Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом эпидемиологии медико-профилактического факультета

Зав. кафедрой: проф. …

Ассистент: …

Куратор: студентка 532 группы…

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**Клинический диагноз: Сальмонеллез (возбудитель** **Salmonella enteritidis),гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелое течение.**

Сопутствующий: Сахарный диабет, тип 2. Гипертоническая болезнь, 2 степени, 2 стадии, группа риска 3. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, 2 функциональный класс.

Начало курации: 11.09.06

Окончание курации: 15.09.06

Барнаул, 2006 год

1. **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

ФИО больной: …

Дата рождения: 25 июня 1952 года

Пол: женский

Возраст: 54 года

Семейное положение: замужем

Домашний адрес: …

Место работы: пенсионерка

Дата настоящего заболевания: 10. 09.06

Дата обращения к врачу: 10.09.06

Дата госпитализации: 11. 09.06г 01.20

Дата выписки:

Дата начала курации: 11.09.06

Дата окончания курации: 15.09.06

Диагноз при поступлении: острый инфекционный гастроэнтерит

Диагноз клинический: Сальмонеллез (возбудитель Salmonella enteritidis), гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелое течение.

Сопутствующий: Сахарный диабет, тип 2. Гипертоническая болезнь, 2 степени, 2 стадии, группа риска 3. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, 2 функциональный класс.

1. **ЖАЛОБЫ**

Больная предъявляет жалобы на головные боли, слабость, головокружения, повышение температуры тела, боли в мышцах, отсутствие аппетита, боли в животе, частый стул, тошноту, рвоту, сухость во рту, жажду. Детализация жалоб: Головные боли давящие, постоянного характера, средней интенсивности. Температура тела повышается до 380С. Боли постоянные, режущего характера в эпигастральной и мезогастральной области, средней интенсивности, без иррадиации. Стул учащен до 3-4 раз в час, обильный, жидкий, пенистый, серо-зеленого цвета, имеет зловонный запах. Тошнота постоянного характера, кратковременно облегчается после рвоты. Рвота многократная, сначала съеденной пищей, позднее слизью.

1. **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больной с 18 часов 10.09.06, когда почувствовала тошноту и умеренные боли в эпигастрии, через полчаса присоединилась рвота, головные боли. Симптомы постепенно нарастали, боли в животе усилились, появились боли в мезогастрии, повысилась температура до 37,80С. Около 20 часов того же дня возник жидкий стул кашицеобразной консистенции, коричневого цвета, который постепенно приобрел зловонный запах, цвет изменился на серо-зеленый. Появилась выраженная слабость, сухость во рту, головокружения при вставании. В 21 час больная вызвала бригаду скорой помощи, диагноз, поставленный врачом скорой помощи, больная не знает. По рекомендации врача принимала активированный уголь (около 20 таблеток) и фуразолидон (2 таблетки). На фоне приема таблеток состояние ухудшалось, температура поднялась до 380С, к прежним симптомам присоединились боли в мышцах, сухость во рту. В 01 час 11.09.06 повторно вызвала скорую помощь, которой и была доставлена в инфекционное отделение городской больницы №5. В приемном покое был поставлен диагноз: Острый инфекционный гастроэнтерит. Температура в момент осмотра в приемном покое 37,80С.

1. **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Больная проживает в благоустроенной квартире вместе с мужем, санитарно-эпидемическая обстановка в семье благополучная, соблюдение санитарно-гигиенических навыков постоянно выполняется. Питается больная дома, воду пьет некипяченую фильтрованную. Контакты с инфекционными больными отрицает. Животных в доме нет. За пределы города в течение месяца не выезжала. Прививки получала по календарю. В детстве перенесла ветряную оспу, краснуху, вирусный гепатит А.

Пищевой анамнез: утром 10.09.06 завтракала одна жареными яйцами, салатом из помидор, творогом со сметаной. Яйца хранились в холодильнике около 5 дней, куплены в магазине. Творог и сметану больная приобрела накануне в магазине, хранила в холодильнике. Помидорами угостила соседка. В обед вместе с мужем ела свежесваренный борщ. За сутки до заболевания, 09.09.06, утром пила чай с малиновым вареньем, ела овсяное печенье; в обед кушала отварной картофель с котлетой, маринованные опята; вечером подогревала то, что осталось с обеда. Что употребляла в пищу 08.09 не помнит.

Контакт с эктопаразитами (вши, блохи, комары), а также присасывание клеща отрицает. Парентеральные медицинские манипуляции в 2000 году (фибромэктомия), в 2004 лечение у стоматолога по поводу пульпита. Немедицинские парентеральные вмешательства, кровно-бытовые контакты отрицает.

1. **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Больная, …, родилась 25 июня 1952 года в благоустроенной семье, вторым ребенком. Росла и развивалась нормально, от сверстников не отставала. Работала учителем в школе, на пенсии с 50 лет.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, проживает в благоустроенной квартире вместе с мужем. Питается дома, режим питания старается соблюдать.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, продолжительностью 3 дня. Беременности 2, окончились родами, без осложнений. Климакс с 45 лет, течение без особенностей.

В детстве перенесла ветряную оспу, краснуху, вирусный гепатит А. Острыми респираторными заболеваниями белеет в среднем 2-3 раза в год. Диагноз сахарного диабета 2 типа поставлен в 1994 году, принимает Буформин по 2 таблетки утром. Гипертоническая болезнь около 10 лет, принимает гипотензивные препараты (моноприл, энап). Операция в 2000 году по поводу фибромы левой молочной железы. Наличие в семье и у родственников туберкулеза, сифилиса, алкоголизма, нервно-психических заболеваний отрицает. Наследственность отягощена по гипертонической болезни и откопатологии.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки (алкоголизм, курение, употребление наркотиков) отрицает.

1. **НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ**

*Общее состояние* больной средней степени тяжести, положение в постели пассивное, сознание ясное, выражение лица страдальческое. Телосложение пропорциональное, конституция гиперстеническая. Рост 164 см, масса тела – 93 кг. Питание повышенное. Температура тела 38,30С.

Кожные покровы бледного цвета, очагов пигментации и депигментации, сосудистых звездочек, расчесов, рубцов, геморрагий при осмотре не обнаружено. Кожные покровы сухие, эластичность снижена, тургор снижен; температура, влажность, чувствительность кожи на симметричных участках тела одинаковая. Форма и структура ногтей не изменена. Видимые слизистые и цвет склер не изменен. Оволосение по женскому типу.

Подкожная жировая клетчатка развита хорошо, наибольшее отложение жира отмечается на передней брюшной стенке, бедрах. Периферических отеков не обнаружено. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

На голенях обеих ног определяются мягкоэластические узлы патологически расширенных и извитых вен, пальпация узлов безболезненна, уплотнения нет.

Голова овальной формы, положение головы прямое, симптом Мюссе отрицательный. Шея прямая. Щитовидная железа не пальпируется, пальпация безболезненна.

Конфигурация суставов не изменена, суставы симметричные. Изменения окраски кожи над суставами не определяется. Мышцы развиты в пределах физиологической нормы, тонус и сила несколько снижены, при пальпации безболезненны; уплотнений при пальпации мышц не выявлено. Деформации суставов и искривления костей не выявлено. Кожная температура над суставами не изменена. Амплитуда движений (активных и пассивных) в суставах не снижена, находится в пределах физиологической нормы, движения безболезненные, суставные шумы не определяются. Выпота в полости суставов, утолщения синовиальной оболочки, наличие «суставных мышей» не определяются. Пальпация безболезненна. Поколачивание костей безболезненное.

*Органы дыхания.*Частота дыхательных движений – 20/мин; дыхание ритмичное, тип дыхания смешанный. Дыхание через нос не затруднено, выделений из носа, экскориаций, корок в носовых ходах нет. Нос прямой, крылья не участвуют в акте дыхания. Зев нормальной окраски, гиперемии нет, миндалины из-за дужек не выступают, лакуны миндалин чистые. Стеноза гортани нет.

Грудная клетка гиперстенической формы, симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, ригидности не обнаружено. Экскурсия грудной клетки 8 см. Голосовое дрожание проводится одинаково в симметричных участках грудной клетки.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки перкуторный звук одинаковый по тембру, ясный легочный.

Верхние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы легких | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Высота стояния верхушек | 4 | 4 |
| Ширина полей Кренига | 6 | 6 |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | Правое легкое (межреберье) | Левое легкое (межреберье) |
| Парастернальная | V | - |
| Среднеключичная | VI | - |
| Переднеаксиллярная | VII | VII |
| Среднеаксиллярная | VIII | VIII |
| Заднеаксиллярная | IX | IX |
| Лопаточная | X | X |
| Паравертебральная | остистый отростокTh XI | остистый отростокTh XI |

Подвижность нижнего легочного края:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Среднеключичная | 5 | - |
| Среднеаксиллярная | 6 | 6 |
| Лопаточная | 5 | 5 |

При аускультации выслушивается ослабленное везикулярное дыхание во всех точках аускультации, хрипов нет. Крепитации и шума трения плевры не выявлено. Бронхофония в симметричных областях проводится равномерно.

*Органы кровообращения.*Дефигураций вобласти сердца не определяется. В области сердца и внесердечной области патологических пульсаций не обнаружено. Визуально верхушечный толчок не определяется.

При пальпации верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 0,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии, имеет площадь 2 см2, высокий, сильный. В области верхушки и на основании сердца систолического и диастолического дрожания нет. Аорта в яремной ямке не пальпируется. Пульс синхронный на обеих руках, частота 98 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Дефицит пульса не выявляется. Пульсация капилляров ногтевых фаланг – отсутствует.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная | Абсолютная |
| Правая | В IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины | В IV межреберье по левому краю грудины |
| Левая | В V межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии | В IV межреберье на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии |
| Верхняя | В III межреберье по левой окологрудинной линии | В IV межреберье по левой окологрудинной линии |

Конфигурация сердца нормальная, размер поперечника сосудистого пучка составляет 5,5 см, длинник сердца – 18 см, поперечник – 15 см.

При аускультации в пяти основных точках выслушиваются ритмичные I и II тоны сердца. Отмечается ослабление I тона на верхушке. Тоны сердца приглушены, частота 98 в минуту, нормокардия, ритм правильный. Дополнительные тоны, щелчок открытия митрального клапана, ритм галопа, а так же патологические внутри- и внесердечные шумы не выслушиваются.

Артериальное давление, как на правой, так и на левой руках одинаковое – 100/70 мм. рт. ст. При аускультации аорты, подключичных, сонных артерий патологических шумов не выслушивается.

*Органы пищеварения.*Углы рта симметричные, губы бледно-розового цвета. Запах изо рта отсутствует, афт, пигментации, кровоизлияний, телеангиоэктаз на слизистой рта нет, слизистая твердого неба и полости рта розового цвета. Десны розовые влажные, без патологических изменений. Больная свободно высовывает язык; язык розовый, сухой, сосочковый слой выражен, трещин, язв не обнаружено, поверхность языка равномерно покрыта беловатым налетом. Тремора нет. Слизистая ротоглотки чистая. Зубы и десна в удовлетворительном состоянии.

Зубная формула: (К – кариес, О – отсутствует, ПП- протез, п-пломба)

О 7 О 5 4 3 2 1 1 2 3 П П 6 О О

О 7 К 5 4 3 2 1 1 2 3 п 5 6 7 О

Живот: округлой формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, симметричный, цвет кожи не изменен, участвует в акте дыхания; при осмотре видимой перистальтики и антиперистальтики не выявляется, венозные коллатерали на передней брюшной стенке не развиты. Окружность живота на уровне пупка 101см.

При пальпации передней брюшной стенки отмечается локальная болезненность в собственно эпигастральной, мезогастральной областях, средней интенсивности, без иррадиации. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Опухолевых образований, грыжевых выпячиваний, грыжевых ворот не обнаружено, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Падалки отрицательный.

При методической глубокой пальпации по Образцову-Стражеско обнаружено следующее:

* в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого плотного безболезненного цилиндра около 3 см в диаметре, не урчащего при надавливании, смещаемого на 3 см.;
* В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде гладкого умеренно плотного цилиндра диаметром 4 см , смещаемого в пределах 2 см., безболезненного, урчащего при надавливании;
* подвздошная кишка и аппендикс не пальпируются;
* восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правом фланке, в виде гладкого плотного безболезненного цилиндра диаметром 3,5 см., не урчит при надавливании, подвижна;
* нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левом фланке, имеет вид гладкого умеренно плотного цилиндра диаметром 3 см, смещаемого на 2 см, безболезненного и не урчащего при пальпации;
* поперечная ободочная кишка представляет собой цилиндр диаметром 4 см, безболезненная, упругая, гладкая, при надавливании не урчит, расположена на 2 см выше пупка.
* пальпация желудка умеренно болезненна, большая его кривизна пальпируется приблизительно на 4 см. выше пупка по обе стороны от средней линии на протяжении 10 см, в виде мягкого, гладкого перистальтирующего валика.
* Поджелудочная железа, селезенка, почки не пальпируются.
* При пальпации нижний край печени гладкий, закругленный, не выступает из под реберной дуги. Поверхность ровная, пальпация безболезненна. Желчный пузырь не пальпируется, френикус-симптом отрицательный.

Перкуторный звук над животом тимпанический. Симптом Менделя отрицательный. Свободной жидкости в брюшной полости нет. При перкуссии печени выявлены следующие размеры (по Курлову):

по срединно-ключичной линии: 10 см,

по передней срединной линии 8 см,

по левой реберной дуге 7 см.

Симптомы Ортнера, Василенко, Захарьина отрицательные.

При перкуссии селезенки выявлены следующие размеры (по Курлову):

поперечный – 4 см.,

продольный – 6 см.

При аускультации органов пищеварения выслушивается усиленный шум перистальтики кишечника, шума трения брюшины не выслушивается. Сосудистые шумы не выявляются.

Функция кишечника: Стул учащен до 20 раз в сутки. Кал обильный, водянистый, зеленого цвета.

*Органы мочевыделения.*В поясничной и надлобковой областях патологических изменений нет. Почки у больной не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Болезненности в поясничной области нет, мочевой пузырь над лобком не выпячивается; при пальпации надлобковой области болезненных ощущений у больной не возникает. Половые органы сформированы по женскому типу, выделений нет. Притупления перкуторного звука в надлобковой области нет. Мочеиспускание произвольное, больная отмечает снижение диуреза до 1 литра в сутки.

*Нервная система.* Судорог, скованности, ригидности затылочных мышц нет. Рефлексы сохранены. Патологических рефлексов нет. Дермографизм белый, средней интенсивности, длительность реакции – 1,5 минуты. Ширина глазных щелей без патологии, открытие глазных щелей равномерное, птоза, косоглазия нет. Зрачки круглые, реакция на свет сохранена, содружественная. Симптом Греффе отрицательный. Острота слуха не изменена, выделения из ушей нет. Надавливание на сосцевидный отросток безболезненное.

Психическая сфера: Сознание ясное, состояние вялое. Бреда, навязчивых галлюцинаций, идей нет.

1. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Исходя из жалоб больной на отсутствие аппетита, боли в животе, частый стул, тошноту, рвоту, сухость во рту – можно предположить, что в патологический процесс вовлечена пищеварительная система.

У больной выделены следующие синдромы:

* Синдром интоксикации: на основании жалоб больной на повышение температуры тела до 380С, озноб, постоянную слабость, головокружения, головные боли давящие, постоянного характера, средней интенсивности. Данных объективного исследования: температура тела 38,30С, положение в постели пассивное, пульс синхронный на обеих руках, частота 98 в минуту.
* Гастритический синдром: на основании жалоб больной на отсутствие аппетита, боли в эпигастральной области постоянные, режущего характера, средней интенсивности, без иррадиации; постоянную тошноту, кратковременно облегчающуюся после рвоты, неоднократную рвоту. Данных объективного исследования: язык розовый, сухой, сосочковый слой выражен, поверхность языка равномерно покрыта беловатым налетом. При пальпации передней брюшной стенки отмечается локальная болезненность в собственно эпигастральной области, средней интенсивности, без иррадиации. Пальпация желудка умеренно болезненна.
* Энтеритический синдром: на основании жалоб больной на боли постоянные, режущего характера в мезогастральной области, средней интенсивности, без иррадиации. Стул учащен до 3-4 раз в час, обильный, жидкий, пенистый, серо-зеленого цвета, имеет зловонный запах. Данных объективного исследования: при пальпации передней брюшной стенки отмечается локальная болезненность в мезогастральной области, средней интенсивности, без иррадиации; при аускультации органов пищеварения выслушивается усиленный шум перистальтики кишечника. Функция кишечника: Стул учащен до 20 раз в сутки. Кал обильный, водянистый, пенистый, зеленого цвета.
* Синдром дегидратации: на основании жалоб больной на слабость, боли в мышцах, постоянную сухость во рту; больная отмечает снижение диуреза до 1 литра в сутки. Данных объективного исследования: положение в постели пассивное, кожные покровы бледные сухие, эластичность снижена, тургор снижен; пульс частотой 98 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, артериальное давление, как на правой, так и на левой руках одинаковое – 100/70 мм. рт. ст. (учитывая склонность больной к гипертонии). Язык розовый, сухой, сосочковый слой выражен. Дермографизм белый, средней интенсивности, длительность реакции – 1,5 минуты (активация симпатической нервной системы).

На основании выделенных синдромов можно предположить у больной острый инфекционный гастроэнтерит. Заболевание, возможно, сальмонеллезной этиологии на основании жалоб больной на частый стул около 20 раз в сутки, обильный, жидкий, пенистый, серо-зеленого цвета, зловонный; на основании данных эпидемиологического анамнеза: утром 10.09.06 завтракала жареными яйцами, которые хранились в холодильнике около 5 дней, куплены в магазине. Подобных заболеваний на данный момент в семье нет. Состояние больной средней степени тяжести на основании повышения температуры до 38,30С, частоты стула до 20 раз в сутки, давность заболевания меньше суток, умеренно выражен синдром дегидратации.

1. **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**
	1. Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, формула,СОЭ)
	2. Общий анализ мочи
	3. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевина, электролиты, рН)
	4. Копрологическое исследование
	5. Исследование кала на яйца глистов
	6. Бактериологическое исследование кала на дисбактериоз, сальмонеллез, условно-патогенную флору, №3, определение чувствительности выделенных штаммов.
	7. Бактериологическое исследование рвотных масс сальмонеллез, условно-патогенную флору, №3.
	8. Серологическое исследование крови методом непрямой гемагглютинации с повтором на 6-7 день
	9. ЭКГ в 6 отведениях.
	10. Кровь на сахар
2. **РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**
	* 1. Общий анализ крови:

Гемоглобин 133 г/л

Лейкоциты 10\*109/л,

СОЭ – 8мм/ч,

Формула:

Эозинофилы – 2%, базофилы – нет, метамиелоциты – нет, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 63%, лимфоциты – 28%, моноциты – 8%.

Заключение: умеренный лейкозитоз.

* + 1. Общий анализ мочи:

количество – 100,0; реакция - щелочная

цвет: соломенно-желтый; прозрачность полная;

уд. вес – 1010; белок и сахар – отрицательно;

Микроскопия осадка: эпителиальные клетки плоские – большое количество,

Почечный эпителий 1-2 в поле зрения,

лейкоциты 5-6 в поле зрения, эритроциты – 1-2.

Цилиндры гиалиновые 0-1 в поле зрения,

Зернистых, восковидных нет.

Заключение: Щелочная реакция мочи может свидетельствовать о гипокалиемии, либо инфекции МВП, может наблюдаться при употреблении щелочных минеральных вод. Появление гиалиновых цилиндров в моче обусловлено скорее всего лихорадкой. Остальные показатели в пределах нормы.

11.09.06 Биохимический анализ крови:

Креатинин 0,11 ммоль/л

Мочевина 10,3 ммоль/л

Na крови 138 мэкв/л

К крови 4,0 мэкв/л

Заключение: повышение уровня мочевины и креатинина крови может свидетельствоваль о сгущении крови вследствие дегидратации (рвота, диарея), наблюдается при гипертермии, а также патологии почек при сахарном диабете и гипертонической болезни. Электролиты в пределах нормы.

11.09.06 Копрограмма:

Цвет – серо-зелеый

Консистенция – жидкая

Лейкоциты – 4-6 в поле зрения

Микроскопия: детрит + +,

Непереваренная клетчатка + +

Переваренная клетчатка + +

Мышечные волокна измененные +

Неизмененные + +

Простейшие не обнаружены

Яйца глистов не обнаружены

Заключение: нарушение желудочного пищеварения, нарушение желчеотделения, внешней секреции поджелудочной железы. Тонкокишечная диспепсия.

* + 1. Сахар крови: 6,46ммоль/л Заключение: норма.

11.09.06 ЭКГ: Ритм синусовый с частотой 110 ударов в минуту, электрическая ось сердца горизонтальная. P=0,10сек, PQ=0,18сек, QRS=0,10сек, QT=0,34сек. Умеренная синусовая тахикардия. Метаболические электролитные изменения в миокарде левого желудочка.

11.09.06 Бактериологическое исследование кала на дисбактериоз, сальмонеллез, условно-патогенную флору: рост Salmonella enteritidis.

1. **ДНЕВНИК**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| дата | Основныепоказатели | Течение болезни | Лечение |
| 11.09.06 | Темп-ра 38,3АД 90/70ЧСС 98ЧД 20 в минДиурез 1,0лВыпито 1,5лВведено в/в 2л | Жалобы на выраженную слабость, головные боли, головокружения, повышение температуры тела, боли в мышцах, отсутствие аппетита, боли в животе, частый стул, тошноту, рвоту, сухость во рту. Самочувствие плохое.Объективно: Состояние больной средней степени тяжести.Кожные покровы бледного цвета, сухие, эластичность снижена, тургор снижен.Частота дыхательных движений – 20/мин; дыхание ритмичное. Зев нормальной окраски, гиперемии нет, миндалины из-за дужек не выступают, лакуны миндалин чистые. При аускультации выслушивается ослабленное везикулярное дыхание во всех точках аускультации, хрипов нет.Пульс синхронный на обеих руках, частота 98 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, частота 98 в минуту, ритм правильный. Артериальное давление, как на правой, так и на левой руках одинаковое – 90/70 мм. рт. ст.При пальпации передней брюшной стенки отмечается локальная болезненность в собственно эпигастральной, мезогастральной областях, средней интенсивности, без иррадиации. Напряжения мышц брюшной стенки нет. При аускультации органов пищеварения выслушивается усиленный шум перистальтики кишечника. Стул учащен до 20 раз в сутки. Кал обильный, водянистый, зеленого цвета.Почки у больной не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Болезненности в поясничной области нет. Мочеиспускание произвольное, больная отмечает снижение диуреза до 1 литра в сутки.Признаки дегидратации умеренно выражены.Назначено исследование: общий анализ крови (гемоглобин, лейкоциты с формулой, СОЭ), кровь на сахар, общий анализ мочи (белок, плотность, реакция, микроскопия), биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты), копрологическое исследование, бактериологическое исследование кала на дисбактериоз, сальмонеллез и условно-патогенную флору, ЭКГ.Необходим контроль артериального давления и диуреза. | 1.Обильное питье.2. левомицетин 0,5 х 3 раза3. Полисорб1т х 3раза4. S. Glucosae5% - 300,0в/в капельно5. S. KCl4% - 30,0в/в капельно6. S. Disoli1200,0в/в капельно7. S Cerukali2,0 в/м при рвоте8. Prednisoloni 90мг на 200,0 физ. раствора в/в капельно, №19. Pentoxyphillini 10,0 на 200,0 физ. раствора в/в капельно |
| 12.09.06 | Темп-ра 37,8АД 100/70ЧСС 92 в миЧД 20 в минДиурез 2,0лВыпито 2лВведено в/в 1,7л | Жалобы сохраняются, больная отмечает небольшое уменьшение слабости, отсутствие тошноты и рвоты, увеличение диуреза, кал стал более зеленым. В остальном без динамики. Самочувствие плохое.Объективно: Состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, тургор несколько снижен.Частота дыхательных движений – 20/мин; дыхание ритмичное, при аускультации выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет.Частота пульса 98 в минуту, ритмичный, среднего наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, частота 92 в минуту, ритм правильный. Артериальное давление, как на правой, так и на левой руках одинаковое – 100/70 мм. рт. ст.При пальпации передней брюшной стенки отмечается локальная болезненность в мезогастральной области, средней интенсивности, без иррадиации. Напряжения мышц брюшной стенки нет. При аускультации органов пищеварения выслушивается усиленный шум перистальтики кишечника. Стул учащен до 15 раз в сутки. Кал обильный, водянистый, зеленого цвета.Мочеиспускание произвольное, диурез 2 литра в сутки.Отмечается положительная динамика в течении заболевания: улучшилось самочувствие, купировались проявления острого гастрита, несколько уменьшился синдром дегидратации (повышение АД, увеличение диуреза, снижение ЧСС).В результатах анализов:В лечении: отмена Церукала. | 1.Обильное питье.2. левомицетин 0,5 х 3 раза3. Полисорб1т х 3раза4. Нолицин 400 мг х 25. Отвар коры дуба ½ стакана х 3 раза6. S. Glucosae5% - 300,0в/в капельно7. S. KCl4% - 30,0в/в капельно8. S. Disoli1200,0в/в капельно9. Pentoxyphillini 10,0 на 200,0 физ. раствора в/в капельно |
| 13.09.06 | Темп-ра 36,8АД 110/80ЧСС 80 вминЧД 18 в минДиурез 2,5лВыпито 2лВведено в/в 1,3 л | Жалобы: стул учащен до 10 раз в сутки, зеленого цвета, менее обильный. Сохраняются боли в мезогастральной области, возникают периодически за несколько минут перед дефекацией. Больная отмечает стихание головных болей, отсутствие головокружения и мышечных болей.Объективно: Состояние больной легкой степени тяжести. Кожные покровы бледного цвета, влажные, эластичность тургор в пределах возрастной нормы;Частота дыхательных движений – 18/мин; дыхание ритмичное, аускультативно выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.Пульс синхронный на обеих руках, частота 80 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, частота 80 в минуту, ритм правильный. Артериальное давление 110/80 мм. рт. ст.При пальпации передней брюшной стенки отмечается локальная болезненность в мезогастральной области, средней интенсивности, без иррадиации. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Диурез 2,5 литра.Динамика течения положительная: степень тяжести состояния больной уменьшилась, самочувствие улучшилось.В лечении: объем раствора Дисоль уменьшить до 800,0 | 1.Обильное питье.2. левомицетин 0,5 х 3 раза3. Полисорб1т х 3раза4. Нолицин 400 мг х 25. Отвар коры дуба ½ стакана х 3 раза6. S. Glucosae5% - 300,0в/в капельно7. S. KCl4% - 30,0в/в капельно8. S. Disoli800,0в/в капельно вечером9. Pentoxyphillini 10,0 на 200,0 физ. раствора в/в капельно |
| 14.09.06 | Темп-ра 36,6АД 120/90ЧСС 75вминЧД 17 в минДиурез 2,5лВыпито 2,0лВведено в/в - | Жалобы: сохраняются жалобы на учащение стула до 7 раз за сутки. Больная отмечает появление аппетита, отсутствие болей в мезогастральной области и повышения температуры. Самочувствие хорошее.Объективно: Состояние больной легкой степени тяжести. Кожные покровы розового цвета, влажные, эластичность тургор в пределах возрастной нормы.Частота дыхательных движений – 17/мин; дыхание ритмичное, аускультативно выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.Частота сокращений сердца 75 в минуту, пульс ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление – 120/90 мм. рт. ст.При пальпации болезненности в собственно эпигастральной, мезогастральной областях нет. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Диурез достаточный.Результат бактериологического исследования: рост Salmonella enteritidis.Коррекция лечения: отмена всех внутривенных инъекций.Поставлен клинический диагноз: Сальмонеллез (возбудитель Salmonella enteritidis), гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелое течение. | 1.Обильное питье.2. левомицетин 0,5 х 3 раза3. Полисорб1т х 3раза4. Нолицин 400 мг х 25. Отвар коры дуба ½ стакана х 3 раза |
| 15.09.06 | Темп-ра 36,6АД 120/90ЧСС 75вминЧД 18 в минДиурез 2,0лВыпито 2,0лВведено в/в - | Жалобы: учащение стула до 4 раз в сутки. Самочувствие, аппетит хорошие.Объективно: Состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы розового цвета, влажные, эластичность тургор в пределах возрастной нормы.Частота дыхательных движений – 18/мин; дыхание ритмичное, аускультативно выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота сокращений сердца 75 в минуту, пульс ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Артериальное давление – 120/90 мм. рт. ст.При пальпации передней брюшной стенки болезненности нет. Напряжения мышц брюшной стенки нет. Диурез достаточный.Лечение то же. | 1.Обильное питье.2. левомицетин 0,5 х 3 раза3. Полисорб1т х 3раза4. Нолицин 400 мг х 25. Отвар коры дуба ½ стакана х 3 раза |

1. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз сальмонеллеза следует проводить с большой группой инфекционных (пищевые токсикоинфекции другой этиологии, острая дизентерия, холера, рожа, вирусный гастроэнтерит, брюшной тиф, грипп, менингит), терапевтических и хирургических (острый инфаркт миокарда, острый аппендицит, холецистит, тромбоз мезентериальных сосудов) заболеваний, а также с отравлениями ядами и солями тяжелых металлов, фосфорорганическими соединениями.

Дифференциальный диагноз с холерой:

* Общими признаками являются синдром дегидратации, диарейный синдром.
* Холера - антропонозная инфекция, сальмонеллез - зооантропонозная, учитывая данные эпидемиологического анамнеза, пациентка в контакт с инфекционными больными не вступала, за границу не выезжала, но этот факт не может полностью исключить диагноз.
* Инкубационный период при сальмонеллезе 12-24 часа, а при холере от нескольких часов до 5 суток. Холера начинается остро с внезапного болезненного поноса. Сальмонеллез начинается с продромы (общеинтоксикационный синдром), период разгара начинается с явлений острого гастрита (боли в эпигастрии, тошнота, рвота), а постепенно присоединяется клиника колита (частый стул, обильный, боли в животе). Учитывая анамнез заболевания, видим постепенное начало с интоксикации, гастрита, а затем колита.
* Кал при холере водянистый, мутновато-белый с плавающими хлопьями, без запаха («рисовый отвар»), объем стула может превышать 1 литр. При сальмонеллезе кал водянистый, сохраняется каловый характер, пенистый, зловонный, цвет от темно-зеленого до желтого. У больной кал имеет характер сальмонеллезного.
* Дегидратация при холере носит более злокачественный характер, развивается в течении нескольких часов, более выражены признаки дегидратации больного. У данной больной от начала заболевания прошло около 9-10 часов, при этом признаки дегидратации выражены умеренно.
* При холере наблюдается фонтанирующая рвота без предшествующей тошноты, у больной тошнота всегда предшествовала рвоте, что характерно для сальмонеллеза.
* В крови для обоих заболеваний характерен лейкоцитоз, увеличение гематокрита, числа эритроцитов, гемоглобина, Хотя для сальмонеллеза умеренный лейкоцитоз до 20 х 109/л, а при холере лейкоцитоз до 6-8 х 1012/л, у больной – 10 х 109/л.
* Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет бактериологическое исследование кала, которое помогает поставить окончательный диагноз по выделенному возбудителю.

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз: Холера.

Дифференциальный диагноз с абдоминальной формой острого инфаркта миокарда:

* Общим для инфаркта и сальмонеллеза является сочетание эпигастральных болей с диспептическими явлениями. Инфаркт миокарда практически всегда сопровождается симптомами общего характера: слабостью, адинамией, тахикардией, падением артериального давления, что имеет место и при сальмонеллезе.
* Для инфаркта характерно наличие отягощенного анамнеза жизни (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), что имеет место у данной больной и требует проведения дифференциального диагноза.
* При инфаркте наблюдается волнообразное усиление боли, возможны иррадиация болей в спину, напряжение брюшной стенки; у больной наблюдались постоянные боли, режущего характера, без иррадиации, средней интенсивности, что больше характерно для сальмонеллеза.
* Инфаркт характеризуется тошнотой, не приносящей облегчения рвотой, икотой, отрыжкой, резким вздутием живота; При сальмонеллезе тошнота приносит облегчение, вздутие живота умеренное, что и наблюдается у данной больной.
* повторная рвота более характерна для сальмонеллеза, при инфаркте рвота чаще однократная, может быть единственным симптомом. У больной была неоднократная рвота.
* Боль при неосложненном инфаркте миокарда обычно длится несколько часов, у больной боль длилась несколько дней.
* поведение больного: чем сильнее боль, тем более характерны попытки изменить позу, больные возбуждены (ходят по комнате, выходят на балкон). У больной выражена слабость, положение в постели пассивное.
* Для сальмонеллеза характерны признаки интоксикации (повышение температуры тела, головные боли и др), для инфаркта это нехарактерно, хотя может быть небольшое кратковременное повышение температуры до субфебрильных цифр. У больной температура тела больше 380С, выражены признаки интоксикации.
* Для инфаркта характерен гипергидроз, признаки острой сердечной недостаточности, у больной выражена сухость кожных покровов, признаков сердечной недостаточности нет.
* Большое место в дифференциальном диагнозе инфаркта миокарда и сальмонеллеза имеет электрокардиографическое исследование, особенно, учитывая отягощенный анамнез жизни. При инфаркте миокарда имеются ЭКГ-признаки: дугообразный подъем сегмента ST выпуклостью вверх, сливающийся с положительным зубец T; появление патологического зубца Q, уменьшение амплитуды зубца R или исчезновение зубца R и формирование QS; наличие QR>=0,03; зубец Q>= 1 мм. У больной инфаркт миокарда исключен по данным ЭКГ, имеются лишь метаболические электролитные изменения в миокарде левого желудочка, что скорее всего обусловлено потерей электролитов.
* В крови при инфаркте повышается содержание ферментов в сыворотке крови (АсАТ, ЛДГ), появляются биомаркёры некроза миокарда: миоглобин, тропонин, КК-МВ. При сальмонеллезе ничего этого нет. Данные обследования больной не проводились.

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз абдоминальной формы острого инфаркта миокарда.

Дифференциальный диагноз с эшерихиозом:

* Общим является диарейный синдром, синдром интоксикации, острое начало заболевания.
* В большинстве случаев интоксикация при эшерихиозе незначительна, при дезентериеподобном эшерихиозе температура поднимается редко до 37,5-380С, а при холероподобном эшерихиозе – отсутствует. У больной температура тела больше 380С, выражены признаки интоксикации, что более характерно для сальмонеллеза.
* При дезентериеподобном эшерихиозе стул учащается до 3-5, редко до 10 раз в сутки, содержит примеси крови и слизи, рвота наблюдается редко, вследствие чего признаки дегидратации развиваются редко. У больной выражены признаки дегидратации, стул учащен до 20 раз в сутки, без крови и слизи, многократная рвота, что характерно для сальмонеллеза.
* Пальпация толстой кишки обычно болезненна во всех отделах, чего нет у данной больной.
* Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет бактериологическое исследование кала, которое помогает поставить окончательный диагноз по выделенному возбудителю.

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз эшерихиоза.

1. **ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Данные лабораторных методов исследования подтвердили наличие у больной острого инфекционного заболевания (умеренный лейкоцитоз), подтверждена клиническая картина гастроэнтерита по данным копрологического исследования: нарушение желудочного пищеварения, нарушение желчеотделения, внешней секреции поджелудочной железы, тонкокишечная диспепсия. Синдром дегидратации, потеря электролитов также подтверждены: повышение уровня мочевины и креатинина крови, щелочная реакция мочи, метаболические электролитные изменения в миокарде левого желудочка.

Кроме того, с помощью бактериологического исследования кала на дисбактериоз, сальмонеллез, условно-патогенную флору выделен возбудитель заболевания - Salmonella enteritidis.

Клинический диагноз: Сальмонеллез (возбудитель Salmonella enteritidis), гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелое течение.

Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, 2 функциональный класс.

Гипертоническая болезнь, 2 степени, 2 стадии, группа риска 3.

Сахарный диабет, тип 2.

1. **ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

Показание к госпитализации: среднетяжелое течение, отягощенный преморбидный фон.

Цель госпитализации: установление точного диагноза с определением этиологического фактора, адекватное лечение.

Режим при выраженной интоксикации и явлениях дегидратации – постельный.

Диета: №4 (механически и химически щадящия). Исключить цельное молоко и тугоплавкие жиры, ограничение употребления углеводов. Рекомендуются овсяные и рисовые каши на воде, паровые котлеты, отварная рыба, фруктовые кисели, творог. После прекращения диареи стол №13.

1. Лечение больных лучше начинать с промывания желудка, особенно если сохраняются тошнота и рвота. Используют 2% раствор бикарбоната натрия или воду. Промывание производят до чистых промывных вод.

**14. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

А. регидратация:

Оральная: в первые 2-4 часа глюкозо-солевые растворы в количестве 2-4 литра, позднее на каждую дефекацию выпивать стакан жидкости.

Учитывая, что у больной выражена интоксикация, сопровождающаяся рвотой целесообразнее подключить к лечению парентаральную регидратацию: Солевые растворы внутривенно капельно, лучше использовать Раствор Дисоль содержащий в 1 л натрия хлорида 6 г, натрия ацетата 2 г; Растворы оказывают гемодинамическое действие, уменьшая гиповолемию, препятствуют сгущению крови и развитию метаболического ацидоза, улучшают капиллярное кровообращение, усиливают диурез, оказывают дезинтоксикационное действие. Применяют для борьбы с обезвоживанием и интоксикацией организма при различных заболеваниях (острая дизентерия, пищевая токсикоинфекция и др.) При применении трисоля, ацесоля, хлосоля, квартасоля, содержащих ионы калия, необходимо учитывать возможность развития гиперкалиемии.

Rp: S. Disoli 400

D.t.d. №8 in amp.

S: По 1200мл вводить внутривенно капельно подогретый до 380С 1 раз в день

Учитывая, что у больной теряется калий, назначить препараты калия вместе в глюкозой и инсулином:

Rp: S. Kalii Chloridi 4% -30,0

S. Glucosae 5% - 300,0

S. Insulini 4ED

M.D.S.: Вводить в/в капельно 1 раз в день

Б. Улучшение микроциркуляции. Для этой цели можно использовать Трентал, который улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови. Оказывает сосудорасширяющее действие и улучшает снабжение тканей кислородом. Блокирует аденозиновые рецепторы. Ингибирует фосфодиэстеразу и способствует накоплению в тромбоцитах цАМФ. Уменьшает агрегацию тромбоцитов и приводит к их дезагрегации, повышает эластичность (деформируемость) эритроцитов, снижает вязкость крови. Противопоказания: острый инфаркт миокарда, массивные кровотечения, тяжелый склероз коронарных сосудов и сосудов мозга.

Rp: S. Trentali 2 % - 5 ml

D.t.d. №5 in ampullis

S.: Вводить внутривенно на 200мл физраствора 1 раз в день.

В. Дезинтоксикация

Для купирования признаков интоксикации можно назначить индометацин на один день. Кроме того дезинтоксикационную терапию оказывают регидратирующие препараты.

Rp: Tab. Indometacini 0,25

D.S.: Принимать по 2 таблетки 3 раза в течение 12 часов.

Г. Энтеросорбенты

Для этой цели назначить Энтеродез. Препарат назначают взрослым при токсических формах острых инфекционных, желудочно-кишечных заболеваний (дизентерия, сальмонеллез и др.), пищевых токсикоинфекциях, острой печеночной и почечной недостаточности, токсикозах беременных и других видах интоксикаций.

Энтеродез связывает токсины, поступающие в желудочно-кишечный тракт или образующиеся в организме, и выводит их через кишечник. Лечебный эффект обычно развивается через 15 - 30 мин после приема препарата.

Принимают внутрь в дозе 5 г 1 - 3 раза в сутки до исчезновения явлений интоксикации (2 - 7 дней). Препарат противопоказан при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и других язвенных процессах в кишечнике и пищеводе, при бронхиальной астме.

Rp.: Enterodesi 5,0

D.t.d. № 15

S.: Перед употреблением растворить 5 г порошка в 100 мл кипяченой воды (можно добавить сахар или фруктовый сок), принимать 3 раза в сутки.

Д. Вяжущие

Для этого можно применить смесь из двух препаратов Танальбина и Висмута основного. Висмут принимают в качестве вяжущего и антацидного средства при желудочно-кишечных заболеваниях (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энтериты, колиты). Танальбин оказывает свое действие лишь в кишечнике, постепенно расщепляется, выделяя свободный танин. Применяют как вяжущее средство при острых и хронических заболеваниях кишечника (понос). Танальбин и другие вяжущие средства должны применяться при инфекционных заболеваниях кишечника (в том числе дизентерийного происхождения) только в качестве вспомогательных средств в дополнение к специфическим методам лечения.

Rр.: Таnnalbini

Bismuthi subnitratis aа 0, 3

М.f. рulv.

D.t.d. N. 12

S. По 1 порошку 3 - 4 раза в день

**15. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

Антибиотики. Фуразолидон эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий. Из возбудителей кишечных инфекций наиболее чувствительны к фуразолидону возбудители дизентерии, сальмонеллеза, брюшного тифа и паратифов. По сравнению с фурадонином, фуразолидон более активен в отношении грамотрицательных бактерий, он также менее токсичен. При приеме фуразолидона внутрь относительно часто появляются тошнота, рвота, снижается аппетит. В отдельных случаях возможы аллергические реакции (экзантемы и энантемы). Для уменьшения побочных реакций фуразолидон рекомендуется запивать большим количеством жидкости, а при необходимости, уменьшать дозу, назначать противогистаминные препараты, кальция хлорид, витамины группы В. При выраженных побочных явлениях прием препарата прекращают. Противопоказания: повышенная индивидуальная чувствительность (идиосинкразия). С осторожностью следует назначать препарат при нарушении функции почек. Не рекомендуется принимать препарат свыше 10 дней, при лечении кишечных инфекций срок антибиотикотерапии составляет 4-5 дней. Дают по 0, 1 - 0, 15 г (взрослым) 4 раза в сутки (после еды).

Rp: Tab. Furasolidoni 0,05

D.S.: По 2 таблетки 4 раза в день, запивая большим количеством воды.

**16. ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА**

В остром периоде лучше использовать Бактисубтил, позднее Бификол, Бифидумбактерин.

**17. ЛЕЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ**

Следует отказаться от лечения гипотензивными препаратами.

Больная принимает Буформин по поводу сахарного диабета, который противопоказан при инфекционных болезнях, поэтому целесообразно перевести больную на простой инсулин до конца лечения.

Rp: S. Insulini

D.S.: Вводить подкожно утром 6ЕД, в обед 12ЕД, вечером 6ЕД за 15 - 30 мин до еды.

1. **ПРОФИЛАКТИКА**

Специфической профилактики нет.

Для пациентки профилактика должна быть направлена главным образом на: 1.уничтожение возбудителя в пищевых продуктах – правильная кулинарная и оптимальная термическая обработка пищевых продуктов. Яйца необходимо варить 10-15 минут, кусок мяса массой 400г -2,5 часа.

2. предупреждение размножения сальмонелл в пищевых продуктах – хранение в соответствующих условиях.

3. предупреждение попадания сальмонелл на пищевые продукты.

1. **ЭПИКРИЗ**

Больная …, 54 года поступила в инфекционное отделение городской больницы №5 11.09.06 с диагнозом: Острый инфекционный гастроэнтерит. Сахарный диабет, тип 2. Гипертоническая болезнь, 2 степени, 2 стадии, группа риска 3. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, 2 функциональный класс. Показанием к госпитализации явилось среднетяжелое течение заболевания, преморбидный фон. При поступлении предъявляла жалобы на головные боли давящие, постоянного характера, средней интенсивности; повышение температуры тела до 380С; постоянные боли, режущего характера в епигастральной и мезогастральной области, средней интенсивности, без иррадиации. Стул учащен до 3-4 раз в час, обильный, жидкий, пенистый, серо-зеленого цвета, имеет зловонный запах. Тошнота постоянного характера, кратковременно облегчается после рвоты. Рвота многократная, сначала съеденной пищей, позднее слизью.

Было проведено исследование: Общий анализ крови: Гемоглобин 133 г/л; Лейкоциты 6,9\*109/л; СОЭ – 8мм/ч, Формула: Эозинофилы – 2%, базофилы – нет, метамиелоциты – нет, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 63%, лимфоциты – 28%, моноциты – 8%.

Общий анализ мочи: количество – 100,0; реакция – щелочная; цвет: соломенно-желтый; прозрачность полная; уд. вес – 1010; белок и сахар – отрицательно; Микроскопия осадка: эпителиальные клетки плоские –большое количество, Почечный эпителий 1-2 в поле зрения, лейкоциты 5-6 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения; Цилиндры геалиновые 0-1 в поле зрения, Зернистых, восковидных нет.

Биохимический анализ крови: Креатинин 0,11 ммоль/л; Мочевина 10,3 ммоль/л; Na крови 138 мэкв/л; К крови 4,0 мэкв/л

Копрограмма: Цвет – серо-зелеый. Консистенция – жидкая. Лейкоциты – 4-6 в поле зрения. Микроскопия: детрит + +, Непереваренная клетчатка + + Переваренная клетчатка + +. Мышечные волокна измененные +; Неизмененные + +; Простейшие не обнаружены. Яйца глистов не обнаружены.

Сахар крови: 6,46ммоль/л

ЭКГ: Ритм синусовый с частотой 110 ударов в минуту, электрическая ось сердца горизонтальная. P=0,10сек, PQ=0,18сек, QRS=0,10сек, QT=0,34сек. Умеренная синусовая тахикардия. Метаболические электролитные изменения в миокарде левого желудочка.

Бактериологическое исследование кала на дисбактериоз, сальмонеллез, условно-патогенную флору: рост Salmonella enteritidis.

Проведено лечение: антибиотикотерапия (Нолицин 400 мг х 2, . левомицетин 0,5 х 3 раза), регидратация, восполнение электролитов (S. Disoli, S. KCl, S. Glucosae 5% ), улучшение микроциркуляции (Pentoxyphillini 10,0 на 200,0 физ. раствора в/в капельно), противорвотные (S Cerukali2,0 в/м), сорбенты (Полисорб 1т х 3раза), Prednisoloni 90мг на 200,0 физ. раствора в/в капельно, №1, Отвар коры дуба ½ стакана х 3 раза.

На фоне проведенного лечения за время курации состояние больной значительно улучшилось, симптомы заболевания купировались, сохраняется необильный жидкий стул до 4 раз в сутки.

Клинический диагноз: Сальмонеллез (возбудитель Salmonella enteritidis), гастроинтестинальная форма, гастроэнтеритический вариант, среднетяжелое течение. Сахарный диабет, тип 2. Гипертоническая болезнь, 2 степени, 2 стадии, группа риска 3. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, 2 функциональный класс.

Источником инфекции в данном случае может быть больная птица, острый или хронический носитель, занимающий декретированную должность.

Фактором передачи послужили яйца, которые больная употребляла в пищу за 9 часов до начала заболевания.

Механизм заражения – алиментарный.

Путь передачи – пищевой.

Механизм передачи – фекально-оральный.

Выписка из стационара производится после клинического выздоровления при наличии отрицательного результата бактериологического исследования кала. Диспансеризации в данном случае не требуется.

Рекомендации: Исключить раздражающие вещества, алкоголь на 1 месяц. Соблюдать санитарно-гигиенические мероприятия, меры профилактики.

1. **ПРОГНОЗ**

Для данной больной благоприятный. Возможно развитие острого или хронического бактериовыделения. Повторное заражение не исключается.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Инфекционные болезни. / Е.П. Шувалова, Е.С. Белозеров, Т.В. Беляева, Е.М. Змушко. //Учеб. пособие для вузов. – Ростов н/Д: Издательство «Феникс», 2001год – С. 125-144, 164-178.

2. Лекции по инфекционным болезням./ Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. В двух томах – Москва: ВУНМЦ, 1999 год – том 1, С. 114-127

3. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И Брико, Б.К. Данилкин. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2004 год – С. 528-538.

4. Кардиология. / А.В. Кузнецова, А.В. Молчанов, И.В. Осипова и др. // Учеб.-метод. Пособие. – г. Барнаул. – 1994. – С. 34-64.