ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Дата заболевания-16.09.2012

Дата поступления в стационар-18.09.2012

Ф.И.О. – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст – 20 года (08.02.1992)

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

Профессия, должность – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении – лакунарная ангина

Клинический диагноз: острый гнойный тонзиллит. Течение средней тяжести.

ЖАЛОБЫ

 На момент поступления жалобы на повышение температуры до 38.9ºС, сухой кашель, боли в горле, усиливающиеся при глотании, общую слабость, головную боль в области височных долей ,увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов.

 На момент курации жалобы на повышение температуры до 38.1ºС, боли в горле, усиливающиеся при глотании.

ANAMNESIS MORBI

 Считает себя больной с 16.09.2012., когда на фоне полного здоровья появились температура до 38.9ºС, появилась головная боль, сильная боль в горле, усиливающаяся при глотании, общая слабость. Принимала аспирин. 17.09.2012 обратилась в врачебный здравпункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. После осмотра больная направлена в инфекционную больницу.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

 В контакте с инфекционными больными(дифтерией, аденовирусной инфекцией, стрептококковой инфекцией)не была. Переохлаждение на днях не отмечает. Катаральных явлений не было. В учебном заведении, где обучается больная, карантина не было. В семье на данный момент никто не болен.

ANAMNESIS VITAE

Родилась в срок. Росла и развивалась нормально. Условия жизни удовлетворительные. Из перенесенных заболеваний отмечает частые простудные заболевания.

 Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Оперативного лечения и переливания крови и кровезаменителей не было.

Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди ближайших родственников не было.

Не курит, спиртные напитки не употребляет.

Аллергологический анамнез не отягощен; данных об аллергических заболеваниях у матери, отца и ближайших родственников не получено.

Наследственных заболеваний нет. Родители практически здоровы.

STATUS PRAESENS

**Общий осмотр.** Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенического типа телосложение. Рост 164 см., Вес 54 кг. Кожа чистая, сухая. Сыпи нет. Видимые слизистые бледно-розовые. Отеков, пастозности нет. Подкожная клетчатка развита умеренно. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу и возрасту. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые. Слизистая глаз розовая, влажная , чистая. Склеры белого цвета, без изменений. Слизистая щек, мягкого и твердого неба розовая, влажная, чистая. Задняя стенка гиперемирована , отечна. Миндалины рыхлые, увеличены (2 степень), выходят за пределы небных дужек, в лакунах гнойные налеты белого цвета. Гной легко снимается шпателем с небных дужек; кровоточивости нет. Подчелюстные , шейные лимфатические узлы увеличены до 1-1.2см , болезненны при пальпации. Отека небной ткани, миндалин, язычка, подкожной шейной клетчатки нет. Десны не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

Молочные железы мягкие. Костно-мышечная система без особенностей. Суставы не изменены, движения в полном объеме.

**Система органов дыхания**

 *Осмотр грудной клетки.* Форма грудной клетки нормостеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 17 в 1 минуту. Дыхание ритмичное, глубокое. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

 *Пальпация.* Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

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

 При топографической перкуссии отклонений не выявлено.

 *Аускультация легких:*

Слева и справа выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

 **Система органов кровообращения**

 *Осмотр области сердца и крупных сосудов*

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

 *Пальпация сердца и сосудов.*

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м 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, ровная, плоская.

 *Перкуссия*: границы сердца не расширены.

 *Аускультация сердца и сосудов*. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 85 ударов в мин. АД – 120/80 мм. рт. ст.

 **Система органов пищеварения**

 Исследование ротовой полости: акт глотания нарушен, болей, жжения в языке нет, десны не изменены. Зубы без изменений.

Исследование живота в вертикальном положении: живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания; выпячивания, расширения вен на передней брюшной стенке, "головы медузы", рубцов, сыпи, пигментации нет; перкуссия и пальпация околопупочной, надлобковой области без изменений; над кишечником определяется тимпанит; свободной жидкости в брюшной полости, грыж не выявлено; наличие опущения органов брюшной полости отсутствует; кишечная перистальтика выслушивается. Исследование живота в горизонтальном положении: живот обычной формы, изменение по сравнению с вертикальным положением незначительное, общее или местное выпячивание отсутствует; состояние пупка и кожных покровов без особенностей, наличие сыпи, кровоизлияний, венозного рисунка отрицательно, перистальтика выслушивается.

 Поверхностная пальпация живота:

 Живот мягкий, безболезненный.

Печень не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 8см, косой размер-7см.

 **Мочеполовая система**

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

 **Психоневрологический статус**

 Сознание ясное, больная контактна. Настроение хорошее. Реакция зрачков на свет нормальная.

**Обоснование предположительного диагноза**

 На основании жалоб больной (на момент поступления жалобы на повышение температуры до 38.9ºС, сухой кашель, боли в горле, усиливающиеся при глотании, общую слабость, головную боль в области височных долей) , анамнеза заболевания(больная cчитает себя больной с 16.09.2012., когда на фоне полного здоровья появились температура до 39.8ºС, появилась головная боль, сильная боль в горле, усиливающаяся при глотании, общая слабость. ),объективного обследования (задняя стенка гиперемирована, отечна. Миндалины рыхлые, увеличены (2 степень), выходят за пределы небных дужек. Появление налета белого цвета на поверхности миндалин с 2-х сторон, сопровождается регионарным лимфаденитом; интоксикация умеренная) можно выставить предварительный диагноз: острый гнойный тонзиллит.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ**

1. Анализ крови общий
2. Анализ крови биохимический (О-стрептолизин, С-реактивный белок)
3. Анализ мочи общий
4. ЭКГ

5.Мазок из миндалин на флору

 6.RW

 7.Кал на глисты

 8.Посев из зева и носа на дифтерию

 9.Консультация ЛОР-врача

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ**

1.Режим палатный

2.Лечебное питание. Стол П.

3.Этиотропная терапия: Ампициллин по 0,5 г 4 раза в сутки в/м

4.Сиптоматическая терапия:

 Sol.Analgini5.0%-1.0

 Sol.Dimedroli 1%-1.0 (при повышении температуры 38.5 ºС)

5. Санация зева йодинолом 3 раза в сутки;

6.Физиолечение: ультрафиолетовое облучение(на область миндалин).

 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ

МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови 19.09.12

*Цв. показатель:*0,95

*Гемоглобин:* 105 г/л

*Эритроциты:* 3,27х10^12 /л

*СОЭ:* 42 мм в ч.

*Лейкоциты:* 4.1х10^9 /л

 *-эозинофилы:* 3%

 *-палочкоядерные:* 5%

 *-сегментоядерные:* 62%

 *-лимфоциты:* 22%

 *-моноциты:* 8%

Заключение: увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

 2. Общий анализ мочи 19.09.12

*Цвет*: светло-желтый

*Реакция:* кислая

*Удельный вес:* 1,020 г/мл

*Мутность:* прозрачная

*Белок: -*

Сахар: -

*Эпителий:* 1 в поле зрения

*Лейкоциты:* 0-1 в поле зрения

Заключение: норма

3 ЭКГ 19.09.12

Синусовый ритм .ЧСС 85 в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

Заключение: норма

4. Мазок из миндалин на микрофлору 20.09.12

Патогенная микрофлора не выделена.

5. Посев из миндалин и носа на дифтерию 04.09.12

отрицательно

6. RW

отрицательно

ДНЕВНИКИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | дневники | назначения |
| 19.09.12 | Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на слабость, умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании. Об-но: задняя стенка гиперемирована, отечна. Миндалины рыхлые, отечны, покрыты белым налетом, в лакунах гнойные налеты .Подчелюстные, шейные лимфатические узлы увеличены до 1-1.2 см, болезненны при пальпации . Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 68 в 1 мин. Дыхание в легких везикулярное, ЧД – 18 в 1 мин.АД-110/70мм.рт.ст. Температура тела 38.5 ºС. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул в норме, диурез достаточный. |  Ампициллин по 0,5 г 4 раза в сутки Санация зева йодинолом 3 раза в сутки; Sol.Analgini 5.0%-1.0+Sol.Dimedroli 1%-1.0 в/в при повышении температуры 38.5 ºС |
| 20.09.12 |  Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на слабость, умеренную боль в горле, усиливающуюся при глотании. Об-но: задняя стенка гиперемирована, отечна. Миндалины рыхлые, отечны, покрыты белым налетом, в лакунах гнойные налеты .Подчелюстные, шейные лимфатические узлы увеличены до 1-1.2 см, болезненны при пальпации . Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 68 в 1 мин. Дыхание в легких везикулярное, ЧД – 18 в 1 мин.АД-110/70мм.рт.ст. Температура тела 38.5 ºС. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул в норме, диурез достаточный. |  Ампициллин по 0,5 г 4 раза в сутки Санация зева йодинолом 3 раза в сутки;  |
| 21.09.12 | Состояние больной удовлетворительное. Наблюдается положительная динамика.Жалоб на умеренную боль в горле ,усиливающуюся при глотании . Гиперемия зева, миндалин и задней стенки глотки умеренная. Миндалины увеличены. Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 76 в 1 мин. Дыхание в легких везикулярное, ЧД – 18 в 1 мин.АД-110/70мм.рт.ст.Температура тела 36.6 ºС. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул в норме, диурез достаточный. |  Ампициллин по 0,5 г 4 раза в сутки Санация зева йодинолом 3 раза в сутки;  |

*Обоснование клинического диагноза*

 На основании жалоб больной (на момент поступления жалобы на повышение температуры до 38.9ºС, сухой кашель, боли в горле, усиливающиеся при глотании, общую слабость, головную боль в области височных долей), анамнеза заболевания(больная читает себя больной с 16.09.2012., когда на фоне полного здоровья появились температура до 39.8ºС, появилась головная боль, сильная боль в горле, усиливающаяся при глотании, общая слабость,объективного обследования (задняя стенка гиперемирована, отечна. Миндалины рыхлые, увеличены (2степень), выходят за пределы небных дужек. Появление налета белого цвета на поверхности миндалин с 2-х сторон, сопровождается регионарным лимфаденитом; интоксикация умеренная), лабораторных данных(в ОАК увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево ) выставлен клинический диагноз-острый гнойный тонзиллит, средней степени тяжести.

ЭПИКРИЗ

 Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 лет, заболела остро 16.09.12.

17.09.2012 обратилась в врачебный здравпункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. После осмотра больная направлена в инфекционную больницу с диагнозом лакунарная ангина. На основании жалоб больной (на момент поступления жалобы на повышение температуры до 38.9ºС, сухой кашель, боли в горле, усиливающиеся при глотании, общую слабость, головную боль в области височных долей), анамнеза заболевания(больная считает себя больной с 16.09.2012., когда на фоне полного здоровья появились температура до 39.8ºС, появилась головная боль, сильная боль в горле, усиливающаяся при глотании, общая слабость,объективного обследования (задняя стенка гиперемирована, отечна. Миндалины рыхлые, увеличены (2 степень), выходят за пределы небных дужек. Появление налета белого цвета на поверхности миндалин с 2-х сторон, сопровождается регионарным лимфаденитом; интоксикация умеренная), лабораторных данных(в ОАК увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево ), выставлен диагноз- острый гнойный тонзиллит, средней степени тяжести.

В период нахождения в стационаре больная получала следующее лечение: ампициллин , санация зева йодинолом, р-р анальгина+р-р димедрола в/в. На 21. 09. 12 больная продолжает лечение в стационаре, с наблюдаемой положительной динамикой. Режим палатный. Стол П.

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