Паспортные данные

ДАТА ЗАБОЛЕВАНИЯ- 7.12.12

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР- 9.12.12 (1450)

Ф.И.О \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ВОЗРАСТ -20лет АДРЕС МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МЕСТО РАБОТЫ/УЧЕБЫ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ- Лакунарная ангина

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ- Острый тонзиллит, неуточнённой этиологии, средней степени тяжести.

ОСЛОЖНЕНИЯ: нет.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ- Беременность 15-16 недель.

Жалобы больного

На момент поступления пациентка предъявляла жалобы на повышение температуры до 38.7ºС, боли в горле, усиливающиеся при глотании, общую слабость, головную боль,увеличение и болезненность подчелюстных лимфоузлов.

На момент курации жалоб нет.

История развития настоящего заболевания

Пациентка считает себя больной с 7.12.2012, когда на фоне переохлаждения появились температура до 38,7ºС, озноб, сильная боль в горле, усиливающаяся при глотании, общая слабость, головныя боль. Принимала парацетамол, цефтриаксон. 09.12.2012 Обратилась в приемное отделение Витебской областной инфекционной больницы, куда и была госпитализирована после осмотра.

Эпидемиологический анамнез

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

История жизни

Родилась 2-м ребенком в семье. Росла и развивалась хорошо. В настоящий момент учится в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Питание регулярное, сбалансированное.

Наличие у себя и родственников таких заболеваний как: туберкулез, гепатит, сифилис отрицает.

Из перенесённых заболеваний отмечает простудные, хронический тонзиллит, вазомоторный ринит.

Операций не было.

Наследственность не отягощена.

Аллергоанамнез: аллергия на кошачью шерсть.

Вредные привычки: нет.

Настоящее состояние больного

*Общее состояние* удовлетворительное, самочувствие хорошее, положение активное.

Рост - 167см. Масса - 65 кг. Телосложение по нормостеническому типу,пропорциональное. Температура тела 36,60.

*Кожные покровы* бледно-розовой окраски, чистые, сухие. Сыпи нет.

*Видимые слизистые:* слизистая глаз влажная , чистая. Склеры белого цвета, без изменений. Слизистая щек, мягкого и твердого неба розовая, влажная, чистая. Задняя стенка глотки слегка гиперемирована. Миндалины рыхлые, увеличены (2 степень), выходят за пределы небных дужек, в лакунах налёта нет. Десны не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

*Подкожно-жировая клетчатка* развита умеренно, отеков нет.

*Лимфатические узлы*: подчелюстные и шейные не увеличены.

*Щитовидная железа* не увеличена, безболезненна при пальпации. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу и возрасту. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

*Молочные железы* мягкие.

*Костно-мышечная система* без особенностей.

*Суставы* не изменены, движения в полном объеме.

Система органов дыхания.

Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Ощущения сухости в носу нет. Ощущения сухости, першения или царапанья в горле нет.

Грудная клетка цилиндрической формы. В акте дыхания обе половины грудной клетки участвуют равномерно и одинаково. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. ЧД - 18/мин.

Верхние и нижние границы легких при топографической

перкуссии не изменены. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Органы кровообращения.

Жалоб нет. Границы относительной и абсолютной тупости сердца соответствуют норме.

Аускультация сердца: тоны ритмичные, приглушены.

ЧСС- 76 уд/мин; АД - 120/80 мм рт.ст.

Органы пищеварения.

Жалоб нет. Аппетит хороший.

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

При глубокой пальпации органы брюшной полости безболезненны, мягкой консистенции, не увеличены.

Печень.

Нижняя граница печени проходит по краю правой реберной дуги. Перкуторно границы печени не изменены.

Селезенка не пальпируется.

Органы мочеотделения.

Мочеиспускание не нарушено.Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Психоневрологический статус.

Сознание ясное, больная контактна. Настроение хорошее.

Обоснование предположительного диагноза

На основании жалоб пациентки (на момент поступления жалобы на повышение температуры до 38.7ºС, боли в горле, усиливающиеся при глотании, общую слабость, головную боль) ; анамнеза заболевания -пациентка cчитает себя больной с 7.12.2012., когда после переохлаждения возникли вышеперечисленные жалобы; данных объективного обследования (задняя стенка гиперемирована, 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

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

5. Мазок с миндалин на флору

6. RW

7. Кал на глисты

8. Посев из зева и носа на дифтерию

9. Консультация ЛОР-врача

План лечения

1.Режим палатный

2.Лечебное питание. Стол П.

3.Этиотропная терапия: Цефтриаксон 1,0 х 2р день, в/в

4.Сиптоматическая терапия:

Sol.Analgini5.0%-1.0

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

5.Санация зева йодонатом 3 раза в сутки;

6.Полоскание горла р-ом соды 3 раза в день

7.Sol. Papaverini 2% - 2,0 х 2р с сутки, в/м

Лабораторные и инструментальные исследования

Общий анализ крови от 10.12.2012г

Hb 121 г/л

Эритроциты- 4,15 Х 1012/л

Цветовой показатель – 0,88

СОЭ – 37мм/час

Лейкоциты – 9,2 х 109/л

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| эозинофилы | базофилы | Нейтрофилы | | | лимфоциты | моноциты |
| 1% | - | юные    - | палочки  10% | сегменты    70% | 13% | 6% |

Заключение: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нейтрофиллёз, ускоренное СОЭ.

Общий анализ крови от 13.12.2012г

Hb 123 г/л

Эритроциты- 4,05 Х 1012/л

Цветовой показатель – 0,91

СОЭ – 42мм/час

Лейкоциты – 6,7 х 109/л

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| эозинофилы | базофилы | Нейтрофилы | | | лимфоциты | моноциты |
| 1% | - | юные    - | палочки  7% | сегменты    73% | 13% | 5% |

Заключение: сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нейтрофиллёз, ускоренное СОЭ.

Общий анализ мочи от 10.12.2012г

Цвет- соломенно-желтый, прозрачная

РН- кислая

Относит. плотность – 1026

Белок – нет

Глюкоза – отр

Лейкоциты- 1-2

Заключение: данные общего анализа мочи в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 11.12.2012г

Цвет- соломенно-желтый, прозрачная

РН- щелочная

Относит. плотность – 1012

Белок – следы

Глюкоза – отр

Лейкоциты- 1-4

Эпит. плоск.- 1-2

Заключение: данные общего анализа мочи в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 12.12.2012г

Цвет- соломенно-желтый, прозрачная

РН- кислая

Относит. плотность – 1012

Белок – нет

Глюкоза – отр

Лейкоциты- 4-5

Эритроциты- 1-2

Эпит. плоск.- 1-2

Заключение: данные общего анализа мочи в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 13.12.2012г

Цвет- соломенно-желтый, прозрачная

РН- щелочная

Относит. плотность – 1012

Белок – нет

Глюкоза – отр

Эритроциты- 0-1

Эпит. плоск.- ед

Заключение: данные общего анализа мочи в пределах нормы.

Посев мазка из зева на м/ф от 12.12.12

Скудный рост грибов рода Candida

Посев мазка из зева и носа на дифтерию от 11.12.12 –отр

Кал на яйца глист. от 11.12.12 – не обнаружены

Гинеколог от 10.12.12

Беременность 16 недель, угрожающий самопроизвольный выкидыш.

ЭКГ от 12.12.2012г

Ритм синусовый. Вертикальное положение ЭОС.

Дневники

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Дневник | Назначения |
| 13.12.12 | Состояние пациентки удовлетворительное. Жалоб нет.  Объективно: задняя стенка глотки слегка гиперемирована. Миндалины рыхлые, увеличены в размерах (2ст), в лакунах налета нет. Язык обложен белым налётом. Л/у не увеличены.  Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 76 в 1 мин. АД-110/70мм.рт.ст.  Дыхание в легких везикулярное, ЧД – 18 в 1 мин.  Температура тела 36,6 ºС.  Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул в норме, диурез достаточный. | 1)Цефтриаксон 1,0 в/в 2 раза в сутки;  2)Sol.Analgini 5.0%-1.0+Sol.Dimedroli 1%-1.0 в/в при повышении температуры 38.5 ºС;  3)Санация зева йодинолом 3 раза в сутки;  4)Полоскание горла р-ом соды 3раза в день  5)Sol. Papaverini 2%-2,0 2 раза в день |
| 14.12.12 | Состояние пациентки удовлетворительное. Жалоб нет.  Объективно: миндалины рыхлые, увеличены в размерах (2ст), в лакунах налета нет. Язык обложен белым налётом. Л/у не увеличены.  Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 76 в 1 мин. АД-110/70мм.рт.ст.  Дыхание в легких везикулярное, ЧД – 18 в 1 мин.  Температура тела 36,6 ºС.  Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул в норме, диурез достаточный. | 1)Цефтриаксон 1,0 в/в 2 раза в сутки;  2)Sol.Analgini 5.0%-1.0+Sol.Dimedroli 1%-1.0 в/в при повышении температуры 38.5 ºС;  3)Санация зева йодинолом 3 раза в сутки;  4)Полоскание горла р-ом соды 3раза в день  5)Sol. Papaverini 2%-2,0 2 раза в день |

Обоснование клинического диагноза

На основании жалоб больного (на повышение температуры до 38,7ºС, боли в горле, усиливающиеся при глотании, общую слабость, головную боль), анамнеза заболевания (считает себя больной с 7.12.2012., когда на фоне переохлаждения появились вышеперечисленные жалобы; объективного обследования (задняя стенка гиперемирована. 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 ( ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, нейтрофиллёз ) выставлен клинический диагноз - Острый гнойный тонзиллит, средней степени тяжести.

Эпикриз

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20лет, заболела остро 7.12.12.

9.12.2012 обратилась в приемное отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. После осмотра была госпитализирована. На основании жалоб пациентки, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, лабораторных данных выставлен клинический диагноз - Острый гнойный тонзиллит, средней степени тяжести.

В период нахождения в стационаре больная получала следующее лечение:

1 Режим палатный

2.Лечебное питание. Стол П.

3.Этиотропная терапия: Цефтриаксон 1,0 х 2р день, в/в

4.Сиптоматическая терапия:

Sol.Analgini5.0%-1.0

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

5.Санация зева йодонатом 3 раза в сутки;

6.Полоскание горла р-ом соды 3 раза в день

7.Sol. Papaverini 2% - 2,0 х 2р с сутки, в/м

Пациентка выписана.

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