**Паспортная часть**

Дата заболевания: *17.11.2012* г.

Дата поступления в стационар: *19.11.2012* г.

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

Возраст (дата рождения): *18 лет (08.06.1994 г.)*

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

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

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

**Диагноз клинический:** *Неинфекционный гастроэнтерит. Степень обезвоживания – 0.*

**Жалобы больного**

На момент курации жалоб нет.

**Анамнез настоящего заболевания**

Заболел 17.11.12, когда появилось чувство тошноты, рвота (2 раза), которая принесла кратковременное улучшение состояния, умеренная приступообразная боль в области эпигастрия. Температура тела поднялась до 37.0 °С. К врачу не обращался, лечился сам (принимал смекту). На следующий день (18.11.12) боли в эпигастрии не прекращались, рвоты не было. 19.11.12. появился жидкий стул (2 раза), без примеси слизи и крови. Обратился к участковому терапевту, он выписал направление в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 19.11.12 явился по направлению в ВОКИБ, был госпитализирован.

**Эпидемиологический анамнез**

Питается полноценно. Воду пьет кипяченую. Санитарно-эпидемиологическая обстановка удовлетворительна. Водоснабжение централизовано. Санитарно-гигиенические условия на месте учебы выполняются.

Со слов пациента *16.09.12* вечером (около 22 часов) ел жареный картофель, пил апельсиновый сок. Утром у него появились боль в животе, рвота. Ни у кого из родственников сходных симптомов не наблюдалось.

**Анамнез жизни**

Родился *08.06.1994* г. Рос и развивалась нормально. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. В настоящее время учится в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на 2-ом курсе*.* 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 19 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 120/80 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, безболезненный, 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 (появилось чувство тошноты, рвота (2 раза) которая принесла кратковременное улучшение состояния), слабость, температура тела – 37 0 С, приступообразные боли в животе, жидкий водянистый стул (2 раза), без примеси слизи и крови), состояния больного в момент поступления *(осмотр врача:* умеренная боль в эпигастрии.) Можно выставить предварительный диагноз: неинфекционный 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 (посев на бактериологическое исследование)
6. Анализ крови на RW.

**Данные лабораторных, инструментальных**

**и специальных методов исследования**

1. **Общий анализ крови** *(20.11.2012г.)*

Эритроциты ––––– 4,69 х 109/л;

Гемоглобин ––––– 147 г/л;

Гематокрит ––––– 0,94;

Лейкоциты –––––– 4,5 х 109/л;

Палочкоядерные –– 2%;

Сегментоядерные – 50%;

Лимфоциты ––––– 35%;

Моноциты –––––– 9%;

СОЭ ––––––––––– 5мм/ч;

Заключение: *в пределах нормы*

1. Общий анализ мочи *(20.11.2012г.)*

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

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

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

Относительная плотность: *1025;*

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

Кетоновые тела……………*отр.*

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

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

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

Заключение: *Без отклонений от нормы*

**Обоснование клинического диагноза**

На основании анамнеза заболевания (появилось чувство тошноты, рвота (2 раза) , которая принесла кратковременное улучшение состояния), слабость, температура тела – 37, 0 С, приступообразные боли в животе, жидкий водянистый стул 2 раза), без примеси слизи и крови), состояния больного в момент поступления *(осмотр врача)* умеренная боль в эпигастрии ,результатов лабораторных методов исследования (ОАК и ОАМ в пределах нормы) можно выставить диагноз: неинфекционный гастроэнтерит легкой степени тяжести. Степень обезвоживания - 0.

**План лечения**

*ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ*

**1**. Постельный режим.

**2.** Диета (исключение из пищи сырых овощей, острой и грубой пищи),

стол П ,

обильное питье, не менее 2.5 литров.

**3.** Медикаментозное лечение

*Rp.:Carbonis activati 0.5*

*S. По 6 таблеток 3 раза в день.*

*Rp: Omez 20mg*

*S. По 1 таблетке 2 раза в день ( утром и на ночь)*

*Rp: Dialakt in flac*

*S: По 10 доз 2 раза в день.*

**Динамическое наблюдение за больным**

*21.11.12г.* *11:00*

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

Температура тела 36,6 0С. Кожный покров светло-розовый. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 90 в минуту, АД – 120/70 мм.рт.ст. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено. Стул в норме.

Назначения теже.

Отмечается положительная динамика.

*22.11.12г. 11:10*

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 – 86 в минуту, АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, не обложен. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 18 лет явился по направлению участкового терапевта Поликлиники №6 *20.09.12г*, был госпитализирован. На основании анамнеза заболевания (заболел остро, появилось чувство тошноты, рвота (2 раза которая принесла кратковременное улучшение состояния), слабость, температура тела – 370С, приступообразные боли в животе, жидкий водянистый стул (2 раза), без примеси слизи и крови), состояния больного в момент поступления *(осмотр врача)* умеренная боль в эпигастрии, был выставлен диагноз: неинфекционный гастроэнтерит .Степень обезвоживания – 0.

В период нахождения в стационаре было назначено лечение: активированный уголь ( по 6 табл. 3 раза в день), обильное питье ( не менее 2,5 л), Омез (по 1 таб. Утром и на ночь), Диалакт (по 10 доз 2 раза в день). Нормализовался стул, пропала боль в эпигастрии. В настоящее время продолжает лечение в стационаре.

**Рекомендации:**

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

2.Соблюдение правил личной гигиены.

**Исход заболевания:** полное выздоровление.