**I. Паспортные данные**

1. Дата заболевания: 17 октября 2012

2. Дата поступления в стационар: 25 октября 2012 в Оршанскую городскую больницу. 6 ноября 2012 в ВОКИБ

3. ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Возраст (полных лет): 29 лет

5. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Место работы, профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Диагноз при поступлении – Инфекционный мононуклеоз

8. **Клинический диагноз:**

**Основной:** Инфекционный мононуклеоз средней степени тяжести.

**Осложнения:** нет

**Сопутствующий диагноз:** Хронический бронхит

**II. Жалобы пациента**

На момент курации у пациента жалоб нет.

**III. Анамнез настоящего заболевания**

Заболевание началось остро 17 октября 2012 года, когда у пациента поднялась температура до 38.5C, озноб, появилась боль в горле, заложенность носа, сильная слабость, сухой кашель. Суточные колебания температуры не превышали 1С. На следующий день пациент обратился к терапевту по месту жительства. Был выставлен диагноз – ОРВИ. Пациент находился на амбулаторном лечении. В связи с не проходящей лихорадкой 25 октября 2012 пациент был госпитализирован в Оршанскую городскую больницу на стационарное лечение, где был установлен диагноз – Инфекционный мононуклеоз. В процессе лечения состояние пациента не улучшилось и 6 ноября 2012 он был направлен в ВОКИБ на стационарное лечение.

Проведённое обследование и лечение в Оршанской городской больнице:

Cefotaximi 1.0 через 12 часов с 26.10 по 5.11.12, Ciprofloxacini 0.2% - 200 через 12 часов с 31.10 по 5.11.12, Парацетамол, Амброксол, Кетотифен, Анальгин, Папаверин, Димедрол, Арпетол, Фурацилин, Витамины C, B1, B6

Мазки из зева на флору от 1.11.12 – не готов

ИФА на вирус Эпштейна-Бара от 1.11.12 – взят

Кровь на стерильность и гемокультуру взята от 1.11.12 – ответа нет

ОАК от 26.10.12 – Эр. – 4.5\*1012, Hb – 139 г/л, ЦП – 0.9, Лейк. - 7.8\*109, Э – 0%, палочки – 20%, юные – 1%, сегменты – 16%, лимфоциты – 61% (из них 13 широкопротоплазмен.), моноциты – 2%, СОЭ – 9 мм/час.

ОАК от 1.11.12 – Эр. – 4.7\*1012, Hb – 141 г/л, ЦП – 0.9, Лейк. - 12.4\*109, Э – 5%, палочки – 9%, сегменты – 27%, лимфоциты – 30% (из них 10 широкопротоплазмен.), моноциты – 1%, СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ от 31.10.12 – Цвет – с/ж, реакция – кислая, уд. вес -1012, Белок - нет, Сахар – нет, Эритроциты – 0-1 в поле зрения, Лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

БАК от 29.10.12 – АлТ – 74 Е/л, АсТ – 90 Е/л, Холестерин – 4.2, Билирубин – 5.9/отр, Белок – 60.7 г/л, Глюкоза – 4.52 ммоль/л, Мочевина – 3.67 ммоль/л.

ОАМокроты от 1.11.12 – Цвет – серый, Характер – слизистый, Консистенция – вязкая, Лейкоциты – 3-5 в поле зрения, Эпителиальные клетки – 4-6 в поле зрения.

КУБ не обнар. 31.10, 1,2.11.12

Rg – грудной клетки от 26.10.12 №26966 – Rg-признаки хронического бронхита.

ЭКГ от 31.10.12 – Ритм синусовый, 70 в мин, вертикальное положение ЭОС.

УЗИ органов брюшной полости от 30.10.12 – Гепатомегалия, Спленомегалия.

**IV. Эпидемиологический анамнез**

**Возбудитель** - вирус Эпштейна-Барр, **Источник инфекции** - больной человек или вирусоноситель. Основной механизм передачи – аэрозольно-аэрогенный. Основной путь передачи – воздушно-капельный, возможен контактный, алиментарный, трансфузионный. Фактор передачи - контаминированная слюна. Выявить источник передачи инфекции сложно, т.к. данное заболевание часто протекает в лёгкой форме или вообще без клинических проявлений, и больные или вирусоносители периодически выделяют в окружающую среду возбудителя.

**V. Анамнез жизни**

***Краткие биографические данные*** Колодкин Николай Фёдорович родился в 1982 г. в городе Орше. Успеваемость в школе была хорошая. Получил средне-специальное образо­вание. Профессия - Проводник служ. собак.

***Трудовой анамнез***. Начал работать в 20 лет (Вредные факторы: работа на открытом воздухе, физическое и психическое напряжение). Служил в армии.

***Жилищно-бытовые условия***удовлетворительные. Проживает в двухкомнатной квартире в кирпичном доме. Дом сухой, достаточная степень инсоляции жилых помещений. Питается регулярно 4 раза в день. В рационе преобладает рыба и растительная пища. Питается в основном дома. Физкультурой и спортом за­нимается. Пребывание на воздухе около 5ч. в сутки.

***Вредные привычки*** Курение, употребление наркотиков отрицает. Алкоголем не злоупотребляет.

***Перенесенные ранее заболевания, травмы, операции, ранения***. Перенесенные детские инфекции не помнит. Из перенесённых заболеваний отмечает ОРВИ, Краснуху. Туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты отрицает.

***Семейный анамнез****:* Со стороны отца наследственность не отягощена. Мать страдает гипертонической болезнью. Нервными, психическими заболеваниями никто из членов семьи или родственников не страдает.

***Наследственность:*** не отягощена.

***Семейный анамнез****:* Женился в 20 лет. Имеет двух детей.

***Аллергологический анамнез****:* со слов пациента, аллергических реакций на лекарственные средства, продукты питания, косметические средства, запахи, пыльцу различных растений, также на контакт с различными животными, одеждой, шерстью, дорожной пылью, постельными принадлежностями аллергических реакций не отмечал.

 ***Трансфузионный анамнез****:* переливание крови и введение сывороток не проводились.

**VI. Настоящее состояние пациента**

**Общий осмотр**

Общее состояние больного средней степени тяжести, сознание ясное, по­ложение активное. Выражение лица спокойное; бреда и галлюцинаций нет. Походка свободная. Телосложение правильное. Конституциональный тип - нормостеник. Длина шеи и конечностей пропорциональна длине ту­ловища.

Рост 166 см, масса тела 65 кг.

Определение индекса массы тела (И.М.Т.):

 МТ

И.М.Т.= =65/(2.7556)=24

 Рост²

Больной – имеет нормальную массу тела.

*Система кожных покровов и видимых*

 *слизистых.*

Кожный покров бледно-розового цвета, видимые слизистые оболочки (глаз, носа, губ, полости рта) - бледно-розовые. Патологической пигментации не обна­ружено. Кожа эластичная, тургор сохранен. Влажность кожи умеренная. При осмот­ре общие отеки не выявлены. Сыпь, шелушения, рубцы, "сосудистые звездочки" не обнаружены.

*Оволосение.*

Оволосение выражено умеренно, по мужскому типу. Выпадение и ломкость волос не наблюдается. Поседения волос нет.

*Ногти.*

Форма овальная, поверхность ровная, прозрачные. Исчерченности, ломкости, матовости не отмечается.

*Подкожно-жировая клетчатка.*

Выражена умеренно, толщина кожной складки в области трёхглавой мышцы плеча – 2 см. Отложение жира равномерное, место наибольшего отложения жира - живот.

*Периферические лимфатические узлы.*

Затылочные, передние и задние шейные, околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

*Мышечная система.*

Степень развития мышечной системы обычная, тонус мышц нормальный. При пальпации и движении болезненность не отмечается. Сила мышц в кисти, бёдрах, голени умеренная. Дрожание отдельных мышц и мышечных групп конечностей и туловища не обнаружено. Парезов и пара­личей нет.

*Костно-суставная система*

При исследовании костей черепа, таза, конечностей утолщений, ис­кривлений и других нарушений не установлено. Периостита, акромегалий, изменений концевых фаланг кистей и стоп, болезненности при пальпации и перкуссии не отмечается.

Конфигурация суставов нормальная, припухлостей и деформаций нет. Болей и неприятных ощущений в других отделах костно-суставной систе­мы не обнаружено. Хруст, флюктуации, контрактуры, анкилозы не обна­ружены. Походка нормальная.

**Осмотр головы, лица, шеи**

Голова. округлой формы, нормальной величины, положение прямое, подвижность свободная, мозговая и лицевая части черепа развиты пропорционально. Надбровные дуги выражены умеренно.

Лицо. Выражение спокойное, цвет кожи лица бледно-розовый.

Глаза. глазная щель правильной формы, не сужена, зрачки нормальной величины и формы, реакция зрачков на свет равномерная, быстрая, содружественная. Блеск глаз умеренный, слезотечение отсутствует. Конъюнктива бледно-розового цвета. Экзофтальма и западения глазных век не наблюдается.

Нос. форма правильная, не деформирован. Слизистая носа бледно-розового цвета, умеренной влажности, не гипертрофирована. Выделений из носа нет. Носовое дыхание свободное.

Зев. Миндалины увеличены, гиперемированы, отёчны.

Язык. Язык влажный, обложен белым налётом.

Губы. бледно-розовые, влажность нормальная, кайма губ не сглажена, герпетических высыпаний нет, трещин в уголках рта не обнаружено.

Шея. правильной формы, симметричная, без видимых деформаций. Уплотнений, болезненности нет.

Щитовидная железа: область проекции щитовидной железы визуально не изменена.

**Система органов дыхания**

Осмотр грудной клетки.

*Статический осмотр грудной клетки.*

## Нормостеническая форма грудной клетки. Эпигастральный угол прямой. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ход ребер прямой. Межреберные промежутки прослеживаются. Ключицы выявляются хоро­шо, надключичные и подключичные ямки выражены умеренно. Ассиметрических выпячиваний и западений грудной клетки нет. Патологического искривления позвоночника нет.

*Динамический осмотр грудной клетки.*

Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания грудной. Вспомогательные дыхательные мышцы не участвуют. Дыхание ритмичное, обычной глубины. Частота дыхания 18 в минуту. Одышки нет.

Пальпация грудной клетки.

## Грудная клетка эластичная, при пальпации безболезненная. Ширина межреберных промежутков нормальная. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки не изменено.

**Система органов кровобращения**

Осмотр области сердца.

Область сердца визуально не изменена. Верхушечный и сердечный толчки не визуализируются. Сердечный горб отсутствует. Патоло­гических пульсаций не видно.

Пальпация области сердца.

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью 1,5 кв. см., нормальной силы, средней амплитуды. Сердечный толчок не выявляется. Симптом "кошачьего мурлыканья" в области верхушки и основания сердца не обна­ружен.

Исследование артериального пульса.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях по наполнению и времени появления пульсовых волн. Частота пульса - 70 в минуту. Ритм правильный. Пульс среднего напряжения и наполнения, средней величи­ны, нормальной формы. Дефицита пульса нет. Стенка лучевой ар­терии эластичная и равномерная. Определяется пульсация височной, сонной, локтевой, лучевой, подключичной, подмышечной, плечевой, бедренной, подколенной артерий, a. tibialis posterior, a. dorzalis pedis, стенка их эластична.

**Система органов пищеварения**

Осмотр полости рта.

Запах изо рта обычный. Ротовая полость санирована. Язык бледно-розового цвета, умеренной влажности, обложен белым налётом. Десны бледно-розового цвета, не кровоточат. Цвет слизистой губ, щёк, твердого и мягкого неба - бледно-розовый. Слизистая рта и зева достаточной влажности. Запах изо рта, трещины в углах рта отсутствуют. Миндалины увеличены, гиперемированы, отёчны.

Исследование живота в вертикальном положении.

Общий осмотр.

Живот не увеличен, правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики не выявлено. Подкожная венозная сеть на боко­вых стенках живота и вокруг пупка, расхождение прямых мышц живота, сыпи, стрий не выявлено.

Поверхностная ориентировочная пальпация.

При поверхностной пальпации брюшной стенки в эпигастральной области, в правом и левом подреберье, в пупочной области, в правом и левом фланках, в надлобковой области, в правой и левой подвздошных областях болезненности не выявлено. Симптом «мышечной защиты» и симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга отрицательные. Симптом флюктуации отсутствует. Пупочное и паховое кольца без патологии.

Исследование печени.

 *Осмотр области печени.*

При осмотре области проекции печени на переднюю поверхность грудной клетки, правого подреберья и эпигастральной области ограниченного и диффузного выбухания не выявлено. Расширение кожных вен и анастомозов, кровоизлияний, сосудистых «звездочек» не обнаружено.

Высота печеночной тупости

Правой передней подмышечной линии – 11 см

Правой срединно-ключичной линии – 12 см

Правой окологрудинной линии – 13 см

Пальпация печени.

При пальпации край печени округлый, мягкий, эластичный, безболезненный, выступает из-под края рёберной дуги на 2 см. Передняя поверхность печени ровная, мягкая, эластичная, безболезненная.

**Мочеполовая система**

Осмотр поясничной области.

При осмотре поясничной области припухлости, покраснения и отечности не обнаружено.

Перкуссия почек.

Болезненности при поколачивании поясничной области справа и слева нет (симптом Пастернацкого).

**VII. Обоснование предварительного диагноза.**

На основанииистории болезни (заболевание началось остро, повысилась температура до 38.5C, появились озноб, боль в горле, заложенность носа, сильная слабость, сухой кашель), истории жизни (работа на открытом воздухе, физическое и психическое напряжение), объективного осмотра (Миндалины увеличены, гиперемированы, отёчны), данных обследовния пациента из Оршансокй городской больницы (в ОАК – Лейкоцитоз, синдром ускоренного СОЭ, Сдвиг лейкоцитарной формулы влево, наличие атипичных мононуклеаров; данных УЗИ – Гепато- спленомегалия; данных БАК – повышение АлТ, АсТ; на Rg-грамме признаки хронического бронхита) можно выставить следующий предварительный диагноз:

**Основной:** Инфекционный мононуклеоз.

**Осложнения:** нет

**Сопутствующий диагноз:** Хронический бронхит

**VIII. План обследования и лечения.**

**План обследования**

1. ОАК
2. ОАМ
3. БАК (Общий белок, Асат, Алат, Мочевина, Глюкоза, Билирубин общий / прямой, Тимоловая проба)
4. Rg – грудной клетки
5. ОАМокроты
6. Мазки из зева на флору
7. ИФА на антитела к вирусу Эпштейна-Бара (IgM)
8. ЭКГ
9. УЗИ органов брюшной полости

**План лечения**

1) Диета-стол № 15.

2) Режим - палатный, во время лихорадки постельный.

3) Парацетамол по 500 мг внутрь по 1 таблетке 2 раза в день при температуре выше 38С

4) Десенсибилизирующая терапия - Лоратадин по 10мг по 1 таблетке 1 раз в день

5) Симптоматическая терапия - обработка зева Йодинолом 3 раза в день

6) Пентоксифиллин 2% - 5мл в/в на физ. растворе 1 раз в сутки

**IX. Данные лабораторных, инструментальных и специальных методов исследований.**

1. ОАК от 7.11.12 – Эр. – 4.51\*1012, Hb – 141 г/л, ЦП – 0.94, Лейк. - 4.8\*109, Э – 2%, палочки – 1%, сегменты – 42%, лимфоциты – 45%, моноциты – 10%, Тромбоциты – 284\*109,СОЭ – 10 мм/час.
2. ОАМ от 8.11.12 – Цвет – с/ж, прозрачная, реакция – кислая, уд. вес -1020, Белок - нет, Сахар – нет, Эритроциты – нет, Эпителий плоский – 0-1 в поле зрения, Лейкоциты – 1-2 в поле зрения, Оксалаты +.
3. БАК от 8.11.12 – АлТ – 234,4 Е/л, АсТ – 80,4 Е/л, Билирубин – 14.0 / 0, Белок – 75.9 г/л, Глюкоза – 4.4 ммоль/л, Мочевина – 3.88 ммоль/л, Тимоловая проба – 4,94.
4. Rg – грудной клетки от 26.10.12 №26966 – Rg-признаки хронического бронхита.
5. ОАМокроты от 1.11.12 – Цвет – серый, Характер – слизистый, Консистенция – вязкая, Лейкоциты – 3-5 в поле зрения, Эпителиальные клетки – 4-6 в поле зрения.
6. ИФА на антитела к вирусу Эпштейна-Бара (IgM VCA) от 6.11.12 – Отрицательно.
7. Мазки из зева на флору от 1.11.12 - патогенной флоры нет.
8. ЭКГ от 31.10.12 – Ритм синусовый, 70 в мин, вертикальное положение ЭОС.
9. УЗИ органов брюшной полости от 12.10.12 – Спленомегалия.

**X. Динамическое наблюдение за больным.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Текст дневника | Назначения |
| 9.11.201210-00T=36.6CPs=75 в минАД=110/70 мм рт ст | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Пульс 75 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык влажный обложен белым налётом. Лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, равномерно участвует в акте дыхания. Печень не выступает из-под рёберной дуги. Мочеиспускание самостоятельное, без затруднений. Стул оформлен, коричневый, без примесей. Диурез в пределах нормы.  | 1) Диета-стол № 15.2) Режим-палатный.3) Лоратадин по 10мг по 1 таблетке 1 раз в день4) Пентоксифиллин 2% - 5мл в/в на физ. растворе 1 раз в сутки |
| 12.11.201210-00T=36.7CPs=78 в минАД=120/70мм рт ст | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Пульс 78 уд/мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Язык влажный обложен белым налётом. Лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца ритмичные. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, равномерно участвует в акте дыхания. Печень не выступает из-под рёберной дуги. Мочеиспускание самостоятельное, без затруднений. Стул оформлен, коричневый, без примесей. Диурез в пределах нормы. | 1) Диета-стол № 15.2) Режим-палатный.3) Лоратадин по 10мг по 1 таблетке 1 раз в день4) Пентоксифиллин 2% - 5мл в/в на физ. растворе 1 раз в сутки |

**XI. Обоснование клинического диагноза.**

На основанииистории болезни (заболевание началось остро, повысилась температура до 38.5C, появились озноб, боль в горле, заложенность носа, сильная слабость, сухой кашель), истории жизни (работа на открытом воздухе, физическое и психическое напряжение), объективного осмотра (Миндалины увеличены, гиперемированы, отёчны), данных обследовния пациента из Оршансокй городской больницы (в ОАК – Лейкоцитоз, синдром ускоренного СОЭ, Сдвиг лейкоцитарной формулы влево, наличие атипичных мононуклеаров; данных УЗИ – Гепато- спленомегалия; данных БАК – повышение АлТ, АсТ; на Rg-грамме признаки хронического бронхита; отрицательные серологические реакции не исключают инфекционного мононуклеоза), можно выставить следующий клинический диагноз:

**Основной:** Инфекционный мононуклеоз средней степени тяжести.

**Осложнения:** нет

**Сопутствующий диагноз:** Хронический бронхит

**XII. Эпикриз.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ был направлен Оршанской городской больницей в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6.11.2012 года. При поступлении предъявлял жалобы на повышение температуры до 37.5C, боль в горле, сухой кашель. Заболевание началось остро 17 октября 2012 года, когда у пациента поднялась температура до 38.5C, озноб, появилась боль в горле, заложенность носа, сильная слабость, сухой кашель. Находился на стационарном лечении в Оршанской городской больнице с 25.10 по 6.10.2012, откуда был направлен в ВОКИБ.

 После проведённого обследования в ВОКИБ пациенту был выставлен следующий клинический диагноз:

**Основной:** Инфекционный мононуклеоз средней степени тяжести.

**Осложнения:** нет

**Сопутствующий диагноз:** Хронический бронхит

 Результаты лабораторных исследований в динамике:

ОАК от 1.11.12 – Эр. – 4.7\*1012, Hb – 141 г/л, ЦП – 0.9, Лейк. - 12.4\*109, Э – 5%, палочки – 9%, сегменты – 27%, лимфоциты – 30% (из них 10 широкопротоплазмен.), моноциты – 1%, СОЭ – 12 мм/час.

ОАК от 7.11.12 – Эр. – 4.51\*1012, Hb – 141 г/л, ЦП – 0.94, Лейк. - 4.8\*109, Э – 2%, палочки – 1%, сегменты – 42%, лимфоциты – 45%, моноциты – 10%, Тромбоциты – 284\*109,СОЭ – 10 мм/час.

БАК от 29.10.12 – АлТ – 74 Е/л, АсТ – 90 Е/л, Холестерин – 4.2, Билирубин – 5.9/отр, Белок – 60.7 г/л, Глюкоза – 4.52 ммоль/л, Мочевина – 3.67 ммоль/л.

БАК от 8.11.12 – АлТ – 234,4 Е/л, АсТ – 80,4 Е/л, Билирубин – 14.0 / 0, Белок – 75.9 г/л, Глюкоза – 4.4 ммоль/л, Мочевина – 3.88 ммоль/л, Тимоловая проба – 4,94.

##  Пациенту проводилось следующее медикаментозное лечение:

1) Диета-стол № 15.

2) Режим-палатный, во время лихорадки постельный.

3) Парацетамол по 500 мг внутрь по 1 таблетке 2 раза в день при температуре выше 38С

4) Десенсибилизирующая терапия - Лоратадин по 10мг по 1 таблетке 1 раз в день

5) Симптоматическая терапия - обработка зева Йодинолом 3 раза в день

6) Пентоксифиллин 2% - 5мл в/в на физ. растворе 1 раз в сутки

В процессе лечение состояние пациента улучшилось – нормализовалась температура тела, исчез кашель, улучшилось общее состояние. Пациент продолжает стационарное лечение до нормализации печёночных ферментов.

По основному заболеванию прогноз для жизни благоприятный. В большинстве случаев происходит полное выздоровление. После перенесённого заболевания создаётся стойкий иммунитет.

Рекомендации при выписке:

1. Осмотр гематолога.
2. Повторный ОАК через месяц.
3. Через 6 месяцев сдать кровь на ВИЧ.