ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

 Зав. кафедрой: доц. Матиевская Н.В.

Преподаватель: асс. Бабаева И.В.

**История болезни**

Ф.И.О:

Возраст: 18 лет

Адрес:

Место работы/учёбы: Гродненский государственный музыкальный колледж, факультет художественного исполнения фортепиано, 4 курс

Дата поступления: 19.02.2019

Клинический диагноз:

Основной: Острый гастроэнтерит неинфекционной этиологии средней степени тяжести.

Куратор: Каменко А.Г.

Время курации:19.02.2019-26.02.3019

Гродно 2019

**I. ЖАЛОБЫ**

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на: боли в эпигастральной и надлобковой областях, жидкий стул до 3-ёх раз за сутки, двукратную рвоту, общую слабость, озноб, повышение температуры до 38С.

На момент курации пациентка предъявляла жалобы на общую слабость, умеренные боли в эпигастральной области, озноб.

**II. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Со слов пациентки заболевание началось остро. Началось в понедельник 18.02. с 3-ёх кратного жидкого стула светло-коричневого цвета, режущих болей в надлобковой области. Со слов накануне 17.02 вечером пациентка пообедала макаронами с приготовленным фаршем и колбасками, вечером ела пончик и латте в «Пончикoff». 18.02 пациентка позавтракала рисом, овощами и котлетами на пару, в обед ела мороженое и чипсы, вечером пила грейпфрутовый сок. Через пару часов после последнего приёма пищи была двукратная рвота и жидкий стул, после чего пациентка отмечала некоторое облегчение, рвота и диарея сопровождались схваткообразными болями в эпигастральной и надлобковой областях, примесей в кале не отмечает. Ложных позывов к дефекации не было. Вечером пропал аппетит. Также вечером в целях улучшения состояния пациентка приняла «Панкреатин» и «Фталазол» по 1 таблетке. Снижения симптомов заболевания не последовало. Ночью в 5 часов состояние ухудщилось, был водянистый стул, рвота. Была вызвана бригада СМП. В 5:30 доставлена в УЗ «ГОИКБ». В приёмном покое также была однократная рвота. Госпитализирована в 3 отделение 10 бокс.

**III. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Контакт с инфекционными больными отрицает. В общежитии соседи здоровы, в общежитии подобных симптомов ни у кого не наблюдалосьу соседки по комнате, которая потребляла вместе с пациенткой симптоматика отсутствует. За пределы Республики Беларусь пациентка не выезжала. Со слов гигиену рук соблюдает частично (моет руки после посещения уборной, после занятий на фортепиано нет).

 **IV.АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Родилась 16.08.2000 года, третьим ребёнком в семье, есть два старших брата. Вскармливалась грудным молоком. От сверстников в физическом и умственном развитии не отставала. В школу пошла в срок, занималась в основной группе по физкультуре.

Наследственность: не отягощена.

Перенесенные заболевания: ОРИ.

Гемотрансфузий не было.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки отрицает.

**V. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБЪЕКТИВНОГО ОСМОТРА БОЛЬНОГО**

Общее состояние пациентки средней степени тяжести, положение в постели активное, выражение лица обычное. Телосложение нормостеническое, рост- 173см, вес- 62 кг, ИМТ – 20,7. Температура тела 38,30С. Сознание ясное. Кожа нормальной окраски, чистая, сухая на ощупь. Видимые слизистые без изменений. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, над- и подчелюстные, локтевые, подмышечные, паховые) не пальпируются.

Мышцы и кости при пальпации безболезненны. Деформации при пальпации не выявлено. Конфигурация суставов, объем пассивных и активных движений не изменены. Отсутствуют боли в покое и при движении, кожа над ними не изменена.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

Дыхание через нос свободное. Деформаций носа нет, кровотечений и отделяемого не наблюдается. Число дыханий = 16 в мин., дыхание ритмичное, грудной тип. Одышки нет. Задняя стенка глотки и миндалины не гиперемированы.

Грудная клетка симметричная, нормостеническая. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют акте дыхания. При пальпации болезненных участков и отечности кожи не выявлено. Голосовое дрожание нормальное, проводится на симметричных участках лёгких одинаково. При сравнительной перкуссии над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочной звук. При топографической перкуссии границы смещены. При аускультации: везикулярное дыхание над всей поверхностью лёгких, хрипы отсутствуют во всех отделах. Бронхофония в норме.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Видимых изменений в области сердца не обнаружено. Пульсации в области крупных сосудов, в яремной вене, в прекордиальной области и в подложечной области не наблюдается. Сердечный толчок при пальпации области сердца не определяется. Надчревная пульсация не наблюдается. Верхушечный толчок на глаз не определяется. ЧСС-88 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст.

Аускультативно: тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не выявлено.

 **ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Язык влажный, обложен белым налетом. При перкуссии живота - тимпанический звук. При аускультации перистальтика выслушивается.

Живот круглый, симметричный, участвует в акте дыхания, видимой перистальтики нет, выбухания нет. При пальпации живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах, при пальпации отмечается урчание по ходу кишечника, отмечается умеренная болезненность в эпигастральной области. Перитонеальные симптомы отрицательны.

Печень и желчный пузырь: на момент курации жалобы на боли отсутствуют. Печень не пальпируется. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

Стул ежедневный,1 раз в день ,обычный цвет ,без патологических примесей .

**СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ**

Синдром покалачивания отрицательный с обеих сторон .

Почки не пальпируются. Мочеиспускание свободное безболезненное, 4-5 раз в сутки, цвет мочи жёлтый.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**

Щитовидная железа нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная, пальпируется только перешеек.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ**

Настроение хорошее. Ориентируется в окружающей обстановке правильно, восприятие не нарушено. Память не снижена, поведение адекватное. Нарушений чувствительности не отмечается. Сон не нарушен.

**VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Острый гастроэнтерит неинфекционной этиологии средней степени тяжести.

**VII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

Лабораторные исследования:

1.Общий анализ крови.

2.Биохимический анализ крови.

3.Общий анализ мочи.

4.Анализ крови на RW.

5.Профиль температуры.

6.Посев кала на энтеропатогенную флору.

7. Посев кала на флору.

**VIII. ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Общий анализ крови от 19.02.2019.:*

 эритроциты 4,23 х 10\*12\л;

 гемоглобин 123г\л;

 тромбоциты 271 х 10\*9 ;

 гематокрит 36.7 %;

 лейкоциты 15.6х 10\*9/л;

 сегментоядерные 91%;

 лимфоциты 9%.

 СОЭ 2 мм/час.

*Профиль температуры на 19.02.2019*

6:00 – 38,3С

10:00 – 37,9С

18:00 – 38,7С

6:30 – 36, 5С

*Биохимическое исследование крови от 19.02.2019г.*

Мочевина -4,8 ммоль/л;

Глюкоза – 5,8 ммоль/л

Креатинин -75.6мкмоль/л;

Натрий -144.9ммоль/л;

Калий -3.54 ммоль/л;

Кальций ионизированный- 1,12 ммоль/л.

 *Общий анализ мочи от 20.02.2019 г.:*

 цвет –светло- желтый;

 мутность-прозрачная ;

 реакция- 5,0рН (нейтральная);

 удельный вес- 1020;

 белок - отр;

глюкоза - отр;

плоский эпителий – 2-3;

 лейкоциты-2-3 в поле зрения.

 *Кровь на МРП от 20.02.2019*

Заключение: отрицательный.

*Мазок на ЭПГ от 22.02.2019*

Заключение: микроорганизмы не обнаружены.

*Кал на патогенную флору от 23.02.2019*

Заключение: микроорганизмы не обнаружены.

*Общий анализ крови от 25.02.2019*

Лейкоциты – 5,6 х 10\*9/л

Эритроциты – 4,31 х 10\*12/л

Гемоглобин – 133 г/л

Гематокрит – 37,9%

Тромбоциты – 164 х 10\*9/л

 Палочкоядерные - 2%

 Сегментоядерные – 68%

 Лимфоциты – 28%

 Моноциты – 2%

СОЭ – 5мм/час

**IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

 На основании жалоб, анамнеза заболевания, результатов лабораторно-инструментального исследования можно предположить у пациента острый гастроэнтерит неинфекционной этиологии, средней степени тяжести. Данное заболевание можно продифференцировать с кишечной коли-инфекцией (дизентериеподобный эшерихиоз), сальмонеллёзом, пищевой токсикоинфекцией, ротавирусной инфекцией, ботулизмом.

 При сравнении острого неинфекционного гастроэнтерита с дизентериеподобным эшерихиозом следует обратить внимание на то, что при последнем наблюдается стул с примесью слизи, иногда крови, возникают тенезмы, при этом рвота бывает редко; живот будет несколько вздут, пальпация толстой кишки будет болезненна во всех отделах. Также пр бактериологическом исследовании кала обнаруживается E. coli.

 Касательно пищевых токсикоинфекций надо отметить, что для них характерен очень короткий период инкубации (от 30 мин до 6 часов). Для них также характерна обильная рвота и водянистый стул без патологических примесей, боли в эпигастрии. Однако следует отметить, что температура при ПТИ быстро приходит в норму, краткровременная симптоматика, групповой характер заболевания.

 Сальмонеллёз тоже начинается остро, появляются общая слабость, повышение температуры, но у многих больных кишечные проявления проявляются позднее, рвота однократная. Но проявления сальмонеллёза протекают тяжелее: стул до 10 раз в сутки обычно зловонный, пенистый, обильный, водянистый, может быть с примесью слизи, дегидратация более выражена. В периферической крови повышается уровень гемоглобина и эритроцитов.

 При ботулизме также проявления начинаются остро с появления тошноты, рвоты, поноса, болей в эпигастральной области, повышения температуры и мышечной слабости, но очень быстро развиваются симптомы поражения ядер черепных нервов и паралитические нарушения иннервации.

 Ротавирусная инфекция характеризуется также острым началом, рвотой, поносом, повышением температуры, признаками дегидратации. Однако стул будет иметь глинообразный характер, серо-жёлтого цвета; также при ротавирусной инфекции будут присоединяться катаральные явления: насморк, боли в горле и при глотании.

**X. ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

На основании:

1. Жалоб пациента на боли в эпигастральной области, озноб, повышение температуры, общую слабость.

2.Анамнеза заболевания: острое начало заболевания с рвоты, многократного жидкого стула.

3. Данных объективного обследования: болезненность при пальпации в эпигастральной области, сухость кожных покровов из-за дегидратации (низкое АД -110/70, ЧСС – 88/мин).

4. Лабораторных данных: лейкоцитоз в периферической крови в начале заболевания, отсутствия в посевах кала патогенной микрофлоры.

5. После проведенного дифференциального диагноза с эшерихиозом, пищевой токсикоинфекцией, сальмонеллёзом, ботулизмом и ротавирусной инфекцией был выставлен клинический диагноз: острый гастроэнтерит неинфекционной этиологии, средней степени тяжести.

**XI. ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

Лечение

1. Режим палатный;

2.Диета «П».

3. «Нормогидрон» дробное питьё.

4.Активированный уголь по 2 таблетки 3 раза в сутки

5. Sol. Analgini 50% - 2,0 ml

 Sol. Dimedroli 1,0% - 1,0 ml

 Sol. Papaverini 2,0% - 1,0 ml внутримышечно при повышении температуры тела выше 38, 5С.

6.Sol. NaCl 0,9% - 500,0 ml внутривенно капельно.

7.Sol. Glucosae 5,0% - 500,0 ml внутривенно капельно.

8. Tab. Ciprofloxacini 0,5 2 раза в день внутрь.

Профилактика

Для предупреждения ангин необходимо:

1.санация хронических очагов инфекции (кариозных зубов, гнойных поражений околоносовых пазух);

2.устранение причин затруднения носового дыхания(насморк);

3.закаливание, правильный режим труда и отдыха.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**:

1. Инфекционные болезни: Е.П. Шувалова, Е.С. Белозеров, Т.В. Беляева[и др.].2016 – 783с.
2. Инфекционные болезни и профилактика внутрибольничных инфекций: Учебное пособие/под ред. Проф. В.М. Цыркунова. – Минск: Асар, 2012. – 848с.
3. Схема учебной истории болезни.