#### Паспортная часть:

##### Ф.И.О.:

Возраст: 25 лет

Место жительства:

Место работы: домохозяйка

Семейное положение: замужем

Дата заболевания: 22 сентября 2003 г.

Дата обращения за медицинской помощью: 22 сентября 2003 г.

Дата поступления в больницу: 22 сентября 2003 г.

Время курации: с 23 октября 2003 по 27 октября 2003

Кем направлена: скорая помощь

Диагноз направившего учреждения: острая кишечная инфекция

Диагноз при поступлении: острая кишечная инфекция

# Клинический диагноз: Острая дизентерия (клиническая). Гастроэнтероколитическая форма, среднетяжелое течение.

###### Жалобы

Предъявляет жалобы на тошноту, повторную рвоту, жидкий стул, постоянные ноющие боли в животе, преимущественно околопупочной локализации, жажду.

Рвота трехкратная, стул частый (более 10 раз в сутки), приблизительно 100 грамм за 1 раз, с комочками слизи.

# Анамнез заболевания

Больной себя считает с утра 21 октября 2003 года, когда появились жалобы на тошноту, ноющие боли по всему животу. Через некоторое время присоединилась рвота съеденной пищей, обильная, повторная. Затем понос, многократно, тенезмы. Температура тела 37,2 С. 22 октября 2003 состояние не улучшилось, боли сохранялись (стул более 10 раз в сутки), была однократная рвота, больная приняла таблетку Лоперамида гидрохлорида. Состояние не улучшилось, присоединились головокружение, головная боль, сухость во рту, жажда. Больная вызвала скорую помощь (в 16:00), которой была доставлена в инфекционное отделение МСЧ РТП.

При поступлении больная предъявляет жалобы на жажду, тошноту, повторную рвоту, диарею (стул частый, каждые 2 часа, по 100 грамм), постоянные ноющие боли преимущественно околопупочной локализации. Общее состояние больной средней степени тяжести, язык обложен белым налетом, влажный, живот мягкий, болезненный при пальпации, особенно в околопупочной области, болезненность при пальпации сигмовидной кишки. Печень без отклонений. Пульс 102 уд/мин, ритм правильный, АД 110/80 мм рт ст., ЧДД 17/мин.

# Эпидемический анамнез

# Живет в частном доме, вдвоем с мужем, туалет надворный, вода в доме. Санитарно-гигиенические мероприятия соблюдает. В течение последней недели были перебои в водоснабжении, носили воду из уличной колонки. Пила некипяченую воду. Домашние животные есть (собака). Питается дома, 20 октября 2003 г. ужинала в гостях обильно, пищи много, принимала спиртное. Не работает, домохозяйка. Больных с подобным заболеванием в окружении и семье не отмечает. В детстве прививалась в соответствии с календарем. Подобного заболевания в анамнезе не было.

# Anamnesis vitae

Родилась в 1978 году в г. Барнаул Алтайского края. Воспалительными заболеваниями в детстве болела часто. Детскими инфекциями (краснуха, паротит, ветряная оспа) болела в детстве. В школу пошла с 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Закончили 11 классов средней школы. Имеет среднее специальное образование: секретарь. В 1993 г. – черепно-мозговая травма, в 1997 году перенесла острый аппендицит и аппедэктомию, в 1998 г. диагностическая лапароскопия по поводу подозрения на внематочною беременность. Не страдает какими-либо хроническими заболеваниями. Беременностей и родов не было, туберкулез, вирусный гепатит А отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

# Status praesens communis

Общее состояние больной средней степени тяжести. Сознание ясное, положение в постели активное, телосложение правильное, конституция нормостеническая. Кожные покровы бледные, видимые слизистые оболочки без особенностей. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, распределена равномерно. Сила и тонус мышц сохранены, деформаций в области суставов нет, активные и пассивные движения в суставах в полном объеме. Деформаций и искривлений позвоночника не выявлено

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

ЧДД 17/минуту, дыхание ритмичное. Носовое дыхание не затруднено. Отставания в дыхании половин грудной клетки нет. При пальпации грудной клетки температура кожи на симметричных участках одинаковая, резистентность не повышена. При сравнительной перкуссии притупления перкуторного звука на симметричных участках нет. При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких, ширина полей Кренига и границы легких в пределах нормы. Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание во всех точках. Хрипов не слышно.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Пульс 100 ударов/минуту, без особенностей. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии нормальный, не разлитой, мягкий, нормальных размеров.

Границы относительной тупости сердца:

Правая - в 4ом межреберье на 1,5 см от правого края грудины

Левая - в 5ом межреберье слева на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии

Верхняя - в 3ем межреберье слева у окологрудинной линии

Ширина сосудистого пучка в пределах нормы. Ритм правильный, тоны сердца ясные. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Ротовая полость: слизистая рта влажная, чистая; язык влажный, с белым налетом, миндалины не увеличены, небные дужки без изменений.. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен. Живот не увеличен в размере, симметричен, в акте дыхания участвует. При поверхностной пальпации болезненный, особенно в околопупочной области. Живот мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области, резко болезненна, спазмирована, в виде тяжа. Ободочная кишка безболезненна. Слепая кишка безболезненна. Селезенка не увеличена, безболезненна. Размеры печени по Курлову: 8 см \* 9 см \* 10 см. Нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, острый, плотноэластической консистенции, безболезненный, гладкий. Желчный пузырь при пальпации безболезненный. Симптом Ортнера отрицательный. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. При аускультации шум перистальтики кишечника.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 – 4 раза в сутки. Моча, со слов больной, светлого цвета.

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Сознание больной ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, общительна, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно. Вторичные половые признаки - по женскому типу. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено, признаков гипо- и гипертиреоза нет.

.

# Предварительный диагноз

На основании признаков интоксикации в анамнезе болезни (повышение температуры до +37,20 С, тошнота, общая слабость), стадийности процесса (стадия интоксикации, стадия диспепсии), предполагаем, что заболевание инфекционной этиологии. На основании жалоб на тошноту, многократную рвоту, понос, боли в животе, предполагаем, что в патологический процесс вовлечена система пищеварения. Т.к. рвота носила неукротимый характер, многократная – признаки гастрита. Боли в животе, особенно в околопупочной области, обильная (в начале заболевания) диарея говорит об энтерите. Спазмированная, болезненная при пальпации сигмовидная кишка, тенезмы, обеднение стула, комочки слизи в стуле говорят о колитическом синдроме. Учитывая это можно предположить, что у больной гастроэнтероколит инфекционной этиологии. Поскольку у больной имело место повышение температуры тела, частота стула была более 10 раз в сутки, заболевание протекало в среднетяжелой форме. По характерной клинике можно предположить о дизентерии, гастроэнтероколитической форме. Начало этого заболевания напоминает течение пищевой токсикоинфекции (короткий инкубационный период, бурное начало болезни), основным синдромом является гастроэнтерит (рвота, профузный понос, диффузные боли в животе), сопровождающийся симптомами интоксикации, затем начинают превалировать симптомы энтероколита – оскуднение стула, стул с примесью слизи, тенезмы, сигмоидит. Такое течение болезни наблюдается и у данной больной. Эпидемиологический анамнез выявил, что больная за 2 дня до начала болезни употребляла недоброкачественную воду, которая могла явиться фактором передачи инфекционного начала (водный путь передачи харатерен для шигеллеза).

# Таким образом, суммируя все выше перечисленное можно поставить следующий предварительный диагноз: Острая дизентерия (клиническая). Гастроэнтероколитическая форма, среднетяжелое течение.

**План обследования**

* Общий анализ крови с формулой
* Общий анализ мочи
* Копрограмма
* RW
* Кал на дизентерию, сальмонеллез, УПФ № 3, необходимо провести данный анализ для установления этиологии заболевания
* Билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, ПТИ, фибриноген, мочевина, креатинин, электролиты, необходимо провести данное исследование для оценки состояния гомеостаза
* ЭКГ для оценки состояния ССС

**Результаты дополнительного обследования**

* **Общий анализ крови от 23.10.03 год**

Гемоглобин 126 г/л

Формула крови:

Э – 2

Б - 0

Ми - 0

П - 4

С – 66

Л – 24

М - 9

СОЭ 28 мм/ч

Лейкоциты 9,0 х109/л

Заключение: имеется умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево,

повышенная СОЭ, это говорит о бактериальной природе воспаления.

* **Общий анализ мочи от 23.10.03 год**

Количество: 300 мл

Плотность: 1015 мг/л

Цвет: св. желтый

Реакция: кислая

Белок: отриц

Лейкоциты: 2 кл.

Эритроциты: 0 кл.

Эпителиальные клетки: 2-3 кл.

Заключение: патологических изменений не наблюдается

* **Биохимический анализ крови от 23.10.03 год**

|  |  |
| --- | --- |
| Билирубин общий: 11 мкмоль/л Билирубин непрямой: 8 мкмоль/лБилирубин прямой: 3 мкмоль/лТимоловая проба 5,8 АлАТ: 1,1 мкмоль/лАсАТ: 0,7 мкмоль/л | Мочевина:4,81 ммоль/лКреатинин: 0,056Na: 145 ммоль/лК: 3,9 ммоль/лПТИ: 89%Фибриноген по Рутбергу: 4,5 г/л |

Заключение: Слегка увеличена тимоловая проба, возможно из-за общевоспалительного синдрома.

* **Кал на яйца глистов от 23.10.03 год**

Я/г не обнаружены

* **Копрограмма от 23.10.03 год**

Цвет: коричневый

Консистенция: слизистый

Детрит: ++

Непереваренная клетчатка: ++

Перевариваемая клетчатка: ++

Мышечные волокна:

-измененные: +

-неизмененные: ++

простейшие и я/г: не обнаружены

Заключение: в кале обнаружены мышечные волокна – признак гастрита, непереваренная клетчатка, что говорит об энтерите, кал слизистого характера, мало детрита, что свидетельствует о колите.

* **Мазок от 22.10.03 года**

Шигеллы, Сальмонеллы не обнаружены.

* **ЭКГ от 23.10.03 год**

Заключение: умеренные обменные нарушения миокарда желудочков

**Клинический диагноз**

# Предварительный диагноз был поставлен на основании жалоб (тошнота, рвота, жидкий стул, боли в животе, жажда), общего осмотра (признаки энтерита и сигмоидита) и анамнеза (течение болезни и эпидемиологически неблагоприятных условий). Диагноз подтверждется результатами обследования. В анализе крови от определен лейкоцитоз, сдвиг формулы влево и ускоренная СОЭ. Это подтверждает предположение о бактериальном характере инфекции, воспалительном синдроме. На основании биохимического анализа крови можно сказать, что нарушения в электролитном балансе нет, но повышена тимоловая проба, что говорит о воспалении. Копрограмма подтверждает предположение о том, что в процесс вовлечены все отдела ЖКТ (в кале обнаружены мышечные волокна – признак гастрита, непереваренная клетчатка, что говорит об энтерите, кал слизистого характера, мало детрита, что свидетельствует о колите). Бактериоскопическим методом диагностики ни шигелл, ни сальмонелл обнаружено не было, но это не опровергает диагноза «Дизентерия», для этого необходимы повторные отрицательные бактериологические анализы. Поэтому, на основании вышеперечисленного можно поставить клинический диагноз: «Острая дизентерия (клиническая). Гастроэнтероколитическая форма, среднетяжелое течение.».

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз острой дизентерии проводится с сальмонеллезом, пищевыми токсикоинфекциями, холерой. Для **сальмонеллеза** более характерным является поражение тонкого кишечника (в 80%), но существует и гастроэнтероколитическая форма заболевания. Для такого варианта течения характерно чрезвычайно бурная клиническая картина: заболевание начинается остро, с явлений интоксикации (фебрильная температура, головные боли), и лишь к концу первых суток развивается гастроэнтерит. В данном случае хотя и заболевание началось остро, но преимущественно с явлений гастроэнтерита, что более характерно для шигеллеза. Температура была субфебрильной, поднялась позже, это также говорит в пользу шигеллеза. Для шигеллеза более характерны оскуднение стула и сигмоидит (это подтверждает копрограмма и объективное обследование), что мы и наблюдаем у больной. **Пищевые токсикоинфекции** также начинаются с явлений гастрита, как и в данном случае. Но для этой группы заболеваний характерен короткий инкубационный период, длящийся несколько часов от момента приема недоброкачественной пищи, в анамнезе этого нет. Заболевание в большинстве случаев не сопровождается сильными болями и гипертермией. Протекает не длительно (до 3х дней), явлений колита не наблюдается. Как правило, характерен взрывной/групповой характер заболевания, в данном случае – единичный случай болезни. Т.о. в данном случае можно четко дифференцировать ПТИ от шигеллеза. Для **холеры** характерен водный путь передачи (который и был возможным в данном случае). Заболевание начинается остро, без симптомов интоксикации, гипертермии, с внезапной водянистой диареи, чаще в ночное время. Уже после этого присоединяется рвота и усугубляется течение болезни, усиливается диарея, температура тела падает ниже нормы, появляются внешние симптомы эксикоза. Живот, как правило, безболезненный. В течение патологического процесса превалируют признаки дегидратации. В случае легкого течения болезни процесс завершается в течение 1-2 суток. При данном заболевании мы этого не наблюдали.

**Лечение**

1. Госпитализация
2. Режим
3. Диета № 4
4. Лечение препаратами

**Госпитализация:** проводится по клинико-эпидемиологическим показаниям. Больная не работает, госпитализирована по клиническим показаниям: течение болезни средней степени тяжести.

**Режим:** лечебно-охранительный, полупостельный режим. Уменьшение действия раздражителей, удлиненный физиологический сон.

**Диета № 4:** механически и химически щадящая. Пища богата витаминами и микроэлементами. Блюда, содержащие большое количество клетчатки необходимо перетирать, не следует употреблять жаренную, недостаточно термически обработанную пищу. Исключить прием раздражающих ЖКТ продуктов: алкоголь, острые продукты, пряности. Рекомендуются: супы-пюре, нежирные и ненаваристые бульоны, кисели, компоты, сухари. Обильное питье (до 2ух литров в сутки).

 **Лекарственные средства:**

1. Этиотропная терапия включает применение антибиотиков: вибрамицин, ампициллин. Этиотропная терапии направлена на уничтожение возбудителя в ЖКТ, это основной вид терапии при шигеллезе.

 Rp.: Tab Vibramicini 0,2 N 10

 D.S.: По 1 таблетке 1 раз в день

1. Патогенетическая терапия:
* Дезинтоксикация и регидратация: 5% раствор глюкозы, раствор «Дисоль». Необходимы для восстановления потерянной жидкости, снятия симптомов интоксикации.

 Rp.: Sol. Glucosae 5% - 500 ml

 Sol. “Disolum” – 1000 ml

 D.t.d. № 2

 S.: Внутривенно капельно 1 раз в день.

* Спазмолитики: Но-шпа. Уменьшают болевые явления и способствуют нормализации функционирования ЖКТ.

Rp.: Sol. No-spa 2%-2,0

 Dtd N 40

 S. по 2,0 в/м 2 раза в день

* Энтеросорбенты («Полифепан») Эффективны для удаления токсинов, образующихся в просвете кишки, обязательный компонент дезинтоксикационной терапии при ОКИ
* Анальгетики: Анальгин

 Rp.: Sol. Analgini 50%-2,0

 Dtd N 40 in ampulis

 S. по 2.0 в/м 2 раза в день

**Дневник**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Течение заболевания** | **Лист назначений** |
| 23.10.03  | Субъективно больная чувствует себя удовлетворительно. Состояние средней степени тяжести. Жалобы на боль в животе схваткообразного характера, частый стул (5 раз в сутки), слабость, плохой аппетит, тошноту. При осмотре кожа нормальной окраски. Температура тела 37,8. Пульс нормальный. Частота пульса 84 в мин. АД 110/70. Тоны сердца не изменены. Дыхание носовое, при аускультации – везикулярное. Живот мягкий, умерено болезненный. Стул 5 раз в сутки, кашицеобразный, нормального цвета. Мочеиспускание безболезненное, регулярное.  | * Режим: полупастельный
* Диета № 4
* Обильное питье
* Р-р глюкозы 5% 500 мл, внутривенно
* Таб. Вибрамицина 0,1 по 1 таб. В день
* Полисорб по 1 ст ложке 4 раза в день
 |
| 24.10.03 | Субъективно больная чувствует себя удовлетворительно. Состояние близкое к удовлетворительному. Боли в животе уменьшились, частый жидкий стул (4 раза в сутки), слабость, аппетит восстанавливается. При осмотре кожа нормальной окраски. Температура тела 36,8. Пульс нормальный. Частота пульса 80 в мин. АД 110/70. Тоны сердца не изменены. Дыхание при аускультации – везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул 4 раза в сутки, жидкий, нормального цвета. Мочеиспускание безболезненное, регулярное.  | * Режим: полупастельный
* Диета № 4
* Обильное питье
* Р-р глюкозы 5% 500 мл, внутривенно
* Таб. Вибрамицина 0,1 по 1 таб. В день
* Полисорб по 1 ст ложке 4 раза в день
 |
| 27.10.03 | Субъективно больная чувствует себя удовлетворительно. Состояние близкое к удовлетворительному. Болей в животе нет, стул 2 раза в сутки, аппетит восстановлен. При осмотре кожа нормальной окраски. Температура тела 36,5. Пульс нормальный. Частота пульса 76 в мин. АД 110/70. Тоны сердца не изменены. Дыхание при аускультации – везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул 2 раза в сутки, калового характера, нормального цвета. Мочеиспускание безболезненное, регулярное.  | * Режим: полупастельный
* Диета № 4
* Обильное питье
* Таб. Вибрамицина 0,1 по 1 таб. В день
* Полисорб по 1 ст ложке 4 раза в день
 |
| 28.10.03 | Субъективно больная чувствует себя удовлетворительно. Состояние удовлетворительное. Болей в животе нет, стул 2 раза в сутки, аппетит восстановлен. При осмотре кожа нормальной окраски. Температура тела 36,5. Пульс нормальный. Частота пульса 76 в мин. АД 110/70. Тоны сердца не изменены. Дыхание при аускультации – везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Стул 2 раза в сутки, калового характера, нормального цвета. Мочеиспускание безболезненное, регулярное.  | * Режим: полупастельный
* Диета № 4
* Обильное питье
* Таб. Вибрамицина 0,1 по 1 таб в день
* Полисорб по 1 ст ложке 4 раза в день
 |

Прогноз

Прогноз для жизни и здоровья благоприятный. Заболевание хорошо поддается терапии, хронические формы заболевания возможны, поэтому следует находиться на диспансерном наблюдении. Учитывая клинику и течение заболевания прогноз для здоровья также благоприятный. Прогноз для работоспособности благоприятный. При условии выздоровления работоспособность восстанавливается быстро. В каких-либо ограничений в труде необходимости нет. Но, если больная изъявит желание работать в пищевой промышленности, то следует перед устройством на работу пройти однократное бактериологическое обследование.

**Профилактика**

**Источник инфекции:** выявление и лечение больных шигеллезом. Плановое и внеплановое обследование лиц декретированных профессий, детских коллективов. Реконвалесценты выписываются после полного клинического выздоровления при отрицательном бак. анализе.

**Механизм передачи:** во очаге проводится текущая и заключительная дезинфекция. Санитарный контроль за источниками водоснабжения, пищевыми предприятиями. Ведение санитарно-просветительской работы.

**Восприимчивый организм:** меры, направленные на повышение неспецифической резистентности организма (закаливание, правильное питание, витамины). Специфической эффективной вакцины не создано.

**Эпикриз**

Больная Никулина Надежда Алексеевна, 25 лет, находилась на стационарном лечении в инфекционном отделении МСЧРТП с 22.10.03 по 28.10.03; поступила в стационар 22.10.03 по скорой помощи с диагнозом: «Острая кишечная инфекция».

При поступлении предъявляла жалобы на тошноту, многократную рвоту, понос, боли в животе, тенезмы. При осмотре состояние больной средней степени тяжести, кожа обычного цвета, живот при пальпации болезненный, пальпируется уплотненная сигмовидная кишка, резко болезненная. Пульс 84 удара в мин., АД = 110/80 мм рт ст. Тоны сердца не приглушены. Дыхание везикулярное. Патологии со стороны почек не выявлено. При дополнительном обследовании обнаружено:

* Общий анализ крови от 23.10.03 год

Формула крови:

Э – 2

Б - 0

Ми - 0

П - 4

С – 66

Л – 24

М - 9

Гемоглобин 126 г/л

СОЭ 28 мм/ч

Лейкоциты 9,0 х109/л

* Биохимический анализ крови от 23.10.03 год

|  |  |
| --- | --- |
| Билирубин общий: 11 мкмоль/л Билирубин непрямой: 8 мкмоль/лБилирубин прямой: 3 мкмоль/лТимоловая проба 5,8 АлАТ: 1,1 мкмоль/лАсАТ: 0,7 мкмоль/л | Мочевина:4,81 ммоль/лКреатинин: 0,056Na: 145 ммоль/лК: 3,9 ммоль/лПТИ: 89%Фибриноген по Рутбергу: 4,5 г/л |

* Копрограмма от 23.10.03 год

Цвет: коричневый

Консистенция: слизистый

Детрит: ++

Непереваренная клетчатка: ++

Перевариваемая клетчатка: ++

Мышечные волокна:

-измененные: +

-неизмененные: ++

простейшие и я/г: не обнаружены

* Мазок от 22.10.03 года

Шигеллы, Сальмонеллы не обнаружены.

* ЭКГ от 23.10.03 год

Заключение: умеренные обменные нарушения миокарда желудочков

# Был поставлен клинический диагноз: острая дизентерия (клиническая). Гастроэнтероколитическая форма, среднетяжелое течение. За время пребывания в стационаре получила следующее лечение: р-р глюкозы 5 % - 500 мл / 1 раз в день (3 дня), р-р «Дисоль» - 1000мл 1 раз, р-р Но-шпы 2,0 в/м 1 раз, р-р Анальгина 50% - 2,0 2 раза в день (1 день), таб. Вибрамицин 0,1 по 1 таб/ 1 р.д. (7 дней), Полисорб по 1 ст ложке 4 раза в день (7 дней). После проведенного лечения состояние больной улучшилось. Отмечает исчезновение болей в животе, тошноты, слабости, восстановление аппетита, стула. Объективно после проведенного лечения отмечается: нормализация температуры тела и общего состояния больной.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии 28.10.03 года. Рекомендовано:

* Диета на 1 месяц: пища химически и механически щадящая, богатая витаминами и микроэлементами, воздержание от приема большого количества пищи.
* Поливитаминные препараты
* Соблюдение личной гигиены
* Диспансерный учет по месту жительства у инфекциониста в течение 3 месяцев, ежемесячный осмотр и бак. обследование.
* Медотвод от профилактической вакцинации на 2 недели.

Литература

1. Шувалова Е.П. «Инфекционные болезни», Феникс, Растов-на-Дону, 2001 г.
2. Ющук Н.Д. «Лекции по инфекционным болезням», 1,2 том, ВУНМЦ, Москва, 1999 г.
3. «Стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения». Издание 2002 года.
4. «Основы клинической гастроэнтерологии» Лычев В.Г. Издательство НГМА 2000. Н. Новгород.
5. Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. Москва, «Медицина», 1999 г.