ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Дата заболевания 12.02.17 г.

Дата поступления в стационар 14.02.17 г.

Фамилия, имя, отчество.

Возраст (полных лет) 10.07.1982 г. (35 лет)

Место жительства, (адрес) г. Витебск, Чкалова 32-4-37

Место работы.

Диагноз при поступлении: ОРВИ, острый ринофарингит

Клинический диагноз: ОРВИ средней степени тяжести, острый ринофарингит

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет

# ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Жалобы на момент курации: затрудненное носовое дыхание, першение и боль в горле, сухой кашель, повышение температуры до 38,3°С .

Жалобы на момент поступления: общая слабость, головная боль, озноб, повышение температуры до 39,3°С, сухой непродуктивный кашель, слезотечение, насморк, першение и боль в горле.

# АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больным с 12.02.17г., когда вечером почувствовал слабость, озноб, снижение аппетита, першение и боль в горле. Утром 13.02.17 г. температура тела 37,8 °С, сохранялись озноб, слабость, снижение аппетита, першение и боль в горле, появился сухой кашель, слезотечение, затруднение носового дыхания, выделения из носа. В 8.00 14.02.17 г. обратился за помощью в поликлинику № 3 по месту жительства с вышеперечисленными жалобами и несбиваемой температурой 39,3°С, откуда был направлен в ВОКИБ для госпитализации.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

В течение 5 дней до начала заболевания был в контакте с инфекционными больными (жена, ребенок).

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родился в Витебске. В дошкольном и школьном периоде пациент не отставал от сверстников в умственном и физическом развитии.

Бытовой анамнез: жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные; питается 4-5 р/день.

Вредные привычки: употребление алкоголя и наркотических веществ отрицает, курит в течение 10 лет ( 20 сигарет в день).

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

Прививки согласно возрасту.

Операции: аппендэктомия, операции по поводу пупочной грыжи и варикозной болезни.

Наличие ВИЧ-инфекции, венерических заболеваний, вирусного гепатита, туберкулеза – отрицает.

Семейный анамнез и наследственность не отягощены.

Состояние здоровья кровных родственников - удовлетворительное, онкозаболеваний нет.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Гемотрасфузий не было.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Общий осмотр

Общее состояние средней тяжести; сознание ясное; положение активное; телосложение нормостеническое (рост-193см, вес-90кг, индекс Кетле-24,1); кожа бледно-розового цвета, эластичная, нормальной влажности, сыпи не обнаружено; задняя стенка глотки гиперемирована; периферические лимфатические узлы не видны глазом и не пальпируются; мышечная система умеренно развита, при пальпации мышцы безболезненные.

Система органов дыхания

Нос правильной формы, дыхательные пути плохо проходимы, есть патологический секрет.

Статический осмотр грудной клетки:

Грудная клетка нормальной формы, надключичные ямки хорошо выражены, надчревный угол 90 градусов. Асимметричных выпячиваний нет.

Динамический осмотр грудной клетки:

Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Дыхание ритмичное. Вспомогательная мускулатура не участвует в акте дыхания.

Пальпация грудной клетки:

Грудная клетка эластичная, безболезненная, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

Перкуссия грудной клетки:

Сравнительная перкуссия: ясный легочной звук над всей поверхностью легких.

Топографическая перкуссия: границы в пределах нормы.

Аускультация легких:

Везикулярное дыхание с обеих сторон, хрипов нет.

Система органов кровообращения

Осмотр: верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

Пальпация области сердца и сосудов:

Верхушечный толчок пальпируется в 5-межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, удовлетворительной силы, резистентный, умеренной высоты, не разлитой.

Величина пульса на обеих руках одинакова, пульс умеренного напряжения, ритмичный с частотой 75 ударов в минуту, артериальная стенка эластичная.

Артериальное давление на момент курации 120/80 мм рт. ст.

Перкуссия: границы сердца не расширены.

Аускультация сердца и сосудов:

Тоны ясные, ритмичные, добавочных тонов и шумов сердца нет. ЧСС-75 ударов в мин.

Система органов пищеварения

Общий осмотр:

Слизистая оболочка ротовой полости бледно-розового цвета, зев гиперемирован, язык розового цвета, влажный, чистый.

Исследование живота в вертикальном положении:

Общий осмотр: живот округлой формы, симметричный

Пигментных пятен, расширенных вен передней брюшной стенки, видимой перистальтики желудочно-кишечного тракта не выявлено. Пупок втянут. На передней брюшной стенки рубцы от проведенных операций.

Пальпация живота поверхностная: живот безболезненный. Грыж передней брюшной стенки не обнаружено.

Исследование живота в горизонтальном положении:

Общий осмотр: живот округлой формы, симметричный

Поверхностная ориентировочная пальпация: передняя брюшная стенка безболезненная, не имеет опухолевидных разрастаний и грыж.

Перкуссия печени: границы в пределах нормы.

Определение размеров печени по Курлову по:

Правой срединно-ключичной линии 9 см

Передней срединной линии 8 см

Левой реберной дуге 7 см

Пальпация печени:

Край печени закруглён, мягкий , безболезненный при пальпации.

Пальпация селезенки: не пальпируется.

Мочеполовая система

Осмотр поясничной области:

При осмотре область поясницы не изменена. Мочевой пузырь пальпации недоступен. Пальпация в верхних и нижних мочеточниковых точках безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Частота мочеиспусканий – 4-6 раз в сутки.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб (общая слабость, головная боль, озноб, повышение температуры до 39,3°С, сухой непродуктивный кашель, слезотечение, насморк, першение и боль в горле), анамнеза настоящего заболевания (считает себя больным с 12.02.17г., когда вечером почувствовал слабость, озноб, снижение аппетита, першение и боль в горле. Утром 13.02.17 г. температура тела 37,8 °С, сохранялись озноб, слабость, снижение аппетита, першение и боль в горле, появился сухой кашель, слезотечение, затруднение носового дыхания, выделения из носа. В 8.00 14.02.17 г. обратился за помощью в поликлинику № 3 по месту жительства с вышеперечисленными жалобами и несбиваемой температурой 39,3°С, откуда был направлен в ВОКИБ для госпитализации), данных эпидемиологического анамнеза (в течение 5 дней до начала заболевания был в контакте с инфекционными больными (жена, ребенок), объективного исследования (задняя стенка глотки гиперемирована, носовое дыхание затруднено с выделениями патологического секрета) можно поставить предположительный диагноз: ОРВИ, острый ринофарингит.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

### План обследования

* общеклинический анализ крови;
* общий анализ мочи;
* рентгенография органов грудной клетки;
* обязательное обследование на сифилис;
* мазки из зева на вирусы
* ЭКГ
* исследования испражнений на яйца глистов;

План лечения

1. Лечебное питание: стол Б
2. Режим палатный
3. Полоскание горла раствором фурацилина (1:5000) или обработка зева йодинолом \* 3р/д
4. Ингалипт или гексорал спрей ( 3-4 раза в день)
5. Лоратадин 10 мг \*1 раз на ночь.
6. Парацетамол 0,5 1 т. при повышении температуры
7. При повышении температуры выше 38,5 °С

Sol. Analgini 50% - 2,0

Sol. Dimedroli 1,0% - 1,0

1. Обильное теплое питье
2. Нафтизин 2-3% в оба носовых хода через каждые 3-4 часа

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. ОАК от 14.02.17 г. – эритроциты 4,88 \*10 \_12/л; HB 161 г/л; ЦП – 0,95; тромбоциты 170 \*10\_9/л; СОЭ 15 мм/с; лейкоциты 9,5\*10\_9/л;

Лейкоцитарная формула: Базофилы 0%, Эозинофилы 2%; Палочкоядерные нейтрофилы 10 %; Сегментоядерные нейтрофилы 46%; Моноциты 8 %; Лимфоциты 40 %.

Заключение: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

1. ОАМ от 14.02.17 г. цвет – соломенно-желтый; прозрачная; реакция нейтральная: относительная плотность 1016; белок «-»; глюкоза «-»; эпителий плоский - ед.; эритроциты 0-1 в п/зр; лейкоциты 0-1 в п/зр.
2. RW от 14.02.17 г. – отрицательно.
3. ЭКГ от 15.02.17 г. – норма (синусовый ритм, ЧСС-74 в мин, нормальное положение электрической оси сердца)
4. Клинико-микробиологическое исследование мазков из зева от 15.02.17 г. – патогенная и условно-патогенная флора не выделена.
5. Rtg от 15.02.17: легочные поля без инфильтративных и очаговых теней; легочной рисунок не изменен; корни структурны; синусы свободны; купола диафрагмы четкие; срединная тень не смещена.
6. Исследования кала на яйца гельминтов от 15.02.17 г.- яйца гельминтов не обнаружены.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ

17.02.2017 г.

ЧСС – 92 в мин, ЧД – 20 в мин, t – 38,3°С, АД 120/80 мм. рт.

Состояние больного средней тяжести, сознание ясное, положение активное.

Жалобы: затрудненное носовое дыхание, першение и боль в горле, сухой кашель, повышение температуры до 38,3°С. Кожные покровы чистые. Зев гиперемирован, налета нет. Отека небной ткани, миндалин, язычка не наблюдается. Язык чистый. Отмечается слезотечение при кашле, выделения патологического секрета из носа.

Подкожные л/у не увеличены. ЩЖ не пальпируется.

Cor: тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

Легкие: везикулярное дыхание по всем полям, хрипов нет.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был.

Назначения: обработка зева йодинолом 3 раза в день; физ. раствор 0,9%-400,0; Glucose 5%-400,0; ингалипт спрей 3-4 раза в день; при повышении температуры выше 38,5 °С: Sol. Analgini 50% - 2,0, Sol. Dimedroli 1,0% - 1,0; нафтизин 2-3% в оба носовых хода через каждый 3-4 раза, амброксол 30 мг 3 раза в день, лоратадин 10 мг \*1 раз на ночь, физиотерапевтические процедуры.

20.02.2017 г.

ЧСС-75 в мин, ЧД-19 в мин, t-36,7°С, АД 120/80 мм. рт.

Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Наблюдается положительная динамика. Жалобы: першение в горле, кашель. Кожные покровы чистые. Зев не гиперемирован, налета нет. Отека небной ткани, миндалин, язычка не наблюдается. Язык чистый. Подкожные л/у не увеличены. ЩЖ не пальпируется.

Cor: тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

Легкие: везикулярное дыхание по всем полям, хрипов нет.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул был.

Назначения: спрей ингалипт 3-4 раза в день; при повышении температуры выше 38,5 °С: парацетамол 0,5 1 т. амброксол 30 мг 3 раза в день.

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб (общая слабость, головная боль, озноб, повышение температуры до 39,3°С, сухой непродуктивный кашель, слезотечение, насморк, першение и боль в горле), анамнеза настоящего заболевания (считает себя больным с 12.02.17г., когда вечером почувствовал слабость, озноб, снижение аппетита, першение и боль в горле. Утром 13.02.17 г. температура тела 37,8 °С, сохранялись озноб, слабость, снижение аппетита, першение и боль в горле, появился сухой кашель, слезотечение, затруднение носового дыхания, выделения из носа. В 8.00 14.02.17 г. обратился за помощью в поликлинику № 3 по месту жительства с вышеперечисленными жалобами и несбиваемой температурой 39,3°С, откуда был направлен в ВОКИБ для госпитализации), данных эпидемиологического анамнеза (в течение 5 дней до начала заболевания был в контакте с инфекционными больными (жена, ребенок), объективного исследования (задняя стенка глотки гиперемирована, носовое дыхание затруднено с выделениями патологического секрета) , данных лабораторных исследований ( лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) можно поставить клинический диагноз: ОРВИ средней степени тяжести, острый ринофарингит.

ЭПИКРИЗ

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_, 35 лет, заболел 12.02.2017 г.

Госпитализирован 14.02.2017 г. г. в \_\_\_\_\_\_\_\_ с жалобами на общую слабость, головную боль, озноб, повышение температуры до 39,3°С, сухой непродуктивный кашель, слезотечение, насморк, першение и боль в горле.

На основании вышеуказанных жалоб, анамнеза заболевания (считает себя больным с 12.02.17г., когда вечером почувствовал слабость, озноб, снижение аппетита, першение и боль в горле. Утром 13.02.17 г. температура тела 37,8 °С, сохранялись озноб, слабость, снижение аппетита, першение и боль в горле, появился сухой кашель, слезотечение, затруднение носового дыхания, выделения из носа. В 8.00 14.02.17 г. обратился за помощью в поликлинику № 3 по месту жительства с вышеперечисленными жалобами и несбиваемой температурой 39,3°С, откуда был направлен в ВОКИБ для госпитализации), данных эпидемиологического анамнеза (в течение 5 дней до начала заболевания был в контакте с инфекционными больными (жена, ребенок), объективного исследования (задняя стенка глотки гиперемирована, носовое дыхание затруднено с выделениями патологического секрета), данных лабораторных исследований ( лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево) был поставлен клинический диагноз: ОРВИ средней степени тяжести, острый ринофарингит.

Получал следующее лечение:

1. Лечебное питание: стол Б

2. Режим палатный

3. Обработка зева йодинолом \* 3р/д

4. физ. раствор 0,9 % - 400,0, Glucose 5% - 400,0

5. Лоратадин 10 мг \*1 раз на ночь

6. Ингалипт спрей

7. Sol. Analgini 50% - 2,0 , Sol. Dimedroli 1,0% - 1,0

8. Амброксол 30 мг \* 3 раза в день

9. Обильное теплое питье

10. Нафтизин 2-3% в оба носовых хода через каждые 3-4 часа

11. Физиотерапевтические процедуры: ингаляции, массаж, УВЧ, электрофорез.

Рекомендации при выписке:

1. Витаминотерапия (мульти-табс, витрум)

2. Лечебная физкультура.

3. Избегать переохлаждения.

На момент окончания курации выписан с улучшением. Прогноз для жизни благоприятный.