Новосибирский Государственный Медицинский Университет

Кафедра инфекционных заболеваний

История Болезни.

ФИО пациента:

Основной DS: Первичная лакунарная ангина средней степени тяжести.

Осложнение основного DS:-

Сопутствующая патология:-

Новосибирск, 2012.

Паспортная часть

ФИО:

Возраст:

Место жительства:

Профессия:

Дата поступления: 20/02/2012

Дата курации: 20/02/2012 - 27/02/2012

Жалобы

На повышенную температуру, боли в горле при глотании, слабость, недомогание.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с вечера 16 февраля 2012 года, когда после предшествующего переохлаждения организма у больного появилось чувство «першения» в горле. На следующий день утром появилась боль в горле при глотании, температура поднялась до 39,80С, появилась общая слабость, головная боль. 18.02.2012 - 19.02.2012 лечился дома самостоятельно р-ром Люголя и р-ром фурацилина (полоскание 3-4 раза в день), принимал парацитомол - без явного улучшения. 20.02.12 вызвал бригаду скорой помощи и был доставлен в ЛОР-отделение ГКБ №1, откуда его направили на госпитализацию в Городскую инфекционную больницу №1.

Эпидемиологический анамнез

Со слов пациента, накануне повышения температуры работал на улице в легкой одежде. За последние 6 месяцев парентеральных вмешательств не было, за пределы области не выезжал, контакт с инфекционными больными отрицает. Прописан в Алтайском крае. Источник водоснабжения-колонка. Канализация-туалет на улице.

Anamnesis vitae

Родился и вырос в. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. В школу пошел с 7 лет. Закончил в 17 . Работа с профессиональными вредностями не связана.

Не женат.

Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Питание полноценное, условия питания удовлетворительные.

Перенесенные заболевания: В возрасти 5 лет сломал правую руку. Без осложнений. В 16 лет перенес сотрясение мозга, после чего беспокоили сильные головные боли, усиливающиеся по ночам. На данный момент времени боли не беспокоят.

Вредные привычки - курит(1 пачка в день).

Наследственность: отягощена по артериальной гипертензии (страдает мать и бабушка больного).

Аллергологический анамнез: не отягощен

Лекарственный анамнез: не отягощен

Данные объективного исследования

Общее состояние больного - средней степени тяжести. Симптомы интоксикации выражены умеренно на фоне дезинтоксикационной терапии.

Сознание ясное, положение пассивное.

Глаза: округлой формы, взгляд живой, зрачки округлые, реакция на свет содружественная, патологических симптомов нет.

Кожа: бледно-розовой окраски, сухая, тургор кожи несколько снижен, сыпи, изменений кожного дермографизма, расчесов, рубцов нет.

Слизистая оболочка ротоглотки гиперимированна , влажная, экзантема отсутствует, небольшой отек слизистой , налет на языке белого цвета. Миндалины увеличены( слева 2\*4 см, справа 1\*2 см ). На поверхности левой миндалины единичный белый фолликул

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, отеков нет.

Лимфатические узлы: увеличены поднижнечелюстные , болезненны при пальпации. Подвижны, не спаяны с окружающей тканью.

Костно-мышечная система: без деформаций, болезненности, атрофии, ригидности нет. Мышечная сила достаточная.

Суставы: округлой формы, при пальпации безболезненны, кожа над суставами обычной окраски, припухлости нет. Активные и пассивные движения сохранены в полном объеме.

Система органов кровообращения

При осмотре области сердца верхушечный толчок, сердечный горб не определяются.

Деформаций нет.

При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1,5 см. кнутри от левой среднеключичной линии, умеренной высоты и силы, нерезистентный, неразлитой.

Длинник сердца: 16 см ((162:10)-3)=13,2 см.)

Поперечник сердца: 15 см ((162:10)-4=12,2 см.)

Ширина сосудистого пучка во 2 м/реберье - 6см.

При аускультации тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. ЧСС - 67 уд/мин.

Выслушиваются I и II тоны. дополнительных тонов, шумов, раздвоения, расщепления, патологических ритмов нет.

Пульс - ритмичный, равномерный, удовлетворительного наполнения и напряжения, лабилен, ЧСС - 67 ударов в минуту. На стопах пульсация удовлетворительная.

АД на момент осмотра 120/80 мм.рт.ст. на обеих руках.

Система органов дыхания

При осмотре грудная клетка конической формы, симметрична с обеих сторон, в акте дыхания участвует равномерно. Тип дыхания грудной. Частота дыхания - 20 в минуту. Ритм дыхания правильный. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

При перкуссии с обеих сторон определяется ясный легочный звук. Гамма звучности сохранена. Высота стояния верхушек легких спереди с обеих сторон - 3 см., сзади с обеих сторон - на уровне VII шейного позвонка. Ширина перешейка полей Крёнига с обеих сторон - 4,5 см.

Аускультация легких: При аускультации выслушивается жесткое везикулярное дыхание. Дополнительных дыхательных шумов нет. Дистанционных хрипов нет. Бронхофония сохранена с обеих сторон.

Топографическая перкуссия

Система органов пищеварения

Язык сухой, обложен белым налетом по краям. При осмотре живот не увеличен, правильной формы и конфигурации, симметричный. В акте дыхания участвует. Объемных образований, диастаза прямых мышц живота визуально не определяется. Пупок втянут. Подкожная венозная сеть не видна. Передняя брюшная стенка в акте дыхания участвует активно. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Объемных образований, грыжевых ворот не определяется. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой топографической скользящей пальпации по Образцову - Стражеско в левой подвздошной области определятся сигмовидная кишка. Диаметром 2 см, эластичная, подвижная, гладкая, безболезненная, не урчащая. В правой подвздошной области пальпируется послеоперационный инфильтрат. Терминальный отдел подвздошной кишки из-за наличия послеоперационного отёка тканей не пальпируется. В области правого бокового фланка определяется восходящий отдел поперечно-ободочной кишки, диаметром 1 см. Кишка при пальпации мягкая, гладкая, безболезненная. Смещаемая, не урчащая. В области левого бокового фланка пальпируется нисходящий отдел поперечно-ободочной кишки, диаметром 1 см, мягкая, гладкая безболезненная, не урчащая. Аускультативно-африкционным и пальпаторным способом большая кривизна желудка определяется на 3,5 см выше пупка. При бимануальной пальпации поперечный отдел толстой кишки мягкий, подвижный, безболезненный, не урчащий. Привратник пальпируется в виде слегка перистальтирующего цилиндра, диаметром 1,5 см, эластичный, гладкий, безболезненный, урчащий. Нижний край печени пальпируется по срединноключичной линии на вдохе, не выступает за край реберной дуги. Поверхность печени плотно-эластической консистенции, край острый, гладкий, безболезненный. Желчный пузырь отсутствует. Симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Василенко, Кера, Пекарского, Мюсси, Лепене-Василенко, Гаусмана, Менделя отрицательные. Селезенка не пальпируется. В первой позиции пальпируется головка поджелудочной железы. Плотно-эластичная, неподвижная, болезненная. Во второй позиции пальпация места проекции тела поджелудочной железы болезненная и в третьей позиции пальпируется хвост поджелудочной железы, мягко эластичный, неподвижный, болезненный. Пальпация в точке Дежардена, холедохопанкреатической зоне Шоффара, точке Губергрица. Зоне Губергрица-Скульского, зоне Мейо-Робсона безболезненна.

При перкуссии печени определяются размеры по Курлову: 10/9/8см.

При перкуссии селезенки определяются длинник и поперечник по Курлову: 14/8 см. Симптомов наличия жидкости в брюшной полости нет. Шумы перистальтики кишечника выслушиваются. На момент осмотра стул - полужидкой консистенции, 2 раза в день.

Мочевыделительная система.

Деформаций в поясничной и надлобковой областях визуально и пальпаторно не определяется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лоном. Диурез в норме.

Нервная система.

При осмотре очаговые и менингеальные симптомы, нарушения чувствительности не выявлены.

Лабораторная диагностика

.02.12 : Экспресс-метод на сифилис-отрицательно.

.02.12:ОАМ: лейкоциты 1-2 в п/з, Плоский эпителий 1-2 в п/з.

.02.12: Микробиологическое исследование мазка из зева и носа: C.diphteriaе не выявлена.Выявлен S.viridians 2.5

.02.12:ОАК: лейкоцитоз со сдвигом влево. СОЭ 15

.02.12 :ЭКГ:Синусовая брадиаритмия с ЧСС 63 ударов в минуту.

.02.12:ОАК: умеренный лейкоцитоз.СОЭ 18

Обоснование диагноза

глотка температура слизистый миндалина

На основании жалоб больного, данных анамнеза, физикальных, лабораторных данных можно выделить следующие синдромы:

Интоксикационный - на основании жалоб на головную боль, слабость, сниженный аппетит и повышение температуры до фебрильных значений.

Болевой - на основании жалоб на боль в горле, усиливающуюся при глотании.

Лимфоаденопатический- на основании данных объективного осмотра - увеличены поднижнечелюстные лимфатические узлы ,болезненны при пальпации, подвижны, не спаяны с окружающей тканью. Миндалины увеличены( слева 2\*4 см, справа 1\*2 см ). На поверхности левой миндалины единичный белый фолликул.

Воспалительный - ОАК: лейкоцитоз со сдвигом влево. СОЭ 15.

Основываясь на данных эпидемиологического анамнеза (накануне повышения температуры работал на улице в легкой одежде), можно поставить следующий заключительный клинический диагноз:

Основной: Первичная лакунарная ангина средней степени тяжести.

Осложнение основного:-

Сопутствующая патология:-

Дифференциальная диагностика

Ангина при кори Поражение слизистой оболочки глотки возникает в продромальном периоде и периоде высыпаний. На слизистой оболочке щёк обнаруживают пятна Бельского-Филатова-Коплика. Коревая энантема. Характерная кожная сыпь. Фарингоскопическая картина варьирует от катаральной ангины до некротического процесса.

Ангина дифтерийная (дифтерия зева) - самая распространённая форма дифтерии.

Клиническая картина. Острое начало. Общая интоксикация - головная боль, недомогание, снижение аппетита, адинамия, повышение температуры тела. Бледность кожных покровов. Увеличение регионарных лимфатических узлов. Боль в горле, менее выраженная чем при первичной ангине, так как экзотоксин C. Diphtheriae обладает анальгезирующем свойством.

Фарингоскопия. Отёчность нёбных миндалин и дужек, неяркая гиперемия с цианотичным оттенком. В глубине лакун (островковая форма) и/или на поверхности миндалин (плёнчатая форма) обнаруживают налёты в виде плёнок серовато-жёлтого или жёлто-белого цвета, налёт появляется к концу 2-х суток заболевания. Плёнки толстые, удаляются с трудом, оставляя кровоточащую поверхность, не растираются на предметном стекле, тонут в воде. После удаления плёнки на её месте формируются новые налёты. Налёты на миндалинах сохраняются после нормализации температуры тела и исчезновения симптомов интоксикации (важно для ретроспективной диагностики нелеченой дифтерии и профилактики осложнений - миокардита, пареза мягкого нёба и др.).

При ангине, сопровождающейся образованием налётов, необходимо в первую очередь подозревать дифтерию зева. Отрицательные результаты бактериологического исследования на дифтерию не считают достаточным основанием для отмены клинического диагноза дифтерии.

Ангина при скарлатине

Клиническая картина. Воспаление слизистой оболочки глотки от катарального до некротического .Характерно появление скарлатинозной энантемы уже в конце продромального периода, т.е. раньше скарлатинозной экзантемы. Типичный внешний вид больного - «скарлатинозная маска»: яркий румянец, бледность носогубного треугольника. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны. Фарингоскопия Выраженная распространённая гиперемия нёбных миндалин и твёрдого нёба с отчётливыми границами. Отёкший и гиперемированный нёбный язычок, имеющий вид «раздавленной клюквы». Нёбные миндалины резко увеличены, гиперемированы, их изменения соответствуют фолликулярной или катаральной ангине. На миндалинах появляются серовато-желтоватые налёты, иногда сливающиеся и покрывающие всю миндалину. Налёты плотно спаяны с поверхностью миндалины, но не возвышаются над ней.

Ангина при туляремии возникает при её тонзиллярно-бубонной форме. Клиническая картина. Первые 2 дня изменения миндалин носят катаральный характер, с 3-го дня - плёнчатый или некротический. Регионарный лимфаденит - заднешейные и подчелюстные лимфатические узлы увеличиваются в размерах в течение 1-3 дней, сливаются, образуя туляремийный бубон (величиной от ореха до гусиного яйца). Конгломерат лимфатических узлов не спаян с окружающими тканями, малоболезненный, склонен к нагноению и образованию фистул. Процесс, как правило, односторонний. Заживление медленное, от 2-3 нед до 3-6 мес, с образованием келоидного рубца. Фарингоскопия: миндалины увеличены в размерах, покрыты серовато-белым налётом. При некротической форме налёт имеет грязно-серый цвет, чётко отграничен и располагается ниже уровня здоровой ткани. Диагностика: обнаружение в мазках, взятых с участков некроза, и лимфатических узлах Francisella tularensis.

Ангина при брюшном тифе Клиническая картина. Как начальный симптом заболевания ангина возникает в 50-70% случаев. В продромальном периоде - подъём температуры тела. Умеренная боль в глотке. Лимфатические узлы увеличены на стороне поражения, болезненны при пальпации. Фарингоскопия: в начале заболевания - картина катаральной ангины, затем на 2-й неделе может возникнуть одностороннее безболезненное язвенно-некротическое поражение миндалины с образованием на ней мелких округлых язвочек с гладкими красными краями и сероватым дном, распространяющихся на нёбные дужки. Через 4 нед появляются участки грануляционной ткани с последующей эпителизацией.

Моноцитарная ангина (ангина при инфекционном мононуклеозе) - острое инфекционное заболевание, характеризующееся моноцитозом в крови и типичными изменениями в зеве. Этиология: первичное инфицирование вирусом Эпштайна-Барр в подростковом или более старшем возрасте. Клиническая картина. Острое начало с ознобом, головной болью и резким подъёмом температуры тела до 40 °С и выше. Боль в горле. Увеличение (обычно симметричное) и болезненность поднижнечелюстных, шейных и затылочных лимфатических узлов. В разгар лимфаденита появляются изменения в глотке. На начальных стадиях изменения носят характер катаральной или фолликулярной ангины, в дальнейшем напоминают дифтерийную ангину (в двух третях случаев моноцитарной ангины ошибочно ставят диагноз дифтерии). Возникает выраженный отёк слизистой оболочки глотки и лимфаденоидного кольца, в т.ч. и носоглоточной миндалины, что приводит к затруднению носового дыхания, гнусавости, ощущению заложенности ушей. Печень увеличена, выходит из-под края рёберной дуги, может быть незначительно болезненной при пальпации. Селезёнка увеличена, плотная, безболезненная. Налёты на миндалинах сохраняются долго (до нескольких недель и даже месяцев), иногда рецидивируют. Лабораторные признаки - лейкоцитоз 10-20´109/л и более с преобладанием атипичных мононуклеаров (до 60-80%).

АНГИНЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СИСТЕМЫ КРОВИ

Ангина при агранулоцитозе Клиническая картина. Повышение температуры тела до 39-40 °С с ознобами, интоксикацией, тяжёлым общим состоянием. Сильная боль в горле. Слюнотечение. Гнилостный запах изо рта. На высоте заболевания развивается геморрагический синдром: кровоточивость дёсен, носовые кровотечения, кровоизлияния в кожу. Стоматит, поражение ЖКТ. Фарингоскопия. Изменения в глотке чаще локализуются на миндалинах, имеют язвенно-некротический характер и распространяются на слизистую оболочку глотки, дёсен, гортани. В крови резко уменьшено количество всех форм лейкоцитов (до сотен клеток в 1 мкл), тромбоцитов и ретикулоцитов. Число плазматических клеток увеличено.

Ангина при лейкозе Клиническая картина - признаки ангины, возникающие на 3-5-е сутки острого или обострения хронического лейкоза. Фарингоскопия. Изменения миндалин сначала соответствуют катаральной ангине, в дальнейшем возникает геморрагическое, язвенно-некротическое или гангренозное поражение. Некроз распространяется на слизистую оболочку полости рта, дёсен и глотки. Образовавшийся на поверхности некротизированных участков налёт имеет грязно-серый или бурый цвет, при его отторжении обнажается кровоточащая эрозированная поверхность. Регионарные лимфатические узлы увеличены.

Дневник

/02/12 г.

Предъявляет жалобы на уменьшающиеся боли в горле при глотании. Появился аппетит(завтракал утром)и охотно пьет воду.

Объективно: Состояние средней тяжести. Сохраняются явления переднешейного лимфаденита(слева 2\*4 см, справа 1\*2 см ),боль при пальпации лимфатических узлов.Увеличение миндалин 2 степени.На поверхности левой миндалины единичный белый фолликул. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, тургор кожи несколько снижен. Язык, обложен желтым налетом по краям. Живот мягкий, слабо реагирует на пальпацию в околопупочной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Сердце: тоны ясные, ритмичные, ЧСС - 70 уд/мин.

Легкие: Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Рекомендовано: Продолжить терапию по плану.

/02/12 г.

Предъявляет жалобы на дискомфорт в горле при глотании(особенно слева).Больной охотно ест и пьет. Лихорадка спала. Голос восстановился.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Передний шейный лимфоузел увеличен слева(1\*2 см),умеренно болезненный при пальпации. Миндалины увеличены слева 2 степени, единичные фолликулы на поверхности. Справа- не выступают за пределы небных дужек. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, тургор кожи достаточный. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Сердце: тоны ясные, чистые, ритмичные, ЧСС - 67 уд/мин.

Легкие: Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Рекомендовано: Продолжить терапию по плану.

/02/12 г.

Жалоб активно не предъявляет.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Передний шейный лимфоузел увеличен слева(1\*2 см),умеренно болезненный при пальпации. Миндалины увеличены слева 1 степени. Справа- не выступают за пределы небных дужек. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, тургор кожи достаточный. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Сердце: тоны ясные, чистые, ритмичные, ЧСС - 65 уд/мин.

Легкие: Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Рекомендовано: Продолжить терапию по плану.

Лечение

.Антибактериальная терапия: Сумамед 1 таблетка/день

.Антигистаминные препараты: Диазолин 1 таблетка/день

.Витаминотерапия: витамин С 1гр/сутки.(аскорутин)

.Парацетамол 3 раза/день до еды.

.Обильное питье (зеленый чай, морсы, кипяченая вода)

.Полоскание горла раствором шалфея после каждого приема пищи,не реже 4 раз в день.

.Полоскание раствором «Аквамарис» 4 раза/сутки.