Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра педиатрии №1 с курсом детских инфекционных болезней

Заведующий курсом: Профессор: Оберт А.С.

Преподаватель: к.м.н . доцент Зиновьева Л.И.

Куратор:Тужулкина А.В.536 гр.

Срок курации: 22.12.08-24.12.08.

**История болезни**

Ребенок: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 12 лет.

**Клинический диагноз:** Острая лакунарная ангина, среднетяжелая форма.

Барнаул-2008г.

**Паспортная часть**

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

**Возраст:** 12 лет

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

**Школа, класс:** школа 25, 6 «в» класс.

**Дата заболевания:** 15 декабря

**Дата поступления в стационар:** 16 декабря

**Дата начала курации:** 22 декабря.

**Жалобы на день курации:**

Небольшая болезненность в горле при глотании твердой пищи.

**Анамнез заболевания:**

Заболевание началось 15 декабря, остро с появления боли в горле при глотании с утра, слабость, повышение температуры до 37,80 С, приняла парацетомол, поласкала горло гипертоническим раствором соли. К вечеру слабость усилилась, аппетит отсутствовал, на ночь приняла парацетомол. 16 го декабря боль в горле усилилась, при глотании иррадиировала в правое ухо, появилась болезненность при пальпации подчелюстных лимфоузлов, резкая слабость, выраженная головная боль, тошнота, температура повысилась до 38,50 С. Мать вызвала «скорую помощь», которой была доставлена в инфекционное отделение с диагнозом «лакунарная ангина». Больная была госпитализирована 16 декабря в 6.30. При поступлении температура тела 380С, при осмотре кожные покровы бледные, чистые, высыпаний нет, влажные, в зеве гиперемия, увеличение миндалин 3 степени, налеты в лакунах желтовато-белого цвета, обильные, увеличение до 1,5 см, подчелюстных и переднешейных лимфоузлов, болезненность при пальпации, не спаяны с окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Больной были проведены общеклинические исследования, в крови нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Было назначено лечение: цефотоксим 1,0 х 3 раза в день внутримышечно, парацетамол 1т х 3 р. в д., местно – полоскание содо-солевым раствором, хлоргексидином, обильное питье. 17 и 18 декабря жалобы сохранялись, температура снизилась до 370 С, при общем осмотре изменений не было. 19 декабря самочувствие улучшилось, температура 36,8 0 С, при осмотре зева гиперемия, миндалины увеличены 3 ст., наложений в лакунах стало меньше. 20 и 22 появился аппетит, боль при глотании уменьшилась, состояние легкой степени тяжести, исчезла боль при пальпации лимфоузлов.

**Анамнез жизни**

Росла и развивалась нормально, от сверстников в физическом и психическом развитии не отставала, нервно-психическое и физическое развитие соответствует возрасту.

Перенесенные инфекции: ветряная оспа 06.02 г. ОРВИ, ОРЗ. болеет 1 раз в год, ангина. Во время заболеваний гипертермических реакций, судорог не отмечает.

Состоит на учете у ЛОР врача по поводу хронического тонзиллита.

Аллергический анамнез: аллергии на пищевые продукты, лекарства и бытовые аллергены не отмечает.

Операций и гематрансфузий не было.

**Эпидемиологический анамнез**

Проживает в благоустроенном частном доме, влажная уборка и проветривание проводятся регулярно. В семье 4 человека: пациентка, мать, отец и брат- 16 лет. Все члены семьи здоровы. Контактов с инфекционными и другими больными не отмечает. За пределы города не выезжал. Привита по календарю.

**Объективный статус**

Состояние легкой степени тяжести, самочувствие страдает умеренно. Положение тела ребенка естественное.

Сознание ясное.

*Лицо:*

Выражение лица спокойное, склеры обычного цвета.

*Нервная система:*

Болевая, температурная, тактильная чувствительности, мышечно- суставное чувство сохранены. Дермографизм быстрый не стойкий красный, время появления 10 сек. Исчезновение через 2 мин.

Глотательные и корнеальные рефлексы сохранены. Прямая и соодружественная реакция зрачков на свет адекватная, аккомодация и конвергенция сохранены.

Локомоторная реакция сохранена, поведение при осмотре адекватное, эмоционально устойчивое. Речь, гнозис без нарушений, анализаторы не нарушены. Менингиальные симптомы отрицательны. Пальценосовая и коленопяточная пробы выполняются. Проба Ромберга – устойчивое положение.

*Физическое развитие:*

Масса 43кг

Рост 151см

Физическое развитие соответствует возрасту.

Осмотр по системам :

*Кожа и подкожно- жировая клетчатка:*

Кожа бледно- розового цвета, умеренной влажности, эластичная, тургор сохранен. Высыпаний на коже нет.

Чувствительность кожи сохранена. Дермографизм быстрый не стойкий красный, время появления 10 сек. Исчезновение через 2 мин.

Волосы на голове густые, ногти не слоятся. Слизистая полости рта розовая, влажная, чистая.

Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, равномерно. Отеков нет. Тургор мягких тканей сохранен. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы (3) , диаметром до 1 см, эластичные, подвижные, безболезненные, пальпируются передне-шейные лимфоузлы диаметром от 1-1,5 см. плотноватой консистенции, подвижные, безболезненны. Другие группы лимфоузлов не пальпируются.

*Костно-мышечная система:* Костно- мышечная система развита пропорционально. Форма грудной клетки нормостеническая, осанка правильная, голова овальной формы. Деформаций и аномалий верхних и нижних конечностей не наблюдается.

Суставы безболезненные, нормальной конфигурации, температура и цвет кожи над суставами не изменены. Объем активных и пассивных движений не ограничен. Движения в суставах – в физиологическом объеме.

Зубная формула:

7654321 1234567

7654321 1234567

Зубной возраст соответствует фактическому, прикус ортогнатический.

*Органы дыхания:*

Носовое дыхание не затруднено, ЧДД 20 в мин, вспомогательная мускулатура не участвует в акте дыхания. Грудная клетка нормостеническая, симметричная участвует в акте дыхания, тип дыхания смешанный.

При пальпации грудная клетка безболезненная, эластичния, голосовое дрожание равномерно на симметричных участках 9 парных точек.

При сравнительной перкуссии ясный легочной звук в 9 парных точках.

Топографическая перкуссия. Высота стояния верхушки левого и правого легкого 2,5 см, Кернига 4см

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | справа | Слева |
| окологрудинная | По верхнему краю VI ребра | - |
| среднеключичная | По нижнему краюVI ребра | - |
| Передняя подмышечная | вVII м/р | В VII м/р |
| Средняя подмышечная | В VIII м/р | ВVIII м/р |
| Задняя подмышечная | В IX м/р | В IX м/р |
| лопаточная | В IX м/р | В IX м/р |
| околопозвоночная | На уровне остистого отростка II грудного позвонка | На уровне остистого отростка II грудного позвонка |

Подвижность нижнего края легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | справа | Слева |
| среднеключичная | 2см | 2 см |
| среднеаксилярная | 3см | 3см |
| лопаточная | 2см | 2см |

Симптом Кораньи, Аркавина, «чаши» Философова – отрицательны.

При аускультации дыхание везикулярное, патологические дыхательные шумы отсутствуют.

*Сердечно- сосудистая система:*

При осмотре кожные покровы бледно- розового цвета, сердечный горб отсутствует, верхушечный и сердечные толчки и пульсации в области крупных сосудов и вен визуально не наблюдается.

При пальпации верхушечный толчок разлитой 2,0 см, высокий усиленный в 5 м/р на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Симптом «кошачьего мурлыкания» не выявлен. Пульс синхронный на обеих руках, регулярный, равномерный, ЧСС 88 уд в мин.

Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | 4 м/р по прав. Стерн. линии | 4 м/р по лев. Серн. линии |
| верхняя | 3м\р по лев. Стерн линии | 3м/р по лев. Стерн. линии |
| Левая | 5 м/р на 0,5 см., кнутри от ср.ключичной линии | 4 м/р левой парастернальной линии |

При аускультации тоны сердца ритмичные, ясные. На верхушке выслушивается систолический шум. ЧСС 82уд в мин.

*Органы пищеварения.*

Слизистая рта розовая, влажная, чистая. Слизистая миндалин, стенки глотки, небных дужек гиперемированы. Миндалины увеличены II степени, налетов отеков миндалин нет. Язык влажный, обложен белым налетом на спинке и у корня, сосочки сглажены.

При осмотре живот обычной округлой формы, видимая перистальтика отсутствует. Участвует в акте дыхания.

При пальпации живот безболезненный, брюшная стенка не напряжена, грыжевые отверстия не пальпируются, симптом Щеткина – Блюмберга, Думбадзе, Воскресенского отрицательны.

При пальпации по Образцову – сигма пальпируется виде тяжа мягко-эластичной консистенции, подвижна, безболезненна.

Печень выступает из под края реберной дуги на 1 см., край закруглен. Границы печени по Курлову: 9х8х7.

Селезенка не увеличена, 4х6см.

Стул 1 раз в день, оформленный, плотной консистенции акт дефекации безболезненный.

*Органы мочевыделения:*

Почки не пальпируются. Симптом «поколачивания» с обеих сторон отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное 4- 5 раз в сутки, цвет мочи соломенно-желтый. Недержания мочи нет.

*Эндокринная система. Половая система.*

Физическое развитие соответствует возрасту. Волосы на голове мягкие. Подкожно- жировой слой развит удовлетворительно, равномерно. Половые органы сформированы по женскому типу.

Оценка полового развития по Таннеру:

Ма- 2

Р – 1

Ах-1

Ме-2

Половое развитие соответствует возрасту.

Щитовидная железа не увеличена.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной на боль при глотании, и на основании объективных данных: гиперемия зева, гипертрофия миндалин 2 степени, увеличение подчелюстных и передне-шейных лимфатических узлов, можно предположить, что в патологический процесс вовлечена лимфоидная ткань ротоглотки. Учитывая анамнез заболевания: острое начало, повышение температуры до 380 С, наличие симптомов интоксикации – можно сделать выводы, что процесс воспалительный, инфекционный.

Выявлены синдромы: гипертермический синдром (повышение температуры до 380С), синдром интоксикации (слабость, головная боль), болевой синдром (боль в горле при глотании).

Учитывая наличие этих синдромов, а также воспалительный процесс на миндалинах, увеличение регионарных лимфоузлов, можно поставить диагноз ангина. Из данных анамнеза: при поступлении в стационар – в лакунах миндалин был желтовато-белый налет, что характерно для лакунарной ангины. Учитывая, что заболевание длится менее 2 недель, можно предположить, что процесс острый. Учитывая из анамнеза, что температура повышалась до 380 С, выраженные головные боли, тошноту, обильные гнойные наложения на миндалинах - можно поставить среднетяжелую форму.

Предварительный диагноз: «Острая лакунарная ангина, среднетяжелая форма»

**План обследования:**

1. Общий клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Бактериологическое исследование мазков из зева на микрофлору (β-гемолитический стрептококк) и исследование чувствительности к антибиотикам.
4. мазки из зева на BL.
5. Серологическое обследование крови на АСЛО, ( титр в динамике)

**План лечения:**

Диета: стол №15

Палатный режим.

Этиотропная терапия: цефатоксим 1,0 3раз в сутки внутримышечно, в течении 8 дней.

Патогенетическая терапия: пероральная дезинтоксикация 900мл в сутки.

Витамины: аскорутин 1т 3 раза в день.

Симптоматическая терапия: парацетамол при увеличении температуры выше 37,8 0С

Местно: полоскание горла содо-солевым раствором, и хлоргикседином.

**Результаты лабораторных исследований:**

Общий анализ крови (16.12.08):

Hb 142г/л.

Лейкоциты 18.4 \*109/л

СОЭ 16мм/ч

Эозинофилы 1

Палочкоядерные 3

Сегментоядерные 80

Лимфоциты 9

Моноциты 7

Общий анализ мочи(16.12.08):

Цвет: светло-желтый.

Прозрачность: прозрачная.

Вес: 1016.

Белок: отрицательно.

Сахар: отрицательно.

Реакция: кислая.

Лейкоциты: 1-3

Эпителий 1-2

Кал на яйца глистов(16.12.08):

Отрицательно.

Микробиологическое исследование (17.12.08): массивный рост непатогенных нейссерий

Исследование на BL(20.12.08): коринебактерий дифтерии не выявлено.

**Клинический диагноз и его обоснование:**

На основании жалоб больной на боль при глотании, повышение температуры тела до 38.5°С, слабость, головную боль, выявления гиперемии зева и миндалин, желто-белго налета в лакунах, при осмотре ротоглотки, наличия гипертрофии миндалин II степени, наличии признаков воспалительного процесса в общем анализе крови- нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение влево, ускорение СОЭ, можно выставить диагноз : Острая лакунарная ангина, среднетяжелая форма.

**Дневник:**

23.12.08 Температура тела 36.7°С, ЧДД 18 в минуту, ЧСС 87 в минуту.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Жалобы на незначительную боль при глотании, сухой пищи. Кожные покровы бледно-розовые, влажные, чистые. В зеве умеренная гиперемия слизистой миндалин, миндалины очищены от гнойных наложений и включений, гипертрофия миндалин II степени. Носовое дыхание не затруднено, отделяемое из носа нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. В сердце тоны ясные, звучные, шумов нет. Живот мягкий безболезненный, печень +0.5,+0.5,+0.5. Подчелюстные лимфоузлы до 1см , гладкие, эластичные, подвижные, безболезненные, передне-шейные (2) диаметр 1 см, эластичной консистенции, подвижные, безболезненные . Стул и диурез в норме.

24.12.08 Температура тела 36.6°С, ЧДД 19 в минуту, ЧСС 81 в минуту.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Жалоб не предьявляет. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, чистые. В зеве слизистая миндалин не гиперемирована, наложений нет, гипертрофия миндалин 2 степени. Носовое дыхание не затруднено, отделяемого из носа нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. В сердце тоны ясные, звучные, шумов нет. Живот мягкий безболезненный, печень +0.5,+0.5,+0.5. Подчелюстные лимфоузлы до 1см , гладкие, эластичные, подвижные, безболезненные, передне-шейные (2) диаметр 1 см, эластичной консистенции, подвижные, безболезненные. Стул и диурез в норме.

**Дифференциальный диагноз:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нозология | Общие симптомы с клиникой данного больного | Различающиеся симптомы |
| Инфекционный мононуклеоз | Острое начало, лихорадка, интоксикация, тонзиллит, боль в горле, увеличение подчелюстных лимфоузлов. | При ИМН увеличиваются не только подчелюстные лимфоузлы, а все переферические. гепатоспленомегалия, боли в животе, лимфоцитарный лейкоцитоз, атипичные мононуклеары в крови. |
| Скарлатина | Боль в горле, гипертрофия миндалин, интоксикация. | При С. ангина чаще катаральная, «малиновый язык», характерная сыпь, треугольник Филатова. |
| Дифтерия зева | Боль в горле, гипертрофия миндалин, интоксикация, отложения на миндалинах. Увеличение лимфоузлов | Интоксикация выражена слабо, пленки фибринозные, с миндалин трудно снимаются, при снятии язвочки кровоточат, гиперемия слизистой только под пленками. Л.У. резко увеличены с отеком подкожной клетчатки. В бактериалогическом исследовании бацилла Лефлера. |

**Выписной эпикриз:**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_12 лет, находилась на стационарном лечении с 16.12.08 по 24.12.08 с диагнозом «острая лакунарная ангина, среднетяжелая форма». За время пребываня в стационаре температура нормализовалась на 3-й день, симптомы интоксикации исчезли на 3-й день, боль при пальпации переднешейных лимфоузлов исчезла на 6 – й день боль при глотании, гиперемия зева прошли на 8-й день.

Проведено лечение: цефотоксим 1,0 х 3 раза в день внутримышечно, парацетамол 1т х 3 р. первые 2 дня. Регидрон. Местно – полоскание содо-солевым раствором, хлоргексидином.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии с клинико-лабораторным выздоровлением. ОАК (23.12.08) Hb 134г/л.

Лейкоциты 6.6 \*109/л

СОЭ 6 мм/ч

Эозинофилы 1

Палочкоядерные 2

Сегментоядерные 66

Лимфоциты 27

Моноциты 5

Рекомендовано: диспансерное наблюдение у участкового педиатра - осмотр через месяц, при необходимости повторно обследовать. Продолжение диспансерного наблюдения у ЛОР врача, санация хронического тонзиллита, избегать переохлаждений, контакт с инфекционными больными. Поливитамины с микроэлементами, закаливающие процедуры.

**Список литературы**

1. В.Ф. Учайкин «Руководство по инфекционным болезням детей» М-2001г.
2. В.Н. Самарина, О.А. Сорокина «Детские инфекционные болезни», М- 2000г.
3. Методические рекомендации к практическим занятиям по детским инфекционным болезням для студентов 5-6 курсов пед. Факультета/ Под редакцией д.м.н. профессора А.С.Оберта. Барнаул- 2005г.