**Паспортная часть**

Дата заболевания: 06.11.2012г

Дата поступления в стационар: 08.11.2012г

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 25 лет

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

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

Диагноз при поступлении: острый инфекционный гастроэнтерит

Диагноз клинический: Острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, средней степени тяжести, степень обезвоживания – 1.

**Жалобы на момент курации**

Жалоб на умеренную болезненность в области эпигастрия при пальпации.

**Жалобы при поступлении**

На общую слабость, головную боль, тошноту, рвоту (2 раза), жидкий стул (6 раз), умеренную боль тянущего характера в области эпигастрия и правой подвздошной области, на повышенную температуру (38.5°С).

**Анамнез настоящего заболевания**

Болеет с 06.11.12, когда вечером появилась слабость, головная боль, тошнота, рвота 2 раза, которая принесла облегчение. Повысилась температура тела до 38.0 °С. Пациент принял парацетамол и лег спать. Утром 07.11.12 появились умеренные боли тянущего характера в эпигастрии и правой подвздошной области, также появился жидкий водянистый стул зеленоватого оттенка без примеси слизи и крови (6 раз). Вызвал участкового терапевта на дом, он выписал направление в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. К вечеру температура тела повысилась до 39.0 °С. 08.11.12 явился по направлению в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, был госпитализирован.

**Эпидемиологический анамнез**

Со слов пациента 06.11.1 по возвращению с работы съел беляш и яичницу. В семье ни у кого сходных симптомов не наблюдается.

**Анамнез жизни**

Родился в срок. Рос и развивался нормально. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Варикоцеле справа, операция в 2002 году. 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 больного 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 18 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. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст.

**Система органов пищеварения**

Язык – сухой, обложен сероватым налетом; язвы, трещины отсутствуют. Десны, мягкое и твердое нёбо розовой окраски, слизистая оболочка ротовой полости сухая. 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 и правой подвздошной области, 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, умеренно болезненная, 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, анамнеза, объективного исследования (повышение температуры тела до 39 градусов, тошноту, рвоту (2 раза), жидкий водянистый стул зеленоватого оттенка (6 раз), умеренную боль тянущего характера в области эпигастрия и правой подвздошной области,язык сухой, слизистые сухие); можно выставить предварительный диагноз: острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, средней степени тяжести, степень обезвоживания – 1.

**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 (09.11.2012г.)

Эритроциты - 4,4 х 109/л;

Гемоглобин - 151 г/л;

Гематокрит - 0,95;

Лейкоциты - 3,7 х 109/л;

Эозинофилы - 2%

Палочкоядерные - 27%;

Сегментоядерные - 43%;

Лимфоциты - 22%;

Моноциты - 6%;

СОЭ - 20 мм/ч;

Заключение: Лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево

1. Общий анализ мочи (10.11.2012г.)

 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.

1. Копроцитограмма (09.11.2012г. )

Эритроциты – 1-2 в поле зрения

Лейкоциты – 16-18 в поле зрения

Кишечный эпителий – 2-4 в поле зрения

Слизь +

Яйца глист, простейшие не обнаружены

Заключение: Анализ указывает на кишечную инфекцию, (воспаление) т.к повышены лейкоциты, есть слизь.

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб больного, анамнеза, объективного исследования, лабораторного исследования (повышение температуры тела до 39 градусов, тошноту, рвоту (2 раза), жидкий водянистый стул зеленоватого оттенка (6 раз), умеренную боль тянущего характера в области эпигастрия и правой подвздошной области, язык сухой, слизистые сухие, в ОАК лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, в копроцитограмме слизь+ и лейкоциты); можно выставить предварительный диагноз: острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, средней степени тяжести, степень обезвоживания – 1.

**План лечения**

1 Постельный режим

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

3 Медикаментозное лечение

 Раствор Рингера 500 мл.

 Церукал 2,0 мл.

 Глюкоза 5% 500мл.

 КСI 4% 20,0 мл.

 Инсулин 4 ЕД

 Квинтасоль 400,0 мл.

 NACI 0,9% 500,0 мл.

 Ципрофлоксацин 0,5 г. 2 р.в д.

 Полифепан 1 столовая ложка 3 раза в день, перед едой. 3 дня.

**Дневник наблюдения**

(09.11.2012г.). Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. 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.

(12.11.2012г.) Жалоб не предъявляет. Сознание ясное 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.

**Эпикриз**

Больной, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 25 лет, был госпитализирован 08.11.12 года в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по направлению участкового терапевта. На момент госпитализации больной предъявлял жалобы на слабость, головную боль, повышение температуры тела до 39 градусов, умеренную болезненность в эпигастрии и правой подвздошной области, тошноту, рвоту(2 раза), жидкий водянистый стул зеленоватого оттенка,(6 раз). На основании этого был выставлен диагноз острого инфекционного гастроэнтерита невыясненной этиологии, средней степени тяжести, степень обезвоживания - 1, Проводились лабораторные методы исследования: ОАК, ОАМ, копроцитограмма. Проводилось лечение: Раствор Рингера 500 мл, Церукал 2,0 мл, Глюкоза 5% 500мл, КСI 4% 20,0 мл.Инсулин 4 ЕД Квинтасоль 400,0 мл.NACI 0,9% 500,0 мл.Ципрофлоксацин 0,5 г. 2 р.в д. Полифепан 1 столовая ложка 3 раза в день, перед едой. 3 дня. На фоне лечения пациент выздоровел и 12.11.12. выписан из стационара.

**Рекомендации:**

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