**Паспортная часть.**

1. Дата заболевания – 26.03.15г;
2. Дата поступления в стационар – 29.03.15 г;
3. Ф.И.О. – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Возраст – 17.02.13 г.р. (2,1);
5. Место жительства – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. Место работы (учебы) – на дому;

7.Кем направлен: поступил по скорой помощи;
7. Диагноз направившего учреждения – ОРВИ неуточненной этиологии;

8. **Клинический диагноз**: Острая респираторная вирусная инфекция неуточненной этиологии средней степени тяжести, ринофарингит.

**Осложнения:** нет.

**Сопутствующий диагноз**: нет.

 **Жалобы при поступлении:** со слов матери больной предъявлял жалобы на высокую температуру тела (39,6), сотрясающий озноб, заложенность носа.

 **На момент курации** жалобы на сухой кашель.

**Анамнез настоящего заболевания.**

Со слов матери, у ребенка 26.03. после сна, приблизительно в 17:00 повысилась температура тела до 38,3ºС. 27.03. появился насморк, температура тела поднялась до 38,5ºС, зев стал ярко-красным, мать вызвала участкового педиатра, ребенку был назначен Цефекон Д 100 мг/кг 3 раза/сутки, в случае неэффективности - Ибупрофен в разовой дозе 5 мг/кг. Температуру удавалось понизить. Ночью с 28.03 на 29.03 в 3:30 температура тела ребенка поднялась до 39,6ºС, появился сотрясающий озноб, из-за заложенности носа ребенку было трудно дышать. В 4:20 утра ребенок был срочно доставлен по скорой в стационар «ВОИКБ».

Объективно при поступлении (приемное отделение): Общее состояние больного средней степени тяжести. Температура тела 39,6 ºС. Сознание ясное. Положение больного в постели активное.

Кожные покровы бледно розового цвета. Задняя стенка глотки, дужки и язычок гиперемированы, миндалины рыхлые. Слизистая рта бледно-розовая, влажная, патологических изменений не выявлено. Волосы и ногти без видимых патологических изменений. Дермографизм розовый, 20 сек. Элементы сыпи отсутствуют. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Расчёсов, объёмных образований не определяется. Отёков не выявлено.

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

 В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Перкуторно ясный легочный звук.

Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 110/мин, АД 110/80.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В зеве: гиперемия нёбных дужек и задней стенки, миндалины рыхлые, налётов нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.

**Эпидемиологический анамнез.**

Контакт с инфекционными больными родители считают возможным, т.к. 24.03.2015 ребенок находился на приеме в детской поликлинике, в связи с вакцинацией от полиомиелита.

**Анамнез жизни.**

Пациент родился в г. Витебске 15.07.12 году первым ребёнком в семье от первой беременности. Рос и развивался соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал. Во время беременности мать имела многоводие, ОРВИ на 39 неделе. Роды осуществлялись путем кесарево сечения под общим наркозом. Ребенок родился массой равной 3870 г, длиной 55 см, закричал сразу, громко, к груди приложили через 30 мин. Пуповина отпала на третий день, ранка зажила к 3 неделе. Выписан на 4 день в удовлетворительном состоянии.

Грудное вскармливание длилось до 1 года. Прикармливать ребенка начали в 9 месяцев. Прибавка в весе соответствует нормам.

В физическом развитии не отставал. Головку начала держать в 2 месяца, переворачиваться набок начала в 3 месяца, сидеть в 6 месяцев, стоять в 8 месяцев, ходить в 11мес.

В психическом развитие также не отставал. Осознанно улыбаться начал в конце первого месяца, гулить стал в 3 месяца, начал произносить отдельные слоги в 6 месяцев, когда начал произносить слова, фразы родитель не помнит. В обществе ребенок ведет себя общительно.

Социальные и бытовые условия в семье благоприятные.

Прививки проводились все строго по графику. При рождении ребенка (в первые 12 часов жизни) была проведена первая вакцинация против вирусного гепатита В. На 5 день была поставлена вакцинация против туберкулеза. В первый месяц вторая вакцинация против вирусного гепатита В. В 3, 4, 5, 18 месяца вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита. В 2 года вторая ревакцинация против полиомиелита. Во время профилактических прививок патологических местных и системных реакций не наблюдалось.

Наследственные заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез - не отягощен.

Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций не отмечает.

**Настоящее состояние пациента.**

*Общий осмотр:*

Общее состояние больного средней степени тяжести. Температура тела 37,7 ºС. Сознание ясное. Положение больного в постели активное.

Конституциональный тип - нормостенический. Телосложение правильное. Масса тела: 16,400 кг. Рост: 90 см. Физическое развитие соответствует полу и возрасту.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы бледно розового цвета, отмечается легкая гиперемия лица, блеск глаз. Задняя стенка глотки, дужки и язычок гиперемированы, миндалины разрыхлены, не выходят за край небных дужек, без налетов. Слизистая рта бледно-розовая, влажная, патологических изменений не выявлено. Волосы и ногти без видимых патологических изменений. Дермографизм розовый, 20 сек. Элементы сыпи отсутствуют. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Расчёсов, объёмных образований не определяется. Отёков не выявлено.

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

*Опорно-двигательный аппарат.*

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

Осанка больного правильная, развитие пропорциональное. Голова правильной формы, размеры соответствуют возрасту, деформаций костей нет, роднички закрыты. Конечности пропорциональной длины, ровные. Суставы без патологических отклонений. Двигательных нарушений не выявлено.

*Органы дыхания*

Дыхание через нос свободное, ритмичное. Цианоза не отмечается, одышки нет. Выделения из носа умеренные, слизистого характера. Частота дыхания 27 дд/мин, ритм правильный. Голос нормальный, не осипший. Кашля нет. Задняя стенка глотки, небные дужки и язычок гиперемированы, миндалины разрыхлены, не выходят за край небных дужек, без налётов.

При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность не повышена, голосовое дрожание равномерное.

При сравнительной перкуссии отмечается ясный легочной звук во всех отделах.

При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких, ширина полей Кренига и границы легких соответствуют возрастным нормам.

Аускультативно: выслушивается везикулярное дыхание по всем точкам, хрипы не выслушиваются. Шума трения плевры нет.

*Сердечно-сосудистая система*

При осмотре цианоза не выявлено, деформаций грудной клетки в области сердца нет, видимой пульсации сосудов не выявлено.

При пальпации: верхушечный толчок в 5 м.р. по среднеключичной линии умеренной силы, не разлитой, дрожаний нет. Пульс 120 уд/мин, правильный, ритмичный, мягкий, достаточного наполнения.

Конфигурация сердца нормальная. Сосудистый пучок не выходит за края грудины.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца четкие, ясные, звонкие. Шумов не выявлено.

*Пищеварительная система*

Неприятного запаха изо рта нет, стул оформленный, регулярный, 1 раза в сутки.

При осмотре ротовой полости: язык влажный, розовый, без налета. Слизистая рта влажная, розовая, чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен.

Живот округлой формы, не увеличен в размере, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перкуторно размеры печени по Курлову в пределах нормы.

Селезенка безболезнена, нормальных размеров и локализации.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

*Мочевыделительная система*

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. Симптом поколачивания отрицательный. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез достаточный.

Половые органы сформированы правильно, соответственно возрасту.

*Нервно-психический статус:*

Чувствительность не нарушена, рефлексы (брюшные и сухожильные) положительны, не изменены, патологической рефлексии не выявлено. Энцефалопатии, менингиальных симптомов и очаговой симптоматики не обнаружено.

Исследование вегетативной НС: глоточные рефлексы без особенностей, корнеальные реакции зрачков на свет положительны с обеих сторон, дермографизм в пределах нормы.

Локомоторная функция без нарушений, поведение обычное, эмоции сдержаны.

*Локальный статус:* Кожные покровы бледно розового цвета. Задняя стенка глотки гиперемирована, сухая, блестящая, с увеличенными фолликулами. Небные дужки и язычок гиперемированы, миндалины обычных размеров, разрыхлены, без налётов.

 Выделения из носа умеренные, слизистого характера.

**Обоснование предположительного диагноза.**

На основании *жалоб* пациента: на высокую температуру тела (39,6), сотрясающий озноб, заложенность носа; *данных анамнеза*: острое начало 26.03. повысилась температура тела до 38,3ºС. 27.03. появился насморк, температура тела поднялась до 38,5ºС. Ночью с 28.03 на 29.03 в 3:30 температура тела ребенка поднялась до 39,6ºС; *эпидемиологического анамнеза:* 24.03.2015 ребенок находился на приеме в детской поликлинике, в связи с вакцинацией от полиомиелита; *локального статуса* при поступлении: Задняя стенка глотки гиперемирована, сухая, блестящая, с увеличенными фолликулами. Небные дужки и язычок гиперемированы, миндалины обычных размеров, разрыхлены, без налётов.

можно выставить **предположительный диагноз:**  Острая респираторная вирусная инфекция неуточненной этиологии средней степени тяжести, ринофарингит.

**Осложнения:** нет.

**Сопутствующий диагноз**: нет.

**План обследования и лечения.**

*План обследования*

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;

3. Кал на яйца гельминтов, энтеробиоз;

4. Мазок из носоглотки для выявления АГ вирусов методом флюоресцирующих антител;

5.Рентген ОГП

*План лечения*

1. Режим постельный;

2. Лечебное питание: стол Б;

3.Медикоментозное лечение:

Патогенетическая терапия:

Санация зева йодинолом 3 раз в день;

Теплое и обильное питье (для уменьшения сухости и першения в глотке);

Симптоматическая терапия:

При повышении температуры выше 38,5 0С:

Tab. Paracetamoli 0.5 гр.;

Sol. Analgini 50% - 0,2 мл. в/м 1 раз в день (анальгетик);

Sol. Dimedroli 1% - 0,4 мл. в/м 1 раз в день (противогистаминный препарат, блокирует Н1-рецепторы. Оказывает местноанестезирующее, седативное действие, расслабляет гладкую мускулатуру, является умеренным противорвотным средством).

Инфузии: Sol. Trisoli 100,0;

 Sol. Glucosi 5% - 200,0; (Дезинтоксикация и восполнение жидкости)

Антибиотикотерапия: Sol. Ceftriaxoni 500 mg + Sol. NaCl 0,9% 100,0 в/в со скоростью 30 к/мин. (Профилактика возможных бактериальных осложнений)

**Данные лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования.**

*Общий анализ крови. 29.03.15*Эритроциты 4,09 \* 1012/л (4,0 – 5,1);
Гемоглобин 128 г/л (130 – 160);
Цветной показатель 0,95 (0,85 – 1,05);

СОЭ 7 мм/ч ( 1 -10)
Лейкоциты 12,9 \* 109/л (4,0 – 9,0);

Эо – 5 % (1 – 5), П – 14%(1 – 6), С – 51% (47 – 72);
Лимфоциты 29% (19 – 37);
Моноциты 1% (3 – 11);
**Заключение** : нейтрофильный лейкоцитоз (палочкоядерный сдвиг).

 *Общий анализ мочи 29.03.15*
Цвет: соломенно-желтый;
Прозрачность: полная;
Реакция: кислая;
Относительная плотность: 1030 (1008 – 1026);
Белок: нет (отсутствует или следы);

Кетоновые тела: нет(отсутствуют);
Глюкоза: нет (отсутствует);
Плоский эпителий: 0 – 1 в поле зрения ( до 5 в п/зр).

Эритроциты: 0 – 1 в поле зрения;
Лейкоциты: 1 – 2 в поле зрения ( до 3 в п/з).

**Заключение:** норма.

*Биохимический анализ крови 31.03.15*
Мочевина 1,73 Мм/л (1,7-8,3)

Глюкоза 4,54 Мм/л (3,9 – 6,4)

АсАТ 40,0 Е/л (5-40)

АлАТ 15,5 Е/л (5-40)

СРБ 48 мг/л (до 5)

**Заключение:** повышение СРБ

*Анализ кала 30.03.15:* Острицы не обнаружены;

*Рентген ОГП 1.04.2015*

**Заключение:** Легочные поля без видимых инфильтративных и очаговых теней. Легочной рисунок смазан. Корни прикрыты тенью сердца, структурны. Синусы свободны. Купола диафрагмы четкие. Срединная тень не смещена.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 30.03.1510:00-11:00T0С 36,7ЧСС 110/мин.АД 110/80 мм.рт.ст. | Состояние пациента удовлетворительноеЖалобы не предъявляет.Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, не обложен.Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 17 в мин.Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.В зеве: гиперемия нёбных дужек и задней стенки, миндалины рыхлые, налётов нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.Отёки не определяются. |  Режим палатный,стол Бтеплое и обильное питье; Полоскание горла р-ром фурацилина (1:5000);При повышении температуры выше 38,5 0С:Tab. Paracetamoli 0.5 гр.;Sol. Analgini 50% - 0,2 мл. в/м 1 р/д;Sol. Dimedroli 1% - 0,4 мл. в/м 1 р/д Инфузии: Sol. Trisoli 100,0;Sol. Glucosi 5% - 200,0; |
| Дата 31.03.1510:00-11:00T0С 36, 6ЧСС 100 в мин.АД 110/80 мм.рт.ст. | Состояние пациента удовлетворительноеЖалобы не предъявляет.Объективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, не обложен.Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 17 в мин.Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.В зеве:незначительная гиперемия нёбных дужек и задней стенки, миндалины нормальных размеров, налётов нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.Отёки не определяются. | Режим палатный,стол Б;теплое и обильное питье; Полоскание горла р-ром фурацилина (1:5000); |

**Клинический диагноз и его обоснование**

*На основании жалоб пациента:* на высокую температуру тела (39,6), сотрясающий озноб, заложенность носа; *данных анамнеза:* острое начало 26.03. повысилась температура тела до 38,3ºС. 27.03. появился насморк, температура тела поднялась до 38,5ºС. Ночью с 28.03 на 29.03 температура тела ребенка поднялась до 39,6ºС; *эпидемиологического анамнеза:* 24.03.2015 ребенок находился на приеме в детской поликлинике, в связи с вакцинацией от полиомиелита; *локального статуса при поступлении:* задняя стенка глотки гиперемирована, сухая, блестящая, с увеличенными фолликулами. Небные дужки и язычок гиперемированы, миндалины обычных размеров, разрыхлены, без налётов.

*данных лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования:* ОАК 29.03.15: нейтрофильный лейкоцитоз (палочкоядерный сдвиг), БАК 31.03.15 : повышение СРБ, рентген ОГП в норме (исключает пневмонию как осложнение) можно выставить **Клинический диагноз:**  Острая респираторная вирусная инфекция неуточненной этиологии средней степени тяжести, ринофарингит.

**Осложнения:** нет.

**Сопутствующий диагноз**: нет.

**Эпикриз**

Больной, Ильчук Алексей Васильевич (2,1), поступил в стационар «ВОКИБ» 29.03.15 по скорой помощи, со слов матери, больной предъявлял жалобы на высокую температуру тела (39,6), сотрясающий озноб, заложенность носа. Из эпиданамнеза и анамнеза заболевания: 24.03.2015 ребенок находился на приеме в детской поликлинике, в связи с вакцинацией от полиомиелита, ночью с 28.03 на 29.03 температура тела ребенка поднялась до 39,6ºС; После обследования был выставлен **Клинический диагноз:**  Острая респираторная вирусная инфекция неуточненной этиологии средней степени тяжести, ринофарингит.

**Осложнения:** нет.

**Сопутствующий диагноз**: нет.

За время пребывания в стационаре получил следующее лечение:

1. Режим постельный;

2. Лечебное питание: стол Б;

3.Медикоментозное лечение:

Симптоматическая терапия: теплое и обильное питье;

Полоскание горла р-ром фурацилина (1:5000);

При повышении температуры выше 38,5 0С:

Tab. Paracetamoli 0.5 гр.;

Sol. Analgini 50% - 0,2 мл. в/м 1 раз в день;

Sol. Dimedroli 1% - 0,4 мл. в/м 1 раз в день;

Инфузии: Sol. Trisoli 100,0;

 Sol. Glucosi 5% - 200,0;

Антибиотикотерапия: Sol. Ceftriaxoni 500 mg + Sol. NaCl 0,9% 100,0 в/в со скоростью 30 к/мин.

Лечение получил в полном объеме. После проведенного лечения состояние больного улучшилось. Жалоб не предъявляет, объективно: отклонения со стороны систем органов не выявлено.

**Прогноз**:

Благоприятный: клинически полное выздоровление.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии 3 апреля 2015 года.