**Паспортная часть**

Дата заболевания: 22.03.2013г.

Дата поступления в стационар: 25.03.2013г., в 22.40.

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: 21.11.2009

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз направившего учреждения: ОРИ

Диагноз при поступлении: Аденовирусная инфекция, острый ринофарингит.

Клинический диагноз: Острый инфекционный гастрит, вирусной этиологии, средней степени тяжести, обезвоживание 1 степени.

Сопутствующие: Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. ДН 0.

**Жалобы больного**

На момент поступления: многократная рвота съеденной пищей(5 раз в течение вечера), повышение температуры до 38,5 0С, сухой кашель, насморк, затрудненное носовое дыхание.

На момент курации: жалобы на насморк, кашель с небольшим количеством мокроты.

**Анамнез настоящего заболевания**

Со слов матери заболел 22.03.13, когда повысилась температура до 39,4 0С, появились сухой кашель, боль в горле, насморк. Мать вызвала участкового педиатра на дом 22.03.13.Был поставлен диагноз ОРВИ, назначено лечение: називин, ингалипт, жаропонижающее средство (название мать не помнит).В результате лечения температура тела снизилась до нормы, однако остальные симптомы по-прежнему наблюдались. 25.03.13 после обеда появилась рвота съеденной пищей(5 раз), повысилась температура до 38,50С. В 22.00 мать вызвала скорую помощь. Мальчик вместе с мамой госпитализирован в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для уточнения диагноза и дальнейшего лечения.

На момент поступления при осмотре: состояние среднетяжелое, сознание ясное, положение пассивное. Объективно: кожные покровы бледные, кожная складка расправляется быстро. Температура тела 38,50 С; частота дыхательных движений 24 в минуту. Язык сухой, не обложен.Зев гипиремирован. Миндалины не увеличены, чистые. Живот не вздут, безболезненный при пальпации, стул без патологических примесей, 1 раз в сутки.

**Эпидемиологический анамнез**

Дома все здоровы. Со слов матери ребенок с инфекционными больными не контактировал.Об аналогичных случаях в детском саду мать не осведомлена.

**Анамнез жизни**

Ребёнок первый в семье по счету, от первой беременности. Беременность протекала благополучно. Родился на две недели позже срока, роды протекали нормально. Масса тела при рождении- 2950 г, рост - 50 см. Рос и развивался нормально. Прививки выполнены в полном объеме согласно возрасту, патологических реакций на прививки не было. Из перенесенных заболеваний – острые респираторные инфекции, ветряная оспа. Травм, переломов не было. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не отягощена.

**Настоящее состояние больного**

**Общий осмотр**: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное, настроение спокойное. Ребенок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Вес 16 кг. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые, сухие, теплые. Сыпи нет. Подкожная клетчатка развита хорошо. Тургор кожи в норме. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные. Эрозий, язв, сыпи нет. Ротовая полость: слизистая обычного цвета, высыпаний нет, запах обычный. Десны без особенностей. Язык обычного цвета, не обложен. Миндалины не увеличены, чистые. Конъюктива глаз обычного цвета. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Суставы не изменены, движения в полном объеме.

**Система органов дыхания**

Форма грудной клетки астеническая. Искривления грудной части позвоночника нет. Положение ключиц и лопаток в норме. Дыхание через нос. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 24 в 1 минуту. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. При пальпации грудная клетка безболезненная. При сравнительной перкуссии - притупление в нижней доле справа. При аускультации в нижней доле слышны мелкопузырчатые хрипы, над остальными полями дыхание жесткое. Крепитации, шума трения плевры, плевро-перикардиального шума – нет.

**Система органов кровообращения**

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.ЧСС 120 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Верхушечный толчок пальпируется в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

**Система органов пищеварения**

Язык обычного цвета, влажный, не обложен. Акт глотания не нарушен. Аппетит не снижен.Живот мягкий, безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания, грыжевых образований нет.При аускультации выслушиваются перистальтические волны 3 в минуту. Печень не выступает от края реберной дуги. Край печени ровный, мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется.Стул ежедневно 1 раз, без примесей.

**Мочеполовая система**

Мочится достаточно, регулярно, свободно, безболезненно. Объем мочи за сутки соизмерим с количеством выпитой жидкости. Цвет мочи обычный, без патологических примесей, запах - без особенностей. Припухлости и гиперемии кожи в поясничной области нет. Болезненность при надавливании на поясницу не выявлена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

**Психоневрологический статус**

Сознание ясное, ребенок контактен. Настроение хорошее. Реакция зрачков на свет нормальная. Менингеальных симптомов нет.

**Обоснование предположительного диагноза**

На основании жалоб (многократная рвота съеденной пищей, повышение температуры до 38,5 0С, сухой кашель, боль в горле, насморк), анамнеза заболевания (постепенное развитие катарального, интоксикационного синдромов, гастрита), данных объективного осмотра на момент поступления( состояние среднетяжелое, сознание ясное, положение пассивное; кожные покровы бледные, кожная складка расправляется быстро; температура тела 38,50 С; частота дыхательных движений 24 в минуту; язык сухой, не обложен, зев гипиремирован, миндалины не увеличены, чистые; живот не вздут, безболезненный при пальпации, стул без патологических примесей, 1 раз в сутки) можно поставить предварительный диагноз: Аденовирусная инфекция, острый ринофарингит. Острый инфекционный гастрит, средней степени тяжести, обезвоживание 1 степени.

**План обследования**

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови(глюкоза, мочевина, альфа-амилаза).
3. Общий анализ мочи.
4. Микроскопическое исследование кала.
5. Анализ кала на яйца гельминтов.
6. Рентгенография органов грудной клетки.
7. Анализ кала на ПЭБ.
8. Кал на ротавирусную инфекцию.

**Результаты лабораторных исследований**

**Общий анализ крови 25.03.2013.**

Цв. показатель:0,88

Гемоглобин: 120 г/л

Эритроциты: 4,04х10^12 /л

СОЭ: 7 мм/ч.

Тромбоциты: 210 х10^9 /л

Лейкоциты: 12х10^9 /л

-палочкоядерные: 5%

-сегментоядерные: 39%

-лимфоциты: 52%

-моноциты: 3%

-эозинофилы 1%

Заключение: наблюдается лейкоцитоз.

**Биохимический анализ крови 25.03.2013г.**

Мочевина: 6,2 мм/л

Глюкоза: 5,6мм/л

α-амилаза: 32,8 Ед/л.

*Заключение:* биохимический анализ крови в пределах нормы.

**Общий анализ мочи 26.03.2013г.**

Цвет – светло-жёлтый

Прозрачность – прозрачная

Реакция - слабощелочная

Удельный вес - 1010

Белок - нет

Сахар - нет

Эпителий переходный - единичные в п/з

Лейкоциты – 0-1 в п/з

*Заключение:* Общий анализ мочи в пределах нормы.

**Копрограмма 27.03.2013г.**

Лейкоциты:1-3.в п/з; Раст. Клетчатка-2-4 в п/з; Бактерии:+;

Яйца глист, простейшие: не обнаружены

**Анализ кала на ПЭБ, ротавирусную инфекцию 26.03.13**

Отрицательны

**Рентгенография органов грудной клетки** 27.03.13

Заключение: Правосторонняя нижнедолевая пневмония.

**План лечения**

1.Госпитализация, постельный режим.

Показания для госпитализации: многократная рвота, мать является работником пищевой промышленности.

2.Адекватное питание, обильное питье, не менее 0,75 литра.

3.Медикаментозное лечение

Rp.: Sir. Paracetamoli 0,125

S. по 1- 1,5 ч/л внутрь при температуре тела > 38,5.

Rp.: Сeftriaxoni 0,5

S. содержимое одного флакона развести в 10 ml физиологического раствора вводить в\в капельно.

Rp.: Sir. Ambroksoli

S. по 15 мг внутрь после еды

Rp.:.Oxymetazolini 0,05 %

S. по 1-2 капле в каждую ноздрю 3 раза в день.

4.Регидратация:

р-р Рингера – 250,0;

р-р хлорида натрия 0,9% - 200,0;

р-р Глюкозы – 100,0.

D.S. вводить внутривенно инфузионно со скоростью 20 капель в мин.

Сорбенты: смекта по 1 пакету 2 раза в сутки

Пробиотики: Бифидумбактерин по 1 пакету 3 раза в день.

**Динамическое наблюдение за больным**

01.04.2013г. Состояние удовлетворительное. Жалобы на кашель с небольшим количеством влажной мокроты. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, при пальпации безболезненный. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 120 в 1 мин. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД – 24 в мин. Стул без примесей(1 раз, утром). Мочеиспускание не затруднено.

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб (многократная рвота съеденной пищей, повышение температуры до 38,5 0С, сухой кашель, боль в горле, насморк), анамнеза заболевания (постепенное развитие катарального, интоксикационного синдромов, гастрита), данных объективного осмотра на момент поступления( состояние среднетяжелое, сознание ясное, положение пассивное; кожные покровы бледные, кожная складка расправляется быстро; температура тела 38,50 С; частота дыхательных движений 24 в минуту; язык сухой, не обложен, зев гипиремирован, миндалины не увеличены, чистые; живот не вздут, безболезненный при пальпации, стул без патологических примесей, 1 раз в сутки), данных лабораторных исследований (в ОАК наблюдается лейкоцитоз, рентгенологически-правосторонняя нижнедолевая пневмония) можно поставить диагноз: Острый инфекционный гастрит, вирусной этиологии, средней степени тяжести, обезвоживание 1 степени. Сопутствующие: Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. ДН 0.

**Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (3 года 4 месяца), находился на лечении в инфекционной больнице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с 25.03.2013г. по 01.04.2013г. с диагнозом: Острый инфекционный гастрит, вирусной этиологии, средней степени тяжести, обезвоживание 1 степени. Внегоспитальная правосторонняя нижнедолевая пневмония, средней степени тяжести. ДН 0.При поступлении предъявлялись жалобы на многократную рвоту съеденной пищей(5 раз в течение вечера), повышение температуры(38,5) сухой кашель, насморк, затрудненное носовое дыхание Из анамнеза известно, что постепенно развивались катаральный, интоксикационный синдромы, гастрит. Объективно отмечалась заложенность носа, имелось незначительное количество отделяемого из носа слизистого характера; сухой кашель, над лёгкими – жёсткое дыхание, мелкопузырчатые хрипы.

Результаты лабораторных исследований:

**Общий анализ крови 22.03.2013.**

Цв. показатель:0,88

Гемоглобин: 120 г/л

Эритроциты: 4,04х10^12 /л

СОЭ: 7 мм/ч.

Тромбоциты: 210 х10^9 /л

Лейкоциты: 12х10^9 /л

-палочкоядерные: 5%

-сегментоядерные: 39%

-лимфоциты: 52%

-моноциты: 3%

-эозинофилы 1%

Заключение: наблюдается лейкоцитоз.

**Биохимический анализ крови 25.03.2013г.**

Мочевина: 6,2 мм/л

Глюкоза: 5,6мм/л

α-амилаза: 32,8 Ед/л.

*Заключение:* биохимический анализ крови в пределах нормы.

**Общий анализ мочи 26.03.2013г.**

Цвет – светло-жёлтый

Прозрачность – прозрачная

Реакция - слабощелочная

Удельный вес - 1010

Белок - нет

Сахар - нет

Эпителий переходный - единичные в п/з

Лейкоциты – 0-1 в п/з

*Заключение:* Общий анализ мочи в пределах нормы.

**Капрограмма 27.03.2013г.**

Лейкоциты:1-3.в п/з; Раст. Клетчатка-2-4 в п/з; Бактерии:+;

Яйца глист, простейшие: не обнаружены

**Анализ кала на ПЭБ, ротавирусную инфекцию 26.03.13**

Отрицательны

**Рентгенография органов грудной клетки** 27.03.13

Заключение: Правосторонняя нижнедолевая пневмония.

Проводилось лечение:

1.Госпитализация, постельный режим.

2.Адекватное питание, обильное питье, не менее 0,75 литра.

3.Медикаментозное лечение

Rp.: Sir. Paracetamoli 0,125

S. по 1- 1,5 ч/л внутрь при температуре тела > 38,5.

Rp.: Сeftriaxoni 0,5

S. содержимое одного флакона развести в 10 ml физиологического раствора вводить в\в капельно.

Rp.: Sir. Ambroksoli

S. по 15 мг внутрь после еды

Rp.:.Oxymetazolini 0,05 %

S. по 1-2 капле в каждую ноздрю 3 раза в день.

4.Регидратация:

р-р Рингера – 250,0;

р-р хлорида натрия 0,9% - 200,0;

р-р Глюкозы – 100,0.

D.S. вводить внутривенно инфузионно со скоростью 20 капель в мин.

Сорбенты: смекта по 1 пакету 2 раза в сутки

Пробиотики: Бифидумбактерин по 1 пакету 3 раза в день.

Состояние пациента улучшилось, лечение эффективно. В настоящее время наблюдаются остаточные симптомы,такие как кашель с небольшим количеством мокроты,насморк. Динамика положительная. Прогноз благоприятный. 1.04.2013 выписан домой.

Рекомендации после выписки:

1. Наблюдение у педиатра по месту жительства.
2. Приём поливитаминов.