# ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Дата заболевания: 25.02.17

Дата поступления в стационар: 02.03.2017

Ф.И.О.:

Возраст: 20 лет (04. 02. 1997 года рождения)

Место жительства:

Место учебы:

Диагноз направившего учреждения: Острая респираторная вирусная инфекция, острый ринофаринготрахиит средней тяжести

Клинический диагноз: инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести

# Жалобы больного

На момент курации пациент жалуется на заложенность носа, малопродуктивный сухой кашель с выделением незначительного количества зеленоватого цвета мокроты , першение в горле и боль при глотании, повышение температуры тела до 38°С, сыпь по всему телу, периодическую головную боль, желтушность склер.

# Анамнез настоящего заболевания (anamnesis morbi)

Заболел 25.02.17. Возникновение заболевания ни с чем не связывает. Контакты с инфекционными больными, переохлаждение отрицает. Заболевание началось остро, когда впервые появилась сильная слабость, головная боль, повышение температуры тела до 38,8оС, потливость. На следующий день температура поднялась до отметки 39,9оС, присоединился сухой кашель. Через 2 дня от начала заболевания заболело горло. Пациент лечился самостоятельно ибуфеном (1 таблетку при повышении температуры выше 39оС), амоксиклавом ( по 2 таблетки утром и вечером на протяжении 3 дней, на 4 день перестал принимать, так как была рвота). Больной обратился за помощью в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен в инфекционную больницу.

На момент поступления: Состояние средней степени тяжести.

Жалобы на заложенность носа, затруднение дыхания, сухой кашель, боль в горле, быструю утомляемость, головную боль, температуру 38,3°С .

Отмечается гиперемия небных дужек, отек слизистой оболочки задней стенки глотки, налет, увеличение миндалин, увеличение околоушных, поднижнечелюстных, подмышечных лимфатических узлов

Кожный покров бледно-розового цвета. В легких дыхание не изменено. Число дыханий 19 в минуту.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 100 ударов в минуту. АД 120/75 мм рт. ст..

Живот мягкий при пальпации безболезненный.

Во время пребывания в стационаре появилась мелкая, пятнисто-папулезная сыпь. 4 марта локализовалась преимущественно на груди, потом начала распространяться на все тело. 9 марта уже локализовалась на всем туловище. 8 марта появилась иктеричность склер. Моча светлая, печень пальпаторно не увеличена. При откашливании начала выделяться зеленоватого цвета мокрота.

Эпидемический анамнез

Проживает в благоустроенной квартире с родителями. Питается полноценно. Санитарно-эпидемиологическая обстановка удовлетворительная. Водоснабжение централизованное. Санитарно-гигиенические условия на месте учебы выполняются. Родственников с аналогичными симптомами не выявлено. Переохлаждение, контакты с заболевшими отрицает. Общественные бани, парикмахерские, стоматолога за последнее время не посещал. Данных о прививках нет.

# Анамнез жизни (anamnesis vitae)

Пациент родился в Витебске 04.02.1997 году. Рос и развивался соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал.

Перенесённые в детстве заболевания: простудные.

Условия жизни пациента удовлетворительные: проживает с родителями в трёхкомнатной квартире.

Наличие вредных привычек: курение, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами отрицает.

Наследственные заболевания отсутствуют.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций не отмечает. Переливания крови не проводилось. Несколько лет назад проводилась операция по удалению пахово-мышечной грыжи.

# Настоящее состояние больного (STATUS PRAESENS)

Общее состояние больного средней степени тяжести, t=37,7°С.

Сознание ясное.

Положение больной в постели активное.

Конституциональный тип - нормостенический.

Телосложение правильное.

Рост 176, вес 68 кг. ИМТ 22

Отклонения в росте и физическом развитии отсутствуют. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы бледно розового цвета. Наблюдается мелкая пятнисто-папулезная сыпь по всему туловищу. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Расчёсов, видимых опухолевых образований нет. Отёков не выявлено.

Поднижнечелюстные, околоушные, подмышечные лимфатические узлы увеличены, расположены цепочкой размером 1,5 см, при пальпации мягкие, безболезненные, не спаяны с кожей. Наблюдается иктеричность склер.

***Опорно-двигательный аппарат***

Мышечная система.

Мышцы безболезненны при активных/пассивных движениях, пальпации.

Костно-суставная система.

Суставы безболезненны в покое, при активных/пассивных движениях, пальпации. Суставы симметричны, форма не изменена. Температура кожных покровов над суставами нормальная. Цвет кожи над суставами не изменен. Объем пассивных и активных движений достаточный.

***Система дыхания.***

Форма грудной клетки нормостеническая. Есть сколиоз грудной части позвоночника. Положение ключиц и лопаток в норме. Носовое дыхание затруднено с обеих сторон, из полости носа – серозно-слизистое отделяемое. Дыхание смешанного типа. ЧДД составляет 20 в 1 минуту, дыхание ритмичное, глубокое. Дыхание через рот. Одышки нет. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно.

Отмечается гиперемия небных дужек, отек слизистой оболочки задней стенки глотки. Редкое выделение зеленоватого цвета мокроты при кашле.

Пальпация грудной клетки

При пальпации грудная клетка безболезненная.

При перкуссии по всем полям- ясный легочной звук.

Аускультация легких

Слева и справа в верхних отделах легких выслушивается жесткое везикулярное дыхание. Хрипов нет. Укорочение перкуторного звука нет.

***Сердечно-сосудистая система***

Пульс ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках. Частота 100 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Артериальное давление 120/75 мм. рт. ст. Видимой пульсации в области сердца не определяется. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно ключичной линии. При перкуссии границы сердца не увеличены. При аускультации тоны сердца ясные, шумов нет. Частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту.

***Система пищеварения и органов брюшной полости.***

Губы красного цвета с легким цианотичным оттенком, сухие, слегка обветренные. Высыпаний, изъязвлений, пузырей, трещин нет. Слизистая полости рта равномерно розовая, влажная, без пятен, язвочек. На небе отмечаются петехии. Язык влажный, обложен налетом. Слизистая глотки гиперемирована, отечна, гиперемия небных дужек и язычка выражена особенно ярко, слизистая твердого неба на этом фоне выглядит относительно бледной. Задняя стенка глотки также гиперемирована, отечная. Миндалины увеличены, гиперемированы, без гноя в лакунах

Живот мягкий, безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания. Перистальтика живая. При перкуссии живота определяется тимпанит над кишечником. Печень выступает на 1 см от края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул, со слов больного, ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей, 1 раз в сутки.

***Мочеполовая система***

Бимануальная пальпация поясничной области безболезненна. Выпячиваний над лобком, в области почек не отмечается. Поколачивание над лобком и в поясничной области безболезненное. Почки не пальпируются. Дизурические явления не выявлены.

***Нервная система***

Сознание ясное, реакция на окружающее живая, адекватная. Общителен, подробно, точно, правильно отвечает на вопросы, адекватно оценивает свое самочувствие. Тип отношения к своей болезни можно характеризовать как гармонический. Настроение несколько снижено, отмечается слабость и быстрая утомляемость. Патологии черепных нервов не выявлено. Брюшные поверхностные и глубокие рефлексы живые. Сухожильные рефлексы (карпорадиальный, биципитальный, коленный, ахиллов) выражены умеренно (2), симметричны. Менингеальных знаков нет. Координационные пробы (пальценосовая, пяточно-коленная, поза Ромберга простая и усложненная) выполнены хорошо. Походка обычная, без каких-либо специфических особенностей. Внешний осмотр глаз и ушей: норма.

# Предварительный диагноз

На основании жалоб пациента (сухой кашель, насморк, заложенность носа, боль в горле, повышение температуры, головная боль), объективного обследования (увеличенные подчелюстные, околоушные, подмышечные л/узлы, слизистая глотки гиперемирована, отечна, гиперемия небных дужек и язычка выражена особенно ярко, слизистая твердого неба на этом фоне выглядит относительно бледной, на небе наблюдаются петехии. Задняя стенка глотки также гиперемирована, отечная, увеличены и гиперемированы миндалины. Склеры иктеричны. Мелкая пятнисто-папулезная сыпь по всему телу), истории развития настоящего заболевания (быстрое развитие заболевания, сопровождавшееся синдромом интоксикации), можно выставить предварительный диагноз: инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести.

# План обследования

1. Анализ крови общий
2. Анализ мочи общий
3. ЭКГ
4. Анализ на я/глист
5. Rtg лёгких
6. Исследование на сифилис
7. ИФА на вирус Эпштейна-Барра
8. Серодиагностика (Кровь на HBsAg, aHCV)
9. Бактериологическое исследование мазка из зева
10. УЗИ органов брюшной полости и почек
11. Биохимический анализ крови (Билирубин, тимоловая проба, АлАТ, АсАТ, ГГТП)
12. Контроль АД
13. Кровь на ВИЧ к113

# Лечение

1. Стол Б
2. Режим палатный
3. Обильное горячее щелочное питье (чай, кисель, морсы, компоты).
4. Этиотропная терапия:

Линкамицин 600мг 2 р/д в/в капельно

1. Симптоматическая терапия:

Лоратадин 10мг по 1 таблетке 1 р/д

Урсокапс 250мг по 1 таблетке 3 р/д

Санация зёва йодинолом.

Оксиметазолин 0.1% капли в нос по одному введению каждый носовой проход каждые 8-10 часов в течение 5 дней

Инфузионная терапия: NaCl 0,9%- 500,0 + глюкоза 5%-500,0

# Результаты лабораторных, инструментальных и других специальных исследований

1. Общий анализ крови (06.03.17)

Гемоглобин: 135 г/л

Тромбоциты: 176х109 /л Наблюдается снижение кол-ва

Эритроциты: 4,17х1012 /л тромбоцитов, увеличение кол-ва

СОЭ: 4 мм в ч. лейкоцитов и лимфоцитов с ши-

Гематокрит 0,39 рокопротоплазменными клетками

RDWCV 14,0

Лейкоциты: 18,2х109/л

-эозинофилы: 1%

-палочкоядерные: 3%

-сегментоядерные: 21%

-лимфоциты: 73/56

-моноциты: 2%

Общий анализ крови (09.03.17)

Гемоглобин: 148 г/л

Тромбоциты: 139х109 /л Наблюдается снижение кол-ва

Эритроциты: 4,49х1012 /л тромбоцитов, сдвиг лейкоц.

СОЭ: 13 мм в ч. формулы влево, увеличение СОЭ,

Гематокрит 0,408 увеличение количество лимфоци-

Лейкоциты: 6,0х109/л тов с широкопротоплазменными

-эозинофилы: 6% клетками

-палочкоядерные: 17%

-сегментоядерные: 25%

-лимфоциты: 51/22

-моноциты: 1%

1. Общий анализ мочи (03.03.17г)

*Физические свойства:*

Цвет: насыщенно-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1006 г/мл

Прозрачность: неполная

*Химические свойства* В ОАМ выявлено изменение

Белок: - цвета и незначительное умень-

Сахар: - шение удельного веса мочи

*Микроскопическое исследование*

Эпителий: плоск. 1-2 в поле зрения

Эритроциты: 0-1 в поле зрения

Лейкоциты: 0-1 в поле зрения

Общий анализ мочи (09.03.17г)

Физические свойства:

Цвет: насыщенно-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1022 г/мл

Прозрачность: неполная

Химические свойства

Белок: 0,175 г/л

Сахар: -

Микроскопическое исследование

Эпителий: плоск. 1-2 в поле зрения

Эритроциты: 15-25 в поле зрения

Лейкоциты: 0-2 в поле зрения

Цилиндры гиал. 0-1

Слизь +

Заключение: изменение цвета мочи, появление в моче белка, эритроцитов, слизи, гиалиновых цилиндров

1. ЭКГ (06.03.17г.)

Ритм синусовый, ЧСС 75 в минуту. Нормальная ЭОС. Симптомы наджелудочкового гребешка

4. Анализ кала (05.03.17): Я/Г – не выявлен.

5. Рентгенография органов грудной клетки от 01.03.2017: Легочные поля без инфильтративных и очаговых теней. Легочной рисунок не изменен. Корни структурны. Синусы свободны. Купола диафрагмы четкие. Срединная тень не смещена. Сколиоз грудного отдела позвоночника

6. RW – отрицательно

1. ИФА (03.03.17) на антитела класса IgM к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр (анти ВЭБ VCA-IgM) – положительно
2. Серодиагностика (Кровь на HBsAg, aHCV) (06.03.17) - отрицательно
3. Биохимический анализ крови ( 06.03.17):

Билирубин общий Мкм/л (N 8,55-20,52)- 97,6

Билирубин прямой Мкм/л (N 2,1-5,1)-77,3

ГГТП Ед/л (N ж.-10-32 м.-18-49)- 329,2

Тимоловая проба, ед (N 0-4)- 5,9

AcAТ Е/л (N 5-40)-275,0

AлAТ Е/л (N 5-40)-569,6

ЩФ Ед/л (N взр. До 280, дети до 645)-870

Мочевина Мм/л (N 1.7-8,3)- 4,88

Глюкоза Мм/л (N 3,9-6,1)-5,46

Заключение: наблюдается повышение всех показателей кроме мочевины и глюкзы. Признаки поражения печени и холестаза.

# Дневники наблюдений

09.03.17 АД 120/75 мм рт. ст, t=37,7°С. ЧД=18/мин. ЧСС=90/мин.

Состояние пациента средней степени тяжести.

Жалобы на ощущение заложенности носа, затруднение дыхания, сухой кашель, першение и боль в горле при глотании, сыпь, желтушность склер, повышение температуры тела.

Объективно: мелкая пятнисто-папулезная сыпь по всему телу, иктеричные склеры. Отмечается гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и небных дужек, петехии на небе, увеличение и гиперемия миндалин, налет на языке. Кожный покров бледно-розового цвета. Увеличены подчелюстные, околоушные, подмышечные л/узлы.

Pulmo: дыхание с обеих сторон везикулярное, хрипы не прослушиваются.

Cor: тоны ясные, ритмичные.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Стул, диурез – в норме.

Лечение:

1. Оксиметазолин 0.1% капли в нос по одному введению каждый носовой проход каждые 8-10 часов.
2. Линкамицин 600мг 2 р/д в/в капельно
3. Лоратадин 10мг по 1 таблетке 1 р/д
4. Урсокапс 250мг по 1 таблетке 3 р/д
5. Санация зёва йодинолом.
6. Инфузионная терапия: NaCl 0,9%- 500,0 + глюкоза 5%-500,0

10.03.17 АД 115/70 мм рт. ст, t=37,6°С.ЧД=17мин. ЧСС=85/мин.

Общее состояние средней тяжести. Динамики не наблюдается. Жалобы те же.

Объективно: мелкая пятнисто-папулезная сыпь по всему телу, иктеричные склеры. Отмечается гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и небных дужек, петехии на небе, увеличение и гиперемия миндалин, налет на языке. Кожный покров бледно-розового цвета. Увеличены подчелюстные, околоушные, подмышечные л/узлы.

Pulmo: дыхание с обеих сторон везикулярное, хрипы не прослушиваются.

Cor: тоны ясные, ритмичные.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Стул, диурез – в норме.

Лечение:

1. Оксиметазолин 0.1% капли в нос по одному введению каждый носовой проход каждые 8-10 часов.
2. Линкамицин 600мг 2 р/д в/в капельно
3. Лоратадин 10мг по 1 таблетке 1 р/д
4. Урсокапс 250мг по 1 таблетке 3 р/д
5. Санация зёва йодинолом.
6. Инфузионная терапия: NaCl 0,9%- 500,0 + глюкоза 5%-500,0

# Обоснование клинического диагноза

Диагноз: Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести поставлен на основании:

жалоб пациента на: сухой кашель, выраженную слабость, быструю утомляемость, головокружение, боль в горле, головную боль, повышение температуры до 39,9°С., гиперемию зева, сыпь, желтушность склер.

данных истории развития настоящего заболевания: развитие заболевания остро в течение 3-4 дней, выраженность интоксикационного синдрома;

объективных данных: тахикардия, фебрилитет; мелкая пятнисто-папулезная сыпь по всему телу, иктеричные склеры. Отмечается гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и небных дужек, петехии на небе, увеличение и гиперемия миндалин, налет на языке. Кожный покров бледно-розового цвета. Увеличены подчелюстные, околоушные, подмышечные л/узлы.

динамики патологических симптомов за время наблюдения: положительная динамика в отношении кашля; тахикардии – уменьшилась, ЧСС = 85 (N),

лабораторных данных:

- общий анализ крови 09.03.17: Наблюдается снижение кол-ва тромбоцитов, сдвиг лейкоц. формулы влево, увеличение СОЭ, увеличение количество эозинофилов и лимфоцитов

- Биохимический анализ крови 06.03.17: повышение показателей билирубина общего, билирубина прямого, ГГТП, тимоловой пробы, AcAТ, AлAТ, ЩФ.

- ИФА (03.03.17) на антитела класса IgM к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр (анти ВЭБ VCA-IgM) – положительно

# Выписной эпикриз

\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20 лет. Поступил в ВОКИБ 02.03.17. Клинический диагноз: Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести.

Заболел 25.02.17. Возникновение заболевания ни с чем не связывает. Контакты с инфекционными больными, переохлаждение отрицает. Заболевание началось остро, когда впервые появилась сильная слабость, головная боль, повышение температуры тела до 38,8оС, потливость. На следующий день температура поднялась до отметки 39,9оС, присоединился сухой кашель. Через 2 дня от начала заболевания заболело горло. Пациент лечился самостоятельно ибуфеном (1 таблетку при повышении температуры выше 39оС), амоксиклавом ( по 2 таблетки утром и вечером на протяжении 3 дней, на 4 день перестал принимать, так как была рвота). Больной обратился за помощью в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен в инфекционную больницу.

При объективном осмотре было выявлено: Отмечается гиперемия небных дужек, отек слизистой оболочки задней стенки глотки, налет, увеличение миндалин, увеличение околоушных, поднижнечелюстных, подмышечных лимфатических узлов.

Во время пребывания в стационаре появилась мелкая, пятнисто-папулезная сыпь. 4 марта локализовалась преимущественно на груди, потом начала распространяться на все тело. 9 марта уже локализовалась на всем туловище. 8 марта появилась иктеричность склер. Моча светлая, печень пальпаторно не увеличена. При откашливании начала выделяться зеленоватого цвета мокрота.

Данные лабораторных исследований:

1. **Общий анализ крови (06.03.17)**

Гемоглобин: 135 г/л

Тромбоциты: 176х109 /л

Эритроциты: 4,17х1012 /л

СОЭ: 4 мм в ч.

Гематокрит 0,39

RDWCV 14,0

Лейкоциты: 18,2х109/л

-эозинофилы: 1%

-палочкоядерные: 3%

-сегментоядерные: 21%

-лимфоциты: 73/56

-моноциты: 2%

**Общий анализ крови (09.03.17)**

Гемоглобин: 148 г/л

Тромбоциты: 139х109 /л

Эритроциты: 4,49х1012 /л

СОЭ: 13 мм в ч.

Гематокрит 0,408

Лейкоциты: 6,0х109/л

-эозинофилы: 6%

-палочкоядерные: 17%

-сегментоядерные: 25%

-лимфоциты: 51/22

-моноциты: 1%

2. **Общий анализ мочи (03.03.17г)**

Физические свойства:

Цвет: насыщенно-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1006 г/мл

Прозрачность: неполная

Химические свойства

Белок: -

Сахар: -

Микроскопическое исследование

Эпителий: плоск. 1-2 в поле зрения

Эритроциты: 0-1 в поле зрения

Лейкоциты: 0-1 в поле зрения

**Общий анализ мочи (09.03.17г)**

Физические свойства:

Цвет: насыщенно-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1022 г/мл

Прозрачность: неполная

Химические свойства

Белок: 0,175 г/л

Сахар: -

Микроскопическое исследование

Эпителий: плоск. 1-2 в поле зрения

Эритроциты: 15-25 в поле зрения

Лейкоциты: 0-2 в поле зрения

Цилиндры гиал. 0-1

Слизь +

3. ЭКГ (06.03.17г.)

Ритм синусовый, ЧСС 75 в минуту. Нормальная ЭОС. Симптомы наджелудочкового гребешка

4. Анализ кала (05.03.17): Я/Г – не выявлен.

5. Рентгенография органов грудной клетки от 01.03.2017: Легочные поля без инфильтративных и очаговых теней. Легочной рисунок не изменен. Корни структурны. Синусы свободны. Купола диафрагмы четкие. Срединная тень не смещена. Сколиоз грудного отдела позвоночника

6. RW – отрицательно

6. ИФА (03.03.17) на антитела класса IgM к капсидному антигену вируса Эпштейна-Барр (анти ВЭБ VCA-IgM) – отрицательно

7. Серодиагностика (Кровь на HBsAg, aHCV) (06.03.17) - отрицательно

8. Биохимический анализ крови ( 06.03.17):

Билирубин общий Мкм/л (N 8,55-20,52)- 97,6

Билирубин прямой Мкм/л (N 2,1-5,1)-77,3

ГГТП Ед/л (N ж.-10-32 м.-18-49)- 329,2

Тимоловая проба, ед (N 0-4)- 5,9

AcAТ Е/л (N 5-40)-275,0

AлAТ Е/л (N 5-40)-569,6

ЩФ Ед/л (N взр. До 280, дети до 645)-870

Мочевина Мм/л (N 1.7-8,3)- 4,88

Глюкоза Мм/л (N 3,9-6,1)-5,46

Лечение:

1.Стол Б

1. Режим палатный
2. Обильное горячее щелочное питье (чай, кисель, морсы, компоты).
3. Оксиметазолин 0.1% капли в нос по одному введению каждый носовой проход каждые 8-10 часов в течение 5 дней
4. Линкамицин 600мг 2 р/д в/в капельно
5. Лоратадин 10мг по 1 таблетке 1 р/д
6. Урсокапс 250мг по 1 таблетке 3 р/д
7. Санация зёва йодинолом.
8. Инфузионная терапия: NaCl 0,9%- 500,0 + глюкоза 5%-500,0

На момент лечения в стационаре положительной динамики нет. Пациент продолжает пребывание в стационаре.

Даны следующие рекомендации:

* Продолжать лечение;
* Осмотр гематолога;
* избегать сквозняков, переохлаждений, чрезмерных физических нагрузок;
* общеукрепляющая терапия;
* здоровый образ жизни.