**Паспортная часть.**

**Дата заболевания:** 28.09.2012

**Дата поступления в стационар:** 26.10.2012

**Ф.И.О.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст:** 40 лет (12.11.1971г)

**Место жительства:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место работы:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Кем направлен:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Диагноз направившего учреждения:** лихорадка неясного генеза

**Диагноз клинический:** бактериальный менингит, неуточненной этиологии, средней степени тяжести

**Жалобы**

На момент поступления предъявлял жалобы на сильную головную боль, распирающего характера, слабость, сонливость. Рвоты не было.

На момент курации пациент предъявляет жалобы на умеренные головные боли утром при попытке встать с кровати, слабость. Также пациент отмечает умеренное повышение температуры до 37,5.

**Анамнез настоящего заболевания**

Заболел 28.09.2012 года, когда повысилась температура тела до 39-40, отмечалась невысокой интенсивности головная боль, слабость. Принимал жаропонижающие, скорую не вызывал. В этот же день температура нормализовалась ( 36,7). С 30 сентября на 1 октября обнаружил ослабление зрения на левый глаз. 1 октября обратился к участковому терапевту в поликлинику г. Чашники. Терапевт направил к окулисту, после чего пациент был направлен в Витебскую областную клиническую больницу в отделение микрохирургии глаза. В период с 01.10 по 19.10 находился на лечении в Витебской областной клинической больнице по поводу кровоизлияния в сетчатку левого глаза. 22.10 температура тела опять повысилась до 39-40 , отмечалась сильная головная боль, слабость, рвоты не было. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи, которая сделала обезболивающий укол (анальгин- димедрол - папаверин). На протяжении 4-х дней температура не понижалась, скорую не вызывал. Также отмечалась слабость, головная боль, боли в пояснице. 26 октября пациент обратился на прием к участковому врачу в поликлинику г. Чашники, сдав необходимые анализы, пациент был направлен участковым терапевтом в Витебский диагностический центр на обследование. По результатам которого было обнаружено:

* Рентген тазобедренных суставов: начальные признаки коксартроза слева, коксартроз 2 степени справа
* УЗИ сердца: уплотнение корня аорты минимально выраженное. Незаращение овального окна ( по данным ДП ХОКС), не исключается
* Осмотр уролога-андролога, исследование секрета простаты- хронический простатит нестойкой ремиссии.
* ОАМ:

1. **Цветовой показатель**: 0,87
2. **Гемоглобин:** 137 г/л
3. **Тромбоциты:** 336 х10^9 /л
4. **Эритроциты:** 4,68х10^12 /л
5. **СОЭ:** 13 мм в ч.
6. **Лейкоциты:** 13,5х10^9 /л

**-эозинофилы:** 1 %

**-палочкоядерные**: 1%

**-сегментоядерные**: 59%

**-лимфоциты:** 30%

**-моноциты**: 9%

* БАК:

1. **Глюкоза:** 5,2ммоль/л
2. **Мочевина:** 5,6ммоль/л
3. **Креатинин:** 0,1ммоль/л
4. **Мочевая кислота:** 0,39 ммоль/л
5. **Белок:** 70 г/л
6. **СРП-**отриц.
7. **Циркул.иммун.комплекс:** 70 Ед
8. **Ревматоиднй фактор-**отриц
9. **Билирубин общий-** 11,8 мкмоль/л
10. **Билирубин прямой-** 0 мкмоль/л
11. **АлАТ:** 34 ед/л
12. **АсАТ:** 31ед/л
13. **Щелочная фосфатаза-** 80 ед/л
14. **ЛДГ:** 405 ед/л
15. **КФК:** 595 ед/л

На основании жалоб( головная боль, повышение температуры до 39, слабости), данных общеклинических исследований(ОАК:незначительное увеличение числа лейкоцитов, тромбоцитов; БАК: учеличение показателя циркулирующего иммунного комплекса, уровня креатинфосфокиназы), Диагностическим центром 26.10.2012 был направлен в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ предварительным клиническим диагнозом: менингит?

При поступлении определяется ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского положительные, слабость, температура 39, рвоты нет.

В стационаре утром 27.10.2012 появилась бесформенная петехиальная сыпь на нижних конечностях, бедрах, красно-фиолетового цвета, не исчезающая при надавливании. Головные боли пациента перестали беспокоить 31.10.2012, тогда же исчезла сыпь. Из жалоб,беспокоящих больного на сегодняшний день, сохранилась слабость. От петехиальной сыпи остались едва заметные розовые следы.

В настоящее время продолжает лечение.

**Эпидемиологический диагноз**

За пределы области не выезжал. Гемотрансфузий не отмечает. Месяца 2 назад до начала настоящего заболевания болел ОРЗ, лечился дома самостоятельно, с положительной динамикой. Проживает в квартире с женой. Условия проживания удовлетворительные. Контакт с инфекционными больными отрицает. Заболевание пациент связывает с переохлаждением.

**Анамнез жизни**

Родился в срок, первым ребёнком в семье. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. Работает учителем физкультуры в г.п. Чашники. В детстве болел простудными заболеваниями. Туберкулёз, вирусный гепатит, сахарный диабет, онкологические заболевания, венерические заболевания, ВИЧ отрицает. Спиртные напитки употребляет редко, курение отрицает. Психиатрические заболевания и онкологические заболевания у родственников отрицает. Аллергоанамнез не отягощён. Медикаментозную аллергию отрицает. Наследственность не отягощена. Правила личной гигиены соблюдает

**Настоящее состояние больного**

Общее состояние больного удовлетворительное. Температура тела – 37,0. Сознание ясное. Положение больного активное. Конституциональный тип -нормостенический. Рост 182 см, вес 88 кг. Телосложение правильное. Деформаций костей туловища, конечностей и черепа нет. Движения в суставах в полном объеме. Окраска кожных покровов бледно-розовая. Выраженного цианоза, желтушности и участков патологической пигментации не наблюдается. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Рубцов, расчёсов нет. Отёков не выявлено. Лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены.

***Система органов дыхания***

Дыхание через нос, свободное, ритмичное. Тип дыхания – брюшной. Частота дыхания 20 в минуту. Грудная клетка обычной формы, при пальпации безболезненная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. При аускультации везикулярное дыхание выслушивается по всем полям, хрипов нет.

***Сердечно-сосудистая система***

Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, 78 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации тоны сердца ясные, шумов нет.

***Система органов пищеварения***

Язык – влажный, не обложен; язвы, трещины отсутствуют. Десны, мягкое и твердое нёбо розовой окраски, слизистая – без патологий. Миндалины без патологических изменений. Глотание не затруднено. Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный, симметричный, видимой перистальтики нет, выбухания нет. Напряжения мышц – нет. При глубокой пальпации живот безболезненный.

Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

***Система органов мочевыделения***

Мочеиспускание безболезненное. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

***Нервная система и органы чувств***

На момент курации ригидность мышц затылка отсутствует. Симптомы Кернига и Брудзинского отрицательны. Очаговой неврологической симптоматики нет(отсутствие парезов, тремора, нистагма, алексии, аграфии и агнозии, атаксии).

**Обоснование предварительного диагноза**

На основании жалоб больного при поступлении (сильную головную боль,распирающего характера; слабость,), анамнеза настоящего заболевания (высокая температура до 39-40 С°, головная боль в течение месяца с периодами обострения и ремиссии), объективного обследования (бесформенная петехиальная сыпь на нижних конечностях, бедрах, красно-фиолетового цвета, не исчезающая при надавливании, ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига и Брудзинского при поступлении) можно выставить предварительный диагноз: менингит?

**План обследования больного**

1. Анализ крови общий (включая тромбоциты)
2. Анализ крови биохимический общий (сахар, мочевина, белок общий, билирубин общ, АсАТ, АлАТ мочевая кислота, креатинин, ревматоидный фактор, циркулирующие иммунные комплексы, КФК, СРБ, ЛДГ, щелочная фосфатаза).
3. Анализ мочи общий
4. Анализ кала на яйца гельминтов
5. Исследование агрегации тромбоцитов
6. Физическоеи биохимическое исследование ликвора
7. **Анализ крови на сифилис**
8. **ЭКГ**
9. **Рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа**
10. Кровь на реакцию агглютинации Видаля для обнаружения в сыворотке агглютининов к S.typhi, S.paratyphiA и S.paratyphiB.
11. Бактериоскопия СМЖ
12. ИФА на наличие антител IgA, IgG,IgM к энтеровирусной инфекциив сыворотке и плазме

13.ИФА на наличие IgM и IgG к вирусу клещевого энцефалита

14.Бактериологический посев крови

15.Бактериологический посев СМЖ

1. Бактериологический посев отделяемого носоглотки

17.Соскоб кожных высыпаний для бактериологического исследования

18.Осмотр узких специалистов: ЛОРа, невролога, окулиста

**Результаты лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования**

**Общий анализ крови от 27.10.2012:**

1. **Цветовой показатель**: 0,91
2. **Гемоглобин:** 128 г/л
3. **Эритроциты:** 4,34х10^12 /л
4. **СОЭ:** 33 мм в ч.

**5. Лейкоциты:** 12,3х10^9 /л

-палочкоядерные: 3%

-сегментоядерные: 83%

-лимфоциты: 9%

-моноциты: 5%

**Заключение:** Лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ. Наблюдается интоксикация организма.

**Биохимический анализ крови от 30.10.2012.**

1. **Глюкоза:** 5,01ммоль/л
2. **Мочевина:** 5,11ммоль/л
3. **АлАТ:** 24,9 ед/л
4. **АсАТ:** 39,4 ед/л
5. **Калий:** 4,82 Мм/л
6. **Натрий:** 142,1 Мм/л
7. **Хлориды:** 106,2 Мм/л
8. **С-реактивный белок:** 6 мг/л

***Исследование агрегации тромбоцитов от 26.10.2012( в Витебском областном диагностическом центре):***

**С использованием анализатора агрегации эритроцитов АР2110 V=0,5мл**

**Реагент - адреналин, концентрация – 2,5 мкМ**

**Степень агрегации 26,7 % Время агрегации 3 мин 52 сек, скорость агрегации за 30 сек –14,4 %/мин**

**Количество тромбоцитов 178,4 тыс. в мкл**

**Реагент - адреналин, концентрация – 5 мкМ**

**Степень агрегации 16 % Время агрегации 7 мин 45 сек, скорость агрегации за 30 сек – 6,2 %/мин**

**Количество тромбоцитов 183,3 тыс. в мкл**

**Заключение: гипоагрегация тромбоцитов**

**Общий анализ мочи от 29.10.2012**

1. **Цвет:** светло-желтый
2. **Реакция:** кислая
3. **Удельный вес:** 1,025 г/мл
4. **Прозрачность:** полная
5. **Белок:** нет
6. **Сахар:** нет
7. **Эпителий:** 0-1 в поле зрения
8. **Лейкоциты:** 1-3 в поле зрения

**Заключение:** В пределах нормы

**Анализ кала на яйца гельминтов от 29.10.2012:**

**Заключение:** яйца гельминтов не обнаружены

**Анализ спинномозговой жидкости от 27.10.2012:**

1. **Цвет** — бесцветный
2. **Прозрачность** — мутная
3. **реакция Панди**- ++
4. **Белок** — 1,04 г/л
5. **Сахар** — 3,2 г/л
6. **Хлориды** — 117,4 ммоль/л
7. **Na** – 139,3 ммоль/л
8. **K** – 2,74 ммоль/л
9. **Цитоз** — 1268 клеток в 1 мкл
10. **Нейтрофилы** — 49%
11. **Лимфоциты** — 51%

**Заключение:** ликвор мутный, реакция Панди — ++, нейтрофиллез, цитоз, повышение белка, незначительное снижение хлоридов.

**Бактериоскопия синномозговой жидкости от 30.10.2012**

**Заключение:** В спинномозговой жидкости при прямой бактериоскопии бактерий не обнаружено.

**Анализ крови на сифилис от 29.10.2012:**

**Заключение:** кровь на RW отрицательная

**Анализ крови на ВИЧ от 31.10.2012:**

**Заключение:** анализ на ВИЧ отрицательный.

**Результаты дополнительных лабораторных исследований:**

1. ИФА крови на наличие ***IgM и IgG***  к вирусу клещевого энцефалита от 31.10.2012:

**Заключение:** отрицательная реакция на вирус клещекого энцефалита

1. ИФА крови на наличие ***IgM***  к энтеровирусной инфекции от 30.10.2012:

**Заключение:** отрицательная реакция на энтеровирусы

3.Исследование крови на тифо-паратифозную группу: S.typhi, S. paratyphi A, S. paratyphi B от 29.10.2012

**Заключение:** реакция отрицательная

***Рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа от 30.10.2012:***

**Заключение: легочные тени без видимых очагов инфекционных изменений. Легочной рисунок обогащен. Корни мало структурированы. Синусы свободны. Сердце – гипертрофия левого желудочка. Придаточные пазухи носа: доступность придаточных пазух носа сохранена, сужение носовых ходов.**

**ЭКГ от 29.10.2012**

**Заключение:** Синусовый ритм, горизонтальное положение ЭОС. ЧСС 74 уд. в мин.

**Заключение: без отклонений от нормы.**

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб больного при поступлении (жалобы на сильную головную боль, слабость, боль в поясничном отделе позвоночника ), анамнеза настоящего заболевания (высокая температура до 39-40 С°, головная боль в течение месяца с периодами обострения и ремиссии, кровоизлияние в сетчатку в анамнезе – выход крови в экстравазальное пространство),объективного обследования (следы мелких кровоизлияний на коже нижних конечностей, бедер, при поступлении: ригидность мышц затылка, положительных симптомов Кернига и Брудзинского), данных лабораторных исследований (ОАК:СОЭ повышена, отмечается лейкоцитоз, БАК: повышены фракция КФК и ЦИК при поступлении, исследования агрегации тромбоцитов: **гипоагрегация тромбоцитов,** исследование ликвора: ликвор мутный, реакция Панди — ++, нейтрофиллез, цитоз, повышение белка, незначительное снижение хлоридов; в ходе ряда ИФА возбудитель не установлен) можно выставить заключительный клинический диагноз:

Бактериальный менингит, неуточненной этиологии, средней степени тяжести.

**План лечения**

1. **Постельный режим.**
2. **Диета:** стол Б
3. **Глюкокортикоиды:** Преднизолон 2-4 мг/кг/сут в/в
4. **АБ терапия :** Цефтриаксон 2,0г 2 раза в сутки в/в

Эмоксипин 3,0 внутривенно на физ. растворе 200,0

1. **Жаропонижающие:** метамизол 2 мл 50% раствора и 1 мл 1% раствора дифенгидрамина в/в (жаропонижающий и анальгезирующий эффект)
2. **Противосудорожные:** Седуксен 10-20 мг в/в
3. **Диуретики:** Фуросемид 20-40 мг/сут в/вили перорально – 2-3 дня
4. **Дезинтоксикационная** :

Глюкоза 5% 400 мл + инсулин 5ЕД + раствор натрия хлорида 0,9% 400мл в/в капельно – 2-5 дней

**Динамическое наблюдение за пациентом**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Дневники |
| 02.11.12  10:30  37,6С°  Ps 80 уд в мин  АД 140/85 мм. рт. ст. | Состояние пациента удовлетворительное. Жалоб на момент курации не предъявляет. Объективно: видимые слизистые без особенностей. Менингеальные симптомы отрицательные. Тоны сердца ясные ритмичные. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД – 19 в мин. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Стул и диурез в норме. |
| 05.11.12  11:00  37,7С°  Ps 75 уд в мин  АД 135/90 мм. рт. ст. | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Аппетит хороший. Кожный покров светло-розовый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот при пальпации мягкий , безболезненный. Мочеиспускание свободное. Стул в норме. |
| 6.11.12  10:00  36,6С°  Ps 75 уд в мин  АД 120/80 мм.рт. ст | Жалобы не предъявляет.Головные боли не беспокоят Объективно: состояние пациента удовлетворительное, видимые слизистые без особенностей. Менингеальные симптомы отрицательные. Тоны сердца ясные ритмичные. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД – 19 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул и диурез в норме. Назначения выполняются. |

**Эпикриз**

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,12.11.1971г.р.,40 лет,поступил в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Проходил лечение с 26.10.2012 года в 5 отделении 4 палате. Проведенные за период госпитализации обследования: общий анализ крови (включая тромбоциты), анализ крови биохимический общий, анализ мочи общий, анализ кала на яйца гельминтов, физическое и биохимическое исследование ликвора, а**нализ крови на сифилис, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа, к**ровь на реакцию агглютинации Видаля для обнаружения в сыворотке агглютининов к S.typhi, S.paratyphiA и S.paratyphiB,бактериоскопия СМЖ, ИФА на наличие антител IgM к энтеровирусной инфекции в сыворотке и плазме, ИФА на наличие IgM и IgG к вирусу клещевого энцефалита. Результаты проведенных исследований: ОАК: повышены тромбоциты, СОЭ, отмечается лейкоцитоз, БАК: повышены фракция КФК и ЦИК при поступлении, исследование ликвора: ликвор мутный, реакция Панди — ++, нейтрофиллез, цитоз, повышение белка, незначительное снижение хлоридов; в ходе ряда ИФА возбудитель не установлен. Был выставлен заключительный клинический диагноз: бактериальный менингит, неуточненной этиологии, средней степени тяжести.

Назначено лечение:

1) Цефтриаксон 2,0г 2 р/день внутривенно

2) Эмоксипин 3,0 внутривенно на физ. растворе 200,0

3) раствор NaCl 500 мл/сут.+,глюкоза 5% 500 мл/сут+лазикс 40 мг в/в капельно

4) Седуксен 10-20 мг в/в

5)Тройчатку: анальгин+димедрол+папаверин при температуре внутримышечно

Пациент продолжает лечение в стационаре. Отмечает улучшение состояния (головная боль исчезла, температура нормализовалась). Рекомендованодальнейшее динамическое наблюдение.