КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

# История болезни

Лакунарная ангина

Подготовила: студентка

Абенова К.Э

Проверил: преподаватель

Абдилкасимов Зульфикар Ерденович

КАРАГАНДА 2012 г.

1. Паспортная часть

1. Ф.И.О. К\*\*\*

. Возраст: 2 года 3 месяца (23.08.2010)

3. Место жительство: г.Караганда, Октябрьский район

. Организованный

. К\*\*\* Светлана Игоревна 22 года (16.01.1990)

. Дата поступления: 02.12.2012 в 8 часа

. Был направлен: скорой помощью

. Дата выписки: 10.12.2012

. Предварительный диагноз: лакунарная ангина

. Клинический диагноз: лакунарная ангина средней степени тяжести

Жалобы при поступлении

На повышение температуры тела до 40 градусов, озноб, головную боль, общую слабость, недомогание, боли в горле при глотании.

Анамнез заболевания

Ребенок считается больным с 30.11.2012 года с резкого повышения температуры до 39-40С. Ребенок лихорадил, был вялым насморк.

.11.2012 года обратились к участковому врачу где ребенок был осмотрен. Участковый врач назначил оспамокс, Амоксиклав, линекс, полоскать горло отварами трав (ромашки, шалфея), раствором соды пищевой. Но состояние ребенка не улучшалось, ребенок продолжал лихорадить. И 02.12.2012 года в 4 часа была вызвана карета скорой помощи. Была оказана помощь - раствор папаверина 2% 0,2мл; раствор димедрола 1% 0, 2 мл; раствор анальгина 50% 0,2 мл, поставлен диагноз лакунарная ангина.

И был госпитализирован в инфекционную больницу.

2. Эпидемиологический анализ

Контакта с инфекционным больными отрицает, проживает в благоустроенной квартире с мамой, с папой и братьями. Правила личной гигиены соблюдаются, питание регулярное, питается только дома, домашних животных нет, водоснабжение центральное, употребляет кипяченную воду Настоящие заболевание связывает с переохлаждением так как накануне длительное время пребывал на улице детской площадки.

3. Анамнез жизни

Ребенок от 5 беременности ,3 родов , 2 аборта. Роды были естественным путем на 38 недели беременности, беременность протекало без угроз. Ребенок родился доношенным, с весом 3кг 200гр, рост 55 см, приложили к груди сразу. В роддоме пребывали 7 дней (Майкудук). Пуповина отпала на 5 день. Заболеваний перенесенных на период новорожденности нет. Вскармливался грудью до 1 месяца беспорядочно, после был переведен на искусственное вскармливание, а с 6 месяца стали прикармливать. Прививки получал по плану. Перенесенные заболевания частые ОРВИ, Ларинготрахиит, ОКИ.tatus presens

Общее состояние ребенка средней степени тяжести за счет умеренной интоксикации и лихорадки. Сознание ясное, ребенок вылый, аппетит снижен. Грудь не сосет. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Цианоза нет. Конечности теплые. Сыпи нет. Язык обложен белым налетом. Глаза не запавшие. Кожная складка расплавляется сразу. Периферических отеков нет. Переферические лимфатические узлы не увеличены. Костно - мышечная система без видимых деформаций.

Дыхательная система:

Дыхание через нос свободное, отделяемого гнойного, серозного нет. Кашля нет. Зев умеренно гиперемирован, на миндалинах беловатые фолликулы диаметром 2-3 мм, возвышаются над поверхностью, не снимаются шпарелем с обеих сторон. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Экскурсия грудной клетки в полном объеме. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - смешанный, глубина средняя, частота - 20 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии ясный одинаковый лёгочный звук с двух сторон.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких | Слева | Справа |
| Средне-ключичная линия | VI ребро | VI ребро |
| Переднее подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| Задне подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро |

Подвижность нижних краев - 3 см.

При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

Сердечно-сосудистая система:

Осмотр: Область сердца без выпячивания. Верхушечный и сердечный толчок не просматриваются.

Пальпация: Сердечный толчок не определяется. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по средне-ключичной линии кнаружи, нормальной силы. ЧСС 128 в мин.

Перкуссия: Границы относительной сердечной тупости. Верхняя - 2 межреберье, левая - 0,5-1,5 кнаружи от среднеключичной . Правая - кнутри от правой парастернальной линии.

Аускультация: Сердечные тоны ритмичные, ясные, звучные. Шумы отсутствуют. Патологические пульсации не визуализируется. Над яремными венами "шум волчка" не определяется. Над бедренными артериями систолический тон, двойной тон Траубе и тон Виноградова не выслушиваются.

Пищеварительная система:

Живот обычных размеров, симметричный, не изменен. Рубцов и грыжевых выпячиваний нет. Венозная сеть не выражена. В области анального отверстия и перианальной области патологии не выявлено.

Пальпация: Симптомы Щеткина-Блюмберга и Менделя отрицателные. Живот мягкий, безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет. Возбуханий в области паховых колец и пупка нет. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной и левой латеральной областях в виде смещаемого цилиндра. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде смещаемого цилиндра с грушевидным расширением. Конечный отдел подвздошной кишки пальпируется в иде урчащего и перистальтирующего цилиндра с гладкой поверхностью. Восходящая, нисходящая и поперечная ободочная кишки пальпируются в виде мягких цилиндров, безболезненных.

Аускультация: Выслушиваются периодически возникающие кишечные шумы. Шум трения брюшной стенки отсутствует.

Печень пальпируется у края реберной дуги, безболезненная, край ее ровный, эластичный. Размеры печени по Курлову 7-6-5 см. Симптомы Кера, Мерфи, Мюсси, Ортнера отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Репродуктивная система:

Половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Яички опущены в мошонку, при пальпации безболезненные.

Мочеполовая система:

Над лобком, в области почек выпячиваний нет. Поколачивание и пальпация над лобком безболезненно. Пальпация в подчревной области безболезненна. Почки не пальпируются.

Нервная система:

Дневной сон - 3-4 раза по 1,5-2 часа. Ночной сон 8 часов. Нервно психическое развитие соответствует возрасту. Болевая, температурная и тактильная чувствитеьноть выявляются. Общие движения руки соответствуют возрасту. Гиперкинезов нет. Дермографизм белый. Менингиальных симптомов нет.

Зрительная и слуховая функции без нарушений.

Физическое развитие гармоничное.

Предварительный диагноз

Лакунарная ангина

На основании:

. Жалоб - повышение температуры тела до 39-40 С, озноб, головную боль, общую слабость, недомогание, боли в горле при глотании.

. Объективных данных- зев умеренно гиперемирован, на миндалинах беловатые фолликулы диаметром 2-3 мм, возвышаются над поверхностью, не снимаются шпарелем с обеих сторон. Язык обложен белым налетом

. Сведений о заболеваниях ребенка - частые ОРВИ

Выставляем предварительный диагноз: Лакунарная ангина.

План обследования

. ОАК(общий анализ крови)

. ОАМ(общий анализ мочи)

. Мазок из зевана бетагемолитический стрептококк

. Мазок из носа бетагемолитический стрептококк

. Мазок из зева на флору

. Соскоб на яйцаглист

. Копрологическое исследование

Дополнительные методы исследования

. Общий анализ крови от 09.11.12.- 120 г/л.

Эр - 4,0х1012/л

ЦП - 0,82

Лейк. 9,1х109/л

СОЭ - 40 мм/час

Эоз. - 1%

Лимф. - 39%

Мон. - 9%

Заключение: лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

. Общий анализ крови от 13.11.12.- 120 г/л.

Эр - 4,0х1012/л

ЦП - 0,8

Лейк. 5,1х109/л

СОЭ - 25мм/час

Эоз. - 4%

Лимф. - 53%

Мон. - 11%

Заключение: лимфоцитоз, моноцитоз, увеличение СОЭ.

. Анализ мочи от 09.11.12

Цвет светло желтый

Реакция щелочная

Прозрачная

Белок - отр

Сахар - отрицательно

Лейкоциты - 0-1-0 в поле зрения

. Соскоб на я/глист

Яйца гельминтов не обнаружены.

. Копрологическое исследование от 13.11.12

Консистенция кашицеобразная

Непереварем мышечные волокна +

Непереваримая клетчатка+

Переваримая клетчатка +

Лейкоциты 1-1-1

Слизь-

Заключение: в норме

. Мазок из зева на бетагемолитический стрептококк положительный

. Мазок из носа бетагемолитический стрептококк положительный

. Мазок из зева на флору положительный

Вывод: у больного лекоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз

4. Дифференциальный диагноз

Локализованные формы дифтерии (островчатая и пленчатая) отличаются от ангины постепенным началом заболевания, специфическими проявлениями общей интоксикации в виде бледности кожи лица, умеренной адинамии и вялости (озноб, ломота в теле, боли в мышцах и суставах, характерные только для ангины), несоответствием объективных и субъективных проявлений болезни (незначительная боль в горле при глотании при наличии выраженных воспалительных изменений со стороны миндалин), особенностями воспалительного процесса в ротоглотке, характеризующегося застойно-синюшным цветом гиперемии и выраженным отеком миндалин с наличием на их поверхности пленчатого трудно снимаемого налета, оставляющего после себя дефект ткани. При атипичном течении дифтерии, что наблюдается у половины взрослых больных, налет снимается легко, не оставляя дефекта ткани. Однако и в этих случаях сохраняются остальные характерные для дифтерии зева признаки.

Скарлатина отличается от ангины появлением в первые сутки болезни по всему телу, кроме носогубного треугольника, обильной точечной сыпи, расположенной на гиперемированном фоне, сгущающейся на шее, боковых поверхностях грудной клетки и в треугольнике Симона и особенно выраженной в естественных складках кожи (симптом Пастия), а также характерными проявлениями тонзиллита в виде ярко-красного цвета гиперемии миндалин, небных дужек, язычка и мягкого неба ("пылающий зев").

Для инфекционного мононуклеоза характерны, кроме тонзиллита (гнойно-некротического или фибринозного), полиаденит, увеличение печени и селезенки, лимфомоноцитоз с одновременным появлением атипичных мононуклеаров и плазматических клеток, а также положительная реакция ХД/ПБД.

Ангинозная форма туляремии отличается от ангины сравнительно поздним появлением (на 3-5-е сутки) одностороннего катарального или некротического тонзиллита, выраженным увеличением регионарных к пораженной миндалине лимфатических узлов, которые продолжают увеличиваться и после исчезновения тонзиллита (туляремийный бубон).

Для лейкозов и агранулоцитоза является типичным сравнительно позднее (на 3-6-е сутки болезни) появление некротического тонзиллита с распространением некротических изменений на слизистую оболочку небных дужек, язычка, щек; наличие септической лихорадки, гепатолиенального синдрома и характерных изменений гемограммы (hiatus leucemicus - при лейкозах и резкое снижение количества нейтрофилов при агранулоцитозе).

При герпангине наблюдаются, наряду с лихорадкой и интоксикацией, местные изменения в виде гиперемии слизистой оболочки ротоглотки и наличия на небных дужках, язычке, мягком небе, а иногда - на миндалинах и языке отдельных папул размером 2-4 мм в диаметре, быстро превращающихся в пузырьки бело-серого цвета, а затем эрозии. Острые респираторные заболевания, протекающие с синдромом катарального фарингита, проявляются лихорадкой, интоксикацией, диффузной гиперемией слизистой оболочки ротоглотки, в том числе поверхности миндалин с одновременным поражением других отделов респираторного тракта (ринит, трахеит, ларингит или трахеобронхит). Углочелюстного лимфаденита при этом нет.

Кандидоз ротоглотки протекает с нормальной или субфебрильной температурой тела, хорошим самочувствием больных, наличием на поверхности миндалин, язычка, небных дужек, а иногда и на задней стенке глотки крошкообразного налета белого цвета в виде легко снимающихся островков размером 2-3 мм в диаметре. В анамнезе имеются указания на более или менее длительное применение антибиотиков широкого спектра действия или их комбинаций. Обострение хронического тонзиллита отличается от повторной ангины постепенным началом, вялым и относительно продолжительным течением заболевания с непостоянной субфебрильной температурой тела, отсутствием выраженной интоксикации, умеренными болями и неприятными ощущениями в горле при глотании, застойным характером гиперемии рубцово измененных и спаянных с небными дужками миндалин, наличием казеозного содержимого в лакунах, увеличением углочелюстных лимфатических узлов, характеризующихся плотной консистенцией и умеренной болезненностью, нормальными показателями количества нейтрофилов в крови или незначительно выраженным нейтрофильным лейкоцитозом.

5. Клинический диагноз

Лакунарная ангина, средней степени тяжести.

На основании:

. Жалоб - повышение температуры тела до 39-40 С, озноб, головную боль, общую слабость, недомогание, боли в горле при глотании ставиться диагноз ангина.

. Объективных данных- зев умеренно гиперемирован, на миндалинах беловатые фолликулы диаметром 2-3 мм, возвышаются над поверхностью, не снимаются шпателем с обеих сторон. Язык обложен белым налетом ставиться диагноз лакунарная ангина.

. Сведений о заболеваниях ребенка - частые ОРВИ

. На основание лабораторно - инструментальных методов - лейкоцитоз (со сдвигом влево), увеличение СОЭ, положительные данные на определение бета гемолитического стрептококка.

Вывод лакунарная ангина средней степени тяжести.

Дневник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата температура тела, частота пульса, ЧД, АД | Жалобы объективный статус | назначения |
| 02.12.12 Т=36,4 Пульс=102 ЧД=30 | Состояние ребенка улучшилось, динамика положительная, самочувствие не нарушено, не лихорадит, аппетит удовлетворительный, сон спокойные, кожные покровы чистые, влажные слизистые влажные, зев гиперемирован, миндалины увеличены, гнойных наложений нет, дыхание свободное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, безболезненный. Стула и рвоты нет. Лечение получает. | Стол №16, режим индивидуальный Rp.: Cephazolini 0,25 D.t.d. N 10 in amp S. в/м 2 р/д в течении 5 дней Rp.: lacton S. 2 раза в день Rp.: M-rae Paracetamoli 200,0 ml D.S. Внутрь по 1 ч.л. 3 р/д Rp: Sol Suprastini 2%-0,3ml D.S. в/м 1 р/д Rp.: Ambrobeni 2ml D.S. 2 раза в день |
| 03.12.12 Т=36,3 Пульс=100 ЧД=30 | Состояние ребенка улучшилось, динамика положительная, самочувствие не нарушено, не лихорадит, аппетит удовлетворительный, сон спокойные, кожные покровы чистые, влажные слизистые влажные, зев немного гиперемирован, миндалины обычных рамеров, гнойных наложений нет, дыхание свободное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, безболезненный. Стула и рвоты нет. Лечение получает. | Стол №16, режим индивидуальный Rp.: Cephazolini 0,25 D.t.d. N 10 in amp S. в/м 2 р/д в течении 5 дней Rp.: lacton S. 2 раза в день Rp.: M-rae Paracetamoli 200,0 ml D.S. Внутрь по 1 ч.л. 3 р/д Rp: Sol Suprastini 2%-0,3ml D.S. в/м 1 р/д Rp.: Ambrobeni 2ml D.S. 2 раза в день |
| 04.12.12 Т=36,6 Пульс=100 ЧД=30 | Состояние ребенка улучшилось, динамика положительная, самочувствие не нарушено, не лихорадит, аппетит удовлетворительный, сон спокойные, кожные покровы чистые, влажные слизистые влажные, зев cпокоен, миндалины обычных размеров, гнойных наложений нет, дыхание свободное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные, живот мягкий, безболезненный. Стула и рвоты нет. Лечение получает. | Стол №16, режим индивидуальный Rp.: Cephazolini 0,25 D.t.d. N 10 in amp S. в/м 2 р/д в течении 5 дней Rp.: lасton S. 2 раза в день Rp.: M-rae Paracetamoli 200,0 ml D.S. Внутрь по 1 ч.л. 3 р/д Rp: Sol Suprastini 2%-0,3ml D.S. в/м 1 р/д Rp.: Ambrobeni 2ml D.S. 2 раза в день |

Температурный лист

.12.12 Т=39,0; цефазолин;12кг; сон спокойный; рвоты нет; стул/ванна /нб

.12.12 Т=37,4; цефазолин; 12кг; сон спокойный; рвоты нет; стул/ванна 1-/1-

.12.12 Т=36,8; цефазолин; 12кг; сон спокойный; рвоты нет; стул/ванна нб/1\*

.12.12 Т=36,4; цефазолин; 12кг; сон спокойный; рвоты нет; стул/ванна 1\*/нб

.12.12 Т=36,3; цефазолин; 12кг; сон спокойный; рвоты нет; стул/ванна 1-/нб

.12.12 Т=36,6; цефазолин; 12кг; сон спокойный; рвоты нет; стул/ванна 1\*/нб

6. Лечение

Лакунарная ангина у детей лечится антибиотиками как цефалоспорины - это антибиотики 1 и 2 поколения. К ним относится антибиотик Цефазолин, Цефуроксим, Цефаликсин. Также можно применять и пенициллиновые антибиотики широкого спектра действия, такие как Аугментин. Не стоит применять антибиотики сульфаниламидные, так как они малоэффективные в лечении фолликулярной ангины. Антибиотики детям необходимо давать в виде суспензии, так как ребенок не сможет проглотить таблетку и они очень горькие на вкус.

При приеме антибиотиков наблюдаются аллергические реакции, и стоит принимать антибиотик совместно с противоаллергическими препаратами как: фенистил, зиртек, супрастин, тавегил.

Лакунарная ангина у детей начинается повышением температуры тела, которая может дойти до 40 градусов. У ребенка понижается аппетит, так как больно глотать пищу. В этот период необходимо обильное теплое питье.

Лечение лакунарной ангины у детей не обходится и без препаратов противовирусных. Оциллококцинум, арбидол, свечи ректальные виферон, интерферон и анаферон.

Также необходимо давать ребенку прибиотические препараты, которые будут восстанавливать желудочно кишечный тракт после применения антибиотика, чтобы не вызвать у малыша дисбактериоз. Таких препаратов тоже достаточно в аптеках любого города: линекс, бифидумбактерин, бифиформ малыш.

Полоскание горла различными антисептическими и очищающими растворами полезно при ангине любого происхождения. Для полоскания горла можно использовать раствор перманганата калия (0,1 %); раствор йода, раствор фурацилина, соли и пищевой соды. Эффективно использовать для орошения антисептики широко спектра действия.

Ещё одна важная особенность - ангина может быть контагиозной поэтому больного надо изолировать, не пускать к нему детей и пожилых людей, у него должна быть своя посуда, которой на период болезни никто не должен пользоваться

Прогноз

Благоприятный

Выписной эпикриз

Ф.И.О. Косенчук Данил Олегович

Дата рождения 23.08.2010 (2 года 3 месяца)

Больной находился в стационаре с 02.12.12 по 07.12.12

С основным диагнозом Лакунарная ангина

Жалобы при поступлении на повышение температуры тела до 40 градусов, озноб, головную боль, общую слабость, недомогание, боли в горле при глотании.

Обследования: ОАК: Hb - 120 г/л.Эр - 4,0х1012/л ЦП - 0,82 Лейк. 9,1х109/л СОЭ - 40 м/час Эоз. - 1% Лимф. - 39% Мон. - 9% от 09.11.12

ОАМ: Цвет светло желтый, Реакция щелочная, Прозрачная, Белок - отр, Сахар - отрицательно, Лейкоциты - 0-1-0 в поле зрения 09.11.12; Соскоб на я/глист отрицательный; Мазок из зева, мазок из носа на бетагемолитический стрептококк положительный; мазок из зева на флору положительный.

Было проведено лечение, после проведенной терапии больной был выписан с улучшением: зев спокойный, температура в пределах нормы, миндалины обычных размеров, аппетит хороший, активный, стула и рвоты не наблюдалось.

Рекомендации

. Наблюдаться у участковый врача

. Продолжить на участке лечение поливитаминами (витрум

. Избегать переохлаждение, профилактика ОРВИ

. Вскармливать грудью до 2 лет

. Получать прививки по каендарю

6.

Литература

пациент инфекционный лакунарный ангина

1. Инфекционные болезни у детей В.Ф.Учайкин, Н.И.Нисевич 2010, Москва, "Геотар Медиа"

. Диагностика и дифференциальная диагностика инфекционных заболеваний у детей Р.Х.Бегайдарова, Ю.Г.Стариков 2005, Караганда

. Инфекционные болезни у детей В.Н.Тимченко 2001, Сакнт-Петербург

"СпецЛит"

. Пропедевтика детских болезней Н.А.Геппе Н.С.Подчерняевой 2009 Москва, "Геотар Медиа"

. Инфекционные болезни Н.Д.Ющук 2009, Москва, "Геотар Медиа"

. Клинические рекомендации, основанные на доказательной медицине. Под. ред. И.Н.Денисова, Р.М.Хаитова. М.: ГЕОТАР-МЕД, 2002 г., 1248 с.

. Лебензон С. С.- Избранные лекции по курсу детских инфекций. Новосибирск,1992г.,178с.

. Нисевич Н. И., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. М., Медицина,1990.

. Носов С. Д. Детские инфекционные болезни, М. 1992г.

. Справочник семейного врача. Под. ред. Н.Р.Палеева, О.И.Сергеева. М.: Эксмо, 2008 г. - 672 с. - (Новейший медицинский справочник).

. Ющук Н.Д., Венгерова Ю.Я. Инфекционные болезни: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.