ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра инфекционных болезней

Заведующий кафедрой:

профессор В.М. Семенов

Преподаватель:

# ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного:

Возраст:

Клинический диагноз: Инфекционный гастроэнтерит, средней степени тяжести. МКБ-10 (А 09.0).

Куратор: студент 5 курса 00 группы

Л Е Р

Период курации с

# Витебск, 2019

# **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Дата заболевания:.

Дата поступления в стационар:.

Фамилия, имя, отчество:

Возраст (дата рождения):

Место жительства, (адрес):

Место работы, профессия:

Диагноз направившего учреждения:

Клинический диагноз (основной) с указанием формы и тяжести заболевания, дата его установления: Инфекционный гастроэнтерит, средней степени тяжести.

# **ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

Жалобы при поступлении: жидкий стул (до 6 раз), слабость, тошнота, боли в животе. Жалобы на момент курации: пациент жалуется на слабость, жидкий стул (до 6 раз за сутки)

# **АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Заболел остро 10.11.2019, днем, когда появился жидкий стул (6 раз за день), слабость, боли в животе, тошнота. Дома не лечился, вызвал скорую мед. помощь. Доставлен в ВОКИБ

# **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Дома все здоровы. Накануне ел борщ (был с курицей), кукурузу. Пьет воду из-под крана.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

# Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

# Перенесенные заболевания: ОРВИ

Аллергологический анамнез не отягощен.

Наследственный анамнез не отягощен.

Вредные привычки: нет

Прививки проведены согласно возрасту

Операций не было

Трансфузиологический анамнез не отягощен

# **НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА**

**Общее состояние**

Средней тяжести. Сознание ясное, настроение спокойное. Очаговой и общемозговой неврологической симптоматики нет. Менингиальные симптомы отсутствуют. Телосложение правильное. Состояние подкожно-жирового слоя удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 184 см. Кожный покров чистый, бледно-розовый, сыпи и зуда нет. Видимые слизистые без изменений. Лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Костно-мышечная и суставная система без отклонений от нормы.

**Система органов дыхания.**

Дыхание везикулярное, число дыханий - 19 в мин., дыхание ритмичное, тип брюшной. Одышки нет. Дыхание через нос свободное. Носовых кровотечений нет. Задняя стенка глотки, миндалины, небные дужки без изменений. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно.

 Пальпация грудной клетки: при пальпации патологических симптомов не выявлено. Голосовое дрожание не изменено.

Перкуссия: При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких ясный легочный звук. Топографическая перкуссия легких в пределах нормы. Крепитации, шума трения плевры нет.

**Система органов кровообращения.**

Верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

Пульс 88 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст.

Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Шумов нет.

**Система органов пищеварения.**

Аппетит снижен.

Общий осмотр: видимые слизистые бледно-розового цвета, без паталогических изменений. Рвоты нет. Язык влажный, не обложен. Глотание свободное.

Исследование живота в вертикальном положении. Живот умеренно выпяченной формы. Пигментных пятен, расширенных вен передней брюшной стенки, видимой перистальтики не выявлено. Поверхностная пальпация: живот умеренно болезненный в области эпигастрия. Грыж передней брюшной стенки не обнаружено.

Исследование живота в горизонтальном положении. Живот умеренно выпяченной формы. Поверхностная ориентировочная пальпация: живот умеренно болезненный в области эпигастрия, не имеет опухолевидных разрастаний и грыж.

Границы печени в пределах нормы. При пальпации: печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненная, эластичная.

Селезенка не пальпируется.

Желчный пузырь не определяется.

Перистальтика кишечника обычная.

Стул послабляющий, 6 раз в день без примесей и прожилок крови.

**Мочеполовая система.**

Осмотр поясничной области: При осмотре область поясницы не изменена. Мочевой пузырь пальпации не доступен. Пальпация в верхних и нижних мочеточниковых точках безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Частота мочеиспусканий – 3-4 раза в сутки.

# **ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб пациента (жидкий стул (до 6 раз), слабость, тошнота, боли в животе); анамнеза заболевании (Заболел остро 10.11.2019, днем, когда появился жидкий стул (6 раз за день), слабость, боли в животе, тошнота); данных объективного исследования (Стул послабляющий, 6 раз в день, без примесей и прожилок крови, живот умеренно болезненный в области эпигастрия.) можно выставить диагноз:

Инфекционный гастроэнтерит, средней степени тяжести. МКБ-10 (А 09.0)

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

# **План обследования:**

* Общий анализ крови;
* Биохимический анализ крови: К+, Na+, Cl-, мочевина, глюкоза, альфа-амилаза;
* Общий анализ мочи;
* ЭКГ
* Кал на ПЭБ;
* Копрограмма

**План лечения**

* Госпитализация, постельный режим;
* Стол П (химическое и механическое щажение желудочно-кишечного тракта) обильное питье;
* Расчет регидратации: V= ЖВО+ФП+ППП= 3000мл/сутки

ЖВО= 6\*250 = 1500мл (стул дома был 6 раз)

ППП= 6\*250 = 1500 мл (стул продолжается 6 раз в день)

ЖВО будем восполнять за 4 часа:

* Пероральная регидратация: нормогидрон до 1000 мл; вода до 1,5л небольшими порциями;

ФП: пациент сам кушает и пьет.

ППП будем восполнять в течении суток:

* Sol. Trisoli 400.0 + Sol., Glucosae 5% - 250.0 в/в капельно по 20-25 капель в минуту.
* Sol. Ringeri- 500 ml
* Sol. Analgini 50% - 0,2 ml + Sol. Dimedroli 1% - 0,4 ml в/м при повышении температуры более 38,5о;
* Активированный уголь по 7 таблеток 4 раза в день

# **ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И**

**СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

**Общий анализ крови от 10.11.2019:**

Эритроциты 4,26х1012 /л

Гемоглобин 141 г/л

Гематокрит 0,35

Тромбоциты 191х109 /л

СОЭ 3 мм/час

Лейкоциты 10,8х109 /л

Эозинофилы 1%

Палочкоядерные 18%

Сегментоядерные 52%

Лимфоциты 27%

Моноциты 2%

Заключение: Нейтрофильный лейкоцитоз.

**Общий анализ мочи от 12.10.2017:**

Цвет желтый: соломенно- желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Относительная плотность: 1010;

Реакция: слабо-кислая;

Белок: отсутствует;

Глюкоза: нет;

Лейкоциты: 0-1 в п/з

Цилиндры зернистые: 0-1 в п/з;

Слизь: отсутствует;

Бактерии: отсутствуют.

Заключение: В пределах нормы.

**Биохимический анализ крови от 10.11.19:**

Мочевина 4,2 Мм/л

Глюкоза 5,49 Мм/л

K+ 3,91 ммоль/л

Na+ 132,6 ммоль/л

Cl- 104 ммоль/л

Альфа-амилаза: 22 Ед/л

Заключение: норма.

**ЭКГ от 10.11.2019**: отклонение ЭОС влево

**Микроскопическое исследование кала: ожидается результат**

**Кал на ПЭБ: ожидается результат**

**ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ.**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата 11.11.2019г.Время 11.00T0С 37,1 °СЧСС 88 в мин.АД 110/70 мм.рт.ст.ЧД 19 в мин. | Общее состояние средней степени тяжести.Жалобы на жидкий стул, слабость, тошноту и боли в животе. Аппетит снижен.  Кожные покровы чистые, бледно-розового цвета. Видимые слизистые без патологий. Тургор кожи в норме. Дыхание через нос свободно. Дыхание везикулярное, проводится с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, болезненный в области эпигастрия. Диурез нормальный. Стул за сутки 6 раз, рвоты не было;  |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата 12.11.2019г.Время 11.10T0С 36,8°СЧСС 76 в мин.АД 110/70 мм.рт.ст.ЧД 16 в мин. | Общее состояние удовлетворительное, жалобы на жидкий стул до 6 раз в сутки. Кожные покровы чистые, бледно-розового цвета. Видимые слизистые без патологий. Тургор кожи в норме. Аппетит в норме. Дыхание через нос свободное, в легких везикулярное, проводится с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Диурез достаточный. Стул в норме. |

# **ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб пациента (жидкий стул (до 6 раз), слабость, тошнота, боли в животе); анамнеза заболевании (Заболел остро 10.11.2019, днем, когда появился жидкий стул (до 6 раз за день), слабость, боли в животе, тошнота.); данных объективного исследования (стул послабляющий, до 6 раз в день, без примесей и прожилок крови, живот умеренно болезненный в области эпигастрия,); данных лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования (ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз;) можно поставить диагноз:

Инфекционный гастроэнтерит, средней степени тяжести, неуточненной этиологии. МКБ-10 (А 09.0).

# **ЭПИКРИЗ**

Б С В, ХХ лет. Доставлен в ВОКИБ по скорой. На основании жалоб пациента (жидкий стул (до 6 раз), слабость, тошнота, боли в животе); анамнеза заболевании (Заболел остро 10.11.2019, днем, когда появился жидкий стул (до 6 раз за день), слабость, боли в животе, тошнота.); данных объективного исследования (стул послабляющий, до 6 раз в день, без примесей и прожилок крови, живот умеренно болезненный в области эпигастрия,); данных лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования (ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз;) можно поставить диагноз:

Инфекционный гастроэнтерит, средней степени тяжести, неуточненной этиологии. МКБ-10 (А 09.0).

В период нахождения в стационаре было проведено лечение:

* Госпитализация, постельный режим;
* Стол П (химическое и механическое щажение желудочно-кишечного тракта) обильное питье;
* Расчет регидратации: V= ЖВО+ФП+ППП= 3000мл/сутки

ЖВО= 6\*250 = 1500мл (стул дома был 6 раз)

ППП= 6\*250 = 1500 мл (стул продолжается 6 раз в день)

ЖВО будем восполнять за 4 часа:

* Пероральная регидратация: нормогидрон до 1000 мл; вода до 1,5л небольшими порциями;

ФП: пациент сам кушает и пьет.

ППП будем восполнять в течении суток:

* Sol. Trisoli 400.0 + Sol., Glucosae 5% - 250.0 в/в капельно по 20-25 капель в минуту.
* Sol. Ringeri- 500 ml
* Sol. Analgini 50% - 0,2 ml + Sol. Dimedroli 1% - 0,4 ml в/м при повышении температуры более 38,5о;
* Активированный уголь по 7 таблеток 4 раза в день

- после чего состояние больного улучшилось.

Рекомендации:

1. Употреблять кипяченую, бутилированую воду.
2. Куриное мясо отваривать около 2х часов
3. Употреблять не менее 2х литров жидкости в сутки

# **ПРОГНОЗ**

При соблюдении рекомендаций прогноз благоприятный.