**Паспортная часть**

Дата заболевания 15.10.12.

Дата поступления в стационар 19.10.12.(16.00)

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст(полных лет):25.08.31 (81 год)

Место жительства, адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, профессия: пенсионер

Диагноз при поступлении: острый инфекционный гастроэнтерит.

Клинический диагноз: острый инфекционный гастроэнтерит, лёгкой степени тяжести.

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: Артериальная гипертензия III ст,риск IV.

**Жалобы больной**

На момент курации жалобы на слабость ,утомляемость.

**Анамнез настоящего заболевания**

Болеет с 15.10.12(понедельник), когда впервые появились ноющая боль в эпигастральной области, средней интенсивности, без иррадиации в другие органы; послабление стула, однократная рвота, легкое недомогание и слабость. В период с 15.10.12 по 19.10.12 у пациентки наблюдался жидкий стул, 7- 8 раз в сутки, светло-жёлтого цвета, без патологических примесей и зловонного запаха, количеством до 200ml, в течение 5 дней. Лечилась самостоятельно со второго дня заболевания левомицетином по 2 капсуле 2-3 раза в день и активированным углём, улучшения не наблюдалось. На пятый день отмечает однократный подъём температуры тела до 38С 0,в связи с чем была вызвана скорая медицинская помощь и пациентка была госпитализирована в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Эпидемиологический анамнез**

Проживает в благоустроенной квартире с мужем. Питается полноценно. Воду пьет кипяченую. Санитарно-эпидемиологическая обстановка удовлетворительная. Водоснабжение централизовано. Контакта с больными со сходным заболеванием не было. В прошлом подобными заболеваниями не болела. Контактов с животными не имела. Режим гигиены и режим питания соблюдает . У родных (муж) схожей клиники заболевания нет. Продукты питания, которые употребляла пациентка накануне (суббота, воскресенье) вместе с мужем, как она утверждает, соответствуют срокам годности, термообработке: молоко, сметана, полукопчёная колбаса, оладьи с маслом, яблоки домашние, суп с мясом из говядины(2 дня), картофель отварной. Муж не заболел. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, инъекции не производились.

**Анамнез жизни**

Шевцова Юлия Григорьевна родилась 25.08.31 в Витебской области. Росла и развивалась нормально. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает вместе с мужем в двухкомнатной квартире**.**  В течение жизни болела ангиной, ОРВИ, имеет хроническое заболевание:АГIII ст., риск IV. Наличие онкологических, наследственных заболеваний, туберкулеза, сахарного диабета у себя и родственников отрицает. Перенесла операцию по поводу грыжи белой линии живота в 2002 г. Вредные привычки: курение, употребление спиртных напитков и наркотиков отрицает. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было.

Переливания крови и кровезаменителей не было. Аллергоанамнез не отягощен. Профилактические прививки по возрасту (последняя была в школе, когда именно пациентка затрудняется ответить).

**Настоящее состояние больной**

Общее состояние больной удовлетворительное : сознание ясное, положение активное. Тип телосложения- нормостенический, умеренного питания, без отклонений в росте и физическом развитии. Степень развития подкожной клетчатки умеренная. Кожный покров бледно-розовый, влажный, без патологический высыпаний и новообразований. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, влажные, без высыпаний и налётов. Конъюктива влажная, гиперемии, отёка, инъекций сосудов и кровоизлияний нет. Перефирические лимфатические узлы не увеличены.

Опорно-двигательный аппарат: патологических изменений со стороны костей, мышц, суставов, сухожилий и связок не выявлено. Движения несколько ограничены в коленных суставах.

Система органов дыхания: свободное носовое дыхание, нёбные миндалины обычной окраски и размеров. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. ЧД 19 уд. в мин. Сравнительная и топографическая перкуссия лёгких без отклонений от нормы. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечно- сосудистая система: боли в области сердца и эпигастрии отсутствуют, верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье по среднеключичной линии, левая граница относительной – в V-м межреберье на 0,5 см. кнаружи среднеключичной линии. Тоны сердца, ритмичные , акцент 2-го тона на аорте. Шумов нет. Пульс 80 уд. в мин.,ритмичный, напряжённый, твёрдый, дефицита пульса нет. АД 160/90.

Желудочно - кишечный тракт: слизистая оболочка ротоглотки не гиперемирована, язык сухой, обложен белым налётом, глотание свободное. Живот обычной формы, не вздут, при поверхностной и глубокой пальпации незначительно болезнен в эпигастральной, пупочной областях, в акте дыхания участвует. При пальпации слепой кишки отмечается урчание. Печень у края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется .Мочеполовая система: Мочеиспускание произвольное, безболезненное. Суточное количество мочи – 1700 мл, моча соломенно-жёлтая, прозрачная.

Припухлости, отека в почечной области нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпация почек стоя, лежа, на правом боку, на левом боку, коленно-локтевое положение – не пальпируются. Болезненности по ходу мочеточников, в области мочевого пузыря нет. Менопауза с 54 лет.

Нервная система: Судорог нет. Ригидность затылочных мышц, симптом Кернига отсутствуют. Скованности не отмечается. Параличей и парезов нет. Мышечной атрофии 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(D=S). Аккомодация, конвергенция в норме. Нистагм отсутствует. Острота слуха не изменена. Тазовых расстройств не отмечается.Чувствительность кожи не нарушена.

**Обоснование предположительного диагноза**

На основании жалоб больной (на общую слабость, тошноту, рвоту (1раз), жидкий стул (7-8 раз в сутки), умеренную боль в области эпигастрия, на однократное повышение температуры (38°С)); объективного обследования (умеренная боль в эпигастрии, язык обложен белым налётом) можно выставить предварительный диагноз острый инфекционный гастроэнтерит.

**План обследования**

1.Общий анализ крови;

2.Общий анализ мочи;

3.Биохимический анализ крови (Мочевина, Глюкоза, Общий белок, Креатинин, К, Na,Сl).

4. Анализ кала на копрологическое исследование.

5. Анализ кал на ротавирусы;

6. Кровь на RW

7.Бактериологическое исследование кала на сальмонеллы, шигелы, условно-патогенные микроорганизмы.

**План лечения**

**1.Режим палатный.**

**2.Стол № 4 .**

**3.Патогенетическая терапия**: обильное питье и дезинтоксикация.

Обильное питье в объеме не менее 2,5-3 литров (сладкий чай, минеральная вода без газов, кисель и др.)

2.Энтеросорбент: внутрь смекта (предварительно растворив содержимое 1 пакетика в 0, 5ст.воды) 3 раза в сутки.

**4. Показаний к приему антибактериальных препаратов у пациентки нет.**

**Данные лабораторных, инструментальных и специальных методов исследования.**

*Общий анализ крови от 20.10.12 г.*

Эритроциты − 4,74х 1012/л

Гемоглобин –158г/л

ЦП - 1,0

Тромбоциты-185 х 109/л

Лейкоциты − 3,2 х 109/л

Базофилы 1%

Эозинофилы – 2%

Палочкоядерные − 2%

Сегментоядерные − 63%

Лимфоциты − 28%

Моноциты − 5%

СОЭ − 19 мм/час

**Заключение**: умеренная лейкопения (возможна на фоне приёма левомицетина, не исключена вирусная инфекция )

*Анализ мочи от 20.10.12 г.*

цвет − соломенно-желтый

реакция − кислая

удельный вес − 1020

прозрачность − прозрачная

белок, сахар − нет

плоский эпителий − 1-2 в поле зрения

лейкоциты − 1-3 в поле зрения

эритроциты – 0-1 в поле зрения

**Заключение**: патологии не выявлено

*Биохимический анализ крови от 20.10.12г*

Мочевина – 2,0 мкмоль/л

Глюкоза 5,17 мкмоль/л

α-амилаза- 72,0 Е/л (70-110 Е/л)

К – 3,64 ммоль/л

Na – 139,7 ммоль/л

Cl – 109,6 ммоль/л

**Заключение**: В пределах нормы.

*Анализ кала на копрологическое исследование от 17.10.12*.

Форма кашицеобразная

Лейкоциты 2-3 в п/зр.

Мышечные волокна переваренные и непереваренные – единичные в п/зр.

Клетчатка переваренная – 2-4 в п/зр.

Бактерии +

Яйца –

Простейших – нет

**Заключение**: в пределах нормы.

*Анализ крови на RW от 20.10.12.* – отрицательный.

*ЭКГ от 20.10.12.:* Синусовый ритм, Ps-72, Отклонение электрической оси сердца влево. Гипертрофия левого желудочка.

**Динамическое наблюдение за больным**

***Дневники***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 23.10.2012  11.00  tº утренняя 37,5  Пульс 80  АД 160/80 | Жалоб не предъявляет. Динамика заболевания положительная. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розовые, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Гемодинамика стабильная. Язык слегка обложен бело-серым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастрии. Стул 2 раз в сутки, утром и вечером, кашицеобразный, без примесей, нормальной окраски и запаха.Диурез достаточный. | *1.Режим палатный*  *2.Стол № 4.*  *3.Обильное питье в объеме не менее 2,5-3 литров (сладкий чай, минеральная вода без газов, кисель и др.)*  *4.внутрь смекта ( по1 пакетику 3 раза в сутки)* |
| 24.10.2012  11.30  tº утренняя 36,5  Пульс 76  АД 150/80 | Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледные, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Гемодинамика стабильная. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.  Стул оформленный, 1 раз в сутки , утром, без примесей, нормальной окраски и запаха  Диурез достаточный. Положительная динамика заболевания. | *1.Режим палатный*  *2.Стол № 4.*  *Обильное питье в объеме не менее 2,5-3 литров (сладкий чай, минеральная вода без газов, кисель и др.)*  *4.внутрь смекта ( по1 пакетику 3 раза в сутки)* |
|  |  |  |

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб больного и анамнеза (на общую слабость, тошноту, рвоту (1 раз), жидкий стул (7-8 раз в сутки), умеренную боль в области эпигастрия, на однократное повышенную температуру (38.0°С)); объективного обследования (умеренная боль в эпигастрии, язык обложен белым налётом) , данных лабораторных исследований (увеличение СОЭ, лейкопения-не исключена вирусная инфекция) можно выстасить диагноз-

острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, лёгкой степени тяжести.

**Эпикриз**

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (81 год) была доставлена 19.09.2012 в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бригадой скорой помощи с диагнозом острый инфекционный гастроэнтерит .На основании жалоб больного и анамнеза (на общую слабость, тошноту, рвоту (1 раз), жидкий стул (7-8 раз в сутки), умеренную боль в области эпигастрия, на однократное повышенную температуру (38.0°С)); объективного обследования (умеренная боль в эпигастрии, язык обложен белым налётом) , данных лабораторных исследований (увеличение СОЭ, лейкопения-не исключена вирусная инфекция) выставлен диагноз острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, легкой степени тяжести. В период нахождения в стационаре было назначено лечение: обильное питье в объеме не менее 2,5-3 литров (сладкий чай, минеральная вода без газов, кисель и др.),смекта (предварительно растворив содержимое 1 пакетика в 0, 5ст.воды) 3 раза в сутки. Продолжает болеть.

Рекомендовано:

1. Соблюдение диеты 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.