# Официальные данные

**ФИО больного:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата поступления:**25.10.2005 (130)

**Возраст:**1 год 8 месяцев

**Дата рождения:** 08.02.2004

**Место жительства, адрес**: г. Томск

**Организованность:** ДДУ не посещает

**Данные о родителях:**

***Мать:***\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, 30 лет, не работает (отпуск по уходу за ребёнком).

***Отец:***\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, 35 лет, лётчик.

**Диагноз направившего учреждения:** Инфекционный гастроэнтерит.

**Диагноз клинический:**

***Основное заболевание:*** Острый инфекционный гастроэнтерит (УПМ?) средней степени тяжести;

***Сопутствующие заболевания:***Железодефицитная анемия I степени.

# АНАМНЕЗ

### Жалобы, предъявляемые при поступлении:

1. Рвота.
2. Диарея.
3. Повышение температуры, недомогание, беспокойство, отказ от еды и питья.

### Анамнез настоящего заболевания:

Со слов матери заболела остро, утром 24.10.2005, когда после завтрака появилась рвота. Днём ребёнок отказывался от еды, но пил брусничный морс. В целом состояние было удовлетворительное. Вечером после ужина (сок, варёная сосиска) снова появилась рвота. В 2000 был стул: жидкий, светло-коричневый, с неприятным сильным запахом, с зеленоватыми включениями, в большом количестве. Через час стул повторился, но в меньшем количестве. Больная стала отказываться от питья. В 100 снова появилась рвота, поднялась температура до 38°С. В порядке скорой помощи ребёнок доставлен в детскую инфекционную больницу им. Сибирцева с диагнозом острого гастроэнтерита.

Утром 25.10 был стул: жидкий, с зеленоватыми включениями. При позывах к дефекации ребёнок беспокоится, плачет.

### Эпидемиологический анамнез:

Живет в благоустроенном частном доме, в семье 3 человека.

За день до заболевания вступала в контакт с бабушкой, у которой несколько дней назад наблюдалось расстройство стула, неприятные ощущения в животе (связывала с употреблением недоброкачественной пищи на работе). Тогда же на прогулке со слов отца пациентка брала в рот поднятые с земли предметы.

### Анамнез жизни

Пациентка родилась 02.2004 в городе Томске от второй беременности, роды первые. Срок беременности 37 недель, роды протекали нормально. Масса при рождении – 2850 г, рост – 51 см. Период новорождённости протекал нормально.

Вскармливание искусственное в связи с отсутствием молока у матери. До 5 месяцев вскармливали молочной смесью «Тетела», с 5 месяцев - «Нан – кисломолочный», бифидокефир. Расширения рациона и прикорме введены по графику. Аппетит плохой.

Речевое развитие соответствовало возрасту. В настоящее время отчётливо произносит около 10 слов, понимает обращённую речь. Развитие двигательной функции задерживалось: ходить начала только в год и 5 месяцев. По этому поводу лечилась у невропатолога (инъекции кортексина, витамина В12 , массаж, физиотерапия). В настоящий момент ходит неуверенно, держится за руку взрослого. Физическое развитие отставало от возрастной норме: в настоящий момент весит 10,5 кг, что соответствует возрасту 1-го года. Зубы прорезывались соответственно норме ( 1-й – в 5,5 месяцев, далее – по 1 зубу в месяц).

Со слов матери проявлений рахита, спазмофилии, диатеза не отмечалось.

2-3 раза переболела ОРЗ лёгкого течения (насморк). В 3 месяца после посещения бассейна заболела катаральным отитом лёгкой степени. После лечения симптомы болезни исчезли бесследно.

В 2 месяца был поставлен диагноз дисбиоза кишечника. Ребёнок принимал бифидобактерин и др.).

### Аллергологический анамнез:

Со слов матери аллергических реакций на пищевые, бытовые и растительные аллергены, лекарственные средства не наблюдалось.

### Семейный анамнез:

*Мать:* \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, 30 лет, не работает (отпуск по уходу за ребёнком).

*Отец:*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, 35 лет, лётчик.

Заработная плата отца удовлетворительная.

Ребёнок в семье один.

Семья проживает в благоустроенной квартире.

Правила гигиены в семье соблюдают: ребёнок пьёт только кипячёную воду, все продукты термически обрабатываются, фрукты и овощи моются с мылом. Ребёнок имеет собственные вещи, кровать. Режим жизни соответствует нормам. Рекомендации участкового педиатра мать выполняет в точности.

Детское учреждение пациентка не посещает в связи с возрастом. Воспитывается дома матерью. С другими детьми близко не контактирует.

### Прививки:

1-е 12 часов – 1 вакцинация против гепатита В.

В роддоме: БЦЖ.

1 месяц – 2 вакцинация против гепатита В.

3 месяца – 1 вакцинация АКДС, полиомиелита.

4,5 месяца – 2 вакцинация АКДС, полиомиелита.

6 месяцев – 3 вакцинация АКДС, полиомиелита; 3 вакцинация против гепатита В.

12 месяцев – 1 вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита.

18 месяцев – 1 ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита.

Прививки переносила хорошо. Одна из прививок была отсрочена на 2 недели в связи с появлением насморка.Объективное исследование

## Общее состояние:

***Состояние:*** удовлетворительное

***Положение:***  активное

***Сознание:*** ясное

***Выражение лица:*** спокойное.

***Поведение ребёнка при осмотре:*** плачет при приближении врача.

## Внешний осмотр:

***Телосложение:*** правильное, астенического типа, пониженного питания. Признаков грубых генетических отклонений не выявлено.

***Кожа:*** Кожные покровы бледной окраски, сухие, тёплые. Параорбитальный цианоз. Тургор тканей сохранен. Высыпаний нет. Геморрагического синдрома нет.

***Видимые слизистые оболочки:*** Видимые слизистые оболочки, гладкие, блестящие, влажные, чистые, высыпаний нет. Склеры белые. Зев и задняя стенка глотки незначительно гиперемированы.

***Подкожно-жировой слой:*** развит недостаточно, распределён равномерно. Отёков и уплотнений нет.

***Лимфатические узлы****:* При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. Подчелюстные, затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

***Щитовидная железа:*** Визуально не определяется. Пальпацию произвести не удалось.

***Костная система****:* Видимых деформаций со стороны костного скелета нет. Череп правильной формы, роднички закрыты. Зубная формула соответствует возрасту (16 зубов). Грудная клетка симметричная, астенического типа. Форма позвоночника правильная. Конечности пропорциональные. Пальпация костей безболезненна.

***Суставы:*** Видимых деформаций суставов нет, активные и пассивные движения выполняются в полном объеме, движения безболезненные. Припухлости и повышения температуры в области суставов нет.

***Мышечная система:*** Развита в слабой степени, одинаково на симметричных участках тела. Тонус сохранен, болезненности при пальпации не отмечается. Судороги и мышечные подёргивания отсутствуют.

## Объективное исследование по органам:

### Дыхательный аппарат:

Проходимость верхних дыхательных путей сохранена. Тип дыхания смешанный. Дыхание спокойное, ритмичное, одинаковой глубины. ЧДД – 25 в минуту. Одышки не наблюдается.

Грудная клетка конической формы, эластична, обе половины симметрично участвуют в акте дыхания,вспомогательная мускулатура в акте дыхания участия не принимает.

Болевые точки не определяются. Голосовое дрожание над симметричными отделами грудной клетки одинаковое.

Перкуторный звук лёгочный, при сравнительной перкуссии над передними, задними и боковыми отделами лёгких в симметричных участках звук одинаковый. Гамма звучности сохранена.

При аускультации над передними, боковыми и задними отделами грудной клетки дыхание пуэрильное. Побочных дыхательных шумов не обнаружено.

### Органы кровообращения:

Деформаций и выпячиваний в области сердца не обнаружено. Видимой пульсации в яремной ямке, эпигастральной области нет.

Ритм правильный. Выслушиваемые тоны сердца ясные, ритмичные. Патологических шумов нет. ЧСС – 124 в минуту.

Пульс на правой и левой лучевых артериях одинаковый, ритмичный удовлетворительного напряжения, наполнения. Частота 124 удара в минуту. Артериальное давление 120\80 mmHg. Венозный и капиллярный пульс отсутствует.

### Желудочно – кишечный тракт:

**Полость рта:** Зубная формула соответствует возрасту. Слизистая оболочка ротовой полости гладкая, розового цвета, без высыпаний и пигментации. Дёсны розового цвета, не кровоточат, не разрыхлены, безболезненны. Язык не увеличен, влажный, корень языка обложен беловатым налётом.

**Осмотр живота***:* Живот симметричный, слегка запавший. При попытке пропальпировать ребёнок плачет, появляется видимое напряжение передней брюшной стенки. Со слов матери определяется урчание в околопупочной области, пальпация подвздошных областей безболезненна. Анус не зияет.

**Стул:** Со слов матери последний стул был кашицеобразный, зеленовато-жёлтый, без патологических примесей, однородный.

### Нервная система:

Эмоциональное состояние неуравновешенное в связи с помещением в клинику: частые перепады настроения, плач и т.п. На появление врача реагирует отрицательно, но просьбы матери совершить простые действия выполняет.

На слуховые и зрительные раздражители реагирует. Вкусы и запахи со слов матери различает.

Зрачки правильной формы, равномерные, реагируют на свет. Содружественное движение глазных яблок сохранено. Лицо симметрично. Внешних признаков мышечных атрофий нет. Рефлексы проверить не удалось в связи с эмоциональным состоянием ребёнка и отсутствием необходимости.

Лабораторные исследования

### Общий анализ крови (25.10.05):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Значение | Норма |
| Гемоглобин г/л | 107 | 110-130 |
| Эритроциты 1012 | 3,74 | 4,5-5,1 |
| Лейкоциты 103 | 5,5 | 4 - 8 |
| Палочкоядерные % | 8 | 1 – 6 |
| Сегментоядерные % | 44 | Около 35 |
| Лимфоциты % | 36 | Около 50 |
| Эозинофилы % | 0 | 0,5-5 |
| Моноциты % | 12 | 3 – 11 |
| СОЭ мм/час | 9 | менее 15 |

***Заключение:*** относительный нейтрофилез, т.к. в этом возрасте нейтрофилов должно быть меньше, чем лимфоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево – признаки бактериальной инфекции; анемия Iст. (для детей до 5 лет границы: 110-90 г/л).

### Биохимический анализ крови (25.10.05):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Значение | Норма |
| Общий белок, г/л  | 68 | 60 - 80 |
| Биллирубин общий/прямой | 7,4 | 8,55 – 20,5 мкмоль/л |
| α-амилаза | 22,3 | 16 - 32 |
| Тимоловая проба | 2,09 | до 5 Ед |
| АСТ | 40 | 7 - 40 Ед/л |
| АЛТ | 27 |

***Заключение:*** Без отклонений от нормы.

### Общий анализ мочи (25.10.05):

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Цвет  | соломенно-желтая |
| Прозрачность  | прозрачная |
| Реакция | 5,0 |
| Глюкоза, ммоль/л | отр. |
| Белок, г\л | отр. |
| Кетоновые тела | +++ |
| Плоский эпителий | 1-2 в поле зрения |
| Переходный эпителий | единичный в полях зрения |
| Лейкоциты | 1-3-2 в полях зрения |
| Эритроциты | 0-1-1 в полях зрения |
| Соли | оксалаты + |
| Бактерии | отр. |

***Заключение:*** Наличие кетоновых тел может свидетельствовать о кетоацидозе. Рекомендуется провести исследование сахара крови, электролитного состава крови. Кислотность мочи также говорит в пользу ацидоза.

Копрограмма (25.10.05):

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Форма | не оформлен |
| Консистенция | мягкая |
| Цвет | коричневый |
| Соединительная ткань | – |
| Мышечные волокна | – |
| Нейтральный жир | + |
| Жирные кислоты | – |
| Мыла | – |
| Неперевариваемая клетчатка | + |
| Перевариваемая клетчатка | + |
| Крахмал | + |
| Слизь | + |
| Лейкоциты | единичные в полях зрения |
| Эритроциты | – |
| Эпителий | – |
| Простейшие | – |
| Яйца глист | – |

***Заключение:*** Амилорея, стеаторея, наличие целлюлозы в кале указывают на наличие поражения преимущественно тонкого кишечника (секреторная диарея).

# Дневник курации

| число | температура | состояние | назначения |
| --- | --- | --- | --- |
| утром | вечером |
| 25.10.05 | 36,6 | 37,9 | см. обьективный статус | Стол № 4.Режим постельный.Гентамицин 15 мг внутримы­шечно 2 раза в день.Новокаин 0,25% по 1 чайной ложке 3 раза в день.Обильное питьё. |
| 26.10.05 | 36,4 | 37,7 | Жалобы те же. Объективный ста­тус тот же. Стул кашицеоб­разный, однородный зеленовато-жёлтый, патологических приме­сей нет, 1 раз. Мочеиспускание 5 раз (около 600 мл). |

Обоснование диагноза

Диагноз поставлен на основании:

- жалоб на понос, рвоту, ухудшение самочувствия, подъём температуры тела;

- анамнеза развития заболевания: острое начало, рвота, связанная с приёмом пищи, наличие жидкого, светло-коричневого стула, с неприятным сильным запахом, с зеленоватыми включениями, в большом количестве;

- эпидемиологического анамнеза: наличие нарушений стула у бабушки;

- анамнеза жизни: искусственное вскармливание, дисбиоз кишечника;

- объективного обследования: беспокойство, болезненность и урчание в околопупочной области;

- лабораторных данных: при ОАК – относительный нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево; в копрограмме – стеаторея, амилорея, наличие слизи и непереваренной клетчатки.

Можно выделить следующие синдромы:

- интоксикационный: температура, слабость, беспокойство, нарушение функции почек (кетонурия, ацидурия);

- синдром бактериального воспаления: нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево;

- секреторная диарея: наличие непереваренных остатков пищи в копрограмме, урчание и болезненность в области пупка;

- желудочная диспепсия: рвота, связанная с приёмом пищи.

Степень тяжести определяется общим состоянием (страдает незначительно), степенью подъёма температуры (не выше 38ºС), отсутствием токсикоза и эксикоза, наличием диареи (стул до 3 раз в день, но жидкий), болевого синдрома.

Для установления этиологического фактора необходимо провести бактериальное исследование кала. Однако по клинической картине можно исключить такие заболевания как:

- дизентерия (отсутствие тенезмов, колита, нечастый стул);

- сальмонеллёз (не характерен гастроэнтерит – чаще у детей старше 3 лет, не столь выражен синдром интоксикации);

- холера (отсутствие эпидемиологического анамнеза, характерного стула в виде рисового отвара и мясных помоев);

- вирусные энтериты (наличие нейтрофильного лейкоцитоза, а не лимфоцитоза или лимфопении).

Возраст, повышенный риск дисбиоза кишечника позволяют предположить условно-патогенную микрофлору в качестве этиологического фактора.

**Диагноз клинический:**

***Основное заболевание:*** Острый инфекционный гастроэнтерит (УПМ?) средней степени тяжести;

***Сопутствующие заболевания:*** Железодефицитная анемия I степени.

# лечение

### Режим

Госпитализация в инфекционное отделение. Постельный режим на период лихорадки + 3 дня. Далее – палатный.

### Диета

Полноценное питание, богатое витаминами. Механическое щажение. Исключение раздражающей пищи, облигатных аллергенов, трудноусвояемых углеводов (соки, фрукты, кроме бананов, мякоти зелёных яблок, овощи, кроме морковного сока), продуктов, способных вызвать брожение и гниение (молоко, мучные изделия). Предпочтительнее варёная и протёртая пища(стол №4). Постепенно при отсутствии выраженных нарушений со стороны ЖКТ можно перейти на менее строгую диету (№№ 4Б, 4В). В период реконвалесценции можно добавлять продукты, способствующие восстановлению нормальной микрофлоры (кисломолочные, бифидокефир).

### Этиотропная терапия.

Пациентке показан антибиотик, т.к. имеет место средняя степень секреторной диареи. Поскольку возбудитель неизвестен, целесообразно применять антибиотик широкого спектра действия.

Согласно схеме лечения следует назначить гентамицина сульфат по 15 мг внутримышечно 2 раза в сутки (3 мг×10 кг/на 2 приёма).

### Патогенетическая терапия

Показана оральная регидратация, т.к. нет выраженного эксикоза. Рекомендуется обильное питьё, приём солевых растворов.

### Симптоматическая терапия

Наиболее целесообразно принимать внутрь раствор новокаина, т.к. он обладает спазмолитическим действием и удобной лекарственной формой (по 1 чайной ложке 3 раза в день).

### Общеукрепляющая терапия

Поливитамины внутрь, особенно показан вит.С.

### Ферментотерапия

Не показана, т.к. синдром мальдигестии не выражен.

### Биопрепараты

Показаны на втором этапе лечения (после стихания острой инфекции), т.к. сам факт возникновения ОКИ свидетельствует о дисбиозе кишечника. Рекомендуются бифидумбактерин, лактобактерин и др.

### Рекомендации

После выписки из стационара рекомендуется проводить профилактику дисбиоза кишечника (полноценное питание, бифидумбактерин и др.), а также осуществлять общеукрепляющую терапию (поливитамины курсами, общеукрепляющие физиопроцедуры, закаливание и др.). Обязательно соблюдение правил гигиены для профилактики нового заражения.

# Эпикриз

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 1 год 8 месяцев поступила 25.10.2005 (130) с диагнозом инфекционного гастроэнтерита.

Жалобы, предъявляемые при поступлении: на рвоту, диарею, повышение температуры, недомогание, беспокойство, отказ от еды и питья.

Анамнез настоящего заболевания: заболела остро, утром 24.10.2005, когда после завтрака появилась рвота. Днём ребёнок отказывался от еды, но пил брусничный морс. В целом состояние было удовлетворительное. Вечером после ужина (сок, варёная сосиска) снова появилась рвота. В 2000 был стул: жидкий, светло-коричневый, с неприятным сильным запахом, с зеленоватыми включениями, в большом количестве. Через час стул повторился, но в меньшем количестве. Больная стала отказываться от питья. В 100 снова появилась рвота, поднялась температура до 38°С. В порядке скорой помощи ребёнок доставлен в детскую инфекционную больницу им. Сибирцева.

Эпидемиологический анамнез: за день до заболевания вступала в контакт с бабушкой, у которой несколько дней назад наблюдалось расстройство стула.

Анамнез жизни: с рождения находилась на искусственном вскармливании, в 2 месяца лечилась от дисбиоза кишечника.

Пациентка осмотрена дежурным врачом, ей проведены лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, БАК, копрограмма, исследование кала на микрофлору[[1]](#footnote-1).

Диагноз поставлен на основании:

- жалоб на понос, рвоту, ухудшение самочувствия, подъём температуры тела;

- анамнеза развития заболевания: острое начало, рвота, связанная с приёмом пищи, наличие жидкого, светло-коричневого стула, с неприятным сильным запахом, с зеленоватыми включениями, в большом количестве;

- эпидемиологического анамнеза: наличие нарушений стула у бабушки;

- анамнеза жизни: искусственное вскармливание, дисбиоз кишечника;

- объективного обследования: беспокойство, болезненность и урчание в околопупочной области;

- лабораторных данных: при ОАК – относительный нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево; в копрограмме – стеаторея, амилорея, наличие слизи и непереваренной клетчатки.

Основное заболевание:Острый инфекционный гастроэнтерит (УПМ?) средней степени тяжести;

 Сопутствующие заболевания: Железодефицитная анемия I степени.

Назначено лечение:

Режим постельный, диета №4.

Гентамицин по 15 мг внутримышечно 2 раза в день.

Обильное питьё.

Новокаин 0,25% по 1 чайной ложке 3 раза в день.

За период курации состояние больной существенно не изменилось: жалобы и объективный статус те же, температура субфебрильная, стул жидкий 3 раза в день, мочеиспускание 5 раз в день, безболезненное. Лечение переносит удовлетворительно.

Прогноз благоприятный: полное выздоровление.

Рекомендуется лечение и профилактика дисбиоза кишечника (полноценное питание, биопрепараты), общеукрепляющая терапия (витаминотерапия, физиотерапия).

1. На момент курации результат получен не был. [↑](#footnote-ref-1)