Алтайский государственный медицинский университет

КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Зав. кафедрой: проф. Гранитов В.М.

Ассистент: к.м.н. Матрос О.И.

Куратор: Матыев И.В. студент 514 группы лечебного факультета

**История болезни**

**Клинический диагноз:**

**Острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, средней степени тяжести, без осложнений.**

Начало курации: 10.03.08 г.

Окончание курации: 18.03.08 г.

Барнаул 2008г.

**Паспортная часть**

Ф.И.О.:

Возраст (дата рождения): 27 лет (03.02.81.)

Пол: мужской

Семейное положение: холост

Домашний адрес:

Место работы: АГАУ

Специальность: скотник

Дата настоящего заболевания:07.03.08г.

Дата обращения к врачу: 10.03.08 г.

Дата госпитализации: 10.03.08 г.

Дата выписки: 18.03.08 г.

Дата начала курации: 10.03.08 г.

Дата окончания курации: 18.03.08 г.

Диагноз при поступлении: острый инфекционный гастроэнтерит средней степени тяжести.

Диагноз клинический: Острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, средней степени тяжести, без осложнений.

**Жалобы**

На общую слабость, разбитость, на плохой аппетит, урчание в животе, тошноту, рвоту (более 5 раз в сутки), жидкий стул (5 раза в сутки 1раз ночью), умеренную боль тянущего характера в области эпигастрия, на повышенную температуру (38.5гр.).

**Anamnesis morbi**

Заболел остро. 07.03.08. утром на работе на фоне полного здоровья почувствовал озноб и слабость, появилась головная боль. Обратился в медпункт, где измерили температуру (37,7°С) и давление (110/70мм.рт.ст.). Врач дала парацетамол и отпустила домой. Дома, состояние ухудшилось, появились боли в животе (постоянные, ноющие, преимущественно в обл. эпигастрии), тошнота, рвота (6 раза), жидкий стул (около 5 раз), кашицеобразный, коричневого цвета, без примеси слизи и крови. Температура тела поднялась до 38,9°С. Давление оставалось таким же. Позвонил в скорую помощь. К 11 часам привезен в городскую больницу №5, инфекционное отделение, где в настоящее время и находится.

Цель госпитализации: уточнить диагноз, добиться клинического выздоровления.

**Эпидемический анализ**

ФИО. проживает в благоустроенной квартире. Питается полноценно. Воду пьет некипяченую. Гигиенические навыки развиты нормально. Санитарно-эпидемиологическая обстановка удовлетворительна. Водоснабжение централизовано. Санитарно-гигиенические условия на месте работы выполняются. Контакты с инфекционными больными отрицает. В другие населенные пункты не ездил.

Накануне вечером ел жаренный картофель с мясом, запивал минеральной водой, утром сосиски. День назад покупали торт со сгущенным молоком, так же ел сало домашнее.

**Anamnesis vitae**

ФИО. родился 03.02.81. в обычной семье. Рос и развивался нормально. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное, домашнее и в столовой АГАУ, 3 раза в день. Санитарные условия рабочего помещения соответствуют норме, профессиональные вредности отрицает. Во время работы отмечает умеренную физическую нагрузку.

Перенесенные заболевания: хр. гастрит, гайморит. Была операция на связках левого колена после травмы в 2005г. Сотрясение головного мозга 2000г.

Наличие у больного или родственников туберкулеза, сифилиса, алкоголизма, нервно-психических заболеваний отрицает. Наследственность не отягощена.

Аллергия на цитрусовые, на атропин.

Гемотрансфузий не было.

Курит с 16 лет в день 5 шт. Алкоголь употребляет но редко.

**Status praesens communis**

Общее состояние больного удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное. Больной бодрый, выражение лица живое. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, рост – 168 см, масса тела – 78 кг. Температура тела – 37,6 °С.

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

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Отеков, подкожной эмфиземы, фиброзита 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 = 15 в мин., дыхание ритмичное, тип брюшной. Одышки нет. Дыхание носовое свободное. Выделений из носа нет. Носовых кровотечений нет. Зев и миндалины без патологических изменений. Голос нормальный.

Грудная клетка обычной формы, при глубоком вдохе умеренно подвижна. Обе половины участвуют в дыхании равномерно. Лопатки и ключицы расположены симметрично. Лопатки плотно прилегают к спине. 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;

Точка Наунина (IV межреберье слева у края грудины) – I тон, не изменен, митральный клапан;

Точка Левиной (под мечевидным отростком) – I тон, не изменен, трехстворчатый клапан.

Систолических, диастолических, перикардиальных шумов – нет.

ЧСС – 88 уд/мин. Ритм правильный.

Состояние периферических вен не изменено. Патологической пульсации нет. Сосудистая стенка эластична. Пульсация на периферических сосудах сохранена. Пульс – 88 уд/мин, полный, твердый, большой, синхронный на обеих руках. Дефицита пульса нет. АД на обеих руках = 100/80мм.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 присутствует.

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

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. Френикус-симптом, симптом Ортнера 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 покалачивания 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.

Бред, навязчивые идеи, галлюцинации отсутствуют.

Эндокринная система.

Щитовидная железа не увеличена, консистенция эластичная, поверхность ровная.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

Начальный период заболевания исчисляется часами, отмечается бурное прогрессирование основных клинических симптомов. Это свидетельствует об острой форме заболевания.

Учитывая острое начало заболевания и признаки интоксикации (температура 38,9°С, слабость, головная боль, низкое давление) можно предположить, что болезнь имеет инфекционный характер.

Признаки поражения желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота более 5 раз в сутки; жидкий стул около 5 раз, коричневый, без примеси слизи и крови; императивные позывы на дефекацию; сухой, обложенный белым налетом язык, болезненность в области эпигастрия) позволяют судить о вовлечении в патологический процесс желудка и тонкого кишечника.

По наличию таких проявлений как жидкий стул (около 5 раз), рвоты (более 3 раз в сутки) и повышение температуры тела до 38,9°С можно думать о средней степени тяжести.

Анамнестически выявлены сопутствующие заболевания: хронический гайморит, вне обострения; хронический гастрит, вне обострения.

Обращая внимание на все вышесказанное, можно поставить предварительный диагноз: Острый инфекционный гастроэнтерит, средней степени тяжести, без осложнений. Хронический гайморит, вне обострения. Хронический гастрит, вне обострения.

**План обследования**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Бактериологический анализ кала на дизентерийную группу, сальмонеллез;
4. Копрограмма;
5. Биохимический анализ крови (мочевина крови, креатинин крови, натрий крови, калий крови)
6. Рентгенография органов грудной клетки (флюорография);
7. Обследование на ВИЧ-инфекцию и сифилис.

**Результаты лабораторных и специальных методов исследования**

1. Общий анализ крови (11.03.2008г.)

Гемоглобин 132 г/л;

Лейкоциты 11,6 х 109/л;

СОЭ 11 мм/ч;

Лейкоцитарная формула:

Эозинофилы – 2, палочкоядерные нейтрофилы – 2, сегментоядерные нейтрофилы – 65, лимфоциты – 26, моноциты – 5.

1. Общий анализ мочи (11.03.2008г.)

Цвет: желтый;

Прозрачность: прозрачная;

Белок: единичный;

Реакция: щелочная;

Удельный вес: 1020;

Лейкоциты: 5-6 в поле зрения;

Эпителий плоский: единичные клетки в поле зрения;

Соли: оксалаты +

1. Бактериологический анализ кала на дизентерийную группу(14.03.2008г.) отрицательный. На сальмонеллу отрицательный.
2. Копрограмма (11.03.2008г.) Цвет: коричневый; Консистенция: кашицеобразная;

Детрит: +

Непереваримая клетчатка: +

Переваримая клетчатка: +

Мышечные волокна: измененные +, неизмененные - единичные.

Простейшие, яйца глистов не обнаружены.

1. Биохимический анализ крови (13.03.2008г.)

Мочевина крови: 5,44 ммоль/л;

Креатинин крови: 0,06 ммоль/л;

Натрий крови: 144 мэкв/л,

Калий крови: 3,5 мэкв/л.

1. Флюорография: без патологических изменений
2. Обследование на ВИЧ-инфекцию и сифилис: отрицательно.

**Дневник**

(10.03.2008г.). Жалобы на слабость, урчание в животе. 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 – 90 в минуту, АД – 100/70 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 кашицеобразный 3 раза в сутки.

(11.03.2008г.) Жалобы на слабость, недомогание, урчание в животе. 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 – 95 в минуту, АД – 100/70 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 кашицеобразный 2 раза в сутки.

(12.03.2008г.) 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 – 85 в минуту, АД – 110/75 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.

(13.03.2008г.) 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 – 80 в минуту, АД – 110/75 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен слабым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено. Стул в норме.

**Дифференциальный диагноз**

Данное заболевание нужно дифференцировать от гастроэнтеритического варианта гастроинтестинальной формы сальмонеллеза, пищевой токсикоинфекции, дизентериеподобного эшерихиоза.

Сравнивая данное заболевание с сальмонеллезом нужно обратить внимание на такие моменты: при гастроэнтеритическом варианте сальмонеллеза стул зловонный, пенистый, коричневого, темно-зеленого или желтого цвета, может терять каловый характер и напоминать рисовый отвар (у пациента стул кашицеобразный, коричневый, сохраняет каловый характер, имеет обычный запах); живот вздут (у пациента вздутия нет); при исследовании испражнений выделяется возбудитель из рода Salmonella.

Пищевая токсикоинфекция (ПТИ) также может протекать с клиникой гастроэнтерита, но ПТИ обладает кратковременным течением и эксплозивным характером. Пищевая токсикоинфекция часто не сопровождается повышением температуры и сильными болями (у пациента заболевание сопровождалось температурой 38,9°С и сильными ноющими болями в животе). Для ПТИ характерен групповой характер заболевания и связь с одним продуктом, чего не наблюдается в данном случае.

Относительно дизентериеподобного эшерихиоза можно сказать, что при этом заболевании интоксикационный синдром выражен незначительно и температура тела редко повышается более 38°С, тогда как у нашего пациента температура в первый же день поднялась до 38,9°С. Рвота при дизентериеподобном эшерихиозе бывает редко, а у больного рвота была более 5 раз в сутки. При бактериологическом исследовании испражнений выделяют патогенную E. Coli (у пациента ни чего не обнаруженно).

На основании всего вышеизложенного можно исключить у пациента наличие таких заболеваний как: гастроэнтеритический вариант гастроинтестинальной формы сальмонеллеза, пищевая токсикоинфекция, дизентериеподобный эшерихиоз.

**Обоснование клинического диагноза**

Клинический диагноз: Острый, инфекционный гастроэнтерит,(невыясненной этиологии) средней степени тяжести. Хронический гайморит, вне обострения. Хронический гастрит, вне обострения.

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 озноба и слабости, головной боли, повышения температуры тела и понижения давления. Появились боли в животе, тошнота, неединичная рвота, жидкий стул, императивные позывы на дефекацию), данные объективного исследования (обложенный белым налетом язык, болезненность в области эпигастрия) и лабораторных методов исследования (Лейкоцитоз (11.03.08.), в копрограмме: детрит: +, непереваримая клетчатка: +, переваримая клетчатка: +, измененные мышечные волокна +; лейкоцитурия) можно определить данное заболевание как острый инфекционный гастроэнтерит.

В патологический процесс вовлечены желудок и тонкий кишечник, что позволяет установить синдром: гастроэнтеритический.

По наличию таких проявлений как жидкий стул (около 5 раз), рвоты (более 5 раз в сутки) и повышение температуры тела до 38,9°С можно думать о средней степени тяжести.

Анамнестически выявлены сопутствующие заболевания: хронический гайморит, вне обострения; хронический гастрит, вне обострения.

**План лечения**

1. Показание к госпитализации: средняя степень тяжести;
2. Уменьшение воздействия раздражителей, полупостельное содержание, удлиненный физиологический сон;
3. Диета: стол №4 (химическое и механическое щажение желудочно-кишечного тракта);
4. Этиотропная терапия: препарат группы сульфаметоксазола:

Tab. «Bactrimum» Комбинированный препарат, содержащий два действующих вещества: сульфаниламидный препарат сульфаметоксазол и производное диаминопиримидина - триметоприм.

Rp. Tab. «Bactrimum» 0,1 № 30

S. По 2 таблетки 2 раз в день (утром и вечером после еды);

1. Патогенетическая терапия: регидратация (обильное питье) и дезинтоксикация (энтеросорбенты:

Rp. Poliphepani 50,0

D.t.d. № 10.

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

1. Витаминотерапия

Rp. Tab. «Dekamevitum» № 10

S. По 1 таблетке 2 раза в день после еды

**Профилактика**

Мероприятия, направленные на источник инфекции, включают в себя раннее выявление, обязательную регистрацию всех больных с острыми кишечными инфекциями и их лечение. Особое значение имеет своевременное распознавание стертых, субклинических форм ОКИ. Поиски источника инфекции осуществляются в очагах инфицирования, при плановом и внеплановом обследовании декретированных профессиональных групп, а также детских коллективов. В очаге инфицирования проводится текущая дезинфекция, а после госпитализации больного осуществляется заключительная дезинфекция. Реконвалесцентов выписывают после полного клинического выздоровления при отрицательных результатах бактериологического исследования. После выписки из больницы реконвалесценты подлежат диспансерному наблюдению в кабинете инфекционных заболеваний в поликлинике.

В профилактике ОКИ большое значение имеют санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи возбудителей: санитарный контроль над источниками водоснабжения, пищевыми предприятиями, проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

В отношении третьего звена эпидемического процесса, т.е. восприимчивых контингентов, меры направлены на повышение их неспецифической резистентности.

**Эпикриз выписной**

Больной: ФИО, 27 лет поступил на стационарное лечение «городская больница №5», инфекционное отделение 10.03.2008г., выписан 18.03.2008г. Заболел 07.03.2008г. остро с признаков интоксикации (озноб, слабость, головная боль, повышение температуры тела до 38,9°С) и симптомов поражения желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота более 5 раз в сутки; жидкий стул около 5 раз, коричневый, без примеси слизи и крови; императивные позывы на дефекацию).

Данные объективного обследования: Язык – сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области.

Данные дополнительного исследования:

ОАК: Лейкоцитоз.

ОАМ: наличие клеток эпителия и лейкоцитурия.

Биохимический анализ крови: без патологических изменений.

Бактериологический анализ кала на дизентерийную группу: отрицательный.

Копрограмма: нарушение пищеварения в тонком кишечнике.

Все эти обследования позволяют поставить диагноз: Острый инфекционный гастроэнтерит, невыясненной этиологии, средней степени тяжести, без осложнений.

В стационаре больной получал:

Бактрим 20 мг 2 раза в день, утром и вечером после еды – 7 дней;

Полифепан 1 столовая ложка 3 раза в день перед едой – 8 дней;

Декамевит 1 таб. 2 раза в день, утром и вечером после еды – 8 дней.

Лечение проводилось на фоне положительной динамики состояния больного.

Выписан после полного клинического выздоровления при отрицательных результатах бактериологического исследования. 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.
3. В период реконвалесценции для устранения кишечного дисбактериоза – колибактерин 2-4 недели.

**Прогноз**

Прогноз для жизни, здоровья и трудоспособности пациента благоприятный.

**Список используемой литературы**

1. Гранитов В.М., Орлов В.И., Никулина М.А. Схема клинической истории болезни и практические навыки по инфекционным болезням. – Барнаул, 2004. – 28 с.
2. Шувалова Е.П., Белозеров Е.С., Беляева Т.В., Змушко Е.И. Инфекционные болезни: Учеб. пособие для вузов. Под ред. Е.П. Шуваловой/Серия «Учебники и учебные пособия» - Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 2001. – 960 с.
3. Врачебное дело. – 1990. - №5.