**Паспортная часть**

Ф.И.О:

Пол: женский

Возраст: 28 лет

Профессия и место работы:

Семейное положение: замужем

Дата поступления:

Диагноз направившего леч учреждения: ОРВИ

Клинический диагноз:

а) ОРВИ ср ст тяжести

б) сопутствующий: не наблюдалось

в) осложнения основоного заболевания: угроза выкидыша

**Жалобы**

При поступлении пациент предявляла жалобы на сухой, непродуктивный кашель, боли в облости живота при кашле, одышку, повышение температуры до 38 0С, чувство беспокойства, слабость, бледность кожных покровов.

**История настоящего заболевания (anamnesis morbi)**

Болеет с 21 сентября, заболевание началось с заложонности носа, сухого не продуктивного кашля, повышения температуры до 37,50С и чувства беспокойства.

**История жизни (anamnesis vitae)**

Больная росла и развивалась здоровым ребенком. В детстве болела простудными заболеваниями. Материально – бытовые условия хорошие. Работала в прошлом врачом, бросила эту деятельность. На данный момент работает директором ТОО. Замужем, первая беременность, ранее абортов не делала. Непереносимости к лекарственным препаратам отмечает а именно на никотиновую кислоту. Аллергическими реакциями на витамин В12. Ранее переливание крови и кровезамещающих жидкостей не производилось. Туберкулез и венерических заболевании отрицает. Наследственность не отягощена. Материально – бытовые условия хорошие. Вредных привычек и профессиональных вредностей нет.

**Объективное исследование (status praesens)**

***Общий осмотр:*** Общее состояние средней степени тяжести. Степень тяжести обусловлена лихорадочным синдромом. Сознание ясное, положение активное, ходит сама, выражение лица страдальческое, нормостенического тела сложения. Температура тела 37,7 С0.

Цвет кожи обычной окраски, пигментация не наблюдается, высыпания на кожных покровах не отмечается, рубцы не обнаружены, расчесы, шелушения и пролежней нет, тургор кожи в норме, волосы и ногти в нормальном состоянии.

Подкожная клетчатка развита умеренно, отеки отсутствуют.

Цвет слизистой оболочки умеренной окраски, пигментации, эрозии и высыпания отсутствуют.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Общее развитие мышцы хорошее, болезненности при пальпации нет, тонус сохранен.

Кости. Деформации, видимой припухлости, болезненности при пальпации, перкуссии и нагрузке по оси отсутствуют. Длина конечностей и окружности их на различных уровнях одинаковы, изменение при ходьбе не отмечается.

Суставы по конфигурации обычные, не деформированные. Болезненности при пальпации, движении нет. Не хрустит. Местные изменения и температуры нет.

Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезненная.

Сердечно-сосудистая система.

Жалоб не предъявляет. При осмотре шеи видимой пульсации вен и артерий нет, венозный пульс на яремных венах отсутствует. Выпячивание и видимых пульсаций в области сердца нет.

При пальпации верхушечный толчок определяется по средне ключичной линии, на уровне 5-6 межреберье (не разлитой).

Перкуссия границ относительной тупости сердца:

Правая – кнаружи от правого края грудины,

Левая – 1см. кнаружи от левой срединно-ключичной линии,

Верхняя – третье ребро по левой около грудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца – 12см. Ширина сосудистого пучка – 5см, конфигурация сердца нормальная.

Тоны сердца приглушены, деятельность ритмичная. ЧСС – 80 в мин., дополнительные тоны, шумы и шум трения перикарда не прослушиваются. Исследование сосудов: артериальный пульс на лучевых артериях одинаков, частота 80 уд.в мин., хорошего наполнения и напряжения. АД 110/75. Вены не пульсируют, на глаз, не расширены, на ощупь безболезненны. В яремной вене шумов не прослушивается.

Система органов дыхания.

Жалоб не предъявляет. Одышки, удушья, кровохарканья нет. Форма носа не изменена, дыхание свободное. Грудная клетка нормостеническая, над- и подключичные ямки слабо выражены, ширина межреберных промежутков умеренная, величина эпигастрального угла – 90 , лопатки плотно прилежат к грудной клетке, боковой размер больше переднезаднего, симметрична. Тип дыхания смешанный, ЧДД – 16.

При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаково, проводится во все отделы грудной клетки.

При перкуссии на симметричных участках звук ясный легочный.

Границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя | справа | слева |
| Выс. стояния спер. | 3 см | 3 см |
| выс. стояния сзади  | VIIшейный | VII шейный |
| шир. пол. Кренига  | 5см | 5см |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя | Справа | слева |
| по окологрудинной  | 6 ребро  | не определяется |
| по среднеключичной  | 6 ребро  | не определяется |
| по передне подмышечной  | 7 ребро  | 7 ребро  |
| по средне подмышечной  | 8 ребро  | 8 ребро  |
| по задне подмышечной  | 9 ребро  | 9 ребро  |
| по лопаточной  | 10 ребро  | 10 ребро  |
| по околопозвоночной  | 11 ребро  | 11 ребро  |

При аускультации на симметричных участках грудной клетки дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Бронхофония проводится одинакова с обеих сторон.

Органы пищеварения.

Неприятного запаха изо рта нет, стул оформленный, регулярный, 1 раз в сутки. Язык обложен белым налетом, суховат. Зев, миндалины слегка гиперемированы. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен. Живот не увеличен в размере, симметричен, в акте дыхания участвует. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Пальпаторно живот мягкий. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. При поверхностной пальпации областей болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области, не болезненна. Ободочная кишка безболезненна. Желудок не пальпируется. Селезенка не увеличена. При глубокой пальпации печени нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, плотноэластической консистенции, безболезненный.

Перкуторно размеры печени по Курлову в пределах нормы:

по правой срединно-ключичной линии – 9см.,

по передне-срединной линии - 8см.,

по левой реберной дуге – 7см.

Селезенка безболезненна, нормальных размеров и локализации. Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Система органов мочеотделения.

Жалобы отсутствуют. При осмотре, наличие гиперемии кожи, припухлости, сглаживание контуров поясничной области не выявлено. Мочеиспускание не нарушено. отеки отсутствуют. Выбухание в надлобковой области нет. Симптом поколачивания в проекциях почек отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

**Клинический диагноз**

На основании жалоб больной на:

Интоксикационный синдром: слабость, головные боли, повышение температуры до 38 С0, ощущение ломания по всему телу.

Катаральный синдром: гиперемия слизистых носа и зева, сухой кашель, першение в горле, заложенность носа, осиплость голоса.

Из анамнеза заболеваний, что заболела остро, появились выше перечисленные жалобы. Из объективных данных заложенность носа, першение в горле, сухой кашель, покраснение носоглотки и горло, повышение температуры тела до 38с0. аускультативно-везикулярное дыхание, умеренная тахикардия сердца. ЧСС 90 уд в мин. АД 110/75. Живот увеличен за счет беременности. Выставлен клинический диагноз ОРВИ средней степени тяжести, беременность 12-14 недель.

**План обследования**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.
4. Кал на копрологию.
5. Кал на диз. группу (ЭПКП)
6. Мазок из зева и носа на B.d.
7. УЗИ брюшной полости.
8. Консультация врача акушер-гинеколога.
9. Консультация инфекциониста
10. Консультация невропатолога

**План лечения**

1. Режим полупостельный
2. Проветривание помещения
3. Обильное питье (чай с медом, малиной, лимоном)
4. Поливитамины с микроэлементами (аскорбиновая кислота, пренатал)
5. Ингаляция и полоскание носоглотки, горла антисептическим раствором (ромашка, шалфей, фурациллин и т.д)
6. Интерферон в нос
7. Микстура от кашля 2 ст ложки 3 раза в день
8. Смазывание вокруг носа оксалиновой мазью
9. С целью профилактики осложнений антибиотики, амоксоциклин 500мг 2 раза в день.
10. Дезинтоксикационная терапия: глюкоза 5%-400мл + аскорбиновая кислота 5%-8мл + рибоксин 20мл внутривенно № 5.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз проводим с гриппом. Учитывая начало заболевания и катаральных явлений верхних дыхательных путей, слабый интоксикационный синдром, заболевание связанной с простудой и объективных данных у пациентки выставлен диагноз ОРВИ ср ст тяжести, так как при гриппе заболевание начинается остро с выраженной интоксикацией, с высокой температурой, имеет эпидемический характер, который у нашей пациентки отсутствует.

**Этиология и патогенез**

ОРВИ — это широко распространенные заболевания, характеризующиеся общей интоксикациейи преимущественным поражением дыхательных путей. Относятся к антропонозам с воздушно-капельным механизмом передачи. Чаще болеют дети. Встречаются в виде спорадических случаев и эпидемических вспышек.

Этиология, патогенез ОРВИ возникают в холодное время года (осенне-весенний период), могут носить характер эпидемии, особенно в больших коллективах. Факторами риска являются вирусно-бактериальные ассоциации, бактерии, грибы, простейшие. В большинстве случаев источник инфекции — больной человек, путь передачи — воздушно-капельный. Повышают вероятность возникновения заболевания вдыхание холодного воздуха, иммунные, обменные нарушения в организме, неблагоприятные профессиональные факторы, курение, алкоголизм, неполноценное питание. Существует конституционная предрасположенность к простудным заболеваниям. ОРВИ могут быть обусловлены большим количеством (свыше 200) различных этиологических агентов. К ним относятся:

1) вирусы гриппа различных антигенных типов и вариантов; поражают эпителий как верхних, так и нижних дыхательных путей с развитием бронхита, трахеита, бронхиолита, синдрома обструкции дыхательных путей;

2) вирусы парагриппа — 4 типа — поражают гортань;

3) аденовирусы — 32 типа; поражают эпителий как верхних, так и нижних дыхательных путейс развитием ринофарингитов, бронхита, бронхиолита, синдрома обструкции дыхательных путей, конъюнктивиты и кератиты;

4) реовирусы — 3 типа, пикорнавирусы; поражают эпителий носовой полости;

5) риновирусы — свыше 100 типов; ротавирусы; вызывают риниты;

6) коронавирусы — 4 типа;

7) респираторно-синцитиальный вирус; поражает эпителий как верхних, так и нижних дыхательных путей с развитием бронхита, бронхиолита, синдрома обструкции дыхательных путей;

8) энтеровирусы — около 70 типов; вызывают признаки эпидемической миалгии, герпангины, экзантемы.

9) вирус простого герпеса;

10) микоплазмы;

11) стрептококки, стафилококки и другие бактериальные агенты.

Ворота инфекции — различные отделы респираторного тракта, где и возникают воспалительные изменения.

Симптомы Клиническую картину гриппа и ОРВИ составляют:

Дифференциальный диагноз. Клиническая дифференциальная диагностика спорадических случаев ОРЗ трудна, поэтому в работе практического врача этиологическая характеристика заболевания часто остается нераскрытой. Во время эпидемических вспышек характерные клинические проявления позволяют предположить этиологию болезни.

Подтверждением диагноза служит нарастание титра специфических антител в парных сыворотках. Первая сыворотка берется до 6-го дня болезни, вторая — через 10–14 дней. Диагноз подтверждается нарастанием титров в 4 раза и более. Используют РСК и РТГА. Быстрым методом расшифровки этиологии заболеваний является обнаружение возбудителей при помощи иммунофлюоресцентного метода. При сходстве клинических проявлений перенесенные заболевания оставляют после себя лишь типоспецифический иммунитет. В связи с этим один и тот же человек может переносить ОРВИ большое количество раз. Особенно это наблюдается в детских коллективах.

Назначается комплекс поливитаминов. Для уменьшения кашля используют паровые ингаляции, отхаркивающие средства.

При тяжелых формах болезни можно вводить нормальный человеческий иммуноглобулин, (гамма-глобулин) по 6 мл в/м. При развитии синдрома ложного крупа у детей рекомендуется увлажнение воздуха в помещении (развешать мокрые полотенца, поставить посуду с горячей водой), накладывание теплых или горячих компрессов на шею и пр.

Прогноз Благоприятный. Средняя длительность нетрудоспособности 5–7 дней.

Профилактика ОРВИ предусматривает: экспозиционную профилактику, назначение иммуномодулирующих средств.

Прогноз Наряду с легкими и среднетяжелыми формами ОРВИ, у части больных возникают осложнения, вплоть до летального исхода. По данным ВОЗ, ежегодно при вспышках заболеваемости ОРВИ в мире заболевает 3–5 млн. людей и 250–500 тысяч заболеваний заканчиваются летально.

В группе пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, с патологией органов дыхательной системы в периодэпидемии смертность в 50–100 раз выше, чем в группе здоровых людей.

Лихорадка — Синдром общей интоксикации — Синдром поражения респираторного тракта на разных его уровнях.

Диагноз Общее состояние пациентов в большинстве случаев удовлетворительное, нарушается слабостью, ломотой в теле, потливостью. В крови повышается СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. При вирусной инфекции наблюдается лейкопения, нейтропения, эозинофилия, моноцитоз.

Лечение остается сложной проблемой для специалистов, при этом немало больных лечатся в домашних условиях безрецептурными препаратами. Существующие методы лечения ОРВИ должны предусматривать влияние на разные звенья патологического процесса, позволять влиять не только на возбудителя инфекции, но и моделировать воспалительный процесс, индуцировать иммунные реакции.

Симптоматическое лечение ОРВИ включает:

Постельный режим во время лихорадки;

Обильное питье;

Жаропонижающие средства при повышенной температуре;

Антибиотики ТОЛЬКО при присоединении бактериальной инфекции;

Антигистаминные, иммуномодулирующие препараты по показаниям;

Особые указания Больше чем в 70% случаев больным ОРВИ, особенно детям назначаются антибиотики. Это происходит без предварительных анализов, идентифицирующих возбудителя, без дифференциации между вирусной и бактериальной инфекцией. Антибиотики назначаются в неправильной дозировке, по не правильной схеме приема, что приводит к возникновению резистентных к данному антибиотику возбудителей, бороться с которыми в дальнейшем становится трудной задачей. Назначение системных антибактериальных препаратов проводится без прикрытия ЖКТ, что оборачивается в последствие длительным лечением нарушений микробиоценоза кишечника.

**Дневник**

22.09.11

Жалобы на повышение температуры до 38 . сухой кашель, слабость. Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное.

Пациантка активная, на вопросы отвечает хорошо. Зев гиперемирован. Аускультативно дыхание везикулярное. Сердечные тоны слегка приглушенный ЧСС – 88 ‘ ,ЧД – 18.. Живот увеличен за счет беременности, при пальпации безболезнен.

Стул оформленный. Мочеиспускание свободное. Периферических отеков нет.

23.09.11.

Жалобы на кашель и повышение температуры сохраняются .

Общее состояние без ухудшений. По органам данные без изменений.

25.09.11

Жалобы на слабость, кашель беспокоит меньше. Состояние улучшилось. Объективно: зев слегка гиперемирован, температура нормализовалась. В легких без катаральных явлений. Сердечные тоны ритмичные ЧСС 80, АД 100/70. Живот без особенностей. Стул и мочеиспускание не нарушено. Отеков нет.