**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

Фамилия, имя, отчество больного –

Возраст – 4 года 3 месяца

Дата и время поступления в клинику -

Ребенок посещает детский сад.

Адрес, телефон –

Клинический диагноз – острая респираторная вирусная инфекция, острый простой бронхит.

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Жалобы при поступлении в клинику – на насморк, чувство заложенности носа, кашель, повышение температуры тела до 38,9°С, общее недомогание, снижение аппетита.

Жалобы на день – на насморк, чувство заложенности носа, отделяемый слизистый секрет из носа, кашель.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родился от 1-й беременности. Беременность протекала с ранним токсикозом и гестозом (отечная форма). Роды протекали без осложнений, ребенок закричал сразу, оценка по Абгар – 6-7 баллов. Рост при рождении – 3300 см, масса тела – 56 см. Физиологическая желтуха после рождения – непродолжительна. В периоде новорожденности не болел.

В дальнейшем развивался в соответствии с возрастом. Зубы начали прорезываться в 3 месяца. Держать головку стал в 2 месяца, сидеть – в 5 месяцев, стоять – в 8-9 месяцев, ходить – в 11-12 месяцев, говорить – с 1 года.

На естественном вскармливании – до 1 года. После 1 года питание полноценное, режим соблюдает. Аппетит хороший.

С 3 лет 3 месяцев посещает детский сад.

Профилактические прививки – в срок, ребенком переносились без осложнений. Реакция Манту – отрицательная.

**Аллергологический анамнез**: отмечается аллергическая реакция (красные, зудящие высыпания на коже) после приеме шоколада. Родственники аллергическими заболеваниями не страдают. Непереносимости лекарственных препаратов нет.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, грипп.

Переливаний крови, плазмы, введения иммуноглобулина не было.

Состав семьи: 6 человек – пациент, его родители, родители матери, младшая сестра (5 месяцев). Родители: мать – 30 лет, неработающая; отец – 29 лет, участковый милиционер. Оба страдают язвенной болезнью желудка, хроническим гастритом. За ребенком ухаживают мама и бабушка. Жилищно-бытовые и санитарно-гигиенические условия – удовлетворительные. Наличие в роду туберкулеза, венерических, психических, эндокринных и явных наследственных заболеваний отрицается. Выкидышей, мертворожденности, нежизнеспособности детей, врожденных уродств не было.

**ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

13 декабря 2013 года был контакт с инфекционным больным (мальчик, 4 года, предположительно ОРВИ). В детском саду больных нет.

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДО НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Группа здоровья – 2-я. Условно здоров. Отмечается аллергическая реакция (красные, зудящие высыпания на коже) после приеме шоколада. Регулярны (1-2 раза в год) заболевания ОРВИ, особенно в периоды эпидемий.

 **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Заболел 15 декабря 2013 года за 2 дня до поступления в больницу, за 7 дней до настоящей курации. Первыми признаками заболевания были общее недомогание, слабость, потеря аппетита, повышение температуры тела до 38,2°С. Родители дали ребенку таблетку аспирина. На следующий день к вышеуказанным симптомам добавился кашель, температура повысилась до 39°С. В ночь с 16 на 17 декабря состояние ухудшилось, ребенок не спал, температура тела – 39,6°С. Была вызвана скорая помощь, поставлен предварительный диагноз: острая респираторная вирусная инфекция, двухсторонняя пневмония (?). Внутримышечно введены: Sol. Analgini 50% – 0,5 ml, Sol. Papaverini hydrochloridi 2% – 0,5 ml, Sol. Dimedroli 1% – 0,5 ml. Ребенок госпитализирован в детскую больницу.

В больнице поставлен предварительный диагноз ОРВИ, двухсторонняя пневмония. Назначены преднизолон, аспирин и амоксициллин. Впоследствии диагноз пневмонии не был подтвержден и преднизолон был отменен. В дальнейшем наблюдалось снижение температуры тела, уменьшение кашля, ослабления хрипов в легких.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

Общее состояние ребенка средней тяжести – ребенок жалуется на насморк, чувство заложенности носа, затруднение дыхания, влажный кашель с отделением слизистой мокроты.

*Нервная система*. Сознание ясное, на окружающее реагирует адекватно, настроение хорошее, ребенок общителен, на вопросы отвечает правильно. Психическое развитие пациента соответствует возрасту. Брюшные рефлексы живые, коленный и ахиллов рефлексы вызываются легко, умеренно выражены. Менингиальных симптомов (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского) нет. Симптомов натяжения нервных стволов (симптомы Лассега, Мацкевича, Вассермана) нет.

*Внешний осмотр глаз*. Глаза чистые, болей при движении глазных яблок нет, веки не отечны, светобоязни и слезотечения не наблюдается.

*Внешний осмотр ушей.* Уши без особенностей.

*Физическое развитие*. Масса тела – 20 кг, длина тела – 105 см. Ребенок развивается в соответствии с возрастной нормой.

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

Волосы, пальцы, ногти. Волосы блестящие. Концевые фаланги пальцев и ногти обычной формы.

*Подкожно-жировая клетчатка*. Ребенок среднего питания, подкожно-жировой слой умеренно развит, распределен равномерно. Отеков и пастозности нет.

*Лимфатические узлы*. Пальпируются единичные шейные, затылочные подмышечные, паховые лимфатические узлы размером с небольшую горошину не спаянные между собой и с подлежащими тканями, умеренно плотные. В подчелюстной области слева пальпируется одиночный увеличенный (1 см) лимфатический узел, умеренно плотный, не спаянный с подлежащими и покровными тканями.

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.* Форма головы обычная. Деформаций костей, болезненности при надавливании, поколачивании не выявляется. Позвоночник не искривлен. Грудная клетка обычной формы; деформаций, асимметрии, искривлений нет.

*Система органов дыхания*. Носовое дыхание затруднено. 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 слегка усилено.

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. Подвижность легочного края – 3 см.

При аускультации легких выслушивается пуэрильное дыхание, крупно- и средне-пузырчатые влажные хрипы, лучше выслушивающиеся в области 2 сегмента при усилении дыхания на высоте вдоха.

*Система кровообращения*. При осмотре: в области сердца выпячивания ("сердечный горб") не выявляется. Верхушечный толчок площадью около 1 см 2 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.

При аускультации сердца выслушиваются звучные ритмичные тоны во всех точках аускультации, короткий функциональный шум на верхушке и в точке Боткина-Эрба (?).

Видимой пульсации сосудов шеи, конечностей, височных артерий не определяется. Пульс лучевой артерии ритмичный, среднего напряжения, частота = 102 в 1 минуту, синхронный на обеих руках. Артериальное давление = 90/70 мм рт. ст.

*Система пищеварения и органов брюшной полости*. Губы розовой окраски, умеренно влажные, слизистая оболочка ротовой полости и десны розового цвета, влажная; кровоизлияний, язвочек, 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 и Менделя отрицательные.

Нижний край печени безболезненный, мягкий, эластичный, гладкий, выступает на 1 см из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 8 см, 6 см, 5 см. Селезенка пальпаторно не определяется. Симптомы Георгиевского-Мюсси, Ортнера-Грекова, Мерфи – отрицательные.

*Мочеполовые органы*. Выпячивания над лобком и в области почек не определяется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание безболезненно.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Острая респираторная вирусная инфекция, острый простой бронхит.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Для подтверждения предварительного диагноз необходимо провести следующие дополнительные методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на кишечную флору и яйца глистов, рентгенография грудной клетки в прямой проекции. Требуется консультация ЛОР-врача.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общий анализ крови (в скобках указана возрастная норма)

Гемоглобин 124 г/л (120-140 г/л)

Лейкоциты 9,6\*109/л (4-9\*109/л)

Лимфоциты 45% (40-50%)

Моноциты 2% (2-5%)

Скорость оседания эритроцитов 14 мм/ч (2-10 мм/ч)

Общий анализ мочи

Белок нет (до 0,033 г/л)

Цвет соломенно-желтый (соломенно-желтый)

Прозрачность прозрачная (прозрачная)

Реакция кислая (слабокислая)

Слизь много (нет)

Плоский эпителий 1-2 в поле зрения (1-2 в поле зрения)

Лейкоциты 4-5 в поле зрения (1-2 в поле зрения)

Эритроциты 1-2 в поле зрения (1-2 в поле зрения)

*Анализ кала*

Патогенные энтеробактерии не выделены, яйца глистов отсутствуют.

*Рентгенография*

На рентгенограмме органов грудной клетки в прямой проекции, выполненной лучами средней жесткости определяется усиленный легочный рисунок в прикорневых зонах. Очагово-инфильтративных теней нет. Синусы свободны. Сердце – в пределах возрастной нормы.

Заключение по всем дополнительным методам исследования: результаты дополнительных методов исследования указывают на наличие воспалительного процесса (умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, лейкоцитурия, наличие в моче слизи) в легких (на рентгенограмме определяется усиленный легочный рисунок в прикорневых зонах).

**ДНЕВНИКИ**

8-й день болезни

Дата: 22.12.2013 Состояние пациента можно трактовать как среднетяжелое. Спал спокойно. Жалобы на ощущение заложенности носа, затруднение дыхания, выделение из носа слизистого секрета, кашель. Отмечается гиперемия слизистой оболочки глотки. В легких аускультативно выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы, при усилении дыхания на высоте вдоха. Тоны сердца звучные, ритмичные.

Назначения: постельный режим, потребление большого количества жидкости (до 1 л/сут), УВЧ на грудную клетку, ингаляции с беродуалом, интерферон, пипольфен, эуфиллин, корень алтея

T=36,4°C ЧД=26 в 1 мин ЧСС=102 в 1 мин

9-й день болезни

Дата: 23.12.2013 Состояние пациента среднетяжелое. Спал спокойно. Жалобы на заложенность носа, затруднение дыхания, выделение из носа слизистого секрета, подкашливания. Отмечается умеренная гиперемия слизистой оболочки глотки. В легких на высоте вдоха выслушиваются крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные.

Назначения: постельный режим, потребление большого количества жидкости (до 1 л/сут), УВЧ на грудную клетку, ингаляции с беродуалом, интерферон, пипольфен, эуфиллин, корень алтея

T=36,8°C ЧД=26 в 1 мин ЧСС=104 в 1 мин

12-й день болезни

Дата: 26.12.2013 Состояние пациента удовлетворительное. Спал спокойно. Жалобы на слизистое отделяемое из носа. В легких выслушивается пуэрильное дыхание. Тоны сердца звучные, ритмичные.

Назначения: интерферон, пипольфен, корень алтея

T=36,6°C ЧД=24 в 1 мин ЧСС=100 в 1 мин

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Диагноз поставлен на основании:

жалоб на насморк, чувство заложенности носа, слизистое отделяемое из носа, кашель;

острого начала заболевания, повышения температуры тела до 39,6°С, недомогания, слабости, потери аппетита на второй день заболевания;

выслушивания в легких крупно- и среднепузырчатых влажных хрипов, усиливающихся на высоте вдоха;

умеренного лейкоцитоза, увеличения СОЭ, лейкоцитурии, наличия в моче слизи, определения на рентгенограмме легких усиленного легочного рисунка в прикорневых зонах;

наличия в анамнезе контакта с больным острой респираторной вирусной инфекцией.

Форма заболевания – типичная.

Точная формулировка основного диагноза: острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), острый простой бронхит (J20).

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Острый простой бронхит следует дифференцировать с обструктивным бронхитом, бронхиолитом и острой пневмонией.

При обструктивном бронхите у больного – экспираторная одышка с участием в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, возможно умеренное вздутие грудной клетки, при перкуссии – коробочный оттенок звука, при аускультации – дыхание с удлиненным выдохом, жесткие, сухие, свистящие хрипы.

Перкуторно – коробочный звук, уменьшение относительной сердечной тупости, опущение границ печени и селезенки, аускуальтативно – дыхание с удлиненным свистящим выдохом, крепитирующие мелкопузырчатые хрипы как на вдохе, так и на выдохе, на рентгене возможны ателектазы.

При острой пневмонии – часто длительно сохраняющаяся лихорадка, значительно выраженные симптомы недостаточности, синдром дыхательной недостаточности, смешанная одышка с участием вспомогательной мускулатуры, уменьшение соотношения между пульсом и частотой дыхательных движений, укорочение перкуторного звука соответственно очагу поражения, коробочный оттенок над другими участками (локальная симптоматика). Аускультативно – хрипы, выслушивающиеся на определенном участке. В крови – выраженная воспалительная реакция (нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ > 20 мм/ч). На рентгенограмме – очагово-инфильтативные тени.

**ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ**

Принципы терапии данного заболевания по данным литературы таковы:

постельный режим;

введение больших количеств жидкости (per os);

так как заболевание имеет вирусную природу целесообразным будет назначение противовирусных средств: ремантадина, интерферонов, специфических иммуноглобулинов или иммунокомплексных иммуноглобулинов;

при присоединении микробного процесса рекомендована антибиотикотерапия: амоксициллин, сумамед, рулид, кларитромицин, макропен;

десенсибилизирующая терапия: пипольфен, димедрол, супрастин, тавегил, кларитидин;

противокашлевые и отхаркивающие препараты: бромгексин, либексин, мукалтин, кодеин;

при затруднении дыхания – бронхолитики: беродуал, b-агонисты;

фитотерапия: термопсис, корень алтея, мята, мать-и-мачеха, чабрец;

физиотерапия: УВЧ на грудную клетку, лазеротерапия на рефлексогенные зоны, содовые ингалляции.

Схема лечения: постельный режим, потребление большого количества жидкости (до 1 л/сут), УВЧ на грудную клетку, ингаляции с беродуалом, интерферон, пипольфен по 1 табл. 2 раза в сутки, эуфиллин 1 табл. 2 раза в сутки, корень алтея.

ПРОГНОЗ

Благоприятный. Течение болезни как правило заканчивается полным выздоровлением. Срок выписки из стационара 12-14 сутки от начала заболевания. Возможность посещения детского коллектива – через 1 неделю, ограничение физической нагрузки – в течение 2 недель, отмена профилактических прививок в ближайшие 3 месяца.

ЭПИКРИЗ

 4 года 3 месяца поступил во вторую городскую детскую больницу 17 декабря 2013 года, с жалобами на насморк, чувство заложенности носа, кашель, повышение температуры тела до 38,9°С, общее недомогание, снижение аппетита. На основании жалоб на насморк, чувство заложенности носа, слизистое отделяемое из носа, кашель; острого начала заболевания, повышения температуры тела до 39,6°С, недомогания, слабости, потери аппетита на второй день заболевания; выслушивания в легких крупно- и среднепузырчатых влажных хрипов, усиливающихся на высоте вдоха; умеренного лейкоцитоза, увеличения СОЭ, лейкоцитурии, наличия в моче слизи, определения на рентгенограмме легких усиленного легочного рисунка в прикорневых зонах; наличия в анамнезе контакта с больным острой респираторной вирусной инфекцией был поставлен диагноз: острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ), острый простой бронхит (J20). Лечение: постельный режим, интерферон, амоксициллин, эуфиллин, пипольфен, ингаляции с беродуалом, УВЧ на грудную клетку. Лечение принесло эффект в виде снижения температуры, уменьшения катаральных явлений, кашля, ослабления хрипов в легких. В дальнейшем рекомендованы: временное ограничение физической нагрузки, отмена профилактических прививок, лечебная физкультура, витаминотерапия, закаливание.