История болезни

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, средней степени тяжести

1. Паспортные данные

Ф.И.О.:

Домашний адрес:

Дата обращения к врачу: 23.09.13

Дата госпитализации: 23.09.13

Диагноз при поступлении: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

. Основные жалобы при поступлении в клинику

Повышение температуры до 39,0 С, общую слабость, озноб, повышенное потоотделение, боль и ломоту во всем теле, сухость во рту, снижение аппетита, сухой кашель, ноющие боли в пояснице, уменьшение количества мочи, кашицеобразный стул 1 раз в сутки.

Развитие настоящего заболевания:

.09-появилась слабость, недомогание

.09-озноб, головная боль, сухость во рту, жажда,кашицеобразный коричневый стул 1 раз/сут. Принимал аспирин, терафлю, лазолван, парацетамол, антибиотики (названия не знает), температуру не измерял.

.09-ломота в теле, сухой кашель, ноющие боли в пояснице, озноб, боли в животе, температуру тела также не измерял. Принимал сироп шиповника, аспирин, терафлю, лазолван, антибиотики, парацетамол - отмечал эффект на короткое время.

.09-усиление боли в пояснице, температуру тела также не измерял. Лечился дома, самостоятельно, теми же препаратами, что и 20.09.

.09-уменьшение количества мочи, открылось носовое кровотечение-за помощью не обращался. Состояние на прежнем уровне, температуру не измерял.

.09-состояние прежнее, температура тела 38,2С. Вызвал БСМП, доставлен в РКИБ, госпитализирован.

Эпидемиологический анамнез.

Пребывал часто на огороде у мамы, расположенном на Малиновой Горе. Посещал стройку в пос.Сизево 15 км от города.

Аллергологический анамнез-непереносимость продуктов и лекарственных средств отрицает.

. Данные объективного исследования при поступлении

Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные. Сыпь отсутствует. Видимые слизистые чистые, миндалины на выступают из под края небных дужек, слизистая глотки гиперемирована. Склеры инъецированы. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание в легких жесткое, хрипов нет. ЧДД=20 в мин. Пульс удовлетворительного напряжения, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД=100/60 мм. рт. ст., ЧСС 84 в мин. Язык сухой, обложен густым белым налетом. Живот мягкий , обычной формы, безболезненный. Печень не выступает из под края реберной дуги. Симптом сотрясения положительный с обеих сторон, отмечается пастозность лица. Менингеальные симптомы отрицательные. Симптом Кернига отрицательный. Симптом Брудзинского отрицательный.

За время пребывания больного в стационаре симптомы становятся менее выраженными. Больной отмечает улучшение самочувствия, уменьшается слабость.

. Анамнез жизни

В развитии в детстве и в юности от сверстников не отставал. Условия питания и быта удовлетворительные, живут вдвоем с матерью в благоустроенной квартире. Перенесенные заболевания-язвенная болезнь желудка, желудочно-кишечное кровотечение (2002-2003г), травма позвоночника в ДТП ( в 2005г), варикозное расширение вен-оперирован в 2010 году, псориаз, гемотрансфузии отрицает. Туберкулез, сахарный диабет, вирусные гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания отрицает. Вредные привычки (курение, употребление спиртных напитков) не отрицает.

. Общий осмотр больного

Костно-мышечная система

Развитие произвольной мускулатуры обычное, мышечная сила умеренная, симметричная. Болезненности при их ощупывании больной не испытывает. Суставы - не увеличены, без деформаций, кожа над ними не изменена, активные и пассивные движения - в полном объеме, безболезненны, хруста при движении нет. Кости не искривлены, не деформированы. Пальпация позвоночника безболезненна.

Исследование системы дыхания

При осмотре форма грудной клетки не изменена, деформаций и дефектов не выявлено, грудная клетка нормостеническая. Обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный с преобладанием брюшного. Ритм дыхания правильный. Дыхание средней глубины. Частота дыхательных движений 18 в 1 минуту. Объективные признаки одышки отсутствуют. При пальпации грудная клетка эластична, податлива. Болезненности по ходу межреберных мышц, нервов, ребер нет. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки проводится одинаково. Ощущения трения плевры при пальпации нет. Экскурсия грудной клетки - 3,5 см.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Среднеключичная линия | Среднеподмышечная линия | Подлопаточная линия |
| справа | 6 межреберье | 8 ребро | 10 межреберье |
| слева |  | 8 ребро | 10 межреберье |

Поля Кернига с обеих сторон 3,5см. Определение высоты стояния верхушек легких: спереди на 3,5 см справа и на 4 см слева выше уровня ключицы, сзади соответствует справа и слева - остистому отростку 7 шейного позвонка. При качественной перкуссии: перкуторный звук коробочный. При аускультации дыхание везикулярное с жестким оттенком, побочных дыхательных шумов (хрипов, шума трения плевры, крепитации) не выявлено.

Исследование системы кровообращения

При осмотре сердечной области: выпячиваний в области сердца нет. Верхушечный толчок визуально не определяется. Других пульсаций в области сердца также не наблюдается. Эпигастральная пульсация на вдохе и выдохе отсутствует. При осмотре крупных сосудов пульсации височных артерий, на шее набухлости вен и пульсации крупных сосудов (пляски каротид) нет, венный пульс не просматривается. При осмотре других крупных сосудов паталогических изменений не выявлено, расширения подкожных вен на грудной клетке нет. Симптомы «червячка» и Квинке отсутствуют, синдром Альфреда Мюссе отрицательный. При пальпации верхушечный толчок определятся в 5 межреберье по среднеключичной линии слева. Симптом «кошачьего мурлыкания» отсутствует, трение перикарда не ощущается. Ретростернальная пульсация аорты не пальпируется. Пульс одинакового наполнения на обеих руках, ритмичный. Напряжение, наполнение пульса - удовлетворительные, по форме и величине пульс не изменен. Частота - 80 ударов в минуту. Аритмии и дефицита пульса нет. АД=120/70 мм.рт.ст. Границы сосудистого пучка не выходят за края грудины. При аускультации сердца в 5 классических точках выслушиваются по 2 тона в каждой точке. В 1 и 2 точках первый тон сильнее второго, что соответствует норме. В 3 и 4 выслушиваются 2 тона, второй тон сильнее первого, что соответствует норме. Изменения тембра тонов сердца, расщепления и раздвоения их нет. Ритм перепела и ритм галопа не выявлены. Побочных сердечных шумов, шума трения перикарда нет.

Исследование системы пищеварения

Язык несколько влажный обложен белым налетом, без отпечатков зубов, язв, трещин.

Брюшная стенка участвует в акте дыхания. Расширенных подкожных вен на животе нет.

Перистальтические и антиперистальтические движения желудка и кишечника визуально не определяются

Поверхностная пальпация живота. При поверхностной пальпации живота определяется умеренная болезненность в околопупочной области. Общего и местного напряжения нет. Наличие грыжевых отверстий, расхождение прямых мышц живота не выявлено.

Пальпация печени: печень по краю реберной дуги безболезненная, плотной консистенции, края острые.

Мочеполовая система

При осмотре пастозность, бледность лица, припухлость области почек не выявляются. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Нервно-психический статус

Больной в хорошем настроении. В позе Ромберга легкое пошатывание. Менингиальных симптомов нет.

Обоснование предварительного диагноза

Учитывая клинические данные:

Жалобы при поступлении: повышение температуры до 39,0 С, общую слабость, озноб, повышенное потоотделение, боль и ломоту во всем теле, сухость во рту, снижение аппетита, сухой кашель, ноющие боли в пояснице, уменьшение количества мочи, кашицеобразный стул 1 раз в сутки.

Развитие настоящего заболевания: 18.09-появилась слабость, недомогание

.09-озноб, головная боль, сухость во рту, жажда,кашицеобразный коричневый стул 1 раз/сут. Принимал аспирин, терафлю, лазолван, парацетамол, антибиотики (названия не знает), температуру не измерял.

.09-ломота в теле, сухой кашель, ноющие боли в пояснице, озноб, боли в животе, температуру тела также не измерял. Принимал сироп шиповника, аспирин, терафлю, лазолван, антибиотики, парацетамол - отмечал эффект на короткое время.

.09-усиление боли в пояснице, температуру тела также не измерял. Лечился дома, самостоятельно, теми же препаратами, что и 20.09.

.09-уменьшение количества мочи, открылось носовое кровотечение-за помощью не обращался. Состояние на прежнем уровне, температуру не измерял.

.09-состояние прежнее, температура тела 38,2С. Вызвал БСМП, доставлен в РКИБ, госпитализирован.

Эпидемиологический анамнез: пребывал часто на огороде у мамы, расположенном на Малиновой Горе. Посещал стройку в пос.Сизево 15 км от города.

Данные объективного обследования: Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные. Симптом сотрясения положительный с обеих сторон, отмечается пастозность лица.

На основании всего выше перечисленного ставлю предварительный диагноз:

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

. План обследования больного

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи, проба по Зимницкому
3. биохимический анализ крови ( сахар, мочевина , креатинин, К+, Na+)
4. ЭКГ
5. УЗИ почек
6. Консультация уролога.

. Лабораторно-инструментальные данные

1. ОАК от 24.09.13:

Hb171 г/л

Эритроциты5,25x10\*12/л

Лейкоциты 9,7\*10\*9/л

От 30/09/13г/л

Эритроциты5,15x10\*12/л

СОЭ5 мм/час

Лейкоциты13,9х10\*9/л

палочкоядерные9%

сегментоядерные62%

эозинофилы-

лимфоциты13%

моноциты13%

базофилы

1. ОАМ:

От 23.09.13:

Уд. Вес 1025

Цветсветло-желтый

Прозрачностьслабо-мутная

Белок0,3 г/л

Эпителий2-4

Лейкоциты0

Эритроциты0

Слизь+

Цилиндры0-1 п/з

От 24.09.13:

Уд. Вес 1012

Цветсветло-желтый

Прозрачностьпрозрачная

Белок0

Эпителий0

Лейкоциты0

Эритроциты0

Слизь0

Цилиндры0

От 25.09.13:

Уд. Вес 1025

Цветсветло-желтый

Прозрачностьпрозрачная

Белок205 мг/л

Эпителий0-1-2

Лейкоциты0

Эритроциты0

Слизь0

Цилиндры0

От 26.09.13:

Уд. Вес 1023

Цвет светло-желтый

Прозрачностьпрозрачная

Белок390 мг/л

Эпителий0-2

Лейкоциты0-1

Эритроциты0-1

Слизь+

Цилиндры0-1

От 27.09.13:

Уд. Вес 1008

Цвет светло-желтый

Прозрачность прозрачная

Белок 612

Эпителий 3-2-1

Лейкоциты 0-1-2

Эритроциты 2-1

Слизь+

Цилиндры0-1

От 02.10.13

Уд.вес 1010

Цвет светло-желтая

Прозрачность прозрачная

Белок 0

Эпителий 0

Лейкоциты 0

Эритроциты 0

Слизь 0

Цилиндры 0

Проба по Зимницкому: от 01.10.13

порция 1000мл, 1004

порция 950 мл, 1005

порция 520 мл, 1005

порция 770 мл, 1003

порция 550 мл, 1006

порция 1100 мл, 1003

порция -560мл, 1006

порция 370 мл, 1005

.Биохимический анализ крови:

От 24.09.13.:

Мочевина 4,4 ммоль/л

Креатинин 99 мкмоль/л

К+ 4,48

Na+ 121,5

От 25.09.13

Мочевина 6,5 ммоль/л

Креатинин 106 мкмоль/л

К+ 4,05

Na+ 128,6

От 26.09.13

Мочевина 8,1 ммоль/л

Креатинин 111 мкмоль/л

К+ 3,88

Na+ 130,6

. Кровь на реакцию Вассермана от 25.09.13

реакция - положительная.

. УЗИ почек: от 24.09.13

Заключение: УЗИ признаки диффузных изменений паренхимы обеих почек с явлениями ишемии коры и отека мозгового вещества.

1. ЭКГ от23.09.13:

Ритм синусовый, положение ЭОС промежуточное, гипертрофия левого желудочка.

8. Дифференциальная диагностика

геморрагический лихорадка почечный синдром

Диагноз основной: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, средней степени тяжести.

Осложнения: нет.

Диагноз сопутствующий: нет.

Дифференциальный диагноз

Ведущим синдромом у моего больного является синдром интоксикации с выраженной лихорадкой и острым началом, который также наблюдается при лептоспирозе, гриппе и дизентерии.

Предположим, что у моего больного лептоспироз. При лептоспирозе возбудителями являются лептоспиры. При лептоспирозе объективно отмечается гиперемия лица и иногда шеи, а у моего больного данные симптомы отмечались. Для лептоспироза характерны озноб при появлении лихорадки, возбуждение и беспокойство больных, герпетические высыпания на губах и крыльях носа с геморрагическим пропитыванием, генерализованная лимфоаденопатия, а у моего больного этого не отмечается. При лептоспирозе язык становится сухим и покрывается бурым налетом со 2-3 дня лихорадки, а у моего больного, явления сухости во рту, жажда появились сразу после подъема температуры, кроме того, язык обложен серым налетом. При лептоспирозе с 3 дня заболевания появляется полиморфная сыпь на коже туловища, и конечностей, а у моего больного сыпи не было. При лептоспирозе в начальный период болезни происходит незначительное снижение диуреза, а уже в периоде разгара болезни - более значительное снижение диуреза вплоть до анурии, тогда как у моего больного уже в начальном периоде болезни произошло значительное снижение диуреза. При лептоспирозе в начале заболевания наблюдаются тахикардия и гипотония, тогда как у моего больного нет склонности к тахикардии. При лептоспирозе не наблюдаются таких характерных нарушений зрения, как у моего больного (появление сетки перед глазами). При лептоспирозе преобладают жалобы на сильные головные боли, головокружение, миалгии, а у моего больного жалобы головные боли отмечаются в области лба и висков, миалгии появляются на фоне лихорадки, также имеются артралгии.

Учитывая вышеуказанное, диагноз лептоспироза можно отвергнуть.

Предположим, что у моего больного грипп. При гриппе возбудителями являются вирусы семейства ортомиксовирусов. При гриппе объективно отмечается выраженный катаральный синдром с доминированием трахеита и трахеобронхита, так же могут быть фарингит, ринит (на второй день - серозные выделения, потом слизистые выделения из носа.), а у моего больного катаральный синдром проявляется преимущественно коньюктивитом. При гриппе характерна боль в глазах, особенно при движении, светобоязнь, а у моего больного этого не наблюдается. При гриппе характерны местные изменения зева - гиперемия, отечность, слизистая носа гиперемирована, с цианотичным оттенком, набухшая, а у моего больного таких явлений не наблюдается. При гриппе язык влажный покрывается белым налетом, у кончика ярко красный, с обнаженными сосочками, иногда болезненный, а у моего больного, язык сухой язык обложен серым налетом. При гриппе в лихорадочный период болезни происходит снижение диуреза, а после нормализации температуры - диуреза увеличивается, тогда как у моего больного уже в начальном периоде болезни произошло значительное снижение диуреза. При гриппе артериальное давление имеет тенденцию к снижению, пульс лабилен, отмечается потливость, тогда как у моего больного нет склонности к лабильности пульса, не отмечается потливости.

Учитывая вышеуказанное, диагноз гриппа можно отвергнуть.

Предположим, что у моего больного дизентерия. При дизентерии наблюдаются выраженный энтерит с болями, локализующимися в области живота по ходу толстого кишечника. У моего больного есть явные признаки энтерита, но при пальпации живот безболезненный. Для дизентерии не характерно наличие многократной рвоты, стойкого повышения температуры, лихорадки, нарушения зрения, резкое уменьшение диуреза, что наблюдается у моего больного.

Учитывая вышеуказанное, диагноз дизентерии можно отвергнуть.

На основании:

Жалобы при поступлении: повышение температуры до 39,0 С, общую слабость, озноб, повышенное потоотделение, боль и ломоту во всем теле, сухость во рту, снижение аппетита, сухой кашель, ноющие боли в пояснице, уменьшение количества мочи, кашицеобразный стул 1 раз в сутки.

Развитие настоящего заболевания: 18.09-появилась слабость, недомогание

.09-озноб, головная боль, сухость во рту, жажда,кашицеобразный коричневый стул 1 раз/сут. Принимал аспирин, терафлю, лазолван, парацетамол, антибиотики (названия не знает), температуру не измерял.

.09-ломота в теле, сухой кашель, ноющие боли в пояснице, озноб, боли в животе, температуру тела также не измерял. Принимал сироп шиповника, аспирин, терафлю, лазолван, антибиотики, парацетамол - отмечал эффект на короткое время.

.09-усиление боли в пояснице, температуру тела также не измерял. Лечился дома, самостоятельно, теми же препаратами, что и 20.09.

.09-уменьшение количества мочи, открылось носовое кровотечение-за помощью не обращался. Состояние на прежнем уровне, температуру не измерял.

.09-состояние прежнее, температура тела 38,2С. Вызвал БСМП, доставлен в РКИБ, госпитализирован.

Эпидемиологический анамнез: пребывал часто на огороде у мамы, расположенном на Малиновой Горе. Посещал стройку в пос.Сизево 15 км от города.

Данные объективного обследования: Состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные. Симптом сотрясения положительный с обеих сторон, отмечается пастозность лица.

На основании всего выше перечисленного ставлю предварительный диагноз:

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом.

Данные лабораторных и инструментальных методов. Лейкоцитоз, увеличение креатинина в крови. Белок, лейкоциты, эритроциты, эпителий, слизь, цилиндры в моче. УЗИ почек, заключение: УЗИ признаки диффузных изменений паренхимы обеих почек с явлениями ишемии коры и отека мозгового вещества.

На основании всего выше перечисленного ставлю окончательный диагноз:

Диагноз клинический: Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, средней степени тяжести.

. План лечения

.Режим строгий постельный

.Стол № 4 с ограничением соли и жидкости.

Пища должна быть легко усвояемой (белки - сыр, творог).

.Фармакотерапия

Патогенетическая терапия

)Средства укрепляющие сосудистую стенку:

Rp.: Ac. Ascorbinici 5% -5 ml.t.d. №10 in amp

S. В/м по 1 ампуле 2 раза в день в течение 5 дней.

) Десенсибилизирующая терапия: .:Sol. Dimedroli 1%-1ml

D.t.d. №10 in amp. В/м по 1 ампуле 2 раза в день в течение 5 дней.

Антигистаминные препараты обладают десенсибилизирующим эффектом.

) Дезинтоксикационная терапия:

Rp.: Sol. Ringer 500,0 ml

Prednizoloni 60 mg.t.d. №5. В/в капельно

) Стабилизация гемодинамики

Rp.: Sol.Plasmoliti 500,0.t.d. №5. В/в капельно

Rp.: Sol.NaCl 250,0

Etamsylati 2,0.t.d.N.5. В/в капельно .

Rp.: Tab. Kurantil 0,25

D.S. Внутрь по 1 таб. З раза в день

) Средства для увеличения диуреза

Rp.: Sol. Furosemidi 2ml - 1%.t.d. №12 . В/в струйно по 4 ампулы 3 раза в день

)Витамины В1, В6 в/м

Прогноз

Реконвалесценты ГЛПС после выписки из стационара наблюдаются инфекционистом или терапевтом. Выписка на работу производится при клиническом выздоровлении, нормальных анализах мочи, функциональных почечных пробах (Зимницкого, Нечипоренко) и согласовывается с урологом или нефрологом. Сроки диспансерного наблюдения устанавливают в зависимости от тяжести перенесенного заболевания: при легком течении - 3-4 мес, средней тяжести и тяжелом с выраженной ОПН -длительное, бессрочное до полного клинического выздоровления. Реконвалесцентов осматривают 1 раз в 3 мес, лабораторное обследование включает: клинические анализы крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, пробу Зимницкого; посев мочи на флору; исследование крови на остаточный азот и креатинин; по показаниям реконвалесценты консультируются нефрологом или урологом, проводится экскреторная урография, функциональное исследование почек. Рекомендуется санаторно-курортное лечение.

Профилактика

Мероприятия по борьбе с грызунами и защите людей от соприкосновения сними, а также предметами и продуктами, загрязненными их выделениями. Специфическая профилактика не разработана.

Список литературы

1. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. М., 1982.

. Е.П. Шувалова Инфекционные болезни- М. 1999.

. Руководство по инфекционным болезням. Под редакцией Ю.В. Лобзина и др. С.-П. 2000.

. Инфекционные болезни/ Под. ред. В.И. Покровского. - М. Медицина, 1996, 527 с.

. Лекции по инфекционным болезням ИГМА 2012 год.