**Паспортная часть**

Дата заболевания: 21.03.2013г

Дата поступления в стационар: 12.03.2013г

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст (полных лет): 1 год 2 месяца

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении: ОРИ

Диагноз клинический: ОРВИ, фарингит, средняя степень тяжести.

**Жалобы на момент курации**

Жалоб нет.

**Жалобы при поступлении**

На повышение температуры тела (39.7°С).

**Анамнез настоящего заболевания**

Со слов матери заболела остро утром 12.03.2013, когда температура тела поднялась до 38.5 °С. Приняла ибуфен. В 15 – 00 температура снова повысилась до 38.5 °С. Вновь приняла ибуфен. В 23 – 00 температура тела повысилась до 39.7 °С. Мать вызвала скорую медицинскую помощь. Была доставлена в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Эпидемиологический анамнез**

Живет в квартире вместе с матерью и отцом. Питается полноценно. Воду пьет кипяченую. Санитарно-эпидемиологическая обстановка удовлетворительна. Водоснабжение централизовано.

Со слов матери контакта с инфекционными больными ребенок не имел.

**Анамнез жизни**

Ребенок от второй беременности, вторых родов. На 36-ой неделе гестации – осложненные роды, кесарево сечение, по причине кровотечения. Закричала сразу. Масса ребенка при рождении составляла 2870 г, рост 50 см. К груди ребенка приложили по истечение 30 минут после родов, сосала активно. Выписана в удовлетворительном состоянии, на 5-й день жизни. Течение послеродового периода у матери и ребенка без осложнений.

Росла и развивалась нормально (начала ползать, садиться и ходить в соответствие с возрастом). Со слов матери вскармливалась грудью 1,5 месяца. В физическом и психическом развитии не отстает от сверстников. Прививки сделаны по возрасту.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Травм, переломов и оперативных вмешательств не было. Аллергический анамнез без особенностей. Наркотические средства родители не употребляют. Курение отрицают. Туберкулез, вирусный гепатит, сифилис, ВИЧ - инфекцию у себя и ближайших родственников отрицают.

**Настоящее состояние больного**

Общее состояние больной удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное. Рост – 79 см, масса тела – 14 кг. Температура тела – 36,7 °С.

Кожа чистая, сухая, бледно – розовая. Сыпи нет. Рубцов, расчесов нет. Видимые слизистые без изменений. Подкожная жировая клетчатка развита достаточно. Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, над- и подчелюстные, локтевые, подмышечные, паховые) не пальпируются.

Мышцы и кости при пальпации безболезненны. Припухлости, атрофии нет. Конфигурация суставов, объем пассивных и активных движений не изменены.

**Система органов дыхания**

Дыхание свободное, ритмичное. Частота дыхания 32 в минуту. Грудная клетка нормостенической формы, при пальпации безболезненная. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный лёгочный звук над всей грудной клеткой. При аускультации везикулярное дыхание выслушивается по всем полям, хрипов нет. Крепитации, шума трения плевры нет.

**Система органов кровообращения**

ЧСС – 120 ударов в минуту. Патологической пульсации сосудов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии. При перкуссии границы сердца не изменены. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

**Система органов пищеварения**

Аппетит хороший.

Язык – влажный, не обложен; язвы, трещины отсутствуют. Десны, мягкое и твердое нёбо розовой окраски, слизистая – без патологий. Миндалины без патологических изменений. Гиперемии, кровоизлияний, налета на задней стенке глотки нет. Глотание не затруднено. Зев, дужки и задняя стенка глотки гиперемированы

Живот мягкий, обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, симметричный, видимой перистальтики нет, выбухания нет. Напряжения мышц – нет. При глубокой пальпации болезненности нет.

Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Перкуссия:

Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует.

Печень. Поверхность гладкая, безболезненная. Край ровный.

**Мочеполовая система.**

Мочеиспускание безболезненное. Мочится достаточно. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Нервная система**

Судорог нет. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудинского верхний, средний, нижний) отрицательные. Скованности не отмечается. Параличей и парезов нет. Мышечная атрофия не отмечается. Зрачки одинаковы по форме и величине. Реакция зрачков на свет сохранена. Аккомодация, конвергенция в норме. Нистагм отсутствует. Острота слуха не изменена. Чувствительность кожи не нарушена.

**Эндокринная система.**

Щитовидная железа не увеличена, консистенция эластичная, поверхность ровная.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного (на повышение температуры тела (39.7°С)); на основании анамнеза заболевания (заболел остро, когда температура тела повысилась до 39,7 °С); на основании объективного обследования () можно выставить предварительный диагноз: ОРВИ, фарингит, средней степени тяжести.

**План обследования**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Мазки со слизистой зева и носа на МФА;
4. Парный сыворотки на ИФА;
5. Анализ кала на яйца гельминтов;

**Результаты лабораторных и специальных методов исследования**

1. Общий анализ крови (14.03.2013г.)

Эритроциты - 4,2 х 109/л;

Гемоглобин - 133 г/л;

Гематокрит - 0,95;

Лейкоциты - 9,2 х 109/л;

Палочкоядерные - 6%;

Сегментоядерные - 46%;

Лимфоциты - 44%;

Моноциты - 4%;

СОЭ - 12 мм/ч;

Заключение: Ускоренно СОЭ.

1. Общий анализ мочи (12.03.2013г.)

Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Реакция: кислая;

Относительная плотность: 1005;

Белок – нет;

Глюкоза – нет;

Микроскопическое исследование:

Эпителий плоский – нет;

Эритроциты - нет;

Лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Заключение: Общий анализ мочи без патологических изменений.

1. Копрологическое исследование кала

Заключение: энтеробиоз отрицательно.

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб больного (на повышение температуры тела (39.7°С)); на основании анамнеза заболевания (заболел остро, когда температура тела повысилась до 39,7 °С); на основании объективного обследования (); на основании лабораторных методов исследования (ускоренно СОЭ) можно выставить предварительный диагноз: ОРВИ, фарингит, средней степени тяжести.

**План лечения**

1. Режим – палатный;
2. Стол – Б;
3. Обильное питье (морсы, чай, тёплая вода, компот) 1- 1,5 литров в сутки
4. При повышении температуры тела выше 38,5 0С Tab. Paracetamoli 0.5.
5. Тамифлу 30 мг – 2 раза в день.

**Дневник наблюдения**

15.03.2013г.

11-00

T- 36,7 °С

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Аппетит хороший. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания в 32 минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 120 в минуту. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Мочится достаточно. Стул в норме.

**Эпикриз**

Больная, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1 год 2 месяца, была госпитализирован 12.03.13 года в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и выставлен диагноз ГРИПП, фарингит, средняя степень тяжести. Проводились лабораторные методы исследования:

1. Общий анализ крови

Эритроциты - 4,2 х 109/л;

Гемоглобин - 133 г/л;

Гематокрит - 0,95;

Лейкоциты - 9,2 х 109/л;

Палочкоядерные - 6%;

Сегментоядерные - 46%;

Лимфоциты - 44%;

Моноциты - 4%;

СОЭ - 12 мм/ч;

2. Общий анализ мочи

Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Реакция: кислая;

Относительная плотность: 1005;

Белок – нет;

Глюкоза – нет;

Микроскопическое исследование:

Эпителий плоский – нет;

Эритроциты - нет;

Лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

3. Копрологическое исследование кала

Заключение: энтеробиоз отрицательно.

В период нахождения в стационаре было назначено лечение 03.10.12: Analgini 50 – 0,2, Dimedroli 1 – 0,2; S. NaCl 0,9% 200 ml, S. Prednisoloni 15 ml + S. Glucosae 5% 250 ml, Vit. C 5% 2,0; тамифлю; парацетамол. Выписана.

**Рекомендации:**

1.Избегать переохлаждений;

2.Чаще устраивать прогулки на свежем воздухе;

3.Употреблять в пищу больше фруктов и овощей;