ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

**Ф.И.О.** x

**Возраст:** 19 лет

**Дата рождения:**

**Адрес больного:**

**Место работы:**

**Дата заболевания:**

**Дата обращения:**

**Дата поступления:**

**Диагноз направившего учреждения:** менингит ?

**Диагноз при поступлении:** менингит

**Диагноз клинический:**

**ОСН:** вирусный серозный менингит

ЖАЛОБЫ

На 16 день заболевания, 14 день в клинике больной предъявляет жалобы на общую слабость, быструю утомляемость.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Заболел 7 апреля 1997 года, когда появилась интенсивная головная боль, слабость. К вечеру этого же дня присоединилась многократная рвота, повысилась температура до 38,6С, появилась общая слабость. На следующий день состояние не улучшилось, сохранялись головная боль, высокая температура, рвота была 5 раз за сутки. Самостоятельно не лечился. Обратился к врачу 9 апреля. Был направлен к ЛОР-врачу, выполнена рентгенография придаточных пазух носа для исключения гайморита. Осмотрен невропатологом, был заподозрен менингит. Направлен в клинику для консультации. При поступлении состояние средней тяжести, температура — 37,9С, вялость, адинамия, в подмышечных впадинах, внутренней поверхности предплечья единичные элементы розовой мелкой пятнисто-папулезной сыпи, склерит, конъюнктивит, умеренная ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные, птоз левого глаза, сглаженность носо-губной складки слева, девиация языка влево, слабость приведения слева. Поставлен предварительный диагноз: менингит.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Больной x, 1977 года рождения. Туберкулезом, тифами, гепатитами, малярией, венерическими заболеваниями не болел. Хронические заболевания, черепно-мозговые травмы, аллергические реакции отрицает.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Проживает в благоустроенной квартире. С инфекционными больными контакта не имел. За пределы области не выезжал. Гемотрансфузий не было. Накануне заболевания отмечает переохлаждение. В ВУЗе, в котором учится больной, были случаи эпидемического паротита.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Состояние больного средней тяжести. Сознание ясное. Температура ­ 36,6С°. Кожные покровы чистые. Слизистая зева без изменений, миндалины не увеличены. Симптомы Грефе, Мебиуса отрицательные. Зрачки одинакового диаметра, нистагм отсутствует. Лимфоузлы не увеличены Подкожная клетчатка выражена достаточно, толщина кожной складки на животе ­ 3 см. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена.

Симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные, ригидности мышц затылка нет.

Деформации костей и суставов не обнаружено, хруста при движении нет.

Дыхание через нос свободное. Частота дыхания ­ 16 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно в легких везикулярное дыхание.

Пульсации шейных сосудов нет. Пульс ритмичный, частота — 66 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, нормальной величины. АД — 130/80. Границы сердца не расширены. Тоны сердца громкие, без дополнительных шумов.

Живот мягкий, безболезненный. Петли кишечника обычных свойств, безболезненные. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный. Мочеиспускание не затруднено.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Учитывая жалобы больного на интенсивные головные боли, общую слабость, вялость, адинамию, многократную рвоту, повышение температуры, выявляемые при объективном исследовании умеренную ригидность мышц затылка, птоз левого глаза, сглаженность носо-губной складки слева, девиацию языка влево, слабость приведения слева можно заподозрить у него менингит.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови, общий анализ мочи, мазок из зева на флору с определением чувствительности к антибиотикам, спинномозговая пункция, анализ ликвора.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

***Общий анализ крови от 10.04.97:*** эритроциты ­ 4,8\*1012/л, Нb ­ 160 г/л, ЦП ­ 1,0; СОЭ ­ 10 мм/ч, лейкоциты ­ 7,0\*109/л, эозинофилы ­ 1%, нейтрофилы: палочкоядерные ­ 8%, сегментоядерные ­ 57%, лимфоциты ­ 22%, моноциты ­ 12%.

В анализе крови определяется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз.

***Биохимический анализ крови от 10.04.97:*** сахар — 3,92 ммоль/л, мочевина — 5,42 ммоль/л.

Биохимический анализ крови без патологии.

***Общий анализ мочи от 10.04.97:*** цвет ­ светло-желтый, уд. вес ­ 1016, белок ­ нет, сахар — нет.

Анализ мочи без патологии.

***Исследование ликвора от 10.04.97:*** цвет — бесцветный, прозрачность — слабомутный, реакция Панди — +++, белок — 520 мг/л, сахар — 1,93 ммоль/л, хлориды — 122 ммоль/л, цитоз — 229 клеток в 1 мкл, лейкоциты — 1-2 в п/зр, нейтрофилы — 75%, лимфоциты — 25%, эритроциты — 18-40 в п/зр.

В анализе ликвора гипогликорахия, протеинрахия, преимущественно нейтрофильный цитоз.

***РНГА с паротитным антигеном:*** отрицательная.

***Мазок из зева на флору:*** гемолитический стрептококк, чувствительный к ампициллину и оксациллину. *Neisseria meningitidis* не обнаружена.

***Бактериологическое исследование ликвора:*** патогенной флоры нет.

ЛЕЧЕНИЕ

**Этиотропное лечение:** ввиду вирусной природы заболевания не назначается.

**Патогенетическое лечение:**

1. Дезинтоксикационная терапия: проведение форсированного диуреза — назначение кристаллоидных растворов (изотонический раствор NaCl, раствор Рингера) в объеме 800 мл/сут, коллоидных растворов (реополиглюкин, желатиноль) в объеме 400 мл/сут, 5% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой в объеме 400 мл/сут. При этом вводиться лазикс в дозе 80 мг. Введение растворов осуществляется под контролем диуреза.
2. Противогистаминовые препараты: диазолин в дозе 0,15 г/сут или тавегил в дозе 2 мг/сут, глюконат кальция 1,5 г/сут.
3. Кортикостеридные препараты: преднизолон в дозе 40 мг/сут или дексаметозон в дозе 3 мг/сут.
4. Профилактика гипергидратации головного мозга: достигается путем введения мочегонных средств (лазикс) при проведении форсированного диуреза.
5. Улучшение энергообеспечения головного мозга и других тканей организма: АТФ, кокарбоксилаза, витамины С, В1, В6, РР, аскорутин.

Rp: Sol. Natrii chloridi isotonica 800 ml

 S. Для в/в введения по 400 мл 2 раза в день.

Rp: Sol. “Lasix” n.10

 S. По 2 ампулы в/в 2 раза в сутки при проведении форсированного диуреза

Rp: Tab. Prednisoloni 0,005

 D.t.d.n. 50

 S. По 4 табл. утром, 2 — в обед и 2 — вечером внутрь.

Rp: Tab. “Ascorutinum” n.20

 D.S. По 1 таб. 3 р. в день

Rp: Dr. Diazolinum 0,05

 D.t.d.n. 40

 S. По 1 таб. 3 р. в день

Rp: Tab. Calcii gluconatis 0,5

 D.t.d.n. 40

 S. По 1 таб. 3 р. в день

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Учитывая жалобы больного и данные объективного исследования можно заподозрить у него менингит. Необходимо дифференцировать тип менингита у больного: вирусный, бактериальный или туберкулезный. Для всех этих менингитов характерны интенсивная головная боль, общая слабость, вялость, адинамия, многократная рвота, повышение температуры, ригидность мышц затылка, что наблюдается у данного больного. Однако начало заболевания острое, что характерно для вирусного и бактериального менингита и нехарактерно для туберкулезного менингита, который обычно развивается на фоне тяжелого генерализованного туберкулезного поражения.

Наиболее ценным методом исследования при менингите является исследование ликвора. Для бактериального менингита характерны помутнение ликвора, положительная осадочная реакция Панди, резко снижение количества глюкозы, высокий цитоз (от 100 до 10000 в 1 мкл), преобладание нейтрофилов (от 50 до 100%). Для серозного менингита характерны слабое помутнение ликвора, слабоположительная реакция Панди, содержание глюкозы в норме или слегка снижено, цитоз невысокий (50-2000 в 1 мкл), преобладание лимфоцитов (от 80 до 100%). Окончательно подтвердить тот или иной диагноз позволяет бактериологическое исследование ликвора, которое позволяет определить возбудителя в 80% случаев, а у данного больного патологической флоры обнаружено не было. Таким образом у данного больного больше данных за вирусный серозный менингит.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Учитывая результаты лабораторных методов исследования больному можно поставить окончательный диагноз:

 **ОСН:** вирусный серозный менингит.

ЭПИКРИЗ

Больной x, 1977 года рождения, поступил в инфекционное отделение ГБ№1 9 апреля 1997 года с жалобами на интенсивную головную боль, слабость, многократную рвоту, повышение температуры до 38,6С. Заболел 7 апреля 1997 года, когда появилась интенсивная головная боль, слабость. К вечеру этого же дня присоединилась многократная рвота, повысилась температура, появилась общая слабость. На следующий день состояние не улучшилось, сохранялись головная боль, высокая температура, рвота была 5 раз за сутки. Самостоятельно не лечился. Обратился к врачу 9 апреля. Был направлен к ЛОР-врачу, выполнена рентгенография придаточных пазух носа для исключения гайморита. Осмотрен невропатологом, был заподозрен менингит. При поступлении состояние средней тяжести, температура — 37,9С, вялость, адинамия, в подмышечных впадинах, внутренней поверхности предплечья единичные элементы розовой мелкой пятнисто-папулезной сыпи, склерит, конъюнктивит, умеренная ригидность мышц затылка, симптомы Кернига и Брудзинского отрицательные, птоз левого глаза, сглаженность носо-губной складки слева, девиация языка влево, слабость приведения слева. Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно в легких везикулярное дыхание. Пульс ритмичный, частота — 66 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, нормальной величины. АД — 130/80. Границы сердца не расширены. Тоны сердца громкие, без дополнительных шумов. Живот мягкий, безболезненный. Петли кишечника обычных свойств, безболезненные. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный. Мочеиспускание не затруднено. Поставлен предварительный диагноз: менингит. Туберкулезом, тифами, гепатитами, малярией, венерическими заболеваниями не болел. Хронические заболевания, черепно-мозговые травмы, аллергические реакции отрицает. Проживает в благоустроенной квартире. С инфекционными больными контакта не имел. За пределы области не выезжал. Гемотрансфузий не было. Накануне заболевания отмечает переохлаждение. В ВУЗе, в котором учится больной, были случаи эпидемического паротита.

Данные дополнительных методов обследования:

***Общий анализ крови от 10.04.97:*** эритроциты ­ 4,8\*1012/л, Нb ­ 160 г/л, ЦП ­ 1,0; СОЭ ­ 10 мм/ч, лейкоциты ­ 7,0\*109/л, эозинофилы ­ 1%, нейтрофилы: палочкоядерные ­ 8%, сегментоядерные ­ 57%, лимфоциты ­ 22%, моноциты ­ 12%.

***Биохимический анализ крови от 10.04.97:*** сахар — 3,92 ммоль/л, мочевина — 5,42 ммоль/л.

***Общий анализ мочи от 10.04.97:*** цвет ­ светло-желтый, уд. вес ­ 1016, белок ­ нет, сахар — нет.

***Исследование ликвора от 10.04.97:*** цвет — бесцветный, прозрачность — слабомутный, реакция Панди — +++, белок — 520 мг/л, сахар — 1,93 ммоль/л, хлориды — 122 ммоль/л, цитоз — 229 клеток в 1 мкл, лейкоциты — 1-2 в п/зр, нейтрофилы — 75%, лимфоциты — 25%, эритроциты — 18-40 в п/зр.

***РНГА с паротитным антигеном:*** отрицательная.

***Мазок из зева на флору:*** гемолитический стрептококк, чувствительный к ампициллину и оксациллину. *Neisseria meningitidis* не обнаружена.

***Бактериологическое исследование ликвора:*** патогенной флоры нет.

Больному назначено лечение: изотонический раствор NaCl — 800 мл/сут, реополиглюкин — 400 мл/сут, 5% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой — 400 мл/сут. При этом вводиться лазикс в дозе 80 мг; диазолин — 0,15 г/сут, глюконат кальция — 1,5 г/сут, преднизолон — 40 мг/сут, АТФ, кокарбоксилаза, витамины С, В1, В6, РР, аскорутин.

За время лечения в клинике состояние больного улучшилось, прекратилась рвота, снизилась температура, исчезли головные боли, отсутствует неврологическая симптоматика.

Прогноз для жизни, выздоровления и восстановления трудоспособности благоприятный.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: Руководство для врачей / Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л.­ Л.: Медицина, 1991.­ с. 68-70.
2. Менингиты: Лекция. Тестовые задания для контроля за усвоением материала лекции/ И.А.Зайцев.— Донецк, 1997.—38 стр.
3. Пособие к практическим занятиям по курсу инфекционных болезней/ Л.С.Бондарев.— Донецк, 1995.— с. 12-14
4. Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней / Под ред. А.Ф. Фролова, Б.Л. Угрюмова, Е.К. Тринуса.­ 2-е изд., перераб. и доп.­К.: Здоров’я, 1987.­ с. 226-230.
5. Справочник по инфекционным болезням.­ 3-е изд., перераб. и доп.­ М.: Медицина, 1986.­ с. 230-233.