**Дата поступления:**  15 мая 2000 г.

**Возраст**: 20 лет

**Вес**: 68 кг

**Рост**: 186 см

**Семейное положение**: не женат

**Профессия и место работы**: студент X курса ТГАСУ, дорожно-строительный факультет

**Диагноз клинический**:

* *Основное заболевание:* Сальмонеллез (Salmonella enteritidis), гастроэнтероколитическая форма, средняя степень тяжести.
* *Осложнения:* отсутствуют

**II . Анамнез данного заболевания.**

( anamnesis morbi ):

***1. Жалобы при поступлении:***

* жидкий, учащенный ( до 10 раз в сутки), необильный стул с примесью слизи
* легкая болезненность в левой подвздошной области
* тяжесть в эпигастрии, однократная рвота желудочным содержимым без патологических примесей
* слабость, повышенная утомляемость, легкое головокружение, резко сниженный аппетит

2. ***Начало и дальнейшее развитие заболевания:***

12 мая (Пт) во время обеденного перерыва в буфете университета съел пирожное с белковым кремом, запил соком из только что откупоренной упаковки. Дома около 18 часов почувствовал недомогание, измерил температуру тела — 37,5С. Самостоятельно выпил по 1таблетке ампициллина и ацетилсалициловой кислоты. Самочувствие улучшилось, температура снизилась до 36,6С. Ночью спал хорошо.

13 мая утром температура тела — 36,6С, позавтракал свежим борщом. В 13 часов вновь появилось недомогание, температура — 37,5С, в 18:00 — 38,5С. По совету матери пациент сделал себе инъекцию ампициллина, после чего температура на непродолжительное время снизилась до 37,5С. Однако в 23 часа у больного появился озноб, температура — 40С. Была вызвана бригада “Скорой медицинской помощи”, врачи которой поставили диагноз — ОРЗ и сделали внутримышечную инънкцию анальгина с димедролом. Температура тела пациента снизилась до 37,5С. Ближе к 1 часу ночи началась диарея — вначале стул был обильным, жидким, пенистым, с зеленоватым оттенком, без резкого запаха, однако, постепенно обьем стула стал уменьшаться и приобретать бескаловый слизистый, характер. Позывы к дефекации возникали через каждые 15 -20 минут.

14 мая пациент проконсультировался у знакомого хирурга, который отверг хирургическую патологию и назначил принимать отвар коры дуба, левомицетин, нистатин. В течение суток лечение не привело к какому-либо улучшению.Вечером — однократная рвота желудочным содержимым без патологических примесей.

15 мая больной обратился в госпитальные терапевтические клиники, где был поставлен диагноз — острая дизентерия, после чего пациент был госпитализирован в инфекционное отделение городской больницы №3, где в настоящее время проходит курс лечения.

***Эпидемиологический анамнез.***

Пациент проживает в благоустроенной квартире (горячая\ холодная вода\ канализация). Домашние животные — кошка, здорова. Правила гигиены соблюдает — мытье рук перед едой, после туалета; зубная щетка — индивидуальная. Периодически пьет сырую воду из водопровода. Продукты питания после термической обработки (варка, жарка) хранит в холодильнике, сырые куриные яйца не употребляет. В предшествующий месяц из города не выезжал. Из возможных источников заражения подозревает только съеденное в буфете пирожное с белковым кремом, а также не вымытые руки перед этим. В окружении больного никого с подобными симптомами нет.

“Рыбный анамнез” — часто употребляет речную рыбу в вареном и жареном виде.

*Эпидемиологическое заключение:*

1. Источник заражения — не выявлен.

2. Механизм заражения — фекально-оральный;

 путь заражения — алиментарный;

факторы передачи — продукты питания, грязные руки.

**III. Анамнез жизни**

 ( anamnesis vitae )**:**

Пациент — единственный ребенок в семье. Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. Детские болезни — корь, ветряная оспа.

Окончил среднеобразовательную школу. В настоящее время — студент 4 курса дорожно-строительного факультета ТГАСУ.

1996 г. — перелом левой лучевой кости.

Оперативных вмешательств не переносил.

Хронические заболевания отрицает.

1. **Социально-бытовой**

Пациент материально обеспечен удовлетворительно, длительное время проживает в благоустроенном жилье. Питается не регулярно, без злоупотребления отдельными видами продуктов. Вредных привычек – нет.

1. **Семейный.**

Родители: отец — 48 лет, инженер и мать — 49 лет , медсестра, — здоровы, проживают в г.Томске отдельно от сына.

**III. Аллергологический анамнез:**

 Аллергических реакций у больного и не отмечалось. Все медикаменты переносит удовлеттворительно.

**IV. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ.**

Status praesens.

**1. При поступлении:**

Состояние средней степени тяжести

Температура тела — 38,6С

Пульс — 110 \ мин

Кожа — горячая, умеренной влажности, тургор сохранен, чистая

Язык — обложен белым налетом

Живот — обычной формы, мягкий; при пальпации — болезненность в левой подвздошной области, урчание, спазмированная сигмовидная кишка.

Печень — нижний край печени по срединноключичной линии совпадает с краем реберной дуги

Стул — учащеный до 10 раз\ день, необильный, не зловонный, с примесью слизи.

**2. На день курации** (22.05.2000)

**Рост -** 186см

**Вес -** 68 кг

**Температура тела** - 36.7 С

**Положение** – активное.

**Пропорциональность развития -** пропорционально

**Общее состояние** – удовлетворительное.

**Состояние кожи -** теплая, эластичная, умеренной влажности, чистая, легкая бледность

**Подкожная клетчатка -** выражена слабо

**Состояние слизистых оболочек** – чистые, бледно-розовые без патологических образований. Окраска склер — белая

**Исследование полости рта -** язык обложен бело-желтым налетом, миндалины не увеличены

**Выражение лица** - нормальное

**Сознание -** ясное

**Поведение -** без особенностей, пациент легко вступает в контакт

**Лимфатические узлы** - не увеличены

**Щитовидная железа -** пальпируются две равных доли, не увеличена, движется вместе с гортанью, поверхность - ровная

**Череп** - деформаций нет

**Грудная клетка -**астенической формы

**Позвоночник** - обычной конфигурации, болезненности остистых отростков при перкуссии нет

**Суставы** - без деформаций, безболезненны при пальпации и движениях, объем движений сохранен

**Ногти -** прозрачные, прочные

**Мышечная система** - развита умеренно, тонус - удовлетворительный, мышцы при ощупывании безболезненны.

**ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ.**

 СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.

Состояние носа, носовых путей — без деформаций, носовое ды-

 хание — свободное

Частота дыхания - 20 движ\мин, отношение вдоха к выдоху = 4\5

 равномерное участие в дыхании обеих половин грудной клетки, тип дыхания - брюшной

*Сравнительная перкуссия*: над передними, боковыми, задними отделами грудной клетки в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный

*Окружность грудной клетки:*

|  |  |
| --- | --- |
| при спокойном дыхании | 90 см |
| при глубоком вдохе | 91 см |
| при глубоком выдохе | 89 см |

*Топографическая перкуссия легких:* границы легких в пределах нормы

Подвижность легочного края - слева: 7см справа: 8см

Аускультация легких:

 - при бронхофонии на периферии прослушиваются неразборчивые звуки, что соответствует норме.

 - над трахеей выслушивается бронхиальное дыхание:

 - над периферическими отделами легких выслушивается везикулярное дыхание:

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

Осмотр грудной клетки, сосудов шеи - видимой пульсации нет

Пальпация верхушечного толчка - не пальпируется

*Перкуссия сердца:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **границы** |  **относительной тупости** | **абсолютной тупости** |
| **левая** | 0.5 см кнаружи от левой ср.ключичной линии |  —  |
| **правая** | 1 см не дойдя правого края грудины | левый край грудины |
| **верхняя** | 3 ребро по левой парастернальной линии | 4 ребро по левой парастернальной линии |
| **высота правого атриовазального угла** | 3 реберный хрящ справа |  —  |
| **ширина сосуд. пучка** |  —  | 6 см |

Аускультация сердца:

1. Тоны не усилены, неритмичные, соотношение сохранено

2. Соотношение силы и высоты II тона на аорте и легочной артерии — равное

Аорта и сосуды: видимой пульсации аорты, расширения вен — не обнару жено

Пульс : на лучевой артерии — ритмичный, частота — 72 уд\ мин, умеренного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках, стенка сосуда эластичная.

Артериальное кровяное давление:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | на правой руке | на левой руке |
| систолическое | 140 мм.рт.ст. | 135 мм.рт.ст. |
| диастолическое | 90 мм.рт.ст. | 90 мм.рт.ст. |

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Ротовая полость - слизистая ровная, розового цвета; миндалины - не увеличены; язык - обложен бело-желтым налетом;

Живот - нормальной формы,недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки

При поверхностной пальпации болезненности нет, тонус брюшных мышц умеренный, дыхательные движения обеих половин брюшной стенки симметричные, видимой перистальтики нет

*Желудок:*

Видимой перистальтики - нет

Определение нижней границы:

 - пальпация большой кривизны - расположена на 3 см выше пупка, ровная,эластичной консистенции, подвижность около 2 см, безболезненна

*Кишечник:* все области кишечника, доступные пальпации (слепая кишка; восходящий, поперечно-ободочный и нисходящий отделы толстого кишечника, сигмовидная кишка) при исследовании — эластичные, безболезненные, расположены правильно

*Поджелудочная железа* не пальпируется

*Печень:*

 -нижний край печени по срединноключичной линии совпадает с краем реберной дуги

 - при пальпации - нижний край острый, эластичной консистенции, поверхность гладкая

 - *границы печени*:

1.верхняя по срединноключичной линии глубокой перкуссией IV ребро, поверхностной перкуссией — V ребро

2. нижняя по срединноключичной линии — совпадает с краем реберной дуги

3. по срединной линии — между верхней и средней третями от пупка до мечевидного отростка

4. левая — совпадает с левой парастернальной линией

Размеры печени по М.Г.Курлову:

 - от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 9.5см

 - от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см

 - от основания мечевидного отростка до левой границы 8 см

*Селезенка:*

 - верхняя граница - IX ребро (по средней лопаточной линии)

 - нижняя граница - XI ребро (по средней лопаточной линии)

 - задний верхний полюс - по лопаточной линии

 - передний нижний полюс - 5 см от центра поперечника селезенки по направлению к пупку

* поперечник ( верхняя — нижняя граница) — 7 см
* длинник (задний верхний — передний нижний полюс) — 11 см

МОЧЕ - ПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

Симптом Пастернацкого ( поколачивания ) - отрицательный

Пальпация почек - не пальпируются

Дизурические явления — нет

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Интеллект - не снижен

Настроение - устойчивое

Реакция на окружающее - адекватная, без раздражительности

Головные боли, головокружение - не отмечено

Сон - удовлетворительный

Речь - без нарушений

Координация движений - сохранена

Органы чувств: слух, обоняние - без отклонений, зрение - удовлетворительное

 ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА .

Щитовидная железа - не увеличена., признаков тиреотоксикоза не выявлено.

**Предварительный диагноз.**

На основании анамнеза, данных объективного обследования выделены следующие синдромы:

1. Синдром общей интоксикации

* из анамнеза — слабость, повышенная утомляемость, легкое головокружение, резко сниженный аппетит
* из объективных данных — при поступлении температура тела 38,6С

2. Гастроэнтероколитический синдром

* синдром гастрита — тяжесть в эпигастрии, однократная рвота желудочным содержимым без патологических примесей
* синдром энтерита — обильный, жидкий, пенистый, с зеленоватым оттенком, без резкого запаха стул вначале диареи
* синдром колита — жидкий, учащенный ( до 10 раз в сутки), необильный стул с примесью слизи; легкая болезненность в левой подвздошной области

при поступлении из объективного статуса : живот обычной формы, мягкий; при пальпации — болезненность в левой подвздошной области, урчание, спазмированная сигмовидная кишка.

Наличие этих двух синдромов возможно при различных кишечных инфекциях, сопровождающихся синдромом диареи, поэтому необходимо провести дифференциально-диагностический поиск между наиболее вероятными.

**1. Пищевая токсикоинфекция.**

а) Вызванная стафиллококком

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **классич. клинич. картина** |  **у нашего пациента** |
| **начало** | острое, бурное, инкуб.период — 30 -60 мин | острое, через1,5 сут. от вероятного заражения |
| **ведущие синдромы** | гастрит (резкая боль в эпигастрии), общий токсикоз (быстро прогрессирующая слабость, адинамия, похолодание конечностей) | гастроэнтероколит, умеренная интоксикация |
| **рвота** | неукротимая | однократная |
| **температура тела** | нормальная, не соответствует тяжести токсикоза | 38,6С — соответствует тяжести состояния |
| **нарушение стула** | не постоянно (кратковременная диарея 1- 5 раз\ сутки, без патологических примесей) | жидкий, учащенный (до 10 раз в сутки), необильный стул с примесью слизи |
| **эпидемиология** | заболеваемость — в течение всего года; источник — люди, страдающие гнойными инфекциями (панариции, фуфункулез); животные, болеющие маститами  | в анамнезе нет указания на прямой контакт с источником инфекции  |

б) Вызванная условно-патогенной микрофлорой (клебсиелла, протей, ... )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **классич. клинич. картина** |  **у нашего пациента** |
| **начало** | менее бурное,инкуб.период 1-3 ч, умеренная интоксикация (легкое недомогание, дискомфорт в эпигастрии) | острое, через1,5 сут. от вероятного заражения |
| **ведущие синдромы** | доминирование энтеритного с-ма по мере стихания гастритного | гастроэнтероколит, умеренная интоксикация |
| **динамика состояния** | через 1- 2 ч — тупые боли в эпигастрии, тошнота, рвота;еще через 0,5 -1,5 ч — схваткообразные боли, распространяющиеся сверху вниз, заканчивающиеся дефекацией | тяжесть в эпигастрии, однократная рвота ж.содержимым во 2-е сутки болезни, отсутствие тенезмов |
| **температура тела** | субфебрильная, озноб только вначале | 38,6С |
| **нарушение стула** | вначале — обильные, зловонныедалее — жидкий, кровянистый | вначале — обильный, пенистый, с зеленым оттенком, далее — жидкий, учащенный (до 10 раз в сутки), необильный стул с примесью слизи |
| **эпидемиология** | заболеваемость — весь год, пищевой путь передачи | алиментарный путь передачи |

*Заключение: наличие у больного пищевой токсикоинфекцией маловероятно.*

**2. Холера**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **классич. клинич. картина** |  **у нашего пациента** |
| **начало** | отсутствие интоксикации и болевого синдрома | умеренная интоксикация, тяжесть в эпигастрии, легкая болезненность в левой подвздошной области |
| **ведущие синдромы** | доминирование энтеритного с-ма и обезвоживания | интоксикация и гастроэнтероколит |
| **динамика состояния** | при нарастании токсикоза присоединяется рвота, быстро развивается обезвоживание и нарушение электролитного обмена (судороги) | отсутствие обезвоживания и судорог |
| **температура тела** | нормальная | 38,6С |
| **нарушение стула** | обильный, водянистый, быстро теряет каловый характер, приобретая вид “рисового отвара”, без запаха | вначале — обильный, пенистый, с зеленым оттенком, далее — жидкий, учащенный (до 10 раз в сутки), необильный стул с примесью слизи |
| **эпидемиология** | сапроноз, летне-осенняя сезонность; склонность к эпидемическому распространению; ведущий путь передачи — водный | отсутствие в городе вспышки холеры |

*Заключение —заболевание пациента холерой исключается*

**3. Энтеропатогенный тип эшерихиоза**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **классич. клинич. картина** |  **у нашего пациента** |
| **начало** | острое, интоксикация, инкуб. период — 1- 2 дня | острое, через1,5 сут. от вероятного заражения |
| **ведущие синдромы** | доминирование гастроэнтеритического с-ма | гастроэнтероколит, умеренная интоксикация |
| **температура тела** | повышена до 38 -38,5С | 38,6С |
| **нарушение стула** | до 3 - 5раз\ день, жидкий, иногда с примесью слизи и крови. Тенезмы — редко | вначале — обильный, пенистый, с зеленым оттенком, далее — жидкий, учащенный (до 10 раз в сутки), необильный стул с примесью слизи |
| **эпидемиология** | антропоноз; наибольшая эпид.опасность — больной в остром периоде болезни | в анамнезе нет указания на прямой контакт с источником инфекции |

*Заключение — клиническая картина заболевания пациента схожа с клиникой эшерихиоза, однако отсутствие контакта с больным в острой фазе эшерихиоза делает диагноз “эшерихиоз” маловероятным. Требуется лабораторное заключение.*

**4. Иерсиниоз**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **классич. клинич. картина** |  **у нашего пациента** |
| **начало** | острое, выраженная интоксикация, инкуб. период — 1- 2 дня | острое, через1,5 сут. от вероятного заражения |
| **ведущие синдромы** | нет; широкий полиморфизм клинических проявлений (экзантема, артралгии, полиаденопатии, с-м ангины и др.) | гастроэнтероколит, умеренная интоксикация |
| **температура тела** | повышена до 38 -39С, озноб | 38,6С |
| **динамика** | нарушениям со стороны ЖКТ предшествует выраженная интоксикация.Затем — сильные боли в животе (илеоцекальная обл.), при глуб.пальпации — стенки толст.кишки на отдельных участках уплотнены и болезненные | отсутствие болей в илеоцекал.области. При пальпации — легкая болезненность в левой подвздошн. области, спазмированная сигмовидная кишка |
| **нарушение стула** | до 10 -15раз\ день, жидкий, зловонный | вначале — обильный, пенистый, с зеленым оттенком, далее — жидкий, учащенный (до 10 раз в сутки), необильный стул с примесью слизи |
| **эпидемиология** | сезонность, групповые случаи, употребление в пищу корнеплодов (капуста, морковь из овощехранилища) | отсутствие вспышки заболевания; пациент не употреблял корнеплоды |

*Заключение — явное отсутствие полиморфизма клинических явлений позволяет усомниться в наличии иерсиниоза у больного.*

**5. Дизентерия**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **классич. клинич. картина** |  **у нашего пациента** |
| **начало** | инкуб. период — 2 -3 дня, медленно (около 2-х дней) нарастающая интоксикация, | острое, через1,5 сут. от вероятного заражения |
| **ведущие синдромы** | энтероколит | гастроэнтероколит, умеренная интоксикация |
| **температура тела** | повышена до 38 -39С, озноб | 38,6С |
| **динамика** | присоединение диареи ( и, возможно, рвоты) через несколько часов после возникновения интоксикации. Периодически — режущие боли внизу живота с позывами на дефекацию; ощущение неполного освобождения кишечника после дефекации | тяжесть в эпигастрии, однократная рвота желудочным содержимым, отсутствие тенезмов и болей внизу живота |
| **нарушение стула** | в 1-й день — обильный, пенистыйсо 2-3 дня — частый, скудный, с примесью слизи и прожилок крови (“ректальный плевок”) | вначале — обильный, пенистый, с зеленым оттенком, далее — жидкий, учащенный (до 10 раз в сутки), необильный стул с примесью слизи, отсутствие прожилок крови |
| **эпидемиология** | заболеваемость круглый год с повышением в летнее время | присутствует фактор грязных рук |

*Отсутствие тенезмов, прожилок крови в испражнениях при дефекации — данные за отсутствие выраженного колита, что характерно для дизентерии, однако другие аспекты клинической картины этого заболевания совпадают с клиникой нашего пациента.*

*Заключение — диагноз “дизентерия”возможен, необходимо лабораторное подтверждение.*

**6. Сальмонеллез**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **классич. клинич. картина** |  **у нашего пациента** |
| **начало** | инкуб. период —12 -24 ч, остро нарастающая интоксикация (часы) | острое, через1,5 сут. от вероятного заражения |
| **ведущие синдромы** | интоксикация в начале, гастроэнтерит — позже, возможно обезвоживание |  умеренная интоксикация, гастроэнтероколит |
| **температура тела** | повышена до 38 -39С, озноб | 38,6С |
| **динамика** |  появление разлитой боли в животе — в умбиликальной или эпигастральной областях повторная рвота на протяжении 1-х суток поражение сердечно-сосудистой системы (коллапс, экстрасистолы) | тяжесть в эпигастрии, однократная рвота в начале вторых суток болезни, отсутствие клиники поражения ССС. |
| **нарушение стула** | в начале — обильный, пенистый, с зеленым оттенкомдалее — скудный, бескаловый, с примесью слизи,  | вначале — обильный, пенистый, с зеленым оттенком, далее — жидкий, учащенный (до 10 раз в сутки), необильный стул с примесью слизи |
| **эпидемиология** | высокая заболеваемость круглый год с повышением в теплое времяфактор передачи — яйца, яичные продукты, молоко и др. | в анамнезе — употребление яичного продукта (белковый крем), фактор грязных рук |

*Заключение — клиническая картина сальмонеллеза совпадает к клиникой нашего пациента по ключевым моментам, что делает диагноз “сальмонеллез” наиболее вероятным, однако для полного подтверждения необходимы данные лабораторных исследований.*

Наличие у пациента учащенного стула до 10 раз в сутки и температуры тела 38,6С — признаки средней степени тяжести (стул 5 -10 раз\ сут, t =38-39С).

**Предварительный клинический диагноз:**

* Сальмонеллез средней степени тяжести.

**План обследования.**

1. Общий анализ крови — для выявления характера воспаления

2. Биохимический анализ крови — для выяснения функции печени (нет ли ее токсического поражения)

3. Копрологическое исследование — для изучения моторной, ферментной функций ЖКТ; есть ли воспаление кишечника

4. Бактериологическое исследование кала — для получения копрокультуры

5. Общий анализ мочи — для выяснения функции почек (нет ли токсического поражения почек)

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

 **Общий анализ крови: (17. 05. 2000) норма**

Гемоглобин 152 г\ л 130-160 г\л

Эритроциты 4,3 \* 1012 4-5\*1012 в1л

СОЭ 35 мм\ ч 2-10 мм\ч

Лейкоциты: 6,3 \* 109 4-9\*109 в 1л

С/Я 39 % 47-72 %

П/Я 40% 2-5%

Моноциты 9% 3-11%

Лимфоциты 12% 19-37 %

Заключение: повышенная СОЭ (35 мм\ч), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (п\я = 40%)

**Биохимический анализ крови: (17. 05. 2000 ) норма**

 Билирубин общ 5,0 мкмоль \ л 3.5 -19 мкмоль\ л

 Билирубин непр 5,0 мкмоль\ л до 16,5 мкмоль\ л

 Билирубин прям 0 мкмоль\ л 0 - 5,1 мкмоль\ л

 Глюкоза 3,9 ммоль\ л 3.5 - 6.1 ммоль\ л

 АсАТ 1,18 0,1-0,45 мкмоль\ (ч\*мл)

 АлАТ 0,59 0,1-0,68 мкмоль\ (ч\*мл)

 Тимол. проба 2,6 Ед 0 - 5 Ед

Заключение: повышение АсАТ более в 2 раза

**Общий анализ мочи: ( 17. 05 .2000 )**

 Цвет соломенно-желтый

 Прозрачность прозрачная

 Лейкоциты 4 -6 в поле зрения

 Эритроциты 0 -1 в поле зрения, не изм

 Белок 0,033 г\ л

Заключение: микролейкоцитурия

**Копрограмма (17.05.2000)**

 слизь

 лейкоциты сплошь

 эритроциты 1 - 2 в поле зрения

 крахмал ++

 яйца глиста отриц.

Заключение: наличие крахмала, слизи и большое количество лейкоцитов указывают на воспалительный процесс в толстом кишечнике.

**Бактериологический анализ кала (17.05.2000)**

Заключение: выделен Salmonella enteritidis

*Данные лабораторных исследований выявили отсутствие выраженных токсических изменений в печени и почках, наличие воспаления толстого кишечника (подтверждение колита), а также причину кишечной инфекции — Salmonella enteritidis, что вместе с характерной клинической картиной позволяет поставить окончательный клинический диагноз:*

* ***Сальмонеллез (Salmonella enteritidis), гастроэнтероколитическая форма, средняя степень тяжести.***

**ДНЕВНИК**

**22 мая.**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.2 С 0  |
| Артериальное давление | 140 \ 90 мм.рт.ст. |

*Состояние* — удовлетворительное, пациент отмечает улучшение: прекращение диареи в течение 3 -4 дней после начатого курса лечения в стационаре. В настоящее время стул оформленный, 2 -3 раза в день.

*Режим:* общеклинический

*Жалобы:* умеренная слабость, повышенная утомляемость, поверхностный сон

*Назначенное лечение:*

1. Для приема внутрь:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **с 16.05.2000** |
| Обильное питье |  |
| Enterodesi  | по 5,0 3 раза\ день до исчезновения интоксикации |
| Tab. Furazolidoni 0,05 | по 2 таблетке 4 раза \ день после еды |
| Tab. Мezym-forte | по 1 таблетке 3 раза \ день |
|  |  **с 18.05.2000** |
| Tab. Riboxini 0,2 obductae | по 1 таблетке 3 раза \ день за 1 час до еды |
| Tab.Laevomycetini 0,25 |  по 2 таблетки 4 раза \ день после еды |

2. Для парентерального введения:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **16.05.2000** |
| Sol. Glucosae 5% Sol. Acidi ascorbinici 5% | 400,0 внутривенно капельно3,0 в системе с глюкозой |
|  |   **17.05.2000** |
| Sol. Rheopolyglucini | 400,0 внутривенно капельно |
| Sol. Haemodesi | 400,0 внутривенно капельно |
| Sol. Natrii adenosintriphosphatis 1% | 1,0 внутримышечно |
|  |   **18.05.2000** |
| Sol. Glucosae 5% Sol. Acidi ascorbinici 5% | 400,0 внутривенно капельно2,0 в системе с глюкозой |
| Sol. Natrii adenosintriphosphatis 1% | 1,0 внутримышечно |
| Sol. Haemodesi | 400,0 внутривенно капельно |
| Sol. Natrii chloridi 0,9% | 400,0 внутривенно капельно |
| Sol. Panangini | 10,0 |
| Sol. Rheopolyglucini | 200,0 внутривенно капельно |

**24 мая.**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.5 С 0  |
| Артериальное давление | 135 \ 95 мм.рт.ст. |

*Состояние* — удовлетворительное, без выраженной динамики

*Режим:* общеклинический

*Жалобы:* легкая слабость, утомляемость, ночью спал глубоко, пациент отмечает улучшение аппетита

*Пациент проходит назначенный курс лечения.*

|  |  |
| --- | --- |
| Обильное питье |  |
| Tab. Furazolidoni 0,05 | по 2 таблетке 4 раза \ день после еды |
| Tab. Мezym-forte | по 1 таблетке 3 раза \ день |
| Tab. Riboxini 0,2 obductae | по 1 таблетке 3 раза \ день за 1 час до еды |
| Tab.Laevomycetini 0,25 |  по 2 таблетки 4 раза \ день после еды |

**26 мая.**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.4 С 0  |
| Артериальное давление | 135 \ 85 мм.рт.ст. |

*Состояние* — удовлетворительное, стул оформленный 2- 3 раза \день, пациент отмечает уменьшение общей слабости и усталости, повышение аппетита, нормализацию сна

*Режим:* общеклинический

*Жалобы:* отсутствуют

*Больной проходит назначенный курс лечения.*

**ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА.**

**Лечение заболевания:**

**1.** Так как состояние пациента оценивается как средней степени тяжести, то показано:

* промывание желудка с помощью желудочного зонда 2-3 л 2% раствора бикарбоната натрия (температура раствора 18 -20С )
* госпитализация в стационар. Режим — постельный.

**2**. Так как форма сальмонеллеза локализованная — гастроэнтероколитическая, то необходимо отказаться от этиотропного лечения, а основным методом помощи будет патогенетическая терапия:

* дезинтоксикация и регидратация

клиническая картина пациента указывает на обезвоживание, не превышающее I ст (до 3% от массы тела), что является показанием для пероральной регидратации.

*Первичная регидратация* с целью ликвидации имеющегося обезвоживания и интоксикации проводится в объеме 30 - 40 мл\ кг — 68 кг\* 40 мл\ кг = 2800 мл с объемной скоростью введения 1,0 л\ час (за 2 - 4 часа )

Назначение: раствор “Глюкосолан” (“Оралит”) — 3.0 л,подогретый до 40 С, выпить за 3 - 4 часа

*Поддерживающая регидратация* направлена на ликвидацию продолжающихся потерь жидкости и солей, сохраняющегося интоксикационного синдрома.

Назначение: обильное питье — 2 л в сут.

*Для усиления дезинтоксикации и восстановления гемодинамики —* синтетические коллоидные растворы:

|  |
| --- |
| *Recipe:* Sol. Haemodesi — 400,0 |
| *Da tales doses № 3* |
| *Signa:* 400,0 внутривенно капельно ежедневно до снятия интоксикационного синдрома |

* *энтеросорбенты —* для связывания инфекционных агрессоров в желудочно-кишечном тракте

|  |
| --- |
| *Recipe:* Enterodesi — 5,0 |
| *Da tales doses № 50* |
| *Signa:* по 5,0 3 раза \ день до исчезновения интоксикации |

* *ферментные препараты —* для ускорения восстановления функциональной деятельности желудочно-кишечного тракта

|  |
| --- |
| *Recipe:* Tab. Мezym-forte |
| *Da tales doses № 50* |
| *Signa* по 1 таблетке 3 раза \ день во время еды |

* *витамин С — для повышения неспецифического иммунитета*

|  |
| --- |
| *Recipe*: Sol. Acidi ascorbinici 0,1 |
| *Da tales doses № 20 in tabulettis* |
| *Signa*: по 1 таблетке 3 р\ день после еды |

* **Диета** — стол №4 по Певзнеру:

- пища механически и химически щадящая

- исключают цельное молоко, тугоплавкие жиры (сало, сливочное масло), ограничивают употребление углеводов — из-за недостаточности лактазы и нарушения всасывания и переваривания жиров.

- рекомендуются — овсяные и рисовые каши на воде, отварная рыба, паровые котлеты, фрикадельки, фруктовые кисели, творог, неострые сорта сыра

- диету расширять постепенно, по мере улучшения клинического состояния

**Прогноз.**

1. В отношении полного выздоровления — благоприятный

2. Возможные осложнения, опасные для жизни — маловероятны, т.к. заболевание протекает по локализованному варианту (гастроэнтероколитическая форма).

3. В отношении трудоспособности — полное восстановление трудоспособности

**Выписка из стационара.**

После полного клинического выздоровления и отрицательного результата однократного бактериологического исследования кала.

**Сроки временной нетрудоспособности.**

Независимо от профессии допуск к работе\ учебе сразу после выписки из стационара, без дополнительного обследования.

**Диспансеризация.**

Пациенту не показана, т.к. он не относится к декретированной группе населения (работники пищевой промышленности и приравненные к ним).

**Рекомендации.**

1. Соблюдение режима питания — регулярность, полноценность.

2. Диетическое питание — в течение 2-3 мес с исключением острой пищи, алкоголя, тугоплавких животных жиров (сало, сливочное масло).

3. Соблюдение правил личной гигиены.

4. На 2-6 мес освобождение от тяжелого физического труда, занятий интенсивным спортом, работы в неблагоприятных метеоусловиях.

**ЭПИКРИЗ.**

Больной поступил в инфекционное отделение городской больницы №3 15.05.2000 на 3 сутки заболевания.

*При поступлении предъявлял* **жалобы***:*

* жидкий, учащенный ( до 10 раз в сутки), необильный стул с примесью слизи
* легкая болезненность в левой подвздошной области
* тяжесть в эпигастрии, однократная рвота желудочным содержимым без патологических примесей
* слабость, повышенная утомляемость, легкое головокружение, резко сниженный аппетит

Из **анамнеза заболевания**:

Заболевание началось остро, через 1,5 суток после употребления 12.05.2000 пирожного с белковым кремом — предполагаемого источника заражения. Максимальная температура тела — 13.03 вечером (40С), однократная рвота. Ближе к 1 часу ночи началась диарея — вначале стул был обильным, жидким, пенистым, с зеленоватым оттенком, без резкого запаха, однако, постепенно обьем стула стал уменьшаться и приобретать бескаловый слизистый, характер. Позывы к дефекации возникали через каждые 15 -20 минут. 14.05 — консультация хирурга. 15.05 — госпитализация в инфекционное отделение ГБ№3.

При поступлении — состояние средней степени тяжести, t= 38,6С, пульс 110 уд\ мин., при глубокой пальпации живота — умеренная болезненностьв левой повздошной области, спазимрованная сигмовидная кишка.

***Эпидемиологическое заключение:***

1. Источник заражения — не выявлен.

2. Механизм заражения — фекально-оральный;

 путь заражения — алиментарный;

факторы передачи — продукты питания, грязные руки.

Из **семейного анамнеза:** родители здоровы, проживают в г.Томске отдельно от сына.

Аллергический анамнез спокоен.

**Объективный статус —** без особенностей.

В процессе постановки диагноза возникла необходимость про**дифференцировать** состояние пациента между следующими заболеваниями:

1. Пищевой токсикоинфекцией

2. Холерой

3.Иерсиниозом

4. Эшерихиозом

5.Дизентерией

6.Сальмонеллезом

На основании клинической картины и лабораторных данных (выделен Salmonella enteritidis) поставлен

**Диагноз клинический**:

* ***Сальмонеллез (Salmonella enteritidis), гастроэнтероколитическая форма, средняя степень тяжести.***

Во время настоящей госпитализации получал лечение по следующей программе:

1. Для приема внутрь:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **с 16.05.2000** |
| Обильное питье |  |
| Enterodesi  | по 5,0 3 раза\ день до исчезновения интоксикации |
| Tab. Furazolidoni 0,05 | по 2 таблетке 4 раза \ день после еды |
| Tab. Мezym-forte | по 1 таблетке 3 раза \ день |
|  |  **с 18.05.2000** |
| Tab. Riboxini 0,2 obductae | по 1 таблетке 3 раза \ день за 1 час до еды |
| Tab.Laevomycetini 0,25 |  по 2 таблетки 4 раза \ день после еды |

2. Для парентерального введения:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **16.05.2000** |
| Sol. Glucosae 5% Sol. Acidi ascorbinici 5% | 400,0 внутривенно капельно3,0 в системе с глюкозой |
|  |   **17.05.2000** |
| Sol. Rheopolyglucini | 400,0 внутривенно капельно |
| Sol. Haemodesi | 400,0 внутривенно капельно |
| Sol. Natrii adenosintriphosphatis 1% | 1,0 внутримышечно |
|  |   **18.05.2000** |
| Sol. Glucosae 5% Sol. Acidi ascorbinici 5% | 400,0 внутривенно капельно2,0 в системе с глюкозой |
| Sol. Natrii adenosintriphosphatis 1% | 1,0 внутримышечно |
| Sol. Haemodesi | 400,0 внутривенно капельно |
| Sol. Natrii chloridi 0,9% | 400,0 внутривенно капельно |
| Sol. Panangini | 10,0 |
| Sol. Rheopolyglucini | 200,0 внутривенно капельно |

Во время пребывания в стационаре отмечено улучшение состояния больного : прекращение диареи в течение 3 -4 дней после начатого курса лечения в стационаре, появление оформленногостула 2 -3 раза в день. Пациент отмечает уменьшение общей слабости и усталости, повышение аппетита, нормализацию сна.

В настоящее время пациент продолжает лечение в стационаре.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Н.Д.Ящук, Ю.Я.Венгеров; Лекции по инфекционным болезням, в 2-х томах. Издательство “Медицина” Москва 1999.

2. Е.П.Шувалова; Инфекционные болезни, Издательство “Медицина” Москва 1990

3. В.С.Васильев, В.И.Комар, В.М.Цыркунов; Практика инфекциониста, Издательство “Вышейшая школа” Минск 1993

4. М.Д.Машковский; Лекарственные средства, Издательство “Медицина” Москва 1988