**Паспортная часть**

 Дата заболевания: *19.09.2012* г.

Дата поступления в стационар: *20.09.2012* г.

 Ф.И.О.:  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 Возраст (дата рождения): *42 года (01.04.1970 г.)*

 Место жительства:  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 Место работы, профессия:  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 **Диагноз при поступлении:** *Инфекционный гастроэнтерит.*

  **Диагноз клинический:** *Инфекционный гастроэнтероколит, средней степени тяжести.*

**Жалобы больного**

На момент курации жалоб нет.

**Анамнез настоящего заболевания**

Заболел остро. 19.09.2012г. ночью (около 23 ч.) появились слабость, тошнота, рвота (2 раза, которая принесла кратковременное улучшение состояния). Температура тела – 400С. Для снижения температуры, было произведено обтирание кожного покрова раствором уксуса. После достижение эффекта, пациент уснул. Утром наблюдалось повышение температуры тела до 400С, слабость, тошнота, постоянные тянущие боли в животе, жидкий водянистый стул (3 раза), без примеси слизи и крови, появилась жажда. Обратился за медицинской помощью 20.09 около 12:00. Бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в ВОКИБ с диагнозом острый гастроэнтерит.

**Эпидемиологический анамнез**

Со слов пациента *19.09.12* вечером (около 22 часов) ел сырые яйца, картофель, грибы, через некоторое время у него появились боль в животе, рвота, поднялась температура тела. Ни у кого из родственников сходных симптомов не наблюдалось.

**Анамнез жизни**

Родился *01.04.1970* г. Рос и развивалась нормально. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. В настоящее время работает лесником в *ОАО «Витебский лесхоз», лосвидское лесничество.* Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Спиртные напитки не употребляет, не курит. Аллергоанамнез не отягощен. Медикаментозной аллергии нет. Наследственность не отягощена.

**Настоящее состояние больного**

Общее состояние больного удовлетворительное. Температура тела – 36,6 0С. Сознание ясное. Положение больного активное. Конституциональный тип - нормостенический. Телосложение правильное, деформаций костей туловища, конечностей и черепа нет, движения в суставах в полном объеме. Окраска кожных покровов розовая. Выраженного цианоза, иктеричности и участков пато­логической пигментации не наблюдается. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Рубцов, расчёсов нет. Отёков не выявлено. Лимфоузлы не увеличены, при пальпации мягкие, не спаяны с кожей.

Система органов дыханияДыхание через нос, свободное, ритмичное. Тип дыхания – брюшной. Частота дыхания 18 в минуту. Грудная клетка обычной формы, при пальпации безболезненная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный лёгочный звук над всей грудной клеткой. При аускультации везикулярное дыхание выслушивается по всем полям, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система
 Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения, 80 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберьи на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При перкуссии границы сердца не изменены. При аускультации тоны сердца ясные, шумов нет.

Система органов пищеварения

Язык – влажный, не обложен; язвы, трещины отсутствуют. Десны, мягкое и твердое нёбо розовой окраски, слизистая – без патологий. Миндалины без патологических изменений. Гиперемии, кровоизлияний, налета на задней стенке глотки нет. Глотание не затруднено.

Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, симметричный, видимой перистальтики нет, выбухания нет. Напряжения мышц – нет. При глубокой пальпации живот безболезненный.

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка толщиной около 1,5 см в диаметре, безболезненная, подвижная.(смещается до 2см)

Нисходящая кишка безболезненная, подвижная.

Восходящая кишка безболезненная, подвижная.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка, урчащая, безболезненная, около 2см в диаметре, подвижная.

Ниже слепой кишки, косо вниз кнаружи пальпируется терминальный отрезок подвздошной кишки в виде тяжа диаметром около 0,5 см, плотного, урчащего, безболезненного.

Большая кривизна желудка пальпаторно не определена.

Перкуссия. Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует.

Печень у края реберной дуги.

Печень. Поверхность гладкая, безболезненная. Край ровный.

Размеры по Курлову:

срединно-ключичная линия - 9см,

передняя срединная линия - 8см,

по реберной дуге - 7см.

Селезенка не пальпируется.

Размеры селезенки

Поперечный – 5см, продольный – 6см.

Система органов мочевыделения

Мочеиспускание безболезненное. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

Нервная система и органы чувств

Менингеальный синдром не определен (симптом Кернига, верхний,средний,нижний симптомы Брудзинского отрицательны). Зрение D=S, фотореакция сохранена. Реакция зрачков на свет сохранена. Лицо симметричное, язык по средней линии, мышечная сила в полном объеме. Сухожильные рефлексы одинаковы с двух сторон. Глотание не нарушено. Тазовых расстройств не наблюдается. Больной устойчив в позе Ромберга. Пальценосовую пробу выполняет правильно.

**Обоснование предположительного диагноза**

На основании анамнеза заболевания (заболел остро, появилось чувство тошноты, рвота (2 раза которая принесла кратковременное улучшение состояния), слабость, температура тела – 40, 0 С, постоянные тянущие боли в животе, жидкий водянистый стул (3 раза), без примеси слизи и крови), данных эпидемиологического анамнеза (ел сырые домашние яйца, картофель, грибы), состояния больного в момент поступления *(осмотр врача)* умеренная боль в эпигастрии. Артериальное давление 100/60, чсс 95, аускультативно обнаружено ускорение перестальтики) можно выставить предварительный диагноз острый инфекционный гастроэнтерит.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови (мочевина крови, альфа-амилаза, глюкоза, ионы Натрия, калия, кальция, хлора);
4. Микроскопические исследование кала;
5. Анализ кала на ПЭБ;
6. Анализ крови на RW.

**Данные лабораторных, инструментальных**

**и специальных методов исследования**

1. **Общий анализ крови** *(20.09.2012г.)*

Эритроциты ––––– 4,22 х 109/л;

Гемоглобин ––––– 128 г/л;

Гематокрит ––––– 0,91;

Лейкоциты –––––– 6,0 х 109/л;

Палочкоядерные –– 22%;

Сегментоядерные – 61%;

Лимфоциты ––––– 14%;

Моноциты –––––– 3%;

СОЭ ––––––––––– 6 мм/ч;

Заключение: *увеличение уровня палочкоядерных нейтрофилов.*

1. Общий анализ мочи *(21.09.2012г.)*

Цвет:...................................... *соломенно-желтый;*

Прозрачность: *......................прозрачная;*

Реакция: *................................кислая;*

 Относительная плотность: *1010;*

 Белок: *...................................отсутствует;*

Глюкоза: *..............................отсутствует;*

Плоский эпителий: *..............1-2.*

 Лейкоциты: *..........................2-4 в поле зрения.*

 Заключение: *Без отклонений от нормы*

1. Копроцитограмма *(21.09.2012* г.)

Эритроциты –––––––––– 1-2 в поле зрения.

Лейкоциты ––––––––––– 13-15 в поле зрения.

Кишечный эпителий –––– 1-3 в поле зрения.

Слизь ++

*Простейшие не обнаружены.*

*Наличие лейкоцитов в кале,слизи.*

**Обоснование клинического диагноза**

На основании анамнеза заболевания (заболел остро, появилось чувство тошноты, рвота (2 раза которая принесла кратковременное улучшение состояния), слабость, температура тела – 40, 0 С, постоянные тянущие боли в животе, жидкий водянистый стул (3 раза), без примеси слизи и крови), данных эпидемиологического анамнеза (ел сырые домашние яйца, картофель, грибы), состояния больного в момент поступления *(осмотр врача)* умеренная боль в эпигастрии. Артериальное давление 100/60, чсс 95, аускультативно обнаружено ускорение перестальтики), данных лабораторных исследований (ОАК: увеличение уровня палочкоядерных нейтрофилов – 22% (норма 1-5%), Наличие лейкоцитов в кале,слизи (в норме не должно быть)) можно выставить диагноз: инфекционный гастроэнтерит, средней степени тяжести.

**План лечения**

*ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ*

**1**. Постельный режим.

**2.** Диета: стол №4 (химическое и механическое щажение желудочно-кишечного тракта) обильное питье, не менее 2.5 литров.

**3.** Медикаментозное лечение

*Rp. S.Trisoli 800,0*

*Sol. NaCl 0,9% 500,0*

*S. в/в капельно по 80 в мин.*

*Rp.:Carbonis activati 0.5*

 *S. По 6 таблеток 3 раза в день.*

 *Rp: Ciprofloxacini 0,25*

*S. По 2 таблетки 2 раза в день.*

*Rp.: Drotaverini 0,04*

 *S. По 2 таблетки 3 раза в день.*

**Динамическое наблюдение за больным**

*25.09.12г.* *11:00*

Жалоб нет. Сознание ясное. Состояние удовлетворительное. Аппетит хороший.

Температура тела 36,6 0С. Кожный покров светло-розовый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 80 в минуту, АД – 110/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено. Стул в норме.

Отмечается положительная динамика.

*26.09.12г. 10:00*

Жалоб нет. Сознание ясное. Состояние удовлетворительное. Аппетит хороший.

Температура тела 36,7 0С. Кожный покров светло-розовый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 80 в минуту, АД – 120/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Стул в норме.

Отмечается положительная динамика.

**Эпикриз**

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 42 года был доставлен *20.09.12г* в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом острый гастроэнтерит. На основании анамнеза заболевания (заболел остро, появилось чувство тошноты, рвота (2 раза которая принесла кратковременное улучшение состояния), слабость, температура тела – 40, 0 С, постоянные тянущие боли в животе, жидкий водянистый стул (3 раза), без примеси слизи и крови), данных эпидемиологического анамнеза (ел сырые домашние яйца, картофель, грибы), состояния больного в момент поступления *(осмотр врача)* умеренная боль в эпигастрии. Артериальное давление 100/60, чсс 95, аускультативно обнаружено ускорение перестальтики), данных лабораторных исследований (ОАК: увеличение уровня палочкоядерных нейтрофилов – 22% (норма 1-5%), Наличие лейкоцитов в кале,слизи (в норме не должно быть)) был выставлен диагноз: инфекционный гастроэнтерит, средней степени тяжести.

 В период нахождения в стационаре было проведено лечение, получал дротаверин, тризол, актевированный уголь, ципрофлоксацин, после чего состояние больного улучшилось. Нормализовался стул, пропала боль в эпигастрии. В связи с полным выздоровлением

 выписан *26.09.12г.*

**Рекомендации:**

1.Соблюдение диеты (исключение из пищи сырых овощей, острой и грубой пищи);

2.Соблюдение правил личной гигиены.

Исход заболевания: полное выздоровление.