ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Дата заболевания-05.10.2013

Дата поступления в стационар-07.10.2013

Ф.И.О. – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст – 13 лет (04.06.2000)

Место жительства– \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место учебы – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении – Аденовирусная инфекция: острый фаринготонзиллит средней степени тяжести

Клинический диагноз: Острый гнойный тонзиллит, средней степени тяжести.

ЖАЛОБЫ

На момент курации предъявляет жалобы на боли в горле, усиливающиеся при глотании.

ANAMNESIS MORBI

Заболел остро 5.10.2013, когда повысилась температура тела до 38,20С, отмечалась невысокой интенсивности головная боль, озноб, общая слабость, боли в горле, усиливающиеся при глотании. Принимал жаропонижающие (ибупрофен, парацетамол), анальгин, ингалипт. В этот же день температура тела нормализовалась ( 36,7 ºС). К вечеру 6.10.2013 температура тела повысилась до 38,4 ºС, также сохранялись все вышеперечисленные жалобы. После приема жаропонижающих препаратов температура тела не нормализовалась. 7.10.2013 состояние ухудшилось: температура тела повысилась до 39,5ºС, сохранялся озноб, интенсивная головная боль, общая слабость, боли в горле, усиливающиеся при глотании. Вызвал бригаду СМП, был доставлен в Витебскую областную инфекционную больницу. На момент поступления предъявлял жалобы на повышение температуры тела до 39,5ºС, озноб, интенсивную головную боль, общую слабость, боли в горле, усиливающиеся при глотании. При осмотре: температура тела 39,1 , слизистая задней стенки глотки гиперемирована, покрыта слизью, миндалины увеличены, почти смыкаются, гнойные пробки в лакунах миндалин желтого цвета, гной легко снимается шпателем, кровоточивости нет. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5-2 см с обеих сторон, при пальпации безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканями. Отека шейной подкожной клетчатки нет.

На фоне проводимого лечения наблюдается положительная динамика: 8.10.2013 температура тела нормализовалась (36,8 ºС), отсутствуют симптомы общей интоксикации (головная боль, общая слабость), снизилась интенсивность болей в горле. Из жалоб, беспокоящих больного, на сегодняшний день, сохранилась боль в горле, усиливающаяся при глотании.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Контакты с инфекционными больными отрицает. В семье на данный момент никто не болен. Заболевание пациент связывает с переохлаждением.

ANAMNESIS VITAE

Родился в срок, первым ребёнком в семье. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. Условия жизни удовлетворительные. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания, ветряную оспу. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания, сахарный диабет отрицает. Операций, переливания крови и кровезаменителей не было. Алкоголизм и психические заболевания в семье и среди ближайших родственников отрицает. Не курит, спиртные напитки не употребляет. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное. Аллергологический анамнез не отягощен; данных об аллергических заболеваниях у матери, отца и ближайших родственников не получено. Наследственных заболеваний нет.

STATUS PRAESENS

**Общий осмотр.**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Общий вид соответствует полу и возрасту. Выражение лица спокойное.

Нормостенического типа телосложения. Рост 165 см., вес 68 кг. ИМТ=25. Температура тела 36,80С.

Кожный покров бледно-розовый. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Язык влажный, слегка обложен белым налётом у корня. Видимые слизистые оболочки влажные, розовые, слизистая задней стенки глотки гиперемирована, покрыта слизью, миндалины без налета, увеличены с обеих сторон, гипертрофия II степени (выходят за пределы небных дужек), гиперемированы. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5-2 см с обеих сторон, при пальпации безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканям Отека шейной подкожной клетчатки нет.

Оволосение по мужскому типу. Ногтевые пластинки правильной формы, не слоятся. Подкожная клетчатка развита удовлетворительно, пастозности, отёков нет. Западения и выпячивания глаз нет, зрачки симметричные. Шея правильной формы, пульсация сосудов визуально не определяется. Щитовидная железа не увеличена.

 Мышечная система развита соответственно возрасту и полу. Болезненности при пальпации мышц нет, тонус в норме, судорог нет. Деформаций костей туловища, конечностей и черепа нет. Движения в суставах в полном объеме. Суставы не деформированы, кожа над суставами не изменена.

**Система органов дыхания**

*Осмотр грудной клетки.* Форма грудной клетки нормостеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 18 в 1 минуту. Дыхание ритмичное, глубокое. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. Дыхание через нос свободное, ритмичное. Лопатки плотно прилегают к задней стенке грудной клетки. Надключичные и подключичные ямки выражены слабо. Межреберные промежутки не прослеживаются.

*Пальпация.* Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание симметрично проводится над всеми участками легких.

*Перкуссия грудной клетки:* сравнительная - звук ясный легочной, одинаковый над обеими половинами грудной клетки;

При топографической перкуссии отклонений не выявлено.

*Аускультация легких:*

Над поверхностью легких слева и справа выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, добавочных шумов нет.

**Система органов кровообращения**

*Осмотр области сердца и крупных сосудов.*

Верхушечный толчок не визуализируется, патологической пульсации сосудов нет.

*Пальпация сердца и сосудов.*

Верхушечный толчок пальпируется в 5-ом межреберье на 0,5см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Удовлетворительной силы, резистентный, умеренной высоты, не разлитой.

Пульс симметричный, частотой 88 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальная стенка эластичная. Дефицита пульса нет

*Перкуссия*: границы сердца не расширены.

*Аускультация сердца и сосудов*. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 88 ударов в мин. АД – 130/90 мм. рт. ст.

**Система органов пищеварения**

Губы розового цвета. Язык влажный, слегка обложен белым налётом у корня. Видимые слизистые оболочки влажные, розовые. Зев гиперемирован, отечен, миндалины без налета, увеличены с обеих сторон, гипертрофия II степени (выходят за пределы небных дужек), гиперемированы., в устьях лакун с двух сторон гнойные налеты грязно-серого цвета. Отмечается боль при глотании.

Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный, симметричный, видимой перистальтики нет, выбухания нет.

*Пальпация живота:* при поверхностной пальпации живот безболезненный, мягкий, напряжения мышц передней брюшной стенки не отмечается; опухолей, грыж, расхождений прямых мышц живота нет. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При глубокой пальпации: органы брюшной полости без патологии.

Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

*Перкуссия:* Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует.

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии - 9 см, по передней срединной линии - 8см, косой размер - 7см.

Размеры селезенки: поперечный – 5см, продольный – 6см.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание достаточное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Почки не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

**Нервная система и органы чувств**

Больной доступен контакту. Речь внятная, внимание сохранено. Сознание ясное, ориентирован в пространстве, собственной личности. Судорог нет. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудинского верхний, средний, нижний) отрицательные. Очаговой неврологической симптоматики нет(отсутствие парезов, тремора, нистагма, алексии, аграфии и агнозии, атаксии). Зрачки одинаковы по форме и величине. Реакция зрачков на свет сохранена. Острота слуха не изменена. Чувствительность кожи не нарушена.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб больного (на повышение температуры тела мах. до 39,5ºС, озноб, интенсивную головную боль, общую слабость, боли в горле, усиливающиеся при глотании.), анамнеза заболевания (заболел остро 5.10.2013, когда повысилась температура тела до 38,20С, отмечалась невысокой интенсивности головная боль, озноб, общая слабость, боли в горле, усиливающиеся при глотании. Принимал жаропонижающие (ибупрофен, парацетамол), анальгин, ингалипт. В этот же день температура тела нормализовалась (36,7 ºС). К вечеру 6.10.2013 температура тела повысилась до 38,4 ºС, также сохранялись все вышеперечисленные жалобы. 7.10.2013 состояние ухудшилось: температура тела повысилась до 39,5ºС, сохранялся озноб, интенсивная головная боль, общая слабость, боли в горле, усиливающиеся при глотании. Бригадой СМП был доставлен в ВОКИБ. При осмотре: температура тела 39,1 , слизистая задней стенки глотки гиперемирована, покрыта слизью, миндалины увеличены, почти смыкаются, гнойные пробки в лакунах миндалин желтого цвета, гной легко снимается шпателем, кровоточивости нет. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5-2 см с обеих сторон, при пальпации безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканями. Отека шейной подкожной клетчатки нет. На фоне проводимого лечения в ВОКИБ наблюдается положительная динамика: 8.10.2013 температура тела нормализовалась (36,8 ºС), отсутствуют симптомы общей интоксикации (головная боль, общая слабость), снизилась интенсивность болей в горле. 9.10.13 из жалоб сохранилась только боль в горле, усиливающаяся при глотании), данных объективного обследования (слизистая задней стенки глотки гиперемирована, покрыта слизью, миндалины без налета, увеличены с обеих сторон, гипертрофия II степени (выходят за пределы небных дужек), гиперемированы. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5-2 см с обеих сторон, при пальпации безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканям Отека шейной подкожной клетчатки нет.) можно выставить предварительный диагноз: Острый гнойный тонзиллит, средней степени тяжести.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Исследование кала на яйца гельминтов
4. RW
5. ЭКГ
6. Биохимический анализ крови (СРП, мочевина, АлАТ, АсАТ – для дифференциальной диагностики с инфекционным мононуклеозом, при котором поражается печень)
7. Мазок из зева и носа на микрофлору
8. Мазок из зева и носа на дифтерию
9. ИФА на вирус Эпштейна-Барра
10. Мониторинг АД
11. Консультация ЛОР-врача

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ

1. Режим палатный

2. Лечебное питание. Стол Б.

3. Этиотропная терапия: Ceftriaxoni 1,0 в/в 2 раза в сутки;

4. Сиптоматическая терапия:

Sol.Analgini5.0% - 2, 0 + Sol.Dimedroli 1% - 1, 0 (при повышении температуры тела выше 38.5 ºС)

Tab.Paracetamoli 0.5 при повышении температуры тела выше 38.2 ºС

5. Местное лечение: санация зева йодинолом 3 раза в сутки;

8. Физиолечение: ультрафиолетовое облучение зева №5.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ

МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови 08.10.13

*Цв. показатель:*0,95

*Гемоглобин:* 140 г/л

*Эритроциты:* 4,4х1012 /л

*СОЭ:* 22 мм/ч.

*Лейкоциты:* 8.7х109 /л

*-эозинофилы:* 3%

*-палочкоядерные:* 8%

*-сегментоядерные:* 48%

*-лимфоциты:* 35%

*-моноциты:* 6%

Заключение: увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

2. Общий анализ мочи 08.10.13

*Цвет*: светло-желтый

*Реакция:* кислая

*Удельный вес:* 1,032 г/мл

*Мутность:* мутная

*Белок: -*

*Глюкоза*: -

*Эпителий:* знач. кол-во в поле зрения

*Лейкоциты:* 15-20 в поле зрения

*Эритроциы:*4-7 в поле зрения

*Бактерии:*++

Заключение: лейкоцитурия, гематурия, бактериурия, значительное кол-во эпителия в поле зрения

3 ЭКГ 08.10.13

Ритм синусовый. ЧСС 88 в мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца.

Заключение: норма

4 Кровь на RW 11.10.13

Заключение: отрицательно

5. Посев из зева и носа на дифтерию 11.10.13

Заключение: отрицательно

6. Посев из зева на микрофлору 11.10.13

Заключение: патогенная и условно-патогенная микрофлора не выделена.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Дневники | Назначения |
| 09.10.13t=36,80СЧД=18 в мин.Ps=88 уд в мин.АД=130/90 мм.рт.ст. | Жалобы на умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании.Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров бледно-розовый. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Язык влажный, слегка обложен белым налётом у корня. Видимые слизистые оболочки влажные, розовые, слизистая задней стенки глотки гиперемирована, покрыта слизью, миндалины без налета, увеличены с обеих сторон, гипертрофия II степени (выходят за пределы небных дужек), гиперемированы. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5-2 см с обеих сторон, при пальпации безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканям Отека шейной подкожной клетчатки нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Дыхание везикулярное. Хрипов, добавочных шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. | Режим палатный, стол Б.Лечение: Ceftriaxoni 1,0 в/в 2 раза в сутки;Sol.Analgini 50% - 2.0 + Sol.Dimedroli 1%-1.0 в/в при повышении температуры тела выше 38.5 ºС;Санация зева йодинолом 3 раза в сутки; Tab.Paracetamoli 0.5 при повышении температуры тела выше 38.2 ºС;УФО зева №5;Рекомендовано: обильное питье, бессолевая диета. |
| 10.10.13t=36,70СЧД=16 в мин.Ps=78 уд в мин.АД=120/80 мм.рт.ст. | Жалобы на умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании.Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров бледно-розовый. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Язык влажный, слегка обложен белым налётом у корня. Видимые слизистые оболочки влажные, розовые, слизистая задней стенки глотки гиперемирована, покрыта слизью, миндалины без налета, увеличены с обеих сторон, гипертрофия II степени (выходят за пределы небных дужек), гиперемированы. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 0,5-1,0 см с обеих сторон, при пальпации безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканям Отека шейной подкожной клетчатки нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Дыхание везикулярное. Хрипов, добавочных шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное.  | Режим палатный, стол Б.Лечение: Ceftriaxoni 1,0 в/в 2 раза в сутки;Sol.Analgini 50%-2.0 + Sol.Dimedroli 1%-1.0 в/в при повышении температуры тела выше 38.5 ºС;Санация зева йодинолом 3 раза в сутки; Tab.Paracetamoli 0.5 при повышении температуры тела выше 38.2 ºС;УФО зева №5;Рекомендовано: обильное питье, бессолевая диета. |
| 11.10.13t=36,50СЧД=15 в мин.Ps=72 уд в мин.АД=120/80 мм.рт.ст. | Жалобы на умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании. Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров бледно-розовый. Сыпи, расчёсов, петехий, рубцов нет. Язык влажный, слегка обложен белым налётом у корня. Видимые слизистые оболочки влажные, розовые, слизистая задней стенки глотки гиперемирована, покрыта слизью, миндалины без налета, увеличены с обеих сторон, гипертрофия II степени (выходят за пределы небных дужек), гиперемированы. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 0,5 см с обеих сторон, при пальпации безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканям Отека шейной подкожной клетчатки нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. Дыхание везикулярное. Хрипов, добавочных шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул в норме. Мочеиспускание свободное, безболезненное. | Режим палатный, стол Б.Лечение: Ceftriaxoni 1,0 в/в 2 раза в сутки;Sol.Analgini 50%-2.0 + Sol.Dimedroli 1%-1.0 в/в при повышении температуры тела выше 38.5 ºС;Санация зева йодинолом 3 раза в сутки; Tab.Paracetamoli 0.5 при повышении температуры тела выше 38.2 ºС;УФО зева №5;Рекомендовано: обильное питье, бессолевая диета. |

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб больного (на повышение температуры тела мах. до 39,5ºС, озноб, интенсивную головную боль, общую слабость, боли в горле, усиливающиеся при глотании.), анамнеза заболевания (заболел остро 5.10.2013, когда повысилась температура тела до 38,20С, отмечалась невысокой интенсивности головная боль, озноб, общая слабость, боли в горле, усиливающиеся при глотании. Принимал жаропонижающие (ибупрофен, парацетамол), анальгин, ингалипт. В этот же день температура тела нормализовалась ( 36,7 ºС). К вечеру 6.10.2013 температура тела повысилась до 38,4 ºС, также сохранялись все вышеперечисленные жалобы. 7.10.2013 состояние ухудшилось: температура тела повысилась до 39,5ºС, сохранялся озноб, интенсивная головная боль, общая слабость, боли в горле, усиливающиеся при глотании. Бригадой СМП был доставлен в ВОКИБ. При осмотре: температура тела 39,1 , слизистая задней стенки глотки гиперемирована, покрыта слизью, миндалины увеличены, почти смыкаются, гнойные пробки в лакунах миндалин желтого цвета, гной легко снимается шпателем, кровоточивости нет. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5-2 см с обеих сторон, при пальпации безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканями. Отека шейной подкожной клетчатки нет. На фоне проводимого лечения в ВОКИБ наблюдается положительная динамика: 8.10.2013 температура тела нормализовалась (36,8 ºС), отсутствуют симптомы общей интоксикации (головная боль, общая слабость), снизилась интенсивность болей в горле. 9.10.13 из жалоб сохранилась только боль в горле, усиливающаяся при глотании), данных объективного обследования (слизистая задней стенки глотки гиперемирована, покрыта слизью, миндалины без налета, увеличены с обеих сторон, гипертрофия II степени (выходят за пределы небных дужек), гиперемированы. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5-2 см с обеих сторон, при пальпации безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканям Отека шейной подкожной клетчатки нет), данных лабораторных исследований (ОАК: увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ОАМ: лейкоцитурия, гематурия, бактериурия, значительное кол-во эпителия в поле зрения, кровь на RW: отрицательно, посев из зева и носа на дифтерию: отрицательно, посев из зева на микрофлору: патогенная и условно-патогенная микрофлора не выделена), данных динамического наблюдения (положительная динамика на фоне проводимого лечения: нормализовадась температура тела, отсутствуют симптомы общей интоксикации (головная боль, общая слабость), снизилась интенсивность болей в горле) выставлен клинический диагноз - Острый гнойный тонзиллит, неуточненной этиологии, средней степени тяжести.

ЭПИКРИЗ

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2000 г.р. поступил 07.10.2013 в \_\_\_\_\_\_\_\_ с жалобами на повышение температуры тела до 39,5ºС, озноб, интенсивную головную боль, общую слабость, боли в горле, усиливающиеся при глотании. При объективном обследовании выявлено: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Язык влажный, слегка обложен белым налётом у корня. Видимые слизистые оболочки влажные, розовые, слизистая задней стенки глотки гиперемирована, покрыта слизью, наличие тонзиллярного синдрома: миндалины увеличены, почти смыкаются, гнойные пробки в лакунах миндалин желтого цвета, гной легко снимается шпателем, кровоточивости нет. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,5-2 см с обеих сторон, при пальпации безболезненны, не спаяны с кожей и окружающими тканям. Отека шейной подкожной клетчатки нет.

Были проведены исследования:

ОАК (Эритроциты – 4,4х1012 /л, Гемоглобин – 140 г/л, Лейкоциты – 8,7х109 /л, СОЭ – 22 мм/ч, Лейкоцитарная формула: Пал. – 8%, Сегм. – 48%, Эоз. – 3%, Мон. – 6%, Лимф. – 35%;);

ОАМ (Цвет – с/ж, Реакция – кислая, Мутность – мутная, Уд. вес – 1032, Белок – отр., Глюкоза – отр., Эпителий:знач. кол-во в поле зрения*,* Лейкоциты*:* 15-20 в поле зрения, Эритроциы*:*4-7 в поле зрения,Бактерии:++);

Кровь на RW: результат отрицательный;

Посев из зева и носа на дифтерию: результат отрицательный;

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

На основании комплексного клинико-лабораторного обследования выставлен диагноз: Острый гнойный тонзиллит, неуточненной этиологии, средней степени тяжести.

Назначена терапия:

В период нахождения в стационаре больной получал следующее лечение:

1. Режим палатный

2. Лечебное питание. Стол Б.

3. Этиотропная терапия: Ceftriaxoni 1,0 в/в 2 раза в сутки;

4. Сиптоматическая терапия:

Sol.Analgini5.0%-2, 0 + Sol.Dimedroli 1%-1, 0 (при повышении температуры тела выше 38.5 ºС)

Tab.Paracetamoli 0.5 при повышении температуры тела выше 38.2 ºС

5. Местное лечение: санация зева йодинолом 3 раза в сутки;

8. Физиолечение: ультрафиолетовое облучение зева №5.

Рекомендовано: обильное питье, бессолевая диета.

На момент окончания курации в результате лечения состояние больной улучшилось: нормализовадась температура тела, отсутствуют симптомы общей интоксикации (головная боль, общая слабость), снизилась интенсивность болей в горле.

Рекомендации: через месяц после выписки сдать повторные анализы (ОАК, ОАМ, ЭКГ); избегать переохлаждения; витаминотерапия.