**Паспортная часть**

Фамилия, имя, отчество:

Возраст: 26 лет

Образование: среднее специальное

Профессия: милиционер

Место жительства: г. Москва, общежитие

Дата поступления в стационар: 3.05.08 г., вечер

Кем направлен больной: СМП

Клинический диагноз:

А) основное заболевание: сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, степень тяжести 3 (Salmonella enteritidis гр.D в анализе от 4.05.08 г. 1:400, от 5.05.08 г. 1:450); степень обезвоживания 3.

Б) осложнение основного заболевания: отсутствуют.

В) сопутствующие заболевания: отсутствуют.

**Жалобы**

Жалобы на 3 день болезни: боль разлитого характера по всему животу, метеоризм, тошнота, слабость, озноб, жажда, повышение температуры тела до 38о С.

Жалобы на момент поступления: жидкий стул водянистого характера, зеленоватого цвета (2 раза), многократная рвота желудочным содержимым (до 20 раз), повышение температуры тела до 39,9о С.

**Anamnesis morbis**

2 мая 2008 г. через 2 часа после обеда больной отметил появление тошноты, жидкого стула зеленоватого цвета (2 раза). Самостоятельно принимал уголь активированный (10 таблеток) без эффекта. Ночью того же дня появилась рвота желудочным содержимым (до 20 раз), повышение температуры тела до 39о С. Принимал жаропонижающие препараты – без эффекта. Утром 3.05.08 г. возникли судороги в икроножных мышцах, отметил отсутствие мочи, в связи с чем вечером СМП был доставлен в инфекционное отделение ГКБ № 4.

**Эпиданамнез**

Больной связывает своё заболевание с употреблением вареных домашних яиц в обед на даче 2.05.08 г. В тот же день употреблял шашлык, молоко домашнее, колбасу и воду из колодца.

Те же продукты, кроме молока и яиц, употребляла жена. Признаки заболевания отсутствуют. Источник водоснабжения на даче – колодец. Регулярность чистки не известна. Из животных на даче кошка.

Контакты с инфекционными больными отрицает. Проведение парентеральных вмешательств за последние 6 месяцев отрицает.

**Anamnesis vitae**

Родился //г, в г. Москве. Рос и развивался нормально, от сверстников в умственном и физическом развитии не отставал. Образование среднее специальное. Работает с 17 лет. Служил в армии. Женат. Детей нет. Проживает в общежитии. Питание регулярное домашней пищей. Вредные привычки: курит с 15 лет по 1,5 пачки в день.

Перенесённые заболевания: перелом ключицы и сотрясение мозга в 18 лет. Детские болезни не помнит. Контакт с инфекционными больными отрицает. Гемотрансфузий не было. Наследственность не отягощена.

**Аллергологический анамнез**

Наличие аллергических реакций отрицает.

**Status presents**

Общее состояние: тяжёлое.

Тип телосложения: нормостенический. Рост, со слов больного, 171 см, вес 85 кг. ИМТ=29.

Кожа и видимые слизистые оболочки: окраска кожи бледно-розовой окраски, отмечается гиперемия лица. Окраска конъюнктивы век и склер нормальная. Рубцов нет. Эластичность кожи нормальная. Оволосение по мужскому типу. Волосы и ногти без изменений.

Подкожная клетчатка: развита избыточно, толщина кожной складки на уровне пупка 3 см. Отёков нет.

Лимфатические узлы: при осмотре не видны. При пальпации определяются подчелюстные, подмышечные л/у эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Другие группы лимфоузлов не пальпируются.

Общее развитие мышечной системы умеренное, мышечная сила верхних и нижних конечностей удовлетворительная.

При осмотре костей (черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей) деформаций не наблюдается. Суставы правильной конфигурации, безболезненные. Деформаций, припухлости не отмечается. Пассивные и активные движения выполняет в полном объёме.

Грудные железы симметричные, правильной формы.

**Органы дыхания**

Жалоб со стороны дыхательной системы не предъявляет.

Дыхание через нос свободное. Патологического отделяемого нет. Отмечается осиплость голоса. Грудная клетка правильной конфигурации, цилиндрической формы, симметричная, без деформаций. Ритм дыхания правильный, с частотой 20 дыхательных экскурсий в минуту. Тип дыхания смешанный.

При пальпации грудная клетка безболезненна. Эластичность в норме. Голосовое дрожание не изменено. При сравнительной перкуссии лёгких выявляется ясный лёгочный звук. Границы лёгких соответствуют физиологическим нормам.

**Сердечно-сосудистая система**

Жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы нет.

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, сердечный толчок не определяется. Верхушечный толчок пальпируется на уровне 5 межреберья на 1 см кнаружи левой среднеключичной линии. Перкуссия сердца (определение границ относительной сердечной тупости):

-правая в 4 межреберье по правому краю грудины

-левая на 1 см левее среднеключичной линии в 5 межреберье

-верхняя на уровне 3 межреберья слева по среднеключичной линии

*Исследование сосудов:* осмотр сосудов шеи – без изменений, вены не набухшие. При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках, ритмичный, с частотой 112 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. При осмотре подкожные вены не изменены.

**Органы пищеварения**

Жалобы изложены в разделе «Жалобы».

При осмотре полости рта: слизистая оболочка ротовой полости и дёсны бледно-розовой окраски. Язык розовой окраски, сухой, обложен беловатым налётом; расположен по срединной линии. Нёбные дужки без патологий.

Живот при осмотре симметричный, участвует в акте дыхания. Грыжевых выпячиваний не наблюдается. При перкуссии живота отмечается притупление тимпанического звука. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Выслушиваются перистальтические кишечные шумы. Отделы толстого кишечника не пальпируются.

Размеры печени по Курлову:

-по среднеключичной линии 9 см

-по срединной линии 8 см

-по левой рёберной дуге 7 см.

Печень не пальпируется.

Желчный пузырь не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется. Области поджелудочной железы и желчного пузыря при пальпации безболезненны. Селезёнка не пальпируется. При перкуссии селезёнки по 10 ребру – длинник 8 см, поперечник 4 см (между 9 и 11 рёбрами).

**Мочевыделительная система**

Мочеиспускание свободное, безболезненное. При осмотре области почек патологические изменения не выявлены. Симптом поколачивания отрицательный.

**Нервно-психический статус**

Сознание ясное, легко вступает в контакт. Речь не изменена. Симптомов раздражения мозговых оболочек (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига) не выявлено.

**План обследования**

-общий анализ крови

-общий анализ мочи

-б/х анализ крови

-анализ КЩС, электролиты

-посев кала на рота и аденовирусы

-РПГА (с сальмонеллёзным, шигеллёзным, иерсиниозным диагностикумами)

-RW, HBs-Аг

**Данные лабораторных исследований**

**Б/х анализ крови (4.05.08 г.)**

АЛТ 20.33 0-35 Ед/л

АСТ 33.3 0-31 Ед/л

Белок 66.82 62-85 г/л

Бил общ 7.25 0-19 мкмоль/л

Глюкоза 5.62 3.06-6.2 ммоль/л

Креатинин 80.6 44-97 мкмоль/л

Мочевина 7.15 2.49-7.49 ммоль/л

Холестерин 4.69 0-5.7 ммоль/л

ЩФ 128.12 98-279 Ед/л

**Общий анализ крови (03.05.08 г.)**

WBC 5.1 \*109 /l (4.0\*109 /l -9.0\*109 /l)

RBC 4.85 \*1012 /l (3.8\*1012 /l -5.8\*1012 /l)

HGB 143 g/l (120 g/l -160 g/l)

HCT 44.3 %

PLT 172 \*109 /l (250\*109 /l -300\*109 /l)

MCV 92 fl (75 fl -95 fl)

MCHC 323 g/l (300 g/l -380 g/l)

RDW 13.4% (11.5- 14.5)

MPV 8.9 fl (7.4 – 10.4)

PDW 17 % (10.0- 20.0)

COЭ 10 mm/H (4-12 mm/H)

**Общий анализ мочи (4.05.08 г.)**

Цвет желтый (соломенно- желтый)

Прозрачность прозрачная (прозрачная)

Относительная плотность 1015 (1018-1022)

Реакция кислая (нейтральная)

Белок 0.099 (отсутствует)

Глюкоза нет (отсутствует)

Лейкоциты 4-6 в п/з (2-4 в п/з)

Цилиндры зернистые 0-1 в п/з

Слизь незначительно кол-во(отсутствует)

Бактерии немного (отсутствуют)

**Серологические реакции с сальмонеллёзным диагностикумом и бактериологическое исследование (4.05.08 г.)**

Обнаружена S.enteritidis гр.D , титр антител 1:400.

**Серологические реакции с сальмонеллёзным диагностикумом (5.05.08 г.)**

Титр антител 1:450.

**УЗИ органов брюшной полости (4.05.08 г.)**

Заключение: увеличение мезентериальных лимфоузлов нижних отделов живота.

**RW, HBs-Ag- отр.**

**Обоснование диагноза**

В пользу диагноза сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, степень тяжести 3 (Salmonella enteritidis гр.D в анализе от 4.05.08 г. 1:400, от 5.05.08 г. 1:450); степень обезвоживания 3 свидетельствуют:

-клиническая картина: острое начало заболевания спустя 2 часа после употребления заражённого продукта, одновременное появление ведущих синдромов (синдром интоксикации-повышение температуры тела до 39.9о С; гастроэнтеритический синдром- жидкий стул водянистого характера, зеленоватого цвета, многократная рвота; синдром обезвоживания-осиплость голоса, судороги в икроножных мышцах, снижение мочевыделения)

-эпидемиологический анамнез: возникновение заболевания после употребления в пищу мясных продуктов и молочных продуктов домашнего происхождения, яиц; отсутствие заболевания у жены, не употреблявшей молочные продукты и яйца.

-данные бактериологического исследования: обнаружение S.enteritidis гр.D; данные серологических реакций: титр антител 1:400 от 4.05.08 г., титр антител 1:450 от 5.05.08 г.

**Дифференциальная диагностика**

1. Холера: эпиданамнез (пребывание в очагах заболеваний холерой, контакт с больным или употребление продуктов, доставленных из очагов инфекции), острое начало заболевания с диареи, быстро приобретающей водянистый бескаловый характер, увеличение объёма стула в динамике развития заболевания, отсутствие болей в животе и интоксикации, присоединение рвоты без предшествующей тошноты, раннее быстрое развитие симптомов обезвоживания вплоть до 4 степени. Выраженный терапевтический эффект от адекватной регидратации полиионными растворами. В лабораторных исследованиях: изменения гемограммы, соответствующие степени обезвоживания (гемоконцентрация). Бактериальное исследование: получении предварительных результатов через 3-4 часа после подращивания на пептонной воде.
2. Шигеллёзы (необходимость проведения дифференциального диагноза возникает при гастроэнтеритическом и гастроэнтероколитическом вариантах течения): бурное начало с быстрым развитием болезни в течение первых часов, более длительный инкубационный период, схваткообразные боли по всему животу, понос с обильными водянистыми испражнениями без примесей.
3. Иерсиниозы (гастроинтестинальные формы): данные эпиданамнеза (употребление в пищу термически необработанных овощей и фруктов, длительно хранящихся в условиях пониженных температур). В клинической картине на фоне интоксикационного и гастроэнтеритического синдромов могут выявляться синдромы сенсибилизации организма (сыпи, артропатическая симптоматика). Симптомы декомпенсированного обезвоживания не типичны. Энтеритический синдром более продолжителен, преимущественно характеризуется правосторонней локализацией болей, с возможным последующем развитием симптоматики острого аппендицита, терминального илеита, мезаденита. Без адекватной антибактериальной терапии возможно затяжное течение с обострениями и рецидивами, генерализацией инфекции.
4. Ботулизм (диспептический вариант начального периода): эпидданные, указывающие на употребление консервированных продуктов, копчёностей, вяленой и солёной рыбы без предшествующей термической обработки. Проявления гастроэнтерита слабо выражены, кратковременны, не определяют тяжесть состояния больного. Быстро прогрессирующая мышечная слабость, сухость слизистых оболочек рта, не сопровождаемая жаждой, повышение артериального давления, отсутствие лихорадки. К концу первых суток возможно появление офтальмоплегической симптоматики (мидриаз, птоз, диплопия и т.д.).
5. Вирусные гастроэнтериты (ротавирусы, калицивирусы, кишечные аденовирусы): регистрируются чаще в виде групповых вспышек в детских организованных коллективах. Клинические симптомы: умеренная кратковременная интоксикация, признаки гастроэнтерита без выраженного обезвоживания, доминирование рвоты над поносом, боли в животе не типичны. Для аденовирусов также характерна гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия, а так же кератоконъюнктивиты.
6. Эшерихиозы (ЭТКП): инкубационный период 1-2 дня, умеренно выраженные признаки интоксикации и нормальная температура тела, схваткообразные боли в эпигастральной и пупочной областях, которые иногда могут отсутствовать. Нарастает тошнота, появляется повторная рвота и обильный жидкий стул энтеритного характера. Эти явления приводят к умеренно выраженной дегидратации, иногда олигурии. Чаще возникает у лиц, посещающих страны тропического пояса. Так же возможно развитие лихорадки, артралгий, миалгий, озноба, выраженного обезвоживания.
7. Абдоминальная форма инфаркта миокарда. При инфаркте миокарда с абдоминальным синдромом боли носят 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.

**Лечение**

1. Диета №4

Показания: острые заболевания и резкое обострение хронических заболеваний кишечника с сильными поносами. Технология приготовления: блюда жидкие и полужидкие, протертые, сваренные в воде и на пару. Солится пища нормально. Принимать пищу рекомендуется четыре раза в день, в одни и те же часы. Запрещаются: изделия из сдобного и теплого теста, жирные сорта мяса и рыбы, соления, копчения, маринады, мясные, рыбные и другие закусочные консервы, колбасы, холодные напитки, мороженое, овощи и фрукты в натуральном виде, пшено, перловая, ячневая крупа, кофе с молоком, газированные напитки, горчица, хрен, перец, грибы, шоколад, изделия с кремом, бобовые.

1. Промывание желудка до чистых промывных вод (2% раствором натрия гидрокарбоната или 0.1% раствором перманганата калия, около 3 литров при температуре 18-20о С).
2. Регидратационная терапия :

-парентеральная: «Хлосоль» (NaCl-4,75 г, Na ацетата-3,6 г, KCl-1,5 г) 300 мл в/в кап.

-далее пероральная: «Регидрон» (состав: NaCl-3,5 г, цитрат Na – 2,5 г, KCl – 1,5 г, глюкоза – 10 г, вода 1 л).

4. Этиотропная терапия: фторхинолоны (ципрофлоксацин 0.5 г 2 раза/день в течение 7 дней)

5. В периоде реконвалесценции: пробиотики (бифидобактерин, колибактерин и др.), заместительная ферментная терапия (мезим, панзинорм).

**Прогноз и рекомендации**

Прогноз благоприятный при адекватной терапии. Иммунный ответ выражен слабо, возможны повторные заболевания, обусловленные другими сероварами сальмонелл. Может возникнуть иммунологическая толерантность к антигенам сальмонелл, что способствует длительному пребыванию возбудителя в организме.

Профилактика сальмонеллезов основывается на соблюдении правил хранения и технологической обработки пищевых продуктов, исключающей возможность инфицирования продуктов и размножения в них микробов. Необходимо тщательное соблюдение правил обработки и приготовления птицы, как в общественном питании, так и в домашних условиях, в частности после разделки сырого мяса и тушек птицы следует тщательно вымыть с мылом руки, посуду, разделочные доски, поверхности столов; хорошо проваривать (прожаривать) мясо, тушки птицы, не употреблять сырых яиц, предпочтительно варить их в кипящей воде 7—10 мин, предварительно тщательно вымыв.

Так как больной относится к декретированной группе (проживает в общежитии), выписка осуществляется после клинического выздоровления и 2-х кратного бактериологического исследования.