***Паспортная часть***

Дата заболевания: 29.09.2013.

Дата поступления в стационар: 08.10.2013

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст (полных лет): 22.01.1958 (55 лет)

Место жительства, (адрес): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Диагноз при поступлении: Острый инфекционный энтерит средней степени тяжести. ОРВИ.

Клинический диагноз (основной): Острый инфекционный энтерит не выясненной этиологии средней степени тяжести. ОРВИ.

***Жалобы больного***

Жалоб на момент осмотра не предъявляет.

***Анамнез настоящего заболевания***

Заболевание началось остро с утра 07.10.13 , когда температура тела повысилась до 37,2 оС, появилась боль схваткообразного характера в верхней части живота и вокруг пупка, урчание, а затем и жидкий водянистый стул без примеси слизи и крови 3 раза, ни тошноты, ни рвоты не было, лечение самостоятельно не проводил. 08.10.13 - состояние не улучшилось: стул участился до 4-5 раз, нарастала слабость. После посещения на дому участковым терапевтом было выписано направление на госпитализацию в ВОКИБ с диагнозом: Острый инфекционный гастоэтерит? При поступлении предъявлял жалобы на повышение температуры тела до 37,6 оС, схваткообразные боли в области пупка, жидкий стул, сухость во рту. В стационаре на фоне проводимого лечения наблюдается положительная динамика.

***Эпидемиологический анамнез***

Проживает один в квартире. Со слов пациента накануне употреблял картофель отварной, рульку, не свежую копчёную мойву. Ел один. Сведения о последних прививках пациентка не помнит.

***Анамнез жизни***

Родился в срок. Рос и развивалась нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает гепатит А (1965г), ОРВИ (1 раз в год). Туберкулез, онкологические и венерические заболевания отрицает. Перенесенные операции: аппендектомия (1979г). Переливания крови и кровезаменителей не было. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Спиртными напитками не злоупотребляет. Аллергоанамнез не отягощён. Наследственный анамнез не отягощён.

***Настоящее состояние больного***

Общее состояние больного удовлетворительное, споконое. Активный. Сознание ясное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, рост – 178 см, масса тела – 83 кг. Температура тела – 36,6 °С. Кожа чистая, сухая. Сыпи нет. Видимые слизистые бледно-розовые. Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, равномерно. Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, над- и подчелюстные, локтевые, подмышечные, паховые) не пальпируются. Мышцы и кости при пальпации безболезненны. Припухлости, атрофии нет. Конфигурация суставов, объем пассивных и активных движений не изменены.

**Система органов дыхания**

Дыхание через нос свободное, выделений из носа нет; прохождение воздуха через гортань не затруднено, изменений голоса нет; кашель, кровохарканье отсутствуют; мокроты нет; боли в грудной клетки, одышку не отмечает. Число дыханий 17 в минуту. При перкуссии звук ясный легочной с обеих сторон. При аускультации везикулярное дыхание с обеих сторон, хрипов нет.

**Система органов кровообращения**

Болей и неприятных ощущений в области сердца не отмечает. При осмотре грудной клетки в области сердца патологических изменений не наблюдалось. Сердцебиение: постоянное, перебоев в работе сердца нет, одышки не отмечается, отеков нет. При аускультации: тоны ритмичные приглушены, шумов нет. ЧСС 79 ударов в минуту, АД 120/80 мм.рт.ст.

**Система органов пищеварения**

Аппетит хороший. 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 правильной формы, не вздут, симметричный, активно участвует в акте дыхания . При поверхностной и глубокой пальпации безболезненный во всех отделах, урчание не отмечается. Перитонеалльные симптомы отрицательные. При перкуссии свободная жидкость в брюшной полости отсутствует. Стул был (1раз) оформленный, без патологических примесей.

Печень. Поверхность гладкая, безболезненная. Край ровный. Размеры по Курлову: 9см - 8см - 7см.

Селезёнка: поперечник – 5см, длиник – 6см.

Мочеполовая система: мочеиспускание произвольное, безболезненное. Диурез в норме.

**Нервная система**

Судорог нет. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига. Отсутствуют. Скованности не отмечается. Параличей и парезов нет. Мышечная атрофия не отмечается. Рефлексы (корнеальный, глоточный, коленный, с ахиллова сухожилия, периостальные, брюшные) без патологии. Симптомы Бабинского, Гордона, Оппенгейма, Россолимо, Брудзинского отрицательны. Зрачковые рефлексы сохранены. Зрачки одинаковы по форме и величине. Аккомодация, конвергенция в норме. Нистагм отсутствует. Острота слуха не изменена. Чувствительность кожи не нарушена.

**Психическая сфера**.

Бред, навязчивые идеи, галлюцинации отсутствуют.

**Эндокринная система**.

Щитовидная железа не увеличена, консистенция эластичная, поверхность ровная.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

Учитывая, острое начало, появление боли схваткообразного характера в верхней части живота и вокруг пупка, урчание, а затем и жидкий водянистый стул без примеси слизи и крови за 2 дня 7-8 раз, отсутствие тошноты и рвоты, повышение температуры до 37, 6 0С, нарастающая слабость, сухость во рту, употребление накануне не свежей копчёной мойвы, можно поставить предварительный диагноз: Острый инфекционный энтерит.

**План обследования**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Кровь на RW
4. Анализ кала на яйца гельминтов.
5. Биохимический анализ крови (мочевина, глюкоза, К, Na, CI);
6. Копрологическое исследование кала;
7. Анализ кал на ПЭБ;
8. Анализ кал на E. coli;
9. Анализ кал на ротавирусы.

**Результаты лабораторных и специальных методов исследования**

*ОАК от 08.10.13.*

Эритроциты – 4,5 х 109/л;

Гемоглобин 135 г/л;

ЦП 0,95

Лейкоциты 5,1 х 109/л;

СОЭ 20 мм/ч;

Увеличение СОЭ

*ОАК от 15.10.13*

Эритроциты – 4,4 х 109/л;

Гемоглобин 133 г/л;

ЦП 0,91

Лейкоциты 5,2 х 109/л;

СОЭ 4мм/ч;

*ОАМ от 09.10.13.*

Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Реакция: кислая;

Относительная плотность: 1018;

Белок: отсутствует;

Глюкоза: отсутствует;

Эпителий: единичные клетки

Лейкоциты: 0-2 в поле зрения.

*Биохимический анализ крови от 09.10.13*

Мочевина (1,7 - 8,3 Мм/л): 3,8 Мм/л

Глюкоза (3,9 - 6,4 Мм/л): 5,6 Мм/л

Калий (3,5 - 5,3 Мм/л): 4,56 Мм/л

Натрий (135-148Мм/л): 144,6 Мм/л

Хлориды (98-107 Мм/л): 106,4 Мм/л

*Микроскопическое исследование кала от 10.10.13*

Лейкоциты: 1-3 в поле зрения

Мышечные волокна: переваренные в значительном количестве

Растительная клетчатка: непереваренная 2-4 в поле зрения

Бактерии: +

Яйца глист: не обнаружены

Простейшие: не обнаружены

*Анализ кала на ЭПБ от 08.10.13 и 09.10.13.*

отрицательный

**Обоснование клинического диагноза**

Учитывая, острое начало, появление боли схваткообразного характера в верхней части живота и вокруг пупка, урчание, а затем и жидкий водянистый стул без примеси слизи и крови за последние 1,5 дня 7-8 раз, отсутствие тошноты и рвоты, повышение температуры до 37, 6 0С, нарастающая слабость, сухость во рту, употребление накануне не свежей копчёной мойвы, увеличение СОЭ, наличие в кале непереваренной растительной клетчатки 2-4 в поле зрения и переваренных в значительном количестве мышечных волокон, можно поставить окончательный диагноз: острый инфекционный энтерит не уточнённой этиологии средней степени тяжести.

**План лечения**

1. Режим палатный

2. Стол №4

3. Регидратационная терапия: 0,9% р-р NaCI 400мл + 5% р-р глюкозы 400мл+ р-р Трисоль 400 мл - в/в капельно со скоростью 55 капель в минуту однократно. Оральная регидратация регидроном (3,5 г хлористого натрия, 2,9 г натрия цитрата, 2,5 г калия хлорида и 10 г глюкозы) по 100-150 мл/ч.

4. Энтеросорбционная терапия: активированный уголь по 8 таблеток 3 раза в день.

**Дневник наблюдения**

16. 10. 13

Жалоб не предъявляет. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, сыпи нет. Тургор в норме. Лимфатические, доступные пальпации, не увеличены, безболезненны. Видимые слизистые без патологических изменений. Язык влажный незначительно обложен белым налётом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные приглушены. ЧСС 72 в минуту. АД 120/75 мм.рт.ст. Живот правильной формы, не вздут, симметричный, активно участвует в акте дыхания . При поверхностной и глубокой пальпации безболезненный во всех отделах, урчание не отмечается. Перитонеалльные симптомы отрицательные. При перкуссии свободная жидкость в брюшной полости отсутствует. Стул был (1раз) оформленный, без патологических примесей.

Пациент готовится к выписке.

**Эпикриз**

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 55 лет поступил в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 08.10.13 с жалобами на повышение температуры тела, жидкий стул, слабость, сухость во рту. Учитывая, острое начало, появление боли схваткообразного характера в верхней части живота и вокруг пупка, урчание, а затем и жидкий водянистый стул без примеси слизи и крови за последние 1,5 дня 7-8 раз, отсутствие тошноты и рвоты, повышение температуры до 37, 6 0С, нарастающая слабость, сухость во рту, употребление накануне не свежей копчёной мойвы, увеличение СОЭ, наличие в кале непереваренной растительной клетчатки 2-4 в поле зрения и переваренных в значительном количестве мышечных волокон, был выставлен окончательный диагноз: острый инфекционный энтерит не уточнённой этиологии средней степени тяжести. На фоне проводимого лечения: инфузионная регидратация однократно (р-р Трисоль, 5% р-р глюкозы 0,9% р-р NaCI), пероральная регидратация (регидрон), энтеросорбционная терапия (активированный уголь) наблюдалась положительная динамика в течение заболевания. 16.10.13 пациент выписан с выздоровлением.

Даны рекомендации:

1. Соблюдение диеты в течение 2-3 недель с исключением из рациона молока, консервированных продуктов, копчёностей, острых и пряных блюд, сырых овощей и фруктов.
2. Исключить из пищи раздражающие и трудноперевариваемые продукты.
3. Соблюдать правила личной гигиены.
4. Применять поливитамины в течение месяца после выписки из стационара.