# Паспортная часть

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество больного:  |  |
| Возраст:  | 24 года |
| Семейное положение:  |  |
| Пол:  | мужской |
| Образование:  |  |
| Место жительства:  |  |
| Место работы:  |  |
| Профессия (должность):  |  |
| Дата поступления в клинику:  |  |

**Жалобы на день курации**

Больной предъявляет жалобы на боли в горле, усиливающиеся при глотании, общую слабость.

**Жалобы на день поступления:**

Жалобы на повышение температуры тела к вечеру до 38,9 градусов, боль в горле, усиливающуюся при глотании и иррадиирующую в правое ухо, общую слабость, недомогание, отсутствие аппетита.

# История развития настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

Заболел остро 25.11.2012 г, когда почувствовал боли в горле, к вечеру поднялась температура тела до 37,4 градусов, появились головные боли, слабость, недомогание. Через некоторое время отмечает что, боли в горле усилились, особенно при глотании. Самостоятельно ухудшение своего состояния связывает с переохлаждением, когда выбежал из спортзала на улицу без верхней одежды. 26.11.2012 г обратился за медицинской помощью в поликлинику - отпущен домой с рекомендациями. Принимал Амоксициллин по 2 таб 2 раза в день, орошение ингалиптом 3-4 раза в день, аскорбиновую кислоту по 2 драже 4 раза в день, а так же стрепсилс - без эффекта. С течением времени боли в горле усилились, стали отдавать в правое ухо, температура не спадала, становилась выше к вечеру, поднималась до 39 градусов. 1.12.2012 г была вызвана бригада скорой помощи, больной доставлен в дежурный стационар.

# История жизни больного (Anamnesis vitae)

Родился 20.02.1988 г в городе Тюмени. Проживал с родителями. Развитие ребёнка проходило без патологий и отставания. Учился в школе №15, после окончания которой поступил в ТюмКТ - не окончил. В 2006 году ушел служить в армию, вернулся в 2008 году. Затем прошел по конкурсу в лесотехнический колледж - окончил. После окончания лесотехнического колледжа, поступил в Сельскохозяйственную Академию на факультет "Пожарная безопасность", на данный момент является студентом заочного отделения. С 2010г женат, имеет дочь в возрасте 2х лет. В детстве отмечает нечастые простудные заболевания (ОРЗ, ОРВИ), переболел пневмонией в 2006 году. Перенесенные детские инфекционные заболевания отрицает. Венерические заболевания, туберкулез, описторхоз, заболевания обмена веществ, психические заболевания у себя и ближайших родственников отрицает. Операции, травмы - отрицает.

Алкоголем не злоупотребляет, курит (1 пачка сигарет на 1 - 2 дня).

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез не отягощен.

# Эпидемический и иммунологический анамнез

Проживает в г. Тюмень в благоустроенной квартире с централизованным отоплением, водоснабжением и канализацией. Педикулеза у проживающих с больным нет. Контакт с инфекционными больными отрицает. Рыбу семейства карповых не ест, описторхоз не находили. Пьет кипяченую воду, отдаёт предпочтение чаю. Привит по возрасту. Гемотрансфузии отрицает.

# Данные физикальных методов обследования

**Настоящее состояние больного (status praesens)**

**Общий осмотр**

Общее состояние: средней степени тяжести.

Положение: активное.

Сознание: ясное.

Выражение лица: спокойное

Телосложение: правильное

Тип конституции: нормостенический

Рост: 172 см

Вес: 90 кг

Осанка: ровная. Сколиоза, патологических лордозов и кифозов не наблюдается.

Кожные покровы: физиологической окраски, теплые, гладкие. Наблюдается потливость, кожа нормальной эластичности. Тургор сохранен. Участков гипер - и депигментации нет. Сыпи геморрагические явления, сосудистые звездочки не выявлены. Ногти правильной формы, гладкие, блестящие, без патологической деформации и исчерченности. Рост волос соответствует полу и возрасту.

Слизистые оболочки: Видимые слизистые оболочки глаз физиологической окраски, влажные, без высыпаний.

Подкожная клетчатка: умеренно развита, толщина складки во II межреберье по срединно-ключичной линии - 1 см, на уровне пупка снаружи от края прямой мышцы живота - 1,5 см. Отеки на ногах и на руках не выявлены.

Лимфатические узлы: Подчелюстные, подбородочные лимфатические узлы пальпируются единичные, слабоболезненные, гладкие, плотной консистенции, не спайные с окружающей тканью. Затылочные, околоушные, шейные, над - и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Мышцы: все группы мышц развиты симметрично. Сила и тонус умеренно снижены, одинаковы на соответствующих конечностях. При пальпации безболезненны, патологических уплотнений не отмечается.

Кости: Части скелета пропорциональны. Деформаций не выявлено. Болезненность при пальпации и покалачивании отсутствует. Уплотнений и неровности надкостницы не отмечается.

Суставы: деформация не наблюдается. Цвет и температура кожных покровов над ними не изменены. Суставы при пальпации безболезненны. Объем активных и пассивных движений во всех суставах полный, шумы, болезненность при движениях отсутствуют.

**Дыхательная система**

Грудная клетка: форма нормостеническая, без патологий Правая и левая половины грудной клетки в одинаковой степени принимают участие в акте дыхания. Тип дыхания брюшной. ЧДД 22 в минуту.

Пальпация грудной клетки: эластичная безболезненная, голосовое дрожание справа и слева проводится одинаково. Эпигастральный угол ≈600.

Топографическая перкуссия.

Нижние границы правого легкого:

по l. parasternalis - верхний край 6-го ребра по l. medioclavicularis - нижний край 6-го ребра по l. axillaris anterior - 7 ребро по l. axillaris media - 8 ребро по l. axillaris posterior - 9 ребро по l. scapuiaris - 10 ребро по l. paravertebralis - на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:

по l. parasternalis - ------ по l. medioclavicularis - ------ по l. axillaris anterior - 7 ребро по l. axillaris media - 9 ребро по l. axillaris posterior - 9 ребро по l. scapuiaris - 10 ребро по l. paravertebralis - на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

Верхние границы легких:

Спереди на 3 см выше ключицы.

Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:

на вдохе 4 см на выдохе 4 см

Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:

на вдохе 4 см на выдохе 4 см

Сравнительная перкуссия: выявила ясный легочный звук.

Аускультация: выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов и хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система**

Осмотр области сердца патологий не выявил

Верхушечный толчок в V межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии, локализованный, средней силы и амплитуды.

Границы относительной и абсолютной сердечной тупости:

От нормы не отклоняются.

Аускультативно: тоны сердца ясные. ЧСС 83 ударов в минуту. Побочных шумов сердца нет.

Пульс симметричный, частотой 83 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подкаленной артерий; стенка их эластическая. Артериальное давления на плечевых артериях справа и слева 120/80 мм. рт. ст.

**Пищеварительная система**

Слизистые губ, щек, десен бедно-розовые.

Язык розовый, влажный покрыт налетом бело-серого цвета, сосочки языка выражены.

В зеве умеренная разлитая гиперемия, миндалины увеличены до 1-2 степени, обнаружены явления паратонзиллита справа. В лакунах слева налетов нет, на правой - обильный сплошной налет серого цвета, который снимается шпателем, поверхность не кровоточит.

Живот мягкий правильной формы, пупок втянут,

При поверхностной ориентировочной пальпации, патологии не выявлено. Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка не пальпируется. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, поверхность печени гладкая ординаты печени по Курлову: 9 (0) \*8\*7см. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Селезенка перкуторно 8\*4 см.,

Расхождения прямых мышц живота нет.

Стул регулярный, оформленный, темного цвета.

**Система мочевыделения**

Осмотр области почек патологии не выявил. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь при пальпации безболезненный. Мочеиспускание в норме.

**Эндокринная система**

Щитовидная железа не пальпируется. Глазные симптомы Греффе, Мебиуса, пучеглазие отсутствуют.

Вторичные половые признаки развиты в соответствии с возрастом по мужскому типу.

**Нервная система**

Память не нарушена, сон нормализовался. Сознание ясное. Настроение спокойное. Нарушений слуха, вкуса, обоняния нет. Зрачковые рефлексы в норме. Нистагма нет. Реакция зрачков на конвергенцию и аккомодацию соответствующая. Сухожильные рефлексы живые, патологических рефлексов, клонусов нет. Менингиальные знаки отрицательные. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранена. Дермографизм красный, латентный период - 3-4", длительность порядка 2 мин; ограниченный, не возвышается над уровнем кожи

# Предварительный диагноз

DS: Лакунарная вирусно-бактериальная ангина. Паратонзиллит справа.

Диагноз выставлен учитывая анамнез, острое начало заболевания, жалобы на повышение температуры тела до субфебрильных цифр к вечеру, боли в горле при глотании, иррадиирующие в правое ухо, данные объективного осмотра при поступлении (гиперемия в зеве, налеты на миндалинах, регионарный лимфаденит).

**План обследования**

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Кал на яйца глистов

Кровь на RW

Кровь на ВИЧ

Мазок из зева на BL

Мазок из зева на бак. посев

Рентгенография органов грудной клетки

Биохимическое исследование крови

**Результаты лабораторных исследований**

1. Анализ крови на RW от 03.12.12 - отрицательный

2. Общий анализ крови от 03.12.12 г

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроцитов | 4,6\*1012 |
| Hb | 145 г/л |
| Тромбоцитов | 347\*109 |
| СОЭ | 42 мм/ч |
| Лейкоцитов | 10,2\*109 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Б | Э | Юн | Пал | Сегм | Л | М |
| - | 1 | - | 1 | 56 | 35 | 7 |

3. Мазок из зева от 01.12.12г: возбудители дифтерии не обнаружены.

# Дифференциальный диагноз

**Аденовирусные заболевания.**

При острых аденовирусных заболеваниях, особенно при фарингоконъюнктивальной лихорадке, отмечаются ринофарингит и системное поражение лимфоидной ткани (генерализованная лимфаденопатия). Изменения в небных миндалинах характерны для симптоматического тонзиллита и не могут рассматриваться как ангина. Особенностью этой болезни является то, что, помимо ринофарингита, тонзиллита, в процесс вовлекаются конъюнктивы (обычно фолликулярный конъюнктивит). Такое сочетание клинических признаков служит достаточным основанием для дифференциальной диагностики аденовирусных тонзиллитов от других сходных заболеваний.

**Дифтерия зева.**

Характеризуется обязательным поражением небных миндалин. Дифференциальная диагностика некоторых форм дифтерии зева со стрептококковой ангиной может представлять трудности. В некоторых случаях даже бактериологические данные не позволяют уверенно дифференцировать эти заболевания, например при развитии стрептококковой ангины у бактерионосителя токсигенных коринебактерий дифтерии. Избирательное поражение небных миндалин при дифтерии зева породило даже неправильный, с современной точки зрения, термин "дифтерийная ангина". Сейчас мы говорим о дифтерийном тонзиллите, как одном из проявлений самостоятельной нозологической формы - дифтерии. Катаральную форму дифтерии зева приходится дифференцировать от катаральной ангины, островчатую - от лакунарной, пленчатую дифтерию зева - от некротической ангины. Токсическую дифтерию, при которой клиника особенно четко выражена, врачи иногда ошибочно рассматривают как стрептококковую ангину, осложненную паратонзиллярным абсцессом.

Катаральная форма дифтерии зева относится к атипичным формам, так как при ней нет характерных фибринозных налетов на поверхности небных миндалин. Отличается она от катаральной формы стрептококковой ангины тем, что температура тела остается нормальной или субфебрильной, тогда как при ангине она повышается до фебрильных цифр (38°С). Боль в горле при глотании у больных катаральной дифтерией отсутствует или выражена слабо, при ангине - это одна из ведущих жалоб. При катаральной дифтерии зева слизистая оболочка миндалин умеренно гиперемирована, а на 2.3-й день болезни появляются небольшой отек и цианотичная окраска слизистой оболочки миндалин. В дальнейшем при отсутствии специфической терапии у некоторых больных катаральная дифтерия зева может переходить в пленчатую - на слизистой оболочке миндалин появляется фибринозный налет. При стрептококковой ангине гиперемия слизистой оболочки выражена более ярко (за счет наличия у стрептококка эритрогенного токсина). Большое значение в дифференциальной диагностике катаральной формы дифтерии зева имеет бактериологическое исследование, диагноз подтверждается выделением токсигенного штамма коринебактерий дифтерии.

Островчатая форма дифтерии зева некоторыми авторами относится к типичным формам болезни, но это не совсем верно. Небольшие участки фибринозного налета ("островки") на поверхности миндалин легко снимаются шпателем, тонкие, очень напоминают образования, которые обусловлены наложениями воспалительных продуктов (детрит, гной), исходящими из лакун. Однако лакунарная ангина (как и фолликулярная) протекает с высокой лихорадкой, выраженными симптомами общей интоксикации, сильными болями в горле. Островчатая форма дифтерии зева, наоборот, протекает при субфебрильной температуре тела, боли при глотании отсутствуют или слабо выражены. Нет проявлений общей интоксикации (могут быть лишь небольшая. общая слабость, недомогание, разбитость). При островчатой форме дифтерии' зева, если не проводится специфического лечения, очаговые мелкие налеты на миндалинах нередко становятся более плотными, сливаются между собой и образуют сплошную пленку, болезнь переходит в пленчатую форму.

Пленчатая дифтерия зева характеризуется образованием выраженных сплошных фибринозных налетов, не выходящих за пределы миндалин. В этих случаях болезнь необходимо дифференцировать от некротической формы стрептококковой ангины, инфекционного мононуклеоза, а иногда и от ангины Симановского - Плаута - Венсана. Пленчатая дифтерия зева относится к локализованным формам болезни, температура тела может быть субфебрильной, но иногда повышается до 38.39°С, боли в горле выражены слабо. При стрептококковой ангине некротические изменения появляются лишь при тяжелом ее течении с лихорадкой до 39.40°С и выше, резко выражены признаки общей интоксикации (озноб, слабость, головная боль). Характерны сильные боли в горле при глотании, иногда из-за болей затруднено открывание рта. При осмотре зева отмечаются резко выраженная гиперемия и отечность миндалин, на которых видны некротические участки диаметром 1.1,5 см темно-серого цвета, в дальнейшем на этом месте образуется довольно глубокий дефект округлой или неправильной формы. При пленчатой дифтерии зева налет снимается с трудом, на месте его остается кровоточащая поверхность. Снятый налет не растирается между двумя шпателями, а как бы пружинит. Опущенный в воду, он не распадается и тонет на дно сосуда. Если смазать налеты на миндалинах раствором теллурита калия, то через 15.20 мин он темнеет (за счет восстановления соли до металлического теллура). При инфекционном мононуклеозе налеты на миндалинах могут напоминать дифтерийные фибринозные налеты, однако другие проявления болезни позволяют без затруднений дифференцировать эти заболевания. Ангина Симановского - Плаута - Венсана отличается от дифтерии зева отсутствием лихорадки и признаков общей интоксикации, односторонним характером поражений, налет не носит при ней фибринозного характера. Диагноз должен подтверждаться выделением токсигенных коринебактерий дифтерии.

Распространенная дифтерия зева характеризуется тем, что фибринозный налет захватывает не только миндалины, но переходит и на окружающие участки слизистой оболочки (заднюю стенку глотки, мягкое небо, язычок). Именно эта распространенность налета и позволяет без труда дифференцировать данную форму дифтерии от ангины.

Токсическая дифтерия характеризуется появлением отека шейной клетчатки; при субтоксической дифтерии он односторонний, при интоксикации 1 степени доходит до середины шеи, II степени - до ключицы и при III степени - ниже ключицы. Бывают случаи ошибочной диагностики, когда вместо токсической дифтерии ставят диагноз ангины, осложненной паратонзиллярным абсцессом. Общими являются наличие отека на шее, высокая лихорадка, выраженные симптомы интоксикации. Однако много и различий, которые позволяют провести дифференциальную диагностику. Появление паратонзиллярного абсцесса характеризуется быстрым повышением температуры тела, ознобом, выраженным токсикозом. Сразу же появляются резкие боли в горле при глотании и даже в покое, иногда болезненно движение головой. Тризм желательной мускулатуры ограничивает открывание рта, повышена саливация. Осмотр ротоглотки затруднен. При фарингоскопии отмечаются односторонний отек и выбухание при отсутствии налетов на слизистой оболочке миндалин. При токсической дифтерии выраженных болей в горле нет (дифтерийный токсин обладает анестезирующим действием). Процесс двусторонний. Грязно-серые налеты захватывают не только обе небные миндалины, но и окружающие ткани. Отек также двусторонний. Гнилостный неприятный запах изо рта характерен как для паратонзиллита, так и для токсической дифтерии, поэтому не имеет дифференциально-диагностического значения. Диагноз дифтерии подтверждается выделением возбудителя.

**Инфекционный мононуклеоз.**

Почти всегда протекает с выраженным поражением зева ("моноцитарная ангина" по старым работам). Наличие высокой лихорадки, симптомов общей интоксикации, острое начало болезни, четко выраженные и значительные субъективные и объективные признаки поражения небных миндалин и увеличение регионарных лимфатических узлов обусловливают очень частые диагностические ошибки, когда инфекционный мононуклеоз принимается за ангину. Однако клиника инфекционного мононуклеоза настолько своеобразна, что позволяет надежно дифференцировать это заболевание не только от ангины, но от других инфекционных болезней. Ошибочная диагностика ангины вместо инфекционного мононуклеоза чаще всего является следствием недостаточно полного обследования больного. Характер тонзиллита при инфекционном мононуклеозе имеет свои особенности. Во-первых, появление его, как правило, отстает по времени от повышения температуры тела, развития симптомов общей интоксикации и других признаков мононуклеоза. Поражение зева возникает лишь на 3-й день болезни и даже позже, правда, у отдельных больных тонзиллит может появиться с первых дней. Процесс, как и при ангине, двусторонний. Миндалины увеличены (чаще отмечается II степень увеличения), слизистая оболочка миндалин гиперемирована, отечна. Типичных для стрептококковой ангины фолликулярных гнойничков в толще ткани миндалин при мононуклеозе не бывает. Иногда можно заметить выделение детрита и продуктов воспаления из лакун, что может имитировать лакунарную ангину. Характерными для инфекционного мононуклеоза являются некротические изменения миндалин. Процесс двусторонний. На воспаленных миндалинах появляется фибринозный налет, который напоминает налеты при дифтерии зева, только в отличие от распространенной и токсической дифтерии он никогда не выходит за пределы миндалин. Кроме того, налет более толстый, рыхлый, желтоватой окраски, при смазывании раствором теллурита калия не темнеет. При снятии налета может образоваться кровоточащая поверхность. Налет иногда не распадается и тонет в воде (как и при дифтерии). В отличие от локализованной пленчатой дифтерии зева лихорадка и явления общей интоксикации при мононуклеозе более выражены. Лихорадка и токсикоз сохраняются длительно (до 2 нед и более), а изменения в зеве не нарастают и не выходят за пределы миндалин. Кроме того, для дифференциальной диагностики от ангины и других тонзиллитов большое значение имеет наличие основных клинических проявлений инфекционного мононуклеоза. Это, прежде всего генерализованная лимфаденопатия, которая появляется рано (с первых дней болезни) и захватывает многие группы лимфатических узлов. К 3.5-му дню болезни отмечается увеличение печени и селезенки, последняя может быть значительно увеличена и болезненна при пальпации. Могут быть нарушения функции печени, в частности желтуха. Важными для дифференциальной диагностики являются своеобразные изменения периферической крови. Рано появляется небольшой лейкоцитоз (8.12) - 1012/л, существенно уменьшается количество нейтрофилов (до 10..15 %). Очень характерно для мононуклеоза увеличение (абсолютное и относительное) числа одноядерных элементов крови - лимфоцитов, моноцитов, кроме того, появляются атипичные мононуклеары. Изменения крови появляются рано и сохраняются длительное время (иногда несколько месяцев), когда все другие проявления болезни уже проходят. Таким образом, для дифференциальной диагностики тонзиллитов мононуклеозной природы наиболее важным является сочетание следующих признаков: лихорадка, тонзиллит (нередко с налетом на миндалинах), генерализованная лимфаденопатия, увеличение печени и селезенки, увеличение числа одноядерных элементов в периферической крови. Вспомогательное для диагностики значение имеет повышение активности щелочной фосфатазы, АлАТ, АсАТ. Для подтверждения диагноза инфекционного мононуклеоза чаще используются различные варианты реакции гетерогемагглютинации (реакция Пауля-Буннеля и др.). Специфическая реакция РСК с антигеном из вируса Эпстайна - Бар в широкую практику пока не внедрена. В большинстве случаев дифференциальная диагностика мононуклеозного тонзиллита трудностей не вызывает.

Грипп, парагрипп и другие ОРЗ. При гриппе и других ОРЗ, помимо поражения респираторного тракта (ринит, фарингит, ларингит, трахеобронхит в разных сочетаниях), может быть катаральное воспаление небных миндалин. Такой тонзиллит как бы входит в клинический симптомокомплекс катара дыхательных путей и не рассматривается его осложнением. Наличие подобного тонзиллита особенно часто служит основой для ошибочной диагностики ангины там, где ее нет, а имеется ОРЗ. Подобные ошибки достигают иногда 20.30 % к числу всех вольных, направляемых в инфекционный стационар с диагнозом "ангина". Отличием ОРЗ от ангин являются признаки поражения различных отделов респираторного тракта, чего никогда не наблюдается при ангинах.

**Скарлатина.**

Ближе всего стоит к ангине, так как вызывается тем же гемолитическим стрептококком группы А, как и ангина. У обоих заболеваний могут быть одинаковыми и отдаленные последствия (ревматизм, миокардит, гломерулонефрит и пр.). Отличием является то, что скарлатиной болеют лица, не имеющие иммунитета к эритрогенному токсину стрептококка. В результате у больных скарлатиной, помимо изменений, свойственных больным ангиной, отмечаются признаки, связанные с воздействием эритрогенного токсина, - гиперемия кожи, мелкоточечная сыпь с последующим шелушением кожи, тахикардия, у детей часто бывает рвота. При осмотре зева отмечается необычно яркая гиперемия слизистой оболочки - "пылающий зев", чистый гиперемированный язык с увеличенными сосочками ("малиновый язык"). В периоде реконвалесценции появляется пластинчатое шелушение кожи, особенно выраженное на пальцах рук. При внимательном осмотре больных диагноз скарлатины и дифференцирование ее от ангины не вызывают трудностей. Лабораторного подтверждения диагноза скарлатины, по существу, нет.

**Брюшной тиф и паратифы.**

В старых работах описывалась так называемая ангина Дюге, которая наблюдалось у некоторых больных брюшным тифом и паратифами А и В. Она проявлялась в набухании небных миндалин и дужек и в появление на них небольших язвочек, покрытых сероватым налетом. В последние годы ангина Дюге практически не встречается. Дифференцировать этот тонзиллит можно по другим проявлениям тифопаратифозного заболевания - лихорадке, признакам общей интоксикации, которая не может быть обусловлена относительно небольшими изменениями миндалин, по появлению сыпи, увеличению печени и селезенки и др. Для лабораторного подтверждения диагноза делают посевы крови на желчный бульон.

**Неинфекционные болезни.**

Также могут обусловить развитие тонзиллитов. Чаще это наблюдается при гематологических заболеваниях, в частности при различных формах лейкозов, при болезнях крови, сопровождающихся лейкопенией и нейтропенией (острая лучевая болезнь, иммунный агранулоцитоз и др.). Иногда такое состояние может возникнуть при использовании некоторых лекарств (цитотоксическая болезнь). В этих случаях могут быть и лихорадка, и симптомы общей интоксикации. Иногда развиваются септические заболевания за счет наслоения бактериальной инфекции. Изменения миндалин носят некротический характер и проявляются в конце 1-й или в начале 2-й недели от начала болезни. Помимо поражений миндалин, как правило, некротические процессы развиваются и на слизистой оболочке ротовой полости. Для дифференциальной диагностики решающее значение имеют изменения крови. Для уточнения диагноза и дальнейшего наблюдения больных необходима консультация гематолога.

**Хронический тонзиллит.**

Несомненно, наиболее труден для дифференциальной диагностики от ангины, в частности от повторной. При обеих болезнях процесс локализуется преимущественно в области небных миндалин и в регионарных к ним лимфатических узлах. Однако хронический тонзиллит, по крайней мере декомпенсированный и субкомпенсированный, протекает в виде периодических обострений и ремиссий. Обострение, как правило, бывает спровоцировано переохлаждением или перенесением ОРЗ или другого заболевания. Но и в период ремиссии при хроническом тонзиллите обычно отмечаются признаки хронического токсикоза в виде общей слабости, повышенной утомляемости, раздражительности, нередко субфебрилитета по вечерам, вегетативно-сосудистых изменений (акроцианоз, лабильность пульса, ортостатическая гипотония, неприятные ощущения в области сердца). Повторная ангина возникает более остро на фоне практического здоровья и сопровождается быстрым повышением температуры тела (до 39.40°С) и выраженными симптомами общей интоксикации. Изменения миндалин выражены более четко в виде гиперемии слизистой оболочки миндалин, образования фолликулов и других изменений, характерных для стрептококковой ангины. Боли при глотании у больных ангиной острые, довольно сильные, в то время как при хроническом тонзиллите они выражены слабо. Обратное развитие изменений при ангине происходит значительно быстрее, чем при хроническом тонзиллите. Изменения в зеве при хроническом тонзиллите проявляются в спаянности миндалин с дужками, в наличии рубцов на миндалинах, иногда в лакунах имеются казеозные пробки. После обострения могут длительно сохраняться некоторые признаки хронической интоксикации. Для уточнения диагноза хронического тонзиллита необходима консультация ЛОР - специалиста.

При дифференциальный диагностике тонзиллитов иногда приходится проводить дифференциальную диагностику с травматическими изменениями; например, рубцы после тонзиллэктомии в первое время покрыты беловатым налетом, что обусловливает необходимость исключать другие воспалительные изменения. Химические ожоги могут также вызывать воспалительные изменения слизистой оболочки миндалин, иногда с образованием налетов. Однако все эти изменения, не вызывают диагностических трудностей.

# Клинический диагноз

Лакунарная вирусно-бактериальная ангина. Паратонзиллит справа.

**Лечение**

"Ампиокс" по 2 капсулы 4 раза в день в течение 5 дней

Ингаляции "Биопарокс" 3 раза в день

Метилурацил 0,5 по 1 т.4 раза в день

Супрастин 0,025 по 1 т.2 раза в день

Кальция хлорид 10% -5 мл 2 раза в день внутривенно

"Ревит" по 1 драже 3 раза в день

Местно - таблетки "Бикарминт" растворить 1 - 2 таб. в 1/2 стакана тёплой воды полоскать горло.

**Дневник**

04.12.2012 г.

Состояние удовлетворительное. Отмечает улучшение самочувствия. Жалуется на боль при глотании, першение в горле. Состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски и влажности, слизистые зева слабо гиперемированы, задняя стенка глотки зернистая. Миндалины увеличены, гиперемированы, при касании шпателем болезненные. Сохраняются налеты беловато-серого цвета, но уже значительно меньше, легко снимаются. Дыхание по всем полям везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС - 90 в мин. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез, стул без особенностей.

05.12.12 г.

Состояние удовлетворительное. Самочувствие хорошее. Жалобы на умеренные боли в горле при глотании. Состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски и влажности, слизистые светло-розовые, влажные. Миндалины увеличены, справа на миндалине небольшие налеты беловато-серого цвета. Дыхание над легкими везикулярное, ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 86 в мин. АД - 110/80 мм рт. ст. Аппетит хороший. Живот мягкий, безболезненный. Диурез, стул без особенностей.

06.12.2012 г.

Состояние удовлетворительное. Самочувствие хорошее. Жалобы на боли в горле при глотании. Миндалины увеличены, гиперемированы, налетов нет. Дыхание над легкими везикулярное, ЧДД 19 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 80 в мин. АД - 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез, стул без особенностей.

# Этапный эпикриз

Больной находится на лечении в городской инфекционной больнице по поводу вирусно-бактериальной ангины, паратонзиллита справа. При поступлении предъявлял жалобы на боли в горле, особенно при глотании, иррадиирующую в правое ухо, слабость, повышение температуры к вечеру до 39 градусов. Заболевание развилось остро. Появились сильные боли в горле, усиливающиеся при глотании, впоследствии с течением времени иррадиирующие в правое ухо. Температура тела - 37°С при поступлении. Состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической окраски, чистые, слизистые светло-розовые, влажные. Зев гиперемирован. На задней стенке глотки определяется зернистость, гиперемия. Миндалины гиперемированы, увеличены правая больше левой, покрыты налетом беловато-серого цвета. Налет легко снимается шпателем, при этом отмечается болезненность, обнажаемая поверхность не кровоточит. Дыхание проводится по всем полям везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 83 в мин. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги, селезнка не пальпируется. Диурез, стул без особенностей.

Данные лабораторных исследований:

1. Анализ крови на RW от 03.12.12 - отрицательный

2. Общий анализ крови

Эритроцитов4,6\*1012

Hb 145 г/л

Тромбоцитов347\*109

СОЭ 42 мм/ч

Лейкоцитов10,2\*109

БЭЮнПалСегм ЛМ

1-156 357

3. Мазок из зева от 01.12.12г: возбудители дифтерии не обнаружены.

Поставлен диагноз: лакунарная вирусно-бактериальная ангина. Паратонзиллит справа.

На фоне проводимого лечения наблюдается положительная динамика (уменьшились боли в горле, нормализовалась температура, уменьшились налеты на миндалинах). Прогноз для жизни и восстановления трудоспособности благоприятный, для выздоровления - благоприятный.

Рекомендовано избегать переохлаждений, принимать поливитаминные препараты, избегать приема алкоголя.

# Список использованной литературы

1. Шувалова Е.П. "Инфекционные болезни"

2. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. "Лекции по инфекционным болезням"

3. Машковский М.Д. "Лекарственные средства"