

КЛИНИЧЕСКИ
Й
СЛУЧАЙ

- **Пациент: М. Кайрат**
- **Год рождения 1974**
- **Проживает по адресу: город Семей**
- **Место работы: разнорабочий**



- **Жалобы при поступлении:**
- Был доставлен в сопорозном сознании. Со слов жены беспокоила сильная головная боль, высокая температура тела , кашель с мокротой.



ANAMNESIS MORBI

- Заболевание началось постепенно с 6.11.14 с развитием гриппоподобного состояния с катаральными симптомами, 10.11.14г состояние ухудшилась, повысилась температура до 38,5 С , усилилась головная боль, кашель, однократно была рвота. Принимал парацетамол, который оказывал кратко временный эффект. 11.11.14г с утра перестал отвечать на вопросы, стал неадекватным, вызвали скорую помощь , доставлен в ГИБ.



ANAMNESIS VITAE

Вирусный гепатит, туберкулез,
вен. заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез:
не отягощен




Эпидемиологический анамнез

Работает разнорабочим, часто на улице. Материально-бытовые условия неудовлетворительные. Контакт с инфекционными больными не установлен. Курит, употребляет алкоголь.



STATUS PRAESENS

- ❑ **Объективно:** Общее состояние тяжелое , уровень сознания – сопор, реагирует на сильные раздражители, периодически открывает глаза, на вопросы не отвечает.
 - ❑ Кожные покровы смуглой окраски, сухие. Сыпи нет. В зеве миндалины гиперемированы, увеличены, налетов нет. Пальпируются мелкие шейные лимфатические узлы слева. При надавливании на козелок левого уха гримаса боли.
 - ❑ **Менингеальные знаки:** ригидность затылочных мышц 4-5п/п, симптом Кернига- положительный, нижний Брудзинский- положительный.
 - ❑ Патологические рефлексy – симптом Бабинского.
 - ❑ Видимых очаговых симптомов нет.
 - ❑ Зрачки умеренно расширены, реакция на свет сохранена.
- 

- В легких с обеих сторон ослабленное везикулярное дыхание, больше слева. Сердечные тоны приглушены. ЧДД 17 в мин. ЧСС 76 уд/мин, АД 110/70 мм.рт.ст.
- Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул жидкий, до 4х раз. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.



**Ваши
гипотезы?**




- Первичный гнойный менингит(пневмококковый, менингококковый)
- Вторичный гнойный менингит
- Первичный серозный менингит (энтеровирусный)
- Вторичный серозный менингит(туберкулезный менингит)
- Абцесс мозга
- Менингоэнцефалит не установленного генеза.
- Отек мозга
- Опухоль мозга



**▣ Обоснование
предварительного
диагноза**



□ На основании

- **жалоб:** на сильную головную боль ,повышение температуры тела 38,5 , кашель с мокротой.
 - анамнеза заболевания: постепенное начало в течении 3-4 дней в виде катаральных симптомов, недомогания, слабости.
 - Резкое ухудшение состояния на 4-5 день болезни с повышением температуры до 38,5 С, усилением головной боли, однократной рвоты, сильного кашля.
 - 11.11.14г с утра перестал отвечать на вопросы, состояние неадекватное, вызволи скорую помощь , доставлен в ГИБ.
 - **эпид. анамнеза.** Заболевание связывает с переохлаждением.
- 

- **Объективных данных:** Общее состояние тяжелое , уровень сознания сопор.
- Менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц 4-5п/п, Кернига- положительный, нижний Брудзинский- положительный.
- Положительный симптом Бабинского.
- Выставлен предварительный диагноз:
Острая респираторная вирусная инфекция тяжелой степени, осложненная серозным менингитом.



- В динамике состояние больного оставалось тяжелым, с тенденцией к ухудшению: сохраняется высокая температура, был судорожный синдром, хуже реагирует на раздражители.
- На пробы пенициллина, меронипама была аллергическая реакция в виде сыпи.
- Дополнительно к анамнезу длительное время болело левое ухо, было гноетечение.



ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

- ОАК
- ОАМ
- БХК (общий, мочевины, креатинин, глюкоза, АЛТ, АСТ, общий бил, прямой бил, Тимолова проба)
- Коагулограмма
- Спинномозговая пункция
- Анализ спинномозговой жидкости
- Рентгенография легких
- Рентгенограмма ППН
- Рентгенограмма височной кости



- УЗИ брюшной полости
- ЭКГ
- КТ височных костей
- Консультация Невропатолога
- Консультация Терапевта
- Консультация ЛОР врача
- Консультация врача реаниматолога
- Консультация фтизиатра



ОАК

Наименование	11.11.14	12.11.14
Гемоглобин	148 г/л	151 г/л
Эритроциты	$4,44 \cdot 10^{12}$ /л	$4,55 \cdot 10^{12}$ /л
СОЭ	10 мм/ч	54 мм/ч
Лейкоциты	$22,5 \cdot 10^9$ /л	$27 \cdot 10^9$ /л
П/я нейтрофилы	12%	10%
С/я нейтрофилы	80%	80 %
Эозинофилы		
Моноциты		
Лимфоциты	8%	10%

БХА ОТ 12.11.14Г

ОБЩИЙ БЕЛОК - 68Г/Л

МОЧЕВИНА - 5,8Г/Л

КРЕАТИНИН - 74,0 ММОЛЬ/Л

ГЛЮКОЗА - **6,3ММОЛЬ/Л**

АЛТ – 0,24 МККАТ/Л

АСТ – 0,12 МККАТ/Л

ОБЩИЙ БИЛИРУБИН – 15,04 ММОЛЬ/Л

ПРЯМОЙ БИЛИРУБИН – 5,64ММОЛЬ/Л

ТИМОЛОВАЯ ПРОБА - 2,8 ЕД

ДИАСТАЗА - 1,0



ОАМ от 12.11.2014 г.

Цвет- сол - желтый

Прозрачность-полная

Плотность-1009

Лейкоциты- 1-3 в/пз

Белок 0,033г/л



КОАГУЛОГРАММА ОТ 12.11.14

- Протромбин время – 22 сек
- Протромбин индекс – 64%
- Межд. Нормализованное отношение – 1,70
- Фибриноген – 3774
- Этаноловый тест - отрицает



Анализ спинномозговой жидкости от 11.11.14:

Количество -1,5 мл.

Цвет - бесцветный.

Прозр - слабо мутный

Цитоз неисчеслим.

Лимфоциты- 5%,

Нейтрофилы-95,

Белок-0.495

При прямой бактериоскопии сплочь обнаружены гр-диплококки схожие по морфологии с менингокками.



- **Рентгенограмма легких от 12.11.14 :**
очаговая пневмония верхней доли левого легкого. Признаки бронхита. Контроль через 10 дней для исключения очагового туберкулеза слева .
- **Рентгенограмма ППН от 12.11.14:**
двухсторонний экссудативный гайморит , фронтит.
- **Рентгенограмма височной кости от 12.11.14г**
проекционные искажения из-за состояния пациента.



- **КТ височный костей от 13.11.14г:** КТ признаки острого гнойного среднего отита, мастоидита справа, с частичной деструкцией задней-верхней стенки, ограниченного мастоидита слева. Двухстороннего экссудативного (гнойного?) гайморита, этмоидита.
- **УЗИ брюшной полости от 12.11.14:** признаки холецистита, нефропатия.
- **ЭКГ от 12.11.14г:** синусовый ритм, ЧСС 72в/мин. Отклонение ЭОС вправо. Гипертрофия обеих желудочков. Нарушение процессов реполяризации.



- **Консультация невропатолога от 11.11.14г:**
Д/з: гнойный менингит.
- **Консультация терапевта от 12.11.14г:** Д/з :
внебольничная верхнедолевая очаговая
пневмония левого легкого, острое течение
невыясненной этиологии. ДНО
- **Осмотр лор врача от 13.11.14г:** Д/з
хронический эпитимпанит справа, отогенный
гнойный менингит.
- **Консультация невролога от 13.11.14г:** Д/з
вторичный отогенный гнойный
менингоэнцефалит. Правосторонний
гемипарез



▣ **Обоснование клинического диагноза**



На основании обоснованного предварительного диагноза

Результатов ликвора исследования: выявление нейтрофилов, белок, При прямой бактериоскопии сплочь обнаружены гр- диплококки схожие по морфологии с менингококками

КТ височный костей от 13.11.14г: КТ признаки острого гнойного среднего отита, мастоидита справа, с частичной деструкцией задней-верхней стенки, ограниченного мастоидита слева. Двухстороннего экссудативного (гнойного?) гайморита, этмоидита.

Осмотр лор врача от 13.11.14г: Д/з хронический эпителимпанит справа, отогенный гнойный менингит.

На основании выше изложенного выставляется

Клинический диагноз: Хронический эпителимпанит с права отогенный гнойный менингит

Сопутствующий:

внебольничная верхнедолевая очаговая пневмония левого легкого, острое течение невыясненной этиологии. ДНО



ЛЕЧЕНИЕ ДАННОЙ БОЛЬНОЙ

- Режим стационарный – 10 дней
- Диета № 15
- Sol. Реополиглюгин 400,0 в/в кап. №3 ,
- Sol. Физ.раствор 0,9% 400,0 в/в кап. №3
- Sol.Левомецетин сукцинат по 2 гр х 3 р/д в/м 2 дня.
- Sol.Маннит 100,0 в/м кап. №3
- Sol. Митрид 100,0 в/в кап. №3
- Sol. Ацесол 400,0 в/в кап. №1
- Sol. Лазикс 2,0 в/в №2
- Sol. Инфизол 250,0 в/в кап. №1
- Sol. Кетатоп 2,0 в/м №4
- Sol. Брузепам 2,0 в/м №4



- ПО договоренности с зав. ЛОР отделением больной переводится в ЛОР отделение МЦГМУ для дальнейшего лечения 13.11.2014 г

