**I. Паспортная часть.**

* Дата заболевания – 17.02.13г.
* Дата поступления в стационар – 18.02.13 г. в 7 30
* Ф.И.О. – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Возраст – 2 года (25.01.2011 г.р.)
* Мать – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Место работы матери - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Место жительства – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Диагноз направившего учреждения – ОРВИ,фарингит
* Предварительный диагноз при поступлении – ОРВИ: фарингит, ларинготрахеит.

Окончательный клинический диагноз – ОРВИ: фарингит, острый ларинготрахеит средней степени тяжести стеноз I ст. ДН0.

**II. Жалобы больного.**

* Жалобы матери при поступлении:жалобы на приступообразный лающий кашель, приступы удушья, и болями в горле, охриплость голоса, повышение температуры да 38,6°, снижение аппетита,отдышку во время вдоха
* Жалобы на момент курации : жалобы на сухой непродуктивный кашель, боли в горле.

**III. Анамнез настоящего заболевания.**

Ребенок заболел 4дня назад,когда появился насморк.17.02.2013 вечером появился сухой лающий кашель, осиплость .Ночью кашель усилился и сопровождался приступами удушья,которые длились 2-5 минут, потом сменялись более редким кашлем. Приступы чередовались с периодами просветления. Поднялась температура до 38,6°, пропал аппетит. Мать давала ребёнку тёплое питье,жаропонижающие(парацетамол) и сироп от кашля. Приступы удушья не купировались приёмом сиропа. Ночью 17.02.13г мать вызвала скорую помощь.Проведена ингаляция беротеком.Поступил в 6 отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в 7 30 , 17.02.13г.

При поступлении: состояние средней тяжести: ребенок беспокойный. Кожный покров бледно-розовый. Температура тела 37,5. Пульс – 124 уд./мин. ЧД – 36 в мин. В легких дыхание бронхиальное, сухие хрипы с обеих сторон, перкуторно ясный легочной звук. Зев, дужки и задняя стенка глотки гиперемированы,

**IV. Эпидемиологический анамнез.**

В семье на данный момент болен отец. Возможно развитию заболевания послужил контакт с данными детьми. Механизм заражения - аэрогенный, путь передачи- воздушно-капельный.

**V.Анамнез жизни.**

Родился 25.02.2011 от II беременности , в сроке 36 недель. Роды осложненные :кесарево сечение(причину мама не знает). 2 ребенок в семье. Вес при рождении 2850 гр,рост 45см,закричал не сразу.

Рос и развивался нормально(начал ползать ,садиться и ходить в соответствие с возрастом).Со слов матери вскармливался грудью 1,5 месяца. В физическом и психическом развитии не отстает от сверстников.

Травм, переломов и оперативных вмешательств не было. Аллергическую реакцию на лекарственные вещества мама ребенка отрицает, отмечает пищевую аллергию на шоколад.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные – живут в отдельной 2-комнатной квартире.Наркотические средства родители не употребляют. Курение отрицают. Туберкулез, вирусный гепатит, сифилис, ВИЧ - инфекцию у себя и ближайших родственников отрицают.

**VI. Настоящее состояние.**

Общий осмотр:

Общее состояние пациента удовлетворительное, сознание ясное. Положение тела активное. Ориентирован в месте и времени, контактен.

Температура тела на момент курации– 36,8° С (при поступлении 37,5°С)

Телосложение нормостеническое. Вес 15 кг, рост 85 см.

Общие свойства кожного покрова:

Кожный покров бледно-розового цвета, умеренно влажный и эластичный. Кожа теплая. Тургор кожи хороший. Видимые слизистые оболочки полости рта, губ бледно-розовые, влажные, чистые. Конъюнктива влажная, чистая, без видимых изменений. Состояние волос, ногтей удовлетворительное. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Пастозности и отеков нет.

Лимфатические узлы (подчелюстные, околоушные, шейные, затылочные, над- и подключичные, подмышечные, паховые) не увеличены (не более 5 мм), безболезненны.

Костно-суставная, мышечные системы:

В конфигурации скелета деформаций не выявлено, суставы правильной формы, активные и пассивные движения в них в полном объеме, безболезненны. Степень развития мышц, сила и тонус их удовлетворительные.

Система органов дыхания:

Форма грудной клетки нормостеническая. Дыхание через нос затруднено. Число дыханий – 32 в 1 мин. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания.

Пальпаторно участков болезненности и ригидности межреберных мышц не выявлено.

При сравнительной перкуссии над обоими лёгкими ясный легочной звук.

*Аускультация легких:*

При аускультации в симметричных точках выслушивается бронхиальное дыхание, сухие хрипы с двух сторон.

Система органов кровообращения:

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

При пальпации: верхушечный толчок в 5-ом межреберье по среднеключичной линии,на 1см кнаружи, умеренной силы и высоты, не разлитой, дрожаний нет. ЧСС – 124/мин

При перкуссии:

Границы сердца относительной тупости

Верхняя 2-е межреберье

Левая 1см кнаружи от левой среднеключичной линии

Правая кнутри от парастернальной линии

Поперечник сердца,в см 9

Границы сердца абсолютной тупости

Верхняя 3межреберье

Левая по средне-ключичной линиии

Правая левый край грудины

Поперечный размер 4 см

Конфигурация сердца нормальная.

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

Система органов пищеварения:

Язык влажный, чистый. Миндалины не изменены, нормальных размеров, без налета. Зев, дужки и задняя стенка глотки гиперемированы. Аппетит снижен. Акты глотания и прохождения пищи по пищеводу не нарушены. Стул регулярный (2 раза в день), обычной консистенции, без патологических примесей.

*Осмотр живота:*

Живот обычной формы, симметричный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания.

*Аускультация живота:*

Перистальтика кишечника живая.

*Поверхностная пальпация живота:*

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Патологических опухолевидных и грыжевых образований не обнаружено.

*Глубокая пальпация живота не проводилась.*

*Пальпация печени:*

При глубокой пальпации печени нижний край печени выходит из-под края реберной дуги на 2 см, гладкий, мягко-эластической консистенции, безболезненный.

*Пальпация селезенки:* не пальпируется

Мочеполовая система:

Мочится достаточно (1 раз в 1,5 часа), чаще, чем дома. Пьет около 1,5 л жидкости в сутки. Моча соломенно-желтая. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Почки не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Припухлостей и болезненности в поясничной области нет.

Психоневрологический статус:

Сознание ясное. Ребенок активный. Очаговой неврологической симптоматики не обнаружено. Менингиальных знаков не выявлено. Локомоторная функция без нарушений, поведение спокойное, эмоции сдержаны.

**VII. Предварительный диагноз.**

На основании жалоб матери,данных объективного осмотра:выставлен предварительный диагноз:ОРВИ: фарингит, острый ларинготрахеит средней степени тяжести стеноз I ст. ДН0.

**VIII. План обследования.**

* ОАК.
* ОАМ.
* Рентгенография органов грудной клетки.
* Анализ кала на яйца глист (чтобы исключить аскаридоз)

**IX. Результаты лабораторно – инструментального обследования.**

* *Общий анализ крови 18.02.13г.*

Эритроциты – 4,18 \*1012/л

Гемоглобин – 134 г/л

Лейкоциты – 4,4 х 109/л

Палочкоядерные нейтрофилы - 11%

Сегментоядерные нейтрофилы - 76%

Лимфоциты - 10%

Моноциты - 3%

СОЭ – 7 мм/ч.

*Заключение: увеличены показатели палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов,снижено количество лимфоцитов,признаки осложнения бактериальной инфекции*

* *Исследование кала на яйца гельминтов и остриц от 17.02.13 г* отрицательный.
* *Rtg органов грудной клетки от 18.02.13*

*Заключение*: Легочные поля без видимых очагово-инфильтративных теней. Корни малоструктурны. Легочный рисунок обогащён. Синусы свободны.

**X. План лечения:**

* Стол Б (дет.)
* Режим общий
* Патогенетическая терапия:
* Обильное питье (морсы, чай, тёплая вода, компот) 1- 1,5 литров в сутки
* Симптоматическая терапия:
* Преднизолон 30мг в/м
* Папаверин 0,2+мдимедрол 1%0,2 в/м однократно
* Ингаляции с преднизолоном или преднизолон в/в 2мг/кг, при неэффективности ингаляции с берадуалом
* Амброксол 7,5мг г по 1 таблетке 2 раза в сутки (утром и в обед)
* Фенистил 10кап/3р/сут
* Цефазолин 20мг/кг 2 р/д

**XI. Обоснование клинического диагноза.**

На основании жалоб матери( отмечалось повышение температуры ночью до 38,6°,ребенок был вялый,плохой аппетит,сильный, приступообразный лающий, непродуктивный кашель, приступы удушья, болями в горле, охриплость голоса); анамнеза заболевания: заболел остро, сначала появился насморк,потом лающий кашель с выраженной отдышкой при вдохе,ребенок стал отказываться от еды, ближе к вечеру и ночью повысились приступы удушья и повысилась температура тела до 38,6°, мальчик стал беспокойным. На основании объективного исследования: зев, дужки и задняя стенка глотки гиперемированы, на основании результатов лабораторного и инструментального исследования: ОАК (повышение уровня палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов,признаки осложения бактериальной инфекции),Rtg органов грудной клетки : Легочные поля без видимых очагово-инфильтративных теней. Корни малоструктурны. Легочный рисунок обогащён. Синусы свободны.;

можно поставить клинический диагноз:

***ОРВИ: фарингит, острый ларинготрахеит средней степени тяжести стеноз I ст. ДН0.***

**XII. Дневники наблюдения.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дата* | *Содержание дневника* | *Назначения* |
| 18.02.  2013г.  11.00ч. | Состояние удовлетворительное. Жалобы на снижение аппетита, сухой лающий кашель. Объективно: кожный покров бледно-розового цвета, умеренно влажный и эластичный. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. Зев, дужки, задняя стенка глотки гиперемированы. Дыхание везикулярное, ЧД – 32 в мин, ЧСС 124 уд. в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Стул был. Мочеиспусканиесвободное, безболезненное, частое. Выпивает 1-1,5 л жидкости в сутки.  Температура тела – 36,80 C. | 1. Режим: общий  2. Стол Б.  3. Назначения те же |
|  |  |  |

**XII. Эпикриз.**

Пациент, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 25.02.2011 (2 года) находился на лечении с 18.02.2013 по 19.02.2013 в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с клиническим диагнозом ОРВИ: фарингит, острый ларинготрахеит средней степени тяжести стеноз I ст. ДН II.

Пациенту были проведены клинические, лабораторно -инструментальные методы обследования.

Данные лабораторно – инструментальных методов исследования были следующими:

* *Общий анализ крови 18.02.13г.*

Эритроциты – 4,18 \*1012/л

Гемоглобин – 134 г/л

Лейкоциты – 4,4 х 109/л

Палочкоядерные нейтрофилы - 11%

Сегментоядерные нейтрофилы - 76%

Лимфоциты - 10%

Моноциты - 3%

СОЭ – 7 мм/ч.

*Заключение: увеличены показатели палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов,снижено количество лимфоцитов, признаки осложнения бактериальной инфекции*

* *Исследование кала на яйца гельминтов и остриц от 17.02.13 г* отрицательный.
* *Rtg органов грудной клетки от 18.02.13*

*Заключение*: Легочные поля без видимых очагово-инфильтративных теней. Корни малоструктурны. Легочный рисунок обогащён. Синусы свободны.

Назначено следующее лечение:

* Стол Б (дет.)
* Режим общий
* Патогенетическая терапия:
* Обильное питье (морсы, чай, тёплая вода, компот) 1- 1,5 литров в сутки
* Симптоматическая терапия:
* Преднизолон 30мг в/м
* Папаверин 0,2+мдимедрол 1%0,2 в/м однократно
* Ингаляции с преднизолоном или преднизолон в/в 2мг/кг, при неэффективности ингаляции с берадуалом
* Амброксол 7,5мг г по 1 таблетке 2 раза в сутки (утром и в обед)
* Фенистил 10кап/3р/сут
* Цефазолин 20мг/кг 2 р/д

Отмечается положительная динамика (приступы удушья прекратились,температура нормализовалась, уменьшился кашель, ребенок активен, аппетит в норме) .

Рекомендовано продолжение назначенного лечения.

* Контроль ОАК, Биохимический анализ крови, ОАМ
* Полноценное питание
* Рациональный режим дня
* Витаминотерапия
* Профилактика ОРВИ
* Наблюдение ЛОР-врача (весна и осень)
* Пребывание ребенка на свежем воздухе
* Закаливание