**Паспортная часть**

Дата заболевания: 02.10.2012г

Дата поступления в стационар: 03.10.2012г

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст (полных лет): 23 года

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

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

Диагноз при поступлении: острый инфекционный гастроэнтерит

Диагноз клинический: Острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, легкой степени тяжести.

**Жалобы на момент курации**

Жалоб нет.

**Жалобы при поступлении**

На общую слабость, тошноту, рвоту (2 раз), жидкий стул (2 раза), умеренную боль тянущего характера в области эпигастрия, на повышенную температуру (38.5°С).

**Анамнез настоящего заболевания**

Болеет с 02.10.12, когда появилось чувство тошноты, рвота (2 раза), которая принесла кратковременное улучшение состояния, жидкий стул (2 раза), без примеси слизи и крови, умеренная боль тянущего характера в области эпигастрия. Температура тела поднялась до 37.5 °С. Вызвал участкового терапевта на дом, он выписал направление в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. К вечеру температура тела повысилась до 38,5 °С. 03.10.12 явился по направлению в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, был госпитализирован.

**Эпидемиологический анамнез**

Живет в квартире вместе с матерью. Питается полноценно. Воду пьет кипяченую. Санитарно-эпидемиологическая обстановка удовлетворительна. Водоснабжение централизовано. Санитарно-гигиенические условия на месте работы выполняются.

Со слов пациента 01.10.12 был на даче, занимался сваркой металла. Ел свежий куриный суп. В семье ни у кого сходных симптомов не наблюдается.

Сведения о последних прививках пациент не помнит.

**Анамнез жизни**

Родился в срок. Рос и развивался нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Переливания крови и кровезаменителей не было. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Спиртными напитками не злоупотребляет. Курит на протяжении 7 лет (1 пачка в день). Наркотические вещества не употребляет. Аллергоанамнез не отягощен.

**Настоящее состояние больного**

Общее состояние больной удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, рост – 180 см, масса тела – 72 кг. Температура тела – 36,2 °С.

Кожа чистая, сухая, бледно – розовая. Сыпи нет. Рубцов, расчесов нет. Видимые слизистые без изменений. Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена 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 свободное, ритмичное. Тип дыхания – брюшной. Частота дыхания 19 в минуту. Грудная клетка нормостенической формы, при пальпации безболезненная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный лёгочный звук над всей грудной клеткой. При аускультации везикулярное дыхание выслушивается по всем полям, хрипов нет. Крепитации, шума трения плевры нет.

**Система органов кровообращения**

Пульс – 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках. Дефицита пульса нет. Патологической пульсации сосудов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При перкуссии границы сердца не изменены. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет.

**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 мягкий, обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастрии, симметричный, видимой перистальтики нет, выбухания нет. Напряжения мышц – нет. При глубокой пальпации болезненности нет.

Глубокая пальпация:

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка толщиной около 1,5 см в диаметре, безболезненная, подвижная (смещается до 2см).

Пальпировать нисходящий отдел толстого кишечника не удалось.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка, урчащая, безболезненная, около 2см в диаметре, подвижная.

Восходящую кишку пальпировать не удалось.

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. Выявлена аускультативно на 3,0 см выше пупка.

Малую кривизну желудка, привратник и поперечно-ободочную кишку пальпировать не удалось.

Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Перкуссия:

Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует.

Печень. Поверхность гладкая, безболезненная. Край ровный.

Размеры по Курлову:

срединно-ключичная линия - 9см,

передняя срединная линия - 8см,

по реберной дуге - 7см.

Размеры селезенки

Поперечный – 5см, продольный – 6см.

**Мочеполовая система.**

Мочеиспускание безболезненное. Мочится достаточно. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Нервная система**

Судорог нет. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудинского верхний, средний, нижний) отрицательные. Скованности не отмечается. Параличей и парезов нет. Мышечная атрофия не отмечается. Сухожильные рефлексы одинаковы с обеих сторон. Зрачковые рефлексы сохранены. Зрачки одинаковы по форме и величине. Реакция зрачков на свет сохранена. Аккомодация, конвергенция в норме. Нистагм отсутствует. Острота слуха не изменена. Чувствительность кожи не нарушена.

**Эндокринная система.**

Щитовидная железа не увеличена, консистенция эластичная, поверхность ровная.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного (на общую слабость, тошноту, рвоту (2 раза), жидкий стул (2 раза), умеренную боль тянущего характера в области эпигастрия, на повышенную температуру тела (38.5°С)); на основании анамнеза заболевания (заболел остро, когда температура тела повысилась до 38,5 °С, появилось чувство тошноты, рвота (2 раза), которая принесла кратковременное улучшение состояния, жидкий стул (2 раза), без примеси слизи и крови, умеренная боль тянущего характера в области эпигастрия.); на основании объективного обследования (умеренная боль в эпигастрии) можно выставить предварительный диагноз: острый инфекционный гастроэнтерит.

**План обследования**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови (мочевина, альфа-амилаза, глюкоза);
4. Анализ кал на ПЭБ;
5. Анализ кал на E. coli;
6. Анализ кал на ротавирусы;
7. Анализ кала на яйца гельминтов;
8. Копроцитограмма;
9. ЭКГ.

**Результаты лабораторных и специальных методов исследования**

1. Общий анализ крови (04.10.2012г.)

Эритроциты - 4,76 х 109/л;

Гемоглобин - 151 г/л;

Гематокрит - 0,95;

Лейкоциты - 3,6 х 109/л;

Эозинофилы - 2%

Палочкоядерные - 6%;

Сегментоядерные - 58%;

Лимфоциты - 25%;

Моноциты - 9%;

СОЭ - 6 мм/ч;

Заключение: Лейкопения.

1. Общий анализ мочи (04.10.2012г.)

Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Реакция: кислая;

Относительная плотность: 1020;

Белок – нет;

Глюкоза – нет;

Микроскопическое исследование:

Эпителий плоский – 1-0 в поле зрения;

Эритроциты - 1-2 в поле зрения;

Лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Заключение: Общий анализ мочи без патологических изменений.

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб больного (на общую слабость, тошноту, рвоту (2 раза), жидкий стул (2 раза), умеренную боль тянущего характера в области эпигастрия, на повышенную температуру (38.5°С)); на основании анамнеза заболевания (заболел остро, когда температура тела повысилась до 38,5 °С появилось чувство тошноты, рвота (2 раза), которая принесла кратковременное улучшение состояния, жидкий стул (2 раза), без примеси слизи и крови, умеренная боль тянущего характера в области эпигастрия.); на основании объективного обследования (умеренная боль в эпигастрии) можно выставить диагноз: острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, средней степени тяжести, степень обезвоживания – 0.

**План лечения**

Диета: стол №4 (химическое и механическое щажение желудочно-кишечного тракта) обильное питье (не менее 2,5 литров в день);

Смекта – по 1 пакетику (3 г) 2 рада в день.

**Дневник наблюдения**

(04.10.2012г.). Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Аппетит хороший. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 76 в минуту. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Мочится достаточно. Стул в норме. Динамика положительная.

(05.10.2012г.) Жалоб не предъявляет. Сознание ясное. Аппетит хороший. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 79 в минуту. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Мочится достаточно. Стул в норме. Динамика положительная. Повторить общий анализ крови.

(08.10.2012г.) Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Аппетит хороший. Кожные покровы обычной окраски, теплые на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 74 в минуту. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Мочится достаточно. Стул в норме. Динамика положительная.

**Эпикриз**

Больной, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 23 лет, был госпитализирован 03.10.12 года в 14.50 в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и выставлен диагноз острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, легкой степени тяжести, степень обезвоживания – 0. Проводились лабораторные методы исследования:

Общий анализ мочи 04.10.12:

Эритроциты - 4,76 х 109/л;

Гемоглобин - 151 г/л;

Гематокрит - 0,95;

Лейкоциты - 3,6 х 109/л;

Эозинофилы - 2%

Палочкоядерные - 6%;

Сегментоядерные - 58%;

Лимфоциты - 25%;

Моноциты - 9%;

СОЭ - 6 мм/ч.

общий анализ мочи 04.10.12:

Цвет: соломенно-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Реакция: кислая;

Относительная плотность: 1020;

Белок – нет;

Глюкоза – нет;

Микроскопическое исследование:

Эпителий плоский – 1-0 в поле зрения;

Эритроциты - 1-2 в поле зрения;

Лейкоциты – 2-3 в поле зрения;

В период нахождения в стационаре было назначено лечение 03.10.12: обильное питье не менее 2-3 литров в день, активированный уголь по 6 табл. х 3 раза в день. Продолжает болеть.

**Рекомендации:**

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