**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Дата заболевания 07.09.2012

Дата поступления в стационар 17.09.2012

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст (полных лет) 26

Место жительства, (адрес) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении ОРВИ: острый фаринготонзиллит

Клинический диагноз (18.09.2012) Аденовирусная инфекция: острый фаринготонзиллит средней степени тяжести

Осложнения: острый бронхит

Сопутствующие заболевания: нет

# ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

На момент курации пациент предъявляет жалобы на слабость, головокружение, боли в горле, кашель.

# АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

 Пациент заболел утром 07.09, когда почувствовал боли в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры. Обратился за помощью в поликлинику № 3, к участковому терапевту, который направил его к оториноларингологу. После осмотра больному были выписаны: оспамокс, аэрозоль каметон. Выдаден лист нетрудоспособности. У оториноларинголога пациент лечился по 16.09. 17.09 в связи с ухудшением состояния больной вызвал участкового терапевта на дом, который, после осмотра, выписал ему направление на госпитализацию в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Со слов пациента, контакта с больными со сходными заболеваниями не было. Влияние неблагоприятных условий внешней среды, играют ключевую роль в развитии заболевания, так как сам больной отмечает факт переохлаждения за несколько дней до болезни.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Пациент родился в Витебске в 1986 году первым ребёнком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал.

Перенесённые в детстве заболевания: простудные. В 2002 году переболел острым тонзиллитом, после чего, через 2 недели заболел ревматоидным артритом (с поражением левого лучезапястного сустава). Больше обострения ревматоидного артрита не повторялись. Заболевание ангиной, со слов пациента, повторяется 2-3 раза в год.

Условия жизни пациента относительно удовлетворительные: проживает с женой и ребёнком в общежитии.

Наличие вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами) пациент отрицает.

Наследственные заболевания отсутствуют.

Аллергологический анамнез: не отягощен. Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций не отмечает.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

Общее состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение больного в постели активное. Конституциональный тип - нормостенический. Телосложение правильное. Состояние питания среднее. Отклонения в росте и физическом развитии отсутствуют. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы бледно розового цвета. Элементы сыпи отсутствуют. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Расчёсов, видимых опухолей нет. Отёков не выявлено. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, размером с горошину, при пальпации мягкие, безболезненные, не спаяны с кожей.

При осмотре опорно-двигательного аппарата патологических изменений мышц (болезненность, ригидность, судороги) не выявлено. Деформация костей отсутствует. Суставы подвижны, безболезненны, отёчности, воспалительных изменений не определено.

*Система органов дыхания*Дыхание через нос свободное. Отделяемое из носа отсутствует. Дыхание поверхностное, ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту. Кашель сухой. Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации определяется жёсткое везикулярное дыхание. Хрипы отсутствуют.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

Зев: гиперемия небных дужек. Небные миндалины гиперемированы, гнойные налеты отсутствуют.

*Сердечно-сосудистая система*
 Пульс ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках. Частота 80 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Варикоз­но расширенные вены отсутствуют. Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст. Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не определяется. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно ключичной линии. При перкуссии границы сердца не изменены. При аускультации тоны сердца ясные, шумов нет. Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту.

*Система органов желудочно-кишечного тракта*
 Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют. Язык розового цвета, влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания. Перистальтика удовлетворительная. Печень не выступает за край реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

*Система органов мочевыделения*
Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

*Нервная система и органы чувств*

 При осмотре пациента парезы, параличи, мышечная атрофия, фибриллярные подёргивания, судороги отсутствуют. В позе Ромберга устойчив. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук отсутствует. Пальце­носовую пробу выполняет хорошо. Обоняние и вкус не нарушены. Реакция зрачков на свет содружественная. Функция слухового аппарата не изменена. При пальпации по ходу нервных стволов болезненность не определяется. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского) отсутствуют.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб пациента (на слабость, головокружение, боли в горле, кашель), анамнеза настоящего заболевания (заболел утром 07.09, когда почувствовал боли в горле, повышение температуры), данных эпидемиологического анамнеза (пациент отмечал переохлаждение, за несколько дней до болезни), объективного обследования (зев: гиперемия небных дужек. Небные миндалины гиперемированы, гнойные налеты отсутствуют) можно поставить предположительный диагноз: аденовирусная инфекция: острый фаринготонзиллит средней степени тяжести.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

### План обследования

1. Общий анализ крови;

2. Общий анализ мочи;

3. Рентгенография органов грудной клетки;

4. Смыв из носоглотки, для определения микрофлоры;

5. Мазок из зева, с целью выявления дифтерийной палочки;

6. Исследования кала на яйца глистов;

7. Анализ крови на RW;

8. ЭКГ.

**План лечения**

1. Режим палатный

2. Лечебное питание: стол Б

3. Этиотропная терапия : Ampicillini 1,0\* 4 р/д внутримышечно

4. Патогенетическая терапия: Tab. Ambroxoli 0,03 \* 3 р/д

 Ингаляции с физиологическим раствором

 \* 2р/д

 Обработка зева йодинолом \* 3р/д

 физ. раствор 0,9 % - 400,0

 Glucose 5% - 400,0

 Acesol – 400,0 внутривенно, капельно

5.При повышении температуры выше 38,5 0С Tab. Paracetamoli0.5

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ**

# И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Общеклинический анализ крови от 18.09.12*

Эритроциты 4.47 х 1012 /л

гемоглобин 139 г/л

ЦП – 0,93

лейкоциты 11.6 х 109 /л

палочкоядерные 6 %

сегментоядерные 86 %

лимфоциты 5 %

моноциты 3%

СОЭ 43 мм/час

*Общий анализ мочи от 18.09.12*

цвет соломенно-желтый

реакция кислая

удельный вес 1024

белок, сахар нет

плоский эпителий 0-1 в поле зрения

лейкоциты 1-2 в поле зрения

эритроциты 0-1 в поле зрения

*Исследования кала на яйца гельминтов от 18.09.2012*

Яйца гельминтов не обнаружены

*Рентгенография органов грудной клетки от 18.09.2012*

Легочные поля без видимых очаговых теней. Корни структурны. Легочной рисунок незначительно усилен. Синусы свободны.

# ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 19.09.Время 10.30T0С 37,3ЧСС 78 в мин.АД 120/80 мм.рт.ст. | Состояние пациента средней степени тяжести.Жалобы на слабость, боли в горле, кашель, повышение температуры тела.Дыхание жёсткое, везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в мин.Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.Зев: гиперемия нёбных дужек.Отёков нет.Стул, диурез в норме. | Tab. Ambroxoli 0,03 \* 3 р/д Ингаляции с физиологическим раствором \* 2р/д Обработка зева йодинолом \* 3р/д |
| Дата 20.09.Время 10.40T0С 37,5ЧСС 77 в мин.АД 120/80 мм.рт.ст. | Общее состояние средней степени тяжести. В динамике не изменилось. Жалобы на слабость, боли в горле, повышение температуры тела.Дыхание жёсткое, везикулярное. Хрипов нет. ЧД 17 в мин.Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.Зев: гиперемия нёбных дужек.Отёков нет.Стул, диурез в норме. | Ceftriaxone 1,0\* 2 р/д внутривеннофиз. раствор 0,9 % - 400,0 Glucose 5% - 400,0 Acesol – 400,0 внутривенно, капельноTab. Ambroxoli 0,03 \* 3 р/д Обработка зева йодинолом \* 3р/д |
| Дата 21.09.Время 10.30T0С 37,3ЧСС 75 в мин.АД 120/80 мм.рт.ст. | Общее состояние средней степени тяжести. Динамика положительная. Жалобы на слабость, боли в горле.Дыхание жёсткое, везикулярное. Хрипов нет. ЧД 16 в мин.Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.Зев: гиперемия нёбных дужек.Отёков нет.Стул, диурез в норме. | Ceftriaxone 1,0\* 2 р/д внутривенноTab. Ambroxoli 0,03 \* 3 р/д Обработка зева йодинолом \* 3р/д |

# ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб пациента (на слабость, головокружение, боли в горле, кашель), анамнеза настоящего заболевания (заболел утром 07.09, когда почувствовал боли в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры), данных эпидемиологического анамнеза (пациент отмечал переохлаждение, за несколько дней до болезни), объективного обследования (зев: гиперемия небных дужек. Небные миндалины гиперемированы, гнойные налеты отсутствуют), данных инструментальных исследований (ОАК от 18.09. умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ; рентгенография органов грудной клетки от *18.09.*

Легочные поля без видимых очаговых теней. Корни структурны. Легочной рисунок незначительно усилен. Синусы свободны) можно поставить клинический диагноз: аденовирусная инфекция: острый фаринготонзиллит средней степени тяжести.

Осложнения: острый бронхит

# ЭПИКРИЗ

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 26 лет, заболел утром 07.09, когда почувствовал боли в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры. С 07.09. по 16.09. находился на лечении у оториноларинголога в поликлинике № 3, 17.09 в связи с ухудшением состояния больной вызвал участкового терапевта на дом, который, после осмотра, выписал ему направление на госпитализацию в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

17 сентября 2012 года был госпитализирован в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом ОРВИ: острый фаринготонзиллит. Больному было проведено обследование и, опираясь на полученные данные (жалобы пациента (слабость, боль в горле, повышение температуры), анамнеза настоящего заболевания (заболел 07.09.12, повысилась температура, появились боли в горле), данных эпидемиологического анамнеза (факт переохлаждения за несколько дней до болезни), объективного обследования (зев: гиперемия небных дужек. Небные миндалины гиперемированы), данных лабораторного обследования (ОАК от 18.09 умеренный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ), данных инструментального обследования (рентгенография органов грудной клетки от *18.09.*

Легочные поля без видимых очаговых теней. Корни структурны. Легочной рисунок незначительно усилен. Синусы свободны) поставлен клинический диагноз аденовирусная инфекция: острый фаринготонзиллит средней степени тяжести.

Осложнения: острый бронхит

 **Назначено лечение:**

 1. Режим палатный

2. Лечебное питание: стол Б

3. Этиотропная терапия Ampicillini 1,0\* 4 р/д внутримышечно

4. Патогенетическая терапия: Tab. Ambroxoli 0,03 \* 3 р/д

 Ингаляции с физиологическим раствором \* 2р/д

 Обработка зева йодинолом \* 3р/д

 физ. раствор 0,9 % - 400,0

 Glucose 5% - 400,0

 Acesol – 400,0 внутривенно, капельно

5.При повышении температуры выше 38,5 0С Tab. Paracetamoli0.5

За время лечения состояние больного улучшилось. Лечение продолжается. Прогноз для жизни и труда благоприятный

Рекомендации при выписке:

1. Витаминотерапия (мульти-табс, витус)

2. Лечебная физкультура, массаж грудной клетки.

3. Избегать переохлаждения.