание по всем точкам, хрипы не выслушиваются. Шума трения плевры нет.

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре цианоза не выявлено, деформаций грудной клетки в области сердца нет, видимой пульсации сосудов не выявлено.

При пальпации: верхушечный толчок в 5 м.р. по среднеключичной линии умеренной силы, не разлитой, дрожаний нет. Пульс 110 уд/мин, правильный, ритмичный, мягкий, достаточного наполнения.

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости сердца |
| Правая | В IV межреберье у парастернальной линии  |
| Левая | В V межреберье у среднеключичной линии |
| Верхняя | В III межреберье слева по окологрудинной линии |

Конфигурация сердца нормальная. Сосудистый пучок не выходит за края грудины.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца четкие, ясные, звонкие. Шумов не выявлено.

ЧСС 110 уд/мин, артериальное давление 110/60 мм рт. ст.

Пищеварительная система:

Неприятного запаха изо рта нет, стул оформленный, регулярный, 3 раза в сутки.

При осмотре ротовой полости: язык влажный, розовый, с умеренным белым налетом, миндалины не увеличены, небные дужки без изменений. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен.

Живот не увеличен в размере, симметричен, в акте дыхания участвует. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Пальпаторно живот мягкий. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. При поверхностной пальпации областей болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области, не болезненна. Ободочная кишка безболезненна. Желудок не пальпируется. Селезенка не увеличена. При глубокой пальпации печени нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, плотноэластической консистенции, безболезненный.

Перкуторно размеры печени по Курлову в пределах нормы.

Селезенка безболезнена, нормальных размеров и локализации.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

Половые органы:

Половые органы сформированы правильно, соответственно возрасту.

# Результаты лабораторных

# и дополнительных исследований

* Общий анализ крови от 19.09.03:

Гемоглобин 113 г/л

Эритроциты 4,1x10¹²/л

Цветной показатель 0,9

СОЭ 8 мм/ч

Тромбоциты 270х109 /л

Лейкоциты 19,5х109 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | моно-циты |
| 1 | - | 0 | 0 | 12 | 56 | 26 | 5 |

* Общий клинический анализ мочи от 19.09.03:

Количество: 240 мл

Плотность: 1020 мг/л

Цвет: желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Белок: отрицательно

Лейкоциты: ед. в поле зрения

Эритроциты: 0 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: ед. в поле зрения

Слизь: -

Соли: оксалаты

**Клинический диагноз**

На основании жалоб больной на першение в горле, насморк можно предположить, что в патологический процесс вовлечена дыхательная система, а именно верхние дыхательные пути. На основании того, что при этом у больной отмечался судорожный синдром, можно предположить, что также в патологический процесс вовлечена нервная система.

Из анамнеза заболевания известно, что заболевание имело острое начало, имели место резкое повышение температуры тела (до +38,5 0 С), появление насморка и чувства першения в горле. Это свидетельствует об ОРВИ. Данный диагноз косвенно подтверждают данные лабораторного исследования от 19.09.03, где в общем анализе крови выявлен лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

При осмотре ротовой полости выявлена гиперемия миндалин, при пальпации подчелюстных лимфоузлов, последние умеренно увеличены, безболезненны, плотно-эластической консистенции, не спаяны с подлежащими тканями. Учитывая жалобы и анамнез заболевания, правомерно поставить диагноз ринофарингит.

В анамнезе заболевания имеется факт резкого повышения температуры тела больной до 38,5 С, на фоне чего у больной возникли тонические судороги. Таким образом, диагноз звучит: «Гипертермический синдром, фебрильные судороги».

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился в быстрых родах, периодически (1 раз в полгода), на фоне повышения температуры тела, возникаю судороги. Ребенок находился на Д-учете у невропатолога в первые 2 года жизни. Поэтому, ставим диагноз: «Резидуальные явления перинатального поражения ЦНС».

Таким образом, на основании предварительного диагноза и дополнительных методов обследования можно поставить клинический диагноз:

Острая респираторная вирусная инфекция, ринофарингит, гипертермический синдром, фебрильные судороги. Резидуальные явления перинатального поражения ЦНС.

**Дневник**

22.09.03.

Режим: свободный

Лечение:

Диета: стол № 15

Получает:

* Аспаркам ½ т. \* 3 раза в день.
* Димедрол 0,01 \* 2 раза в день.
* Финлепсин 1/3 т. 3 раза в день.
* Пенициллин 500000 ЕД \*3 р. В день с про-бой.

 При высокой тимпературе

* Анальгин 50-0,4
* Димедрол 1% -0,6.

Общее состояние больной удовлетворительное. Положение больной в постели свободное. Сознание ясное. Со стороны нервно – психической системы патологии не выявлено. Кожные покровы бледные, сухие, эластичность в пределах нормы. Сыпи, очаговых изменений на коже не выявлено. Отеков не обнаружено. Волосы и ногти без видимых патологических. Слизистая рта бледно-розовая, влажная, патологических изменений не выявлено. изменений. Отёков и уплотнений мягких тканей не обнаружено. Развитие пжк равномерное. Наблюдается некоторое увеличение подчелюстной, шейных по заднему краю кивательной мышцы лимфатических узлов. Лимфатические узлы подвижны с соседними тканями не спаяны. Со стороны опорно-двигательной системы патологии не выявлено. Дыхание носовое. Частота дыхания 25 дд/мин, ритм правильный. Голос не осипший. Кашля нет. Зев умеренно гипереми-рован, без налётов, нёбные дужки без особенностей. При перкуссии и аускультации органов дыхания патологии не выявлено. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. ЧСС 110 уд/мин, артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Язык влажный, розовый, с умеренным белым налетом, миндалины не увеличены, небные дужки без изменений. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен. Живот мягкий, спокойный учувствует в акте дыхания. Стул оформ-ленный, регулярный, 3 раза в сутки. Мочеиспускание 3-5 раз в сутки. Симптом поколачивания отрицательный.

Режим: свободный

Лечение:

Диета: стол № 15

Получает:

* Аспаркам ½ т. \* 3 раза в день.
* Димедрол 0,01 \* 2 раза в день.
* Финлепсин 1/3 т. 3 раза в день.
* Пенициллин 500000 ЕД \*3 р. В день с про-бой.

23.09.03.

 Общее состояние больной удовлетворительное. Положение больной в постели свободное. Сознание ясное. Со стороны нервно – психической системы патологии не выявлено. Кожные покровы бледные, сухие, эластичность в пределах нормы. Сыпи, очаговых изменений на коже не выявлено. Отеков не обнаружено. Волосы и ногти без видимых патологических. Слизистая рта бледно-розовая, влажная, патологических изменений не выявлено. изменений. Отёков и уплотнений мягких тканей не обнаружено. Развитие пжк равномерное. Наблюдается некоторое увеличение подчелюстный, шейных по заднему краю кивательной мышцы лимфатических узлов. Лимфатические узлы подвижны с соседними тканями не спаяны. Со стороны опорно-двигательной системы патологии не выявлено. Дыхание носовое. Частота дыхания 25 дд/мин, ритм правильный. Голос не осипший. Кашля нет. Зев умеренно гипереми-рован, без налётов, нёбные дужки без особенностей. При перкуссии и аускультации органов дыхания патологии не выявлено. Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. ЧСС 110 уд/мин, артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Язык влажный, розовый, с умеренным белым налетом, миндалины не увеличены, небные дужки без изменений. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен. Живот мягкий, спокойный учувствует в акте дыхания. Стул оформ-ленный, регулярный, 3 раза в сутки. Мочеиспускание 3-5 раз в сутки. Симптом поколачивания отрицательный.

**Лечение и его обоснование**

1. Режим свободный
2. Диета № 15
3. Медикаментозное лечение

**Диета № 15:** Общий стол

 **Лекарственные средства:**

1. Антибиотики (пенициллины)
2. Противосудорожные (Нормотимики)
3. Димедрол
4. Препараты К и Mg (Аспаркам)
* Пенициллины:

 В группу пенициллинов входят природные соединения, продуцируемые различными видами плесневого гриба Penicillium и ряд полусинтетических. Различают четыре генерации пенициллинов: 1-ая - природные (бензилпенициллин, бициллины), 2-ая - полусинтетические, действующие преимущественно на грамположительные бактерии и некоторые грамотрицательные дикокки (оксациллин, клоксациллин и др.), 3-я - активные в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных бактерий (ампициллин, амоксициллин, карбенициллин и др.), 4-ая - влияющие главным образом на грамотрицательную флору (уреидопенициллины - азлоциллин, мезлоциллин).

Основой молекулы всех пенициллинов ("пенициллиновым ядром") является 6-амино-пенициллановая кислота - сложное гетероциклическое соединение, состоящее из двух колец: тиазолидинового и бета-лактамного.

Пенициллины оказывают бактерицидное действие на микроорганизмы, находящиеся в фазе роста. Антибактериальный эффект связан с их специфической способностью ингибировать синтез пептидогликанов клеточной стенки микроорганизмов. В отношении вирусов (возбудителей гриппа, полиомиелита, оспы и др.), микобактерий туберкулеза, возбудителя амебиаза, риккетсий, грибов, отдельных грамотрицательных микроорганизмов пенициллины неэффективны.

К пенициллинам (и другим бета-лактамным антибиотикам) может вырабатываться устойчивость (резистентность) микроорганизмов. Эта резистентность обусловлена способностью микроорганизмов продуцировать специфические ферменты - бета-лактамазы (пенициллиназы), гидролизующие бета-лактамное кольцо пенициллинов, что лишает их антибактериальной активности и приводит к развитию устойчивых штаммов микроорганизмов.

* Нормотимики (Финлепсин):

Нормотимики (тимоизолептики) - лекарственные средства, способные сглаживать циркулярные расстройства аффективной сферы (колебания настроения), а при профилактическом применении предотвращать развитие депрессивной и маниакальной симптоматики в рамках шизоаффективного расстройства, биполярного расстройства, рекуррентного депрессивного расстройства и хронических расстройств настроения. Все нормотимики обладают также выраженным антиманиакальным эффектом и применяются для лечения маниакальных состояний. К препаратам нормотимического действия относятся соли лития, "малые" антиконвульсанты (производные карбамазепина и вальпроевой кислоты).

Показанием к назначению нормотимиков является профилактика рецидивов при биполярном и депрессивном аффективных расстройствах, циклотимии, шизоаффективном психозе. Они применяются при маниакальных и гипоманиакальных состояниях различного происхождения, аффективных нарушениях у больных хроническим алкоголизмом. Нормотимическая терапия показана, если за последние 2 года у больного отмечалось не менее двух четких аффективных приступов. При недостаточной эффективности профилактической монотерапии применяется сочетание солей лития с антиконвульсантами. Профилактическую терапию проводят неопределенно длительное время (годами).

Резкое прекращение приема нормотимиков может привести к быстрому возобновлению аффективных колебаний. Учитывая это, отмену профилактической терапии проводят постепенно, в течение нескольких недель. Перед отменой препарата больного следует предупредить о возможности ухудшения состояния.

* Димедрол:

Димедрол является одним из основных представителей группы противогистаминных препаратов, блокирующих Н1-рецепторы. Он обладает весьма выраженной противогистаминной активностью. Кроме того, он оказывает местноанестезирующее действие, расслабляет гладкую мускулатуру в результате непосредственного спазмолитического действия блокирует в умеренной степени холинорецепторы вегетативных нервных узлов. Димедрол хорошо всасывается при приеме внутрь. Проникает через гематоэнцефалический барьер. Важной особенностью димедрола является его седативное действие, имеющее некоторое сходство с действием нейролептических веществ; в соответствующих дозах он оказывает снотворный эффект. Является также умеренным противорвотным средством. В действии димедрола на нервную систему существенное значение имеет наряду с влиянием на [гистаминовые](http://www.pharmasvit.com/v3/Spravochniki/lekarstvo507.html) рецепторы (возможно, Н3-рецепторы мозга) его центральная холинолитическая активность.

Димедрол применяют в основном при лечении крапивницы, сенной лихорадки, сывороточной болезни, геморрагического васкулита (капилляротоксикоза), вазомоторного насморка, ангионевротического отека, зудящих дерматозов, острого иридоциклита, аллергических конъюнктивитов и других аллергических заболеваний, аллергических осложнений от приема различных лекарств, в том числе антибиотиков. Как и другие противогистаминные препараты, димедрол применяется при лечении лучевой болезни. При бронхиальной астме димедрол относительно мало активен, однако его можно назначать при этом заболевании в сочетании с [теофиллином](http://www.pharmasvit.com/v3/Spravochniki/lekarstvo741.html), [эфедрином](http://www.pharmasvit.com/v3/Spravochniki/lekarstvo473.html) и другими лекарственными средствами. Иногда димедрол применяют при язвенной болезни желудка и гиперацидном [гастрите](http://www.pharmasvit.com/v3/Spravochniki/bolezn118.html), однако значительно более активными при этой болезни являются блокаторы Н2-рецепторов (см. [Циметидин](http://www.pharmasvit.com/v3/Spravochniki/lekarstvo522.html), [Ранитидин](http://www.pharmasvit.com/v3/Spravochniki/lekarstvo523.html)). Димедрол (так же как и другие блокаторы Н1-рецепторов) может быть использован для уменьшения побочных реакций при переливании крови и кровезамещающих жидкостей, при применении ферментных и других препаратов. Применяют также димедрол при хорее, морской и воздушной болезни, рвоте беременных, синдроме Меньера. Терапевтический эффект препарата при этих заболеваниях может найти объяснение в его седативном и центральном холинолитическом действии. По противорвотной активности более эффективной по сравнению с димедролом является его комплексная соль с хлортеофиллином (дименгидринат). Применяют также димедрол как успокаивающее и снотворное средство самостоятельно и в сочетании с другими снотворными. Назначают внутрь по 1 таблетке (0,03 или 0,05 г) перед сном.

* К+Mg (Аспаркам):

Нормализует электролитный баланс. Является донором ионов калия и магния, способствует их проникновению во внутриклеточное пространство.

Показания: Аритмии: обусловленные гипокалиемией, при интоксикации сердечными гликозидами, желудочковая экстрасистолия; недостаточность кровообращения, коррекция гипокалиемии при применении петлевых диуретиков.

Ограничения к применению: Гиперкалиемия, гипермагниемия, острая и хроническая почечная недостаточность.

Побочные действия: Тошнота, головокружение, диарея, нарушение внутрижелудочковой проводимости, покраснение лица, жажда, понижение АД, гипорефлексия, угнетение дыхания, судороги.

Взаимодействие: Снижает эффект сердечных гликозидов.

Передозировка: Проявляется нарушением проводимости, особенно при предшествующей патологии проводящей системы.

Способ применения и дозы: Внутрь (после еды) и в/в. Взрослым - 1-2 табл. 3 раза в сутки в течение 3-4 нед или дольше. В/в - по 10-20 мл 1-2 раза в сутки. Доза определяется индивидуально, в зависимости от степени гипокалиемии.

**Эпикриз**

Больная Иванова Наташа, 4 года, находился на стационарном лечении во 2 инфекционном отделении ГДБ № 2 с 19.09.03 по 23.09.03; поступила в стационар 19 сентября 2003 года по скорой помощи.

Диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция, ринофарингит, гипертермический синдром, фебрильные судороги. Резидуальные явления перинатального поражения ЦНС.

При поступлении предъявляла жалобы: на недомогание, головную боль, головокружение, высокую температуру тела, першение в горле и насморк. При объективном обследовании обнаружено: слизистая ротоглотки с умеренным налетом, миндалины гиперемированы, подчелюстные лимфоузлы немного увеличены, безболезненны, не спаяны с подлежащими тканями. Со стороны других систем органов патологических отклонений не выявлено. Пульс 110 уд мин, АД 110/60 мм рт ст. При дополнительном обследовании выявлены:

* Общий анализ крови:

Гемоглобин 113 г/л

Эритроциты 4,1x10¹²/л

Цветной показатель 0,9

СОЭ 8 мм/ч

Тромбоциты 270х109 /л

Лейкоциты 19,5х109 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | моно-циты |
| 1 | - | 0 | 0 | 12 | 56 | 26 | 5 |

* Общий клинический анализ мочи:

Количество: 240 мл

Плотность: 1020 мг/л

Цвет: желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Белок: отрицательно

Лейкоциты: ед. в поле зрения

Эритроциты: 0 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: ед. в поле зрения

Слизь: -

Соли: оксалаты

За время пребывания в стационаре получила следующее лечение:

Аспаркам ½ т. \* 3 раза в день, Димедрол 0,01 \* 2 раза в день, Финлипсин 1/3 т. 3 раза в день, Пенициллин 500000 ЕД \*3 р.

Лечение получала в полном объеме. После проведенного лечения состояние больной улучшилось. Жалоб не предъявляет, объективно: отклонения со стороны систем органов не выявлено. Наступило клиническое выздоровление.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии 23 сентября 2003 года. Рекомендовано:

* Диспансерный учет у невропатолога по месту жительства
* Умеренное ограничение физической активности сроком на 1 неделю
* Лечебная физкультура
* Прием поливитаминных препаратов
* При появлении признаков ОРВИ, срочная консультация педиатра

Использованная литература

1. Никитин Ю.П. «Все по уходу за больным», Москва, 1999
2. Окороков А.Н. «Лечение болезней внутренних органов», Витебск, 1997
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. Москва, «Медицина», 1999 г.
4. Баранов А. А. «Детские болезни», ГЭОТАР, Москва, 2002 г.
5. Лекционный курс «Детские болезни» АГМУ, 2003 г.