Паспортные данные

Дата заболевания: 4.11.2012

Дата поступления: 5.11.2012

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 23.04.1995, 17 лет

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Диагноз при поступлении: острый тонзиллит

Клинический диагноз основной: инфекционный мононуклеоз средней степени тяжести

Осложнения:

Сопутствующие заболевания:

# Жалобы больной

Больная предъявляет жалобы на умеренную боль в горле, нарушения глотания (крайне болезненно), ощущение заложенности в горле, наличие на поверхности нёбных миндалин гнойного налета, слабость, увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов (больше справа).

Anamnesis morbi

Заболела остро, утром 4.11.2012, когда впервые появилась сильная слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,5оС. Принимала Ц-флокс. Днем 4.11.2012 обратилась в поликлинику №5. При осмотре участковым терапевтом выявлено: гиперемия миндалин и небных дужек, на миндалинах – белые плёнчатые налёты, не переходящие на нёбные дужки и заднюю стенку глотки, в лакунах – гнойный налет; поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны. Выставлен диагноз: острый тонзиллит. Назначено: азитромицин по 0,25 (1 таблетка) 1 раз в сутки, полоскание 6-8 раз. В течение последующих суток – температура оставалась высокой (38-39оС). 4.11.2012 амбулаторно взята кровь для общего анализа (8% широкопротоплазменные лимфоциты) и мазок на BL. 5.11.2012 больная направлена на госпитализацию в ВОКИБ с диагнозом: острый тонзиллит.

Эпидемиологический анамнез

Со слов больной контакт с инфекционными больными отрицает, среди близкого окружения инфекционных заболеваний нет. В прошлом подобные заболевания отрицает. Путь передачи инфекции воздушно-капельный, механизм передачи – аэрогенный. Профилактические прививки - по возрасту.

Anamnesis vitae

Родилась в срок. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Наличие в анамнезе венерических, психических заболеваний, туберку­леза, вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции отрицает.

Жилищно-бытовые условия хорошие. Проживает с родителями. Личная гигиена соблюдается.

Аллергоанамнез: без особенностей.

Наследственный анамнез не отягощен.

Операций, гемотрансфузий не было. Привычных интоксикаций нет.

Status praesens

Общее состояние средней степени тяжести (умеренная интоксикация, отечность лица, гнусавость голоса). Температура тела 37,54оС. Сознание ясное. Положение активное. Рост 169 см, вес 49 кг. Телосложение правильное, нормостеническое. Кожа бледная, влажная. Ногти нормальной формы, бледно-розового цвета, поверхность гладкая. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.

Молочные железы симметричны, развиты удовлетворительно, при пальпации безболезненные, объёмные образования и узлы не определяются. Выделений из сосков не отмечено

Поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены до 2 см, заднешейные увеличены до 1 см, безболезненны при пальпации, плотно-эластичные, не спаяны с окружающими тканями. Прочие периферические лимфоузлы не пальпируются.

Тонус мышц хороший. Атрофии нет. При пальпации, активных и пассивных движениях мышцы безболезненны.

Движения в суставах безболезненные, амплитуда их достаточная. Развитие соответствующих частей скелета симметричное. Позвоночник имеет физиологические изгибы, деформаций нет.

Система органов дыхания

Дыхание через нос затруднено. Выделения из носа отсутствуют.

Осмотр грудной клетки: грудная клетка нормостеническая, симметричная, лопатки и ключицы симметричны, прилегают плотно. Грудная клетка в акте дыхания участвует равномерно, вспомогательные мышцы не участвуют. Тип дыхания преимущественно грудной. Число дыхательных движений 19 в минуту, ритм дыхания правильный.

Пальпация грудной клетки. Грудная клетка упругая. Межрёберные промежутки нормальной ширины, имеют косое направление. Болезненность при пальпации не отмечается. Голосовое дрожание одинаково проводится на симметричных участках.

Аускультация лёгких.

Дыхание жесткое, выслушивается над всей поверхностью лёгких. Патологические дыхательные шумы не выслушиваются.

Перкуссия

1. Сравнительная перкуссия: ясный легочной звук на симметричных участках грудной клетки.
2. Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| Высота стояния верхушек лёгких над ключицей спереди | 3,5 см | 3,5 см |
| Высота стояния верхушек лёгких по отношению к 7 шейному позвонку сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига (см) | 4 см | 4,5 см |
| Нижняя граница лёгких по топографическим линиям | | |
| l. parasternalis | 5 ребро | - |
| l. medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l. axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l. axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l. axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l. paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Сердечно-сосудистая система

## Осмотр сосудов шеи: сосуды шеи не изменены. Видимая пульсация сонных артерий отсутствует. Набухание и видимая пульсация шейных вен отсутствует.

Исследование пульса на лучевых артериях. Пульс одинаковый на обеих руках, ритм правильный, частота пульса 86 в минуту, наполнение хорошее, пульс равномерный, величина пульсовых волн одинаковая. АД 100/70 на обеих руках.

Осмотр и пальпация вен. Набухание и видимая пульсация вен отсутствует. Расширение вен грудной клетки, передней брюшной стенки, конечностей отсутствует.

## Осмотр области сердца: сердечный горб отсутствует. Верхушечный толчок не виден.

## Пальпация сердечной области. Сердечный толчок не пальпируется. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, нормальный, локализованный, умеренной силы и резистентности, площадью 1,5 см2.

## Перкуссия сердца

Границы относительной сердечной тупости

Правая: в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины

Левая: в 5-м межреберье, на 1см кнутри от левой среднеключичной линии Верхняя: сверху - по 3 ребру

Ширина сосудистого пучка: определяется во 2 межреберье с обеих сторон грудины, равна 5 см. Поперечник относительной тупости сердца равен: 12 см. Конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной тупости сердца:

* Правая – 4 межреберье по левому краю грудины
* Левая – 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости
* Верхняя – по верхнему краю 4 ребра по левой парастернальной линии.

Аускультация сердца

Тоны сердца ясные, ритмичные. Побочных шумов нет.

## Система органов пищеварения

Язык обложен белым налетом, влажный. Слизистая полости рта розовая, влажная. На гиперемированных миндалинах рыхлые лакунарные гнойные налеты. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована.

Осмотр живота. Живот не увеличен, не втянут, симметричен, участвует в акте дыхания. Подкожная венозная сеть не видна. Грыж нет.

При по­верхностной пальпации напряжения передней брюшной стенки не выявлено, живот мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. При глубокой методической пальпации по В.П. Образцову сигмовидная кишка прощупывается в левой подвздошной области в виде гладкого плотноватого тяжа толщиной 2 см, безболезненного, не урчащего, не перистальтирующего, умеренно подвижного; слепая кишка прощупывается в правой подвздошной области в виде гладкого цилиндра, диаметром 2 см, урчащего при надавливании, безболезненного, умеренно подвижного; нисходящая ободочная кишка прощупывается в виде гладкого цилиндра умеренной плотности, толщиной около 2,5 см, не смещаемого, не урчащего и безболезненного; восходящая ободочная кишка пальпируется в виде гладкого, умеренно плотного, не напряжённого цилиндра толщиной 3 см, изредка урчащего, безболезненного, не подвижного; большая кривизна желудка, привратник желудка, поперечная ободочная кишка, конечный отрезок подвздошной кишки не пальпируется. При перкуссии живота - тимпанический звук. Жидкость в брюшной полости не определяется.

При аускультации желудка и кишечника выслушивается нормальная перистальтика.

Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| l. mediaclavicularis dextra | 11 см |
| l. mediana anterior | 10 см |
| Левая рёберная дуга | 9 см |

Нижний край печени пальпируется на 1 см ниже правой рёберной дуги, умеренной плотности, закруглённый безболезненный; желчный пузырь не пальпируется.

Селезёнка: видимого выбухания области селезёнки нет.

Перкуссия селезёнки: длинник: по 10 ребру - 11 см, поперечник: между 9 и 11 рёбрами по средней подмышечной линии - 8 см.

Пальпация селезёнки: не пальпируется, глубокая пальпация левого подреберья безболезненна.

Система мочеотделения

Осмотр области почек: гиперемии и припухлости в поясничной области нет.

Почки не пальпируются.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Эндокринная система

Щитовидная железа не увеличена, мягкая, эластичная, узлы не пальпируются.

Нервная система

Пациентка в сознании. В пространстве, времени и собственной личности ориентируется. Речь не нарушена. Органы чувств – без особенностей. Зрачки одинаковые, реакция на свет нормальная. Нистагма нет. Сухожильные и периостальные рефлексы одинаковые с обеих сторон, выражены умеренно. Патологические рефлексы не выявлены. Чувствительность не нарушена.

Обоснование предположительного диагноза

На основании

* жалоб больной на умеренную боль в горле, нарушения глотания (крайне болезненно), ощущение заложенности в горле, наличие на поверхности нёбных миндалин гнойного налета, слабость, увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов (больше справа);
* анамнеза заболевания: острое начало, быстрое прогрессирование симптомов заболевания, при осмотре участковым терапевтом выявлено: гиперемия миндалин и небных дужек, на миндалинах – белые плёнчатые налёты, не переходящие на нёбные дужки и заднюю стенку глотки, в лакунах – гнойный налет; поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны, взята кровь для общего анализа (8% широкопротоплазменные лимфоциты) и мазок на BL;
* status praesens: на гиперемированных миндалинах рыхлые лакунарные гнойные налеты, слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены до 2 см, заднешейные увеличены до 1 см, безболезненны при пальпации, плотно-эластичные, не спаяны с окружающими тканями, дыхание через нос затруднено, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см (размеры по Курлову 11-10-9);

можно поставить предварительный диагноз:

Основной: инфекционный мононуклеоз средней степени тяжести.

Осложнения основного: нет.

Сопутствующий: нет.

План обследования

Для подтверждения предварительного и установления клинического диагноза необходимы:

1. Общий анализ крови - с целью обнаружения признаков воспаления, состояния аллергической настроенности и реактивности организма.
2. Общий анализ мочи - для выявления почечной патологии инфекцинно-аллергической природы.
3. Биохимический анализ крови на СРБ, АлАТ, АсАТ, билирубин, глюкозу, мочевину, тимоловая проба.
4. Рентгенография органов грудной клетки.
5. Исследование на сифилис (RW).
6. Взятия слизи из зева для проведения бактериологического и бактериоскопического исследования с целью обнаружения возбудителя заболевания (дифференциальный диагноз с дифтерией зева) и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам.
7. Кровь на ИФА для определения антител к капсидному антигенному комплексу вируса Эпштейна-Барр.
8. Анализ мочи по Нечипоренко.
9. Посев из зева на микрофлору.

План лечения

Режим. Постельный режим соблюдается при выраженной интоксикации.

Стол Бп.

Терапия патогенетическая и симптоматическая.

Фурациллин 1:5 000 полоскать зев 5 раз в день.

Десенсибилизирующие средства.

Лоратадин (кларитин) по 1 таб. 1 раз в сутки.

Жаропонижающие. Назначаются при температуре тела выше 380С.

Парацетамол по 1 таблетке 2 раза в день.

Антибиотикотерапия. Антибиотики назначаются при присоединении вторичной бактериальной инфекции.

Антибиотики пенициллинового ряда, за исключением ампициллина, так как он вызывает выраженную токсико-аллергическую реакцию.

Полусинтетические пенициллины:

Амоксициллин (амоксициллин) по 0,5 г 3 раза в день перорально.

Противовирусное лечение

Ацикловир по 0,8 г 5 раз в день внутрь.

### Данные лабораторных и инструментальных исследований

Общий анализ крови 4.11.2012

Эр – 4,41\*1012/л,

Hb 147 г/л,

Tr – 202\*109/л,

Лейк 5,9\*109/л,

Пал 5%,

Сегм 50%,

Лимф 34% (из них 8% широкопротоплазменных),

Моноциты 2%,

ЦП 1,0

СОЭ 9 мм/ч

Общий анализ крови 8.11.2012

Эр – 4,58\*1012/л,

Hb 131 г/л,

Tr – 180\*109/л,

Лейк 8,0\*109/л,

Пал 6%,

Сегм 47%,

Лимф 65%,

Моно 11%,

ЦП 0,94

СОЭ 15мм/ч

Общий анализ мочи 6.11.2012

Соломенно-желтая,

мутность неполная,

реакция кислая,

удельный вес 1025,

белок 0,015г/л,

сахар – нет,

эпителий пл. 8-9 в п. зр.

эритроциты 4-6 в п. зр.

лейкоциты 10-12 в п. зр.

соли оксалаты

бактерии +

Анализ мочи по Нечипоренко 9.11.2012

лейкоциты 2,0\*106/л

Биохимический анализ крови 6.11.2012

Общий билирубин 11,3 мкмоль/л,

тимоловая проба 2,69 ед.,

АсАТ 52,4 ед.,

АлАТ 42,3 ед.,

мочевина 2,61 ммоль/л

глюкоза 5,5 ммоль/л

билирубин прямой 0 мкмоль/л

Кровь на ИФА 8.11.2012

ВЭБ – VCA - IgM.

Посев из зева на микрофлору 9.11.2012

патогенная и условно-патогенная микрофлора не выделена

Рентгенография органов грудной клетки 9.11.2012

Легочные поля без видимых очагово-инфильтративных изменений. Легочной рисунок обогащён. Синусы свободные. Сердце без отклонений от нормы.

Динамическое наблюдение за больным

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Дневник | Назначения |
| 9.11.2012 1100 t=36.8C  PS=86 в мин.  АД=110/70 мм рт. ст. | Общее состояние средней тяжести (умеренная интоксикация, отечность лица, гнусавость голоса). Жалобы на умеренную боль в горле, гнусавость голоса. Объективно: кожа чистая, сыпи нет, бледная. Подчелюстные л/у до 2 см, чувствительные; заднешейные до 1 см, чувствительные. Лицо отечно. В зеве – умеренно разлитая гиперемия, миндалины рыхлые, увеличены до 2 ст., в лакунах гнойные налеты. Нос заложен. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см. При перкуссии селезенка не увеличена, не пальпируется. Физиологические отправления в норме. | Режим палатный, стол Бп обработка зева йодинолом 3 р/день  Cefotaximi 1,0 \* 2 р/день в/в  Sol. Analgini 50%-1,0 +  Sol. Dimedroli 1%-1,0 \* 3 р/день в/м  Азитромицин 500 мг 1 р/день  Линкомицин 600 +  NaCl 0,9%-200,0 \* 2 р/день в/в кап |
| 12.11.2012 1100 t=36.9C  PS=68 в мин.  АД=110/70 мм рт. ст. | Общее состояние средней тяжести. Интоксикации нет. Жалобы на заложенность носа, увеличение шейных л/узлов. Объективно: кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Зев гиперемирован. В лакунах миндалин гнойные налеты. Язык обложен белым налетом. Гнусавит. Увеличение шейных л/узлов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный. Физиологические отправления в норме. Отеков нет. | Режим палатный, стол Бп обработка зева йодинолом 3 р/день  Cefotaximi 1,0 \* 2 р/день в/в  Sol. Analgini 50%-1,0 +  Sol. Dimedroli 1%-1,0 \* 3 р/день в/м  Азитромицин 500 мг 1 р/день  Линкомицин 600 +  NaCl 0,9%-200,0 \* 2 р/день в/в кап |

Обоснование клинического диагноза

На основании жалоб (умеренную боль в горле, нарушения глотания (крайне болезненно), ощущение заложенности в горле, наличие на поверхности нёбных миндалин гнойного налета (пробок), слабость, увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов (больше справа)), анамнеза заболевания (острое начало, быстрое прогрессирование симптомов заболевания, при осмотре участковым терапевтом выявлено: гиперемия миндалин и небных дужек, на миндалинах – белые плёнчатые налёты, не переходящие на нёбные дужки и заднюю стенку глотки, в лакунах – гнойный налет; поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, безболезненны, взята кровь для общего анализа (8% широкопротоплазменные лимфоциты) и мазок на BL), данных объективного осмотра (общее состояние средней тяжести, бледность кожных покровов, обложенность языка белым налетом, на гиперемированных миндалинах рыхлые лакунарные гнойные налеты, слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены до 2 см, заднешейные увеличены до 1 см, безболезненны при пальпации, плотно-эластичные, не спаяны с окружающими тканями, дыхание через нос затруднено, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см (размеры по Курлову 11-10-9)), данных лабораторных исследований (общий анализ крови 4.11.2012: наличие широкопротоплазменных лимфоцитов (8%); общий анализ крови 8.11.2012: лимфоцитоз; биохимический анализ крови 6.11.2012: повышение активности печеночных ферментов (АсАТ и АлАТ); мазок из зева на микрофлору 9.11.2012: патогенная и условно-патогенная микрофлора не выделена; кровь на ИФА 8.11.2012: антитела класса IgM к капсидному антигенному комплексу вируса Эпштейна-Барр) выставлен диагноз: «Инфекционный мононуклеоз средней степени тяжести».

### Прогноз

Благоприятный (выздоровление и формирование стойкого противовирусного иммунитета).

### Эпикриз

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 17 лет, находится на лечении в 6 отделении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с 5.11.2012. Заболела остро 4.11.2012. На амбулаторном этапе получала: азитромицин по 0,25 (1 таблетка) 1 раз в сутки, полоскание 6-8 раз. 4.11.2012 амбулаторно взята кровь для общего анализа (8% широкопротоплазменные лимфоциты) и мазок на BL.

Диагноз при поступлении: острый тонзиллит.

Выполнены исследования:

общий анализ крови 4.11.2012: наличие широкопротоплазменных лимфоцитов (8%); общий анализ крови 8.11.2012: лимфоцитоз;

общий анализ мочи 6.11.2012: микрогематурия, лейкоцитурия, наличие бактерий, большое количество плоского эпителия;

биохимический анализ крови 6.11.2012: повышение активности печеночных ферментов (АсАТ и АлАТ);

мазок из зева на микрофлору 9.11.2012: патогенная и условно-патогенная микрофлора не выделена;

кровь на ИФА 8.11.2012: антитела класса IgM к капсидному антигенному комплексу вируса Эпштейна-Барр;

анализ мочи по Нечипоренко 9.11.2012: лейкоциты 2,0\*106/л;

рентгенография органов грудной клетки 9.11.2012: легочные поля без видимых очагово-инфильтративных изменений. Легочной рисунок обогащён. Синусы свободные. Сердце без отклонений от нормы.

Заключительный клинический диагноз: инфекционный мононуклеоз средней степени тяжести, типичная форма.

Назначено лечение: Режим палатный, стол Бп; обработка зева йодинолом 3 р/день; Cefotaximi 2 р/день в/в; Sol. Analgini + Sol. Dimedroli 3 р/день в/м; Азитромицин 1 р/день; Линкомицин + NaCl 2 р/день в/в кап.

В процессе лечения достигнута положительная динамика. Больная продолжает находиться на стационарном лечении.

Прогноз благоприятный.

Рекомендации при выписке

Осмотр врача-инфекциониста в кабинете инфекционных заболеваний через 10 дней после выписки, затем - 30 дней, а потом 1 раз в месяц. В эти сроки проводится общий анализ крови. Осмотр врача-гематолога. Через 6 месяцев после выписки провести анализ крови на ВИЧ-инфекцию. Ограничение физических и психоэмоциональных нагрузок в первые 1-3 мес., полноценное питание, соблюдение режима труда и отдыха, витаминотерапия (поливитамины) в течение 1-3 мес.