***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 ПУЛЬС110ЧДД 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 НЕТТОНЫ 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)