СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

# Кафедра инфекционных болезней

**Зав. кафедрой:** профессор

**Лепехин А.В.**

**Преподаватель: Жарова Н.В.**

## ИСТОРИЯ

## БОЛЕЗНИ

**Больная: x**, 58 лет.

**Клинический диагноз:** острая дизенетерия, атипичное течение, энтероколитическая форма (выделена Sh. Flexneri IIА).

**Сопутствующее заболевание:** хронический геморрой, фаза обострения. Хроническая постгеморрагическая анемия легкой степени.

**Куратор:** студентка V курса

лечебного факультета СГМУ

**Голованова А.А.**

**Начало курации:** 8 июня 1998 года

**Окончание курации:** 15 июня 1998г

### ТОМСК-1998

#### ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

##### Фамилия: x

Имя: x

Отчество: x

Пол: женский

Возраст: 58 лет

Домашний адрес: г. Томск

Место работы: пенсионерка

Дата поступления: 2 июня 1998 года

Порядок поступления: по «Скорой помощи»

Диагноз при поступлении: острый гастроэнтерит

Клинический диагноз: острая дизентерия, энтероколитическая форма

Окончательный диагноз: острая дизентерия, атипичное течение, энтероколитическая форма (выделена Sh. Flexneri IIА).

Сопутствующее заболевание: хронический геморрой, фаза обострения. Хроническая постгеморрагическая анемия легкой степени.

###### ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

**При поступлении:**

-повышение температуры тела до 40.1°С, головная боль, слабость, разбитость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами.

-схваткообразные интенсивные боли в животе, ложные болезненные позывы на дефекацию.

-жидкий стул: вначале обильный, без примесей, водянистый, без зловонного запаха, затем скудный, в виде «плевков» с примесью слизи и крови в виде прожилок.

**На момент курации:**

-затруднение и болезненность дефекации, примесь крови в кале.

-ноющие боли по всему животу, вздутие живота, метеоризм.

#### АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Считает себя больной с 29 мая 1998 года, когда внезапно в первой половине дня появилось ощущение общего недомогания, слабость, вялость, разбитость. Через несколько часов повысилась температура тела до 37.4°С, появился жидкий стул (обильный, без примесей). Во второй половине дня температура тела повысилась до 40°С, общее состояние еще более ухудшилось. За это время жидкий стул был еще 4 раза. Больная пыталась купировать гипертермию аспирином, но эффекта не было. В 18.00 была вызвана бригада «Скорой помощи», при осмотре больной была выявлена гиперемия задней стенки глотки и рекомендовано применение ампициллина. Рекомендации больная выполняла.

2 следующих дня у больной продолжался понос, стул постепенно приобретал характер «ректальных плевков» со слизью и кровью, держалась высокая температура. З1 мая больная вызвала на дом участкового терапевта, который посоветовал применять закрепляющие средства: отвар коры дуба, черемуховое варенье. У больной после употребления этих средств открылось кровотечение из геморроидальных узлов (хроническим геморроем больная страдает около 20 лет), дефекация стала резко болезненной. 1 июня больная снова вызвала бригаду «Скорой помощи» и была доставлена в факультетские клиники СГМУ. После консультации дежурного врача клиник больная была доставлена в клинику инфекционных болезней, но от госпитализации отказалась. Вечером 1 июня состояние еще более ухудшилось, боли стали непереносимыми, вновь повысилась температура тела. 2 июня в экстренном порядке больная была доставлена в инфекционное отделение 3 городской клинической больницы.

**АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

У больной имеется аллергическая реакция на введение новокаина: головокружение, тошнота, чувство прилива жара к лицу и шее.

При применении димедрола больная также отмечает головокружение, головную боль, сонливость, мелкий тремор рук.

На пищевые, растительные и бытовые аллергены реакции нет.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Возникновение данного заболевания больная связывает с употреблением мороженого накануне начала болезни. Со слов больной, у мороженого был кислый привкус.

На общение с подобным больным в анамнезе указаний нет.

Больная проживает в благоустроенной квартире, в семье 2 человека, дочь живет отдельно. Правила личной гигиены соблюдает, домашних животных не держит.

Воду употребляет отстоенную, некипяченую. Фрукты и овощи моет кипятком. Употребление речной рыбы в настоящее время, а также в прошлом больная отрицает.

Питание исключительно домашнее.

Операций, травм, переливаний крови и других внутривенных вливаний, стоматологических вмешательств, инъекций в последние 6 месяцев не было.

Укусы животных, ушибы, занозы и другие повреждения в ближайшее время отрицает.

В 1974 году перенесла брюшной тиф. Причиной заражения было употребление некипяченого молока из магазина. Диагноз был поставлен не сразу (сначала участковый терапевт заподозрил грипп). Лечилась в клинике инфекционных болезней примерно 1 месяц, течение болезни было тяжелым (со слов больной).

12 лет назад больная перенесла рожу нижних конечностей, которая с тех пор практически ежегодно рецидивирует. Поражаются в основном голени, форма – буллезно-геморрагическая. В этом году обострений не было.

Прививки в детстве и в школе – по возрасту. В 1997 году прошла курс прививок против клещевого энцефалита (последняя прививка – в конце апреля). Прививочная реакция у больной проявляется легким общим недомоганием.

Исходя из данных эпидемиологического анамнеза, можно сделать заключение о том, что причиной развития данного заболевания явилось, вероятно, употребление больной некачественного мороженого.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родилась в Северном Казахстане, в Томск переехала в 17 лет. Росла и развивалась соответственно возрасту, перенесенных детских инфекций не помнит. В школу пошла в 7 лет, окончила 10 классов.

С 20 лет страдала диффузным зобом, в 1995 году в щитовидной железе был обнаружен узел, по поводу которого было произведено 2 операции: в 1995 и 1996 годах.

С 35 лет страдает хроническим холециститом с периодическими обострениями (не чаще 1 раза в год, после нарушений диеты).

В 40 лет у больной был обнаружен (с ее слов) неспецифический язвенный колит, по поводу которого она периодически проходит лечение в различных терапевтических стационарах города.

В 1976 году больная перенесла операцию по поводу кишечной непроходимости, причиной которой были кишечные спайки.

В 1993 году больная перенесла опоясывающий лишай, лечилась амбулаторно. На месте высыпаний остались мелкие множественные атрофические рубцы с депигментацией, периодически на этих участках возникает зуд кожи.

Mensis с 13 лет, менопауза с 47 лет. 1 беременность 1 самостоятельные роды.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Рост : 155 см

Вес : 68 кг

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание : ясное

Положение**:** активное

Тип телосложения **:**  гиперстенический

Выражение лица: обычное

#### Кожные покровы

Кожа бледная, имеется гиперкератоз локтей. Эластичность кожи снижена. По ходу межреберных нервов на передней брюшной стенке и на спине имеются участки атрофии и депигментации кожи (следы перенесенного опоясывающего лишая). По средней линии живота – послеоперационный рубец.

#### Видимые слизистые оболочки

Слизистая носа розовая, блестящая, отделяемого нет. Слизистая ротовой полости розовая, влажная , блестящая, гиперсаливации нет. Конъюнктива чистая, блестящая, влажная Задняя стенка глотки слегка гиперемирована, болей в горле и налетов нет.

##### **Подкожная жировая клетчатка**

Развитие подкожного жирового слоя избыточное, особенно на животе. Отмечена пастозность голеней.

#### Костная система

Кости черепа, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей не имеют видимых деформаций, безболезненны при пальпации и перкуссии, очагов размягчения в костях не найдено. Суставы обычной конфигурации, кожа над ними нормальной температуры и влажности. Движения в суставах в полном объеме. Обнаружено искривление позвоночника вправо в грудном отделе. Поясничный лордоз сглажен .

#### Мышечная система

Пальпация отдельных мышечных групп безболезненна. Сила мышц достаточная , тонус сохранен . Активные движения в полном объеме .

Мышцы брюшного пресса ослаблены.

##### **Лимфатические узлы**

Пальпируются следующие группы лимфатических узлов: заушные, подчелюстные, подмышечные, паховые справа. Остальные группы лимфатических узлов не пальпируются . Пальпируемые группы лимфоузлов безболезненны, эластичны, не спаяны с окружающей клетчаткой.

#### Дыхательная система

Носовые ходы свободны, отделяемого из носа нет.

При осмотре деформаций грудной клетки нет.

Пальпаторно эластичность грудной клетки сохранена, голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково.

При перкуссии границы легких определяются на обычном уровне, высота стояния верхушек легких спереди - 3.5 см от ключицы справа и слева. Поля Кренига справа - 6 см , слева - 5.5. см .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких: | справа | слева |
| парастернальная линия | 5 межреберье |  |
| срединноключичная линия | 6 межреберье |  |
| переднеподмышечная линия | 7 межреберье |  |
| среднеподмышечная линия | 8 межреберье | 8 межреберье |
| заднеподмышечная линия | 9 межреберье | 9 межреберье |
| лопаточная линия | 10 межреберье | 10 межреберье |
| позвоночная линия | 11 ребро | 11 ребро |

При сравнительной перкуссии над симметричными участками передних, боковых и задних поверхностей легких перкуторный звук одинаковый - ясный, легочной.

Аускультативная картина: дыхание над всей поверхностью легких везикулярное. Бронхофония сохранена. Хрипов , крепитации и шума трения плевры не прослушивается .

#### Сердечно-сосудистая система

При осмотре "сердечный горб" не определяется. Пульсации сосудов не видно. Пальпаторно верхушечный толчок определяется на 3 см кнаружи от срединноключичной линии в 5 и 6 межреберье слева. Верхушечный толчок разлитой, ослаблен.

На основании сердца пульсация сосудов пальпаторно не определяется.

Границы тупости сердца:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | слева | сверху | справа |
| относительной | на 3 см кнаружи от срединноключичной линии слева | 3 межреберье слева | на 1 см кнаружи от правого края грудины |
| абсолютной |  | 4 межреберье слева | по левому краю грудины |

Тоны сердца приглушены. Ритм правильный.

Выслушивается систолический шум на верхушке и в точке Боткина.

I тон громче на верхушке сердца, II тон - на основании сердца.

АД – 100/70 мм рт ст.

Пульс 64 уд/мин, сниженного наполнения и напряжения. Эластичность стенки сосуда сохранена. Дефицита пульса нет .

#### Органы желудочно-кишечного тракта

Язык влажный, обложен белым налетом, по краям языка имеются отпечатки зубов

Зубы желтоватого цвета, дефектов зубного ряда и признаков кариеса не отмечено. Десны розовые, умеренно влажные, выводные протоки слюнных желез не гиперемированы. Зев гиперемирован, миндалины не выступают за края небных дужек.

Глотание жидкой и твердой пищи не затруднено. Время прохождения жидкости по пищеводу - 9 секунд.

При осмотре живот правильной формы, не выступает за края реберных дуг, хотя имеется увеличение его объема за счет подкожной жировой клетчатки, подкожные вены не расширены, кожа бледная, сухая.

 Поверхностная пальпация кишечника безболезненна за исключением левой подвздошной области.

Глубокая пальпация отделов кишечника умеренно болезненна, по всем отделам определяется урчание.

При аускультации над кишечником выслушивается звук перистальтики . Пальпация точек тела и хвоста поджелудочной железы безболезненна.

Симптомы желчного пузыря отрицательны .

Печень и селезенка без особенностей.

#### Мочеполовая система

Жалоб на боли в поясничной области и по ходу мочеполового тракта больная не предъявляет. Почки пропальпировать не удалось. Пальпация средней и нижней мочеточниковых точек безболезненна . Мочевой пузырь пальпируется сразу над лобковым сочленением в виде округлого образования тугоэластической консистенции , безболезненного.

Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

#### Нервная система и психический статус

Состояние больной удовлетворительное, настроение спокойное, поведение адекватное. В контакт вступает охотно, демонстрируя интерес к собеседнику и собственному заболеванию. Реально оценивает тяжесть собственного состояния. Подавленности, раздражительности не отмечено.

Предъявлены жалобы на нарушение сна (больная долго не может уснуть). Беспокоит также рассеянность, невнимательность, снижение памяти.

Функция черепно-мозговых нервов сохранена. Сухожильные и брюшные рефлексы не повышены . Патологических рефлексов и менингеальных знаков не выявлено .

В позе Ромберга больная устойчива, отмечается мелкий тремор пальцев рук.

#### ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб больной (боли в животе, жидкий стул, повышение температуры тела до 40°С, головная боль, общее недомогание), анамнестических данных (возникновение заболевания больная связывает с употреблением в пищу некачественного мороженого), клинических проявлений (имеется синдром общей интоксикации, проявляющийся повышением температуры тела, головной болью, общей слабостью, разбитостью, а также синдром кишечных расстройств, протекающий по типу энтероколита: стул меняется от обильного, жидкого, без примесей (энтеритного) до «ректальных плевков» с примесью слизи и крови (колитического), имеются боли в животе, болезненные ложные позывы на дефекацию, при объективном обследовании обнаружена болезненность в проекции сигмовидной кишки) можно поставить предварительный диагноз:

**острая дизентерия, атипичное течение, энтероколитическая форма.**

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1.Общий анализ крови: для выявления признаков общей воспалительной реакции, характерных для кишечных инфекций.

2.Общий анализ мочи.

3.Посев кала на питательную среду для получения копрокультуры возбудителя заболевания.

4.Биохимический анализ крови: определение уровня глюкозы, билирубина, ферментов.

5.РПГА с сальмонеллезным и дизентерийным антигенами в динамике.

6.Копроцитогармма: определение наличия и количества лейкоцитов и эритроцитов в кале.

7.Консультация хирурга для решения вопроса о возможности оперативного лечения хронического геморроя.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Общий анализ крови. 3.06.98.**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Эриторциты | 3.3х1012/л |
| Гемоглобин | 115 г/л |
| Лейкоциты | 4.8х109/л |
| Эозинофилы | 1% |
| Сегментоядерные | 57% |
| Лимфоциты | 32% |
| Моноциты | 10% |
| СОЭ | 18 мм/ч |

**Заключение:**

Имеется анемия легкой степени, нормохромная. Обьясняется она кровопотерей из геморроидальных узлов.

**Общий анализ мочи. 3.06.98.**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Цвет | Золотисто-желтая |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Относительная плотность | 1011 |
| Белок | Отрицательно |
| Сахар | Отрицательно |
| Лейкоциты | 8-10 в поле зрения |
| Плоский эпителий | 6-8 в поле зрения |

**Заключение:**

Повышено содержание в моче плоского эпителия и лейкоцитов. Больной необходимо рекомендовать консультацию уролога (амбулаторно).

**Биохимический анализ крови. 3.06.98.**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Сахар | 4.8 ммоль/л |
| Билирубин | 10.2-0-10.2 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 4 ед |
| АлАТ | 1.33 |
| АсАТ | 1.03 |

**Заключение:**

Повышено содержание печеночных ферментов в сыворотке крови. Это может быть признаком реакции печени на общую интоксикацию организма, а также свидетельством обострения хронического холецистита. Анализ содержания ферментов необходимо повторить при выписке.

**Серологические реакции. 3.06.98.**

РПГА с шигеллезным антигеном в титрах 1/50, 1/100, 1/200, 1/400, 1/800

отрицательна.

**Копроцитограмма. 3.06.98.**

Лейкоциты сплошь.

Яйца глист не обнаружены.

**Результаты посева кала. 4.06.**

Выделена копрокультура Sh. Flexneri IIA.

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Имеющаяся у больной энтероколитическая форма острой дизентерии требует дифференциальной диагностики с гасттроэнтероколитической формой сальмонеллеза. Эти заболевания имеют очень сходную клинику, и эпидемиологический анамнез для них характерен практически одинаковый. Инкубационный период у обоих заболеваний короткий, также для них одинаково характерно повышение температуры тела до высоких цифр. Но для сальмонеллеза нехарактерно наличие тенезмов, ложных позывов, а также перехода «энтеритного» стула в «колитический», что наблюдается у данной больной. Кроме того, стул при сальмонеллезе отличается зеленоватым цветом и зловонностью, чего у данной больной не было. Кратность стула при дизентерии обычно выше, чем при сальмонеллезе (у данной больной в первые дни заболевания стул был многократным, без счета). Окончательный дифференциальный диагноз между этими состояниями возможен только при наличии лабораторного подтверждения (выделение копрокультуры возбудителя или положительные серологические реакции). У данной больной при посеве кала на питательные среды выделена копрокультура шигелл.

По эпидемиологическому анамнезу энтероколитическая форма дизентерии сходна также с пищевыми токсикоинфекциями. У данной больной сходство усиливается из-за короткого инкубационного периода, характерного для пищевых токсикоинфекций. Но в клинике ПТИ, как правило, повышения температуры тела нет. Кроме того, заболевание дебютирует обычно острой режущей болью в эпигастрии, тошнотой и рвотой, чего у данной больной не наблюдалось. Расстройство стула при ПТИ кратковременное, а у больной оно продолжалось около недели. Результаты лабораторных исследований, полученные у данной больной, позволяют окончательно отдифференцировать эти заболевания.

Со слов больной, с 40-летнего возраста она страдает неспецифическим язвенным колитом, следовательно, острую дизентерию у данной больной необходимо дифференцировать и с этим заболеванием. При НЯК, кроме поражения кишечника с соответствующими симптомами (похожими на проявления дизентерии), у больных имеются глубокие нарушения иммунной системы, которые проявляются резким нарушением обменных процессов и септико-пиемическим поражением кожи (пиодермия), глаз (иридоциклиты), суставов (гнойный артрит), печени и других органов. Этих органных поражений у данной больной не выявлено. Кроме того, для обострения НЯК нехарактерно появление энтеритного стула, а прогрессирующий понос быстро истощает больных. Для окончательного исключения обострения НЯК, сочетающегося с острой дизентерией, можно провести ректороманоскопию (исследование нужно проводить с осторожностью из-за опасности перфорации и повреждения измененных участков толстого кишечника).

#### ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

При сопоставлении предварительного диагноза, обоснованного жалобами больной, данными эпидемиологического анамнеза, результатами объективного обследования с лабораторными данными (выделение копрокультуры шигелл) можно поставить окончательный диагноз:

**Острая дизентерия, атипичное течение, энтероколитическая форма (выделена Sh. Flexneri IIA).**

Кроме того, у больной в общем анализе крови обнаружено снижение эритроцитов и гемоглобина, соответствующее легкой степени анемии. Так как у больной имеется кровотечение из геморроидальных узлов, то необходимо выделить сопутствующее заболевание:

Хронический геморрой, фаза обострения. Хроническая постгеморрагическая анемия легкой степени.

#### ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Больная подлежит госпитализации, так как заболевание у нее протекает в среднетяжелой форме.

Необходимо также создание лечебно-охранительного режима: уменьшение воздействия внешних раздражителей, полупостельное содержание больной, удлиненный физиологический сон.

Диета:

До нормализации стула необходимо рекомендовать больной диету №4 с механическим, термическим и химическим щажением желудочно-кишечного тракта.

После нормализации стула – диета №4В с последующим переводом на диету №2.

Этиотропная терапия:

1.Препараты нитрофуранового ряда.

Фуразолидон по 0.15 4 раза в сутки после еды в течение 7 дней.

2.Энтеросептол по 0.5 4 раза в день после еды в течение 7 дней.

Преимуществом данных препаратов является, наряду с угнетающим действием на шигеллы, сохранение нормальной кишечной микрофлоры. Это особенно необходимо для лиц, перенесших дизентерию.

Патогенетическая терапия:

1.Дезинтоксикационная терапия.

Изотонический солевой раствор «Трисоль» по 500 мл внутривенно первые 2 дня.

Оральный регидратант «Регидрон» по 1 литру раствора в день.

2.Витаминотерапия.

Назначается для ускорения регенерации эпителия желудочно-кишечного тракта, особенно толстого кишечника, а также с целью дезинтоксикации. Кроме того, назначение витаминов необходимо для восполнения их дефицита, вызванного значительными их потерями с жидким стулом.

Лучше назначить сбалансированные поливитаминные комплексы: олиговит, дуовит.

3.Иммуностимулирующая терапия.

Пентоксил по 0.2 3 раза в день или метилурацил по 1 г 4 раза в день в течение 14 дней.

4.Ферменты для улучшения работы желудочно-кишечного тракта: фестал, дигестал, мезим0форте, панкреатин.

По поводу сопутствующего заболевания рекомендуется амбулаторная коррекция анемии препаратами железа (феррокаль, ферроплекс в дозировках, назначенных участковым терапевтом), а также консультация хирурга для решения вопроса об оперативном вмешательстве для лечения хронического геморроя.

#### ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

9 июня, вторник.

Больная предъявляет жалобы на затруднение и болезненность дефекации.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, без признаков дегидратации. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, посторонних шумов не выслушивается. Живот мягкий, умеренно болезненный в проекции сигмовидной кишки и в левой латеральной области. По ходу толстого кишечника определяется небольшое вздутие и урчание. Мочеиспускание безболезненное, стул плотный, оформленный, темный.

Пульс- 68 уд/мин

ЧДД-18 в минуту

Температура тела 36.8°С

АД-100/70 мм рт ст

10 июня, среда.

Жалоб больная не предъявляет.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. При исследовании дыхательной и сердечно-сосудистой системы динамики не выявлено. При исследовании органов брюшной полости отмечено уменьшение болезненности левой половины живота при пальпации, уменьшение вздутия живота. Стул у больной был утром, менее болезненный, чем в предыдущие дни.

Пульс-72 уд/мин

ЧДД-20 в минуту

Температура тела 36.5°С

АД110/70 мм рт ст

11 июня, четверг.

Жалоб больная не предъявляет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, мышечного напряжения нет. Печень по краю реберной дуги. Стула не было. Больная готовится к выписке, накануне был сдан контрольный бактериологический анализ кала.

Пульс-64 уд/мин

ЧДД-16 в минуту

Температура тела 36.6°С

АД100/70 мм рт ст

#### ПРОГНОЗ

Учитывая невысокую степень тяжести заболевания, отсутствие осложнений, положительную динамику процесса под влиянием проводимой терапии прогноз можно считать благоприятным.

Диспансерному учету больная не подлежит, так как не относится к декретируемой группе населения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Е.П. Шувалова. «Инфекционные болезни», Москва, «Медицина», 1990 год.

2.М.Д. Машковский. «Лекарственные средства», Москва, «Медицина», 1985 год.

3.А.А. Чиркин, А.Н. Окороков, И.И. Гончарик. «Диагностический справочник терапевта», Минск, «Беларусь», 1993 год.

4.Справочник «VIDAL», 1996-1997 год.

5. «Справочник практического врача», Москва, «Баян», 1993 год.

#### ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Больная x 58 лет поступила в инфекционное отделение 3 городской клинической больницы 2 июня 1998 года в экстренном порядке со следующими жалобами: повышение температуры тела до 40.1°С, головная боль, слабость, разбитость, схваткообразные интенсивные боли в животе, болезненные ложные позывы на дефекацию, жидкий стул (вначале обильный, без примесей, затем в виде «ректальных плевков» с примесью слизи и крови.

Из анамнеза было выяснено, что заболевание началось 4 дня назад и больная связывает его с употреблением в пищу некачественного мороженного.

На основании жалоб больной, данных анамнеза, клинического и параклинического исследований был поставлен диагноз:

Острая дизентерия, атипичное течение, энтероколотическая форма (выделена Sh. Flexneri IIА).

Сопутствующее заболевание: хронический геморрой, фаза обострения, хроническая постгеморрагическая анемия легкой степени.

Больная получала лечение препаратами нитрофуранового ряда, дезинтоксикационную и регидратационную терапию (внутривенно и перорально), витаминотерапию, ферменты.

После проведенного лечения состояние больной улучшилось, при выписке состояние удовлетворительное.

Рекомендации при выписке:

Проведение обследования в амбулаторных условиях по поводу сопутствующего заболевания, проведение коррекции анемии препаратами железа в дозировках, назначенных участковым врачом, соблюдение щадящей диеты.