# Паспортная часть

Дата заболевания: 21.09.2013

Дата поступления в стационар: 21.09.2013

ФИО:

Возраст 22 года

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

Место работы, профессия:

Диагноз при поступлении: Вирусный менингит клинически, средней тяжести

Клинический диагноз:

# Жалобы больного

На момент курации пациентку беспокоит постоянная головная боль в затылочной и височных областях, головокружение, усиливающееся в вертикальном положении, тошнота по утрам, слабость, сонливость, отсутствие аппетита.

# Анамнез заболевания

Со слов пациентки, примерно неделю назад она впервые почувствовала себя плохо: был насморк, першило горло, беспокоила головная боль в затылочной и височных областях, прием цитрамона облегчал состояние на короткое время. Температуру пациентка не измеряла. 21.09 состояние ухудшилось: боль усилилась, больная не смогла встать с постели, т.к. появилась общая слабость, головокружение, «весь день спала». Вечером соседки по комнате вызвали «скорую помощь», которая после осмотра, измерения температуры (37,7) и АД (100/60 мм.рт.ст.) доставила ее в инфекционную больницу.

Осмотрена дежурным врачом: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Жалобы на сильную головную боль в затылочной и височных областях, головокружение и тошноту. В приемном отделении была рвота один раз, съеденной пищей без примесей крови, слизи; облегчения не наступило. Температура тела 37,6. Зев гиперемирован, миндалины не увеличены. Сыпи на туловище, конечностях, лице не выявлено. Частота дыхания 19 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 110/70 мм.рт.ст. тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц +, симптомы Кернига, Брудзинского – отрицательные. Очаговых симптомов нет.

# Эпидемиологический анамнез

Проживает в общежитии в комнате с 2 соседками, за неделю до болезни ездила домой в г. Глубокое. Контакт с инфекционными больными отрицает.

# Анамнез жизни

Родилась в г. Глубокое. Росла и развивалась без особенностей. После окончания школы поступила в Витебскую Ветеринарную академию, где учится в настоящее время на 5 курсе. Проживает в общежитии, в комнате с двумя соседками. Жилищно-бытовые условия, со слов больной, удовлетворительные.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, простудные.

Туберкулез, гепатит, ВИЧ, онкологические и венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки отрицает.

Операций не было, гемотрансфузий не проводилось.

Аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты нет. Наследственность не отягощена.

# Настоящее состояние больного

Cостояние удовлетворительное, сознание ясное, настроение спокойное, положение активное, легко вступает в разговор, телосложение правильное, нормостеническое. Питание удовлетворительное. Рост – 164 см; Вес – 56 кг. Температура тела 36,8.

Кожные покровы и видимые слизистые розовой окраски, обычной температуры и влажности. Сыпи нет. Кровоизлияний в конъюнктиву, гиперемии склер и энантемы нет.

 Осмотр зева: слизистая розового цвета, нормальной влажности, не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, безболезненны, не увеличены, эластичной консистенции, подвижные. Щитовидная железа не увеличена.

 Подкожная жировая клетчатка умеренно выражена, распределена равномерно.

 Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные.

 Целостность костей не нарушена, болезненность при пальпации отсутствует.

 Суставы внешне не изменены. Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах в полном объёме.

Сердечно-сосудистая система

 При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, нормального напряжения, удовлетворительного наполнения, по величине большой, по форме – нормальный, ЧСС 86 уд/мин, АД 110 /60 мм рт. ст.

При пальпации: верхушечный толчок определяется слева на 2 см. кнутри от срединно-ключичной линии в области 5 межреберья. Верхушечный толчок невысокий, умеренной силы, шириной 2 см.

При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные. Патологические шумы не прослушиваются.

Дыхательная система

При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания 16 в мин., дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный.

 Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. Болезненность при пальпации грудной клетки не выявляется. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Желудочно-кишечный тракт

 Слизистая полости рта розовая, язык влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом, мягкое и твердое небо розовые, миндалины не увеличены. Живот обычной формы, обе половины симметричны, активно участвуют в акте дыхания, кожа живота имеет обычную окраску, сосудистые звездочки и грыжевые выпячивания не наблюдаются. При пальпации живот мягкий, безболезненный, отеков нет, грыж нет. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Стул регулярный (1 раз в день), оформленный, коричневого цвета.

Мочеполовая система

 Поясничная область при осмотре не изменена. Пальпация мочеточниковых точек безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Нервная система

Пациентка отмечает сонливость, головную боль, головокружение.

Память, внимание, мышление не нарушены. Психопатологические синдромы отсутствуют.

Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, Брудзинского; Кернига) отрицательные.

Очаговых симптомов нет.

Глазные щели симметричны. Зрачки правильной округлой формы, без деформаций, D=S. Реакция зрачков на свет сохранена. Реакции при аккомодации и конвергенции живые.

Движение глазных яблок в полном объёме, нистагма нет.

# Обоснование предварительного диагноза

На основании таких признаков как острое начало, сильная головная боль, не купирующаяся анальгетиками, рвота, не приносящая облегчения, ригидность затылочных мышц можно поставить следующий диагноз: Менингит неясной этиологии клинически, средней степени тяжести.

# План обследования

Общеклинические исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, RW, ЭКГ, анализ кала на я/глистов.

Исследования для подтверждения предварительного диагноза: люмбальная пункция (общий анализ, биохимический анализ, ПЦР (энтеровирус)), кровь, кал, мазок из ротоглотки на энторовирусы.

Осмотр ЛОРа, офтальмолога.

# План лечения

Режим палатный.

Стол Б (взросл.)

Парацетамол при повышении температуры выше 38,2 С.

Инфузионная терапия (с целью дезинтоксикации организма):

Маннитол 15% - 200 мл;

Р-р глюкозы 10% - 400 мл;

Р-р Трисоль 400 мл;

Лазикс 20мг.

НПВС, обезболивающее: Диклофенак 3,0 в/м.

# Данные лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования

Общий анализ крови(21.09.13)

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты  | 5.12\*1012 |
| Гемоглобин  | 170 г/л |
| ЦП  | 1,0 |
| СОЭ  | 4 мм/час |
| Лейкоциты  | 8,4\*109 |
| Тромбоциты  | 271,4\*109 |

Заключение: показатели крови в пределах нормы

Общий анализ мочи (21.09.13)

|  |  |
| --- | --- |
| цвет  | Светло-желтый |
| рН  | слабо-кислая |
| прозрачность  | пр. |
| удельный вес  | 1013 |
| белок  | нет |
| глюкоза  | нет |
| плоский эпителий  | 2-3 в поле зрения |
| эритроциты | 1-2 в поле зрения |
| лейкоциты  | 3-5 в поле зрения |

Заключение: Все показатели в пределах нормы

Люмбальная пункция (21.09.13)

|  |  |
| --- | --- |
| цвет | бесцветная |
| количество | 1,0 |
| прозрачность | прозрачная |
| белок | 0,116 г/л |
| глюкоза | 2,84 ммоль/л |
| Cl | 118.7 ммоль/л |
| Na | 145.2 ммоль/л |
| K | 2.7 ммоль/л |
| Цитоз  | 1 клетка |

Заключение: отклонений от нормы не обнаружено. После проведения пункции пациентка отмечала некоторое улучшение состояния: головная боль, головокружение уменьшились.

# Динамическое наблюдение

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 24.09.2013г.t 36,8 0CАД 110/60 мм рт стЧД 16 в минутуПульс 74 в минуту | Пациентка жалуется на головную боль, слабость, сонливость.Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров бледно-розовый, слизистая зева гиперемирована, налета нет. Лимфоузлы не увеличены.Дыхание в легких везикулярное.Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 75 в минуту.Живот мягкий, безболезненный.Стул, мочеиспускание в норме. | ИТ: Маннитол 15% - 200 мл;Р-р глюкозы 10% - 400 мл; Р-р Трисоль 400 мл;Лазикс 20мгДиклофенак 3,0 в/м |
| 25.09.2013t 36,6 0CАД 110/70 мм рт стЧД 17 в минутуПульс 70 в минуту | Жалобы на головную боль, слабость, отсутствие аппетита.Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров бледно-розовый, чистый, слизистая зева гиперемирована, налета нет. Лимфоузлы не увеличены.Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 75 в минуту.Живот мягкий, безболезненный.Стул, мочеиспускание в норме. | Лечение продолжать. |

# Обоснование клинического диагноза

На основании данных анамнеза (острое начало), жалоб пациентки (сильная головная боль, не купирующаяся анальгетиками, тошнота, рвота, слабость), данных объективного исследования при поступлении (гиперемия зева, температура 37,7; ригидность затылочных мышц), данных лабораторных исследований (отсутствие патологических изменений в ликворе, улучшение состояния после люмбальной пункции) можно поставить следующий клинический диагноз:

ОРВИ, средней степени тяжести

Осложнения: менингизм

# Эпикриз

ФИО, 22 года, заболела остро: беспокоил насморк, головная боль, слабость. Симптомы нарастали в течение недели, 21.09.2013 головная боль стала очень сильной, прием анальгетиков состояния не улучшил, пациентка не смогла встать с постели. В тот же день была доставлена машиной СМП в инфекционную больницу г. Витебска с подозрением на менингит. В больнице она была осмотрена дежурным врачом, были проведены общеклинические анализы, а так же люмбальная пункция. Контакты с инфекционными больными больная отрицала. На основании данных субъективного и объективного обследования, а так же результатов лабораторных исследований был выставлен клинический диагноз:

Осн.: ОРВИ, средней степени тяжести

Осл.: менингизм

Лечение включало инфузионную терапию с целью дезинтоксикации организма (маннитол 15%, раствор глюкозы 10%, Трисоль, физиологический раствор,лазикс). Диклофенак 3,0 в/м. В результате проводимого лечение, состояние пациентки улучшается, лечение рекомендуется продолжать.

Учитывая возраст пациентки, своевременную терапию, отсутствие органических поражений предполагается полное выздоравление.