**СУБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**Паспортная часть:**

Ф.И.О. больного:

Возраст, год рождения:5 лет

Место проживания:

Дата поступления в стационар:

Кем направлен: Скорая помощь.

Диагноз направившего учреждения: Острый бронхит.

Диагноз при госпитализации: ОРЗ. Острый бронхит.

**Жалобы:**

Жалобы при поступлении в клинику: на насморк, заложенность носа, кашель с трудно отделяемой мокротой, першение в горле, общее недомогание.

Жалобы на день курации: на насморк, чувства заложенности носа, отделяемый слизистый секрет из носа, кашель с мокротой.

**Анамнез жизни:**

Мальчик родился от второй беременности, протекавшей без осложнений. Раннее развитие без особенностей. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Ранее часто лежал в детском отделении с диагнозом -острый бронхит.

Ребенок посещает детский сад. Общителен, легко сходится с людьми, быстро ориентируется в новой обстановке. Сон – 8-9 часов в сутки. Питание сбалансированное.

Профилактические прививки выполнялись в срок, переносил их хорошо. Реакция Манту — отрицательная.

Ребенок живет в полной семье. Мать Чуманина Т.А. 44 года, здорова. Отец Чуманин А.А, здоров. Родители вредных привычек не имеют, наркотики не употребляют. Социально — бытовые условия удовлетворительные.

**Аллергологический анамнез.**

Отмечает аллергическую реакцию в виде сыпи на лекарственное вещество — Пенициллин. Родственники аллергическими заболеваниями не страдают. Гемотрансфузии, а так же переливания плазмы и введение иммуноглобулина не проводились.

**Эпидемический анамнез.**

Контактов с инфекционными больными не было. В окружении ребенка больных нет.

**Анамнез заболевания.**

Со слов материболен около 10 дней, когда появились сухой кашель, насморк, першение в горле. За медицинской помощью не обращались, потому что думали что симптомы временные и пройдут самостоятельно. Раннее лежал в детском отделении с бронхитом. Состояние не улучшалось продолжал беспокоить сухой кашель, насморк, першение в горле. 25.11.13 вызвали участкового педиатра. Было назначено амбулаторное лечение: Лазолван, Гексорал, Бромбексин. Ребенка продолжал беспокоить сухой кашель. Родители вызвали бригаду скорой помощи. Доставили в приемное отделение. Госпитализировали в детское отделение.

**Данные объективного обследования:**

**Общее состояние:** средней степени тяжести

**Сознание:** ясное

**Положение:** активное, t тела: 36,8 С

**Конституционный тип:** нормостенический

Артериальное давление 110/80 мм. рост: 120 см вес: 14 кг

**Кожные покровы:** бледно-розовые, умеренной влажности, чистые. Подкожно-жировая клетчатка выражена нормально.

**Костно-мышечный аппарат:** Мышечная система развита соответственно полу и возрасту, симметричная, при пальпации мышечная сила и тонус сохранены, безболезненна, атрофий и судорог нет. Костная система развита соответственно полу и возрасту, без видимой деформации, при пальпации безболезненная.

**Лимфоузлы:** не увеличены

**Органы дыхания**

Грудная клетка правильной формы, в акте дыхания симметрично участвуют обе половины. Перкуторно: легочной звук. При аускультации: дыхание жесткое, сухие хрипы. ЧДД 24 в мин.

Перкуссия легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Нижние границы:   * среднеключичная линия * средняя подмышечная линия * лопаточная линия * околопозвоночная линия | VI м/р  VIII м/р.  IX м/р. - X м/р. Остистый отросток 11 грудного позвонка | -  IX м/р.  X м/р.Остистый отросток 12 грудного позвонка |
| Подвижность нижних краев легких по средней подмышечной линии | 2 см | 2см |

**Органы кровообращения**

Область сердца не изменена. Определяется верхушечный толчок на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье. Перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – 3-е межреберье, левая – на 1 см кнутри от СКЛ. При аускультации: тоны сердца ритмичные, ясные. АД 110/80мм. рт. ст. ЧСС 78 в мин. Пульс 82 уд. в мин.

**Органы пищеварения**

Аппетит сохранен.Язык влажный, розовый. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Дефекация регулярная. Изменение цвета кала, консистенции, наличие примесей не отмечает.

**Органы мочеотделения**

Область почек визуально не изменена. Мочеиспускание свободное, жалоб на боль при мочеиспускании, изменение струи мочи, чувство не полного опорожнения мочевого пузыря не предъявляет. Изменение прозрачности, количества, цвета мочи не предъявляет. Симптом Постернатского отрицательный с обеих сторон.

**Эндокринная система**

На нарушение волосяного покрова не жалуется. Изменений со стороны кожи не отмечается.Щитовидная железа не пальпируется.

**На основе жалоб, анамнеза, объективных данных выставлен предварительный диагноз** ОРЗ. Острый бронхит.

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови.
2. Клинический анализ крови.
3. Общий анализ мочи.
4. Исследование кала на яйца глистов
5. Рентгенография органов грудной клетки
6. Оценка функции внешнего дыхания

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1.Противомикробное лечение. Учитывая склонность ребенка к аллергическим реакциям на АБ, подбирать их следует с большой осторожностью.

1. Бронхолитики. Для ликвидации обструктивного синдрома, улучшения оттока мокроты. Можно назначить применение ГКС местно (ингаляционно) для устранения местного воспаления (пульмикорт, бекотид).
2. Муколитики. Для снижения вязкости, разжижения мокроты. Здесь же необходим массаж – для предупреждения заболачивания мелких бронхов и спускания инфекции.
3. Противокашлевые – если неэффективный мучительный кашель.
4. Жаропонижающие – при выраженной гипертермии.
5. Витаминотерапия.
6. Физиотерапия (УВЧ, электрофорез, ингаляции).
7. Фитотерапия (алтей, термопсис, мята, брусника, чабрец).
8. Режим! Диета!