# ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## Ф.И.О. x

## Возраст: 10 лет

## Дата рождения: 8 февраля 1986 года

## Место жительства: просп.Искровский

## Посещает среднюю школу

## Дата госпитализации: 19 ноября 1996 года

# STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS

## Жалобы: на повышение температуры тела до субфебрильных цифр (утром 36,9°С, вечером 37,1-37,3°С) с 4 октября, на слабость, быструю утомляемость, на нарушение сна (трудно заснуть).

## Заключение: из жалоб можно выделить длительный субфебрилитет и слабые симптомы интоксикации.

# ANAMNESIS MORBI

## Ребенок болеет с 4 октября, когда впервые повысилась температура тела до 37,8-38,0°С, появились насморк и сухой кашель, слабость, быстрая утомляемость, ухудшение аппетита. В связи с этим обратились к участковому педиатру. После его осмотра был поставлен диагноз ОРВИ, и назначено лечение (жаропонижающие, фитотерапия). Ребенок лечился в течении 10 дней богульником, мать-и-мачеха, ингаляциями с эвкалиптом, после чего самочувствие его улучшилось: перестали беспокоить кашель и насморк, но остались субфебрильная температура тела, слабость и повышенная утомляемость. По этому поводу консультировался у оториноляринголога. Им были выявлены увеличенные аденоиды и взят посев из зева. Результат посева был отрицательным. Для уточнения диагноза ребенок был направлен в детский диагностический центр.

## Заключение: опять же мы можем выделить длительный субфебрилитет, возникший после перенесенной ОРВИ и связанный скорее всего с хроническим очагом инфекции в организме (в частности с аденоидитом).

# ANAMNESIS VITAE

## Мальчик родился 8 февраля 1996 года от 4 беременности (1-выкидыш, 2-роды, 3-миниаборт), 2-м ребенком в семье. Мать отмечает токсикоз средней тяжести в 1-й и во 2-й половине беременности. Роды срочные, без осложнений. Рост ребенка при рождении 50 см, вес 3200 гр, оценка по шкале Абгар 8-9 баллов. Находился на искусственном вскармливании. Физическое и психомоторное развитие соответствует возрасту.

# ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Перенес с 18 дня жизни пузырчатку новорожденных, в 8 месяцев-острый пиелонефрит (по этому поводу состоит на учете у уролога), в 2 года - острый односторонний отит, в 4 года - ветряную оспу. В промежутках между этими заболеваниями и последние 5 лет переносил ОРВИ до 4 раз в год.

# ПРИВИВКИ

## Прививки все в срок, но до 2-х лет ослабленные. Туберкулиновые пробы (Манту) положительные.

# СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

## Мать 38 лет-здорова. Отец 38 лет-здоров.По линии матери: Мать умерла в 38 лет от рака молочной железы, Отец 63 года-дерматит.По линии отца: Мать 65 лет-хронический пиелонефрит, сахарный диабет,  Отец 67 лет-здоров.Второй ребенок в семье здоров.

#  АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился, инъекции не производились, за пределы города не выезжал и контакта с инфекционными больными не имел. Стул коричневый, регулярный-1 раз в день, оформленный, без примесей.

## Заключение: из неблагоприятных факторов следует выделить токсикоз 1-й и 2-й половин беременности у матери, искусственное вскармливание, перенесенные ребенком с 18-ти дней пузырчатка новорожденного и в 8 месяцев острого пиелонефрита.

# БЫТОВЫЕ УСЛОВИЯ

## Проживает в трехкомнатной квартире с семьей из 5-ти человек. Материально обеспечен, питание регулярное-4 раза в день, полноценное, разнообразное. В воспитании ребенка участвуют отец и мать. Посещает среднюю школу, 4 класс, музыкальную школу.

## Заключение: большая психоэмоциональная нагрузка.

## Общее заключение: у ребенка длительный субфебрилитет и слабые симптомы интоксикации, возникшие после перенесенного ОРВИ, и связанные с наличием очага хронической инфекции в организме. В диагностике нам помогут данные анамнеза жизни: токсикоз 1-й и 2-й половин беременности у матери, искусственное вскармливание, перенесенные ребенком с 18-ти дней пузырчатка новорожденного и в 8 месяцев острого пиелонефрита, большая психоэмоциональная нагрузка.

# STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложения, умеренного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Дермагрофизм белый нестойкий. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 1,5 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу и возрасту. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

## Слизистые глаз розовая, влажная, чистая. Склеры белого цвета, без изменений. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины гиперемированы, увеличены, выходят за приделы небных дужек, рыхлые, без налетов. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

## Пальпируются подчелюстные и подбородочные лимфоузлы овальной формы, размерами 1 на 0,5 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.

## Искривление позвоночника в правую сторону (сколиоз), походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен.

# АНТРОПОМЕТРИЯ

## Длина тела 145 см 5 коридор Масса тела 34 кг 5 коридор Окружность грудной клетки 64 см 5 коридор Окружность головы 53 см 5 коридор  Окружность плеча 17 см Окружность бедра 25 см

## Заключение: развитие гармоническое, правильное, мезосоматик.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок визуально не определяется.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье, на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии площадью 1 на 1,5 см, удовлетворительной силы, резистентный.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости:Правая-в 4-м межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудиныВерхняя-на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistraeЛевая-в 5-м межреберье на 0,5 см от среднеключичной линии

## Границы абсолютной сердечной тупости:Правая-по левому краю грудиныВерхняя-на уровне 4-го ребраЛевая-на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях

# Аускультация

## Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные. Акцент 2-го тона над легочным стволом, расщепление 2-го тона над легочным стволом. На верхушки сердца и в точке Боткина-Эрба выслушивается систолический шум мягкий, музыкальный, занимающий 1/3 систолы, исчезающий при физической нагрузке и при перемене положения тела.

## Артериальное давление 110/70 мм рт. ст.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- брюшной. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого:по l. parasternalis- верхний край 6-го ребрапо l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребрапо l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 8 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого:по l. parasternalis- -------по l. medioclavicularis- -------по l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 9 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Верхние границы легких: Спереди на 3 см выше ключицы.Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

## Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 4 смна выдохе 4 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 4 смна выдохе 4 см

## Сравнительная перкуссия:

## Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

# Аускультация

## Над всеми аускультативными точками выслушивается жесткое дыхание. На передней поверхности легких выслушиваются сухие хрипы.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Живот, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут.

# Пальпация

## Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в мезогастрии на уровне пупка, в виде эластического цилиндра, диаметром 1,0 см, с ровной поверхностью, подвижная, безболезненная. Желудок не пальпируется.

## Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги; поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус- отрицательные. Селезенка не пальпируется.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой седнеключичной линии 8 см, по передней срединной линии 7 см, по левой реберной дуге 6 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Пальпируется верхний полюс правой почки. Левая почка не пальпируется. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

## Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Оболочечные симптомы отрицательные. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме.

## Заключение: При объективном обследовании выявлены увеличенные, гиперемированные, выходящие за пределы небных дужек миндалины, рыхлые, без налетов; искривление позвоночника; систолический шум на верхушки сердца и в точке Боткина-Эрба, мягкий, музыкальный, занимающий 1/3 систолы, исчезающий после физической нагрузки и при перемене положения тела; жесткое дыхание и сухие хрипы на передней поверхности легких; пальпирующаяся правая почка.

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Ведущими симптомами у больного является длительный субфебрилитет и слабые симптомы интоксикации, возникшие после перенесенной ОРВИ. Увеличенные, гиперемированные, рыхлые миндалины, выходящие за края небных дужек, позволяют заподозрить хронический тонзиллит. Нарушение осанки в виде искривления позвоночника в правую сторону позволяет диагностировать сколиоз.

## Предварительный диагноз: Основной- хронический тонзиллит; Сопутствующий- сколиоз.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления уровня лейкоцитоза, и выявления признаков хронического воспаления (повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево).
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количество общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансферраз (они могут быть повышены), СРБ, сиаловые кислоты, титры антистрептолизина, антистрептокиназы. Эти показатели помогут в диагностике хронического воспаления бактериального или аллергического характера.
3. Анализ мочи. Назначаем так как ребенок перенес в раннем возрасте острый пиелонефрит и нет ли данных за хронизацию пиелонефрита (при хроническом пиелонефрите часто бывает субфебрилитет).
4. Посев мочи. Опять же назначаем для диагностики пиелонефрита.
5. Исследование функции почек. Для выявления изменений характерных для пиелонефрита и других заболеваний почек.
6. Мазок из зева. Назначаем так как есть воспаление миндалин и нас интересует возбудитель этого воспаления.
7. Обязательно обследование на гельминты, копрограмма, посев кала, чтобы исключить гельминтозы и хронические заболевания, инфекции желудочно-кишечного тракта, дающие длительный субфебрилитет.

## Инструментальные исследования:

1. ЭКГ. Назначаем в связи с тем, что был выявлен систолический шум на верхушки сердца и мы можем заподозрить септический эндокардит (длительный субфебрилитет один из основных признаков этого заболевания).
2. УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза. Информативно - даст нам информацию о состоянии почек, чашечно-лоханочного комплекса, мочевыводящих путей и других внутренних органов.
3. Внутривенная урография. Также информативна - даст нам окончательное представление о состоянии почек и чашечно-лоханочной системы.

## Консультации специалистов:

1. Так как мы подозреваем хронический тонзиллит, то обязательна консультация оториноляринголога.
2. У ребенка искривление позвоночника - консультация ортопеда.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.
Эритроциты- 4,2х10^12/л
Hb- 119 г/л
Цвет. показатель- 0,84
Лейкоциты- 6,6х10^9/л
 палочкоядерные- 1%
 сегментоядерные- 40%
 Эозинофилы- 4%
 Лимфоцитов- 51%
 Моноцитов- 4%
CОЭ- 5 мм/ч
Заключение: лимфоцитоз.
2. Биохимический анализ крови.
Общ. белок 73 г/л
Альбумины 57,7
Глобулины: α1-3,8 , α2-10,8 , β-13,7 , γ-14,0
Холестерин 3,33
АСТ 0,46 ммоль/л
АЛТ 0,66 ммоль/л
@ амилаза 19,93 г/л/ч
β-липопротеиды 28
Сиаловые кислоты 130
СРБ 0
Сахар 5,4 ммоль/л
Мочевина 4,87 ммоль/л
Креатинин 0,075
Заключение: диспротеинэмия
3. Анализ мочи.
Цвет желтый Белок 0
Прозрачность прозрачная Сахар 0
Реакция кислая Уробилин (-)
Уд. вес 1,018 Желч. пигменты (-)
Лейкоциты 2-3 в поле зрения
Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения
Эпителий плоский 1-4 в поле зрения
Заключение: без патологии.
4. Посев мочи.
Заключение: посев мочи стерильный.
5. Функциональное исследование почек.
Минутный диурез 0,52 мл/мин
Креатинин сыворотки 0,072 ммоль/л
 мочи 9,34 ммоль/л
Клубочковая фильтрация 92 мл/мин
Канальцивая реабсорбция 99,3%
Заключение: вариант нормы
6. Мазок из зева.
Заключение: выделен гемолитический стрептококк группы А
7. Анализ кала.
Копрограмма: кал оформленный, цвет коричневый
 Жир нейтральный 1
 Жирные кислоты 2
 Растительная клетчатка переваренная 1
 Крахмал 2
 Лейкоциты 0-1
 Эритроциты 0
Заключение: копрограмма-вариант нормы.
Посев кала.
Заключение: посев на дизентерийную, тифо-паратифозную группу отрицательный.
Исследование кала.
Заключение: яйца глистов не обнаружены.

##  Результаты инструментальных исследований:

1. ЭКГ.
Заключение: Миграция водителя ритма по предсердиям, аритмия. ЧСС 67. Умеренные диффузные нарушения реполяризации.
2. УЗИ органов брюшной полости.
Печень: Контур ровный, мелкозернистая. Эхоструктура однородная.
Желчный пузырь: форма N, размеры N. Стенки не изменены.
Поджелудочная железа: не визуализируется.
Селезенка: Контуры ровные, структура однородная.
Почки расположены типично.
Правая почка: Контур ровный, 76х35 мм, лоханочная система без изменений.
Левая почка: Контур ровный, 74х37 мм, лоханочная система без изменений.
Мочевой пузырь: овальной формы, контуры ровные, стенка 3 мм, эхоструктура однородная.
Заключение: Внутренние органы без патологии.
3. Внутривенная урография.
После биопробы введено 60%- 25,0 триомбраст. Реакци не было. На внутривенной урограмме в кишечнике значительное количество газов. Справа чашки расширены, лоханка не изменена. Слева чашечно-лоханочный комплекс не изменен. Мочеточник без изменений. Мочевой пузырь обычной формы и размеров. Ортостатическая проба отрицательная.
Заключение: Поясничная дистопия правой почки.

## Консультации специалистов:

1. Оториноляринголог.
Заключение: хронический тонзиллит, стадия субкомпенсации.
2. Ортопед.
Заключение: сколиоз, плоскостопие.

# КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Учитывая жалобы больного на длительный субфебрилитет и слабые симптомы интоксикации (слабость и быструю утомляемость, нарушение сна); анамнез заболевания: симптомы развились после перенесенной ОРВИ; данные объективного обследования: увеличенные, гиперемированные, рыхлые, выступающие за края небных дужек миндалины, без налетов; данные лабораторных исследований - выявление в крови лимфоцитоза, диспротеинэмии, выделение при микроскопии мазка из зева гемолитического стрептококка группы А; и данные консультации оториноляринголога (выявление хронического тонзиллита в стадии субкомпенсации), мы можем утверждать, что у ребенка хронический тонзиллит в стадии субкомпенсации с высевом гемолитического стрептококка группы А. Изменение осанки (искривление позвоночника в правую сторону) и данные консультации ортопеда (выявление сколиоза 1 степени и плоскостопия 1 степени), позволяют нам включить в сопутствующий диагноз сколиоз и плоскостопие.

## Клинический диагноз: Основной: Хронический тонзиллит в стадии субкомпенсации. Высев гемолитического стрептококка группы А. Сопутствующий: Сколиоз 1 степени, плоскостопие 1 степени.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

## Дифференциальный диагноз нужно проводить с заболеваниями сопровождающимися длительным субфебрилитетом. Первое заболевание с которым нужен дифдиагноз - туберкулез (большая распространенность и социальная значимость). Но у ребенка все проведенные туберкулиновые пробы были положительными, не наблюдался туберкулиновый вираж, и он не имел контактов с больными туберкулезом. Значит туберкулез можно отвергнуть. Так как у мальчика имеется систолический шум, то возникло подозрение на септический эндокардит (этому способствовало и развитие субфебрилитета после перенесенного ОРЗ). Свойства систолического шума: выслушивается на верхушки сердца и в точке Боткина-Эрба, мягкий, музыкальный, занимает 1/3 систолы, исчезает при физической нагрузке и перемене положения тела, позволяют расценить шум как функциональный, т.е. не связанный с органическим поражением эндокарда. Причем при септическом эндокардите поражается чаще аортальный клапан - чаще будет выслушиваться диастолический шум над аортой. Данные ЭКГ также не свойственны эндокардиту, т.е. и это заболевание можно отвергнуть. Наличие в анамнезе перенесенных пузырчатки новорожденных (с 18 дней) и острого пиелонефрита (8 месяцев), наводят на мысль о наличии у больного хронического пиелонефрита, обострившегося после перенесенного ОВРЗ, этому же способствовала пальпация верхнего полюса правой почки. Проведенные анализ мочи, посев мочи, функциональные исследования почек, УЗИ и внутривенная урография позволяют отвергнуть данное предположение (так как моча стерильна; лейкоциты, эритроциты, белок мочи в норме; нет изменений чашечно-лоханочного комплекса). Пальпация правой почки подтвердилась на внутривенной урографии - дистопия правой почки. Длительный субфебрилитет могут давать глистная инвазия и некоторые кишечные поражения (энтерит, сальмонелез, язвенный колит). Глистная инвазия отвергается, так как нет в крови эозинофилии, и при анализе кала яйца глистов не обнаружены. Другие кишечные поражения также можно отвергнуть: нет соответствующих жалоб, нет расстройства стула, копрограмма без особенностей, посевы кала на кишечные инфекции отрицательны.

# ЛЕЧЕНИЕ

## План лечения больного.

1. Режим - лечебно-охранительный (ограничение нагрузок: дополнительные школы, телевизор; нормализация сна).
2. Диета. Пища должна быть полноценной, разнообразной, высококалорийной, содержать много белка и витаминов.
3. Лечение хронического тонзиллита (борьба с гемолитическим стрептококком группы А). Для этого в основном назначаем местную терапию: промывания, присыпки, физиотерапию.
а)Раствор фурацилина для промывания.
Rp.: Sol. Furacilini 0,02%-200 ml
 D.S. Для промывания области миндалин, курс 10 процедур.
б)Порошок стрептоцида для присыпания миндалин.
Rp.: Tab. Streptocidi 0,3
 D.t.d.N. 10
 S. 1 таблетку тщательно растолочь, порошком присыпать мин-
 далины.
в)КУФ на область миндалин, 12 сеансов.
4. Назначение витаминотерапии. В данном случае используется как общеукрепляющая терапия, и наилучшим является назначение поливитаминов (например гексавит).
Rp.: Dragee “Hexavitum” N 50
 D.S. По 1 драже 3 раза в день, после еды.
5. Так как у ребенка есть нарушение сна, то назначаем седативные препараты (такие как валериана, пустырник, микстура Кватора).
Rp.: T-rae Valerianae 30 ml
 D.S. По 10 капель 2 раза в день (утром и вечером).
6. Необходимы адекватная физическая нагрузка, ЛФК, закаливание.

# ДНЕВНИК КУРАЦИИ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 25.11.96 | 36,9 | 37,1 | Жалобы на длительное повышение температуры тела до субфебрильных цифр, на слабость и быструю утомляемость, на нарушение сна. Объективно: Сознание ясное, самочувствие удовлетворительное. Кожа телесного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые влажные, розовые, чистые. Выявляются гиперемированные, рыхлые, выходящие за края небных дужек миндалины. Пульс 80 уд/мин. Ад 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Акцент 2-го тона над легочным стволом. Расщепление 2-го тона над легочным стволом. Выслушивается систолический шум на верхушки и в точке Боткина-Эрба, мягкий, музыкальный, занимает 1/3 систолы, исчезает при нагрузке. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный.Пальпируется верхний полюс правой почки. Физиологические отправления в норме. | Раствор фурацилина для промывания области миндалин. Присыпки миндалин стрептоцидом. |
| 29.11.96 | 36,9 | 37,3 | Жалобы на длительное повышение температуры тела до субфебрильных цифр, на слабость и быструю утомляемость, на нарушение сна. Объективно: Сознание ясное, самочувствие удовлетворительное. Кожа телесного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые влажные, розовые, чистые. Выявляются гиперемированные, рыхлые, выходящие за края небных дужек миндалины. Пульс 76 уд/мин. АД 105/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Мягкий, музыкальный шум на верхушке. Акцент и расщепление 2-го тона над легочным стволом. Дыхание жесткое. Хрипы сухие на передней поверхности легких. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется верхний полюс правой почки. Физиологические отправления в норме. | Те же + гексавит и КУФ области миндалин (12 сеансов). |
| 2.12.96 | 36,7 | 36,9 | Жалоб нет. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 70 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Акцент и расщепление второго тона над легочным стволом. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется правая почка. Стул и мочеиспускание не изменены. | Те же. |

##

# ЭПИКРИЗ

## Больной поступил в диагностический центр 18 ноября 1996 года с жалобами на длительное повышение температуры тела до субфебрильных цифр (утром 36,9 вечером 37,1-37,3), на слабость и быструю утомляемость, на нарушения сна, развившиеся после перенесенной ОРВИ. Больному пришлось диагностировать причину длительного субфебрилитета. Так как у ребенка в анамнезе жизни перенесенные пузырчатка новорожденных (18 дней) и острый пиелонефрит (8 месяцев) пришлось заподозрить хронический пиелонефрит. Наличие систолического, мягкого, музыкального шума на верхушке и в точке Боткина-Эрба, занимающего 1/3 систолы и исчезающего при физической нагрузке позволило заподозрить септический эндокардит. А увеличенные и гиперемированные миндалины - хронический тонзиллит. Для дифференциальной диагностики этих состояний он был обследован, были проведены лабораторно-инструментальные исследования (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, анализ кала, мазок из зева, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, внутривенная урография) и консультации специалистов (отоларинголога и ортопеда). При этом было выявлено лимфоцитоз, диспротеинэмия, выделение гемолитического стрептококка группы А, дистопии правой почки. Консультации специалистов выявили у ребенка хронический тонзиллит в стадии субкомпенсации, сколиоз 1 степени и плоскостопие 1 степени. Ребенку был поставлен диагноз: “Хронический тонзиллит в стадии субкомпенсации. Высев гемолитического стрептококка группы А. Сколиоз 1 степени. Плоскостопие 1 степени”. Назначено лечение: промывание раствором фурацилина, присыпки стрептоцидом, КУФ области миндалин, витаминотерапия, ЛФК, закаливание. При этом самочувствие ребенка улучшилось: снизилась температура тела, исчезли слабость и быстрая утомляемость. В дальнейшем ребенку рекомендовано при обострении хронического тонзиллита или при переходе в стадию декомпенсации хирургическое лечение - тонзиллэктомия. Обязательна санация полости рта, повышение общей сопротивляемости организма и профилактика ОРВИ.

## Литература:

## А.В.Мазурин, И.М.Воронцов. Пропедевтика детских болезней.М.1985.

## Н.П.Шабалов. Детские болезни.СПб.1993.

## М.Д.Машковский. Лекарственные средства.М.1993.

## Приобретенные навыки:

## Уход за грудным ребенком.

## Санитарно-гигиенический уход за больными детьми с соматическими заболеваниями.

## Обработка слизистой полости рта.

## Измерение температуры и ее графическая запись.

## Антропометрические измерения.

## Подсчет пульса, дыхания и их графическое запись.

## Измерение АД.

## Методика сбора мочи для пробы по Зимницкому, Нечипоренко, Каковскому-Аддису.

## Взятие мазков из зева, носа, глаз.

## Инъекции (подкожные, внутримышечные, внутривенные).

## Обучение техники проведения внутрикожных проб (Манту, чувствительности к антибиотикам).

## Закапывание лекарств в глаза, нос, уши.

## Катетеризация мочевого пузыря.