I. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст: 37
3. Место работы: Продавец в магазине.
4. Место жительства:
5. Дата поступления 23.04.2000.
6. Кем направлен: Поликлиника 143 в плановом порядке.
7. Направительный диагноз: Пищевое отравление.

# II. ЖАЛОБЫ

Больная предъявляет жалобы на слабость, тошноту, многократную обильную рвоту (более 5 раз) приносящую облегчение, головную боль, головокружение, слабость, повышение t тела до 38С, понижение АД до 90/60 (норма для больной 130/70), на жидкий, обильный чистый (больше 10 раз) стул коричневого цвета с примесью слизи, болезненный живот (в эпигастрии, вокруг пупка и в области сигмовидной к-ки).

III. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

Больная ездила на поминки в деревню, где употребляла в пищу маринованные грибы, картофельное пюре с мясной подливой, соленые огурцы, салат «Оливье» приправленный майонезом с истекшим сроком годности. Ухудшение состояния около семи часов после приема пищи, у больной появилась тошнота, обильная рвота, боль в животе, диарея, головокружение. На следующий день к выше перечисленным жалобам присоединилась высокая температура (38С). Утром того же дня больная была доставлена бригадой СМП в 3-ю инфекционную больницу с диагнозом – пищевое отравление.

Эпид – анамнез: Никто из гостей употреблявших в пищу данные продукты не пострадал.

IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)

Росла и развивалась нормально.

Год рождения: 1963 г.

Место рождения: г. Москва

Образование: среднее-специальное.

Вредности и трудовой анамнез: Наличие производственных вредностей - отрицает.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, детские инфекции.

Половая жизнь: C 18-ти лет.

Менструации: норма

Семейный анамнез: 1 ребенок; 2 аборта.

Аллергологический анамнез и лекарственная непереносимость: Наличие аллергических реакций отрицает.

V. НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ (STATUS PRAESENTS)

Общее состояние больного: средней тяжести.

Температура тела: 37.2°С.

Телосложение: нормостеническое.

Кожные покровы: бледной окраски.

Влажность кожи: нормальная.

Тургор: снижен.

Видимые слизистые: бледной окраски.

Состояние питания: нормальное.

Пастозность, отеки: нет.

Лимфатические узлы: не увеличены.

Грудные железы: без особенностей.

*Система органов дыхания*

Дыхание через нос: свободное, ритмичное.

Число дыханий: 16 в минуту.

Обе половины участвуют в акте дыхания: равномерно.

Перкуторный звук над лёгочными полями: легочный.

Аускультативно: дыхание - везикулярное.

Хрипы: нет

*Система органов кровообращения*

Тоны сердца: не приглушены.

Характеристика шумов: нет.

Пульс: 80 уд. в минуту, ритм - правильный, дефицит пульса – нет; наполнение - полный; напряжение – твердый; величина – большой.

АД = 120/60 мм рт.ст.

#### *Система органов пищеварения*

Аппетит: нет.

Язык: с налетом, бледный, сухой.

Зубы: санированы.

Зев: бледный, миндалины не увеличены, налета нет.

Глотание и прохождение пищи по пищеводу: свободное.

Живот: нормальной формы.

Перистальтика: выслушивается, присутствует усиление.

Пальпация: мягкий, болезненный (в эпигастрии, вокруг пупка и в области сигмовидной к-ки).

*Печень, желчный пузырь, селезенка*

Печень: нормального р-ра, безболезненная.

Желчный пузырь: не пальпируется, безболезненный, симптом Ортнера – отрицательный.

Селезенка: нормального р-ра.

Стул: частый (более 5 раз) жидкий, обильный чистый, коричневого цвета с примесью слизи.

### *Мочеполовая система*

Область почек при пальпации безболезненная.

Болезненность по ходу мочеточников - нет.

Почки и мочевой пузырь: не пальпируются.

Перкуторно: мочевой пузырь не выходит за край лонного сочленения.

Симптом Пастернацкого (слева, справа) - отрицательный.

Мочеиспускание: свободное, учащенное, безболезненное.

### *Нервно – психическая система*

Сознание: ясное, ориентирована в месте и времени.

Патологические симптомы со стороны ЦНС и ПНС: нет.

VI. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы: положительное

РНГА – комплексный сальманелезный: АГ-1/640

Анализ крови:

Гемоглобин: 130,0

Эритроциты: 5,1

Лейкоциты: 4,8

Тромбоциты: 180,0

Лимфоциты: 18,0

Моноциты : 4

Нейтрофилы

П/я: 2

С/я: 76

Эозинофилы: 1

СОЭ: 13

Б\Х:

Общ белок: 7,1

Мочевина: 28,0

Креатинин: 1,0

Глюкоза: 96

Билирубин:

общий: 0,7

конъюгированный: 0,2

неконъюгированный: 0,5

Анализ мочи:

Цвет: соломенный

Прозрачность: полная.

Отн. плт. : 1018

Реакция: щелочная.

Белок: нет

Глюкоза: нет

Лейкоциты: единичные в поле зрения.

VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании *жалоб* больного на слабость, тошноту, многократную обильную рвоту (более 5 раз) приносящую облегчение, головную боль, головокружение, слабость, повышение t тела до 38С, понижение АД до 90/60 (норма для больной 130/70) – *данные симптомы указывают на интоксикацию организма*;

– на жидкий, обильный чистый (больше 10 раз) стул коричневого цвета с примесью слизи – *данные симптомы указывают на поражение ЖКТ;*

– на болезненный при пальпации живот (в эпигастрии, вокруг пупка и в области сигмовидной к-ки).

*Данных эпид - анамнеза:* больная ела салат заправленный испорченным майонезом. Ухудшение состояния около семи часов после приема пищи, когда стали появляться выше перечисленные жалобы.

*Клиники:* Вышеперечисленные признаки интоксикации организма

*Данных лабораторных исследований:* Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы, РНГА – комплексный сальманеллезный, анализ крови;

*Можно поставить диагноз*: **Гастроэнтероколитическая форма сальмонеллеза, средней тяжести.**

VIII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Сальмонеллез дифференцируют с холерой, ботулизмом, острыми гастроэнтеритами бактериальной и вирусной природы, пищевыми отравлениями, острым аппендицитом, инфарктом миокарда с абдоминальным синдромам. При холере отсутствуют лихорадка, боли н животе, болезнь начинается с появления жидких испражнений, рвота присоединяется позднее. Ботулизм у половины больных начинается с тошноты, рвоты, поноса, но очень быстро появляются характерные неврологические симптомы (нечеткость зрения, диплолия, нистагм, птоз, паралич мягкого неба и др.**),** лихорадка отсутствует. Гастроантероколитическая форма дизентерии характеризуется схваткообразными болями в нижних отделах живота, ложными позывами, тенезмами, примесью слизи и крови в испражнения; подтверждается выделением шигелл из испражнений. Стафилококковая интоксикация отличается коротким инкубационным периодом (чаще 2 4 ч), режущими болями в зпигастральной области, повторной рвотой, коллаптоидным состоянием (бледность кожи, слабость, холодный пот, падение АД); лихорадка не выражена, поноса может не быть. Заболевание длится менее суток. При пищевых отравлениях (мышьяком, солями азотной кислоты; тетраэтилсвинцом, грибами и пр.) отсутствует лихорадка, помимо диспептических расстройств появляются симптомы, характерные для того или иного отравления, учитывается также анамнез. При остром аппендиците заболевание начинается с болей в животе, лихорадка появляется позже, боли носят постоянный характер и локализуются преимущественно в правой подвздошной области, испражнения кашицеобразные без патол. примесей. При инфаркте миокарда с абдоминальным синдромом боли носат постоянный характер, иррадиируют в левую руку, под лопатку, в подчелюстную область; лихорадка, интоксикация в первые сутки отсутствуют, не наблюдается признаков обезвоживания организма, на ЭКГ обнаруживаются характерные для инфаркта миокарда изменения.

IIX. ЛЕЧЕНИЕ

Режим: палатный

Диета

1)

2)

3)

IX. ДНЕВНИК

**24.04.2000 г.**

Состояние средней тяжести.

Жалоб новых нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Живот мягкий, болезненный.

Физиологические отправления: Понос 3-4 раза в день, умеренная полиурия.

АД 110/60 ЧСС 90 в мин. ЧДД 90 в мин. t 37,6 °С

Назначения:

Диета

Режим палатный

1)

2)

3)

**25.04.2000 г.**

Состояние средней тяжести.

Жалоб новых нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Живот мягкий, болезненный.

Физиологические отправления: Понос 3-4 раза в день, умеренная полиурия.

АД 120/60 ЧСС 90 в мин. ЧДД 90 в мин. t 37,3 °С

Назначения:

Диета Режим палатный

1)

2)

3)