Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом эпидемиологии медико-профилактического факультета

Зав. кафедрой: проф. …

Ассистент: …

Куратор: студент 522 группы…

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной: …

**Клинический диагноз: Острый инфекционный гастроэнтероколит, легкая степень тяжести**

Начало курации: 17.10.06

Окончание курации: 23.10.06

Барнаул, 2006 год

1. **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

ФИО больного: …

Дата рождения: 23.12.1981г.

Пол: мужской

Возраст: 24 года

Семейное положение: женат

Домашний адрес: …

Место работы: РОВД Индустриального района

Дата обращения к врачу: 17.10.06г.

Дата госпитализации: 17. 10.06г

Дата выписки: 23.10.06

Дата начала курации: 18.10.06г.

Дата окончания курации: 23.10.06.

Диагноз при поступлении: острый инфекционный гастроэнтерит

1. **ЖАЛОБЫ**

Больной предъявляет жалобы на чувство дискомфорта и урчание в животе, снижение аппетита.

1. **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больным с утра 16.10.06г., когда появился жидкий обильный стул, водянистый, светло-коричневого цвета, с примесью слизи. Тогда же появились недомогание, слабость, тошнота, умеренные боли в эпигастральной области, снижение аппетита. В течение дня появилось вздутие живота, вечером поднялась температура тела до 38.80С, частота стула составила 7-9раз, вызвал бригаду скорой помощи и был доставлен в инфекционное отделение городской больницы №5 с диагнозом острый инфекционный гастроэнтерит. При осмотре в приемном покое: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, живот при пальпации мягкий, в эпигастральной области и в подвздошных областях справа и слева отмечалась болезненность, температура тела 38.8оС. Был поставлен диагноз острый инфекционный гастроэнтероколит. В качестве лечения был назначен доксициклин по 1 таб. 2 раза в первые сутки, далее по1 таб. 1 раз в день;р-р регидрона 1л в сутки; р-р «Трисоль» 200мл внутривенно капельно 5 раза в сутки, полисорб 1т 3раза в день. Улучшение состояния больной почувствовал во второй половине следующего дня, т.е. 17.10.2006, прошли тошнота, боли в эпигастрии, начали отходить газы, стул стал оформленным. На момент осмотра остается повышение температуры тела до 38оС, снижение аппетита, чувство дискомфорта и урчание в животе.

1. **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Больной проживает в общежитии вместе с женой, санитарно-эпидемическая обстановка в семье благополучная, соблюдение санитарно-гигиенических навыков постоянно выполняется. Питается больной дома, воду пьет как кипяченую так и некипяченую. Контакты с инфекционными больными отрицает. Животных в доме нет. За пределы города в течение месяца не выезжал.

Из пищевого анамнеза удалось выяснить, что накануне вечером больной ел копченую рыбу купленную в магазине в тот же день. Рыбу вместе с ним ела жена, но у нее подобных симптомов не появилось.

Контакт с эктопаразитами (вши, блохи, комары), а также присасывание клеща отрицает. Парентеральные медицинские манипуляции отрицает. Немедицинские парентеральные вмешательства, кровно-бытовые контакты отрицает.

1. **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Больной, … 23.12.1981г.р. Перенесенные болезнь Боткина, туберкулез, вен. заболевания отрицает. Травм не было, операций и гемотрансфузий не проводилось. Парентеральный анамнез не отягощен. Аллергически анамнез спокоен. Простудными заболеваниями болеет каждый год. В 1999г. перенес двустороннюю пневмонию, лечился в стационаре.

Вредные привычки (алкоголизм, курение, употребление наркотиков) отрицает.

1. **НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ**

*Общее состояние* больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица обычное. Телосложение пропорциональное, конституция нормостеническая. Питание удовлетворительное. Температура тела 37,80С.

Кожные покровы телесного цвета, очагов пигментации и депигментации, сосудистых звездочек, расчесов, рубцов, геморрагий при осмотре не обнаружено. Кожные покровы влажные, эластичность и тургор тканей не снижены; температура, влажность, чувствительность кожи на симметричных участках тела одинаковая. Форма и структура ногтей не изменена. Видимые слизистые и цвет склер не изменен. Оволосение по мужскому типу.

Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно. Периферических отеков не обнаружено. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Голова овальной формы, положение головы прямое, симптом Мюссе отрицательный. Шея прямая. Щитовидная железа не пальпируется, пальпация безболезненна.

Конфигурация суставов не изменена, суставы симметричные. Изменения окраски кожи над суставами не определяется. Мышцы развиты хорошо, уплотнений при пальпации мышц не выявлено. Деформации суставов и искривления костей не выявлено. Кожная температура над суставами не изменена. Амплитуда движений (активных и пассивных) в суставах не снижена, находится в пределах физиологической нормы, движения безболезненные, суставные шумы не определяются. Выпота в полости суставов, утолщения синовиальной оболочки, наличие «суставных мышей» не определяются. Пальпация безболезненна. Поколачивание костей безболезненное.

*Органы дыхания.*Частота дыхательных движений – 16/мин; дыхание ритмичное, тип дыхания смешанный. Дыхание через нос не затруднено, выделений из носа, экскориаций, корок в носовых ходах нет. Нос прямой, крылья не участвуют в акте дыхания. Зев нормальной окраски, гиперемии нет, миндалины из-за дужек не выступают, лакуны миндалин чистые. Стеноза гортани нет.

Грудная клетка нормостенической формы, симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, ригидности не обнаружено. Голосовое дрожание проводится одинаково в симметричных участках грудной клетки.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки перкуторный звук одинаковый по тембру, ясный легочный.

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание во всех точках аускультации, хрипов нет. Крепитации и шума трения плевры не выявлено. Бронхофония в симметричных областях проводится равномерно.

*Органы кровообращения.*Дефигураций вобласти сердца не определяется. В области сердца и внесердечной области патологических пульсаций не обнаружено. Визуально верхушечный толчок не определяется.

При пальпации верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии, имеет площадь 2 см2, высокий, сильный. В области верхушки и на основании сердца систолического и диастолического дрожания нет. Аорта в яремной ямке не пальпируется. Пульс синхронный на обеих руках, частота 73 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Дефицит пульса не выявляется. Пульсация капилляров ногтевых фаланг – отсутствует.

При аускультации в пяти основных точках выслушиваются ритмичные, ясные I и II тоны сердца. Дополнительные тоны, щелчок открытия митрального клапана, ритм галопа, а так же патологические внутри- и внесердечные шумы не выслушиваются.

Артериальное давление, как на правой, так и на левой руках одинаковое – 120/70 мм. рт. ст.

*Органы пищеварения.*Углы рта симметричные, губы бледно-розового цвета. Запах изо рта отсутствует, афт, пигментации, кровоизлияний, телеангиоэктаз на слизистой рта нет, слизистая твердого неба и полости рта розового цвета. Десны розовые влажные, без патологических изменений. Больной свободно высовывает язык; язык розовый, влажный, сосочковый слой выражен, трещин, язв не обнаружено, поверхность языка равномерно покрыта беловатым налетом. Тремора нет. Слизистая ротоглотки чистая. Зубы и десна в удовлетворительном состоянии.

Живот: округлой формы, цвет кожи не изменен, участвует в акте дыхания; при осмотре видимой перистальтики и антиперистальтики не выявляется, венозные коллатерали на передней брюшной стенке не развиты. При пальпации передней брюшной стенки напряжения мышц брюшной стенки нет, определяется урчание в правой и левой подвздошных областях и в мезагастрии. Опухолевых образований, грыжевых выпячиваний, грыжевых ворот не обнаружено, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Падалки отрицательный.

При методической глубокой пальпации по Образцову-Стражеско обнаружено следующее:

* в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого плотного безболезненного цилиндра около 3 см в диаметре, урчащего при надавливании, смещаемого на 3 см.;
* В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде гладкого умеренно плотного цилиндра диаметром 4 см , смещаемого в пределах 2 см., безболезненного, урчащего при надавливании;
* подвздошная кишка и аппендикс не пальпируются;
* восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правом фланке, в виде гладкого плотного безболезненного цилиндра диаметром 3,5 см., урчит при надавливании, подвижна;
* нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левом фланке, имеет вид гладкого умеренно плотного цилиндра диаметром 3 см, смещаемого на 2 см, безболезненного и урчащего при пальпации;
* поперечная ободочная кишка представляет собой цилиндр диаметром 4 см, безболезненная, упругая, гладкая, при надавливании не урчит, расположена на 2 см выше пупка.
* пальпация желудка безболезненна, большая его кривизна пальпируется приблизительно на 4 см. выше пупка по обе стороны от средней линии на протяжении 10 см, в виде мягкого, гладкого перистальтирующего валика.
* Поджелудочная железа, селезенка, почки не пальпируются.
* При пальпации нижний край печени гладкий, закругленный, не выступает из под реберной дуги. Поверхность ровная, пальпация безболезненна. Желчный пузырь не пальпируется, френикус-симптом отрицательный.

Перкуторный звук над животом тимпанический. Симптом Менделя отрицательный. Свободной жидкости в брюшной полости нет. При перкуссии печени выявлены следующие размеры (по Курлову):

по срединно-ключичной линии: 10 см,

по передней срединной линии 8 см,

по левой реберной дуге 7 см.

Симптомы Ортнера, Василенко, Захарьина отрицательные.

При аускультации органов пищеварения выслушивается усиленный шум перистальтики кишечника, шума трения брюшины не выслушивается. Сосудистые шумы не выявляются.

*Органы мочевыделения.*В поясничной и надлобковой областях патологических изменений нет. Почки у больной не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Болезненности в поясничной области нет, мочевой пузырь над лобком не выпячивается; при пальпации надлобковой области болезненных ощущений у больной не возникает. Мочеиспускание произвольное.

*Нервная система.* Судорог, скованности, ригидности затылочных мышц нет. Рефлексы сохранены. Патологических рефлексов нет. Дермографизм белый, средней интенсивности, длительность реакции – 1,5 минуты. Ширина глазных щелей без патологии, открытие глазных щелей равномерное, птоза, косоглазия нет. Зрачки круглые, реакция на свет сохранена, содружественная. Симптом Греффе отрицательный. Острота слуха не изменена, выделения из ушей нет. Надавливание на сосцевидный отросток безболезненное.

Психическая сфера: Сознание ясное, состояние активное. Бреда, навязчивых галлюцинаций, идей нет.

1. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

У больного выделены следующие синдромы:

* Синдром интоксикации: на основании данных анамнеза заболевания о повышение температуры тела до 38,80С, слабость, головокружения, недомогание. Данных объективного исследования: температура тела 380С,
* Гастритический синдром: на основании данных анамнеза заболевания об отсутствии аппетита, болях в эпигастральной области, средней интенсивности, без иррадиации; тошноту. Данных объективного исследования: язык розовый, влажный, сосочковый слой выражен, поверхность языка равномерно покрыта беловатым налетом. При пальпации передней брюшной стенки болезненность не отмечалась.
* Энтеритический синдром: на основании данных анамнеза заболевания о учащении стула до 7-9 раз в сутки, кал обильный, водянистый, светло-коричневого цвета, с примесью слизи (на основании наличия примеси слизи в кале можно также предположить наличие колитического синдрома).
* . Данных объективного исследования: при пальпации передней брюшной стенки отмечается урчание в правой и левой подвздошных областях и в мезагастрии. При аускультации органов пищеварения выслушивается усиленный шум перистальтики кишечника.

На основании выделенных синдромов можно предположить у больной острый инфекционный гастроэнтероколит.

1. **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**
   1. Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, формула,СОЭ)
   2. Общий анализ мочи
   3. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевина, электролиты, рН)
   4. Копрологическое исследование
   5. Исследование кала на яйца глистов
   6. Бактериологическое исследование кала на сальмонеллез, шигеллез, определение чувствительности выделенных штаммов.
   7. Серологическое исследование крови методом непрямой гемагглютинации с повтором на 6-7 день.
   8. ЭКГ.
2. **РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

17.10.06Общий анализ крови:

Гемоглобин 166 г/л

Лейкоциты 5,3\*109/л,

СОЭ – 10мм/ч,

Формула:

Эозинофилы – 2%, базофилы – нет, метамиелоциты – нет, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 28%, моноциты – 4%.

17.10.06Общий анализ мочи:

количество – 100,0; реакция - кислая

цвет: соломенно-желтый; прозрачность полная;

уд. вес – 1015;

белок и сахар – отрицательно;

Микроскопия осадка:

Почечный эпителий 4-5 в поле зрения, лейкоциты 1-3 в поле зрения, эритроциты – 1-2.

Цилиндры гиалиновые 0-1 в поле зрения,

Зернистых, восковидных нет.

18.10.06 Копрограмма:

Цвет – коричневый

Консистенция – оформленный

Лейкоциты – 1-3 в поле зрения

Микроскопия: детрит +,

Непереваренная клетчатка +

Переваренная клетчатка +

Мышечные волокна измененные +

Неизмененные +

Простейшие не обнаружены

Яйца глистов не обнаружены

17.10.06 Бактериологическое исследование кала на дисбактериоз, сальмонеллез, шигеллез, условно-патогенную флору: роста сальмонелл и шигелл не выявлено.

1. **ДНЕВНИК**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| дата | Основные  показатели | Течение болезни | Лечение |
| 19.10.06 | Темп-ра 36,5оС  АД 120/80  ЧСС 68  ЧД 17 в мин  Выпито 1,5л | Жалоб нет  Объективно: Состояние больного удовлетворительное.  Кожные покровы телесного цвета, влажные, эластичность и тургор не снижены.  Частота дыхательных движений – 17/мин; дыхание ритмичное. Зев нормальной окраски, гиперемии нет, миндалины из-за дужек не выступают, лакуны миндалин чистые. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание во всех точках аускультации, хрипов нет.  Пульс синхронный на обеих руках, частота 68 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, частота 68 в минуту, ритм правильный. Артериальное давление, как на правой, так и на левой руках одинаковое – 120/80 мм. рт. ст.  Пальпация передней брюшной стенки безболезненна . Напряжения мышц брюшной стенки нет. При аускультации органов пищеварения выслушивается шум перистальтики кишечника. Стул 1 раз в сутки. Кал оформленный, патологических примесей нет.  Почки у больного не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Болезненности в поясничной области нет. Мочеиспускание произвольное.  Признаков дегидратации нет. | 1.Обильное питье.  2. доксициклин 1,0 х 1 раз  3. Полисорб  1т х 3раза |
| 20.10.06 | Темп-ра 36,7  АД 125/80  ЧСС 70 в ми  ЧД 15 в мин  Выпито 2л | Жалоб нет.  Объективно: Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, влажные.  Частота дыхательных движений – 15/мин; дыхание ритмичное, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.  Частота пульса 70 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, частота 70 в минуту, ритм правильный. Артериальное давление, как на правой, так и на левой руках одинаковое – 125/80 мм. рт. ст.  При пальпации передней брюшной стенки болезненности нет. Напряжения мышц брюшной стенки нет. При аускультации органов пищеварения выслушивается шум перистальтики кишечника. Стул 1 раз в сутки. Кал оформленный, патологических примесей нет.  Мочеиспускание произвольное. | 1.Обильное питье.  2. доксициклин 1,0 х 1 раз  3. Полисорб  1т х 3раза |
| 23.10.06 | Темп-ра 36,8  АД 120/80  ЧСС 73 в мин  ЧД 18 в мин  Выпито 2л | Жалоб нет.  Объективно: Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, влажные, эластичность тургор в пределах возрастной нормы;  Частота дыхательных движений – 18/мин; дыхание ритмичное, аускультативно выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.  Пульс синхронный на обеих руках, частота 73 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, частота 73 в минуту, ритм правильный. Артериальное давление 120/80 мм. рт. ст.  При пальпации передней брюшной стенки болезненности не отмечается. Напряжения мышц брюшной стенки нет.  Отменен антибиотик в связи с окончанием курса, а также отрицательным результатом бактериологического исследования на сальмонеллез и шигеллез. Отменены сорбенты. | 1.Обильное питье. |

1. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз острого инфекционного гастроэнтероколита следует проводить с большой группой инфекционных (пищевые токсикоинфекции, острая дизентерия, сальмонеллез, холера, рожа, вирусный гастроэнтерит, кишечный иерсинеоз, брюшной тиф, грипп, менингит), терапевтических и хирургических (острый инфаркт миокарда, острый аппендицит, холецистит, тромбоз мезентериальных сосудов) заболеваний, а также с отравлениями ядами и солями тяжелых металлов, фосфорорганическими соединениями.

Дифференциальный диагноз с холерой:

* Общим признакам является диарейный синдром.
* Кал при холере водянистый, мутновато-белый с плавающими хлопьями, без запаха («рисовый отвар»). У больного кал был светло-коричневого цвета с примесью слизи.
* Дегидратация при холере носит злокачественный характер, развивается в течении нескольких часов, выражены признаки дегидратации больного. У данного больной от начала заболевания прошло около 2-х суток, при этом признаки дегидратации не выявлялись.
* При холере наблюдается фонтанирующая рвота без предшествующей тошноты, у больного была тошнота, которая не сопровождалась рвотой, что не характерно для холеры.
* Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет бактериологическое исследование кала, которое помогает поставить окончательный диагноз по выделенному возбудителю.

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз: Холера.

Дифференциальный диагноз с абдоминальной формой острого инфаркта миокарда:

* Общим для инфаркта и острого инфекционного гастроэнтероколита является сочетание эпигастральных болей с диспептическими явлениями. Инфаркт миокарда практически всегда сопровождается симптомами общего характера: слабостью, адинамией, тахикардией, падением артериального давления, что не наблюдалось в данном случае.
* Для инфаркта характерно наличие отягощенного анамнеза жизни (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), что не имеет место у данного больного.
* При инфаркте наблюдается волнообразное усиление боли, возможны иррадиация болей в спину, напряжение брюшной стенки; у больного наблюдались умеренные боли, без иррадиации, что больше характерно для острого инфекционного гастроэнтероколита.
* Инфаркт характеризуется тошнотой, не приносящей облегчения рвотой, икотой, отрыжкой, резким вздутием живота; в данном случае тошнота не сопровождалась рвотой вздутие живота было умеренное.
* поведение больного: чем сильнее боль, тем более характерны попытки изменить позу, больные возбуждены (ходят по комнате, выходят на балкон). У больного была выражена слабость.
* Большое место в дифференциальном диагнозе инфаркта миокарда и сальмонеллеза имеет электрокардиографическое исследование. При инфаркте миокарда имеются ЭКГ-признаки: дугообразный подъем сегмента ST выпуклостью вверх, сливающийся с положительным зубец T; появление патологического зубца Q, уменьшение амплитуды зубца R или исчезновение зубца R и формирование QS; наличие QR>=0,03; зубец Q>= 1 мм. Данное обследование больного не проводилось.
* Для острого инфекционного гастроэнтероколита характерны признаки интоксикации (повышение температуры тела, головные боли и др), для инфаркта это нехарактерно, хотя может быть небольшое кратковременное повышение температуры до субфебрильных цифр. У больного температура тела больше 38.80С, выражены признаки интоксикации.
* Для инфаркта характерен гипергидроз, признаки острой сердечной недостаточности, у больного признаков сердечной недостаточности нет.
* В крови при инфаркте повышается содержание ферментов в сыворотке крови (АсАТ, ЛДГ), появляются биомаркёры некроза миокарда: миоглобин, тропонин, КК-МВ. При инфекционном гастроинтероколите ничего этого нет. Данные обследования больного не проводились.

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз абдоминальной формы острого инфаркта миокарда.

Дифференциальный диагноз с гастроинтестинальной формой кишечного иерсинеоза

* Общим для этих заболеваний является наличие диареи.
* В отличие от острого инфекционного гастроэнтероколита при кишечном иерсинеозе возникновению диспепсических расстройств предшествуют умеренные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, появление в разгар болезни артралгий, сыпи на коже, жжение в ладонях и подошвах с их последующим крупнопластинчатым шелушением. В данном случае наблюдалось появление только диспепсии и интоксикации
* Характерным для иерсиниоза является небольшое увеличение печени и реакция со стороны периферических лимфоузлов. У данного больного подобных симптомов выявлено не было.

На основании приведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз гастроинтестинальная форма кишечного иерсинеоза.

1. **ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Данные лабораторных методов исследования не подтвердили наличие у больного острого инфекционного заболевания (не измененные параметры общего анализа крови). Подтверждена клиническая картина гастроэнтерита по данным копрологического исследования: нарушение желудочного пищеварения, тонкокишечная диспепсия.

С помощью бактериологического исследования кала на дисбактериоз, сальмонеллез, условно-патогенную флору выделить возбудителя заболевания не удалось.

На основании данных анамнеза заболевания об остром начале заболевания с повышения температуры тела до 38,8оС, слабости, нарушения аппетита, недомогания, появления жидкого, обильного, водянистого стула светло-коричневого цвета с примесью слизи, а также данных объективного исследования: при пальпации передней брюшной стенки отмечается урчание в правой и левой подвздошных областях и в мезагастрии. При аускультации органов пищеварения выслушивается усиленный шум перистальтики кишечника можно сформулеровать клинический диагноз в виде сочетания имеющихся у больного синдромов.

Клинический диагноз: острый инфекционный гастроэнтероколит, легкая степень тяжести.

1. **ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

Цель госпитализации: установление точного диагноза с определением этиологического фактора, адекватное лечение.

Режим – постельный в связи с состоянием средней степени тяжести при поступлении.

Диета: №4 (механически и химически щадящия). Исключить цельное молоко и тугоплавкие жиры, ограничение употребления углеводов. Рекомендуются овсяные и рисовые каши на воде, паровые котлеты, отварная рыба, фруктовые кисели, творог. После прекращения диареи стол №15.

1. Лечение больных лучше начинать с промывания желудка, особенно если сохраняются тошнота и рвота. Используют 2% раствор бикарбоната натрия или воду. Промывание производят до чистых промывных вод.

**14. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

А. регидратация:

Оральная: в первые 2-4 часа глюкозо-солевые растворы в количестве 2-4 литра, позднее на каждую дефекацию выпивать стакан жидкости.

Учитывая, что у больного выражена интоксикация и возможность развития дегидратации можно подключить к лечению парентаральную регидратацию: Солевые растворы внутривенно капельно, лучше использовать раствор Дисоль содержащий в 1 л натрия хлорида 6 г, натрия ацетата 2 г; Растворы оказывают гемодинамическое действие, уменьшая гиповолемию, препятствуют сгущению крови и развитию метаболического ацидоза, улучшают капиллярное кровообращение, усиливают диурез, оказывают дезинтоксикационное действие. Применяют для борьбы с обезвоживанием и интоксикацией организма при различных заболеваниях (острая дизентерия, пищевая токсикоинфекция и др.) При применении трисоля, ацесоля, хлосоля, квартасоля, содержащих ионы калия, необходимо учитывать возможность развития гиперкалиемии.

Rp: S. Disoli 400

D.t.d. №8 in amp.

S: По 1200мл вводить внутривенно капельно подогретый до 380С 1 раз в день

Б. Дезинтоксикация

Для купирования признаков интоксикации можно назначить индометацин на один день. Кроме того дезинтоксикационную терапию оказывают регидратирующие препараты.

Rp: Tab. Indometacini 0,25

D.S.: Принимать по 2 таблетки 3 раза в течение 12 часов.

В. Энтеросорбенты

Для этой цели назначить Энтеродез. Препарат назначают взрослым при токсических формах острых инфекционных, желудочно-кишечных заболеваний (дизентерия, сальмонеллез и др.), пищевых токсикоинфекциях, острой печеночной и почечной недостаточности, токсикозах беременных и других видах интоксикаций.

Энтеродез связывает токсины, поступающие в желудочно-кишечный тракт или образующиеся в организме, и выводит их через кишечник. Лечебный эффект обычно развивается через 15 - 30 мин после приема препарата.

Принимают внутрь в дозе 5 г 1 - 3 раза в сутки до исчезновения явлений интоксикации (2 - 7 дней). Препарат противопоказан при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и других язвенных процессах в кишечнике и пищеводе, при бронхиальной астме.

Rp.: Enterodesi 5,0

D.t.d. № 15

S.: Перед употреблением растворить 5 г порошка в 100 мл кипяченой воды (можно добавить сахар или фруктовый сок), принимать 3 раза в сутки.

Г. Вяжущие

Для этого можно применить смесь из двух препаратов Танальбина и Висмута основного. Висмут принимают в качестве вяжущего и антацидного средства при желудочно-кишечных заболеваниях (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, энтериты, колиты). Танальбин оказывает свое действие лишь в кишечнике, постепенно расщепляется, выделяя свободный танин. Применяют как вяжущее средство при острых и хронических заболеваниях кишечника (понос). Танальбин и другие вяжущие средства должны применяться при инфекционных заболеваниях кишечника (в том числе дизентерийного происхождения) только в качестве вспомогательных средств в дополнение к специфическим методам лечения.

Rр.: Таnnalbini

Bismuthi subnitratis aа 0, 3

М.f. рulv.

D.t.d. N. 12

S. По 1 порошку 3 - 4 раза в день

**15. ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

Антибиотики. Фуразолидон эффективен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий. Из возбудителей кишечных инфекций наиболее чувствительны к фуразолидону возбудители кишечных инфекций: дизентерии, сальмонеллеза; брюшного тифа и паратифов. По сравнению с фурадонином, фуразолидон более активен в отношении грамотрицательных бактерий, он также менее токсичен. При приеме фуразолидона внутрь относительно часто появляются тошнота, рвота, снижается аппетит. В отдельных случаях возможы аллергические реакции (экзантемы и энантемы). Для уменьшения побочных реакций фуразолидон рекомендуется запивать большим количеством жидкости, а при необходимости, уменьшать дозу, назначать противогистаминные препараты, кальция хлорид, витамины группы В. При выраженных побочных явлениях прием препарата прекращают. Противопоказания: повышенная индивидуальная чувствительность (идиосинкразия). С осторожностью следует назначать препарат при нарушении функции почек. Не рекомендуется принимать препарат свыше 10 дней, при лечении кишечных инфекций срок антибиотикотерапии составляет 4-5 дней. Дают по 0, 1 - 0, 15 г (взрослым) 4 раза в сутки (после еды).

Rp: Tab. Furasolidoni 0,05

D.S.: По 2 таблетки 4 раза в день, запивая большим количеством воды.

**16. ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА**

В остром периоде лучше использовать Бактисубтил, позднее Бификол, Бифидумбактерин.

1. **ПРОФИЛАКТИКА**

Специфической профилактики нет.

Для пациента профилактика должна быть направлена главным образом на: 1.уничтожение возбудителя в пищевых продуктах – правильная кулинарная и оптимальная термическая обработка пищевых продуктов. Яйца необходимо варить 10-15 минут, кусок мяса массой 400г -2,5 часа.

2. предупреждение размножения возбудителей кишечных инфекций в пищевых продуктах – хранение в соответствующих условиях.

3. предупреждение попадания возбудителей кишечных инфекций на пищевые продукты.

1. **ЭПИКРИЗ**

Больной …, 24 года поступил в инфекционное отделение городской больницы №5 17.10.06 с диагнозом: Острый инфекционный гастроэнтерит. Показанием к госпитализации явилось среднетяжелое течение заболевания. При поступлении предъявлял жалобы на жидкий обильный стул, водянистый, светло-коричневого цвета, с примесью слизи, недомогание, слабость, тошноту, умеренные боли в эпигастральной области, снижение аппетита, повышение температуры тела до 38,80С. Стул учащен до 7-9 раз в сутки. Тошнота постоянного характера без рвоты.

Было проведено исследование: Общий анализ крови: Гемоглобин 166 г/л; Лейкоциты 5,3\*109/л; СОЭ – 10мм/ч, Формула: Эозинофилы – 2%, базофилы – нет, метамиелоциты – нет, палочкоядерные –2%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 28%, моноциты – 4%.

Общий анализ мочи: реакция – кислая; цвет: соломенно-желтый; прозрачность полная; уд. вес – 1015; белок и сахар – отрицательно; Микроскопия осадка: эпителиальные клетки плоские –большое количество, Почечный эпителий 1-2 в поле зрения, лейкоциты 1-3 в поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения; Цилиндры геалиновые 0-1 в поле зрения, Зернистых, восковидных нет.

Копрограмма: Цвет – светло-коричневый. Консистенция – оформленный. Лейкоциты – 1-3 в поле зрения. Микроскопия: детрит +, Непереваренная клетчатка + Переваренная клетчатка +. Мышечные волокна измененные +; Неизмененные +; Простейшие не обнаружены. Яйца глистов не обнаружены.

Бактериологическое исследование кала на дисбактериоз, сальмонеллез, условно-патогенную флору: роста сальмонелл и шигелл нет.

Проведено лечение: антибиотикотерапия (доксициклин 1,0х2р в первые сутки и 1,0х1р в последующие дни), регидратация, восполнение электролитов (S. Тrisoli), сорбенты (Полисорб 1т х 3 раза)

На фоне проведенного лечения за время курации состояние больного значительно улучшилось, симптомы заболевания купировались. Больной был выписан из стационара 23.10.06г.

Клинический диагноз: острый инфекционный гастроэнтероколит, легкая степень тяжести.

Источником инфекции в данном случае мог послужить человек, больной кишечной инфекцией.

Фактором передачи могла послужить копченая рыба, которую пациент ел вечером накануне заболевания.

Механизм заражения – алиментарный.

Путь передачи – пищевой.

Механизм передачи – фекально-оральный.

Выписка из стационара была произведена после клинического выздоровления при наличии отрицательного результата бактериологического исследования кала. Диспансеризации в данном случае не требуется.

Рекомендации: Исключить раздражающие вещества, алкоголь на 1 месяц. Соблюдать санитарно-гигиенические мероприятия, меры профилактики.

1. **ПРОГНОЗ**

Для данного больного благоприятный. Возможно развитие острого или хронического бактериовыделения. Повторное заражение не исключается.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Инфекционные болезни. / Е.П. Шувалова, Е.С. Белозеров, Т.В. Беляева, Е.М. Змушко. //Учеб. пособие для вузов. – Ростов н/Д: Издательство «Феникс», 2001год – С. 125-144, 164-178.

2. Лекции по инфекционным болезням./ Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. В двух томах – Москва: ВУНМЦ, 1999 год – том 1, С. 114-127

3. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И Брико, Б.К. Данилкин. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2004 год – С. 528-538.

4. Кардиология. / А.В. Кузнецова, А.В. Молчанов, И.В. Осипова и др. // Учеб.-метод. Пособие. – г. Барнаул. – 1994. – С. 34-64.