КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

ИМЕНИ И.К.АХУНБАЕВА

КАФЕДРА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

На больного Б.Э.Т.

Диагноз: Скарлатина, типичная форма, средней тяжести, гладкое течение

Куратор: ст 5 курса леч.фак 34 гр

Рустанов А.Р

Преподаватель: доцент кафедры

Джолбунова З.К

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О. Б.Э.Т.

Возраст: 7 лет

Пол мужской

Дата рождения:

Адрес больного: город Бишкек

Родители:

мать: Н.А.А. место работы: бухгалтер

отец: Б.Т.К. место работы: временно не работает

Дата заболевания: 5 февраля 2015 года

Дата поступления: 5 февраля 2015 года

Диагноз клинический:

Скарлатина, типичная форма, средней тяжести, гладкое течение

ЖАЛОБЫ

На повышение температуры тела до 38,3°, наличие сыпи на лице и на верхней части туловища, головная боль, боль в горле

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Со слов матери ребенок заболел 5 февраля 2015 года, когда повысилась температура до 38,3, была рвота однократно, а через 3-4 часа на лице появилась мелкоточечная сыпь, боль в горле, затем сыпь распространилась на кожу туловища и конечностей.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Ребенок от 1-й беременности, родился доношенным. Единственный ребенок в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Болел ветряной оспой, часто ­ ОРВИ. Привит по графику. Аллергологический анамнез не отягощен.

инфекция сыпь горло мышечный

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Мать болела ангиной с 20.03.15 по 27.03.15. Контакт с другими инфекционными больными не установлен

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Общий осмотр:

Состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное. Положение тела активное. Ориентирован в месте и времени, контактен.

Телосложение нормостеническое. Вес 39 кг, рост 145 см.

Температура ­ 38,2° ЧД-22, ЧСС-88

Общие свойства кожного покрова:

на фоне гиперемированного лица имеется мелкоточечная сыпь, носогубной треугольник свободен от сыпи. Сыпь также на шее, туловище и на разгибательных поверхностей верхних конечностей, склонных к сгущению в подмышечных и локтевых облостях. Кожа на ощуп сухая, горячая. Белый дермаграфизм. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Пастозности и отеков нет.

Подчелюстные и переднешейные лимфоузлы увеличены до 0,8 см в диаметре, не спаянные с кожей, слегка болезненные.

Костно-суставная, мышечные системы:

В конфигурации скелета деформаций не выявлено, суставы правильной формы, активные и пассивные движения в них в полном объеме, безболезненны. Степень развития мышц, сила и тонус их удовлетворительные.

Система органов дыхания:

Форма грудной клетки нормостеническая. Дыхание через нос свободно. Число дыханий - 22 в 1 мин. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания.

Пальпаторно участков болезненности и ригидности межреберных мышц не выявлено.

При сравнительной перкуссии над обоими лёгкими ясный легочной звук. При топографической перкуссии границы легких в пределах возрастной нормы.

Аускультация легких: везикулярное дыхание

Система органов кровообращения:

При осмотре деформаций грудной клетки в области сердца нет, видимой пульсации сосудов не выявлено.

При пальпации: верхушечный толчок в 5-ом межреберье по среднеключичной линии,на 1см кнаружи, умеренной силы и высоты, не разлитой, дрожаний нет. ЧСС - 88/мин

При перкуссии:

Границы сердца относительной тупости

Верхняя 2-е межреберье

Левая 1см кнаружи от левой среднеключичной линии

Правая кнутри от парастернальной линии

Поперечник сердца,в см 9

Границы сердца абсолютной тупости

Верхняя 3межреберье

Левая по средне-ключичной линиии

Правая левый край грудины

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца четкие, ясные, звонкие. Шумов не выявлено.

Система органов пищеварения:

При осмотре полости рта гиперемия зева, язычка, мягкого неба. Язык у корня обложен белым налетом.

Живот обычной формы, симметричный, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Патологических опухолевидных и грыжевых образований не обнаружено.

Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул оформленный

Мочеполовая система:

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Почки не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Припухлостей и болезненности в поясничной области нет.

Психоневрологический статус:

Сознание ясное. Ребенок активный. Очаговой неврологической симптоматики не обнаружено. Менингиальных знаков не выявлено. Зрачки одинакового диаметра, нистагм отсутствует.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб (на повышение температуры тела до 38,3°, наличие сыпи на лице и на верхней части туловища, головная боль, боль в горле), анамнеза (острое начало) эпидемиологического анамнеза (Мать болела ангиной с 20.03.15 по 27.03.15.), объективных данных (на фоне гиперемированного лица имеется мелкоточечная сыпь, носогубной треугольник свободен от сыпи - симптом Филатова. Сыпь также на шее, туловище и на разгибательных поверхностей верхних конечностей, склонных к сгущению в подмышечных и локтевых облостях - симптом Пастиа. Кожа на ощуп сухая, горячая. Белый дермаграфизм. Подчелюстные и переднешейные лимфоузлы увеличены до 0,8 см в диаметре, не спаянные с кожей, слегка болезненные. При осмотре полости рта гиперемия зева, язычка, мягкого неба. Язык у корня обложен белым налетом) был поставлен предварительный диагноз: Скарлатина, типичная форма, средней тяжести, гладкое течение

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

ЭКГ

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ОАК:

эритроциты ­ 4,11\*1012/л, Нb ­ 137 г/л, ЦП ­1,0; СОЭ ­ 12 мм/ч, лейкоциты ­ 11,1\*109/л, эозинофилы ­ 12%, нейтрофилы: палочкоядерные ­ 2%, сегментоядерные ­ 54%, лимфоциты ­ 26%, моноциты ­ 6%.

В ОАК лейкоцитоз, эозонофилия, ускоренное СОЭ

ОАМ:

цвет ­ соломенно-желтый, уд. вес ­ 1010, белок ­ нет. Эритроциты 0-1-2 в поле зр, лейкоциты 1-2в поле зр, цилиндры - нет

Анализ мочи без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 88, патологий не выявлено

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб (на повышение температуры тела до 38,3°, наличие сыпи на лице и на верхней части туловища, головная боль, боль в горле), анамнеза (острое начало) эпидемиологического анамнеза (Мать болела ангиной с 20.03.15 по 27.03.15.), объективных данных (на фоне гиперемированного лица имеется мелкоточечная сыпь, носогубной треугольник свободен от сыпи - симптом Филатова. Сыпь также на шее, туловище и на разгибательных поверхностей верхних конечностей, склонных к сгущению в подмышечных и локтевых облостях - симптом Пастиа. Кожа на ощуп сухая, горячая. Белый дермаграфизм. Подчелюстные и переднешейные лимфоузлы увеличены до 0,8 см в диаметре, не спаянные с кожей, слегка болезненные. При осмотре полости рта гиперемия зева, язычка, мягкого неба. Язык у корня обложен белым налетом) и данных дополнительного исследования (в ОАК лейкоцитоз, эозонофилия, ускоренное СОЭ, ОАМ без изменений, данные ЭКГ- отсутствие патологии) был поставлен клинический диагноз: Скарлатина, типичная форма, средней тяжести, гладкое течение

ЛЕЧЕНИЕ

Режим: полупостельный в первые 10 дней

Диета: механически щадящая пища, обильное питье (соки, морсы)

Этиотропное лечение:

Rp: Benzylpenicillini-natrii 500000ED

D.t.d.n. 20. Содержимое 1 флакона р-рить в 5 мл изотонического р-ра NaCl, вводить в/м 3 раза в день 10 дней

десенсибилизирующая терапия: Tab. Calcii gluconatis 0,5.t.d.n. 20. По 1 таб. 2р. в день

витаминотерапия, направленная на укрепление сосудистой стенки

Rp: Tab. “Ascorutinum” n.20

D.S. По 1 таб. 2 р. в день

Симптоматическое лечение

Rp: Tab. Paracetamoli 0.5

D.t.d.n. 20

S. принимать при повышении температуры

полоскание полости рта раствором фурацилина

ДНЕВНИКИ

.02.15 Предъявляет жалобы на головную боль, слабость, боли в горле. Состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное. Температура ­ 38,3 С. Наличие сыпи на лице и на верхней части туловища. Дыхание через нос не затруднено, отделяемого нет. При осмотре полости рта гиперемия зева, язычка, мягкого неба. Язык у корня обложен белым налетом. Подчелюстные и переднешейные лимфоузлы увеличены до 0,8 см в диаметре, не спаянные с кожей, слегка болезненные. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Границы легких в пределах нормы.

Аускультативно ­ везикулярное дыхание, ЧД-22. Пульс ритмичный частота - 88 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, нормальной величины. АД - 130/80. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, без дополнительных шумов. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный. Мочеиспускание не затруднено.

.02.15. Состояние ребенка удовлетворительное. Сознание ясное. Температура ­ 36,6С°. Кожные покровы бледно-розовые, на месте сыпи мелкопластинчатое шелушение, на коже пальцев рук ­ крупнопластинчатое шелушение. Дермографизм белый. Слизистая зева розовая. Миндалины не гипертрофированы, налетов нет. Язык влажный, ярко крассный с выраженными сосочками. Подчелюстные и переднешейные лимфоузлы увеличены до 0,8 см в диаметре, эластичные, не спаянные с кожей, безболезненные. Отеков нет. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Частота дыхания ­ 18 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно ­ везикулярное дыхание. Пульс ритмичный, частота - 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, нормальной величины. АД - 130/80. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, без дополнительных шумов. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный. Мочеиспускание не затруднено. Лечение получает.

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Больной Б.Э.Т., 7 лет, поступил в детское инфекционное отделение 5 февраля 2015 года с жалобами на повышение температуры тела до 38,3°, наличие сыпи на лице и на верхней части туловища, головная боль, боль в горле. Заболел 5 февраля 2015 года, когда повысилась температура до 38,3° и ребенок начал жаловаться на боль в горле, была рвота однократно, а через 3-4 часа на лице появилась мелкоточечная сыпь, боль в горле, затем сыпь распространилась на кожу туловища и конечностей. Мать болела ангиной с 20.03.15 по 27.03.15

На день поступления в клинику состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное. Температура ­ 38,3 С. на фоне гиперемированного лица имеется мелкоточечная сыпь, носогубной треугольник свободен от сыпи - симптом Филатова. Сыпь также на шее, туловище и на разгибательных поверхностей верхних конечностей, склонных к сгущению в подмышечных и локтевых облостях - симптом Пастиа. Кожа на ощуп сухая, горячая. Белый дермаграфизм. Подчелюстные и переднешейные лимфоузлы увеличены до 0,8 см в диаметре, не спаянные с кожей, слегка болезненные. При осмотре полости рта гиперемия зева, язычка, мягкого неба. Язык у корня обложен белым налетом. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно ­ везикулярное дыхание. Пульс ритмичный частота - 88 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, нормальной величины. АД - 130/80. Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, без дополнительных шумов. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный. Мочеиспускание не затруднено.

Данные дополнительных методов обследования:

ОАК:

эритроциты ­ 4,11\*1012/л, Нb ­ 137 г/л, ЦП ­1,0; СОЭ ­ 12 мм/ч, лейкоциты ­ 11,1\*109/л, эозинофилы ­ 12%, нейтрофилы: палочкоядерные ­ 2%, сегментоядерные ­ 54%, лимфоциты ­ 26%, моноциты ­ 6%.

В ОАК лейкоцитоз, эозонофилия, ускоренное СОЭ

ОАМ:

цвет ­ соломенно-желтый, уд. вес ­ 1010, белок ­ нет. Эритроциты 0-1-2 в поле зр, лейкоциты 1-2в поле зр, цилиндры - нет

Анализ мочи без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 88, патологий не выявлено

Больной в стационаре получал следующее лечение: режим полупостельный, диета с механически щадящей пищей, обильное питье (соки, морсы) пенициллин 500000 ЕД 3 р. в день, глюконат Са 0.5 по 1 таб 2 раза в день, парацетамол в таблетках при повышении температуры. полоскание полости рта раствором фурацилина. На фоне проведенного лечения состояние больного улучшилось. С целью профилактики распространения инфекции в детском коллективе больной должен находится дома в течение 12 дней после выписки из стационара.