**Паспортные сведения**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст (дата рождения): 25 лет (10.09.1987.)

Пол: мужской

Семейное положение: женат

Проживает: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы,должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата настоящего заболевания: 16.09.2012г.

Дата обращения к врачу: 17.09.2012г.

Дата госпитализации: 17.09.2012г.

Дата начала курации: 19.09.2012г.

Диагноз при поступлении: Острый инфекционный гастроэнтерит.

Диагноз клинический: Острый инфекционный гастроэнтероколит легкой степени тяжести.

 **ЖАЛОБЫ**

 На момент курации жалоб не предъявлял.

**Anamnesis morbi**

Заболел остро. 16.09.2012г. вечером послк ужина почувствовал слабость,головную боль, появилась боль в животе. Тошнота, многократная рвота (более 5), частый жидкий стул(около 5раз, водянистого, зеленоватого цвета, с наличием слизи),ложные позывы на дефекацию.Принимал активированный уголь. Температура тела поднялась до 37,5°С. На утро симптомы не прекратились.Позвонил в скорую помощь. К 10 часам привезен в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Эпидемический анализ**

Проживает в благоустроенной квартире с женой и ребенком. Питается полноценно. Воду пьет кипяченую.Санитарно-эпидемиологическая обстановка удовлетворительна. Водоснабжение централизовано. Санитарно-гигиенические условия на месте работы выполняются. Заболевание связывает с тем,что 4 дня назад ходил к теще,у которой были симптомы кишечной инфекции . В другие населенные пункты не ездил.

Накануне вечером ел с женой и ребенком пюре,сельдь, котлеты,сосиски. Жена и ребенок так же заболели и гостпитализированы в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Anamnesis vitae**

 Родился 10.09.1987г. в обычной семье. Жилищно-бытовые условия были удовлетворительные. Питался регулярно. В развитии от сверстников не отставал.

Оперативных вмешательств нет. Гемотрансфузии, гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает.

Наличие у себя или родственников туберкулеза, сифилиса, алкоголизма, нервно-психических заболеваний отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез не отягощен.Медикаментозной аллергии нет.

**Status praesens**

Общее состояние больного удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, рост – 167 см, масса тела – 55 кг.ИМТ-20(норма) Температура тела – 37,5°С.

Кожные покровы чистые, нормального цвета. Тургор и эластичность в норме. Воспалительные процессы на коже отсутствуют. Сыпи, кровоизлияний, расчесов, шелушения, пролежней нет. Видимые слизистые и склеры глаз без изменений. Оволосение по мужскому типу.

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Отеков, подкожной эмфиземы нет. Периферические 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. Отсутствуют боли в покое и при движении.

Система органов дыхания.

Число дыханий = 18 в мин., дыхание ритмичное, тип брюшной. Одышки нет. Дыхание носовое свободное. Выделений из носа нет. Носовых кровотечений нет. Зев,миндалины,небные дужки без патологических изменений.

Грудная клетка обычной формы, при глубоком вдохе умеренно подвижна. Обе половины участвуют в дыхании равномерно. Лопатки и ключицы расположены симметрично. Лопатки плотно прилегают грудной клетке. Грудная клетка при пальпации в межреберных промежутках, грудинно-реберных и грудинно-ключичных сочленениях безболезненна. Тонус мышц в норме, грудная клетка умеренно резистентна. Голосовое дрожание во всех участках легких проводится одинаково. Перкуссия сравнительная по 9 парным точкам:

I – среднеключичная линия, II межреберье.

II – над ключицами.

III – под ключицами.

IV – среднеподмышечная линия, III межреберье.

V – среднеподмышечная линия, V межреберье.

VI – над лопатками.

VII – межлопаточное пространство на уровне верхнего угла лопатки.

VIII – межлопаточное пространство на уровне нижнего угла лопатки.

IX – под нижними углами лопаток.

Перкуторный звук ясный, легочный.

Топографическая перкуссия. Высота стояния верхушки справа и слева 3 см. Ширина полей Кренига 5 см. Нижняя граница правого легкого:

Окологрудинная линия – V межреберье;

Среднеключичная линия – VI межреберье;

Переднеподмышечная линия – VII межреберье;

Среднеподмышечная линия – VIII межреберье;

Заднеподмышечная линия – IX межреберье;

Лопаточная линия – X межреберье;

Околопозвоночная линия – XI межреберье.

Нижняя граница левого легкого:

Переднеподмышечная линия – VII межреберье;

Среднеподмышечная линия – VIII межреберье;

Заднеподмышечная линия – IX межреберье;

Лопаточная линия – X межреберье;

Околопозвоночная линия – XI межреберье.

Подвижность нижнего края правого легкого:

Среднеключичная линия – 4см;

Среднеподмышечная линия – 6см;

Лопаточная линия – 4см.

Левого:

Среднеподмышечная линия – 6см;

Лопаточная линия – 4см.

Аускультация: дыхательный шум везикулярный. Хрипов нет. Крепитации, шума трения плевры, плевро-перикардиального шума – нет. Бронхиальное дыхание в норме.

Система органов кровообращения.

Область сердца и сосудов не изменена. Сердечный горб и патологическая пульсация отсутствуют. Верхушечный и сердечный толчки визуально не определяются. Пульсация в эпигастральной области и в яремной ямке отсутствует.

Пальпация. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, средней силы, площадью около 2 см2. Сердечный толчок не определяется, симптом «кошачьего мурлыкания» отрицательный.

Перкуссия. Границы относительной тупости сердца:

Верхняя: III межреберье;

Правая: IV межреберье по середине грудины;

Левая: V межреберье на 1,5см кнутри от среднеключичной линии.

Границы абсолютной тупости сердца:

Верхняя: IV межреберье;

Правая: IV межреберье по правому краю грудины;

Левая: V межреберье на 2см кнаружи от правого края грудины.

Тоны сердца:

Верхушка сердца – I тон, не изменен, митральный клапан;

II межреберье справа у края грудины – II тон, не изменен, клапан аорты;

II межреберье слева у края грудины – II тон, не изменен, клапан легочного ствола;

IV межреберье справа у края грудины – I тон, не изменен, трехстворчатый клапан;

Точка Боткина (III межреберье слева у края грудины) – II тон, не изменен, клапан аорты;

Систолических, диастолических, перикардиальных шумов – нет.

ЧСС – 78 уд/мин. Ритм правильный.

Состояние периферических вен не изменено. Патологической пульсации нет. Сосудистая стенка эластична. Пульсация на периферических сосудах сохранена. Пульс – 98 уд/мин, полный, твердый, большой, синхронный на обеих руках. Дефицита пульса нет. АД на обеих руках = 120/80мм.рт.ст. Варикозного расширения вен на нижних конечностях нет, покраснения кожи над венами, уплотнений, болезненности нет.

Система органов пищеварения.

Аппетит снижен.

Язык – сухой, обложен белым налетом; язвы, трещины отсутствуют. Тремора языка, дискинезии - нет. Десны, мягкое и твердое нёбо розовой окраски, слизистая – без патологий. Миндалины без патологических изменений. Гиперемии, кровоизлияний, налета на глотке нет. Неприятный запах изо рта отсутствует.

Живот круглый, симметричный, участвует в акте дыхания, видимой перистальтики нет, выбухания нет. Поверхностная пальпация: температура и влажность на симметричных участках одинакова. Живот мягкий, безболезненный в эпигастрии. Напряжения мышц – нет, опухолевых образований и грыж не обнаружено. Расхождения мышц по белой линии живота - нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отсутствует. Методическая глубокая пальпация по Образцову:

Сигмовидная кишка (левая подвздошная область) диаметр = 3см, мягкая, гладкая, безболезненная, подвижная.

Слепая кишка (правая подвздошная область), диаметр = 3см, мягкая, гладкая, безболезненная, подвижная.

Восходящая кишка (правая мезогастральная область живота), диаметр = 3см, мягкая, гладкая, безболезненная, подвижная.

Поперечно-ободочная кишка (надпупочная область), диаметр = 3см, мягкая, гладкая, безболезненная, подвижная.

Нисходящая кишка (левая мезогастральная область живота), диаметр = 3см, мягкая, гладкая, безболезненная, подвижная.

Перкуссия. Свободная и осумкованная жидкость отсутствует.

Печень. Поверхность гладкая, безболезненная. Край ровный. Размеры по Курлову: первый = 9см, второй = 8см, косой = 7см. Симптом Ортнера и Френикус-симптом отрицательные.

Селезенка по Образцову-Стражеско не пальпируется. Пальпация по Сали: 4×5см. Безболезненная.

Кишечник функционирует нормально.

Мочеполовая система.

Мочеиспускание произвольное, безболезненное. Суточное количество мочи – 1700 мл.

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

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.

Отмечена очаговая и общемозговая симптоматика.

Щитовидная железа не увеличена, консистенция эластичная, поверхность ровная.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

Учитывая острое,бурное начало заболевания и признаки интоксикации (температура 37,5 °С, слабость, головную боль, тошноту, рвоту более 5 раз в сутки; жидкий стул около 5 раз, зеленоватый, с примесью слизи;ложные позывы на дефекацию,обложенный белым налетом язык)можно предположить диагноз: Острый инфекционный гастроэнтероколит легкой степени тяжести.

**План обследования**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Микроскопическое исследование кала;
4. Биохимический анализ крови (мочевина крови, глюкоза);

**Результаты лабораторных и специальных методов исследования**

1.Общий анализ крови 17.09.12.

Гемоглобин 165 г/л;

Лейкоциты 5,9 х 109/л;

СОЭ 6 мм/ч;

Цветной показатель-0,96

Лейкоцитарная формула:

Палочкоядерные нейтрофилы 4, сегментоядерные нейтрофилы – 70, лимфоциты – 23, моноциты – 3.

2.Общий анализ мочи 18.09.12.

Цвет: светло-желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Белок: нет;

Реакция: кислая;

Удельный вес: 1015;

Лейкоциты: 1-2 в поле зрения;

Эритроциты-единичные в поле зрения

Эпителий плоский: 0-1 в поле зрения;

Глюкоза:нет;

3.Микроскопическое исследование кала 18.09.12.

Лейкоциты:ед.в п/з

Мышечные волокна:ед.в п/з

Растительная клетчатка: 1-2 в п/з

Бактерии:+

Яйца глист,простейшие:не обнаружены

4Биохимический анализ крови 19.09.12.

Мочевина:5,17 мм/л

Глюкоза:5,88 мм/л

**Дневники**

19.09.12г. Жалоб не предьявляет. Состояние удовлетворительное. 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 – 76 в минуту, АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено. Стул в норме.Отмечается положительная динамика.

20.01.08г. Жалоб не предъявляет.Состояние удовлетворительное. 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 – 82 в минуту, АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено. Стул в норме.Динамика положительная.

**Обоснование клинического диагноза**

Клинический диагноз: Острый инфекционный гастроэнтерит.Острую форму заболевания можно поставить исходя из острого начала (исчисляется часами), бурного прогрессирования основных клинических симптомов. Опираясь на жалобы (на общую слабость, разбитость, плохой аппетит, урчание в животе), анамнестические данные (заболел остро с чувства слабости, головной боли, повышения температуры тела. Появились боли в животе, тошнота, многократная рвота, жидкий стул, позывы на дефекацию), данные объективного исследования (обложенный белым налетом язык) и лабораторных методов исследования: микроскопическое исследование кала.

можно определить данное заболевание как острый инфекционный гастроэнтероколит легкой степени тяжести.

**План лечения**

1.Диета: стол №4 (химическое и механическое щажение желудочно-кишечного тракта) обильное питье;

2.Патогенетическая терапия: регидратация (обильное питье) и дезинтоксикация.

Rp. S.Dysoli 800,0

 S.Trisoli 500,0

Rp. Poliphepani 50,0

 D.t.d. № 10.

S. По 1 столовой ложке 3 раза в день, перед едой, предварительно размешав в стакане воды);

3.Витаминотерапия

Rp. Tab. «Dekamevitum» № 10

 S. По 1 таблетке 2 раза в день после еды

**Эпикриз**

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 25 лет, поступилл в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 17.09.2012 в 10:40. Заболел 16.09.12г. остро с признаков интоксикации (слабость, головная боль, повышение температуры тела до 37,5°С) и симптомов поражения желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота более 5 раз в сутки; жидкий стул около 5 раз, водянистый, зеленоватый, с примесью слизи; позывы на дефекацию).

Данные объективного обследования: Язык – сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации безболезненный.

Данные дополнительного исследования:

ОАК:без патологических изменений.

ОАМ: наличие клеток эпителия и лейкоцитурия.

Биохимический анализ крови: без патологических изменений.

Микроскопическое исследование кала:нарушение пищеварения в тонком кишечнике.

Все эти обследования позволяют поставить диагноз: Острый инфекционный гастроэнтерит легкой степени тяжести, (не уточненной этиологии).

В стационаре пациент получал:

Левомицетин 0,5 мг 4 раза в день, после еды – 3 дня;

Полифепан 1 столовая ложка 3 раза в день перед едой – 3дней;

Декамевит 1 таб. 2 раза в день, утром и вечером после еды – 3 дней.

Лечение проводилось на фоне положительной динамики состояния больного.

Находится в стационаре,где продолжает лечение. После выписки из больницы подлежит диспансерному наблюдению в кабинете инфекционных заболеваний в поликлинике по месту жительства.

Рекомендации:

1. Частично ограничить режим физической активности
2. Регулярное питание, стол №2.