Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии

Заведующий кафедрой, профессор

Преподаватель

Куратор, студентка 521 гр.

История болезни

Больной: ...

Клинический диагноз:

Острая респираторная вирусная инфекция,

ринофарингит, необструктивный бронхит ср. ст. тяжести.

Барнаул-2008

Палата № 9

Паспортные данные:

Ф. И.О.

Возраст:

Год рождения.

Место жительства.

Дата поступления.

Время курации.

Кем направлен:

Клинический диагноз:

Острая респираторная вирусная инфекция, ринофарингит, необструктивный бронхит ср. ст. тяжести.

## Жалобы

При поступлении: больной предъявлял жалобы на слабость, недомогание, частый малопродуктивный кашель, преимущественно возникающий в ночное время суток и под утро, на насморк, на повышение температуры до 38,5°С.

На момент курации: Редкий кашель с отхождением малого количества мокроты.

Anamnesis morbi

Заболел около 2-х недель назад (15.01.08). Заболевание началось остро с резкого повышения температуры до 38,5°С, частого малопродуктивного кашля, преимущественно возникающего в ночное время суток и под утро, насморка.16.01 был осмотрен педиатром на дому, после чего был поставлен диагноз: «ОРВИ» и назначено лечение: корень солодки, бромгексин, цефазолин, полоскание горла (5 дней). После проведенного курса лечения состояние улучшилось, однако через 2 дня симптомы заболевания возобновились.24.01.08 пациенту была сделана Rg органов грудной клетки, после которой с предположительным диагнозом «ОРВИ, острая правосторонняя внебольничная пневмония» был направлен в стационар на дообследование и соответствующее лечение. Родители связывают болезнь подростка с переохлаждением.

Anamnesis vitae

Беременность вторая, роды вторые. Беременность протекала с угрозой прерывания на ранних сроках. Питание матери во время беременности было полноценным и разнообразным. Роды в срок, самостоятельно, без осложнений. Ребенок родился массой 3720гр длиной тела 51см., закричал сразу, к груди приложили через 3 часа. Пуповина отпала на третий день. Пупочная ранка зажила на третью неделю. Выписана на 10 день в удовлетворительном состоянии.

Прибавка в весе в первом месяце: прибавил 600гр. С 2 – 3 800гр. Во втором полугодие прибавка составляла в среднем 550 гр.

В физическом развитии не отставал. Головку начал держать в 2 месяца, переворачиваться набок начал в 3 месяца, сидеть в 6 месяцев, стоять 8 месяцев, ходить в 10.

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

Грудное вскармливание длилось до 1 месяца. Соки и тертое яблоко стала давать в 3 месяца соотношении 30% / 70% соответственно. Прикармливать ребенка начала в 4 месяца(1 прикорм), второй в 5мес, третий в 6. Витамин «Д» не получал. В настоящее время питается полноценно разнообразно 5 раз в день.

Прививки проводились все строго по графику. При рождении ребенка (в первые 12 часов жизни) была проведена первая вакцинация против вирусного гепатита «В». На 7 день была поставлена вакцинация против туберкулеза. В первый месяц первая вакцинация против вирусного гепатита «В». В 3 месяца вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита. В 4.5. месяцев вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита. В 6 месяцев третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита. В 12 месяцев вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита. В 18 месяцев первая ревакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита. В 20 месяцев вторая ревакцинация против полиомиелита. Во время профилактических прививок патологических местных и системных реакций не наблюдалось. Аллергологический анамнез не отягощен, на учете у фтизиатра не состоит.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит, ветряная оспа. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога с диагнозом: «Хронический гастрит».

Эпидемиологический анамнез:

Социальные условия в семье благоприятные (благоустроенная четырех комнатная квартира, живут 6 человек). Домашние животные – кошки. Речную рыбу кушают редко. Воду, молоко пьют не кипяченными. За последние 2 недели контакта с инфекционными больными не было. Отец: Ананин Дмитрий Юрьевич – строитель ЧП, 32 года; мать: Ананина Елена Анатольевна – домохозяйка, 34 года

Status praesens communis

Общий осмотр:

Общее состояние больного средней степени тяжести, обусловлено интоксикацией. Положение больного в постели свободное, активное. Сознание ясное. Выражение лица спокойное, поведение обычное, эмоции сдержаны. Осанка правильная, телосложение правильное, развитие пропорциональное.

Нервно-психический статус:

Чувствительность не нарушена, рефлексы (брюшные и сухожильные) положительны, не изменены, патологической рефлексии не выявлено. Менингиальных симптомов 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.

Физическое развитие:

Масса тела: 59 кг

Рост: 163 см.

Физическое развитие соответствует полу и возрасту.

Кожа и слизистые оболочки:

Кожные покровы бледные, умеренно влажные, эластичность в пределах нормы. Температура одинакова на симметричных участках. Сыпей, очаговых изменений на коже не выявлено. Волосы и ногти без видимых патологических изменений. Дермографизм розовый. Слизистая рта бледно-розовая, влажная, на задней стенке носоглотки видна слизь

Подкожно-жировой слой:

ПЖК развита умеренно, развитие равномерное. Тургор мягких тканей упругий. Отёков и уплотнений мягких тканей не обнаружено.

Периферические лимфоузлы:

Лимфатические узлы: отмечается некоторое увеличение подчелюстных лимфоузлов размером до 1.0 на 1.5. см. Консистенция плотно эластическая, подвижны, с соседними лимфоузлами и окружающими тканями не спаяны, безболезненны.

Опорно-двигательный аппарат и зубы:

Общее развитие мышечной системы нормальное, тонус и сила мышц не снижены.

Осанка больного правильная, развитие пропорциональное. Голова правильной формы, размеры соответствуют возрасту, деформаций костей нет, роднички закрыты.

Форма грудной клетки правильная.

Конечности пропорциональной длины, ровные. Суставы без патологических отклонений.

Органы дыхания:

Кожные покровы бледные. Зев умеренно гиперемирован, без налётов, нёбные дужки без особенностей. Носовое дыхание затруднено

Выделения из носа умеренные, слизистого характера. Частота дыхания 18 дд/мин, ритм правильный. Одышки нет.д.ополнительная мускулатура в акте дыхания не участвует. Голос с носовым оттенком. Влажный кашель. Грудная клетка правильной (цилиндрической) формы, без деформаций, симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность не повышена, голосовое дрожание равномерное.

При сравнительной перкуссии: отмечается притупление перкуторного звука.

При топографической перкуссии:

ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
| l. parasternalis | 4 м/р | - |
| l. medioclavicularis | 5 м/р | - |
| l. axilaris anterior | 6 м/р | 6 м/р |
| l. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| l. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| l. scapularis | 9 м/р | 9 м/р |
| l. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l. medioclavicularis | 4 см | - |
| l. axilaris media | 5 см | 5 см |
| l. scapularis | 4 см | 4 см |

Высота стояния верхушек легких, ширина полей Кренига и границы легких соответствуют возрастным нормам.

Аускультативно: выслушивается ослабленное жесткое дыхание над всеми легочными полями, сухие хрипы. 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, систолического дрожания нет. Пульс 84 уд/мин, правильный, ритмичный, мягкий, достаточного наполнения.

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости сердца |
| Правая | В IV межреберье у парастернальной линии  |
| Левая | В V межреберье у среднеключичной линии |
| Верхняя | В III межреберье слева по окологрудинной линии |

Конфигурация сердца в норме. Сосудистый пучок не выходит за края грудины.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца четкие, ясные, звонкие. Соотношение тонов на верхушке и основании сердца не нарушено. Шумов не выявлено.

ЧСС 84 уд/мин, артериальное давление 120/80 мм рт. ст.

Пищеварительная система:

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

При осмотре ротовой полости: язык влажный, розовый, с умеренным белым налетом, миндалины не увеличены, небные дужки без изменений. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен.

Живот не увеличен в размере, симметричен, в акте дыхания участвует. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Пальпаторно живот мягкий. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. При поверхностной пальпации областей болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области, не болезненна. Ободочная кишка безболезненна. Желудок не пальпируется. Селезенка не увеличена. При глубокой пальпации печени нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, плотноэластической консистенции, безболезненный.

Перкуторно размеры печени по Курлову в пределах нормы.

Селезенка безболезненна, нормальных размеров и локализации.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

Половые органы:

Половые органы сформированы правильно по мужскому типу.

План дополнительных методов обследования:

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Биохимический анализ крови

4. Rg органов грудной клетки.

5. Соскоб на яйца глистов

Результаты исследований:

Общий анализ крови от 26.01.08:

Гемоглобин 137г/л

Эритроциты 3x10¹²/л

Цветной показатель 0,9

СОЭ мм/ч

Тромбоциты 270х109 /л

Лейкоциты 4х109 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | моно-циты |
| 1 | - | 0 | 0 | 1 | 33 | 59 | 7 |

Вывод: Общий анализ крови без отклонений, патологии не выявлено.

Общий клинический анализ мочи от 26.01.08.

Количество: 240 мл

Плотность: 1019 мг/л

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Белок: отрицательно

Лейкоциты: ед. в поле зрения

Эритроциты: 0 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: ед. в поле зрения

Вывод: Количество мочи соответствует норме. Удельный вес в пределах нормы. Белка в моче нет(норма), эритроцитов нет, лейкоциты ед. в поле зрения (норма).

Кал на яйца глистов от 28.01.08 •Биохимический анализ крови от 27.01.08.

С-реактивный белок – отр.

АПТВ - 32′′

РФМК – 4,0мг/%

Фибриноген 3000мг

Рентгенография от 28.01.08.

Заключение: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля чистые, легочной рисунок усилен, нечеткий, но архитектоника его не нарушена. Корни достаточно структурны. Тени средостенья без особенностей. Синусы так же без особенностей. На основании этого делается вывод: У данного больного имеются признаки ОРВИ, бронхита. Rg признаков за пневмонию нет.

## Клинический диагноз

На основании жалоб больного на слабость, вялость, недомогание, сниженный аппетит, можно предположить о наличии патологического процесса в организме. А так как жалобы были еще и на першение в горле, насморк, частый кашель, можно сделать вывод, что в данный процесс вовлечена дыхательная система, а именно верхние дыхательные пути.

Из анамнеза заболевания известно, что процесс носит острый характер, так как имеется острое начало заболевания: резкое повышение температуры тела (до +38,50 С), появление насморка, чувства першения в горле, кашель. Все это свидетельствует об ОРВИ.

При осмотре ротовой полости выявлена гиперемия миндалин, на задней стенке носоглотки видна слизь, при пальпации подчелюстных лимфоузлов, последние умеренно увеличены, безболезненны, плотноэластической консистенции, не спаяны с подлежащими тканями. Учитывая жалобы и анамнез заболевания, правомерно поставить диагноз ринофарингит.

Исходя из заключения Rg-графии органов грудной клетки «Заключение: на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки легочные поля чистые, легочной рисунок усилен, нечеткий, но архитектоника его не нарушена. Корни достаточно структурны. Тени средостенья без особенностей. Синусы так же без особенностей», а так же данных дополнительных методов обследования (при аускультации органов грудной клетки выявлено ослабленное жесткое дыхание, сухие хрипы) делаем вывод: У данного больного имеются признаки ОРВИ, необструктивного бронхита. Rg признаков за пневмонию нет.

Таким образом, можно поставить клинический диагноз:

Острая респираторная вирусная инфекция, ринофарингит, необструктивный бронхит ср. ст. тяж.

Лечение и его обоснование

Режим свободный

Диета № 15

Медикаментозное лечение

Диета № 15: Общий стол

## Лечение

В комплексном лечении острого бронхита имеют значение адекватная антибактериальная терапия и восстановление дренажной функции бронхов, последнее заключается в обеспечении отхождения мокроты и устранении бронхоспастических явлений.

Для адекватной антибактериальной терапии препарат выбирают с учетом чувствительности выделенной микрофлоры, при отсутствии результатов бактериологического исследования мокроты назначают антибиотики широкого спектра действия.

А. Препараты группы пенициллина, обладают бактерицидным действием по отношению к грамположительным (стафилококк, пневмококк, стрептококк), грамотрицательным микробам, дифтерийной, столбнячной палочкам, некоторым актиномицетам и анаэробам.

Показания: инфекции верхних и нижних дыхательных путей, инфекции кожи и мягких тканей, мочеполовые инфекции, профилактика после операции инфекций.

Возможные побочные эффекты: частые аллергические реакции. Препараты малотоксичны.

Препараты: Бензилпенициллин, Метициллин, Оксацилин, Ампициллин, Амоксициллин, Карбенициллин, Пиперациллин.

Б. Препараты группы цефалоспоринов обладают бактерицидным действием по отношению к грамположительным коккам, в т. ч. пенициллиназообразующим стафилококкам, к грамотрицательным бактериям, причем не инактивируются в присутствии бета-лактамазы.

Показания: острые и хронические инфекции дыхальных органов, мочеполовых путей, генерализованные инфекции, менингиты.

Побочные эффекты: дисбактериоз, стоматит, аллергические реакции, нефротоксическое действие; для парентеральных препаратов – тромбофлебит.

Препараты парэнтеральные: Цефазолин, Цефалотин, Цефуроксим, Цефотаксим, Цефоперазон, Цефтриаксон, Цефамандол, Цефтазидим;

Препараты оральные: Цефалексин, Цефаклор, Цефиксим.

В. Карбапенемы. Наиболее широкий спектр действия из всех существующих антибактериальных препаратов. Показания: перитониты, септицемия, остеомиелиты, менингоэнцефалиты, послеоперационные инфекции.

Препарат: Имипенем.

Г. Макролиды. Обладают бактериостатическим действием по отношению к грамположительным микроорганизмам, а также внутриклеточным (Chlamydia, Mycoplasma, Rickettsia).

Показания: Гнойно-воспалительные процессы дыхательных путей, плевриты, рожистые воспаления, маститы, гинекологические инфекции.

Возможные побочные эффекты: диспепсия, диарея, аллергические реакции, транзиторное повышение уровня печеночных трансаминаз, возможна холестатическая желтуха.

Препараты: Эритромицин, Рокситромицин, Азитромицин, Кларитромицин.

Д. Аминогликозиды. Обладают бактерицидным действием по отношению к стафилококкам и Enterobacteriaceae, неактивен по отношению к стрептококкам и анаэробам.

Показания: заболевания кишечника, инфицированные раны, другие заболевания, вызванные чувствительными к аминогликозидам микробами.

Возможные побочные эффекты: ототоксическое, нефротоксическое действие, тромбофлебиты. Отмечена высокая токсичность препаратов.

Препараты: Стрептомицин, Гентамицин, Амикацин, Сизамицин, Тобрамицин.

Е. Тетрациклины. Обладают бактериостатическим действием по отношению к грамположительным и грамотрицательным микробам, спирохетам, лептоспирам, крупным вирусам, анаэробам.

Показания: стрептококковые инфекции (ангины, скарлатина, пневмо септические эндокардиты); бруцеллез, туляремия, возвратный тиф.

Возможные побочные эффекты: гепатотоксическое, тератотоксическое действия.

Препараты: Тетрациклин, Метациклин (рондомицин), Доксициклин.

Для профилактики грибковых осложнений применяют противогрибковые антибиотики.

Показания: профилактика и лечение грибковых инфекций.

Возможные побочные эффекты: диспепсия, повышение температуры тела.

Препараты: Нистатин, Клотримазол, Амфотерицин В, Амфоглюкамин, Флюконазол, Кетоконазол, Итраконазол, Флюцитозин.

С целью восстановления дренажной функции бронхов используют от харкивающие средства, спазмолитические препараты при наличии бронхоспазма, отхождению мокроты способствуют дыхательные упражнения, теплые ножные ванны, горячие ингаляции щелочных растворов или отваров лекарственных растений, обильное горячее питье.

Средства, способствующие выделению бронхиального секрета:

а) муколитики, снижают вязкость мокроты за счет лизиса пептидных (трипсин), дисульфидных (ацетилцистеин, месна) связей, расщепления внеклеточной ДНК (дезоксирибонуклеаза). Побочные эффекты редки, индивидуальны, противопоказания: повышенная чувствительность к препаратам.

Препараты: ацетилцистеин (мукомикст, флуимуцил), амброксол, дорназа альфа (пульмозим), месна (мистаброн), бромгексин (сольвин, броксин), карбоцистеин (мукодин).

Фитопрепараты - муколитики, содержащие сухую растительную слизь, способствуют отделению мокроты за счет ее разжижения:

корень алтея, плод аниса.

Б) отхаркивающие препараты рефлекторного действия (рвотные в малых дозах), стимулируют двигательную активность ворсинок эпителия и усиливают секрецию бронхиальными железами слизи, разжижающей мокроту.

Противопоказания: повышенный риск легочных и пищеводных кровотечений).

Препараты: трава термопсиса, корень истода, ликорина гидрохлорид.

Бронхолитические средства расширяют просвет бронхов, применяются для купирования и предупреждения бронхоспастического синдрома.

А) Бета-адреномиметики оказывают прямое расслабляющее действие на мускулатуру бронхов, оказывают лечебное и профилактическое действия.

Побочные действия: положительный хроно - и инотропныый эффекты, противопоказания: тахиаритмии, коронаросклероз, острые миокардиты, одновременное применение некардиоселективных бета-адреноблокаторов.

Препараты: изопреналин в дозе 2.5-5 мг под язык для купирования бронхоспазма, 2.5. мг 3-4 раза/день для предупреждения, орципреналин.

Б) Блокаторы м-холинорецепторов предотвращают опосредованную ацетилхолином стимуляцию чувствительных нервных волокон, применяются для предотвращения бронхоспазма.

Препараты: ипратропий бромид в дозе 40-80 мг каждые 6 часов (атровент – 2-4 дозы аэрозоля), окситропий бромид.

В) Ингибиторы фосфодиэстеразы обладают выраженным бронхолитическим эффектом в комбинации с десенсибилизирующим действием, применяются как для купирования, так и для предупреждения бронхоспастического синдрома. Побочные действия: положительный хроно- и инотропныый эффекты, а также связанные с возбуждением ЦНС – нарушение сна, беспокойство. Противопоказания: эпилепсия, острый период инфаркта миокарда, выраженная артериальная гипотензия.

Препараты: аминофиллин (эуфиллин) в разовой дозе 240 мг, теофиллин в разовой дозе 400 мг.

## Использованная литература

1. Никитин Ю.П. «Все по уходу за больным», Москва, 1999
2. Окороков А.Н. «Лечение болезней внутренних органов», Витебск, 1997
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. Москва, «Медицина», 1999 г.
4. Баранов А.А. «Детские болезни», ГЭОТАР, Москва, 2002 г.
5. Лекционный курс «Детские болезни» АГМУ, 2003 г.