I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Больной: x

Возраст: 9 л.

Пол: ж

Домашний адрес:

Место работы:

Мать:

Место работы:

Отец: безработный

Дата заболевания:

Дата обращения к врачу:

Дата поступления в стационар:

Диагноз направившего учреждения: паротитная инфекция, нервно - железистая форма, правосторонний паротит, менингит ?, панкреатит ?

Диагноз при поступлении: паротитная инфекция, нервно - железистая форма, правосторонний паротит, менингит ?, панкреатит?

Диагноз клинический: паротитная инфекция, нервно - железистая форма, правосторонний паротит, cерозный менингит.

II. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

При поступлении в стационар больная предъявляет жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, небольшую головную боль, утомляемость, боль в глазах при взгляде на свет, припухлость за ухом, жажду.

III. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Первые симптомы заболевания появились внезапно 21.10.97, с появлением припухлости за ухом, повысилась температура (37,2 С). В течении недели наблюдалась участковым педиатром. 26.10.97 состояние ухудшилось, повысилась тошнота, была 1 раз рвота, появлением головная боль, боль в глазах. 28.10.97 - сонливость, головная боль, температура 38,2 С, плохой аппетит, общая слабость, чувство недомогания, рвота. Вызвали врача - педиатр дал направление на госпитализацию.

IV. ЭПИДАНАМНЕЗ

Доставлена КСП. Живет дома, дома больных нет, питается дома. В классе есть случай заболевания эпидемическим паротитом.

V. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Больная отмечает плохую переносимость молочно-кислых продуктов, после употребления которых появляется понос. Так же отмечает непереносимость сульфаниламидов, пенницилинов, витамина С, после приема которых отмечает зуд кожи. Аллергические реакции у кровных родственников нет.

VI. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Больная родилась в срок. Беременность и роды матери протекали нормально. Ребенком рос и развивался нормально, от сверсников в умственном и физическом развитии не отставал. Условия быта удовлетворительные. Перенесла ветряную оспу, ОРВИ, пневмония 2 раза, наружный отит. Привита по схеме, патологических прививочных реакций нет.

Наследственность не отягощена.

VII. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Температура тела 37.1 С. Состояние больной средней тяжести, положение в постели активное. Сознание не нарушено. Поведение и психоэмоциональные реакции адекватны. Кожа телесного цвета. Сыпи, рубцов, изъязвлений нет. Влажность кожи обычная, эластичность без изменений. Подкожная жировая клетчатка развита слабо. Лимфатические узлы не пальпируются. Больная правильного телосложения. В области правого уха пальпируется припухлость,упруго-еластичной консистенции малоболезненое. При пальпации подчелюсных слюнных желез - без патологий.

Развитие мышечной системы нормостеническое. Рост - 130 см. Вес - 40 кг. Конституциональный тип - астенический. Форма и цвет ногтевых фаланг пальцев не изменены. Болей в суставах и по ходу мышц не испытывает, отечности и изменений кожи в области суставов нет, нарушений формы суставов или изменений их подвижности не обнаружено. При пальпации икроножных мышц болезненности не обнаружено.

При осмотре области сердца патологических выпячиваний, деформаций не обнаружено. Пульсация в прекардиальной области не обнаружена. Пальпаторно верхушечный толчок определяется по среднеключичной линии слева, умеренно резистентный, локальный.

При выслушивании сердца: ритм сердца правильный, выслушиваются 2 тона, пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, 80 ударов в минуту. Артериальное давление 110/60.

При осмотре полости рта: язык обычной величины, розового цвета, слегка покрыт белесоватым налетом. Зубы целы, некоторые из них поражены кариесом. Мягкое и твердое небо без видимых налетов, пятен. Миндалины не увеличены, гнойные пробки не определяются. Живот обычной формы и конфигурации. Обе половины живота семитричны, активно учавствуют в акте дыхания, локальных выпячиваний, втяжений в области передней брюшной стенки не обнаружено. Кожа живота бледно розового цвета. Грыжевые выпячивания не определяются. При перкуссии живота в гипогастральной области и в области обоих фланков отмечается высокий темпанит. Над правой реберной дугой сохранен тупой звук. Симптом Кера - отрицательный. Симптомы Ортнера, Воскресенского, Щеткина-Блюмберга - отрицательны. При пальпации нижний край печени не пальпируется.Небольшая болезненость при пальпации в т.Губернгрыця. Пальпаторно селезенка не определяется. Почки пропальпировать не удалось. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Грудная клетка астенической формы, обе половины симметричны. В акте дыхания дополнительная мускулатура участия не принимает. Дыхание носом свободное, брюшного типа. Ритм дыхания правильный, 20 дыханий в минуту. Резистентность ребер и межреберных промежутков выражены удовлетворительно. При сравнительной перкуссии легких определяется легочой тон. Над пространством Траубе тимпанический звук сохранен. При аускультации легких на симметричных участках выслушивается везикулярное дыхание. Боли в поясничной, надлобковой областях не обнаружено.

Мочеиспускание безболезненно, обычной частоты (4 раз в сутки), преимущественно в дневное время, моча прозрачная, и каких либо изменений в цвете и запахе мочи не обнаружено. Головные боли, беспокойна. Сон ровный, глубокий. Память сохранена. Настроение бодрое.Легкая регидность затылочных мышц. Снижение зрения, слуха за время болезни не отмечает. Обаняние не снижено, вкус не извращен.

VIII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больной: повышение температуры, ухудшение самочувствия. На основании данных объективного исследования, припухлость за правым ухом можно поставить диагноз правосторонний паротит. Наличие головной боли, болезненость при взгляде на свет,тошноту,рвоту (в анамнезе), наличие слабой регидности затылочных мышц можно заподозрить менингит. Болезненость в т. Губернгрица позволяет заподозрить панкреатит.

Совокупность всего вышеперечисленного дает нам право поставить следующий предварительный диагноз: Паротитная инфекция,нервно - железистая форма, средней тяжести. Правосторонний паротит, менингит ?, панкреатит ?

IX. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови, мочи.

2. Биохимический анализ крови.

5. Биохимия мочи на диастазу.

 X. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**1. Общий анализ крови**

Э - 4,0 на 1012/л

Hb - 132 г/л

ЦП -0,9

Л - 4,9 109 /л

Эозинофилы 3 %

Базофилы - 1 %

Палочки - 3 %

Сегменты - 43 %

Лимфоциты - 46 %

Моноциты - 4 %

СОЭ - 5 мм /ч

Заключение: повышение количества лимфоцитов позволяет заподозрить наличие вирусной инфекции.

**2. Общий анализ мочи**

Количество - 200 мл

Цвет - соломенно-желтый

Удельный вес - 1014

Реакция - слабо-кислая

Сахар - нет

Уробелин - норма

Эритроциты - 2-3 в п/з

Лейкоциты 1-2 в п/з

Заключение: без патологий

**3.Анализ мочи на диастазу**

а-амилаза - 45 г/л в ч.

Заключение: содержание а-амилазы не превышает нормы.

XI. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Эпидемический паротит необходимо дифференцировать с заболеваниями схожими по клиническому течению. Вторичные паротиты развиваются в течении тяжелых острых инфекционных болезней.Отличаются, что бываю обычно односторонними, как правило дают нагноение и появляются после основных симптомов болезни.

Токсические паротиты возникают при остром и хроническом отравлении хим. веществами, развиваются медлено и часто сопровождаются осложнениями со стороны слизистой оболочки рта.

Шейный лимфаденит отличается наличием хронического очага в зеве и локализации припухлости в области верхних шейных лимфатических узлов, а не в ямке между верхней челючтью и сосцевидным отростком.

Туберкулезный менингит отличается медленым постепенным развитием, повышением давления спиномозговой жидкости и содержанием в ней микобактерий туберкулеза.

Отсутствие вышеперечисленных особенностей позволяет исключить все диагнозы кроме паротитной инфекции.

XII. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании данных предварительного диагноза, лабораторных исследований и дифференциальной диагностики можно поставить окончательный диагноз: паротитная инфекция,нервно - железистая форма,средней тяжести, правосторонний паротит, cерозный менингит.

XIII. ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ

1. Постельный режим.

2. Диета.

3. Интенсивная терапия.

4. Дезинтоксикационная терапия.

XIV. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ

Принципы лечения данного заболевания: основу лечения составляют - режим, диета, медикаментозная терапия. Длительность постельного режима определяется по индивидуальным показаниям. Сроки соблюдения его зависят от тяжести и длительности болезни. Первостепенное место в лечении занимает рациональное питание. Суточный рацион должен включать: белков - до 100 грамм, жиров - 60-80 грамм, углеводов - 500 грамм. С целью усиления метаболических процессов рекомендуется назначать коферменты - кокарбоксилазу, АТФ.

Схема лечения курируемого больного:

1. Постельный режим.

1. Диета (стол N15).
2. Карта интенсивной терапии:

Глюкоза 10 % - 50,0 Дезинтоксикационная терапия

Физ. раствор 10,0

р-р хлорида калия 4 % -10,0

реополиглюкин 100,0

Вит. С - 2,0

кокарбоксилаза - 50,0 (улучшение метаболических процессов)

но-шпа - 0,5 (спазмолитик - гипотензивное средство)

Еуфилин 2,4 % 1,0 (стимуляция дыхания)

Димедрол 1,0 (десенсибилизация)

Фуросемид 1,0 (дегидратация)

XV. ДНЕВНИКИ

29.10.97 Состояние больной средней тяжести, сознание ясное. Температура тела не повышена. Положение в постели активное. Больная предявляет жалобы на общую слабость, головную боль, рвоты и катаральных явлений нет, кожа чистая, справа между дугой нижней челюсти справа и сосцевидным отростком - припухлость, легкая регидность затылочных мышц, светобоязнь.

Объективно: пульс 80 уд/мин, АД 115/65.Легкие - без патологий, сердце - норма. Живот мягкий, слегка болезненный в т. Губернгрица

Больной назначено лечение: режим, диета, соответствующее лечение Глюкоза, Физ. раствор р-р хлорида калия, реополиглюкин, Вит. С, кокарбоксилаза, но-шпа, Еуфилин, Димедрол, Фуросемид. Дозировка согласно листу назначения.

2.11.97 Состояние с положительной динамикой, средне тяжелая, менингиальные знаки выражены слабо, головные боли не беспокоят рвоты нет. Температура тела не повышена. Положение в постели активное, кожа чистая, справа между дугой нижней челюсти справа и сосцевидным отростком - припухлость.

Объективно: пульс 80 уд/мин, АД 110/60.Легкие - без патологий, сердце - норма. Живот мягкий, слегка болезненный в т.Губернгрица

Больной назначено лечение: режим, диета, соответствующее лечение Глюкоза, Физ. раствор р-р хлорида калия, Фуросемид. Дозировка согласно листу назначения.

XVI. ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни при соответствующем лечении благоприятен. Прогноз для полного выздоровления благоприятен при соблюдении режима, диеты и при адекватном лечении.

XVII. ЭПИКРИЗ

Больная x 9 лет. была госпитализирована в инфекционное отделение 28.10.97 с жалобами на головную боль, слабость, утомляемость, светобоязнь, припухлость за правым ухом, тошноту, рвоту съеденной пищей, отсутствие аппетита. Объективно: припухлость эластичной консистенции, ригидность затылочных мышц, болезненность в т. Губернгрица. В результате проведенных клинических и лабораторных методов исследования и дифференциальной диагностики был поставлен диагноз: паротитная инфекция, нервно - железистая форма, правосторонний паротит, серозный менингит.

Во время нахождения больной в клинике было проведено симптоматическое, общеукрепляющее лечение в результате чего наступило улучшение общего состояния больной. Больная выписана 11.11.97 из клиники домой.

Рекомендовано: наблюдение участкового педиатра.