***Кураторский лист***

*Клинический диагноз – ОКИ. Гастрит. Лёгкая форма*

***Anamnes morbi***

Первые симптомы заболевания появились 22.10.09 в 9 часов утра (1-ый день болезни). Проснувшись, мальчик почувствовал себя плохо: беспокоили интенсивные боли в эпигастрии, слабость, головная боль, отсутствие аппетита, тошнота. В 9.15 мальчика вырвало. Через 15 минут бабушка дала выпить больному стакан чая, сразу же рвота повторилась (рвотные массы зеленого оттенка, с горечью – желчью). В 10 часов бабушка вызвала скорую помощь. До приезда бригады (в 10.30) рвота повторилась дважды. Врачом скорой помощи был выявлен ацетон в моче на +++. В 11 часов мальчик был госпитализирован детскую инфекционную больницу.

* + Из анамнеза установлено (со слов бабушки): за день до болезни 21.10.09 в 21 часов мальчик съел 2 яйца всмятку.

***Эпиданамнез***

Контакт с инфекционными больными среди родственников, соседей, знакомых не было. В семье все здоровы. Контакта с инфекционными больными не было. В течение последнего месяца в семью больной никто не приезжал. Контакта с туберкулёзом не было. Яица кроме ребенка никто не употреблял.

***Anamnes vitae***

*1. Здоровье родителей и ближайших родственников:*

– матери 26 лет – здорова,

– отцу 28 лет – здоров,

– бабушке 50 лет – артериальная гипертензия,

*2. Внутриутробный период:*

Инфекционных заболеваний в течение беременности мать не переносила, лекарственные вещества не принимала. Профессиональных вредностей у родителей нет. Роды, срочные, самостоятельные.

*3. Период новорожденности:*

Мальчик родился от первой беременности, первых родов, доношенный.

– вес при рождении 4200 гр;

– рост 50 см

– закричал сразу

– родовых травм нет.

*4. Вскармливание:* к груди приложили через 30 минут,грудное вскармливание до 6 месяцев; все прикормы введены своевременно; аллергических реакций при введении прикорма не было.

*5. Психофизическое развитие ребенка:*

* голову держит с 2 месяцев
* сидит с 6 месяцев;
* начал ходить в 10 месяцев;
* начал говорить с 11 месяцев;

*6. Перенесённые заболевания:*

ОРВИ, ангина (осложнение-заглоточный абсцесс в 2008 году. Операция.). Травм не было.

*7. Профилактические прививки:* прививки по календарю.

*8. Медико-биологический анамнез:*

* семья состоит из 4-х человек, из них: 3-е – взрослые, 1 – ребенок;
* материально-бытовые условия удовлетворительные, проживают в отдельной 3-х комнатной благоустроенной квартире;
* прогулки: регулярно;
* сон: глубокий, продолжительность в среднем 8 часов;
* питание: питается нерегулярно (снижен аппетит)
* психологический микроклимат в семье благоприятный. Дружелюбная обстановка.

*9. Аллергический анамнез:*

Больной ранее принимал антибиотики по поводу ангины (название бабушка не помнит), терапия прошла эффективно, аллергических реакций не было.

Непереносимости лекарственных веществ, продуктов питания у больного и её родственников нет. Трансфузии крови, плазмы, гаммаглобулина не проводились.

***Данные объективного обследования***

**(5 день болезни. 5 день госпитализации, 1 день курации)**

**Общий вид больной:**

Общее состояние удовлетворительное: Самочувствие хорошее, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное. Сон спокойный, глубокий. Аппетит снижен.

**Температура тела: 36.6**

**Менингеальные симптомы:**

Ригидности затылочных мышц нет. Симптомы Кернига, Брудзинского отрицательные.

**Признаков нарушения микроциркуляции** (бледности, цианотичности кожных покровов нет)

**Кожные покровы:**

Кожа бледно-розового цвета, эластичная, нормальной влажности. Подкожных кровоизлияний, сухости, шелушения, сыпи нет. Сыпи нет.

**Слизистые оболочки:**

Видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета. Сыпи нет. Зев интактен. Небные дужки не гиперемированны; миндалины не увеличены, отёка и наложений нет. Язык чистый, влажный.

**Подкожная клетчатка** развита слабо, распределена равномерное. Отеков. пастозности не выявлено.

**Лимфатически узлы:** При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. Подбородочные, переднешейные, заднешейные, затылочные, подключичные, подмышечные, локтевые, грудные, паховые, забрюшинные не прощупываются. Подчелюстные лимфоузлы пальпируются величиной с горошину, округлой формы, эластичной консистенции, не спаяны друг с другом и окружающими тканями, безболезненные.

**Мышцы, степень развития мускулатуры** – нормальная, тонус – снижен. Болезненности при ощупывании мышц не возникает. Силы мышц соответствует возрасту.

**Кости и суставы** нормальной конфигурации, не деформированы, при пальпации безболезненны. Ограничения подвижности не наблюдается, пассивные и активные движения свободные, в полном объёме.

**Носовое дыхание** свободное, через нос. Отделяемого из носа нет. Кашля нет.

Грудная клетка конической формы (нормостеническая), симметричная. Движение обеих половин грудной клетки при дыхании равномерное, симметричное. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Тип дыхания брюшной. Число дыханий в минуту 21.

Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная.

Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. На ощупь трение плевры не определятся.

*При сравнительной перкуссии* в симметричных участках определяется ясный легочный звук над всей грудной клеткой, очаговых изменений перкуторного звука не выявлено.

Аускультативно ыхание переходное. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются.

**Аускультация сердца.** Тоны сердца чистые, ясные, ритм правильный. Раздвоения или расщепления тонов сердца не выявлено. Частота сердечных сокращений 110 ударов в минуту. Шумов нет.

Пульс симметричный, ритм правильный, обычного напряжения и наполнения. Форма (скорость) пульса не изменена. Частота 110 ударов в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый.

**Живот** нормальной формы, симметричен. Вздутие живота не наблюдается. Перистальтические движения не видны. Пупок втянутый. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Грыжи не выявлены. Мышцы живота участвуют в дыхании.

Поверхностная ориентировочная пальпация: напряжения мышц переднй брюшной стенки, болезненности не выявлено; симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный.

Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову – Стражеско.

Пальпируются все отделы толстой кишки, кроме прямой и аппендикса.

* Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого плотноватого цилиндра толщиной 1 см, безболезненная, урчит.
* Слепая кишка прощупывается в виде умеренно напряженного цилиндра диаметром 1 см, безболезненна, не урчит.
* Восходящая ободочная и нисходящая ободочная кишки не утолщены, диаметром 1 см, не урчат, безболезненные.
* Поперечная часть ободочной кишки пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 1 см на один сантиметр выше пупка, подвижна, безболезненна, не урчит.

Перкуссия. При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено. При аускультации живота определяется активная перистальтика кишечника.

**Исследование печени:**

При пальпации печень плотно-эластичной консистенции, гладкая, безболезненная, край острый, расположен на 1 см ниже края реберной дуги.

Перкуторное определение размеров печени по Курлову.

По правой среднеключичной линии – 8 см;

По передней срединной линии – 6 см;

По краю реберной дуги – 5 см.

Исследование селезенки

Селезенка не пальпируется. Перкуторно не увеличена

Стул (со слов бабушки) ежедневный, оформленный. Изменения консистенции стула, примесей с момента начала заболевания не было.

**Почки** бимануально не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание не нарушено. Жидкость пьёт-усваивает. Диурез адекватен введённой жидкости.

***Клинический диагноз***

* *ОКИ. Гастрит. Лёгкая форма*

***Данные лабораторных исследований:***

*Общий анализ крови 22.10.09*

эритроциты – 4,3\*1012 /л

Hb – 128 г./л

Цветной показатель – 0.86

лейкоциты – 10.5\*109 /л

Палочкоядерные нейтрофилы – 0%

сегментоядерные – 65%

эозинофилы – 1%

лимфоциты – 34%

моноциты -0%

СОЭ – 2 мм/ч

Заключение: Лейкоцитоз.

*Биохимический анализ 23.10.09*

Глюкоза 4.91 мкмоль\л Мочевина 4.02

Заключение: норма

*Анализ мочи: 23.10.09*

цвет соломено-желтый

Прозрачная

Удельный вес 1.025

белок –

глюкоза –

эпителий плоский 1–2

Заключение: норма

23.10.09 Яйца остриц не обнаружены

***Дифференциальная диагностика***

* *Шигеллёз (бактериальная дизентерия).*

У пациента отсутствует симптоматика, характерная для шигеллёза:

1) колитический синдром (схваткообразные боли в гипогастрии и левой подвздошной области, тенезмы, спазмированная болезненная и урчащая сигмовидная кишка, частый скудный стул с примесью слизи, крови по типу «ректального плевка»)

2) острое начало: резкое повышение температуры, выраженные симптомы интоксикации.

* *Эшерихиоз*

Симптоматика кишечных расстройств, вызванных кишечной палочкой определяется особенностями серовара:

– ЭПКП вызывают развитие воспалительного процесса преимущественно в тонком кишечнике (энтерит), либо в тонком и толстом кишечнике (энтероколит).

– ЭИКП формируют симптоматику, сходную с шигеллёзом (преимущественно дистальный колит).

– ЭТКП вызывают развитие холероподобных (энтеретических) форм кишечных инфекций.

– ЭГКП – острый геморрагический колит., тромбоцитопеническая пурпура, гемолитическая анемия, острая почечная недостаточность.

– ЭАКП формирует клинику, соответствующую симптомокомплексу сравнительно нетяжело протекающего шигеллёза.

Таким образом, ведущим симптомом является поражение тонкого (энтерит), и/ или толстого кишечника, что также не характерно для пациента.

* *Сальмонелиоз*

Наиболее вероятным возбудителем заболевания пациента является S.thiphimurium. У детей старше 3 лет заболевание чаще протекает по типу пищевой токсикоинфекции (в том числе с изолированным явлением гастрита (боли в эпигастрии, многократная рвота) – как у нашего больного). Характерный эпиданамнез: употребление в пищу инфицированных продуктов (мясо, молоко, яица) за несколько часов до начала заболевания – пациент за 11 часов до начала заболевания съел 2 яйца всмятку.

***Обоснование диагноза***

*1) ОКИ:* заболевание инфекционной природы с фекально-оральным механизмом передачи, с характерными клиническими проявлениями в виде дисфункции желудочно-кишечного тракта и симптомокомплексом внекишечных проявлений (слабость, головная боль, отсутствие аппетита)

*2) Гастрит:* из анамнеза установлено – в начале заболевания пациента беспокоили интенсивные боли в эпигастрии, тошнота, многократная рвота.

*3) Легкая степень тяжести:*

отсутствие лихорадки (Т=36.8), судорог, нейротоксикоза, дисфункции кишечника, септического компонента.

***Дневник 26.10.09 (****5 день болезни, 5 день госпитализации, 1 день курации****).***

|  |  |
| --- | --- |
| ДАТА | ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ |
| 26.10.09 ПУЛЬС110  ЧДД 21 Т 36.6 | СОСТОЯНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ,  КОЖА ЧИСТАЯ, УМЕРЕННО ВЛАЖНАЯ,  НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ СВОБОДНОЕ,  ЗЕВ ИНТАКТЕН,  ЯЗЫК ЧИСТЫЙ, ВЛАЖНЫЙ,  В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ ПРОВОДИТСЯ ПО ВСЕМ ПОЛЯМ,  ХРИПОВ НЕТ  ТОНЫ СЕРДЦА ЯСНЫЕ РИТМИЧНЫЕ,  ЖИВОТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ МЯГКИЙ БЕЗБОЛЕЗНЕННЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОТПРАВЛЕНИЕ НЕ НАРУШЕНЫ. ЖАЛОБ НЕТ. |

***Лечение***

1. Оральная регидратация: регидрон (поить по 1 чайной ложке каждые 2 минуты)
2. Ферментные препараты: Креон 1т \*3 р.д
3. КИП (комплексный иммунный препарат)

гастрит инфекция кишечный диагноз

**Рекомендации**

Соблюдение правил личной гигиены,

употребление в пищу достаточно термически обработанных пищевых продуктов (мясо, молоко, яйца)