**Паспортные данные**

1. ФИО –
2. Дата рождения – 5 лет
3. Место жительства –
4. Родители – нет данных
5. Посещает ли детский коллектив, какой –
6. Дата поступления в клинику
7. Направлена
8. Диагноз при поступлении: острый бронхит

**Жалобы**

При поступлении в стационар больная предъявляла жалобы на затруднение носового дыхания, головную боль, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 39.2C, постоянный влажный кашель, особенно выраженный по утрам, с отделением большого количества мокроты слизистого характера, которая плохо откашливается.

На момент курации жалобы сохраняются.

**Анамнез заболевания**

Заболела 20 февраля 2012 года, когда появились общее недомогание, слабость, потеря аппетита, ринорея, незначительное повышение температуры тела. Воспитатели приюта не обратили особого внимания на состояние ребенка, так как посчитали, что это обычная простуда и дали парацетамол (со слов воспитателя). На следующий день к вышеуказанным симптомам добавился сильный, навязчивый кашель, температура повысилась до 38.6°С. В ночь с 22 на 23 февраля состояние ухудшилось, ребенок не спал, температура тела – 39,2°С. Была вызвана скорая помощь, поставлен предварительный диагноз: острая респираторная вирусная инфекция, острый бронхит. Внутримышечно введены: Sol. Analgini 50% – 0,5 ml, Sol. Papaverini hydrochloridi 2% – 0,5 ml, Sol. Dimedroli 1% – 0,5 ml. Температцра снизилась до 37,8. Ребенок госпитализирован в соматическое отделение 5-ой городской детской больницы.

**Анамнез жизни и семейный анамнез**

Из направления врача известно, что больная, родилась 23.03.2007, в многодетной, малообеспеченной семье, с 2011 года находится в интернате №.

Перенесенные заболевания: частые ОРВИ

Эпидемиологическое окружение: инфекционных заболеваний по саду, группе нет.

В больницу девочку сопровождали сотрудники интерната. Собрать анамнез жизни и семейный анамнез достоверно не удалось.

**Объективное исследование**

Состояние больной средней тяжести, в сознании, апатичная, на вопросы отвечает неохотно.

Брюшные рефлексы живые, коленный и ахиллов рефлексы вызываются легко, умеренно выражены.

Глаза чистые, болей при движении глазных яблок нет, веки не отечны, светобоязни и слезотечения не наблюдается. Косоглазия нет.

Кожа обычного цвета, умеренно влажная, эластична. Рубцов, сыпи, кровоизлияний, участков пигментации и депигментации не наблюдается.

Волосы блестящие. Концевые фаланги пальцев и ногти обычной формы.

Подкожно-жировая клетчатка

Ребенок среднего питания, подкожно-жировой слой умеренно развит, распределен равномерно. Толщина кожной складки на животе 0.6 см. Отеков и пастозности нет.

Эндотелиальные пробы:

Кожный дермографизм красный, нестойкий.

Мышцы развиты в соответствии с возрастом, тонус нормальный, при ощупывании и при активных и пассивных движения безболезненны. Сила мышц в соответствии с возрастом.

Костная система

Деформаций костей, болезненности при надавливании, поколачивании не выявляется. Позвоночник не искривлен. Грудная клетка конусовидная.

Лимфатические узлы

Пальпируются единичные шейные, затылочные подмышечные, паховые лимфатические узлы размером с небольшую горошину не спаянные между собой и с подлежащими тканями, умеренно плотные, безболезненные.

Антропометрия

Масса тела – 20 кг, рост – 105 см.

Окружность головы 50 см, окружность груди 54 см

Индекс Эрисмана 54 – 52.5= 1.5

Органы дыхания

Голос приглушенный. Носовое дыхание затруднено. Дышит преимущественно через рот. Тип дыхания смешанный, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки. Дополнительная мускулатура в акте дыхания не участвует. Дыхание ритмичное, глубокое. Частота дыхательных движений = 26 в 1 минуту. Одышки нет. При пальпации грудная клетка податлива, безболезненна, межреберные промежутки не выбухают и не западают. Голосовое дрожание изменено.

При сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук во всех полях.

При топографической перкуссии

нижняя граница правого легкого определяется

по срединно-ключичной линии – верхний край 5 ребра,

по средней подмышечной линии – 7 ребро,

по лопаточной линии – верхний край 9 ребра.

нижняя граница левого легкого

По средне-ключичной – не определяется

По средней подмышечной – 7 ребро

По лопаточной линии – верхний край 9 ребра

Подвижность легочного края – 3 см.

Аускультативно: выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы.

Сердечно-сосудистая система

При осмотре: в области сердца выпячивания не выявляется. Верхушечный толчок площадью около 1 см2 пальпируется в пятом межреберье по срединно-ключичной линии слева. Сердечный толчок не определяется. При перкуссии: верхняя граница относительной тупости сердца – во втором межреберье, правая – на 0,5 см вправо от правого края грудины, левая – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

Аускультативно: сердца выслушиваются звучные ритмичные тоны во всех точках аускультации. Шумы не выслушиваются.

Видимой пульсации сосудов шеи, конечностей, височных артерий не определяется. Пульс лучевой артерии ритмичный, удовлетворительного наполнения, среднего напряжения, частота = 102 в 1 минуту, синхронный на обеих руках.

АД на правой руке 90/70 мм рт. ст., АД на левой руке 95/70 мм.рт.ст.

Пищеварительная система

Слизистая ротовой полости розовая, влажная, кровоизлияний, афт, язв, пятен Филатова не отмечается. Язык розового цвета, влажный, отмечается умеренная гипертрофия сосочков. Зубы молочные.

Слизистая оболочка глотки гиперемирована, небные миндалины гипертрофированы, выступают за пределы небных дужек, гиперемированы.

Живот симметричен, слегка выступает над уровнем грудной клетки, участвует в акте дыхания; выпячиваний, западений не наблюдается. Видимой перестальтики кишечника не наблюдается. Вены передней стенки живота не расширены. При пальпации напряженности и болезненности мышц нет, брюшной пресс развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, симптом флюктуации отсутствует. Симптомы Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Нижний край печени безболезненный, мягкий, эластичный, гладкий, выступает на 1 см из-под реберной дуги.

Перкуторно: размеры печени по Курлову: 8 см, 6 см, 5 см.

Селезенка пальпаторно не определяется.

Симптомы Георгиевского-Мюсси, Ортнера-Грекова, Мерфи – отрицательные.

При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско уплотнений и болезненности органов брюшной полости не выявлено.

Физиологические отхождения регулярные. Стул оформленный, обычного цвета.

Мочеполовые органы

Поясничная область при пальпации безболезненная. Выпячивания над лобком и в области почек не определяются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание не учащено, безболезненное.

Эндокринная система

Нарушений роста и массы тела нет. Щитовидная железа не увеличена.

Половые органы развиты по женскому типу, половое развитие соответственно возрасту.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб на затруднение носового дыхания, головную боль, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 39.2C, постоянный влажный кашель, особенно выраженный по утрам, с отделением большого количества мокроты слизистого характера, которая плохо откашливается.

На основании анамнеза болезни: заболела 20 февраля 2012 года, когда появились общее недомогание, слабость, потеря аппетита, ринорея, незначительное повышение температуры тела. В ночь с 22 на 23 февраля состояние ухудшилось, ребенок не спал, температура тела – 39,2°С. Была вызвана СМП, госпитализирована в соматическое отделение ДГКБ №5.

На основании объективного исследования: состояние больной средней тяжести, в сознании, апатична, на вопросы отвечает неохотно, кожа и видимые слизистые бледные, голос приглушен, носовое дыхание затруднено.

Перкуторно над легкими ясный легочной звук, аускультативно: влажные средне и мелкопузырчатые хрипы. ЧД 19/мин. Сердечная деятельность ритмичная, шумов нет. ЧСС 102/мин, АД на правой руке 90/70 мм.рт.ст., на левой руке 95/70 мм.рт.ст.

Предварительный диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция, острый бронхит.

**План обследования**

1. Анализ крови клинический

2. Анализ мочи клинический

3. Анализ кала на яйца глист

4. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевина, тимоловая проба, общий билирубин, АлАТ)

5. Рентгенография ОГП

**Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования**

Общий анализ крови

Эритроциты –4.0\*10\_12/л

Hb- 127 г/л

Цв. показатель – 0,96

Лейкоциты – 13.4\*109/л

Эозинофилы – 1%

Нейтрофилы:

палочкоядерные – 15%

сегментоядерные –50%

Лимфоциты – 27%

Моноциты – 2%

СОЭ 21 мм/час

Заключение: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево за счет палочкоядерных нейтрофилов, увеличение СОЭ, что свидетельствует о воспалительном процессе в организме.

Общий анализ мочи

Цвет – желтый

Прозрачность – слегка мутная

Реакция – кислая

Уд. Вес - 1015

Белок – отр.

Глюкоза - отр.

Кетоновые тела +

Бактерии - отр.

Эритроциты 0-1 в п/зр

Лейкоциты – 3-6 в п/зр.

Заключение: наличие кетонурии свидетельствует об ацидозе, который в данном случае мог развиться из-за высокой температуры и плохого питания (вследствие потери аппетита при интоксикационном синдроме)

Анализ кала на яйца глист – отрицательный

Биохимический анализ крови

Креатинин 57 мкмоль/л

Мочевина 3.46 ммоль/л

Общий билирубин 9.0 мкмоль/л

Тимоловая проба 4.28

АлАТ 0.88 ммоль/л/г

Заключение: отклонений от нормы в биохимическом анализе крови не выявлено

Обзорная рентгенография ОГП:

Заключение: диффузное усиление легочного рисунка, корни легких смешанной обструкции, что соответствует рентген-картине острого бронхита.

**Дифференциальный диагноз**

Клиническая картина острого бронхита схожа с некоторыми другими, не менее часто встречающимися, заболеваниями дыхательной системы, что указывает на необходимость провести дифференциальную диагностику. Дифференцировать острый бронхит нужно от очаговой пневмонии, острого риносинусита, приступа бронхиальной астмы.

Сильный кашель, с выделением слизистой, плохо откашливаемой мокроты, затрудненное дыхание – эти клинические признаки сближают острый бронхит с приступом бронхиальной астмы, однако, приступ бронхиальной астмы возникает в ответ на раздражающее действие аллергена, характеризуется экспираторной одышкой, вынужденным положением (ортопоэ) и обратимой обструкцией (достаточно быстро купируется бета2-агонистами), что не характерно для острого бронхита, следовательно, можно исключить бронхиальную астму из предполагаемых заболеваний.

Повышение температуры тела, затрудненное носовое дыхание, кашель характерны как для картины острого бронхита, так и для острого риносинусита, однако при риносинусите так же наблюдается боль в области придаточных пазух носа и типичная рентгенологическая картина – неоднородное затемнение гайморовых пазух, чего нет при остром бронхите, значит можно исключить риносинусит из предполагаемых заболевний.

Очаговая пневмония как и острый бронхит проявляется повышением температуры тела, слабостью, снижением аппетита, кашлем с выделением мокроты. Аускультативно, и в одном и в другом случае, можно выслушать влажные хрипы. Однако, при объективном исследовании больного с очаговой пневмонией можно отметить усиление голосового дрожания, притупление перкуторного звука над областью поражения, крепитацию при аускультации. Рентгенологически, при очаговой пневмонии, выявляются

разнообразные небольшие фокусы инфильтрации, размером 1—2 см легочной ткани с диффузным вовлечением легочной паренхимы. Все вышеуказанные критерии помогают исключить очаговую пневмонию из возможных заболеваний у данной больной.

**Окончательный диагноз**

На основании предварительного диагноза

На основании данных лабораторных и интструментальных методов исследования:

в общем анализе крови - лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево за счет палочкоядерных нейтрофилов, увеличение СОЭ, что свидетельствует о воспалительном процессе в организме;

в общем анализе мочи - кетонурия, что свидетельствует об ацидозе, который в данном случае мог развиться из-за высокой температуры и недостаточно питания (вследствие потери аппетита при интоксикационном синдроме);

на обзорной R-грамме ОГП - диффузное усиление легочного рисунка, корни легких смешанной обструкции, что соответствует рентген-картине острого бронхита.

На основании дифференциального диагноза с острым риносинуситом, приступом бронхиальной астмы и очаговой пневмонией

Диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция. Острый бронхит.

**Дневники наблюдений**

Дата: 24.02.2012

t=37,4°C ЧД=26/мин ЧСС=102/мин АД 110/65мм.рт.ст

Жалобы на ощущение заложенности носа, затруднение дыхания, выделение из носа слизистого секрета, интенсивный кашель.

Объективно: состояние больной средней тяжести, кожные покровы бредные, слизистые умеренно влажные. Лимфатические узлы пальпируются слабо, безболезненные. Аускультативно над задней поверхностью легких выслушиваются влажные разнокалиберные хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Диурез достаточный. Стул обычный.

Продолжает терапию, согласно листу назначений.

Дата: 27.02.2012

t=36,8°C ЧД=25/мин ЧСС=104/мин АД 100/65 мм.рт.ст

Жалобы на затрудненное носовое дыхание, слабость, покашливания.

Объективно: Состояние пациентки удовлетворительное. Сон спокойный. Настроение хорошее. Общительна.

В легких на высоте вдоха выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Диурез достаточный. Физиологический отхождения в норме.

Продолжает терапию, согласно листу назначений.

Дата: 29.02.2012

t=36,4°C ЧД=24/мин ЧСС=105/мин АД 110/60 мм.рт.ст

Состояние пациента удовлетворительное. Сон спокойный.

Жалобы на общую слабость.

В легких выслушивается везикулярное дыхание с жестким оттенком. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Продолжает терапию, согласно листу назначений.

**Лечение и профилактика данного заболевания**

1. Госпитализация

2. Диета полноценная, соответственно возрасту ребенка, обогащенная витаминами, высококалорийная. В стационарах за основу берется стол №5.

Обильное теплое питье.

3. Симптоматическое лечение включает:

- При гипертермии – жаропонижающие

Rp: Ibuprofeni 0.2

D.t.d №50 in tab.

S. по 1/2 табл

- Отхаркивающие и муколитические препараты

Rp: Bromhexini 0.004

D.t.d № 25 in tab.

S: 1табл. 2 р/д

- Противокашлевые препараты

Rp: Tusuprexi 0.01

D.t.d №30 in tab.

S: по 1 табл. 3 р/д

- Поливитамины

Rp: Drage Reviti №75

D.S. 1 драже 3 р/д за 10-15 минут до еды.

- Вибрационный массаж вместе с постуральным дренажем – (при продуктивном кашле)

- УВЧ-терапия на грудную клетку

4. Фитотерапия

Сборы из солодки, алтей медициснкий, термопсиса

**Профилактика бронхита включает в себя:**

• полноценный отдых

• употребление достаточного количества жидкости

• кондиционирование воздуха в помещении (теплый и влажный воздух

помогает откашливанию и удалению мокроты)

• стимуляция факторов местной иммунной защиты

• легкий массаж грудной клетки

• закаливание

**Прогноз**

Прогноз для жизни благоприятный.

Прогноз для выздоровления благоприятный.

**Эпикриз**

\_\_, 2007 г.р, поступила в соматическое отделение ДГКБ № 5 23.02.2012. Жалобы на затруднение носового дыхания, головную боль, слабость, снижение аппетита, повышение температуры до 39.2C, постоянный влажный кашель, особенно выраженный по утрам, с отделением большого количества мокроты слизистого характера, которая плохо откашливается. Из анамнеза заболевания: из направления врача известно, что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, родилась 23.03.2007, в многодетной, малообеспеченной семье, с 2011 года находится в интернате. Перенесенные заболевания: частые ОРВИ. Эпидемиологическое окружение: инфекционных заболеваний по саду, группе нет. В больницу девочку сопровождали сотрудники интерната. Собрать анамнез жизни и семейный анамнез достоверно не удалось.

Объективно: Состояние больной средней тяжести, в сознании, апатичная, на вопросы отвечает неохотно. Кожные покровы бледные сухие. Температура тела 38.6. При аускультации гр.клетки: влажные крупно и среднепузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные, не изменены. Живот безболезненный, мягкий при пальпации. Диурез сохранен. Физиологические отправления не нарушены. В общем анализе крови – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, в моче – кетоновые тела (+), на обзорной рентгенограмме – диффузное усиление легочного рисунка, корни легких смешанной обструкции, что соответствует рентген-картине острого бронхита.

Поставлен диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция. Острый бронхит.

Назначено лечение: Tab. Ibuprofeni 0.2 №50, Tab. Bromhexini 0.008 № 25,

Tab. Tusuprexi 0.01№30, Drage Reviti №75.

После выписки из стационара больной рекомендовано:

Ограничение физической нагрузки на 2 недели (освобождение от занятий физкультурой).

**Список, использованной литературы:**

1. Учебник: Педиатрия, Н.П. Шабалов, - «СпецЛит» Санкт-Петербург, 2003
2. Журнал «Трудный пациент» №8, том 7, 2009 статья «Бронхиты у детей: принципы современной терапии» М.О. Смирнова, Е.В. Сорокина

3. Учебник: Педиатрия, Сергеева К. М., 2007

4. Майданник В.Г. Педиатрия. – Харьков: Фолио, 2004.