**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Дата заболевания 03.10.2012

Дата поступления в стационар 08.10.2012

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст (полных лет): 35 лет

Место жительства, (адрес): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении: Острая респираторная вирусная инфекция средней степени тяжести.

Клинический диагноз (12.10.2012): Острая респираторная инфекция острой степени тяжести, острый фарингит.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет

# ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

На момент курации ( 10.10.2012г. ) пациентка предъявляет жалобы на , слабость, недомогание, умеренные головные боли, снижение аппетита, периодическое повышение температуры тела до 37,5 – 38.0 С в вечернее время суток.

# АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Пациентка заболела остро вечером 03.10.2012г., когда появилась слабость, недомогание, повысилась температура тела до 38.0ºС, сильная головная боль, головокружение. 04.10 обратилась к участковому терапевту по месту жительства, где был выставлен диагноз : Острая респираторная вирусная инфекция средней степени тяжести. Назначено лечение: аспирин, арпетол, амоксициллин, парацетамол – без положительной динамики ( сохранялись лихорадка, слабость, недомогание, головная боль. ) 08.10.2012 направлена участковым терапевтом в УЗ «ВОКИБ» с диагнозом : Острая респираторная вирусная инфекция средней степени тяжести. Госпитализирована в 5 отделение. В стационаре отмечала положительную динамику : нормализация температуры тела, уменьшение головных болей, исчезновение головокружения.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Контакт с инфекционными больными отрицает. Возникновения заболевания связывает с переохлаждением на даче. С семье, на работе все здоровы.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Пациентка родилась в 1976г. в г. Витебске третьим ребёнком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту

Из перенесённых заболеваний отмечает простудные, ветряную оспу, эпидемический паротит.

Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет.

Условия жизни пациентки хорошие: проживает с мужем и детьми в двухкомнатной квартире.

Наследственные заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез - не отягощен.

Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций на лекарства не отмечает.

Трансфузиологический анамнез : переливание крови и его компанентов не проводилось.

Операции : нет

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОЙ**

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37.0ºС. Сознание ясное, адекватное, ориентирована во времени и пространстве. Положение больной в постели активное.

Конституциональный тип - нормостенический. Телосложение правильное. Рост 162 см, масса 69 кг, ИМТ – 26 ( повышен ).

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы бледно-розового цвета. Элементы сыпи отсутствуют. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Расчёсов, объёмных образований не определяется. Отёков не выявлено.

Лимфатические узлы, доступные для пальпации не увеличены, мягкие, безболезненные, не спаяны с кожей. Щитовидная железа не увеличена.

Мышцы развиты удовлетворительно, симметричны, тонус мышц сохранен, сила достаточная. Суставы обычной конфигурации, симметричные, безболезненные, движения в них в полном объеме. Кости не деформированы.

*Система органов дыхания*Дыхание через нос свободное, ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту. Грудная клетка при пальпации безболезненная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации по всем полям лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

В зеве - слизистая оболочка задней стенки глотки рыхлая, гиперемирована с наложением слизи; небные миндалины обычных размеров, бледно-розового цвета, налеты отсутствуют.

*Сердечно-сосудистая система*  
 Пульс ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках. Частота 75 ударов в минуту. Дефицита пульса нет.

Артериальное давление 125/80 мм. рт. ст..

Видимой пульсации в области сердца не определяется. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, умеренной силы, резистентный.

При перкуссии границы сердца в пределах нормы.

При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет.

Частота сердечных сокращений 75 ударов в минуту.

*Система органов желудочно-кишечного тракта*  
 Слизистая оболочка полости рта : слизистая оболочка задней стенки глотки рыхлая, гиперемирована с наложением слизи; небные миндалины обычных размеров, бледно-розового цвета, налеты отсутствуют. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют.

Язык розового цвета, влажный, обложен белым налетом.

Живот обычной формы, мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания, при поверхностной и глубокой пальпации безболезненный. Перистальтика удовлетворительная. Стул 1 раз в сутки, оформленный, коричневого цвета.

Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет.

*Система органов мочевыделения*  
Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез около 1500 мл в сутки Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

*Нервная система и органы чувств*

При осмотре пациентки парезы, параличи, мышечная атрофия, фибриллярные подёргивания, судороги отсутствуют. Менингеальные симптомы не определяются. Зрачки D=S, фотореакция сохранена. Лицо симметричное, язык ориентирован по средней линии. Мышечная сила, сухожильные рефлексы одинаковые со всех сторон. Глотание не нарушено, тазовых расстройств не отмечается. В позе Ромберга устойчив, пальценосовую пробу выполняет хорошо. Обоняние и вкус не нарушены. При пальпации по ходу нервных стволов болезненность не определяется

**ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб пациентки (слабость, недомогание, умеренные головные боли ,снижение аппетита, периодическое повышение температуры тела до 37,5 – 38.0 С в вечернее время суток ( синдром интоксикации ) ); анамнеза настоящего заболевания (заболела остро, когда появилась слабость, недомогание, повысилась температура тела до 38.0ºС, сильная головная боль, головокружение); данных эпидемиологического анамнеза (пациентка отмечала переохлаждение за несколько дней до болезни на даче); данных объективного обследования (в зеве – слизистая оболочка задней стенки глотки рыхлая, гиперемирована, с наложением слизи ( катаральный синдром )) - можно поставить

предположительный диагноз: Острая респираторная инфекция средней степени тяжести, острый фарингит.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

### План обследования

1. Общий анализ крови;

2. Общий анализ мочи;

3. Рентгенография органов грудной клетки ;

4. Мазок из носоглотки на вирусы и бактерии;

5. Исследования кала на яйца глистов;

6. Анализ крови на RW;

**План лечения**

1. Режим палатный

2. Лечебное питание: стол Б

3. Этиотропная терапия :

антибиотик местного действия : aerosolum Bioporox – орошение полости рта по 1 впрыскиванию каждые 4 часа.

4. Патогенетическая терапия:

санация зева йодинолом - обработка 3р/д

5.При повышении температуры выше 38,5 0С Tab. Paracetamoli0.5

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ**

# И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Общеклинический анализ крови от 08.10.12*

Эритроциты 4.36 х 1012 /л

гемоглобин 138 г/л

ЦП – 0,95

лейкоциты 15.6 х 109 /л

эозинофилы 1%

палочкоядерные 11 %

сегментоядерные 69 %

лимфоциты 11 %

моноциты 8%

СОЭ 16 мм/час

*Общий анализ мочи от 09.10.12*

цвет соломенно-желтый

реакция кислая

удельный вес 1022

белок, сахар нет

плоский эпителий 0-1 в поле зрения

лейкоциты 1-2 в поле зрения

эритроциты 0-1 в поле зрения

*Рентгенография органов грудной клетки от 08.10.12*

Заключение: Легочные поля без видимых инфильтративных теней. Легочный рисунок без особенностей. Корни легких малоструктурны. Синусы свободны.

*Анализ крови на RW от 09.10.12*

Заключение : реакция преципитации ( экспресс-метод ) - отр.

# ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 10.10  Время 10.30  T0С 37,1  ЧСС 75 в мин.  АД 120/80 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное..  Жалобы на слабость, недомогание, умеренные головные боли, снижение аппетита, повышение температуры в вечернее время суток.  Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом.  Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 17 в мин.  Тоны сердца ясные, ритмичные.  Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки, оформленный, коричневого цвета. Перитонеальных симптомов нет.  Зев : слизистая оболочка задней стенки глотки рыхлая, гиперемирована, со слизью. Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез около 1500 мл в сутки. Отеков нет.  Менингиальных знаков нет.  Интоксикация умеренная. | Режим палатный,  стол Б  aerosolum Bioporox – орошение полости рта по 1 впрыскиванию каждые 4 часа. Обработка зева йодинолом 3р/д. |
| Дата 11.10  Время 10.40  T0С 37, 0  ЧСС 77 в мин.  АД 125/85 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.  Жалобы на слабость, головную боль.  Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом.  Дыхание везикулярное. Хрипов нет.  ЧД 18 в мин.  Тоны сердца ясные, ритмичные.  Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Стул 1 раз в сутки, оформленный, коричневого цвета. Зев : слизистая оболочка задней стенки глотки рыхлая, гиперемирована.  Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез около 1500 мл в сутки. Отёков нет.  Менингиальных симптомов нет  Интоксикация умеренная. | Режим палатный,  стол Б  aerosolum Bioporox – орошение полости рта по 1 впрыскиванию каждые 4 часа. Обработка зева йодинолом \* 3р/д. |
| Дата 12.10  Время 12.00  T0С 36,9  ЧСС 75 в мин.  АД 120/85 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное. Динамика положительная.  Жалоб нет.  Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, не обложен .  Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в мин.  Тоны сердца ясные, ритмичные.  Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки, оформленный, коричневого цвета.  Зев : гиперемия задней стенки глотки. Миндалины рыхлые, налётов нет.  Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез около 1500 мл в сутки. Отёки не определяются. | Режим палатный,  стол Б  aerosolum Bioporox – орошение полости рта по 1 впрыскиванию каждые 4 часа. Обработка зева йодинолом \* 3р/д. |

# ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

# На основании жалоб пациентки (слабость, недомогание, умеренные головные боли, снижение аппетита, периодическое повышение температуры тела до 37,5 – 38.0 С в вечернее время суток ( интоксикационный синдром )); анамнеза настоящего заболевания (заболела остро, когда появилась слабость, недомогание, повысилась температура тела до 38.0ºС, сильная головная боль, головокружение ( острое начало )); данных эпидемиологического анамнеза (пациентка отмечала переохлаждение за несколько дней до болезни на даче); данных объективного обследования (в зеве – слизистая оболочка задней стенки глотки рыхлая, гиперимирована, со слизью (катаральный синдром)); лабораторных данных (в крови лейкоцитоз с нейтрофилёзом до 80%), - можно поставить

# клинический диагноз ( 12.10.12. ): Острая респираторная инфекция средней степени тяжести, острый фарингит.

# ЭПИКРИЗ переводной

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 35 лет, находится на лечении в 5 отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с 04.10.2012 по 12.10.1012. с диагнозом : Острая респираторная инфекция средней степени тяжести, острый фарингит.

Проведено обследование: 1. ОАК от 08.10.12 :эр.- 4.36 х 1012 /л, Нв 138 г/л, ЦП – 0,95, лейк. - 15.6 х 109 /л, эоз - 1%, п/я - 11 %, с/я - 69 % л - 11 %, м - 8%, СОЭ 16 мм/час. 2. ОАМ от 09.10.12. : цвет – солом.-жел., р-я кисл., уд. вес 1022, белок нет, сахар нет, пл. эп. 0-1 в п/зр, лейк. 1-2 в п/зр, эр. 0-1 в п/зр. 3. Rtg ОГК от 08.10.12 :

Легочные поля без видимых инфильтративных теней. Легочный рисунок без особенностей. Корни легких малоструктурны. Синусы свободны.4.Анализ крови на RW от 09.10.12 – отр.

Проведено лечение : 1. Режим палатный; 2. Лечебное питание: стол Б; 3. aerosolum Bioporox – орошение полости рта по 1 впрыскиванию каждые 4 часа; 4. санация зева йодинолом - обработка 3р/д; 5.Tab. Paracetamoli0.5 при повышении температуры выше 38,5 0С.

После проведенного лечения отмечается улучшение. Сохранется гиперемия задней стенки глотки.

Рекомендуется : 1. выписать больную после окончательной нормализации температуры тела, 2. продолжить лечение aerosolum Bioporox – орошение полости рта по 1 впрыскиванию каждые 4 часа ( общий прием препарата не более 7 дней ) и санация зева йодинолом - обработка 3р/д; 3. Повторить ОАК.

Прогноз для жизни и труда благоприятный.