***ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ***

Дата заболевания: 11.04.2013

Дата поступления в стационар: 14.04.2013 в 13.20

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

Возраст (полных лет): 29.04.2005 (7 лет)

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

Место учёбы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз направившего учреждения: ОРИ, левосторонняя пневмония

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

Клинический диагноз (основной), дата его установления: Острая респираторная вирусная инфекция, ринофарингит, трахеобронхит, средней степени тяжести. 15.04.2013.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет

# *ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО*

При поступлении: на повышение температуры тела до 39°С, кашель, насморк.

На момент курации: на повышение температуры тела до 38, 5°С, кашель, насморк, боль в правой половине живота, отсутствие аппетита.

# *АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ*

Пациентка заболела утром 11.04.2013г. (четверг), когда появились повышение температуры тела до 38,5ºС, кашель, насморк, вялость, слабость. Мама лечила ребёнка самостоятельно, давала парацетомол. Температура понижалась, к вечеру опять поднималась.

В воскресенье, в связи с ухудшением состояния (повышение температуры тела до 39 ºС, сильный кашель, насморк) мама ребёнка вызвала скорую медицинскую помощь и пациентка была госпитализирована в ВОИКБ с диагнозом: ОРИ, левосторонняя пневмония. При поступлении: состояние средней тяжести. Вялая, сонливая. Кожный покров чистый. Язык обложен белым налётом. Дыхание в лёгких жёсткое. Справа над лопаткой выслушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы. Здесь же отмечается укорочение перкуторного звука. ЧД 26 в мин. Ps 100 уд. в мин. Локальный статус: Зев гиперемирован. Миндалины рыхлые. Гнойных налётов нет.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Контакты с больными со сходными заболеваниями подтверждает, 4 человека в классе болеют ОРИ. 3-4 раза в год болеет простудными заболеваниями. Проживает в квартире с родителями.

***АНАМНЕЗ ЖИЗНИ***

Пациентка родилась в Витебске в 2005 году. Один ребёнок в семье. Росла и развивалась нормально.

Из перенесённых заболеваний: простудные 3-4 раза в год, ветряная оспа в возрасте 1 год.

Материально-бытовые условия удовлетворительные: проживает в квартире вместе с папой и мамой.

Наследственные заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез - не отягощен.

Переливания крови и кровезаменителей не было.

Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций не отмечает.

***НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО***

Общее состояние больной средней степени тяжести. Температура тела 38,5ºС. Сознание ясное. Вялая, сонливая. Положение больной в постели активное.

Конституциональный тип - нормостенический. Вес 17 кг. Телосложение правильное. Отклонения в росте и физическом развитии отсутствуют.

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 пальпации, не увеличены. Щитовидная железа не увеличена.

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

***Система органов дыхания***

*Статический осмотр грудной клетки*

Грудная клетка нормостенической формы. Надчревный угол около 90о. Межреберные промежутки выражены слабо, ребра направлены несколько косо вниз. Лопатки расположены симметрично, не отстоят от грудной клетки. Надключичные ямки выражены умеренно, подключичные только намечаются.

*Динамический осмотр грудной клетки*

Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания грудной. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 16 в мин. Одышки нет.

 *Пальпация грудной клетки*

Эластичность грудной клетки нормальная. Болезненности при пальпации кожи, мышц, рёбер, межрёберных промежутков, грудного отдела позвоночника нет.

Отмечается усиление голосового дрожания справа над лопаткой.

 *Перкуссия грудной клетки*

 *При сравнительной перкуссии* отмечается усиление перкуторного звука справа над лопаткой.

*Топографическая перкуссия*

Границы лёгких в переделах нормы.

*Аускультация лёгких*

В лёгких выслушивается жёсткое дыхание. Справа над лопаткой выслушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

Умеренная гиперемия зева. Небные миндалины обычных размеров, рыхлые, налеты отсутствуют.

***Сердечно-сосудистаясистема***
Видимой пульсации в области сердца не определяется. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, умеренной высоты и резистентности.

Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, Частота 80 ударов в минуту. Дефицита пульса нет.

Артериальное давление 100/65 мм. рт. ст..

Перкуссия сердца

Границы относительной тупости сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | В 4-ом межреберье посередине между правой парастернальной и правой стернальной линиям |
| Верхняя | 3-е ребро по левой среднеключичной линии |
| Левая | В 5-ом межреберье на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии |
| Поперечный размер сердца | 10 см |

Границы абсолютной тупости сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | В 4-ом межреберье по левой стернальной линии |
| Верхняя | 3-ий межрёберный промежуток |
| Левая | В 4-ом межреберье ближе к левой парастернальной линии |
| Поперечный размер сердца | 5 см |

При аускультации тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет.

Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту.

***Система органов желудочно-кишечного тракта***
Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют.

Язык розового цвета, влажный, обложен белым налетом.

Живот обычной формы, мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в правой половине живота. Перистальтика удовлетворительная.

Печень пальпируется на уровне окологрудинной линии на 1, 5 см ниже рёберной дуги, край ровный, безболезненный. Размеры селезёнки: поперечный – 5 см, продольный – 8 см. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет.

***Система органов мочевыделения***
Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-6 раз 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 по средней линии. Мышечная сила, сухожильные рефлексы одинаковые со всех сторон. Глотание не нарушено, тазовых расстройств не отмечается.Обоняние и вкус не нарушены. При пальпации по ходу нервных стволов болезненность не определяется.

***ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА***

На основании жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, данных объективного обследования, можно выставить предварительный диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция, ринофарингит, трахеобронхит, средней степени тяжести.

***ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ***

### План обследования

1. Общий анализ крови;

2. Биохимический анализ крови (мочевина, сахар, АлАТ, АсАТ, СРБ)

3. Общий анализ мочи;

4. Анализ кала на яйца глистов и энтеробиоз;

5. Рентгенография органов грудной клетки;

6. ЭКГ

7. УЗИ ОБП и почек

8. Консультация хирурга

**План лечения**

1. Режим постельный

2. Лечебное питание – стол 5

3. Этиотропная терапия:

Sol. Ceftriaxoni 1,0 х 2 р/д в/в кап. в 400ml 0,9 % Sol.NaCl

4. Патогенетическая терапия:

Sol. NaCl 0,9% 400 ml в/в кап.

Sol. Euphyllini 24% - 4,0

Sol. Glucosae 5% - 400ml

Sol. Vit C 5% - 4,0

5. Симптоматическая терапия:

Tab. Paracetamoli 0.25 при повышении температуры выше 38 0С

Sol. Analgini 50% - 1ml + Sol. Dimedroli 1% - 1ml - при t > 38,50С

Амброксол 15mg х 3 раза в день

***ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ***

# *И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ*

***Общий анализ крови от 15.04.2013***

Эритроциты - 4.24 х 1012 /л

Гемоглобин - 133 г/л

ЦП – 0,94

Лейкоциты - 5,1 х 109 /л

Эозинофилы – 2%

Палочкоядерные - 12 %

Сегментоядерные - 57 %

Лимфоциты - 24 %

Моноциты - 5%

СОЭ - 30 мм/час

Заключение: увеличение количества палочкоядерных нейтрофилов, увеличение СОЭ.

***Рентгенография лёгких от 14.04.13***

Заключение: Легочные поля без особенностей. Видимых очагово-инфильтративных теней нет. Легочной рисунок обогащён. Корни малоструктурны. Синусы свободны.

# *ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНОЙ*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 15.04Время 11.00T0С 38,4ЧСС 80 в мин.АД 100/65 мм.рт.ст. | Жалобы на повышение температуры тела до 38, 5°С, кашель, насморк, боль в правой половине живота, отсутствие аппетита.Объективно: Состояние пациентки средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом.В лёгких дыхание жёсткое. Справа над лопаткой выслушиваются мелко- и среднепузырчатые хрипы. ЧД 24 в мин.Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой половине живота.Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Стул 1 раз в сутки.Отёки не определяются.Локальный статус: Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые, налётов нет.  | Режим постельныйСтол 5Sol. Ceftriaxoni 1,0 х 2 р/д в/в кап. в 400ml 0,9 % Sol.NaClSol. NaCl 0,9% 400 ml в/в кап.Sol. Euphyllini 24% - 4,0Sol. Glucosae 5% - 400mlSol. Vit C 5% - 4,0Tab. Paracetamoli 0.25 при повышении температуры выше 38 0С Sol. Analgini 50% - 1ml + Sol. Dimedroli 1% - 1ml - при t > 38,50САмброксол 15mg х 3 раза в день |

# *ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА*

На основании:

* жалоб пациентки (на повышение температуры тела до 38, 5°С, кашель, насморк, боль в правой половине живота, отсутствие аппетита);
* анамнеза настоящего заболевания (заболела остро, мать самостоятельно давала ребенку парацетамол);
* основании эпидемиологического анамнеза (4 человека в классе болеют ОРИ);
* данных объективного обследования (умеренная гиперемия зева, жёсткое дыхания в лёгких, мелко- и среднепузырчатые хрипы справа над лопаткой, укорочение перкуторного звука справа над лопаткой, боль в правой половине живота);
* на основании результатов лабораторных исследований (увеличение СОЭ до 30 мм/ч, увеличение палочкоядерных нейтрофилов)

можно выставить клинический диагноз:

Основной: Острая респираторная вирусная инфекция, ринофарингит, трахеобронхит, средней степени тяжести.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет

# *ЭПИКРИЗ*

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 7 лет находится на стационарном лечении в \_\_\_\_\_\_\_\_ с 14.04.13 с клиническим диагнозом: Острая респираторная вирусная инфекция, ринофарингит, трахеобронхит, средней степени тяжести.

Результаты лабораторных исследований:

ОАК от 15.04.13: Э. - 4.24 х 1012 /л, Hb - 133 г/л, ЦП – 0,94, Л - 5,1 х 109 /л, Э – 2%, П - 12 %, С - 57 %, Л - 24 %, М - 5%, СОЭ - 30 мм/час.

Рентгенография лёгких от 14.04.13: Легочные поля без особенностей. Видимых очагово-инфильтративных теней нет. Легочной рисунок обогащён. Корни малоструктурны. Синусы свободны.

Было назначено лечение:

Режим постельный. Стол 5

Sol. Ceftriaxoni 1,0 х 2 р/д в/в кап. в 400ml 0,9 % Sol.NaCl

Sol. NaCl 0,9% 400 ml в/в кап.

Sol. Euphyllini 24% - 4,0

Sol. Glucosae 5% - 400ml

Sol. Vit C 5% - 4,0

Tab. Paracetamoli 0.25 при повышении температуры выше 38 0С

Sol. Analgini 50% - 1ml + Sol. Dimedroli 1% - 1ml - при t > 38,50С

Амброксол 15mg х 3 раза в день

Пациентка продолжает лечение в стационаре.