МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра детских болезней

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор -------------------

Преподаватель: к.м.н., ассистент кафедры ---------------------

**Академическая история болезни**

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Двухсторонняя очаговая пневмония, острое течение, тяжелой степени тяжести.

Осложнения: ДН I-II ст. Инфекционный токсикоз. Инфекционно-токсическая нефропатия.

Сопутствующие заболевания: Нормосомия.

Куратор: студентка V курса-----------------------------------

г. Пенза, 2007 год

**I. Паспортная часть**

1. Ф.И.О. ребёнка: ----------------------------
2. Место и дата рождения: г. Пенза, 23.11.06 г. (11 мес.)
3. Пол: женский
4. Наблюдается поликлиникой: МУЗ Бессоновская ЦРБ
5. Домашний адрес: Бессоновский р-н, п. Победа, ул. Полевая 14
6. Фамилия, имя, отчество родителей:
7. Мама:
8. Отец:
9. Дата и время поступления в клинику: 25.10.07, 1.20.

**II. Жалобы**

При поступлении в стационар (25.10.07), со слов матери, у ребёнка отмечались повышение температуры до 38-38,5 о С, кашель, с отхождением вязкой мокроты, насморк, одышка, вялость, также наблюдалось расстройство сна и аппетита.

**III. Анамнез данного заболевания (Anamnesis morbi)**

Со слов матери, заболела 21.10.07., когда у ребенка появился кашель и температура 38 о С. Затем 22.10.07. присоединился насморк, одышка, кашель усилился. Была осмотрена педиатром, рекомендовано отхаркивающее средство. 24.10.07. температура 38,2 о С, мама вводила цефекон. Вечером кашель стал чаще, температура 38,2 о С. 25. 10. 07. в 00. 40 мама вызвала машину скорой медицинской помощи, и ребёнок был госпитализирован в 14 отделение ОКДБ им. Филатова.

**IV. Анамнез жизни (Anamnesis vitae)**

1. Социальное положение родителей:

1. Мама - образование - среднее; место работы –ПОД КБ им.Филатова, медсестра
2. Папа – образование - среднее, место работы – КЭУ, сварщик

Материальное положение в семье: среднее.

Число членов семьи – восемь: мама, папа, 4 дочери, 2 сына.

2. Семейный анамнез:

Мама – 39 лет, русская.

Папа – 40 лет, русский.

Наследственность: бабушка по материнской линии страдают ЖКБ; дедушка по материнской линии страдает остеохондрозом позвоночника, у дедушки по отцовской линии –АГ.

Легенда:

Пробанд – девочка, 11 мес. - пневмония. (А3)

Сестра-6 лет, больна ОРВИ. (А2)

Сестра-3 года, больна пневмонией. (А4)

Брат-15 лет, здоров. (А1)

Брат-10 лет, здоров. (А5)

Сестра-8 лет, здорова. (А6)

Мама ребенка – 39 лет, здорова. (Б1)

Папа ребенка – 40 лет, здоров. (Б2)

Бабушка по материнской линии – 60 лет, страдает ЖКБ. (В1)

Дедушка по материнской линии – 62 года, страдает остеохондрозом позвоночника. (В2)

Бабушка по отцовской линии – 60 лет, здорова. (В3)

Дедушка по отцовской линии 67 лет– страдает АГ. (В4)

Генетическая карта:

 В 1 2 3 4

 Б 1 2

 А 1 2 3 4 5 6

Здоров

ОРВИ

Пневмония

 ЖКБ

 Остеохондроз позвоночника

 Артериальная гипертензия

**3. Акушерский анамнез:**

Особенности развития курируемого ребенка во внутриутробном периоде: родилась от шестой беременности, течение беременности без осложнений. Срочные роды (40 нед.) через естественные родовые пути, без осложнений.

**4. Особенности периода новорожденности:**

Вес при рождении – 3650 граммов, рост – 53 см. Закричала сразу, к груди приложили в первые сутки после рождения. Период новорожденности протекал без особенностей. Вакцинация против туберкулеза (БЦЖ) и гепатита В не выполнена. Выписана из роддома на 5 сутки.

**5. Последующее развитие ребёнка**:

Физическое и нервно-психическое развитие ребенка протекает согласно возрасту. Головку держит с 2 мес., узнает мать с 4 мес., сидит с 6 мес., произносит отдельные слога с 7 мес., ходит с 10 мес. Зубы начали прорезываться с 6 мес., сейчас у ребенка 7 зубов.

**6. Вскармливание ребенка:**

грудное вскармливание регулярное по 200 мл 5-6 раз в сутки, также применяется прикорм согласно возрасту.

**7. Жилищно-бытовые условия:**

удовлетворительные. Проживает в частном доме с родителями. Режим дня соблюдается.

**8. Перенесенные заболевания:**

в 8 мес. перенесла ОРВИ.

На диспансерном учёте не состоит. Оперативных вмешательств и гемотрансфузий не проводилось.

**9. Медикаментозный и аллергический анамнез:**

аллергической реакции на лекарственные препараты и продукты питания не выявлено.

**10. Профилактические прививки:**

ребенок не привит.

**11. Эпидемиологический анамнез:**

гепатиты, туберкулез, венерические заболевания в семье мама ребёнка отрицает. Был контакт с инфекционным больным ( старшая сестра болеет ОРВИ).

По тяжести состояния с диагнозом: Двухсторонняя очаговая пневмония, острое течение, тяжелой степени тяжести. ДН I-II ст. Инфекционный токсикоз. Инфекционно-токсическая нефропатия, находилась в ОРИТ с 27.10.07. по 1.11.07.

**V. Настоящее состояние больного (Status praesens)**

1. Общая оценка состояния: Состояние тяжелой степени тяжести за счёт симптомов интоксикации (повышение температуры до 38-38,5о С, вялость, расстройство сна, снижение аппетита) и дыхательной недостаточности (одышка смешанного типа). Выражение лица спокойное. Сознание ясное. Ребенок капризный, вялый. Нервно - психическое развитие соответствует возрасту ребёнка.

2. Исследование кожных покровов и видимых слизистых оболочек:

Кожный покров чистый, бледного цвета, цианоз носо-губного треугольника. Эластичность кожного покрова удовлетворительная, кровоизлияний, рубцов, язв, «сосудистых звёздочек», элементов сыпи (эритема, пятно, розеола, папула, пустула и т.д.) нет. Тургор кожи удовлетворительный. Ногти овальной формы, деформация ногтевых пластинок, ломкость, исчерченность отсутствуют. Волосы русые, блестящие, не секутся. Видимые слизистые оболочки конъюнктив бледно-розового цвета, влажные, чистые.

1. Подкожно-жировой слой:

Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Толщина жировой складки в области нижних углов лопаток – 0,5 см, в околопупочной области – 1 см, на внутренней поверхности плеча – 0,5 см.

Подкожно-жировая клетчатка при пальпации безболезненна. Периферических отеков, уплотнений, подкожной эмфиземы нет.

1. Периферические лимфатические узлы:

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, передние и задние шейные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные – не пальпируются.

1. Мышечная система:

Развитие мышц удовлетворительное, тонус в норме, одинаковый с обеих сторон. Сила мышц слева и справа сохранена. Болезненность при пальпации отсутствует. Мышцы симметрично принимают участие при движении.

1. Костная система:

Кости не деформированы. Череп округлой формы, средних размеров. Большой родничок закрыт. Позвоночник имеет физиологические изгибы. Грудная клетка бочкообразной формы. Конечности развиты пропорционально. Симптома «барабанных палочек» нет. При пальпации и поколачивании кости безболезненны.

Суставы правильной формы, движения в полном объеме, безболезненные. Припухлость, флюктуация в области суставов отсутствуют. Температура кожи над суставами нормальная.

1. Оценка физического развития ребёнка:

Масса тела 10,3 кг (соответствует норме), рост 76 см (соответствует норме). Индекс массы тела – 17,83 кг/м2. Окружность головы – 45,5 см, грудной клетки - 48 см. Физическое развитие ребёнка соответствует возрасту.

**Система органов дыхания**

Осмотр: Нос имеет нормальную форму. Носовое дыхание затруднено за счет отека слизистой (ринит). Отделяемое из носа слизистого характера, носовых кровотечений нет. Деформации мягких тканей, покраснения и изъязвления у наружного края ноздрей, герпетической сыпи не обнаружено.

Грудная клетка бочкообразной формы, над- и подключичные ямки слегка сглажены, ребра расположены горизонтально, лопатки слегка выступают от задней поверхности грудной клетки. Осанка не нарушена. Экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная - 2см. Тип дыхания смешанный. Дыхательные движения ритмичны, симметричны. ЧДД- 60 в минуту. Отмечается смешанная одышка с участием вспомогательной мускулатуры.

Пальпация грудной клетки. При пальпации грудной клетки по ходу межреберных нервов, мышц и ребер болезненности нет. Целостность грудной клетки не нарушена, эластичность сохранена. Голосовое дрожание не изменено, одинаково с обеих сторон.

Перкуссия. При проведении сравнительной перкуссии: над всей поверхностью лёгких - лёгочный звук, в нижних долях обоих легких отмечается притупление звука.

Данные топографической перкуссии:

Результаты топографической перкуссии:

|  |
| --- |
| Нижняя граница: |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Срединно-ключичная | VI ребро | - |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | IX ребро  |
| Лопаточная | IX ребро | X ребро |

Аускультация. На симметричных участках грудной клетки выслушивается жесткое дыхание; влажные мелкопузырчатые хрипы на вдохе и выдохе, справа и слева. Крепитация, шум трения плевры, плеврокардиальный шум отсутствуют. Бронхофония не изменена, одинакова над всей поверхностью легких.

**Система органов кровообращения**

**Исследование сердца**

Осмотр сердечной области. Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Сердечный толчок и верхушечный толчок не визуализируются.

Сердечный горб, видимая пульсация в области сердца, яремной ямки, подложечной области - отсутствуют.

Осмотр артерий и вен: «пляска каротид» не просматривается.

Пальпация. При пальпации верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, умеренной силы, ограниченный, ритмичный. Сердечный толчок не определяется. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный. Систолическое и диастолическое дрожание не пальпируются.

Аортальной пульсации и пульсации легочной артерии нет.

**Перкуссия сердца**

Границы относительной тупости сердца:

верхняя – на уровне II ребра;

правая - в IV межреберье по правой парастернальной линии;

левая - в V межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии;

Конфигурация сердечной тупости нормальная.

Аускультация сердца. При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон лучше выслушивается над верхушкой сердца, II тон - у основания. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, побочных патологических шумов нет.

**Исследование сосудов**

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 130 уд \ мин., умеренного наполнения и напряжения, высокий, регулярный. Дефицит пульса не определяется. При пальпации аорты выявлена слабая её пульсация в ярёмной ямке. Пульсация височных, сонных, лучевых, подколенных артерий, артерий тыла стопы не изменена. Ригидность, патологическая извитость сосудов отсутствует.

Набухание, видимая пульсация наружных ярёмных вен отсутствует, положительный венный пульс отсутствует. Расширения вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей, уплотнение и болезненность вен отсутствуют.

Аускультация сосудов. При выслушивании брюшного отдела аорты, чревной артерии (в области мечевидного отростка), почечных артерий патологических шумов не выявлено.

**Желудочно-кишечный тракт**

Слизистая полости рта умеренно влажная, высыпаний нет. Десны розовой окраски, не кровоточивы, не разрыхлены. Язык обычной формы и величины, влажный, слегка обложен белым налётом, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет. Состояние зубов удовлетворительное.

Отмечается умеренная гиперемия зева (небных дужек, язычка, задней стенки глотки).

Живот симметричный, одинаково участвует в дыхании. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. При перкуссии определяется тимпанический звук над всей поверхностью брюшной полости. Стул регулярный, кал оформленный.

Живот мягкий, безболезненный, напряжения нет. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка расположена на границе средней и нижней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости, диаметром 3 см., эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная; безболезненная, определяется урчание. Нижняя граница желудка, привратник, восходящая, поперечная и нисходящая ободочная кишка не пальпируются. Перистальтика кишечника активная.

При аускультации: выслушиваются кишечные шумы.

**Печень и желчные пути**

Осмотр: выпячивания печени нет, деформация в области печени отсутствует.

Пальпация: печень на 2см ниже края рёберной дуги, край печени острый, мягкий, ровный. Желчный пузырь не пальпируется. В месте проекции болезненности нет. Симптомы Кера, Мерфи, Мюси – отрицательные.

Аускультация: шума трения брюшины в области правого подреберья нет.

**Селезенка**

Осмотр: выпячивание в области селезёнки не наблюдается, деформация отсутствует.

Пальпация: не пальпируется.

Перкуссия: перкуторные границы селезенки в норме (длинник селезёнки, располагается по X ребру, составляет – 6 см, а поперечник – 4 см).

Аускультация: признаков периспленита не выявлено.

**Поджелудочная железа**

Пальпация: поджелудочная железа не пальпируется.

Мочеполовая система.

Осмотр: в области почек гиперемии кожи и припухлости не обнаружено, при осмотре надлобковой области признаков выбухания нет.

Перкуссия:

* поясничная область: симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.
* надлобковая область: над лобком, после опорожнения мочевого пузыря выявляется тимпанический перкуторный звук; увеличение мочевого пузыря не обнаружено.

Пальпация: почки не пальпируются через переднюю брюшную стенку в положении лёжа и стоя. Мочевой пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в рёберно-позвоночной точке (точка локализуется в углу, образованном 12 ребром и позвоночником), реберно-поясничных (находится в месте пересечения 12 ребра и поясничной мышцы) точках и по ходу мочеточников отсутствует.

Частота мочеиспусканий 6-7 раз в сутки. Суточный диурез – 600 мл. Соотношение дневного и ночного диуреза 2:1.

Наружные половые органы развиты по женскому типу.

**Эндокринная система**

Симптомы гипертиреоза и гипотиреоза отсутствуют. Изменений лица и конечностей, характерных для акромегалии нет. Форма глазных щелей обычная, пучеглазия нет. Пигментаций кожных покровов, характерных для аддисоновой болезни не обнаружено. Волосяной покров развит нормально, выпадения волос нет.

Щитовидная железа не пальпируется.

**Оценка психомоторного развития, статики, моторики и органов чувств**

Больной идёт на контакт. Словарный запас, адекватность интеллекта соответствуют возрасту ребенка. Выражение лица спокойное. Отмечается вялость, сонливость. Сухожильные и кожные рефлексы сохранены, симметричны.

Двигательная сфера: статика движений сохранена, способна осуществлять сложные координированные движения (хождение). Клонусы отсутствуют, патологические рефлексы на руках и ногах - отрицательные.

**Органы чувств:**

Зрительный анализатор: зрачковый, мигательный рефлекс сохранены. Движения глазных яблок сохранены в полном объеме. Глазные щели одинаковые. OD=OS, реакция на свет сохранена.

Слуховой анализатор: форма ушной раковины не изменена. Слух в норме.

Чувствительная сфера: болевая, температурная, тактильная чувствительность сохранены.

Вегетативная нервная система: Дермографизм красный. Местного изменения температуры и окраски, трофических изменений кожи, костей и суставов не обнаружено. Потоотделение, салоотделение, слюноотделение в пределах возрастной нормы. Пролежней нет. Пароксизмальные вегетативные расстройства не выявлены. Реакции на позыв мочеиспускания и дефекации адекватные. Болезненность при пальпации вегетативных узлов и сплетений не выявлена.

Признаки органического поражения нервной системы не выявлены: менингеальные синдромы (ригидности затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского) отсутствуют, очаговых знаков нет.

VI. Предварительный диагноз

Основное заболевание: Двухсторонняя очаговая пневмония, острое течение, тяжелой степени тяжести.

Осложнения: ДН I-II ст. Инфекционный токсикоз. Инфекционно-токсическая нефропатия.

Сопутствующие заболевания: Нормосомия.

**VII. План обследования:**

1.Общий анализ крови (с целью выявления воспалительного процесса).

2. Биохимический анализ крови: мочевина – для оценки детоксикационной способности почек; Na, К – для диагностики нарушения минерального обмена; глюкоза (с целью диагностики нарушения углеводного обмена).

3.Общий анализ мочи (оценка показателей мочи, диагностика сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы).

4.Копрограмма (для исключения гельминтозов и хронических заболеваний, инфекции желудочно-кишечного тракта, дающие длительную температурную реакцию).

5.Посев кала на диз. группу и сальмонелл.

6.Соскоб кала на яйца глистов.

7.Рентгенография грудной клетки (с целью исключения пневмонии).

8.УЗИ органов брюшной полости, в частности печени, а также органов забрюшинного пространства (в частности почек) – с целью исключения патологии со стороны органов брюшной полости, забрюшинного пространства.

**VIII. Данные лабораторных, инструментальных методов исследования**

1. Общий анализ крови (26.10.07.):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Норма |
| Гемоглобин | 126 г­/л | 125,8-129,2г/л |
| Эритроциты | 4,6·1012 л; | 4,69·1012 л |
| Цветовой показатель | 0,92 | 0,8-1,1 |
| Лейкоциты | 58,0·109 л | 13,2·109 л |
| Нейтрофилы |  |  |
| палочкоядерные сегментоядерныеэозинофилы лимфоциты моноциты | 6%26%2 %58%8% | 3–5%25 - 30 %0 - 5 % 57-59%9% |
| СОЭ | 10 мм/час |  6-7 мм/час |

Заключение: в общем анализе крови выявлен лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

2. Биохимический анализ крови (26.10.07.):

Общий белок-57 г/л

Альбумин-40г/л

Мочевина-4,2 ммоль/л

Глюкоза-3,4 ммоль/л

Na-142,3 ммоль/л

K-4,12 ммоль/л

Заключение: биохимический анализ крови в норме.

3.Общий анализ мочи (26. 10.07.):

Светло- соломенно-жёлтого цвета, мутноватая;

Удельный вес – 1018;

Белок – 0,28;

Реакция кислая;

Заключение: протеинурия.

4.Копрограмма (27.10.07.):

Макроскопическое исследование:

Форма: оформленный;

Цвет: коричневый;

Нейтральный жир: +

Мыла+

Неперивариваемая клетчатка +

Крахмал +

Лейкоциты- 1-2 в

Заключение: в копрограмме изменений нет.

5.Посев кала на диз.группу и сальмонелл:

Возбудители тиф-паратиф. не выявлены.

6.Кал на яйца глистов:

Заключение: яйца глистов не обнаружены.

7.Рентгенография органов грудной клетки (26.10.07):

На прямой рентгенограмме органов грудной клетки отмечается эмфизематозное вздутие легочных полей, на фоне каждого инфильтративно очаговые тени, лучше выражены в медиальных отделах и в нижних долях. Плевральные синусы свободные. Куполы диафрагмы чёткие.

Заключение: Двухсторонняя очаговая пневмония.

8.УЗИ органов брюшной полости (30.10.07.):

Печень увеличена в размерах, эхогенность повышена, структура однородная. Желчный пузырь уменьшен в размерах. Поджелудочная железа- эхогенность однородная, размеры в норме. Почки D=S, паренхима в норме. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Заключение: Эходиффузные изменения и увеличение печени.

**IХ. Клинический диагноз:**

Основное заболевание: Двухсторонняя очаговая пневмония, острое течение, тяжелой степени тяжести.

Осложнения: ДН I-II ст. Инфекционный токсикоз. Инфекционно-токсическая нефропатия.

Сопутствующие заболевания: Нормосомия.

Клинический диагноз установлен на основании:

* жалоб: на повышение температуры до 38-38,5 о С, кашель, с отхождением вязкой мокроты, насморк, одышку, вялость, расстройство сна и аппетита.
* истории развития данного заболевания: Со слов матери, заболела 21.10.07., когда у ребенка появился кашель и температура 38 о С. Затем 22.10.07. присоединился насморк, одышка, кашель усилился. 24.10.07. температура 38,2 о С, мама вводила цефекон. Вечером кашель стал чаще, температура 38,2 о С.
* данных анамнеза: был контакт с инфекционным больным ( старшая сестра болеет ОРВИ).
* данных объективного осмотра: вялость, снижение аппетита, расстройство сна. Кожные покровы бледные, цианоз носо-губного треугольника. Температура – 38-38,5 о С. Носовое дыхание затруднено. Отделяемое из носа слизистого характера. Гиперемия зева (небных дужек, задней стенки глотки). ЧДД - 60 в минуту. Одышка смешенного характера, с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно - притупление звука в нижних долях обоих легких. Аускультативно - жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы на вдохе и выдохе, справа и слева.
* данных лабораторных и инструментальных исследований:

В общем анализе крови - лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

В общем анализе мочи-протеинурия.

Рентгенография органов грудной клетки - заключение: Двухсторонняя очаговая пневмония.

УЗИ органов брюшной полости- Заключение: Эходиффузные изменения и увеличение печени.

**Х. Дифференциальная диагностика:**

Пневмонию необходимо дифференцировать от ОРВИ, особенно если они сопровождаются бронхитом, бронхиолитом.

При ОРВИ, так же как и при пневмонии, наблюдаются симптомы интоксикации (лихорадка, слабость, снижение аппетита, расстройство сна и т.д.), однако они максимально выражены лишь в первые дни заболевания. Для ОРВИ характерны катаральные изменения в носоглотке, которые возникают и при пневмонии. Однако в отличие от пневмонии при ОРВИ физикальные и рентгенологические изменения в лёгких отсутствуют.

Бронхит и бронхиолит нередко осложняют ОРВИ, данные заболевания также необходимо дифференцировать с пневмонией.

При остром бронхите симптомы интоксикации и дыхательная недостаточность отсутствуют или выражены незначительно. Температура тела субфебрильная или нормальная, а при пневмонии чаще наблюдается фебрильная температура, которая держится более 3 дней. При бронхите отмечаются диффузные изменения в легких: коробочный оттенок пер­куторного звука, жесткое дыхание, грубые, сухие, а также крупно- и среднепузырчатые влажные хрипы над всеми легочными полями. Количество их уменьшается при откашливании или отсасывании слизи, туалете носа. На рентгенограммах обнаруживается усиление сосудисто-интерстициального рисунка в медиальных зонах, краевая эмфизема. Изменения в анализах периферической крови, как правило, отсутствуют. Локальных изменений в легких не отмечается, в отличие от пневмонии. Диффузное поражение мельчайших бронхов и бронхиол, вызываемое обычно респираторно-синцитиальным вирусом, сопровождается дыхательной недостаточностью и обструктивным синдромом. Проявлениями обструкции являются недостаточное отделение мокроты, частый мучительный кашель (иногда спастический, приступообразный); смешанная вначале инспираторная, затем больше экспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Нередко наблюдается кратковременное апноэ. Нарастает эмфизема, прослушиваются мелко-, среднепузырчатые влажные и сухие хрипы на фоне ослабленного дыхания. Локальных изменений обнаружить не удается. В наиболее тяжелых случаях дыхание едва прослушивается, а хрипы исчезают. На рентгенограмме обнаруживаются эмфизема, усиление интерстициального и сосудистого рисунка легких, перибронхиальные уплотнения («муфты») и сосудистые тени; очаговые изменения отсутствуют. В периферической крови отмечаются лейкопения и лимфоцитоз. Для бронхиолита характерна цикличность течения: заболевание продолжается 6 — 8 дней, обструктивный синдром быстро нарастает, но сохраняется всего 1 — 2 дня или даже несколько часов, рентгенологические изменения исчезают через 3—5 дней, в отличие от пневмонии, при которой они исчезают значительно позже.

Пневмонию необходимо так же дифференцировать от наличия инородного тела в дыхательных путях.

Инородные тела дыхательных путей вызывают кашель, а иногда признаки дыхательной недостаточности. Основными критериями дифференциального диагноза являются анамнестические указания на возможность аспирации какого-либо предмета, внезапное развитие приступа судорожного кашля на фоне полного здоровья; одышка, нарастающая при беспокойстве ребенка и исчезающая полностью во сне; рентгенологические изменения в виде односторонней эмфиземы или ателектаза, нередко наличие симптома Гольцкнехта — Якобсона (смещение средостения в сторону поражения при форсированном вдохе и в здоровую сторону при выдохе); отсутствие гематологических сдвигов.

**XI. План лечения**

1. Режим бокса.
2. Стол № 4 А. (гипоаллергенная, молочно-растительная, обогащенная продуктами с повышенным содержанием витаминов, диета со сниженным объемом питания). Исключить продукты, усиливающие бродильные процессы в кишечнике (углеводная пища).
3. Обильное питье с целью разжижения мокроты и дезинтоксикации.
4. Антибактериальная терапия (с противовоспалительной целью): Клофоран - в/м из расчёта 100000 ЕД/кг в сутки 3р/д.
5. Противовирусная терапия- интерферон по 3кап. в нос 5р/д.
6. Симптоматическая терапия:
	* При температуре тела выше 38,5º С литическая смесь:

Sol. Analgini 50% - 0,1 и Sol. Dimedroli 1% - 0,4, в/м.

* + С целью детоксикации -инфузионная терапия:

Sol.Glucosae 10%-150,0;Sol. Euphyllini 2,4%-1,5;Sol. Ca gluconati 10%-1.0 в/в капельно.

* + Для снятия бронхо-обструктивного синдрома и улучшения дыхания-ингаляции с беродуалом.
	+ Для разжижения мокроты- муколитик (бромгексин)
	+ Сосудосуживающие капли в нос для улучшения носового дыхания (Фурациллин – адреналиновые капли в нос).
1. Физиотерапия:
* УФО носа и зева. № 5.
* С целью рассасывания вязкой мокроты показан электрофорез с MgSO4 на грудную клетку, № 5.
* Для улучшения дренажной функции- массаж грудной клетки, №5.

**XII. Дневники**

02.11.07.

t - 36,6º С

ЧДД - 38 в мин.

ЧСС –128 уд. в мин.

Жалобы на кашель с отхождением небольшого количества мокроты, насморк, одышку, слабость, нарушение сна. Общее состояние стабильное, средней степени тяжести за счет синдрома интоксикации. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, периоральный цианоз. Слизистая рта бледно-розовая, влажная. Отмечается гиперемия зева (небных дужек, задней стенки глотки).

Отмечается смешанная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно – притупление звука в нижней долях лёгких. Аускультативно – в лёгких выслушивается жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочеиспускание свободное, не учащенное. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформленный регулярный, 2 раза в сутки (утром и вечером).

Лечение согласно листу назначений.

05.11.07

t - 36,4º С

ЧДД - 34 в мин.

ЧСС –110 уд. в мин.

Жалобы на кашель с отхождением небольшого количества мокроты, насморк, нарушение сна. Общее состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, периоральный цианоз. Слизистая рта бледно-розовая, влажная. Отмечается гиперемия зева (небных дужек, задней стенки глотки). Отмечается смешанная одышка с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно – притупление звука в нижней долях лёгких. Аускультативно – в лёгких выслушивается жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы с обеих сторон. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочеиспускание свободное, не учащенное. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформленный регулярный, 2 раза в сутки (утром и вечером).

Лечение согласно листу назначений.

08.11.07

t - 36,7º С

ЧДД - 33 в мин.

ЧСС –112 уд. в мин.

Жалобы на кашель с отхождением небольшого количества мокроты, насморк, слабость. Состояние удовлетворительное. Аппетит снижен. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Слизистая рта бледно-розовая, влажная. В легких выслушивается жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы на вдохе и выдохе. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочеиспускание свободное, не учащенное. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформленный регулярный, 2 раза в сутки (утром и вечером).

Лечение согласно листу назначений.

Рекомендовано:

Избегать переохлаждений, контактов с больными респираторными инфекциями, соблюдать режим питания.