**1. Субъективное исследование**

**Жалобы:** на момент курации активных жалоб не предъявляет.

**Анамнез заболевания**: На момент поступления считал себя больным в течение 4 дней, когда постепенно стала нарастать температура тела, появились катаральные проявления ОРВИ, участился стул до 15 раз, пропал аппетит, появилась тошнота, многократная рвота. Больной Г. первично доставлен КСП в И.О. 16/02 в 12.00 с диагнозом: Внебольничная правосторонняя пневмония(?), токсическая энтеропатия. После осмотра инфекционистом пациент без изменения в диагнозе был направлен в ГБ №10, пульмонологическое отделение, где была сделана Rg-графия легких - прозрачность легочных полей не изменена. Далее пациент был вновь доставлен КСП в ГБ №11, госпитализирован, жалобы при поступлении -на слабость, жидкий стул, боли в животе, тошноту, сухость во рту, температуру тела 39°С, сухой кашель, боль в горле.

**Эпидемиологический анамнез**: Причину заболевания точно указать не может, но незадолго до заболевания имелся контакт с другом, у которого были схожие симптомы. Со слов, в семье, у родственников через некоторое время после начала заболевания у пациента Г. - схожие симптомы. В другие местности за последнее время не выезжал. Не работает. Живет в доме, состояние жилища со слов больного - удовлетворительное. Личная гигиена больного: руки моет перед едой. Питьевое водоснабжение по месту жительства: в доме имеется водопровод, обеспечен водой в достаточном количестве, источник водоснабжения в исправном состоянии. Уборная: канализационная в доме, индивидуальная, исправная. Питание получает адекватное, энергетическое: полноценный завтрак, обед, ужин - условия хранения продуктов удовлетворительные. Воду пьет кипяченую, бутилированную.

**Анамнез жизни**: Родился 4.03.1995 г. в г. Янаул Янаульского района республики Башкортостан, в срок, третьим по счету ребенком. Возраст родителей при рождении ребенка: мать - 28 лет, отец - 33 года. Вскармливание грудное. Рос и развивался соответственно возрасту. В 2013 г. всей семьей переехали в Тулу. Образование - среднее. Живет в квартире вместе с семьей из 6 человек. Жилищные и санитарно-гигиенические условия в быту отмечает как нормальные. Домашних животных нет. Питается регулярно, разнообразно, в достаточном количестве. Вредные привычки отрицает. Профессиональные вредности отрицает. В армии не служил.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ, ангина.

Туберкулез, венерические заболевания, алкоголизм, нервно-психологические заболевания, заболевания обмена веществ, вирусный гепатит отрицает.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Со слов больного наследственность не отягощена.

**Объективное исследование**

**Настоящее состояние больного.**

15 день болезни. Состояние удовлетворительное. Выражение лица вялое. Сознание ясное. Положение активное. Ориентирован в пространстве и во времени. Телосложение: нормостеник. Рост 190 см. Вес 100 кг. Температура 36,8 С.

Кожные покровы чистые, физиологической окраски, умеренно влажные, эластичные. Тургор нормальный. Склеры не изменены. Сыпи нет. Подкожная клетчатка достаточно выражена, равномерно распределена. Оволосение по мужскому типу. Ногти нормальной формы и окраски. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, умеренной влажности. Язык обложен. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Варикозного расширения вен не обнаруживается. Отеков нет. Трофических язв нет.

**2. Исследование по системам**

**Дыхательная система:**

Нос: дыхание через нос свободное. Гортань: деформации и припухлости в области гортани нет, голос обычный. Редкий влажный кашель. Жесткое дыхание.

Грудная клетка: нормостеническая, над- и подключичные ямки слабо выражены, эпигастральный угол равен 90°; ребра направлены умеренно косо. Межреберные промежутки выражены нерезко. Мышцы плечевого пояса развиты хорошо, плечи располагаются под прямым углом к шее. Дыхание: тип дыхания - смешанный, обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания. ЧДД=18 в минуту.

**Сравнительная перкуссия**:

Спереди слева

|  |  |
| --- | --- |
| Над ключицей | Ясный легочный звук |
| Второе межреберье | Ясный легочный звук |
| Третье межреберье | Ясный легочный звук |

Спереди справа

|  |  |
| --- | --- |
| Над ключицейЯсный легочный звук |  |
| Второе межреберье | Ясный легочный звук |
| Третье межреберье | Ясный легочный звук |
| Четвертое межреберье | Ясный лёгочный звук |
| Пятое межреберье | Ясный лёгочный звук |

Сзади слева

|  |  |
| --- | --- |
| Над лопаткой | Ясный легочный звук |
| Медиальнее лопатки сверху | Ясный легочный звук |
| Медиальнее лопатки снизу | Ясный легочный звук |
| Под лопаткой | Ясный легочный звук |

Сзади справа

|  |  |
| --- | --- |
| Над лопаткойЯсный легочный звук |  |
| Медиальнее лопатки сверху | Ясный легочный звук |
| Медиальнее лопатки снизу | Ясный лёгочный звук |
| Под лопаткой | Ясный лёгочный звук |

Топографическая перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница легких | справа | слева |
| Высота стояния верхушек спереди | 3 см | 3 см |
| Высота стояния верхушек сзади | Остистый отросток С7 | Остистый отросток С7 |
| Ширина полей Кренига | 6 см | 6 см |
| Нижняя граница легких |
| По окологрудинной линии | 5-е ребро | ― |
| По среднеключичной линии | 6-е ребро | ― |
| По передней подмышечной линии | 7-е ребро | 7-е ребро |
| По средней подмышечной линии | 8-е ребро | 8-е ребро |
| По задней подмышечной линии | 9-е ребро | 9-е ребро |
| По лопаточной линии | 10-е ребро | 10-е ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток 11 гр. Позв. |
| Дыхательная экскурсия нижнего края легких |
| По среднеключичной линии | 4 см | ― |
| По средней подмышечной линии | 5 см | 5 см |
| По лопаточной линии | 4 см | 4 см |

Аускультация: справа

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место выслушивания | Основной дыхательный шум | Побочный дыхательный шум |
| Надключичная обл. | Ослабленное везикулярное | Нет |
| Подключичная область 1 м/р. | Ослабленное везикулярное | Сухие рассеянные, свистящие хрипы |
| Среднеключичная область 2 м/р. | Ослабленное везикулярное | Сухие рассеянные, свистящие хрипы |
| Среднеключичная область 3 м/р. | Ослабленное везикулярное | Сухие рассеянные, свистящие хрипы |
| Сред. подмышечная линия 4 м/р. | Ослабленное везикулярное | Нет |
| Сред. подмышечная линия 6 м/р. | Ослабленное везикулярное | Нет |
| Надлопаточная область | Ослабленное везикулярное | Нет |
| Межлопаточная область вверху | Ослабленное везикулярное | Сухие рассеянные, свистящие хрипы |
| Межлопаточная область внизу | Ослабленное везикулярное | Сухие рассеянные, свистящие хрипы |
| Подлопаточная область по лопат. линии. | Ослабленное везикулярное | Нет |

Слева

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место выслушивания | Основной дыхательный шум | Побочный дыхательный шум |
| Надключичная обл. | Ослабленное везикулярное | Нет |
| Подключичная область 1 м/р. | Ослабленное везикулярное | Сухие рассеянные, свистящие хрипы |
| Среднеключичная область 2 м/р. | Ослабленное везикулярное | Сухие рассеянные, свистящие хрипы |
| Среднеключичная область 3 м/р. | Ослабленное везикулярное | Сухие рассеянные, свистящие хрипы |
| Сред. подмышечная линия 4 м/р. | Ослабленное везикулярное | Нет |
| Сред. подмышечная линия 6 м/р. | Ослабленное везикулярное | Нет |
| Надлопаточная область | Ослабленное везикулярное | Нет |
| Межлопаточная область вверху | Ослабленное везикулярное | Сухие рассеянные, свистящие хрипы |
| Межлопаточная область внизу | Ослабленное везикулярное | Сухие рассеянные, свистящие хрипы |
| Подлопаточная область по лопат. линии. | Ослабленное везикулярное | Нет |

**Система кровообращения**

При осмотре сердечный горб не определяется, верхушечный толчок, сердечный толчок, эпигастральная пульсация, а также атипичная пульсация в области сердца отсутствует.

При пальпации верхушечный толчок расположен в пятом межреберье, на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, шириной 1 см, высокий, не усиленный. Сердечный толчок не определяется. Локальной эктопической пульсации в прекардинальной области нет. Дрожания в прекардиальной области нет. Местной болезненности нет. Пульсация в эпигастрии не определяется.

Перкуссия: относительная тупость сердца.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Границы относительной тупости (в см) |
| Правая | По правому краю грудины. |
| Левая | На 1,5 см кнутри от левой срединно - ключичной линии. |
| Верхняя | III межреберье. |

Поперечник относительной тупости сердца: 12 см. Ширина сосудистого пучка составляет 6 см. Конфигурация относительной сердечной тупости нормальная.

Ширина абсолютной тупости сердца равна 8 см.

Аускультация: число сердечных сокращений 67 ударов в минуту. Ритм сердца правильный. Тоны ясные. Дополнительные тоны и шумы не выслушиваются.

Артериальный пульс на лучевых артериях одинаково хорошо прощупывается на обеих руках, частота 67 ударов в минуту, ритмичный, умеренно напряжен, удовлетворительного наполнения, величина пульсовых волн одинакова, равномерный. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. При осмотре и пальпации шейных вен набухания, видимой пульсации, а также наличие венного пульса не выявлено. Расширения вен грудной клетки, брюшной стенки нет.

**Органы пищеварения**

Аппетит снижен, привкус во рту отсутствует. Отсутствие стула в течение 3 дней.

Запах изо рта отсутствует. Цвет слизистой обычной окраски. Язык обложен, влажный, нормальной величины. Миндалины не воспалены. Живот обычной округлой формы, симметричен, мягкий, участвует в акте дыхания, безболезнен.

Пальпация:поверхностная ориентировочная: болезненность и напряжение мышц брюшной стенки не определены. Перитониальные симптомы отсутствуют. Расхождение прямых мышц живота и наличие грыж белой линии не выявлено. Результаты глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско: сигмовидная прощупывается на протяжении 20 см в виде гладкого плотноватого цилиндра толщиной с большой палец, безболезненна, не урчит. Слепая кишка прощупывается в виде умеренно напряженного, несколько расширяющегося к низу цилиндра с закругленным дном, диаметром 2 см, урчит при надавливании. Подвздошная кишка пальпируется в виде мягкого, подвижного цилиндра толщиной в мизинец, издает ясное урчание. Поперечная часть ободочной кишки прощупывается в виде поперечного цилиндра умеренной плотности, толщиной 2,5 см, легко перемещается вверх и вниз, не урчит. Поверхностная пальпация в эпигастральной области безболезненна, глубокая скользящая пальпация недоступна.

При перкуссии передней брюшной стенки определяется тимпанический звук различных оттенков и степени притупления. По методу флюктуации наличие большого количества свободной жидкости не выявляется. Нижняя граница желудка: По методу перкуссии - на 3,5 см выше пупка. По методу аускульто-перкуссии - на 3,5 см выше пупка. По методу аускультоаффрикции - на 3,5 см выше пупка.

При аускультации над слепой кишкой слышны ритмичные кишечные шумы, над тонкой кишкой слышно долгое периодическое урчание.

**Печень и желчный пузырь:**

Перкуссия: размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая средне ключичная линия | 13 см |
| Передняя срединная | 12 см |
| По краю левой реберной дуге | 11 см |

Верхняя граница абсолютной тупости печени по правой срединно-ключичной линии, на VI ребре. Нижняя граница абсолютной тупости печени по правой срединно-ключичной линии, располагается на 2 см ниже реберной дуги;

По передней срединной линии ― на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка; по левой реберной дуге ― на уровне левой парастернальной линии.

Размеры печени по Образцову-Стражеско

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Верхняя | Нижняя |
| Передняя подмышечная | На 7 ребре | На 11 ребре |
| Правая среднеключичная | На 6 ребре | На 2 см ниже реберной дуги |
| Правая парастернальная | На 6 ребре | На 4 см ниже края |
| Передняя срединная | На 6 ребре | На 6 см ниже мечевидного отростка |

Симптом Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси отрицательный.

Пальпация печени: безболезненна, край не выступает из-под реберной дуги. Мягкой консистенции.

Пальпация желчного пузыря: безболезненная

Поджелудочная железа: Боли в правом подреберье отсутствуют.

Селезенка: при осмотре области левого подреберья ограниченного выпячивания, а также ограничение этой области в дыхании не наблюдается. При перкуссии: длинник составляет 8 см и располагается по краю реберной дуги, а поперечник 5 см. Пальпацию провести не удалось из - за подкожного жирового слоя. При осмотре признаков, указывающих на возможное наличие заболеваний кроветворной системы не обнаружено.

**Органы мочеотделения.**

При осмотре поясничной области покраснения кожи, припухлости, отечности нет. При перкуссии: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пальпация в области мочеточниковых, реберно-позвоночной, реберно-поясничной точках безболезненна. Мочеиспускание в норме.

**Эндокринная система:**

Рост соответствует норме. Вес повышенный. Изменения пропорций конечностей не выявлено. Изменения характера распределения подкожно-жировой клетчатки нет. Черты лица нормальные. Деформаций скелета нет. Судорог и парастезий нет. Болей в мышцах, костях нет. Ломкости ногтей, выпадения волос не наблюдается. Деформации костей нет. Адинамии нет. Цвет и форма лица без изменений. Телосложение нормостеническое, вирилизации нет. Оволосение по мужскому типу. Участков гиперпигментации и депигментации на коже нет. Кровоизлияния, стрии на коже отсутствуют.

**Нервная система:**

Бодрствование полное. Ответы на вопросы, выполнение команд правильное. Ориентация полная. Речевых нарушений нет. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц положительный; симптом Кернига, симптомы Брудзинского (верхний и нижний), скуловой синдром Бехтерева) отрицательные. Зрение не нарушено. Птоза, плавающих движений нет. D=S. Жалоб на головные боли, головокружение нет. Нарушение сна нет. Эмоционально волевая сфера не изменена. Нарушение чувствительности на лице нет. Глотание не нарушено. Девиации языка нет. Патологические рефлексы отсутствуют. Двигательные функции не нарушены. Сухожильные рефлексы - коленные D=S живые; ахилловы D=S живые. В позе Ромберга устойчив, пяточно-коленную пробу выполняет правильно. Пальценосовую пробу выполняет правильно. Патологий черепно - мозговых нервов не выявлено.

**Костно-мышечная система:**

Мышечная система развита хорошо, тонус мышц сохранен, мышцы при пальпации безболезненные, гипертонуса отдельных мышечных групп не наблюдается. Сила в мышцах плеча, предплечья, кисти и пальцев обеих рук 5 баллов. Движения не ограничены. Сила мышц бедер, голеней и стоп обеих ног - 5 баллов. Кости безболезненные.

**3. Предварительный диагноз**

**Основной:** Ротавирусный гастроэнтерит, средней степени тяжести.

**Сопутствующие заболевания:** Острый бронхит.

Предварительный диагноз поставлен на основании: Жалоб больного при поступлении - на слабость, жидкий стул, боли в животе, тошноту, сухость во рту, температуру тела 39°С, сухой кашель, боль в горле. Анамнеза заболевания - на момент поступления считал себя больным в течение 4 дней, когда постепенно стала нарастать температура тела, появились катаральные проявления ОРВИ, участился стул до 15 раз, пропал аппетит, появилась тошнота, многократная рвота. На основании эпиданамнеза - причину заболевания точно указать не может, но незадолго до заболевания имелся контакт с другом, у которого были схожие симптомы. На основании объективного осмотра - кожные покровы бледные, язык обложен, аускультативно над тонкой кишкой слышно долгое периодическое урчание.

***План обследования:***

1. Общий анализ крови.

2. Биохимический анализ крови.

. Общий анализ мочи.

. Гликемический профиль.

. Кровь на ВИЧ, HBs Ag, RW, HCV.

6. Rg-графия легких.

. Копрологическое исследование.

. Анализ кала на ротавирусный АГ.

. Анализ кала на диз. группу, сальмонеллез, эшерихиоз.

**4. Данные лабораторных и инструментальных исследований**

. Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Анализ** | **17.02 День болезни 6** | **23.02 День болезни 12** |
| гемоглобин | 138 | 139 |
| эритроциты | 4,57\*1012 \л | 4,84\*1012 \л |
| цвет. пок. | 0,90 | 0,86 |
| лейкоциты | 7,4\*10 9 \л | 6,3\*10 9 \л |
| СОЭ | 18 | 5 |
| Палочкоядерные | 9 | 4 |
| Сегментоядерные | 66 | 62 |
| Эозинофилы | 2 | 2 |
| Базофилы | 0 | 0 |
| Моноциты | 1 | 7 |
| Лимфоциты | 22 | 27 |
| Тромбоциты | 348 | 335 |

. Биохимический анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| **Анализ** | **17.02 День болезни 6** |
| АЛТ | 33,5 |
| АСТ | 18,6 |
| Общий белок | 73.3 |
| креатинин | 77.7 |
| Моч. кислота | 3.6 |
|  |  |

3. Общий анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  цвет | 17.02 **День болезни 6** соломенно-жёлтый | 23.02 **День болезни 12** соломенно-жёлтый |
| относительная плотность | 1020 | 1015 |
| белок | - | - |
| сахар | - | - |
| эритроциты | 0 в п.з. | 0 в п.з. |
| лейкоциты | 2 в п.з. | 2 в п.з. |
| Бактерии | - | - |
| Соли | - | - |
| Слизь | - | - |
| рН | 5.0 | 6,0 |

. Гликемический профиль 5.56

. Кровь на ВИЧ, HBs Ag, RW, HCV от 17.02: отрицательно.

. 23.02 R-графия ОГК: Легочные поля без очаговых инфильтративных изменений. корни малоструктурные, расширены, усилен рисунок. Сердце - в пределах нормы.

. Анализ мокроты на флору - Staphylococcus aureus (чувствительность - бета-лактамы, фторхинолоны, ципрофлоксацину).

8. Соскоб на энтеробиоз - отрицательный.

. Кал на бактерионосительство - отрицательный.

. Копрограмма+ротавирусы:

Форма - оформленный

Консистенция - мягкая

Цвет - коричневый

Наличие гноя, слизи - нет

Реакция на скрытую кровь - нет

Непереваренная клетчатка ++

Переваренная клетчатка +

Мышечные волокна +

Нейтральные жиры +

Лейкоциты - единичные

Простейшие - не обнаружены

Яйца-глист - не обнаружены

Ротавирусы ++

**5. Дифференциальный диагноз**

**Дифференциальный диагноз** проводится с сальмонеллезом, холерой, дизентерией, эшерихиозом, пищевыми токсикоинфекциями, вызванными условнопатогенными микроорганизмами.

Для *сальмонеллеза* характерны одновременное заболевание лиц, употреблявших в пищу недоброкачественные продукты, типично острое начало, гипертермия, сильный озноб, рвота, боль в животе, профузный зловонный стул, сохраняющий каловый характер, нейтрофильный лейкоцитоз. При сальмонеллезе отсутствуют изменения слизистой оболочки зева. Выделение возбудителя при бактериологическом исследовании крови, испражнений и рвотных масс решает вопрос о диагнозе.

По некоторым клиническим признакам, массовости и быстроте распространения заболеваний ротавирусный гастроэнтерит может напоминать холеру. Но ротавирусная инфекция отличается более легким течением, наличием боли в животе, фарингита, умеренным нарушением водно-электролитного баланса. Важнейшее значение приобретают результаты бактериологического исследования, обнаружение холерных вибрионов или НАГ-инфекции.

*Бактериальная дизентерия* отличается острой болью в животе, частыми ложными позывами, слизисто-кровянистым стулом, выраженным сигмоидитом, лихорадочной реакцией, патологическими изменениями в дистальном отрезке толстой кишки по данным ректороманоскопии. Все эти признаки, а также результаты бактериологического исследования позволяют провести дифференциальную диагностику.

Для *эшерихиозов* характерен короткий инкубационный период. Признаки интоксикации, особенно у взрослых, слабо выражены, общее состояние мало нарушено. Часто наблюдаются лихорадочная реакция, острая боль в животе, иногда слизисто-кровянистый стул, тенезмы, умеренный лейкоцитоз. Большое значение имеют результаты бактериологических исследований.

Дифференциальная диагностика ротавирусного гастроэнтерита и *пищевых токсикоинфекций,* вызываемых условно-патогенными возбудителями, особенно сложна, если учесть недостаточную изученность клинической картины этих заболеваний. Большое диагностическое значение имеют положительные результаты вирусологических и иммунологических исследований, подтверждающие ротавирусную этиологию заболевания, а не обнаружение условно-патогенных бактерий в испражнениях больного. Лабораторная диагностика основывается на обнаружении вирусных частиц в фекалиях больных в острый период и специфических антител, появляющихся в сыворотке крови в процессе болезни. Ускоренные результаты дают методы электронной и иммуноэлектронной микроскопии, а также иммуно-сорбентные методы. Надежным серологическим подтверждением диагноза в ранние сроки реконвалесценции является обнаружение Ig M.

В процессе дифференциальной диагностики правильно оценить результаты лабораторных исследований можно только при сопоставлении их с данными клинического обследования и эпидемиологического анамнеза. Одновременно с вирусологическими проводятся исследования на выявление возможной бактериальной или паразитарной этиологии заболевания.

**6. Клинический диагноз и его обоснование**

**Основной:** Ротавирусный гастроэнтерит, средней степени тяжести.

**Сопутствующие заболевания:** Острый бронхит.

Диагноз поставлен на основании:

· Жалоб больного при поступлении - на слабость, жидкий стул, боли в животе, тошноту, сухость во рту, температуру тела 39°С, сухой кашель, боль в горле.

· Анамнеза заболевания - на момент поступления считал себя больным в течение 4 дней, когда постепенно стала нарастать температура тела, появились катаральные проявления ОРВИ, участился стул до 15 раз, пропал аппетит, появилась тошнота, многократная рвота.

· Эпиданамнеза - причину заболевания точно указать не может, но незадолго до заболевания имелся контакт с другом, у которого были схожие симптомы.

· На основании объективного осмотра - кожные покровы бледные, язык обложен, аускультативно над тонкой кишкой слышно долгое периодическое урчание.

· Данных лабораторных и инструментальных исследований: Копрограмма+ротавирусы:

Форма - оформленный

Консистенция - мягкая

Цвет - коричневый

Наличие гноя, слизи - нет

Реакция на скрытую кровь - нет

Непереваренная клетчатка ++

Переваренная клетчатка +

Мышечные волокна +

Нейтральные жиры +

Лейкоциты - единичные

Простейшие - не обнаружены

Яйца-глист - не обнаружены

Ротавирусы ++

**7. Лечение**

ротавирусный гастроэнтерит лечение

· Режим палатный.

· Диетотерапия - щадящая диета.

· Диклофенак 3,0 в/м 1 раз.

· Лазолван 1т. х 3 р. р/д. Курс 14 дней.

· Цефотаксим 2,0 х 2 р/день в/м курсом 10 дней.

· Глюкоза 5% 500,0 + NaCl 0.9% 1000.0 +новокаин 0,5% 30,0 + Рибоксин 10,0 + аскорбиновая к-та 5%-5,0 курсом 3 дня.

· Оралит 1,5 курс 2 дня + обильное питье.

· Тримедат 100-мг 3 раза/сут. Курс 14 дней.

· Панкреатин 2 таб х 3 р/д. Курс 10 дней.

· Бифиформ 1 таб х3 р/день. Курс 3 дня.

· Бромгексин 2 таб 3 р/день. Курс 7 дней.

· Дульколакс 1 таб на ночь. Курс 1 день.

**Обоснование лечения:** Оралит был назначен пациенту для нормализации электролитного и энергетического баланса в условиях диареи 15 раз/сутки, препарат восполняет кислотно - основное и водно - электролитного равновесие, уменьшает обезвоживание. Дульколакс был назначен пациенту в связи с запором (13 день болезни), продолжающимся более 2 суток, так как этот препарат оказываюет раздражающее действие на слизистую ЖКТ (увеличивается секреция слизи в толстом кишечнике, ускоряется и усиливается его перистальтика), Панкреатин был предложен для нормализации процессов пищеварения, Тримедат - нормализуюет моторику кишечника, нормализуюет функции органов ЖКТ. Бифиформ - препарат для лечения и профилактики дисбактериозов различной этиологии. Входящие в состав препарата молочнокислые бактерии поддерживают и регулируют физиологическое равновесие кишечной микрофлоры. Цефотаксим - антибактериальное средство широкого спектра, бактерицидное. Для лечения сопутствующего заболевания назначены: Лазолван как этиотропная терапия, так как он стимулирует серозные клетки желез слизистой оболочки бронхов, увеличивает содержание слизистого секрета и выделение сурфактанта в альвеолах и бронхах; нормализует нарушенное соотношение серозного и слизистого компонентов мокроты; гидролитические ферменты и усиливая высвобождение лизосом, снижает вязкость мокроты, также повышает двигательную активность ресничек мерцательного эпителия, увеличивает мукоцилиарный транспорт мокроты. Для улучшения эффекта был предложен препарат Бромгексин со сходными механизмами действия, но различными точками приложения - препарат вызывает деполимеризацию мукопротеиновых и мукополисахаридных полимерных молекул (муколитический эффект), стимулирует выработку эндогенного сурфактанта, обеспечивающего стабильность альвеолярных клеток в процессе дыхания, их защиту от неблагоприятных факторов, улучшение реологических свойств бронхолегочного секрета, его скольжения по эпителию и выделение мокроты из дыхательных путей.

**8. Лабораторный и инструментальные методы**

**. ОАК:** 17.02 - ↑СОЭ, лейк.; 23.02 - N.

**. БАК:** 17.02 - N.

**3. ОАМ:** 17.02 - ↑N.; 23.02 - N.

4. **МНО** от 13.08.2014 г.: 1,50

. **Гликемический профиль** 5.56

**6. Кровь на ВИЧ, HBs Ag, RW, HCV** от 17.02: отрицательно.

**7. R-графия ОГК** 23.02: Легочные поля без очаговых инфильтративных изменений. корни малоструктурные, расширены, усилен рисунок. Сердце - в пределах нормы.

**8. Анализ мокроты на флору** - Staphylococcus aureus (чувствительность - бета-лактамы, фторхинолоны, ципрофлоксацину).

**9. Соскоб на энтеробиоз** - отрицательный.

**10. Кал на бактерионосительство** - отрицательный.

**11. Копрограмма+ротавирусы:** Форма - оформленный, Консистенция - мягкая, Цвет - коричневый, Наличие гноя, слизи - нет, Реакция на скрытую кровь - нет, Непереваренная клетчатка ++, Переваренная клетчатка +, Мышечные волокна +, Нейтральные жиры +, Лейкоциты - единичные, Простейшие - не обнаружены, Яйца-глист - не обнаружены, Ротавирусы ++.

**Лечение:**

Режим палатный; диета - щадящая, Диклофенак 3,0 в/м 1 раз; Лазолван 1т. х 3 р. р/д. Курс 14 дней; Цефотаксим 2,0 х 2 р/день в/м курсом 10 дней; Глюкоза 5% 500,0 + NaCl 0.9% 1000.0 +новокаин 0,5% 30,0 + Рибоксин 10,0 + аскорбиновая к-та 5%-5,0 курсом 3 дня; Оралит 1,5 курс 2 дня + обильное питье; Тримедат 100-мг 3 раза/сут. Курс 14 дней; Панкреатин 2 таб х 3 р/д. Курс 10 дней; Курс 3 дня; Бромгексин 2 таб 3 р/день. Курс 7 дней; Дульколакс 1 таб на ночь. Курс 1 день.

Выписывается с выздоровлением.

**Рекомендации: -** Щадящая диета 10 дней.

**-** Мезим - форте 2 таб. Х3 р/д

Бифиформ 1 капс х2 р/день.

АСС по 600 мг утром - 5-10 дней.

наблюдение участкового терапевта.