Общие сведения (паспортная часть)

 Фамилия, имя, отчество: x

 Возраст: 74 года

 Пол: женский

 Национальность: русская

 Образование: среднее

 Домашний адрес: г. Саратов

 Выполняемая работа: пенсионерка

 Дата поступления: 27 августа 1997 года в 6-00 на машине "Скорой помощи"

 Диагноз направившего учреждения: Острый гастроэнтерит

 Диагноз при поступлении: Пищевая токсикоинфекция

 Клинический диагноз: Сальмонелез. Гастроинтестинальная форма.

 Гастроэнтеритический вариант. Средне-тяжелое течение.

 ЖАЛОБЫ

 На момент курации больная предъявляет жалобы на слабость, быструю

 утомляемость, дискомфорт в голове.

 АNAMNESIS MORBI

 Больной себя считает с 27 августа 1997 года, когда после употребления

 в ужин немытых овощей в 3-00 почувствовала тошноту, после чего была

 неоднократная рвота (до 10 раз), 5 раз жидкий стул, ощутила озноб, голов-

 ную боль, общую слабость, АД при измерении 160/100, при обычном для данной

 больной 130/80, температура тела при измерении до 39С.

 Была вызвана машина "Скорой помощи", больная была доставлена в 14-е отде-

 ление 2-й горбольницы с направительным диагнозом острый гастроэнтерит,

 здесь при поступлении был поставлен диагноз пищевая токсикоинфекция.

 При поступлении: сотояние больной тяжелое, температура 38'3С, тоны сердца

 приглушены, частота пульса 100/мин, АД 85/50. Живот болезненный при паль-

 пации в нижних отделах. Стул 10-12 раз жидкий, водянистый, желтоватый.

 Больной введен перднизолон 90 мг с целью повышения АД, регидратации, кор-

 рекции электролитного балланса. Взят кал на баканализ.

 За 3 дня пребывания в стационаре в результате проведенного лечения тем-

 пература нормализовалась, тошноты, рвоты нет, стул калового характера,

 1-2 раза в день, сохраняются явления общей интоксикации.

 ЭПИДАНАМНЕЗ

 Постоянно живет в Саратове, в последние 5-6 лет никуда из города не

 выезжала, в контакт с инфекционными больными не вступала.

 Заболевание связывает с употреблением накануне немытых яблок и помидоров.

 Другие члены семьи здоровы. Живет со всеми удобствами.

 В детстве в 1935 году болела малярией. Гемотрансфузий не было.

 ANAMNESIS VITAE

 Родилась в Саратове в 1923 году в семье рабочего. Росла и развивалась

 нормально. В физическом и психическом развитии не отставала от

 сверстников.

 Отмечает частые простуды в детстве и во взрослом состоянии вплоть до

 нынешнего времени. Страдает хроническим холециститом, глаукомой и ката-

 рактой на обоих глазах, ИБС стенокардией напряжения 2 ф.к.

 Лекарственной непереносимости не отмечается.

 Туберкулез, психические и венерические заболевания у себя и

 родственников отрицает.

 Status praesens universalis

 При общем осмотре:

 Состояние больной удовлетворительное, положение активное, сознание

 ясное,выражение лица и глаз доброжелательное.

 Телосложение правильное.

 При осмотре кожных покровов кожа бледно - розовая,нормальной влажности,

 теплая наощупь, пролежней, сыпей, расчесов, участков шелушений нет,

 кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи снижен. При осмотре

 видимые слизистые оболочки розовые, кровоизлияний,изъязвлений, корочек

 нет. Тип оволосения женский, волосы редкие, седые, блестящие.

 Пальцы и ногти обычной формы,"барабанных палочек" и "часовых стекол" нет,

 ногти на руках и ногах блестящие, ровные , исчерченности и ломкости

 ногтей нет.

 При пальпации нижнечелюстные, шейные,надключичные, подключичные,

 подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание

 достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно,

 толщинна 1 см, распределена равномерно,отеков нет.

 Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации,

 активных и пассивных движениях безболезненны.

 Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и

 покалачивании безболезненны.

 В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении

 нет.

 Состояние по органам и функциональным системам

 Система дыхания

 Грудная клетка астенической формы, западений, выбуханий нет,

 имеется левосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника,

 надключичные и подключичные ямки западают, левая ключица и левая

 лопатка выше соответственно правой ключицы и правой лопатки.

 Эпигастральный угол меньше 90 градусов.

 Дыхание через нос, свободное, смешанного типа, ритмичное, средней

 глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту.

 Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

 Одышки, удушья видимых на глаз нет.

 При пальпации грудная клетка эластична, при ориентировочной и

 точной пальпации безболезненна.

 При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется

 ясный легочный звук.

 Аускультативные данные в норме.

 Система кровообращения

 При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб

 отсутствует, верхушечный толчок не виден.

 При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок

 определяется в положении стоя на выдохе на 1 см кнаружи от левой

 средене-ключиной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы,

 резистентный, ограниченный, площадь 1 см.

 При перкуссии левая граница относительной сердечной тупости смещена

 влево на 2 см.

 При аускультации сердца тоны ритмичные, приглушенные, раздвоенпия тонов

 нет, шумы отсутствуют, шума трения перикарда нет.

 При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках,

 одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 74 удара в минуту,

 нормальный по наполнению,напряжению и величине, обычный по форме.

 При измерении артериальное давление 130/80.

 Система пищеварения и органы брюшной полости

 Язык сухой, обложен белым налетом.

 Глотание свободное, безболезненное.

 При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не

 вздут,выпячиваний, западений,видимой пульсации, перистальтики нет.

 Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в

 околопупочной области нет.

 Кожа живота чистая, рубцов нет.

 Живот участвует в акте дыхания.

 При поверхностной ориентировочной пальпации живот слегка болезненный в

 нижних отделах. Расхождения прямых мышц живота нет.

 При глубокой пальпации по правой среднеключичной линии нижний край

 печени выступает на 1 см из-под нижней реберной дуги, край печени

 эластичный.

 Моче-половые органы

 При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет.

 При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен.

 При поверхностной пальпации болезненность не определяется.

 При глубокой пальпации почки не пальпируются.

 Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны.

 Нервная система

 Больная сдержана, способность сосредоточения сохранена, ориентируется во

 времени и пространстве,не страдает бессоницей, головокружений,

 обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет.

 Отмечает общую слабость и дискомфорт в голове.

 Патологических рефлексов нет.

 Болевая и температурная чувствительность сохранены.

 Нарушений вкуса нет.

 ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

 На основании жалоб больной, анамнеза и данных объективного обследования

 можно выделить следующие синдромы:

 1) Энтеритический (данные анамнеза о тошноте, неоднократной (до 10 раз)

 рвоте, жидком стуле с сохранением калового характера (5 раз), данных

 объективного исследования о болезненности при пальпации в нижних от-

 делах живота и в эпигастральной области).

 2) Нарушения функции центра терморегуляции (резкий подъем температуры

 до 39С, озноб, впоследствии на фоне лечения температура нормализовалась

 в течении 3 дней).

 3) Интоксикационный (жалобы на общую слабость, дискомфорт в голове,

 данные анамнеза о появлении слабости и головной боли одновременно с

 началом заболевания, падении АД до 85/50 при обычном для больной 130/80,

 тахикардии до 100/мин, данные объективного исследования о глухости

 сердечных тонов, увеличении печени).

 На основании выделенных синдромов, а также данных анамнеза о предположи-

 тельно коротком(12-14 часов) инкубационном периоде можно предположить

 следующий диагноз: Сальмонелез. Гастроинтестинальная форма.

 Гастроэнтеритический вариант. Средне-тяжелое течение.

 ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

 1) Общий анализ крови с подсчетом форменных элементов

 2) Общий анализ мочи

 3) Кал на баканализ

 4) Кровь на малярийный плазмодий

 5) Биохимическое исследование крови

 6) ЭКГ

 ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

 1) Диета - легкоусваемая механически не грубая пища с ограничением

 углеводов. Стол N4

 2) Дезинтоксикация (гемодез,поливитамины)

 3) Антибактериальная терапия (интетрикс)

 4) Стабилизация сердечно-сосудистой деятельности (кордиамин, эринит).

 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 Учитывая выделенные синдромы в круг дифдиагноза можно включить следу-

 ющие заболевания: сальмонелез, дизентерия, пищевая токсикоинфекция.

 Для дизентерии характерен непродолжительный инкубационный период (1-3

 дня), острое начало, с резким повышением температуры, возникновением

 схваткообразных болей по ходу толстого кишечника, ложных позывов, жидко-

 го стула, вначале обильного, затем скудного, с примесью слизи и крови,

 быстро развивается общая интоксикация, таким образом клиника разгара

 заболевания не соответсвует клинике, имеющейся у данной больной, однако

 возможен атипичный вариант дизентерии, поэтому окончательно исключить

 этот диагноз можно после бакисследования кала.

 Для пищевых токсикоинфекций характерен очень короткий (2-6 часов) инку-

 бационный 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 норма-

 лизуется, явления гастроэнтерита стихают, таким образом клиника пищевой

 токсикоинфекции имеет довольно много сходства с клиникой у данной боль-

 ной, поэтому исключить этот диагноз можно лишь на основании бакисследо-

 вания кала.

 Для сальмонелеза характерен непродолжительный инкубационный период,

 острое начало, с резким повышением температуры, интоксикацией, развитием

 энтеритического синдрома, клиника у данной больной полностью совпадает

 с клиникой гастроинтестинальной формы сальмонелеза, за исключением сли-

 зистого характера кала в анамнезе, однако требуется подтверждение бак-

 териологическим исследованием кала.

 Результаты лабораторных и инструментальных исследований

 Анализ крови: (от 28.8.97)

 Гемоглобин 123 г/л

 Эритроциты 4.41\*10^12

 Лейкоциты 7.4\*10^9

 Палочкоядерные 8

 Сегментоядерные 75

 Лимфоциты 11

 Моноциты 2

 СОЭ - 6 мм/ч

 Анализ мочи: (28.8.97)

 Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, без запаха, удельный вес

 1007. Реакция кислая. Белок,сахар,кровь, желчные пигменты, эпителий не

 определяются.

 ЭКГ: (27.11.96)

 Ритм синусовый. Изменений желудочкового комплекса нет.

 Анализ кала: (28.8.97) - высеяна Salmonela гр D enteridis.

 Также выделен протей, staph.aureus.

 Мочевина крови: 4.32 ммоль/л

 Креатини крови: 0.13 ммроль/л

 Глюкоза крови натощак: 5.35 ммоль/л

 РПГА с комплексным эритроцитарным О-диагностикумом отрицательная.

 Мазок на малярию от 27.8.97 отрицательный

 ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

 На основании данных жалоб, анамнеза и объективного исследования были

 выделены следующие симптомы:

 1) Энтеритический

 2) Интоксикационный

 3) Нарушения функции центра терморегуляции

 Дифдиагноз проводился с дизентерией, пищевой токсикоинфекцией и сальмо-

 нелезом. При бактериологическом исследовании кала высеяна Salmonela гр D

 enteridis, что подтверждает ранее поставленный предварительный диагноз:

 Сальмонелез. Гастроинтестинальная форма.

 Гастроэнтеритический вариант. Средне-тяжелое течение.

 ДНЕВНИК

 1/9/97

 Состояние больной удовлетворительное, сохраняются явления интоксикации:

 головная боль, слабость, живот мягкий, слегка болезненный в эпигастраль-

 ной области и нижних отделах. Стул калового характера нормальной окраски

 1-2 раза в день. Мочеиспускание в норме. Температура 36.8С

 Назначено:

 Стол N4

 Sol.Cordiamini 20%-2&0 у/в

 Интетрикс по 1 кап 4 р/д per os

 Поливитамин 1 драже 3 р/д

 Эринит 2т 3 р/д

 2/9/97

 Состояние больной без изменений, темпратура 36.7С.

 Назначения прежние.

 ЭПИКРИЗ

 Больная x, 74 года, поступила 27/8/97

 в 14-е инфекционное отделение 2-й горбольницы на машине "Скорой помощи"

 с направительным диагнозом острый гастроэнтерит, жалобами на тошноту,

 многократную рвоту, жидкий стул, гипертермию, головную боль, слабость,

 падение давления до 85/50 при обычном для больной 130/80. Диагноз при

 поступлении: пищевая токсикоинфекция. После проведенных объективных, лабо-

 раторных и инструментальных исследований поставлен следующий диагноз:

 Сальмонелез. Гастроинтестинальная форма.

 Гастроэнтеритический вариант. Средне-тяжелое течение.

 Больной проведено лечение интетриксом, кордиамином, эринит, поливитамины.

 Состояние больной на данный момент удовлетворительное.