**РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра инфекционных болезней, тропической медицины и эпидемиологии

Заведующий кафедрой проф. Жаров С.Н.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Ф.И.О больного

Куратор студентка Мякина А.В.

Группа № 553 б, V курса

лечебного факультета

Дата курации: 13.10.2010

Москва 2010

**Паспортная часть**

1.Ф.И.О. больного ФИО

2. Пол мужской

3. Дата рождения 10.01.1960, 50 лет

4. Домашний адрес

5. Профессия: строитель

6.Дата поступления 11.10.2010 года. Направлен бригадой скорой помощи с диагнозом пищевая токсикоинфекция.

**Жалобы**

Жалобы на остро возникшие боли в животе вокруг пупка и в эпигастрии, носящие резкий схваткообразный характер, на жидкий частый стул, с небольшими интервалами, имеющий кашицеобразный характер, без примесей, желто-оранжевого цвета, на тошноту, обильную рвоту с желтым прокрашаванием. Одновременно больной предъявляет жалобы на резкую слабость, головную боль, озноб, слабость.

К моменту курации сохраняются жалобы на боли в области эпигастрия и вокруг пупка, на слабость и озноб.

**Анамнез заболевания**

Заболел остро 10.10.10, в 22.00, когда появились схваткообразные боли в животе вокруг пупка, несколько позднее возникли позывы на дефекацию, сопровождающиеся выделением обильного кашицеобразного стула желто-оранжевого цвета без примесей, одновременно возникла обильная рвота желтоватого цвета. Появилась жажда и сухость во рту. Больная вызвала скорую. К 2-м часам ночи прекратились понос и рвота. Принимал самостоятельно Аллахол, без эффекта. При этом резкие боли в животе сохранялись, присоединился озноб. Температура тела повысилась до 40\*С и выше. Прибывший врач скорой помощи посоветовал госпитализацию. Больной был направлен в инфекционную больницу №3 с диагнозом пищевая токсикоинфекция, где находится 3-ий день, проводится лечение Хлосоль в/в, Платифилин в/м, Церукал в/м, Ципрофлоксацин, лечение эффективно.

**История жизни. (Anamnesis vitae)**

Биографические данные. Родился 10.01.1960, в Москве, получил среднее специальное образование.

Семейно-половой анамнез. Женат, двое детей

Трудовой анамнез. Пациент с 20 лет работал строителем, выполнял тяжелую физическую работу.

Бытовой анамнез. Пациент проживает женой и детьми в 2-х комнатной квартире на первом этаже с удобствами.

Питание полноценное, регулярное. Пища разнообразная, калорийная.

Вредные привычки отсутствуют.

Перенесенные заболевания: В детстве перенес ветряную оспу. Пациент длительно страдает гипертонической болезнью (давление поднимается до 150/110, последнее обострение гипертонической болезни было в декабре 2004 года), Антигипертензивные препараты принимает нерегулярно, в случае подъема давления.

Аллергологический анамнез. Наличие аллергии на лекарства и другие вещества отрицает.

**Эпидемиологический анамнез**

Проживает в Москве, последние 6 месяцев не выезжал, с инфекционными больными контакта не имел. Больной связывает свое заболевание с приемом накануне омлета из яиц домашнего производства.

**Настоящее состояние. (Status praesents)**

**Общий осмотр.**

Общее состояние пациента - средней тяжести за счет синдрома интоксикации и болевого синдрома.

Сознание ясное, расстройства памяти отсутствуют.

Положение активное, однако имеется ограничение физической активности из-за болевого синдрома.

Телосложение: Конституциональный тип нормостенический Рост 175 см. Масса тела 83 кг.

Температура тела: 37.8 С.

Кожные покровы, придатки кожи (ногти, волосы) и видимые слизистые.

Цвет бледный. Кожа суховатая

Высыпания на коже отсутствуют.

Рубцы и видимые опухоли отсутствуют.

Ногти: Обычной формы, розового цвета.

Видимые слизистые: Бледно-розового цвета. Слизистые влажные, чистые.

Зев: Бледно розового цвета. Миндалины не увеличены, бледно-розовые, без налета. Язык обложен бело-желтым налетом.

Склеры: иньецированы сосудами.

Подкожно-жировая клетчатка: Развита умеренно.

Отеки: отсутствуют.

Лимфатические узлы: не пальпируются, безболезненные.

Мышцы: Степень развития удовлетворительная, мышечный тонус и мышечная сила в норме. При пальпации мышцы безболезненны.

Кости: Форма не изменена, деформации скелета отсутствуют, безболезненны при пальпации и постукивании.

Суставы: форма не изменена, безболезненны.

**Система органов дыхания.**

ЖАЛОБЫ.

Жалоб нет

ОСМОТР.

Нос: Форма не изменена, носовое дыхание свободное, отделяемое из носа отсутствует.

Гортань: Деформации и припухлости в области гортани отсутствуют. Голос тихий, не измененный.

Грудная клетка: Форма нормостеническая: над- и подключичные ямки выражены, эпигастральный угол прямой, лопатки плотно прилегают к грудной клетке, ключицы не выступают. Грудная клетка симметрична. Окружность грудной клетки 103 см. Экскурсия 4 см.

Дыхание: Тип дыхания - абдоминальный, дыхательные движения симметричны, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в дыхании, вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Число дыхательных движений в минуту- 17 . Дыхание ритмичное, средней глубины, фаза вдоха длиннее чем фаза выдоха.

ПАЛЬПАЦИЯ.

В области грудной клетки болезненность отсутствует. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание симметрично, не изменено.

ПЕРКУССИЯ.

При поведении сравнительной перкуссии по срединно-ключичной линии, седне-подмышечной, лопаточной и паравертебральной линиям выявлен ясный легочный звук, одинаковый на всех участках.

Результаты топографической перкуссии:

|  |  |
| --- | --- |
| **Анатомические ориентиры** | **Справа / Слева** |
| **Верхняя граница легких** |  |
| Высота стояния верхушек спереди | 4 см. |
| Высота стояния верхушек сзади | На уровне остистого отростка С7 |
| Ширина полей Кренига | 7см. |
| **Нижняя граница легких** |  |
| По окологрудинной линии | V межреберье / не определяется |
| По срединно-ключичной линии | VI ребро / не определяется |
| По пепедней подмышечной линии | VI ребро |
| По средней подмышечной линии | VII ребро |
| По задней подмышечной линии | IX ребро |
| По лопаточной линии | X ребро |
| По околопозвоночной линии | Остистый отросток Th IX |
| **Дыхательная экскурсия нижнего края легкого** |  |
| По средней подмышечной линии | 7 см / 6 см |
| По лопаточной линии | 6 см / 6 см. |

АУСКУЛЬТАЦИЯ.

Основные дыхательные шумы: Над всей поверхностью легкого выслушивается везикулярное дыхание. Над областью проекции трахеи выслушивается трахео-бронхиальное дыхание.

Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Бронхофония: Одинакова с обеих сторон, не изменена.

**Система органов кровообращения.**

ЖАЛОБЫ.

Жалоб нет.

ОСМОТР.

При осмотре шей была выявлена пульсация сонных артерий, патологических изменений вен и их пульсация не выявлена. Визуально область сердца не изменена. Верхушечный, сердечный толчок, эпигастральная пульсация, пульсация в яремной ямке и в области сердца не видны.

ПАЛЬПАЦИЯ.

Верхушечный толчок: Определяется в V межреберье на 0.5 см. кнаружи от срединно-ключичной линии, средней силы, разлитой.

Сердечный толчок не пальпируется.

Эпигастральная пульсация не выявляется.

Пульсация основания сердца не выявляется.

Определяется пульсация в яремной ямке средней силы, локальная.

Атипичная пульсация и дрожание в области сердца не выявляется.

ПЕРКУССИЯ.

Относительная тупость сердца.

Границы относительной тупости:

Правая: по правому краю грудины.

Левая: 0.5 см. кнаружи от средней ключичной линии.

Верхняя: на уровне III ребра.

Поперечник относительной тупости 14 см.

Ширина сосудистого пучка: 6 см.

Конфигурация сердца - аортальная.

Абсолютная тупость сердца.

Границы абсолютной тупости:

Правая: по левому краю грудины.

Левая: кнутри от средней ключичной линии на 0,5 см.

Верхняя: на уровне IV ребра.

АУСКУЛЬТАЦИЯ.

Ритм сердечных сокращений: правильный.

Число сердечных сокращений: 88уд/минуту.

Характеристика тонов и шумов:

В 1-ой точке (на верхушке сердца): приглушенный I тон

Во 2-ой точке (II межреберье справа от грудины): II тон ослаблен.

В 3-ей точке (II межреберье слева от грудины): ослабленный II тон.

В 4-ой точке (у основания мечевидного отростка): ослабленный I тон.

В 5-ой точке (слева от грудины в области прикрепления III-IV ребер, точка Боткина-Эрба):

ослабленные I и II тоны.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ.

Исследование артерий: Пульсация определяется в области сонных, подключичных, лучевых артерий, пульсация умеренной силы. Стенка артерий гладкая, эластичная.

Артериальный пульс симметричен на правой и левой лучевых артериях. Частота пульса-80 ударов в минуту. Пульс ритмичный, мягкий, умеренного наполнения, средней величины, равномерный.

Артериальное давление: 100/60 мм.рт.ст.

Исследование вен: Набухание и пульсация яремных вен не выявляется,

**Желудочно-кишечный тракт.**

ЖАЛОБЫ.

Пациент жалуется на снижение аппетита, сухость во рту, на резкие боли в животе в области мезогастрия, тошноту.

ОСМОТР.

Полость рта: Язык бледно-розовый, обложен бело-желтым налетом, сухой, Десны, мягкое и твердое небо бледно-розового цвета, без налета и изъязвлений.

Живот: Живот округлой формы, симметричен, вздут, увеличен за счет подкожной жировой клетчатки, практически не участвует в акте дыхания. Венозные коллатерали не видны.

Окружность живота на уровне пупка:100 см.

ПЕРКУССИЯ.

Над всей поверхностью живота определяется тимпанический перкуторный звук.

Нижняя граница желудка, определенная методом перкуссии (определение шума плеска расположена на 4см. ниже края реберной дуги).

ПАЛЬПАЦИЯ.

Поверхностная ориентировочная пальпация: Живот мягкий, болезненный в области эпигастрия и мезогастрия больше слева, расхождения прямых мышц живота, грыжи белой линии и пупочные не определяются. Симптом Щеткина- Блюмберга положительный.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско. Пальпируется слепая кишка в правой подвздошной ямке, она мягкой, эластической консистенции, безболезненная, размером около 4 см., поверхность гладкая, при пальпации выявляется урчание. Пальпируется сигмовидная кишка, имеющая форму цилиндра, безболезненна, мягкая, размером около 3-х см., урчание при пальпации. Восходящая, нисходящая, кишка пальпируются. Пальпация болезненна.

АУСКУЛЬТАЦИЯ.

Выслушиваемая перистальтика усилена, высушивается урчание. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не выявляются.

**Печень и желчный пузырь.**

ОСМОТР.

При объективном исследовании не выявляется иктеричный оттенок кожи, видимых слизистых, склер. Выпячивание в области правого подреберья не выявляется.

ПЕРКУССИЯ.

Границы печени по М.Г. Курлову:

Верхняя граница абсолютной тупости печени: на уровне VI ребра по правой среднеключичной линии.

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

По правой средней ключичной линии: на уровне реберной дуги.

По передней срединннной линии: на 6 см ниже нижнего края мечевидного отростка.

По левой реберной дуге: на уровне левой парастернальной линии.

Симптом поколачивания по правой реберной дуге (симптом Ортнера) отсутствует.

ПАЛЬПАЦИЯ.

Печень. Нижние границы печени, определенные при пальпации по правой средней ключичной и серединной линиям, совпадают с перкуторными границами. Край печени ровный, эластичный, безболезненный.

Размеры печени по М.Г. Курлову:

1-ый размер: по правой средней ключичной линии-10 см.

2-ой размер: по передней срединной линии-9 см.

3-ий размер: по левой реберной дуге- 7 см.

Желчный пузырь. Не пальпируется, симптом Кера отсутствует.

**Селезёнка.**

ЖАЛОБЫ.

Боли в левом подреберье отсутствуют.

ОСМОТР.

Выпячивание в области левого подреберья отсутствует. Дыхательная экскурсия брюшной стенки не ограничена.

ПЕРКУССИЯ.

Продольный размер силезенки-8см.

Поперечный размер силезенки-6 см.

ПАЛЬПАЦИЯ.

Селезенка в положении лежа на правом боку и на спине не пальпируется.

**Система органов мочеотделения.**

ЖАЛОБЫ.

Боль в поясничной области, внизу живота отсутствует

Мочеиспускание и мочевыделение. Диурез за сутки составляет около 1,5 л. Дизурические расстройства: характерен периодический энурез.

Цвет мочи - соломенно-желтый. Моча прозрачная, примеси отсутствуют.

ОСМОТР.

В поясничной области гиперемия и припухлость кожи, сглаживание контуров, а также надлобковой области ограниченное выбухание отсутствуют.

ПЕРКУССИЯ.

Поясничная область: Симптом поколачивания (симптом Пастернацкого) -отрицательный.

Надлобковая область: При перкуссии опорожненного мочевого пузыря выявляется тимпанический перкуторный звук. Мочевой пузырь не увеличен.

ПАЛЬПАЦИЯ.

Почки. Не пальпируются.

Мочевой пузырь: Не пальпируется.

Болевые точки: Болезненность при пальпации реберно-позвоночной точки и по ходу мочеточников отсутствует.

**Эндокринная система.**

ЖАЛОБЫ.

Увеличение массы тела, за счет чрезмерного развития подкожной жировой клетчатки.

ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ.

Ожирение II степени (превышение массы 36%).

Кожные покровы умеренной влажности, средней толщины. Черты лица пропорциональные.

Щитовидная железа при пальпации безболезненна, мягкой консистенции.

**Нервная система и органы чувств.**

ЖАЛОБЫ.

Жалоб нет

ОСМОТР.

Состояние психики. Сознание ясное. Ориентировка в месте, времени, ситуации не нарушена.

Интеллект. Соответствует уровню развития. Имеется ослабление внимания.

Поведение в клинике. Больной общителен, ведет себя спокойно, уравновешенно.

Речь не изменена.

Исследование черепно-мозговых нервов.

Острота зрения. Двоение в глазах отсутствует. Движения глазных яблок симметричны, объем не снижен. Зрачки симметричны, реагируют на свет.

Носогубные складки симметричны.

Менингеальные симптомы. Ригидность затылочных мышц не наблюдается. Симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные.

Чувствительная сфера: Пальпаторная болезненность по ходу корешков спиномозговых нервов.

Двигательная сфера: Походка с опорой на костыль.

Судороги, тремор, гиперкинезы отсутствуют.

Мышечный тонус мышц конечностей снижен

Рефлексы. Выявляются роговичный, глоточный, сухожильные рефлексы. Вегетативная нервная система. Ширина глазной щели 8 мм., ширина зрачка 3мм. Дермографизм розовый. Потоотделение не нарушено.

**Обоснование предварительного диагноза**

На основании жалоб больного на остро возникшие боли в животе вокруг пупка и в эпигастрии, носящие резкий схваткообразный характер, на жидкий частый стул, с небольшими интервалами, имеющий кашицеобразный характер, без примесей, желто-оранжевого цвета, на тошноту, обильную рвоту с желтым прокрашаванием, анамнеза заболевания: острое возникновение заболевания после употребления омлета из яиц домашнего производства с резких схваткообразных болей в животе, диареи, обильной рвоты, фебрильной температуры, а также на основании данных объективного осмотра: вздутие живота, резкая болезненность в эпигастральной и мезогастральной области можно поставить предварительный диагноз: **пищевая токсикоинфекция, гастроэнтеритическая форма, течение средней тяжести**.

**План обследования**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.
4. УЗИ брюшной полости.
5. RW, ВИЧ
6. Бактериологический анализ кала
7. ЭКГ.
8. Флюорография

**План лечения**

1. Режим палатный.
2. Диета № 4
3. Инфузионная терапия: Трисоль1200 + Но-шпа 4.0; Физиологический раствор 300.
4. Но-шпа 2.0\*3р.
5. Пероральная регидратация: Регидрон 1000
6. Кальция глюконат 2г\*3р.
7. Поливитамины.

**Результаты обследований**

**Общий анализ крови от 11.10**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | Норма |
| Единицы СИ | Единицы, подлежащиезамене |
| Гемоглобин МЖ | 144 | 130,0 – 160,0 | г/л | 13,0 – 16,0 | г% |
|  | 120,0 – 140,0 | 12,0 – 14,0 |
| Эритроциты МЖ | 4,3 | 4,0 – 5,0 | · 1012/л | 4,0 – 5,0 | млн в 1 мм3 |
|  | 3,9 – 4,7 | 3,9 – 4,7 |
| Цветовой показатель | 1 | 0,85 – 1,05 |  | 0,85 – 1,05 |  |
| Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците |  | 30 – 35 | пг | 30 – 35 | пг |
| Ретикулоциты |  | 2 – 10 | ‰ | 2 – 10 | ‰ |
| Тромбоциты | 157 | 180,0 – 320,0 | · 109/л | 180,0 – 320,0 | тыс.в 1 мм3 |
| Лейкоциты | 8 | 4,0 – 9,0 | · 109/л | 4,0 – 9,0 | тыс.в 1 мм3 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Нейтрофилы | Миелоциты | — | —— | %· 109/л | —— | %в 1 мм3 |
| Метамиелоциты | — | —— | %· 109/л | —— | %в 1 мм3 |
| Палочкоядерные | 1 | 1 – 60,040 – 0,300 | %· 109/л | 1 – 640 – 300 | %в 1 мм3 |
| Сегментоядерные | 49 | 47 – 722,000 – 5,500 | %· 109/л | 47 – 722000 – 5500 | %в 1 мм3 |
|  |  |  |  |  |  |
| Эозинофилы | — | 0,5 – 50,020 – 0,300 | %· 109/л | 0,5 – 520 – 300 | %в 1 мм3 |
| Базофилы | — | 0,0 – 1,00,0 – 0,065 | %· 109/л | 0 – 10 – 65 | %в 1 мм3 |
| Лимфоциты | 34 | 19 – 371,200 – 3,000 | %· 109/л | 19 – 371200 – 3000 | %в 1 мм3 |
| Моноциты | 7 | 3 – 110,090 – 0,600 | %· 109/л | 3 – 1190- 600 | %в 1 мм3 |
| Плазматические клетки |  | —— | %· 109/л | —— | %в 1 мм3 |
| Скорость (реакция) МОседания эритроцитов Ж | 4 | 2 – 102 – 15 | мм/час | 2 – 102 – 15 | мм/час |

**Биохимический анализ крови от 11.10**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Общий белок | 79.1 | Фосфор неорганический |  |
| Белковые фракции |  | Железо сыворотки |  |
|  |  | аминотрансферазы: |  |
| Фибриноген |  | АлАТ |  |
| Остаточный азот |  | АсАТ |  |
| Мочевина | 8,7 | Альдолаза монофосфат |  |
| Креатинин | 135 | Альдолаза дифосфат |  |
| Мочевая кислота |  | Лактат дегидрогеназа (ЛДГ) общая |  |
| Билирубин общий | 25 | Изоферменты ЛДГ |  |
| Билирубин прямой | 8,4 | Фосфотаза щелочная | 74 |
| Холестирин общий | 5,31 | Фосфотаза кислая |  |
| Эфиры холестерина |  | Холинэстераза сывороточная |  |
| Триглецирины |  | Креатинфосфокиназа |  |
| Фософолипиды общие |  | -амилаза | 2621 |
| Хлор |  |  |  |
| Калий |  |  |  |
| Натрий |  |  |  |
| Индикан |  |  |  |
| Кальций |  | Глюкоза натощак | 4,7 |

**Общий анализ мочи от 12.10**

**Физико-химические свойства**

Количествол\*мл\*

Цвет соломенно-жёлтый

Прозрачность

Относительная плотность 1,030

Реакция кислая ph 5,0

Белок следы г/л\*г ‰\*\*

Глюкоза следымоль/л\*г %\*\*

Кетоновые тела

Эритроциты неизмененные

Билирубин отсутствует

Уробилиноиды отсутствуют

Индикан

Лейкоциты 5-6 в п/з

Слизь мало

Соли оксалаты

**ЭКГ:**

Правильный синусовый ритм, частота сердечных сокращений – 100 ударов в минуту и отклонение электрической оси сердца влево. В I и II отведениях наблюдается снижение сегмента ST, что свидетельствует об ишемии миокарда. В грудных отведениях увеличение зубца R от V4 к V6 указывает на гипертрофию левого желудочка.

**Флюорография**

С обеих сторон в прикорневых отделах затемнения легочного рисунка. Синусы свободны. Тень сердца без отклонений. Признаки бронхопневмонии

**Бактериологический анализ кала**

Анализ кала: (12.10.10) - высеяна Salmonella гр D enteridis.

Также выделен протей, staph.aureus.

**Дневник**

13.10

Состояние средней тяжести, жалобы на слабость, температура тела 39-40\*С, жидкий стул 10 раз в сутки зеленоватого цвета. Пальпация живота болезненна. Дыхание чистое, хрипов нет ЧДД 20дых./мин. Тоны сердечного ритма ясные ритмичные 80 уд/мин. Живот мягкий чувствителен при пальпации в мезогастрии, перитонеальных симптомов нет.

14.10

Состояние средней тяжести, жалобы на слабость, стул до 5-8 раз в день зеленоватого цвета, Язык сухой, обложенный, появилась болезненность при пальпации по ходу тонкой кишки.

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб больного, особенностей течения заболевания (быстрый регресс симптомов: рвоты, диареи)

А также данных анамнеза и объективного осмотра, лабораторных данных были выделены следующие симптомы:

1) Энтеритический

2) Интоксикационный

3) Нарушения функции центра терморегуляции

Дифдиагноз проводился с дизентерией, пищевой токсикоинфекцией и сальмонелезом. При бактериологическом исследовании кала высеяна Salmonella гр Denteridis,что позволяет установить окончательный диагноз:

**Сальмонеллез. Гастроинтестинальная форма.**

**Гастроэнтеритический вариант. Средне-тяжелое течение.**

**Дифференциальный анализ**

Учитывая выделенные синдромы в круг дифдиагноза можно включить следующие заболевания: сальмонеллез, дизентерия, пищевая токсикоинфекция. Для дизентерии характерен непродолжительный инкубационный период (1-3дня), острое начало, с резким повышением температуры, возникновением схваткообразных болей по ходу толстого кишечника, ложных позывов, жидкого стула, вначале обильного, затем скудного, с примесью слизи и крови, быстро развивается общая интоксикация, таким образом клиника разгара заболевания не соответсвует клинике, имеющейся у данного больного, однако возможен атипичный вариант дизентерии, поэтому окончательно исключить этот диагноз можно после бакисследования кала. Для пищевых токсикоинфекций характерен очень короткий (2-6 часов) инкубационный период, острое начало, резкое повышение температуры, появление тошноты и многократной рвоты, поноса, характер стула чаще энтерический, также появляются боли в эпигастрии и по ходу тонкого кишечника, общая интоксикация умеренно выражена, затем температура довольно быстро нормализуется, явления гастроэнтерита стихают, таким образом клиника пищевой токсикоинфекции имеет довольно много сходства с клиникой у данной больного, поэтому исключить этот диагноз можно лишь на основании бакисследования кала. Для сальмонеллеза характерен непродолжительный инкубационный период, острое начало, с резким повышением температуры, интоксикацией, развитием энтеритического синдрома, клиника у данного больного полностью совпадает с клиникой гастроинтестинальной формы сальмонелеза, за исключением слизистого характера кала в анамнезе, однако требуется подтверждение бактериологическим исследованием кала.

**Эпикриз**

Больной ФИО, поступил в инфекционную больницу № 3 11.10.10, по скорой помощи с жалобами на тошноту, рвоту, многократный жидкий стул зеленоватого цвета, повышение температуры до 40\*С и схваткообразные резкие боли в животе. На основе анамнеза и проведенных исследований был поставлен диагноз пищевая токсикоинфекция, в отделении проведено обследование, уточнившее окончательный диагноз: Сальмонеллез. Гастроинтестинальная форма. Гастроэнтеритический вариант. Средне-тяжелое течение.

Показано лечение:

пастельный режим, стол № 4 БТ

Хлосоль 600,0 в/в,

Платифилин 1,0 в/м,

Церукал 2,0 в/м,

Ципрофлоксацин 0,5г х 2р/день.

Диклофненак 2,0 в/м.

Отмечена положительная динамика, исчезновение жалоб, нормализация лабораторных показателей. Выписка больного планируется после 2 ух отрицательных баканализов на обнаружение Salmonella гр D enteridis под наблюдение районного врача-инфекциониста.