Министерство Здравоохранения и социального развития РФ

ГБОУ ВПО Амурская Государственная Медицинская Академия

Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии

Заведующий кафедрой: д.м.н.

профессор Фигурнов В. А.

Преподаватель: врач-ординатор Долгих Т.А.

История болезни

Больного, 18 лет

Клинический диагноз: Острый гастроэнэнтерит. Средней степени тяжести.

Куратор: студентка 522 группы

Дата курации: 8.10.12г

.10.12г

.10.12г

.10.12г

Благовещенск

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ:

Фамилия -

Имя -

Отчество -

Возраст - 18 лет

Пол - мужской

Национальность - русский

Образование - студент АМГУ

Место жительства - Амурская область, г. Благовещенск

Дата поступления - 7.10.12г.

Диагноз при поступлении: Острая кишечная инфекция

Предварительный диагноз: Острый гастроэнетрит.

Жалобы в день поступления: колющие, давящие боли в области живота, без иррадиации; диарею до 4 раз в день; рвоту до 3 раз в день; повышение температуры тела до 37,5.

Анамнез заболевания:

Считает себя больным в течении 3 дней, когда впервые появились синдромы заболевания: интоксикационный и гастроинтестинальный.

Причиной заболевания считает отравление килькой в томатном соусе, съеденной после занятий. В день отравления, на перерыве между занятий, ел в столовой АМГУ борщ, гуляш.

Находясь в комнате общежития почувствовал колющую, давящую боль в эпигастральной области и в центре живота, боль не иррадиировала. Примерно в это же время у больного появилась тошнота, рвота. После рвоты больной почувствовал облегчение.

Через несколько минут после возникновения гастроинтестинального синдрома больной ощутил легкое недомогание и слабость, которые постепенно нарастали, вплоть до того, что больной не мог выполнять физическую работу.

На следующий день, в связи с нарастающим синдромом интоксикации больной самостоятельно лечился (Мезим 3 таблетки в день, Полисорб-когда появлялось чувство тошноты, Левомицетин- 2-3 раза в день, Лоперамид - 2-3 раза в день. Когда состояние не улучшалось решил обратиться за помощью в медпункт.

Фельдшер медпункта принял решение о госпитализации.

Больной был доставлен в приемный покой ГИБ., где было проведено промывание желудка, внутривенное введение спазмолитиков, анальгетиков. За время нахождения в стационаре проведена инфузионная, антибактериальная и детоксикационная терапия. Проведено обследование (Клинический анализ крови, общий анализ мочи, кал на я/г, ЭКГ, кал на дизентерийную группу и сальмонеллез № 3, анализ крови на Luis (РМП), исследование промывных вод желудка, копроскопическое исследование на рота-, аденовирусы)

Эпиданамнез

Больной проживает в двухместной комнате общежития АМГУ. За последние 5 лет выезжал в Хэй Хэ, Харбин. Прививки ставит согласно национальному календарю прививок. Употребление не кипяченой воды, продуктов не прошедших термическую обработку отрицает. Контакт с больным острой кишечной инфекцией подтверждает. Количество контактных лиц - 1. Заболевание связывает с употреблением кильки в томатном соусе вместе с соседом по комнате. Домашних животных нет. Признаков заболевания отмечает у соседа по комнате, которые появились раньше на 1 час. Механизм передачи инфекции - фекально - оральный, путь передачи - пищевой.

Анамнез жизни

Больной., 18 лет, родился в городе Белогорск. В данный момент проживает по адресу Травмы - 2003 году был перелом плечевой кости. Операции отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Хронические заболевания отрицает.

Гемотрансфузионный анамнез - рецепиентом, донором крови и ее компонентов не был.

Привычные интоксикации отрицает.

Объективный статус:

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Поведение адекватное. Телосложение нормостеническое. Рост 182, вес 80 кг. ИМТ - 24,2. Температура тела 36,7 С. Кожный покров - чистый, с бледным оттенком, теплая на ощупь, тургор не снижен. Лимфузлы не пальпируются. Видимые слизистые влажные, чистые. Подкожно - жировая клетчатка развита слабо, мышечная система развита удовлетворительно. Костно - суставной аппарат без деформаций, движения в суставах безболезненные, сохранены в полном объеме. Периферических отеков нет.

Дыхательная система:

Грудная клетка конической формы. Ход ребер умеренно косой. Над-и подключичные ямки выражены слабо, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Эпигастральный угол 90. Дыхание свободное, через нос. Движение грудной клетки при дыхании равномерное. Частота дыхания 18 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненная. При сравнительной перкуссии над всеми полями легких выслушивается ясный легочный звук. При топографической перкуссии границы нижнего края легких и высота стояния верхушек легкого справа и слева в пределах нормы. Активная подвижность нижнего легочного края составляет 6 см. голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. Гамма звучности не изменена. При аускультации в точках сравнительной перкуссии - дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет.

Заключение: при исследовании дыхательной системы патологий не выявлено.

Сердечно - сосудистая система:

При визуальном осмотре область сердца без видимых изменений. Пульсация шейных сосудов, эпигастральная пульсация не наблюдается. Верхушечный толчок визуально не определяется, пальпаторно на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Верхушечный толчок средней высоты, средней силы, средней резистентности, локализованный. Сердечный толчок не определяется. Систолическое и диастолическое дрожание не наблюдается. Пульс симметричный, 76 уд.в минуту, ритмичный, полный, удовлетворительного напряжения и наполнения.

Артериальное давление 100 и 80.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца.

Правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины в IV - м межреберье, левая -V-м межреберье по среднеключичной линии. Верхняя - на III ребре (по линии проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины).

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - по левому краю грудины

Верхняя - нижний край 4 ребра

Левая - в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединоключичной линии.

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранены. Раздвоения или расщепления тонов сердца не выявлено. Частота сердечных сокращений 76 ударов в минуту. Шумов нет.

Заключение: при исследовании сердечно - сосудистой системы патологий не выявлено.

Органы пищеварения:

Язык нормальной формы, влажный, слегка обложен белым налетом. Полость рта санирована. Живот правильной формы, симметричный, не вздут. Кожный покров чистый, сухой.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Локальных выпячиваний, расхождений прямых мышц живота нет. При проведении глубокой методической пальпации по методу Образцова - Стражеско изменений не обнаружено.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Печень не выступает из-под края реберной дуги, край печени эластичный, гладкий, безболезненный. Размеры по Круглову 9\*8\*7 см.

Селезенка не пальпируется.

Стул 2 раза жидкий без патологических примесей, обычной окраски.

Заключение: язык слегка обложен белым налетом, при пальпации живот безболезненный, стул жидкий 2 раза, без патологических примесей.

Мочевыделительная система:

Поясничная область визуально не изменена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 4-5 раз в сутки.

Заключение: патологических изменений со стороны мочевыделительной системы не выявлено.

Нервная система:

Сознание ясное, речь внятная. Больная ориентирована в месте, времени и пространстве. Сон и память не нарушены. Со стороны двигательной и чувствительной сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей.

Заключение: патологических изменений со стороны нервной системы не выявлено.

План обследования:

1. Клинический анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Кал на я/г

4. ЭКГ

5. Кал на дизентерийную группу и сальмонеллез № 3

6. Анализ крови на Luis (РМП)

7. Исследование промывных вод желудка

8. Копроскопическое исследование на рота-, аденовирусы

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический анализ крови 11.09.12:

Эритроциты - 4,5 х 1012/л

Лейкоциты- 6,8 х 109/л

Гемоглобин-133 г/л

Палочкоядерные нейтрофилы- 4%

Сегметоядерные нейтрофилы- 80%

Лимфоциты- 15%

Моноциты-2%

СОЭ- 6мм/ч

Общий анализ мочи 11.09.12::

Цвет- светоло-желтый

Прозрачность-полная

Удельный вес- 1008

Белок-отрицательно

Сахар-отрицательно

лейкоциты- ед в п.зр.

Эпителий плоский- ед в п.зр

Кетоны-отрицательно

Анализ кала на рота-аденовирусы - отрицательно.

РМП 5.10.12: отрицательно.

Окончательный диагноз:

Острый гастроэнэнтерит. Средней степени тяжести.

Обоснование диагноза

Диагноз установлен на основании

Жалоб на момент заболевания: колющие, давящие боли в области живота, без иррадиации; диарею до 4 раз в день; рвоту до 3 раз в день; повышение температуры тела до 37,5, общую слабость.

Анамнеза заболевания: Считает себя больным в течении 3 дней, когда впервые появились синдромы заболевания: интоксикационный и гастроинтестинальный. Причиной заболевания считает отравление килькой в томатном соусе, съеденной после занятий. В день отравления, на перерыве между занятий, ел в столовой АМГУ борщ, гуляш. Находясь в комнате общежития почувствовал колющую, давящую боль в эпигастральной области и в центре живота, боль не иррадиировала. Примерно в это же время у больного появилась тошнота, рвота. После рвоты больной почувствовал облегчение. Через несколько минут после возникновения гастроинтестинального синдрома больной ощутил легкое недомогание и слабость, которые постепенно нарастали, вплоть до того, что больной не мог выполнять физическую работу. На следующий день, в связи с нарастающим синдромом интоксикации больной самостоятельно лечился (Мезим 3 таблетки в день, Полисорб-когда появлялось чувство тошноты, Левомицетин- 2-3 раза в день, Лоперамид - 2-3 раза в день. Когда состояние не улучшалось решил обратиться за помощью в медпункт. Фельдшер медпункта принял решение о госпитализации. Больной был доставлен в приемный покой ГИБ. В отделении у больного уменьшились проявления синдрома интоксикации, гастроинтастинальный синдром стал менее выражен боли стали менее интенсивными, исчезла тошнота.

Эпидемического анамнеза: Больной проживает в двухместной комнате общежития АМГУ. За последние 5 лет выезжал в Хэй Хэ, Харбин. Прививки ставит согласно национальному календарю прививок. Употребление не кипяченой воды, продуктов не прошедших термическую обработку отрицает. Контакт с больным острой кишечной инфекцией подтверждает. Количество контактных лиц - 1. Заболевание связывает с употреблением кильки в томатном соусе вместе с соседом по комнате. Домашних животных нет. Признаков заболевания отмечает у соседа по комнате, которые появились раньше на 1 час. Механизм передачи инфекции - фекально - оральный, путь передачи - пищевой.

Объективного осмотра: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Поведение адекватное. Телосложение нормостеническое. Рост 182, вес 80 кг. ИМТ - 24,2. Температура тела 36,7 С. Кожный покров - чистый, с бледным оттенком, теплая на ощупь, тургор не снижен. Лимфузлы не пальпируются. Видимые слизистые влажные, чистые. Подкожно - жировая клетчатка развита слабо, мышечная система развита удовлетворительно. Костно - суставной аппарат без деформаций, движения в суставах безболезненные, сохранены в полном объеме. Периферических отеков нет.

Дифференциальная диагностика

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признаки | Острый гастроэнтерит | Острый аппендицит | Тромбоз мезентериальных сосудов |
| анамнез | Употребление недоброкачественной пищи, возможность групповых вспышек | Без особенностей | ИБС, атеросклероз |
| Начало болезни | Острое, с выраженной интоксикацией | Боли в эпигастрии с перемещением в правую подвздошную область | Острое, реже - постепенное, с болью в животе |
| Характер боли в животе | Умеренная, схваткообразная, разлитая | Сильная, постоянная, усиливающаяся при кашле. Сохраняется или усиливается при прекращении диареи | Резкая,невыносимая, постоянная или приступообразная, без определенной локализации. |
| стул | Жидкий, обильный, многократный | Жидкий, каловый,до 3-4 раз, чаще запор | Жидкий, часто с примесью крови |
| Судороги, обезвоживание | В период разгара болезни | отсутствуют | отсутствуют |
| Осмотр живота | Умеренно вздут, урчит при пальпации, болезненный | Болезненность в правой подвздошной области с напряжением мышц. Симптомы раздражения брюшины положительны | Вздут, разлитая болезненность |
| Рвота | Многократная с начала болезни | Иногда в начале болезни , 1-2 раза | Часто, иногда с примесью крови |

ЛЕЧЕНИЕ

. Режим 2( постельный)

. Диета щадящая (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. Диету расширять постепенно, по мере улучшения клинического состояния.

. Патогенетическая терапия::Sol. Polisorbi 200,0: внутрь дробно.

Обладает выраженным сорбционным и детоксикационным свойствами. В просвете ЖКТ препарат связывает и выводит из организма эндогенные и экзогенные токсические вещества.

. Rp:Sol. Regidoni 1000,0: внутрь дробно.

Восстанавливает водно-электролитный обмен.

. Этиотропная терапия.

. Rp:Sol. Cefotaximi 2,0.t.d.:N 10 in amp: в/м

Цефалоспорин 3 поколения обладает широким спектром действия. Оказывает бактерицидное действие на грамположительную и грамотрицательную флору.

Вяжущие:

. Rp: Отвар коры дуба 200,0: внутрь дробно.

Оказывает вяжущее, противовоспалительное действие.

. Ферменты::Tab.Mezym-forte 10000 ME.t.d: №50: внутрь по 2 таблетки 3 раза в день во время еды.

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ

.10.12г.

На момент осмотра предъявляет жалобы на боли в области живота, слабость. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22, тоны ясные, ритмичные. ЧСС 85, АД 130/80. Язык чистый, влажный. Живот мягкий , безболезненный. Стул жидкий. Диурез достаточный.

8.10.12г

Жалобы на повышение температуры до 37 С. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22, тоны ясные, ритмичные. ЧСС 85, АД 110/70. Язык чистый, влажный. Живот мягкий , безболезненный. Стул жидкий. Диурез достаточный.

.10.12г

Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы чистые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22, тоны ясные, ритмичные. ЧСС 85, АД 110/70. Язык чистый, влажный. Живот мягкий , безболезненный. Стул оформленный. Диурез достаточный.

Прогноз: при адекватном лечении и соблюдении диеты и режима благоприятный. Трудоспособен.

Выписной эпикриз:

Больной, Бондаренко Геннадия Витальевича, 18 лет, находился на стационарном лечении в инфекционной больнице с 7.09.12 по 13.09.12г. с диагнозом : Острый гастроэнтерит. Средней степени тяжести. Диагноз установлен на основании:

Жалоб на момент заболевания: колющие, давящие боли в области живота, без иррадиации; диарею до 4 раз в день; рвоту до 3 раз в день; повышение температуры тела до 37,5, общую слабость.

Анамнеза заболевания: Считает себя больным в течении 3 дней, когда впервые появились синдромы заболевания: интоксикационный и гастроинтестинальный. Причиной заболевания считает отравление килькой в томатном соусе, съеденной после занятий. В день отравления, на перерыве между занятий, ел в столовой АМГУ борщ, гуляш. Находясь в комнате общежития почувствовал колющую, давящую боль в эпигастральной области и в центре живота, боль не иррадиировала. Примерно в это же время у больного появилась тошнота, рвота. После рвоты больной почувствовал облегчение. Через несколько минут после возникновения гастроинтестинального синдрома больной ощутил легкое недомогание и слабость, которые постепенно нарастали, вплоть до того, что больной не мог выполнять физическую работу. На следующий день, в связи с нарастающим синдромом интоксикации больной самостоятельно лечился (Мезим 3 таблетки в день, Полисорб-когда появлялось чувство тошноты, Левомицетин- 2-3 раза в день, Лоперамид - 2-3 раза в день. Когда состояние не улучшалось решил обратиться за помощью в медпункт. Фельдшер медпункта принял решение о госпитализации. Больной был доставлен в приемный покой ГИБ. В отделении у больного уменьшились проявления синдрома интоксикации, гастроинтастинальный синдром стал менее выражен боли стали менее интенсивными, исчезла тошнота.

Эпидемического анамнеза: Больной проживает в двухместной комнате общежития АМГУ. За последние 5 лет выезжал в Хэй Хэ, Харбин. Прививки ставит согласно национальному календарю прививок. Употребление не кипяченой воды, продуктов не прошедших термическую обработку отрицает. Контакт с больным острой кишечной инфекцией подтверждает. Количество контактных лиц - 1. Заболевание связывает с употреблением кильки в томатном соусе вместе с соседом по комнате. Домашних животных нет. Признаков заболевания отмечает у соседа по комнате, которые появились раньше на 1 час. Механизм передачи инфекции - фекально - оральный, путь передачи - пищевой.

Объективного осмотра: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное.. Температура тела 36,7 С. Кожный покров - чистый, с бледным оттенком, теплая на ощупь, тургор не снижен. Лимфузлы не пальпируются. Видимые слизистые влажные, чистые. Подкожно - жировая клетчатка развита слабо, мышечная система развита удовлетворительно. Умеренная болезненность при пальпации области живота.

Получала лечение: дегидратационную, дезинтоксикационную, антибактериальную терапию. На фоне проведенного лечения отмечалась положительная динамика- состояние больного с улучшением ( не беспокоят боли в области живота, повышение температуры тела, жидкий стул, рвота, не наблюдается). В удовлетворительном состоянии выписывается на амбулаторное лечение по месту жительства.

Рекомендации: соблюдение щадящей диеты, прием поливитаминов в течение месяца после выписки из стационара, соблюдать правила личной гигиены, рационализировать процесс питания.

гастроинтестинальный синдром живот боль

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни. Ющук Н.К.

2. Синдромная диагностика инфекционных заболеваний. Шувалова Е.П.

. Лечение инфекционных больных. Лобзин Ю.В

. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Москва, «Новая волна», 2005