**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Дата заболевания 14.09.2012

Дата поступления в стационар: 19.09.2012

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

Возраст (полных лет) 34

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

Место работы, профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении ОРВИ

Клинический диагноз (20.09.2012) Острая респираторная вирусная инфекция средней степени тяжести

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: АГ II, риск 4

# ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

На момент курации пациент предъявляет жалобы на слабость, боли в области шеи, затылка при движении, иррадиирующие в височную область головокружение, боли в горле.

# АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Пациент заболел утром 14.09, когда почувствовал боли в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры до 38.80С, АД 170/100 . Обратился за помощью в поликлинику , к участковому терапевту, который направил его к оториноларингологу. После осмотра больному были выписаны: оспамокс, аэрозоль каметон. Выдаден лист нетрудоспособности. У оториноларинголога пациент лечился по 18.09. 19.09 в связи с ухудшением состояния больной вызвал бригаду СМП на дом, которая, после осмотра, доставила его для госпитализации в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Со слов пациента, контакта с больными со сходными заболеваниями не было. Влияние неблагоприятных условий внешней среды, играют ключевую роль в развитии заболевания, так как сам больной отмечает факт переохлаждения за несколько дней до болезни.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Пациент родился в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в 1972 году первым ребёнком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал.

Перенесённые в детстве заболевания: простудные. Условия жизни пациента удовлетворительные: проживает с женой и ребёнком в отдельной квартире.

Наличие вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами) пациент отрицает.

Наследственные заболевания отсутствуют.

Аллергологический анамнез: не отягощен. Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций не отмечает.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

Общее состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение больного в постели активное. Конституциональный тип - нормостенический. Телосложение правильное. Состояние питания среднее. 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, нет. Отёков не выявлено. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации мягкие, безболезненные, не спаяны с кожей.

При осмотре опорно-двигательного аппарата патологических изменений мышц (болезненность, судороги) не выявлено. Деформация костей отсутствует. Суставы подвижны, безболезненны, отёчности, воспалительных изменений, деформаций не определено.

*Система органов дыхания*Дыхание через нос свободное. Дыхание , ритмичное, тип дыхания смешанный . Частота дыхания 18 в минуту. Кашель сухой. Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации определяется везикулярное дыхание по всем полям. Хрипов нет.

*Сердечно-сосудистая система*
 Пульс ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках. Частота 80 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст. Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не определяется. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно ключичной линии. При перкуссии границы сердца не изменены. При аускультации тоны сердца 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 мягкий, безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания. Перистальтика удовлетворительная. Печень не выступает за край реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

*Система органов мочевыделения*

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

*Нервная система и органы чувств*

 При осмотре пациента парезы, параличи, мышечная атрофия, фибриллярные подёргивания, судороги отсутствуют. В позе Ромберга устойчив. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук отсутствует. Пальце­носовую пробу выполняет хорошо. Обоняние и вкус не нарушены. Реакция зрачков на свет содружественная. Функция слухового аппарата не изменена. При пальпации по ходу нервных стволов болезненность не определяется. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского) отсутствуют.

*ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС*

Зев: гиперемия небных дужек. Небные миндалины гиперемированы, гнойные налеты отсутствуют.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб пациента (на слабость, головокружение, боли в горле), анамнеза настоящего заболевания (заболел утром 14.09, когда почувствовал боли в горле, повышение температуры), данных эпидемиологического анамнеза (пациент отмечал переохлаждение, за несколько дней до болезни), объективного обследования (зев: гиперемия небных дужек, небные миндалины гиперемированы, гнойные налеты отсутствуют) можно поставить предположительный диагноз: Острая респираторная вирусная инфекция средней степени тяжести.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

### План обследования

1. Общий анализ крови;

2. Общий анализ мочи;

3. Рентгенография органов грудной клетки;

4. Смыв из носоглотки, для определения микрофлоры;

5. Мазок из зева, с целью выявления дифтерийной палочки;

6. Исследования кала на яйца глистов;

7. Анализ крови на RW;

8. ЭКГ.

9. Исследование СМЖ

10.Исследование мочи по Нечипоренко

11. Рентгенография шейного отдела позвоночника

**План лечения**

1. Режим палатный

2. Лечебное питание: стол Б

3. Этиотропная терапия Цефотаксим 1,0\*3 р/д внутривенно

4. Патогенетическая терапия:

 Обработка зева йодинолом \* 3р/д

 физ. раствор 0,9 % - 400,0

 Glucose 5% - 400,0

 Acesol – 400,0 внутривенно, капельно

5. При повышении температуры выше 38,5 0С Sol. Analgini 50% - 2,0

Sol. Dimedroli 1,0% - 1,0

6. Диклофенак 3,0 2р/д внутримышечно

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ**

# И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Общеклинический анализ крови от 21.09.12*

Эритроциты 3.97 х 1012 /л

гемоглобин 123 г/л

ЦП – 0,94

лейкоциты 4.4 х 109 /л

палочкоядерные 6 %

сегментоядерные 52%

лимфоциты 31 %

моноциты 8%

СОЭ 35 мм/час

*Общий анализ мочи от 21.09.12*

цвет соломенно-желтый

реакция кислая

удельный вес 1024

белок, сахар нет

плоский эпителий 1-3 в поле зрения

лейкоциты 4-6 в поле зрения

эритроциты 0-1 в поле зрения

*Исследование мочи по Нечипоренко от 22.09.12*

лейкоциты 1.0 х 106 /л

*Исследования кала на яйца гельминтов от 22.09.2012*

Яйца гельминтов не обнаружены

*Рентгенография органов грудной клетки от 19.09.2012*

Легочные поля без видимых очаговых теней. Корни структурны. Легочной рисунок не усилен. Синусы свободны.

# *Рентгенография придаточных пазух носа от 21.09.2012*

Воздушность придаточных пазух носа сохранена

*Рентгенография шейного отдела позвоночника от 26.09.2012*

Костно-деструктивных изменений не выявлено

# *Исследование СМЖ от 21.09.12*

Цвет бесцветная

Прозрачность полная

Общий белок 0.28 г/л

Цитоз 3 клетки в мкл

# *Бактериоскопия СМЖ от 21.09.12*

В СМЖ при прямой бактериоскопии бактерий не обнаружено.

# ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 25.09.Время 10.30T0С 37,3ЧСС 78 в мин.АД 120/80 мм.рт.ст. | Состояние пациента средней степени тяжести.Жалобы на слабость, боли в горле, кашель, повышение температуры тела.Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в мин.Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.Зев: гиперемия нёбных дужек.Отёков нет.Стул, диурез в норме. | Цефотаксим 1,0\*3 р/д внутривенно Обработка зева йодинолом \* 3р/д Диклофенак 3,0 2р/д внутримышечно |
| Дата 26.09.Время 10.40T0С 37,5ЧСС 77 в мин.АД 120/80 мм.рт.ст. | Общее состояние средней степени тяжести. В динамике не изменилось. Жалобы на слабость, боли в горле, повышение температуры тела.Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 17 в мин.Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.Зев: гиперемия нёбных дужек.Отёков нет.Стул, диурез в норме. | Физ. раствор 0,9 % - 400,0 Glucose 5% - 400,0 Acesol – 400,0 внутривенно, капельно.Цефотаксим 1,0\*3 р/д внутривенно Обработка зева йодинолом \* 3р/дДиклофенак 3,0 2р/д внутримышечно |
| Дата 27.09.Время 10.30T0С 37,3ЧСС 75 в мин.АД 120/80 мм.рт.ст. | Общее состояние средней степени тяжести. Динамика положительная. Жалобы на слабость, боли в горле.Дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧД 16 в мин.Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.Зев: гиперемия нёбных дужек.Отёков нет.Стул, диурез в норме. | Цефотаксим 1,0\*3 р/д внутривенно Обработка зева йодинолом \* 3р/дДиклофенак 3,0 2р/д внутримышечно |

# ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб пациента (на слабость, головокружение, боли в горле, кашель), анамнеза настоящего заболевания (заболел утром 14.09, когда почувствовал боли в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры), данных эпидемиологического анамнеза (пациент отмечал переохлаждение, за несколько дней до болезни), объективного обследования (зев: гиперемия небных дужек, небные миндалины гиперемированы, гнойные налеты отсутствуют), данных инструментальных исследований (ОАК от 21.09. умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ)

можно поставить клинический диагноз: острая респираторная вирусная инфекция средней степени тяжести.

# ЭПИКРИЗ

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 34 года, заболел утром 14.09, когда почувствовал боли в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры. С 14.09. по 18.09. находился на лечении у оториноларинголога в поликлинике , 19.09 в связи с ухудшением состояния больной вызвал бригаду СМП на дом, которая, после осмотра, доставила его для госпитализации в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

19 сентября 2012 года был госпитализирован в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: ОРВИ . Больному было проведено обследование и, опираясь на полученные данные (жалобы пациента (слабость, боль в горле, повышение температуры), анамнеза настоящего заболевания (заболел 14.09.12, повысилась температура, появились боли в горле), данных эпидемиологического анамнеза (факт переохлаждения за несколько дней до болезни), объективного обследования (зев: гиперемия небных дужек, небные миндалины гиперемированы), данных лабораторного обследования (ОАК от 21.09 умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ), поставлен клинический диагноз: острая респираторная вирусная инфекция средней степени тяжести.

**Назначено лечение:**

 1. Режим палатный

2. Лечебное питание: стол Б

3. Этиотропная терапия Цефотаксим 1,0\*3 р/д внутривенно

4. Патогенетическая терапия:

 Обработка зева йодинолом \* 3р/д

 физ. раствор 0,9 % - 400,0

 Glucose 5% - 400,0

 Acesol – 400,0 внутривенно, капельно

5.При повышении температуры выше 38,5 0С Sol. Analgini 50% - 2,0

Sol. Dimedroli 1,0% - 1,0

6. Диклофенак 3,0 2р/д внутримышечно

За время лечения состояние больного улучшилось. Лечение продолжается. Прогноз для жизни и труда благоприятный

Рекомендации при выписке:

1. Витаминотерапия (мульти-табс, витус)

2. Лечебная физкультура.

3. Избегать переохлаждения.