**Национальный медицинский университет**

**им. А.А.Богомольца.**

Кафедра детских инфекционных болезней

 Зав. кафедрой проф.Крамарев С.А.

 Преподаватель : асс.Дмитриева Е.А.

И С Т О Р И Я Б О Л Е З Н И

Больной: x

Диагноз: паротитная инфекция,нервно - железистая форма,

правосторонний паротит, cерозный менингит.

КУРАТОР студент V курса, 19 группы

II лечебного факультета

Бохонский Р.В,

Дата курации: с 28.10.97 по 11.11.97 г.

К И Е В - 1997

 I. О Б Щ И Е С В Е Д Е Н И Я

Больной : x

Возраст : 9 л.

Пол : ж

Домашний адрес : г.Киев Ватутинский район

Место работы : школа 313 класс 3 В

Мать : Галина Григориевна

Место работы : Инжинер

Отец : безработный

Дата заболевания : 21.10.97

Дата обращения к врачу: 28.10.97

Дата поступления в стационар: 29.02.97

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. Ж А Л О Б Ы Б О Л Ь Н О Г О

При поступлении в стационар больная предявляет жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, небольшую головнцю боль, утомиляемость ,боль в глазах при взгляде на свет, припухлость за ухом, жажду.

 III. А Н А М Н Е З З А Б О Л Е В А Н И Я

 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. Э П И Д А Н А М Н Е З

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

V. А Л Л Е Р Г И Ч Е С К И Й А Н А М Н Е З

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

VI. А Н А М Н Е З Ж И З Н И

 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. О Б Ъ Е К Т И В Н Ы Е Д А Н Н Ы Е

 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. П Р Е Д В А Р И Т Е Л Ь Н Ы Й

Д И А Г Н О З

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. П Л А Н О Б С Л Е Д О В А Н И Я

 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. П Л А Н Л Е Ч Е Н И Я Б О Л Ь Н О Й

 1. Постельный режим.

 2. Диета.

 3. Интенсивная терапия.

 4. Дезинтоксикационная терапия.

XIV. Л Е Ч Е Н И Е Б О Л Ь Н О Й

 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. Д Н Е В Н И К И

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 болезненый 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.

2.11.97Состояние 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 болезненый в т.Губернгрица

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

XVI. П Р О Г Н О З

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

XVII. Э П И К Р И З

 Больная x 9 л. была госпита-

лизирована 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 еластичной консистенции, регидность затылочных мышц, болезненость в т.Губернгрица.В результате проведенных клинических и лабораторных методов исследования и дифференциальной диагностики был поставлен диагноз : паротитная инфекция,нервно - железистая форма, правосторонний паротит, cерозный 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.