Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней с курсом детских инфекций

Зав.кафедрой: проф. Цыркунов В.М.

Преподаватель: Лиопа Т.В.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О.:

Возраст: 57 лет

Адрес:

Место работы: пенсионер

Дата поступления:01.10.06

Клинический диагноз:

основной:

Острый гастроэнтерит, средней степени тяжести, инфекционной этиологии

(Citrobacter fruendi).

сопутствующие заболевание:

Хр.гастрит

Хр.бронхит

Ревматоидный артрит

Куратор: Токунов В.А.

5 курс 8гр. ЛПФ

Дата курации: 03.10.06-05.10.06

ГРОДНО 2006

**Жалобы:**

При поступлении больная предъявляла жалобы на:

* тошноту
* многократную рвоту (около 5-6 раз в течение 4 часов )
* многократный (5 раз в течение 4 часов), жидкий, обильный водянистый стул
* схваткообразную боль в эпигастральной области
* головную боль и головокружения
* озноб и высокую температуру- 38,4 С
* слабость
* отсутствие аппетита

На момент курации пациентка жалоб не предъявляет.

**Анамнез заболевания:**

Заболевание началось остро, когда в 4 утра 01.10.05, проснувшись, больная почувствовала слабость, озноб, головную боль с головокружением, тошноту, появилась рвота (больную вырвало, как только встала с кровати рвота облегчения не приносила), боль в эпигастральной области. Через 10 минут появились позывы на дефекацию- стул обильный, жидкий без примесей крови.

Больная отмечает появление высокой температуры- 38,4 С.

До 8 часов утра больную вырвало около 6 раз, после рвоты улучшения не наблюдалось; стул частый около 7 раз.

Около 8 утра больная потеряла сознание на 2-3 минуты, племянник вызвал скорую помощь. С диагнозом *острый гастроэнтерит*, больная была доставлена в Гродненскую областную инфекционную больницу в 3 отделение.

В течение дня 01.10.06 больную вырвало еще 2 раза. Стул 3 раза - жидкий, водянистый, обильный без патологических примесей. Температура 37,9 С , к вечеру температура 36,9 С. Взят кал для посева на патогенную микрофлору. Назначено лечение: уголь активированный, в\в введение 5% р-ра глюкозы 500 мл.

02.10.06-отмечается улучшение состояния больной, исчезли слабость, тошнота и рвота, головная боль. К вечеру исчезла боль в эпигастрии, появился аппетит. Стул 2 раза жидкий скудный. Температура 36,7 С.

На момент курации состояние больной удовлетворительное.

**Эпидемиологический анамнез:**

Больная в контакте с лихорадящими, инфекционными больными и больными с кишечными расстройствами, в течение последнего месяца, не была. За пределы г. Гродно, в течение последнего месяца не выезжала.

Водоснабжение централизованное. Правила личной гигиены соблюдает. Питается дома, среди родственников проживающих совместно с больной, заболевших нет.

Больная связывает развитие заболевания с употреблением накануне вечером (30.09.06) молока (двое суток хранилось при комнатной температуре). Употребление немытых фруктов и овощей, а так же других некачественных пищевых продуктов отрицает.

Переливания крови и кровезаменителей, инъекции, другие вмешательства - отрицает.

**Анамнез жизни и аллергологический анамнез:**

Больная Омельянчик Т.Н. родилась 26.04.1949 г. в г. Гродно, где и проживает до настоящего времени. В настоящий момент- пенсионер. Имеет 2 детей. Проживает с племянником в 3-х комнатной благоустроенной квартире, водоснабжение, отопление – централизованное, сан. узел в квартире. Правила личной гигиены соблюдает не регулярно. Из перенесенных заболеваний отмечает: холецистэктомию- 1991г., очаговый туберкулез легких- 1963г., дизентерия- 2000г., нечастые простудные заболевания. Сопутствующие заболевания: хронический гастрит с 1989г., хронический бронхит с 1974г., ревматоидный артрит с 1986г.

Вредные привычки: курение стаж 30 лет, последние 5 лет выкуривает около 30 сигарет в день, алкоголь не употребляет.

***Аллергологический анамнез***: препараты тетрациклинового и пенницилинового ряда, магния сульфат, полиглюкин.

***Наследственный анамнез***: не отягощен.

Сотрясения, переломы- отрицает.

**Результаты объективного осмотра больного:**

Состояние больной удовлетворительное, сознание ясное. Больная активна, контактна. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, без патологических изменений. Язык сухой, обложен белым налетом. Тургор тканей и их эластичность хорошие. Периферические лимфоузлы не увеличены.

*Костно- мышечная система.*

Отмечается незначительная деформация дистальных пястно-фаланговых суставов обеих кистей, и деформация дистальных фаланговых суставов обеих стоп. Движения в суставах на момент осмотра безболезненные, в полном объеме. Мышечная система развита умеренно.

*Органы дыхания.*

Грудная клетка: нормостеническая, симметричная, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Частота дыхания 18 в минуту, ритмичное, средней глубины. При пальпации грудная клетка эластичная, голосовое дрожание проводится одинаково над симметричными участками лёгких. При сравнительной перкуссии над симметричными участками легких ясный легочной звук. Топографически границы легких в возрастных пределах.

Аускультативно: дыхание везикулярное ослабленное, над всеми легочными полями выслушиваются единичные сухие хрипы.

*Сердечно-сосудистая система.*

Патологической пульсации в области сердца и периферических сосудов не выявлено. Пульс: ритмичный, частота 96 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. АД 130/80 мм.рт.ст. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, средней силы. При перкуссии границы сердца в пределах возрастной нормы. При аускультации тоны сердца чистые, ясные, ритмичные.

*Мочеполовая система*.

Поясничная область симметричная, без изменений. Почки не пальпируются, болезненности нет. Симптом Пастернацкого – отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета.

*Пищеварительная система.*

Слизистая оболочка полости рта боледно-розового цвета, язык сухой, обложен белым налетом, слизистая оболочка губ и рта сухая.

Живот не вздут, при поверхностной пальпации болезненный в околопупочной области, при глубокой пальпации определяется спазмированная сигмовидная кишка, безболезненна. Признаков раздражения брюшины нет. Печень не увеличена из-под края реберной дуги не выступает, при пальпации безболезненна. Размеры печени по Курлову:

Linea mediaclavicularis- 9 см

Mediana anterior- 8 см

Левая реберная дуга - 7 см

Желчный пузырь и селезенка не пальпируются.

Стул 2 раза в сутки, оформленный, с незначительным количесивом слизи. Дефекация безболезненна.

*Нервная система.*

Сознание ясное, больная контактна. Сон 7 часов, спокойный. Сухожильные рефлексы в норме. Дермографизм розовый. Менингиальных симптомов нет.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

Острый гастроэнтерит, предположительно инфекционной этиологии, средней степени тяжести.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО:**

**1.**Общий анализ крови.

**2.**Общий анализ мочи.

**3.**ЭКГ.

**4.**Кал на яйца глист.

**5.**Копрограмма.

**6.**Посев кала на наличие патогенной флоры.

**7.**Анализ крови на сахар.

**8.**Анализ крови на RW.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

**1. Общий анализ крови ( 01.10.06)**

*Эритроциты-* 4,5x10\*12\л

*Гемоглобин*-154 г\л

*Лейкоциты*-4,2x10\*9\л

*палочкоядерные*-3%

*сегментоядерные*-80%

*лимфоциты*-16%

*моноциты*-1%

*эозинофилы*-0

*Тромбоциты*-240x10\*9\л

*СОЭ*- 14мм\час

**2. Общий анализ мочи (02.10.06)**

*Цвет* -оранжевый

*Удельный вес*-1019

*Среда*- кислая

*Сахар*- нет

*Белок*- нет

*Бактерии*- +++

*Оксалаты*- +

*Лейкоциты*- 1-2 в поле зрения.

**3.Копрограмма (01.10.06)**

*Лейкоциты* – 1-2 в поле зрения

*Слизь* - +

*Яйца глист* -нет

*Непереваренные мышечные волокна* +

**4.ЭКГ (02.10.06)**

Заключение: ритм правильный, синусовый. ЧСС 82 уд.\мин. Электрическая ось сердца смещена влево.

**5. Анализ крови на сахар (02.10.06)**

Сахар – 5,8 ммоль\л

**6. Анализ крови на RW(02.10.06)**

Заключение - отрицательно

**7. Посев кала на наличие патогенной флоры(01.10.06)**

Заключение: выявлено – Citrobacter fruendi.

**8. Посев кала на наличие патогенной флоры(03.10.06)**

Заключение: патогенной флоры не выявлено.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

Данное состояние у наблюдаемой больной необходимо дифференцировать с заболеваниями сопровождающимися выраженным диспепсическим синдромом и имеющим инфекционную природу: сальмонеллез (гастроинтестинальная форма), дизентерией, амебиаз (кишечная форма), эшерихиоз.

Необходимо отметить, что дифференциально - диагностические данные общих лабораторных методов исследования мало информативны при данных заболеваниях, во всех случаях будет отмечаться лейкоцитоз различной степени выраженности со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ (степень выраженности данных изменений зависит преимущественно от степени тяжести заболевания.

С ***гастроинтестинальной формой сальмонеллеза*** наблюдаемое состояние сходно так, как имеет ряд сходств: в обоих случаях наблюдается острое начало заболевания, при сальмонеллезе инкубационный период составляет 12-24 часа, в наблюдаемом случае инкубационный период составил около 7-8 часов. В обоих случаях наблюдается выраженный интоксикационный синдром сопровождающийся тошнотой, многократной неукротимой рвотой, не приносящей облегчения, головными болями и головокружением. Характерен частый стул. Оба состояния сопровождаются болями в околопупочной и эпигастральной областях. Оба состояния сопровождаются подъемом температуры до 38-39 С, часто наблюдается поражение нервной системы в виде слабости, обморочных состояний. Так же отмечается повышение СОЭ

Однако в отличии от гастроинтестинальной формы сальмонеллеза у наблюдаемой больной стул носит обильный водянистый характер без примесей слизи или крови, а при сальмонеллезе стул зловонный, пенистый, темно-коричневого или темно-зеленого цвета по типу «болотной тины». Улучшение состояния больной наступило через 2 суток, тогда, как при сальмонеллезе заболевание продолжается около недели. В связи с трудностью дифференциальной диагностики данных состояний, основным дифференциально-диагностическим признаком является выявление патогенной флоры в кале больных - у наблюдаемой больной было выявлено наличие Citrobacter fruendi.

Таким образом, возможно исключить данное заболевание.

С ***дизентерией*** данное состояние имеет следующие сходства: острое начало заболевания с повышением температуры до 38-39 С, тошнота, многократная рвота, головокружение, общая слабость, которые являются проявлениями интоксикационного синдрома. Так же выражен гастроэнтерический синдром ( при подозрении на гастроэнтерическую форму дизентерии), проявляющийся многократным до 10 раз в сутки, обильным водянистым стулом; болевой синдром.

Однако в отличие от дизентерии, у наблюдаемой больной заболевание развилось в течении 7-8 часов от момента употребления недоброкачественной пищи ( согласно данных анамнеза заболевания), тогда как при дизентерии инкубационный период более длительный- от 1 до 7 суток(в среднем 2-3 суток). Важным отличием является преобладание при дизентерии колитического синдрома, когда спустя 1-2 дня от начала заболевания, появляются признаки колита - водянистый обильный стул изменяется и становится менее обильным с примесями слизи и крови, приобретая цвет «мясных помоев». Позывы на дефекацию при дизентерии чаще бесплодные, сопровождающиеся болезненными ощущениями - тенезмами. Описанных клинических проявлений у данной больной нет. Болевой синдром у больной отличен от болевого синдрома при дизентерии так, как у больной боли локализуются в эпигастральной и параумбиликальной областях, в то время как при дизентерии боли чаще в нижней части живота слева - в проекции дистальных отделов толстого кишечника.

Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет результат посева кала – выявлен Citrobacter fruendi.

На основании проведенной дифференциальной диагностики, возможно исключить данное заболевание.

Так же состояние больной необходимо дифференцировать с ***кишечным амебиазом***так, как имеет ряд сходных черт: из общих симптомов характерно наличие слабости, снижения аппетита, головные боли, ощущение дискомфорта в эпигастральной области, наличие болей в животе. Основным сходным симптомом является расстройство стула – обильный до 5-7 раз в сутки.

Однако в отличие от состояния больной, при кишечном амебиазе нет значительно выраженного интоксикационного синдрома, для амебиаза не характерно повышение температуры. Расстройство стула при амебиазе носит только в начале заболевания характер, сходный с таковым у наблюдаемой больной, однако даже в этот период стул отличается: при амебиазе стул со слизью и имеет зловонный запах. В более поздние сроки заболевания стул становится более частым, до 10-20 раз в сутки, теряет каловый характер, содержит большое количество слизи с примесями крови, отчего стул приобретает цвет «малинового желе». Характерно наличие тенезм. У наблюдаемой больной таких изменений стула не отмечается, через 2 суток от начала заболевания стул стал скудным, 1-2 раза в сутки. Болезненность при дефекации отсутствует.

Болевой синдром при амебиазе так же присутствует, однако он обусловлен преимущественно поражением толстого отдела кишечника: боли постоянные или схваткообразные, преимущественно в нижних отделах живота. У наблюдаемой больной боли локализуются в эпигастральной области и вокруг пупка.

На основании различий в клинических проявлениях заболеваний и результате посева, можно исключить данное заболевание.

Состояние больной так же сходно с проявлениями ***эшерихиоза*** так, как: оба заболевания начинаются остро; для обоих заболеваний характерно расстройство стула – увеличение частоты стула, и он носит жидкий характер; отмечается наличие схваткообразных болей в животе.

Однако в отличие от состояния больной, для эшерихиоза не характерно наличие интоксикационного синдрома с тошнотой и рвотой. Болевой синдром отличается: в отличие от состояния больной боли при эшерихиозе определяются в проекции толстого кишечника, так же отмечается болезненность при пальпации в тех же проекциях, особенно в области дистальных отделов, нередко пальпаторно определяется спазм на протяжении всего толстого кишечника. Хотя возможна болезненность и в параумбиликальной области, но это менее характерно. Данные проявления болевого синдрома у курируемой больной отсутствуют.

Стул при эшерихиозе редко достигает частоты 10 раз в течении суток, и может приобретать слизисто- кровянистый характер.

Результат посева кала - Citrobacter fruendi.

Таким образом, на основании проведенной дифференциальной диагностики, данное заболевание исключается.

**ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании:

*Жалоб больной*

* тошнота
* многократная рвота (около 5-6 раз в течение 4 часов )
* многократный (5 раз в течение 4 часов), жидкий, обильный водянистый стул
* схваткообразная боль в эпигастральной области
* головная боль и головокружения
* озноб и высокая температура- 38,4 С
* слабость
* отсутствие аппетита;

*Данных анамнеза заболевания*

Острое начало заболевания, одновременная выраженность интоксикационного и кишечного синдромов;

*Данных эпидемиологического анамнеза*

Больная связывает начало заболевания с употреблением накануне недоброкачественных молочных продуктов;

*Данных объективного осмотра и лабораторного исследования*

Язык обложен белым налетом, отмечается сухость слизистой оболочки губ и рта, болезненность при пальпации в эпигастральной и параумбиликальной областях. Стул жидкий, обильный водянистый около 5-7 раз.

Увеличение СОЭ; определение, в результате посева кала, наличия- Citrobacter fruendi;

*Данных дифференциальной диагностики*

выставлен диагноз: **ОСТРЫЙ ГАСТРОЭНТЕРИТ ИНФЕКЦИОННОЙ ЭТИОЛОГИИ (CITROBACTER FRUENDI), СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.** **ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

1. Диета: стол № 4, обильное питьё до 2 литров в сутки, дробно.
2. Медикаментозная терапия:

* антибактериальная терапия ( антибиотики широкого спектра действия, фторхинолоны)

фуразолидон 0,05 по 2 таблетки x 4 раза в день.

* Инфузионная терапия (детоксикация и регидротация).

Р-р Глюкозы 5% +Инсулин 5 ЕД + KCl 7,5% 10 мл в\в капельно

Р-р NaCl 0,9% 500мл в\в капельно

* Ферментные препараты.

Панкреатин 1т. x 3 раза в день

* Эубиотики для восстановления нормальной микрофлоры кишечника.

Бифидумбактерин 5 доз за 30 минут до еды 3 раза в день.

*Профилактика*

Наиболее важное значение имеет соблюдение санитарно-гигиенических правил, правильное хранение пищевых продуктов и соблюдение гигиенических норм при их производстве.

**ЛИТЕРАТУРА**

1.Домрачеев В.М. Дизентерия и дизентериеподобные заболевания. Медицина 1978г.

2.Васильев В.С. Практика инфекциониста. Минск 1999г.

3.Шувалова Е.П. Инфекционные болезни . Медицина 2001г.

**Куратор:**