АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСККИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ С КУРСОМ ЭПИДЕМИОЛОГИИ

МЕДИКОПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО

ФАКУЛЬТЕТА

Зав. кафедрой, профессор В.М. Гранитов

**АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

БОЛЬНОЙ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предварительный диагноз: Лакунарная ангина, средней степени

тяжести с явлениями перитонзилита

Клинический диагноз: Лакунарная ангина, средней степени

тяжести с явлениями перитонзилита

КУРАТОР: студентка 532 группы

Шестакова Алина Анатольевна

СРОК КУРАЦИИ: 11.09.06.-14.09.06.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: ассистент

Киушкина Ирина Николаевна

БАРНАУЛ 2006г

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 30 лет (17.04.76.); пол мужской; женат

Профессия: ОАО ПО АМЗ инструментальный цех, токарь

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

Дата начала заболевания: 08.09.2006г

Дата обращения к врачу: 10.09.2006г

Дата поступления: 10.09.2006г

Дата выписки:

Курация с 11.09.2006г до 14.09.2006г

**ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

При поступлении пациент предъявляет жалобы:

-на умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании;

-на умеренную головную боль ноющего характера без определенной локализации, беспокоит в течение дня, усиливается при повышении температуры тела

(максимальная температура тела 39,6);

-на быструю утомляемость в течении дня возникающую после незначительной физической нагрузки;

-на нарушение сна (чуткий и тревожный сон);

-на общую слабость в течение дня;

-снижение аппетита.

**ANAMNESIS MORBI**

Пациент считает себя больным с 08.09.2006г. В середине дня (находился на работе) появились: умеренная головная боль ноющего характера без определенной локализации, общая слабость, снижение аппетита. К вечеру того же дня (после работы) появилась незначительная боль в горле, усиливающаяся при глотании. Ближе к ночи пациент отметил ухудшение состояния: боль в горле усилилась, также усилились симптомы интоксикации, появилось чувство озноба.

При измерении температура тела 38,2. Больной принял таблетку парацетамола и через 1,5 – 2 часа почувствовал улучшение: головная боль значительно уменьшилась, чувство озноба не беспокоило. Ночью спал плохо (чуткий и тревожный сон).

На следующее утро температура тела при измерении 38,3. симптомы интоксикации усилились, появилась быстрая утомляемость при незначительной физической нагрузке, беспокоила боль в горле. Ночью температура тела повысилась до 39,6. Для купирования лихорадки принимал парацетамол, после чего температура понизилась до 37,4, другие симптомы заболевания оставались без изменений.

10.09.2006г вызвал скорую помощь, после осмотра врачом был транспортирован в инфекционное отделение гор.больницы № 5 с диагнозом: фолликулярная ангина.

В приемном отделении был осмотрен дежурным врачом. Диагноз при поступлении: лакунарная ангина, перитонзилит. В настоящее время находится в инфекционном отделении для уточнения диагноза и лечения.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные (частный дом: холодная вода, вентиляция).

Питание в основном домашнее, на работе посещает столовую завода. Режим питания четырехразовый. Употребляет сырую воду.

Санитарно-гигиенические нормы соблюдает.

Пациент женат, имеет двоих детей, проживают все вместе.

Имеет среднее специальное образование, в настоящее время работает на промышленном предприятии (ОАО ПО АМЗ инструментальный цех, токарь). Из профессиональных вредностей отмечает шум и сквозняки. Положение во время работы чаще стоя.

Контакты с подобными больными отрицает, в последние три недели город не покидал.

Курит около 10-12 лет, в день использует до 2 пачек. Со слов пациента употребление алкоголя незначительно (во время праздников не более 2 рюмок вина).

В детстве перенес ветреную оспу и краснуху, прививки в детстве по плану.

Отмечает частые простудные заболевания (1-2 раза в год).

Свое настоящее заболевание связывает с переохлаждением на работе.

**Частота использования листка нетрудоспособности по данному заболеванию:** примерно 1 раз в 2 года в течении 5-8 дней. Последний листок нетрудоспособности в 2004 году.

**ANAMNESIS VITAE**

Родился в г. Барнауле, где и проживает в данное время.

Рос в полной семье, второй по счету ребенок, условия питания и проживания в детстве удовлетворительные.

Со слов пациента в детстве рос и развивался соответственно возрастным нормам, в школу пошел в 7 лет, в школе посещал спортивную секцию. Прививки по плану.

Имеет среднее специальное образование, в настоящее время работает на промышленном предприятии (ОАО ПО АМЗ инструментальный цех, токарь). Из профессиональных вредностей отмечает шум и сквозняки. Положение во время работы чаще стоя.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные (частный дом: холодная вода, вентиляция).

Питание в основном домашнее, на работе посещает столовую завода. Режим питания четырехразовый. Употребляет сырую воду.

Санитарно-гигиенические нормы соблюдает.

Пациент женат, имеет два ребенка, проживают все вместе.

**Перенесенные заболевания в течение жизни**:

ОРВИ примерно 1-2 раза в год.

В 2 года перенес ветряную оспу.

В 4 года – корь.

В 1999 операция по поводу подчелюстного абсцесса.

Венерические заболевания отрицает.

Туберкулез отрицает.

Гепатит отрицает.

Алкоголизма в семье не отмечает.

Психические травмы не припоминает.

Контакт с инфекционными больными отрицает, в последние 3 недели город не покидал.

Переливание крови и кровезамещающих препаратов не проводилось.

Аллергические реакции на пищевые продукты, медицинские препараты и растения не отмечает.

Курит около 10-12 лет, в день использует до 2 пачек. Со слов пациента употребление алкоголя незначительно (во время праздников не более 2 рюмок вина).

Употребление наркотиков отрицает.

Наследственность по основному заболеванию не отягощена.

**STATUS PRAESENS COMMUNIS**

**Общий осмотр.**

Состояние удовлетворительное

Сознание ясное

Положение активное

Самочувствие на момент осмотра удовлетворительное.

Телосложение пропорциональное

Конституция астеническая

Походка не изменена

Осанка прямая

Рост: 172 см

Вес: 65к г

Температура на момент осмотра 37,4 С

**Исследование отдельных частей тела.**

Кожные покровы смуглые, эластичность кожи сохранена. Влажность кожи умеренная.

Тургор кожи сохранен. Воспалительных процессов на коже не отмечается. Кровоизлияний, сыпи, шелушения кожи нет.

Виден постоперационный рубец в поднижнечелюстной области слева.

Ногти розового цвета, форма ногтей не изменена.

Подкожно-жировая клетчатка развита слабо.

Отеки не определяются.

Лимфатические узлы: -затылочные не определяются

-шейные не определяются

-поднижнечелюстные мягко-эластичной консистенции 1 х 1,5 см, при пальпации отмечает незначительную болезненность, подвижные, поверхность ровная

-надключичные не определяются

-подключичные не определяются

-локтевые не определяются

-биципитальные не определяются

-подмышечные мягко-эластичной консистенции, 0,8х1,2 см, при пальпации безболезненные, подвижные, поверхность ровная

-подколенные не определяются

-паховые мягко-эластичной консистенции, 0,7х1,5 см, при пальпации безболезненные, подвижные, поверхность ровная

Подкожные вены малозаметные.

Форма головы овальная, положение головы прямое.

Щитовидная железа не пальпируется

Выражение лица живое

Глазные щели без патологических изменений

Конъюнктивы глаз розовые, влажные.

Склеры голубоватого оттенка.

Форма зрачков круглая, реакция на свет прямая, содружественная.

Форма носа прямая, крылья носа в акте дыхания не участвуют.

Углы рта симметричны, губы розового цвета, сухие.

**Исследование опорно-двигательного аппарата**

Суставы симметричные, конфигурация не изменена.

Цвет кожи над суставами не изменен.

Искривление костей не выявлено.

При пальпации: кожная температура над поверхностью суставов не изменена, пальпация безболезненна.

Суставных шумов нет.

Активные и пассивные движения в суставах выполняет в полном объеме.

При поколачивании костей болезненности не выявляется.

Мышечная система развита удовлетворительно, тонус мышц и сила в руках несколько снижены.

**Исследование органов дыхания**

ЧДД 17 в минуту

Тип дыхания смешанный, ритм дыхания правильный.

Дыхание через нос, свободное. Выделений из носа нет. Экскориации в носовых ходах не отмечаются.

Слизистые ротоглотки и миндалин резко гиперемированы, влажные.

Наблюдается увеличение миндалин 2-3 степени, поверхность сетчатая, покрыта гнойным налетом. Налет легко снимается шпателем. Изъязвлений не отмечается. Голос несколько хриплый. Явлений стеноза гортани нет. Выраженная инфильтрация дужек и язычка.

Форма грудной клетки нормостеническая. Грудная клетка симметрична, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания.

Экскурсия грудной клетки 6 см.

При пальпации грудной клетки ригидности не выявлено.

Болезненности при пальпации межреберных промежутков нет.

Голосовое дрожание с обеих сторон без патологических изменений.

При сравнительной перкуссии легких с обеих сторон легочной звук.

***Топографическая перкуссия легких.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы легких | Правое легкое | Левое легкое |
| Высота стояния  верхушек | 3 см | 3 см |
| Ширина полей  Кренига | 5,5 см | 5,5 см |

*Нижние границы легких.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое  (по межреберьям) | Левое легкое  (по межреберьям) |
| Парастернальная | VI |  |
| Среднеключичная | VI |  |
| Переднеаксилярная | VII | VII |
| Среднеаксилярная | VIII | VIII |
| Заднеаксилярная | IX | IX |
| Лопаточная | X | X |
| Паравертебральная | XI | XI |

*Активная подвижность легочного края*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Среднеключичная | 5 см | 5 см |
| Среднеаксилярная | 6 см | 6 см |
| Лопаточная | 5 см | 5 см |

При аускультации легких дыхание везикулярное над всей поверхностью.

Бронхофония не изменена.

**Исследование органов грудной клетки**

Сердечный горб и ограниченные выпячивания грудной клетки в области сердца не выявляются. Пульсации в области сердца нет.

Видимая пульсация во внесердечной области отсутствует.

Верхушечный толчок при пальпации: в 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, высокий, средней силы, S = 1,5 х 1,5 см.

Симптом кошачьего «мурлыканья» отсутствует.

Пульс на руках синхронный, дефицит пульса не определяется. Пульс ритмичный, умеренного напряжения, скорый, полный, средней силы.

Ps = 88 в минуту.

Границы относительной и абсолютной тупости сердца без патологических отклонений.

Ширина сосудистого пучка во втором межреберье 7 см.

При аускультации: тоны приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено. Частота сердечных сокращений 88 в минуту.

Дополнительные тоны не выслушиваются.

Внутрисердечных и внесердечных шумов не выявляется.

Сосудистых шумов нет.

АД на правой руке 110/70; АД на левой руке 110/70.

Периферические артерии и вены без патологических изменений.

**Исследование системы органов пищеварения**

Запах изо рта не определяется.

Слизистые ротоглотки и миндалин резко гиперемированы, влажные.

Наблюдается увеличение миндалин 2-3 степени, поверхность сетчатая, покрыта гнойным налетом. Налет легко снимается шпателем. Изъязвлений не отмечается. Выраженная инфильтрация дужек и язычка.

Десны розового цвета, слизистая десен влажная. Кровоточивости десен нет.

Зубы ближе к шейке покрыты зубным камнем.

Язык высовывает свободно, прямо, величина языка не изменена, сухой, в центре и на корне покрыт грязно-желтым налетом.

Сосочки языка не изменены. Трещин, прикусов, язвочек на языке не обнаруживается.

Живот округлой формы, не увеличен, симметричный, участвует в акте дыхания.

Перистальтических и антиперистальтических движений, видимых через брюшные покровы нет.

Подкожных венозных анастомозов нет.

Окружность живота на уровне пупка 75 см.

При поверхностной пальпации живота болезненности не выявлено,

напряжения брюшной стенки не определяется.

Грыжевых выпячиваний пупочного кольца и белой линии живота не обнаруживается.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Опухолевых образований в подкожной жировой клетчатке не выявлено.

При глубокой пальпации сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа плотноватой консистенции толщиной 2,5-3 см, смещается при пальпации на 2 см, поверхность гладкая, безболезненна. Слепая кишка не пальпируется.

Положение нижней границы желудка на 6 см выше пупка.

Отделы ободочной кишки не пальпируются.

При пальпации край печени по краю реберной дуги, заостренный, гладкий, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Курвуазье отрицателен. Симптом Образцова-Мерфи отрицателен.

Селезенка не пальпируется.

При перкуссии живота тимпанический звук по всей поверхности живота, в области сигмовидной кишки притупление.

Симптом Менделя отрицателен.

Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

*Границы печени по Курлову*

|  |  |
| --- | --- |
| По правой средне ключичной линии | 9 см |
| По правой парастернальной линии | 8 см |
| По левой реберной дуге | 7 см |

Симптом Ортнера отрицателен.

Размер селезенки по Курлову 4 х 6 см

При аускультации живота слышен умеренный шум перистальтики, шум трения брюшины не выявляется, сосудистые шумы не слышны.

Со слов пациента стул оформленный, без патологических отклонений.

**Исследование мочеполовой системы**

Со слов пациента мочеиспускание свободное, безболезненное, количество выпитой и выделенной жидкости примерно одинаковы.

При осмотре поясничной области покраснений, припухлостей не определяется. Выпячивания в надлобковой области нет.

Почки не пальпируются, болезненности не отмечается.

Пальпация надлобковой области безболезненна.

Симптом поколачивания справа и слева – отрицательный. Притупления перкуторного звука в надлобковой области не определяется.

Со слов пациента патологических выделений из половых органов нет.

От осмотра половых органов отказался.

**Исследование нервной системы**

Больной общителен, доброжелателен, к осмотру относится спокойно.

Походка не нарушена.

Кожная чувствительность без патологических отклонений.

Красный дермографизм.

Парезы, параличи отсутствуют, мышечной атрофии нет.

Глоточный, брюшной, сухожильные и периостальные рефлексы сохранены.

Глазные яблоки без патологических отклонений. Состояние зрачков и зрачковые рефлексы без патологии.

Менингиальные симптомы не определяются.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб:

-на умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании;

-на умеренную головную боль ноющего характера без определенной локализации, беспокоит в течение дня, усиливается при повышении температуры тела

(максимальная температура тела 39,6);

-на быструю утомляемость в течение дня возникающую после незначительной физической нагрузки;

-на нарушение сна (чуткий и тревожный сон);

-на общую слабость в течение дня;

-снижение аппетита.

Можно выделить следующие синдромы:

*1. Общеинтоксикационный синдром.*

Жалобы на слабость, недомогание, плохой сон, снижение аппетита, головную боль ноющего характера без определенной локализации, беспокоит в течение дня, усиливается при повышении температуры тела.

Объективно: на момент осмотра температура тела 37,4 (максимальное повышение температуры тела до 39,6 С)

*2. Болевой синдром.*

Жалобы на умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании.

Объективно: Слизистые ротоглотки и миндалин резко гиперемированы, влажные.

Наблюдается увеличение миндалин 2-3 степени, гнойный налет в лакунах, налет снимается шпателем, изъязвлений нет. Выраженная инфильтрация дужек и язычка.

Учитывая, острое начало заболевания, также на основании выделенных синдромов, данных эпид. анамнеза заболевания (переохлаждение) и данных объективного осмотра наличие характерных симптомов в течение 4 дней, а также факторов риска, выделенных из анамнеза жизни: частые простудные заболевания, можно поставить диагноз:

Лакунарная ангина.

Перитонзилит, так как имеется выраженная инфильтрация дужек и язычка.

Так как имеются выраженные симптомы интоксикации, явления перитонзилита и гнойные налеты, но нет явлений некроза, то можно думать о средней степени тяжести заболевания.

***Предварительный диагноз:*** Лакунарная ангина, средней степени тяжести с явлениями перитонзилита.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Лакунарную ангину необходимо дифференцировать:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Симптомы характерные  для течения данного  заболевания | Симптомы характерные  для другого заболевания | Общие симптомы | Заключение |
| Субъективно: умеренная боль в горле,  усиливается при глотании,  умеренная головная боль,  быстрая утомляемость,  нарушение сна,  общая слабость, снижение  аппетита.  Объективно: слизистые ротоглотки и миндалин резко гиперемированы, влажные.  Наблюдается увеличение миндалин 2-3 степени, гнойный налет в лакунах, налет снимается шпателем, изъязвлений нет. Выраженная инфильтрация дужек и язычка.  Лихорадка более трех дней. | **Локализованная форма дифтерии ротоглотки (пленчатый и островчатый варианты течения)**  Разгар заболевания на вторые сутки. В первые сутки заболевания появляются налеты в виде тонкой паутинообразной пленки, к концу вторых суток пленка утолщается. Она может быть в виде сплошного покрывала (пленчатый вариант), либо в виде островков неправильных или округлых очертаний (островчатый вариант). Налеты фибринозного характера, очень нелегко снимаются шпателем, после снятия пленок характерно появление кровоточащей, эрозированной поверхности.  Лихорадка не более трех дней | Острое начало заболевания, подъем температуры тела до фебрильных цифр, выраженные симптомы интоксикации, умеренная боль в горле, налеты желтоватого цвета на миндалинах,  умеренное увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов. | Учитывая перечисленные симптомы и данные эпиданамнеза диагноз дифтерии исключается, для уточнения необходимо исследование мазков с миндалин и ротоглотки на BL. |
| Субъективно: умеренная боль в горле,  усиливается при глотании,  умеренная головная боль,  быстрая утомляемость,  нарушение сна,  общая слабость, снижение  аппетита.  Объективно: слизистые ротоглотки и миндалин резко гиперемированы, влажные.  Наблюдается увеличение миндалин 2-3 степени, гнойный налет в лакунах, налет снимается шпателем, изъязвлений нет. Выраженная инфильтрация дужек и язычка.  Лихорадка более трех дней | **Ангинозно-бубонная форма туляремии**  Чаще одностороннее поражение, налеты серовато-белого цвета, в дальнейшем некроз миндалин с образованием язвы. В разгар заболевания характерно появление полиморфной сыпи. Появляются шейные, поднижнечелюстные и околоушные бубоны.  Волнообразный характер лихорадки. | Общие симптомы интоксикации, гиперемия миндалин, отечность дужек и язычка, умеренная боль в горле. | Учитывая перечисленные симптомы и данные эпиданамнеза диагноз туляремии исключается, для уточнения необходимо проведение кожно-аллергической пробы с тулярином. |

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1) **Общеклиническое исследование**

Общий анализ крови (признаки воспалительного процесса:

возможны нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ)

Общий анализ мочи (при выраженной интоксикации возможно появление белка в моче)

2) Бактериологическое исследование мазков из зева и носа на BL № 3 для исключения диагноза дифтерии.

3) Посев мазков с налетов на миндалинах на флору и чувствительность к антибиотикам ( для уточнения этиологии возбудителя)

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

*Цель лечения* - стойкая элиминация возбудителя, предупреждение осложнений;

- предупреждение и минимизация побочных эффектов фармакотерапии

- предупреждение распространения возбудителя

-дезинтоксикационная терапия

***Назначенное лечение и его обоснование***

1) Диета № 15, так как при данном заболевании нет противопоказаний по питанию.

Рекомендуется употреблять в питье витаминные отвары и настои с целью купирования интоксикации и поддержания защитных сил организма.

2) Антимикробная терапия для купирования инфекционного процесса, предупреждения распространения возбудителя и возникновения осложнений.

В данном случае учитывая степень тяжести и неизвестную этиологию данной ангины целесообразно применять оксациллин, так как он имеет достаточно широкий спектр действия и является препаратом выбора при лечении этой патологии.

3) Антигистаминные препараты для предупреждения и минимизация побочных эффектов фармакотерапии.

4) Использование антисептических и гипертонических растворов для полоскания с целью ускорения элиминации возбудителя и продуктов его жизнедеятельности.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОАК**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  обследо-  вания | Нв  (г/л) | Эрит  (млн) | Рет  (%) | Тв  (тыс) | Лейк  (тыс) | Б  (%) | Э  (%) | П  (%) | С  (%) | Л  (%) | М  (%) | СОЭ  (мм/ч) | Цв.  пок. |
| 11.09.06. | 141 |  |  |  | 7,9 | 1 | 1 | 13 | 50 | 25 | 5 | 18 | 0,98 |

**ОАМ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата иссле-  дова-  ния | Цвет | Прозрач-  ность | Уд.  вес | Бе-  лок | Лейко-  циты | Эритро-  циты | Пл.  эпит. | Цил.  эпит. | Реакция |
| 11.09.06. | Светл.  желт. | Мутная | 1016 | Отр. | 3-4 | 0 | 1-2 | 0-1 | Щелочн. |

**Исследование на BL:** BL не обнаружены.

**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Температура тела до госпитализации | | | | Температура тела в стационаре | | | |
|  | **08.09** | **09.09.** | **10.09.** | **11.09.** | **12.09.** | **13.09.** | **14.09.** |
| 41 |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 |  |  |  |  |  |  |  |
| Измерение артериального давления (мм. рт. ст.) | | | | | | | |
|  |  |  |  | 110/70 | 115/70 | 110/ 70 | 120/70 |
| Измерение пульса (в минуту) | | | | | | | |
|  |  |  |  | 88 | 76 | 72 | 70 |

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

На основании результатов проведенных параклинических исследований: общий анализ крови (ускорение СОЭ) и общий анализ мочи без патологических отклонений, отрицательный результат бактериологического исследования на BL, предварительный диагноз подтверждается и выставляется клинический диагноз: Лакунарная ангина средней степени тяжести с явлениями перитонзилита.

**ПРОГНОЗ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ**

Прогноз для жизни и работоспособности данного пациента относительно благоприятный, так как больной молодого возраста и заболевание имеет острое течение, среднюю степень тяжести, хорошо поддается фармакотерапии. Учитывая то, что имеются профессиональные вредности (сквозняки и переохлаждения), склонность к простудным заболеваниям (1-2 раза в год), а также хроническая интоксикация никотином (курит в течение 10-12 лет, использует до 2 пачек сигарет в сутки), пациенту рекомендуется: улучшить условия труда, бросить курить и избегать ситуаций переохлаждения, чтобы избежать повторных случаев заболевания и перехода острого процесса в хронический.

**ЭПИКРИЗ**

Поступил 10.09.06 с жалобами на умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании; на умеренную головную боль ноющего характера без определенной локализации, беспокоит в течение дня, усиливается при повышении температуры тела (максимальная температура тела 39,6); на быструю утомляемость в течение дня возникающую после незначительной физической нагрузки; на нарушение сна (чуткий и тревожный сон); на общую слабость в течение дня и снижение аппетита.

Диагноз при поступлении: лакунарная ангина, средней степени тяжести с явлениями перитонзилита.

После проведенных исследований: общий анализ крови (ускорение СОЭ до 18 мм/ч), общий анализ мочи (без патологических отклонений) и отрицательный результат исследования мазков на BL предварительный диагноз подтвержден.

Назначено лечение: -антибактериальная терапия

-дезинтоксикационная терапия (оральная)

-местное лечение: полоскание гипертоническим раствором и

растворами антисептиков

В настоящее время пациент отмечает улучшение состояния: головная боль не беспокоит, аппетит улучшился, сон нормализовался. Лечение по плану. Запланирована консультация физиотерапевта.

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ**

**11.09.2006г.**

При осмотре больной предъявляет жалобы на умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании; на умеренную головную боль ноющего характера без определенной локализации, беспокоит в течение дня, усиливается при повышении температуры тела (максимальная температура тела 39,6); на быструю утомляемость в течение дня возникающую после незначительной физической нагрузки; на нарушение сна (чуткий и тревожный сон); на общую слабость в течение дня и снижение аппетита.

Диагноз при поступлении: лакунарная ангина, средней степени тяжести с явлениями перитонзилита.

*Объективно*: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное.

Температура на момент осмотра 37,60 С.

Кожные покровы смуглые, умеренной влажности, эластичность кожи сохранена.

Форма грудной клетки нормостеническая. Грудная клетка симметрична, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный, ритм дыхания правильный, чдд 17 в минуту.

Экскурсия грудной клетки 6 см.

При пальпации грудной клетки ригидности не выявлено.

Болезненности при пальпации межреберных промежутков нет.

Голосовое дрожание без патологических изменений с обеих сторон.

При сравнительной перкуссии легких с обеих сторон легочной звук.

Аускультативно везикулярное дыхание.

Сердечный горб и ограниченные выпячивания грудной клетки в области сердца не выявляются. Пульсации в области сердца нет. Видимая пульсация во внесердечной области отсутствует. Симптом кошачьего «мурлыканья» отсутствует.

Пульс на руках синхронный, дефицит пульса не определяется. Пульс ритмичный, умеренного напряжения, скорый, полный, средней силы.

Ps = 88 в минуту.

Ширина сосудистого пучка во втором межреберье 7 см.

При аускультации: тоны приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено. Частота сердечных сокращений 88 в минуту.

Слизистые ротоглотки и миндалин резко гиперемированы, влажные.

Наблюдается увеличение миндалин 2-3 степени, гнойный налет в лакунах, налет снимается шпателем, изъязвлений нет. Выраженная инфильтрация дужек и язычка.

Язык на корне покрыт беловатым налетом, запах изо рта не определяется.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Со слов пациента стул и диурез не нарушены.

План обследования и лечения по листу назначений.

**12.09.2006г.**

Жалобы на умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании; на умеренную головную боль ноющего характера без определенной локализации, беспокоит в течение дня; на быструю утомляемость в течение дня возникающую после незначительной физической нагрузки; на нарушение сна (чуткий и тревожный сон); на общую слабость в течение дня и снижение аппетита.

*Объективно*: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное.

Температура на момент осмотра 36,60 С.

ЧДД 17 в минуту, дыхание везикулярное.

ЧСС 76 в минуту, тоны приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено.

Слизистые ротоглотки и миндалин резко гиперемированы, влажные.

Наблюдается увеличение миндалин 2-3 степени, гнойный налет в лакунах, изъязвлений нет. Выраженная инфильтрация дужек и язычка.

Язык на корне покрыт беловатым налетом, запах изо рта не определяется.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Со слов пациента стул и диурез не нарушены.

Проведенные исследования: общий анализ крови (ускорение СОЭ до 18 мм/ч), общий анализ мочи (без патологических отклонений).

Лечение по листу назначений.

**13.09.2006г.**

При осмотре пациент отмечает улучшение состояния: головная боль не беспокоит, аппетит улучшился, сон нормализовался, другие симптомы сохраняются.

*Объективно*: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное.

Температура на момент осмотра 36,90 С.

ЧДД 18 в минуту, дыхание везикулярное.

ЧСС 72 в минуту, тоны приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено.

Слизистые ротоглотки и миндалин резко гиперемированы, влажные.

Наблюдается увеличение миндалин 2-3 степени, гнойный налет в лакунах, изъязвлений нет. Выраженная инфильтрация дужек и язычка.

Язык на корне покрыт беловатым налетом, запах изо рта не определяется.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Со слов пациента стул и диурез не нарушены.

Планируется консультация физиотерапевта.

Лечение по листу назначений.

**14.09.2006г.**

Пациент отмечает улучшение состояния: головная боль не беспокоит, аппетит улучшился, сон нормализовался, другие симптомы также несколько уменьшились.

*Объективно*: состояние ближе к удовлетворительному, сознание ясное, положение активное.

Температура на момент осмотра 36,20 С.

ЧДД 18 в минуту, дыхание везикулярное.

ЧСС 70 в минуту, тоны приглушены, ритмичные, соотношение тонов сохранено.

Слизистые ротоглотки и миндалин резко гиперемированы, влажные.

Наблюдается увеличение миндалин 2-3 степени, гнойный налет в лакунах, изъязвлений нет. Выраженная инфильтрация дужек и язычка.

Язык на корне покрыт беловатым налетом, запах изо рта не определяется.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Со слов пациента стул и диурез не нарушены.

Исследование мазков на BL – отрицательно.

Лечение по листу назначений.

**ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  назначения | Назначения | Дата отмены |
| 11.09.06. | Диета № 15 + обильное питье (обогащенные  витаминами отвары, настои, чаи, соки) |  |
| 11.09.06. | Oxacillin-akos по 1,0 внутримышечно 4 раза  в сутки (проба обязательна) |  |
| 11. 09.06. | Полоскание горла 10 % гипертоническим раствором 3-4 раз в сутки |  |
| 11.09.06. | Полоскание горла растворами антисептиков  (водный раствор хлоргексидина или фурациллина)  4-5 раз в сутки |  |
| 11.09.06. |  |  |

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1) Е.П. Шувалова. –Москва, 1982 год «Инфекционные болезни»

2) Н.Д. Ющук; Ю.Я.Венгеров. –Москва, 1999 год «Лекции по инфекционным болезням» 1 том

3) Н.Д. Ющук; Ю.Я.Венгеров. –Москва, 1999 год «Лекции по инфекционным болезням» 2 том

4) Г.В. Трубников. – Барнаул, 2001 год «Методические основы познания терапии»

5) Е.П Шувалова; Е.С.Белозеров; Т.В.Беляева; Е.И. Змушко. Ростов-на-Дону, 2001 год, «Инфекционные болезни»

6) VIDAL ® 2005 год, Видаль «Лекарственные препараты России». Microsoft Internet Exploter.

7) Лекционный материал по курсу инфекционных болезней.

8) Материал практических занятий по курсу факультетской терапии.