КРЫМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. С.И. ГЕОРГИЕВСКОГО

Кафедра педиатрии с курсом детских инфекционных болезней

История болезни

ДИАГНОЗ

Основной: инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести

Осложнения: нет

Сопутствующий: нет

Куратор – студент 506 группы

1-го медицинского факультета

Гончаренко В.П.

Дата курации 13.05.2011-17.05.2011

Симферополь

2011

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Ф.И.О.

2. Возраст: 2года 11 месяцев, 18.05.08 г\р.

3. Место жительства:

4. Дата госпитализации: 13.05.2004.

6. Диагноз направившего учреждения: Инфекционный мононуклеоз.

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОЙ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ**

Жалобы на припухлость околоушных лимфатических узлов с обеих сторон; на небольшие боли при глотании, припухлость горла; субфебрильную температуру в течение последних 10-ти дней.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больной в течение двух недель. Когда после праздников мама заметила увеличение околоушных и подчелюстных лимфоузлов. Появились температура до субфебрильных цифр, незначительные боли при глотании, дискомфорт в горле. Через сутки присоединилась слабость, головная боль.

13 мая мама больной обратилась участковому педиатру, которая после осмотра поставила диагноз инфекционный мононуклеоз и направила в инфекционную больницу.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Больная относится к группе риска – в апреле инфекционным мононуклеозом переболел старший брат пациентки (12,5 лет). Проживает в благоустроенной частной квартире со всеми удобствами. Общественные бани, парикмахерские, стоматолога за последнее время не посещала.

# АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родилась 18.05.08, вторым ребенком по счету.

Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. В физическом и психическом развитии от своих сверстников не отставала.

Материально-бытовые условия в семье удовлетворительные.

Питаниеразнообразное, калорийное.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветрянка, грипп.

Наследственный анамнез не отягощен.

**Аллергологический анамнез:** На лекарственные препараты, сыворотки и вакцины непереносимости не отмечает.

# ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Общий осмотр**:

Состояние средней тяжести, положение активное. Сознание ясное, конституция нормостеническая.

Температура тела 37,5º С.

Кожные покровы, видимые слизистые и склеры без особенностей, патологических высыпаний нет, влажность сохранена, геморрагий нет.

Подкожно-жировая клетчатка не выражена, пониженного питания. При пальпации безболезненна подкожно-жировая клетчатка.

Лимфатическая система:

Пальпируются и увеличены околоушные, поднижнечелюстные, заднешейные лимфоузлы. Узлы плотноватой консистенции, размеры 1-3 см, мало болезненны, не спаяны между собой и окружающими тканями. Остальные лимфоузлы - не пальпируются. Мышечная система развита достаточно, равномерно, симметрично. Тонус мышц сохранен, сила не снижена. При пальпации мышцы безболезненны, уплотнений не обнаружено.

Костная система:

Кости при пальпации и перкуссии безболезненны. Форма их не изменена.

Суставы нормальной конфигурации, кожа над ними не изменена.

Активные и пассивные движения в суставах - в полном физиологическом объеме, безболезненные, без хруста. Кожа над суставами не изменена.

**Органы дыхания:**

Жалоб не предъявляет. Форма грудной клетки правильная, нормостеническая, симметричная. Надключичные и подключичные ямки не выражены.

Дыхательные движения ритмичные, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает грудной тип дыхания. Число дыханий в 1 минуту - 19, ритм правильный. Грудная клетка при пальпации безболезненна, целостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая.

##### При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочной звук. При топографической перкуссии границы легких определяются:

##### Верхняя граница легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Высота стояния верхушки спереди. | На 2 см выступают над ключицами. | |
| Высота стояния верхушки сзади. | На уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. | |

Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная линия | 5 межреберье | -- |
| Среднеключичная линия | 6 ребро | -- |
| Передняя подмышечная линия. | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Средняя подмышечная линия. | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная линия. | 8 межреберье | 9 ребро |
| Лопаточная линия. | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная линия. | Остистый отросток 11 грудного позвонка. | |

Аускультация легких:

Над легкими с обеих сторон определяется везикулярное дыхание. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушивается.

Бронхофония - сохранена над всеми отделами бронхов.

**Органы кровообращения:** Видимых атипичных пульсаций в области сердца не обнаруживается. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье слева на среднеключичной линии. Площадь ограниченная, 1см2. Сердечный толчок, феномены диастолического и систолического дрожания в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсации пальпаторно не определяются. Зон гиперестезии и зоны пальпаторной болезненности не выявлено. Пульсация височных артерий и дистальных артерий нижних конечностей сохранена, одинакова с обеих сторон.

Границы относительной тупости сердца верхняя - 3-е межреберье

левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии по 5-му межреберью

правая - по правому краю грудины 4-е межреберье

поперечник относительной тупости сердца (в см) 11 см

ширина сосудистого пучка (в см) 7см

При перкуссии сердца у больной никаких отклонений от нормы не выявлено.

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Сердечные сокращения ритмичные, ЧСС 80/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, не расщеплены. Соотношение громкости тонов не изменено: над верхушкой сердца и у основания мечевидного отростка первый тон громче второго, над аортой и легочной артерией второй тон громче первого.

Артериальное давление 100/70 мм рт ст

**Органы пищеварения:**

Язык влажный, обложен умеренным налетом, язв и трещин нет.

Десны бледно-розового цвета, без патологических изменений.

**Зев:** умеренно гиперемирован, миндалины, язычок, задняя стенка глотки отечны. На миндалинах различные по величине беловато-желтые, шероховатые налеты, которые легко снимаются.

**Живот** симметричен, округлой формы, видимая перистальтика отсутствует.

При поверхностной ориентировочной пальпации: живот мягкий, безболезненный.

**Печень и желчный пузырь**:

Нижний край печени пальпируется выступает из под края реберной дуги на 1-2 см, гладкий, эластичный, умеренно болезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера-Грекова отрицательный, симптом Мюсси-Георгиевского отрицательный.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии — 8см.

по передней срединной линии — 9 см.

по левой реберной дуге — 9 см.

**Селезенка**: умеренная спленомегалия. Перкуторные границы селезеночной тупости -- 6\*9 см.

**Мочеполовая система:**

Поясничная и надлобковые области при осмотре не изменены. Почки в положении лежа и стоя не пальпируются. Пальпация в проекции почек (в реберно-позвоночной точке) и по ходу мочеточников (мочеточниковые точки) безболезненна.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Дно мочевого пузыря не пальпируется.

Мочеиспускание регулярное, безболезненное, моча обычного цвета.

**Эндокринная система:**

При помощи пальпации увеличение размеров щитовидной железы выявить не удалось. Железа имеет обычную консистенцию, не спаяна с окружающими тканями, безболезненна при пальпации. Кожа над поверхностью железы не изменена.

**Неврологический статус:**

Ориентировка в месте, во времени и конкретной ситуации сохранена. Больная контактна. Интеллект и эмоции соответствуют возрасту. Настроение ровное. Аппетит понижен. Поведение во время осмотра адекватное. Парастезии, параличи отсутствуют. Слух, обоняние, вкус, осязание не изменены и соответствуют возрасту. Сон спокойный. Патологии черепно-мозговых нервов по данным осмотра не выявлено. Координация движений не нарушена. Менингеальные знаки отрицательные.

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании:

1. Жалоб больной: на припухлость околоушных лимфатических узлов с обеих сторон; на небольшие боли при глотании, припухлость горла; субфебрильную температуру в течение последних 10-ти дней.

2**.** Истории настоящего заболевания**:** считает себя больной в течение двух недель. Когда после праздников мама заметила увеличение околоушных и подчелюстных лимфоузлов. Появились температура до субфебрильных цифр, незначительные боли при глотании, дискомфорт в горле. Через сутки присоединилась слабость, головная боль.

13 мая мама больной обратилась участковому педиатру, которая после осмотра поставила диагноз инфекционный мононуклеоз и направила в 4-ю инфекционную больницу.

- был выставлен предварительный диагноз: **Инфекционный мононуклеоз, средняя форма тяжести.**

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

1.ОАК, ОАМ, БХ, RW, ВИЧ

2.УЗИ ОБП

3.Маркеры инфекционного мононуклеоза (кровь на мононуклеары).

#### ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИИ

1. ОАК

Эритроциты 3,97 х 10^12/л

Hb 115 г/л

Цв. пок. 0.9

СОЭ 12 мм/ч

Лейкоциты 6,8 х 10^9/л

2.ОАМ

Кол-во 100 мл

Цвет сол.-желт.

Уд. вес 1010

Прозрач. прозрачная

Реакция кислая

Белок отрицат.

Желчные пигменты отрицат.

Лейкоциты 1-2 в п. зр.

Слизь Отрицат

3. Биохимический анализ крови

норма

Альбумины 58,7 % 56,5- 66,5 %

α1 3,0 % 2,5- 5,0%

α2 6,5% 5,1- 9,2%

β 9,5% 8,1-12,2%

γ 20,1% 12,8-19,0%

АЛАТ 15 е/л до 30 е/л

АСАТ 37 е/л до 40 е/л

Биллир. общ. 8,9 мкмоль/л 8,5-20,5 мкмоль/л

Биллир. прямой 1,4 мкмоль /л 0-5,1 мкмоль/л

Щел. Фосфатаза 259 е/л

4. ИФА сыворотки крови на наличие антител

Анти - НВsAg

Анти НВе не выявлены

RW

ВИЧ

ПТИ -- 95%

5. УЗИ органов брюшной полости

Заключение: диффузное увеличение границ печени, желчный пузырь без особенностей. Спленомегалия.

6. Кровь на мононуклеоз

Атипичные мононуклеары – 29%.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Инфекционный мононуклеоз необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. Дифтерия – острое инфекционное заболевание, вызываемое токсигенными коринобактериями, которое характеризуется фибринозными воспалением в месте входных ворот и токсическим поражением преимущественно сердечно-сосудистой и нервной систем. Инкубационный период от 2 до 10 дней. Дифтерия глотки имеет несколько форм: локализованную, распространенная, субтоксическую и токсическую. При локализованной форме налеты располагаются только на миндалинах. Болезнь, как и инфекционный мононуклеоз (ИМ) начинается с общего недомогания, снижения аппетита, головной боли, незначительных болей при глотании. Температура повышается до 38-39º С, держится от нескольких часов до 2-3 суток и нормализуется даже без лечения при сохранении местных признаков. Могут быть умеренное увеличение регионарных лимфоузлов, чаще с обеих сторон. Они умеренно болезненны, подвижны. В отличии от инфекционного мононуклеоза, пленчатая форма дифтерии глотки имеет ряд своих особенностей. Пленка сероватого цвета, гладкая с перламутровым блеском, четко очерченными краями всю шарообразную и отечную миндалину. Пленка с трудом снимается, обнажая кровоточащую поверхность. Могут образовываться новые налеты на месте ранее снятых. Пленка не растирается между шпателями и тонет при погружении в воду.

Специфическими осложнениями при дифтерии могут быть поражения сердечно-сосудистой и нервной систем, тогда как при инфекционном мононуклеозе они не встречаются вовсе или крайне редко.

1. Скарлатина – острая антропонозная инфекция, вызываемая β-гемолитическим стрептококком группы А и характеризующаяся интоксикацией, поражением зева, точечной экзантемой и нередко регионарным лимфоаденитом.

Инкубационный период в среднем 5-6 дней, а при ИМ обычно около 14 дней. Скарлатина начинается остро с лихорадки до 38-39º С и даже 40º С, очень часто сопровождается однократной или многократной рвотой, что не является признаком ИМ. На фоне высокой температуры больные остаются подвижными, возбужденными, болтливыми, кричат, становятся требовательными и плохо управляемы. В самых тажелых случаях развивается бред, больные становятся вялыми, угнетенными. При ИМ лихорадка может колебаться от 4 дней до 1 месяца.

Поражение зева при скарлатине представляет собой яркую, разлитую гиперемию, охватывающую боковые миндалины (а часто и все кольцо Пирогова-Вальдера), дужки, язычок, мягкое небо и заднюю стенку глотки и резко обрываются на месте перехода слизистой мягкого неба к твердому небу. Линия обрыва образует заметные неровности края гиперемии – «пылающий зев с языками пламени», что не характерно для ИМ с фибринозными налетами, которые при скарлатине появляются крайне редко и обычно развиваются при очень тяжелых случаях. Резкая гиперемия и отек зева сопровождается болями в горле, на которые больные жалуются с первых часов заболевания, что совсем не встречается при ИМ (боли незначительные или могут вовсе отсутствовать).

Первичный лимфаденит тоже является ранним признаком скарлатины, чаще он двухсторонний, реже односторонний. Увеличенные лимфоузлы плотны на ощупь, болезненны, тогда как при ИМ они более мягкой консистенции, слабо болезненны.

Характерным признаком скарлатины является сыпь, которая появляется на 1-2 день заболевания. Она всегда располагается на фоне гиперемированной кожи: на сгибательных поверхностях конечностей, передней и боковой поверхностях шеи, боковых поверхностях груди. На животе, внутренней и задней поверхностях бедер. Сыпь имеет вид точечный вид. При ИМ сыпь не имеет такого вида: она обычно сопровождается герпетическими высыпаниями во рту или в области гениталий.

1. Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) – широко распространенная антропонозная инфекция из группы герпетических, в обычных условиях протекающая как очень легкая форма заболевания (ОРЗ-подобное, мононуклеозо-подобное).

Клиническая картина ЦМВИ во многом малоизучен. Приобретенная форма ЦМВИ протекает как гриппоподобный процесс. Дифференциальная диагностика от ИМ обосновывается на основании цитологического метода, при этом выявляют цитомегалические клетки в осадке мочи, слюны, молока и других секретов после окраски по Папаниколу. Можно также выявить антитела к вирусу с помощью ИФА, ПЦР.

1. Корь – острое вирусное антропонозное заболевание, характеризующееся выраженной интоксикацией, катаральным и катарально-гнойным ринитом, ларингитом, конъюнктивитом, своеобразной энантемой (пятна Бельского-Филатова-Коплика) и папулезно-пятнистой сыпью.

Заболевание начинается остро (инкубационный период 9-11 дней) с симптомов интоксикации и катарального воспаления слизистых оболочек. Повышается температура до 38-39 ºС. Возникает и неуклонно растет ринит с обильным, иногда непрерывным истечением серозного, позже серозно-гнойного экссудата, появляются признаки ларингита – частый, короткий, сухой, «лающий», мучительный кашель, осиплость глосса. Указанные симптомы не характерны для ИМ, но кашель может наблюдаться, однако, он не имеет характер мучительного, «лающего», а ринит отсутствует вовсе или же он выражен очень незначительно. При кори всегда развивается конъюнктивит с отеком и гиперемией слизистой оболочки глаз, с серозным или серозно-гнойным отделяемым, а также инъекциями сосудов склер, слезотечение, светобоязнь.

К концу 1-2 дня появляется специфический диагностический симптом кори – пятна Бельского-Филатова-Коплика. Они располагаются во рту на слизистой оболочке щек и имеют вид манной крупы. В редких случаях они могут сливаться. Одновременно с пятнами Бельского-Филатова-Коплика появляется другой диагностический симптом кори – высыпания на коже. Элементы сыпи имеют папулезно-пятнистый характер, появляются изначально на лице, шее, за ушами. Затем опускаются на 2-й день на туловище, руки, бедра, на 3-й день на голенях и стопах. Сыпь имеет тенденцию к сливанию, может сопровождаться легким зудом.

Конъюнктивит, пятна Бельского-Филатова-Коплика, сыпь самые характерные симптомы кори, которые не встречаются при ИМ.

1. Эпидемический паротит – острое вирусное заболевание, характеризующееся лихорадкой, общей интоксикацией, увеличением одной или нескольких слюнных желез, нередко поражением других железистых органов и нервной системы.

Инкубационный период длится чаще 15-19 дней. Продромальный период встречается редко. В течение 1-2 дня больные жалуются на недомогание, общую слабость, разбитость, головную боль, боли в мышцах и суставах, снижение аппетита.

В типичных случаях заболевание начинается остро. Температура повышается до 38-40 ºС, наблюдаются признаки общей интоксикации. Лихорадка чаще достигает максимальной выраженности на 1-2-й день заболевания и продолжается 4-7 дней с последующим литическим снижением, что не характерно для ИМ, где лихорадка не снижается так резко.

Поражение околоушных слюнных желез – первый и характерный признак болезни. Появляется припухлость и резкая болезненность в области околоушных желез сначала с одной стороны, затем с другой стороны. Область увеличенной железы болезненна при пальпации, мягковато-тестоватой консистенции. Возможны гипермия и отечность миндалин, но в отличии от ИМ на них нет налетов. Припухлость желез и миндалин держится 2-3 дня, затем постепенно уменьшается, а при ИМ миндалины медленно уменьшаются в течении всей болезни. При паротите больные жалуются на боли при жевании, разговоре, что не характерно для ИМ. Специфическим осложнением паротита могут быть поражения яичек у мальчиков, признаки менингоэнцефалита, острые панкреатиты. Все эти осложнения не встречаются при ИМ.

1. Лимфогранулематоз (ЛГМ) – системное опухолевое заболевание лимфоидной ткани и крови. В отличие от ИМ ЛГМ имеет продолжительное начало. Заболевание начинается с таких жалоб как: необъяснимая слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, похудание, нарушение сна. Затем больные обращают внимание на увеличение лимфоузлов, чаще в области шеи. Сначала, как правило, увеличивается только один лимфоузел, достигая весьма ощутимых размеров - 3-5-10 см, тогда как при ИМ увеличивается группа лимфоузлов. Они небольших размеров (1-3 см), не спаяны между собой, плотноватой консистенции. ИМ сопровождается обычно лихорадкой, что довольно редко присуще ЛГМ. Кроме того, для ИМ характерно воспаление миндалин с отложением на них налета, что не наблюдается при ЛГМ. После проведения обычной противовирусной, противовоспалительной терапии при ИМ имеется ответ, чего не скажешь при ЛГМ.
2. Острые лейкозы – опухоли крови, которые во многом схожи по клинике с ИМ. Но имеются и различия: начало лейкозов более длительнее, для них характерна необъяснимая слабость, утомляемость, тревога, ухудшение самочувствия, похудание. В обеих случаях возможны и увеличение лимфоузлов, и воспалительные явления на миндалинах. Однако, после проведенной терапии признаки ИМ проходят в течение максимум через 1-2 месяца, хотя картина крови нормализируется только через 3-6 месяцев. Немаловажным дифференциальным признаком является картина крови при острых лейкозах и ИМ. При лейкозах наблюдаются грубые нарушения в системе крови в той или иной области в зависимости от генеза опухоли, тогда как при ИМ повышаются лишь мононуклеары.
3. Гепатиты – воспалительные заболевания печени различной этиологии (вирусы, токсические и медикаментозные вещества, механическая обтурация и т.п.), характеризующиеся гепатомегалией и нарушением функции печени. Для гепатитов, например, вирусных характерны грубые нарушения в биохимическом анализе крови. Это увеличение общего и прямого билирубина в десятки раз, увеличение АлТ, АсТ, КФК, щелочной фосфотазы в несколько раз, тогда как для ИМ не характерны такие резкие скачки в анализах. Гепатиты часто сопровождаются желтухой, что редко наблюдается при ИМ. Но и это не главное в дифференциальной диагностике. В анализе мочи у больных вирусными гепатитами выявляются желчные пигменты, которых нет при ИМ. Окончательно разобраться с диагнозом помогают специфические серологические реакции на вирусные гепатиты.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**Клинический диагноз: Инфекционный мононуклеоз, типичная форма, средней степени тяжести.**

- поставлен на основании:

* *Жалоб больной*: на припухлость околоушных лимфатических узлов с обеих сторон; на небольшие боли при глотании, припухлость горла; субфебрильную температуру в течение последних 10-ти дней.
* *Истории настоящего заболевания***:** Считает себя больной в течение двух недель. Когда после праздников мама заметила увеличение околоушных и подчелюстных лимфоузлов. Появились температура до субфебрильных цифр, незначительные боли при глотании, дискомфорт в горле. Через сутки присоединилась слабость, головная боль.

13 мая мама больной обратилась участковому педиатру, которая после осмотра поставила диагноз инфекционный мононуклеоз и направила в 4-ю инфекционную больницу.

* *Данных лабораторных методов исследования*:

1. ОАК

Эритроциты 3,97 х 10^12/л

Hb 115 г/л

Цв. пок. 0.9

СОЭ 12 мм/ч

Лейкоциты 6,8 х 10^9/л

2.ОАМ (от 14.05.04.)

Кол-во 100 мл

Цвет сол.-желт.

Уд. вес 1010

Прозрач. прозрачная

Реакция кислая

Белок отрицат.

Желчные пигменты отрицат.

Лейкоциты 1-2 в п. зр.

Слизь Отрицат

3. Биохимический анализ крови

норма

Альбумины 58,7 % 56,5- 66,5 %

α1 3,0 % 2,5- 5,0%

α2 6,5% 5,1- 9,2%

β 9,5% 8,1-12,2%

γ 20,1% 12,8-19,0%

АЛАТ 15 е/л до 30 е/л

АСАТ 37 е/л до 40 е/л

Биллир. общ. 8,9 мкмоль/л 8,5-20,5 мкмоль/л

Биллир. прямой 1,4 мкмоль /л 0-5,1 мкмоль/л

Щел. Фосфатаза 259 е/л

4. ИФА сыворотки крови на наличие антител

Анти - НВsAg

Анти НВе не выявлены

RW

ВИЧ

ПТИ -- 95%

5. УЗИ органов брюшной полости

Заключение: диффузное увеличение границ печени, желчный пузырь без особенностей. Спленомегалия.

6. Кровь на мононуклеоз

Атипичные мононуклеары – 29%.

**ЛЕЧЕНИЕ**

1. Диета-стол № 15.
2. Режим-палатный с ограничением двигательной активности.
3. Медикаментозная терапия:

Rp.: Sol. Glucosae 5%-400,0 ml

Sol. As. Ascorbinici 5%-5,0 ml

D.S.: в/в капельно.

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9%-200,0 ml

Sol. Thiamini bromidi 3%-5,0 ml

D.S.: в/в капельно.

Rp.: Tab. Ascorutini 0,25

D.S. 3 раза в день

Rp.: Caps. “Vitrum jr” #50

D.S. внутрь по 1 капсуле после еды с утра в течении месяца

Полоскание рта раствором фурацилина, диокидина.

Согревающие повязки на шею.

**ДНЕВНИК**

16.05.11.

диагноз лечение инфекционный мононуклеоз

Состояние средней тяжести. Жалобы на слабость, повышение температуры до 37º С, повышенную утомляемость, сниженный аппетит, осиплость голоса.

Зев гиперемирован, обложен белым налетом. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, при пальпации отмечается незначительная болезненность в области правого подреберья. Гепатомегалия.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 100/70 мм.рт.ст., ЧСС 76 уд. в мин. Над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание, ЧД-16 в мин. Стул, диурез сохранены, обычны.

Лечение переносит хорошо. Рекомендовано продолжить лечение.

17.05.11.

Состояние удовлетворительное. Активных жалоб не предъявляет.

Зев гиперемирован, следы налета. Язык влажный, чистый.

Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/70 мм.рт.ст., ЧСС 78 уд. в мин. Над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание, ЧД-16 в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Стул, диурез сохранены, обычны.

Лечение переносит хорошо. Рекомендовано продолжить лечение.

**ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Больная 1996 г\р, поступила в инфекционную больницу № 4 13.05.04. с жалобами на на припухлость околоушных лимфатических узлов с обеих сторон; на небольшие боли при глотании, припухлость горла; субфебрильную температуру в течение последних 10-ти дней.

Из истории настоящего заболевания**:** Считает себя больной в течение двух недель. Когда после праздников мама заметила увеличение околоушных и подчелюстных лимфоузлов. Появились температура до субфебрильных цифр, незначительные боли при глотании, дискомфорт в горле. Через сутки присоединилась слабость, головная боль. 4 мая мама больной обратилась участковому педиатру, которая после осмотра поставила диагноз инфекционный мононуклеоз и направила в 4-ю инфекционную больницу.

После произведенного обследования, был выставлен диагноз: **Инфекционный мононуклеоз, среднетяжелая форма** и назначено лечение (диета, ограничение двигательной активности, Sol. Glucosae, Sol. Aс. Ascorbinici, Sol. Thiamini bromidi, Поливитамины). В результате проводимого лечения больная отмечает улучшение состояния. Рекомендовано продолжить лечение.

Прогноз при данном заболевании для жизни и трудоспособности благоприятный.

**ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни, М., 2001 г.
2. Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгерова Лекции по инфекционным болезням. М., 1999 г.
3. Казанцев А.П., Т.М. Зубик Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. М., 1999 г.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства. М., 2000г
5. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. М., 1999 г.