Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра детских инфекционных болезней

Зав. кафедрой: проф. Оберт А.С.

Преподаватель: Зиновьева Л.И. Куратор: студентка 532 группы

Рожкова О.А.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Больной: ФИО, 10 месяцев**

**Клинический диагноз: Инфекционный энтероколит, средней степени тяжести. Токсикоз с эксикозом I степени. Фолликулярная ангина.**

**Сопутствующий: ПП ЦНС, восстановительный период**

Начало курации: 28.05.07

Окончание курации: 31.05.07

Барнаул, 2007 год

1. **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

ФИО больного:

Дата рождения: 04 августа 2006 года

Пол: мужской

Возраст: 10 месяцев

Домашний адрес:

Дата настоящего заболевания: 25. 05.07

Дата обращения к врачу: 28.05.07

Дата госпитализации: 28. 05.07г 0555

Дата выписки:

Дата начала курации: 28. 05.07

Дата окончания курации: 31.05.07

Диагноз при поступлении: инфекционный энтерит. Фолликулярная ангина.

Диагноз клинический: Инфекционный энтероколит, средней степени тяжести. Фолликулярная ангина.

Сопутствующий: ПП ЦНС, восстановительный период

1. **ЖАЛОБЫ**

Со слов мамы: у ребенка отмечается слабость, сонливость, капризность, снижение аппетита, заложенность носа, повышение температуры тела, жидкий стул. Детализация жалоб: Температура тела повышается до 380С. Стул учащен до 3-4 раз в день, жидкий, желтого цвета, имеет кислый запах.

1. **АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Мама считает ребенка больным с 25. 05.07 (около 3х суток), когда вечером появился жидкий стул, калового характера, желтого цвета, с кислым запахом, повысилась температура до 37,90С. Ребенку дали Нурофен, температура снизилась до 37,30С. Ночью ребенок спал спокойно. На следующий день стул был 3 раза с теми же характеристиками, температура не повышалась, самочувствие ребенка не страдало. На третий день заболевания у ребенка появился насморк, он отказывался от еды, стул жидкий кашицеобразной консистенции 3 раза в сутки, желто-коричневого цвета, появилась слабость. В лечении: Назол-бэби, Анаферон 1/2х4раза, Гексорал х3раза. К вечеру того же дня температура повысилась до 38,80С, дали Нурофен, температура снизилась до 37,50С, но через 3 часа поднялась вновь. В 05 часов мама вызвала бригаду скорой помощи, которая доставила ребенка в детское инфекционное отделение городской больницы №12. В приемном покое был поставлен диагноз: инфекционный энтерит. Фолликулярная ангина. Температура в момент осмотра в приемном покое 37,80С. В течение 3 часов, проведенных в стационаре, стул был 1 раз, разжиженный, желтого цвета, с кислым запахом.

1. **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Ребенок проживает в благоустроенной квартире в полной семье, санитарно-эпидемическая обстановка в семье благополучная, соблюдение санитарно-гигиенических навыков постоянно выполняется. Для питания ребенка используют продукты детского питания из магазина, воду ребенок пьет кипяченую. Контакты с инфекционными больными мама отрицает. Животных в доме нет. За пределы города не выезжали.

Пищевой анамнез: Каша «Хайка» пшенично-овсяная, сок яблоко-слива для детского питания, суп овощной с вермишелью свежесваренный, мясное пюре, фруктовое пюре «Бабушкино лукошко».

Контакт с эктопаразитами (вши, блохи, комары), а также присасывание клеща отрицает.

1. **АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Больной, ФИО, родился 04 августа 2006 года в благоустроенной семье, первым ребенком, от первой беременности. Роды срочные в 40 недель, путем кесарева сечения. При рождении масса 3900г, длина 54см, окружность головы 34см, окружность груди 33см, большой родничок 1х1см, закричал после санации ВДП, реанимационных мероприятий. По шкале Апгар 5-6 баллов. Обвитие пуповины вокруг плеча и шеи. Пуповинный остаток удален хирургически на 2й день, ранка сухая, узкая. Вакцинация: гепатит В, БЦЖ в роддоме.

Переведен из роддома на 7 день в детскую больницу №7, с диагнозом: ПП ЦНС гипоксически-ишемического генеза. Со слов мамы бало кровоизлияние в головной мозг. Группы риска: III, IV, V, группа здоровья IIБ.

Сейчас состоят на Д-учете у невролога, лечение получает.

В 3 месяца проведено бужирование левого носослезного канала по поводу стеноза.

Период новорожденности проходил без осложнений. Вскармливание до 8 месяцев естественное, затем искусственное. С 4 месяцев получал соки (яблоко, абрикос), с 4,5 - фруктовое пюре (яблоко, груша, абрикос). С 5 месяцев – овощные каши (картофель, Фрутолино). В 5,5 месяцев каши (овсяная, гречневая, рисовая).

Режим питания в настоящее время 5-разовое, полноценное, разнообразное, соблюдается механическое и химическое щажение.

Зубы: прорезались с 6мес на нижней челюсти, с 8мес на верхней челюсти, сейчас 7 зубов.

Профилактика рахита: получал витамин Д-2 по 500МЕ с 3,5 месяцев до настоящего времени, с перерывом на летние месяцы.

Профилактические прививки: сдвинуты на 3 месяца, после разрешения невролога.

В родильном доме - гепатит В, БЦЖ

4 месяц - гепатит В;

6 месяц – АКДС, полиомиелит;

7 месяц – АКДС, полиомиелит

8 месяц – АКДС, полиомиелит;

9 месяцев - гепатит В;

Реакции на прививки: на третью АКДС повышение температуры до 37,60С, больше реакций не было.

Острыми респираторными заболеваниями белел 3 раза. Наличие в семье и у родственников туберкулеза, сифилиса, алкоголизма, нервно-психических заболеваний отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

1. **НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ**

Общее состояние ребенка средней степени тяжести, активный, сознание ясное, выражение лица обычное. Телосложение пропорциональное. Рост 74 см, масса тела – 11200г. Питание повышенное. Температура тела 37,30С.

Кожные покровы бледно-розового цвета, очагов пигментации и депигментации, сосудистых звездочек, расчесов, рубцов, геморрагий при осмотре не обнаружено. Кожные покровы суховатые, эластичность и тургор сохранены; температура, влажность кожи на симметричных участках тела одинаковая. Форма и структура ногтей не изменена.

Подкожная жировая клетчатка развита хорошо, наибольшее отложение жира отмечается на передней брюшной стенке, бедрах. Периферических отеков не обнаружено. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон, размером 1х1 (слева) и 1,5х1,5см (справа), подвижные, поверхность ровная, при пальпации ребенок беспокоится.

Голова овальной формы, положение головы прямое, симптом Мюссе отрицательный, большой родничок 0,5х0,5см, не западает. Шея прямая. Конфигурация суставов не изменена, суставы симметричные. Изменения окраски кожи над суставами не определяется. Мышцы развиты в пределах физиологической нормы, тонус и сила сохранены, при пальпации безболезненны; уплотнений при пальпации мышц не выявлено. Деформации суставов и искривления костей не выявлено. Амплитуда движений (активных и пассивных) в суставах не снижена, находится в пределах физиологической нормы, движения безболезненные, суставные шумы не определяются.

Органы дыхания. Частота дыхательных движений – 33/мин; дыхание ритмичное, тип дыхания смешанный. Дыхание через нос затруднено, имеются слизистые выделения. Нос прямой, крылья не участвуют в акте дыхания. Слизистые ротоглотки и миндалин ярко гиперемированы, суховатые.

Наблюдается увеличение миндалин 1 степени, фолликулы заполнены зеленовато-желтым содержимым. Изъязвлений не отмечается. Явлений стеноза гортани нет. Выраженная инфильтрация дужек и язычка.

 Грудная клетка нормостенической формы, симметричная, равномерно участвует в акте дыхания, ригидности не обнаружено. Экскурсия грудной клетки 4 см. Голосовое дрожание проводится одинаково в симметричных участках грудной клетки.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки перкуторный звук одинаковый по тембру, ясный легочный.

Границы легких и подвижность нижнего легочного краяв пределах возрастной нормы.

При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание во всех точках аускультации, хрипов нет. Крепитации и шума трения плевры не выявлено. Бронхофония в симметричных областях проводится равномерно.

Органы кровообращения. Дефигураций в области сердца не определяется. В области сердца и внесердечной области патологических пульсаций не обнаружено. Визуально верхушечный толчок не определяется.

При пальпации верхушечный толчок пальпируется в V межреберье на 0,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии, имеет площадь 1 см2, высокий, сильный. В области верхушки и на основании сердца систолического и диастолического дрожания нет. Аорта в яремной ямке не пальпируется. Пульс синхронный на обеих руках, частота 150 в минуту, ритмичный, умеренного наполнения и напряжения.

Границы сердца в пределах возрастной нормы.

При аускультации в пяти основных точках выслушиваются ритмичные I и II тоны сердца. Тоны сердца приглушены, частота 150 в минуту, нормокардия, ритм правильный. Дополнительные тоны, а так же патологические внутри- и внесердечные шумы не выслушиваются.

Артериальное давление, как на правой, так и на левой руках одинаковое – 100/70 мм.рт.ст. При аускультации аорты, подключичных, сонных артерий патологических шумов не выслушивается.

Органы пищеварения. Углы рта симметричные, губы бледно-розового цвета. Запах изо рта отсутствует, афт, пигментации, кровоизлияний, телеангиоэктаз на слизистой рта нет. Слизистые ротоглотки и миндалин ярко гиперемированы, суховатые.

Наблюдается увеличение миндалин 1 степени, фолликулы заполнены зеленовато-желтым содержимым. Десны розовые, без патологических изменений. Ребенок свободно высовывает язык; язык розовый, сухой, сосочковый слой выражен, трещин, язв не обнаружено, корень языка равномерно покрыт беловатым налетом. Тремора нет. Зубы и десна в удовлетворительном состоянии.

Зубная формула:

 II I I II

 I I II

Живот: округлой формы, не увеличен, симметричный, цвет кожи не изменен, участвует в акте дыхания; при осмотре видимой перистальтики и антиперистальтики не выявляется, венозные коллатерали на передней брюшной стенке не развиты. Окружность живота на уровне пупка 47см.

Напряжения мышц брюшной стенки нет. Опухолевых образований, грыжевых выпячиваний, грыжевых ворот не обнаружено, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Падалки отрицательный.

При методической глубокой пальпации по Образцову-Стражеско обнаружено следующее:

* в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого плотного безболезненного цилиндра около 1 см в диаметре, не урчащего при надавливании, смещаемого на 1 см.;
* податливости ануса, явлений сфинктерита нет.
* В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде гладкого умеренно плотного цилиндра диаметром 1,5 см , смещаемого в пределах 1 см., безболезненного, урчащего при надавливании;
* подвздошная кишка и аппендикс не пальпируются;
* восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правом фланке, в виде гладкого плотного безболезненного цилиндра диаметром 1,5 см., не урчит при надавливании, подвижна;
* нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левом фланке, имеет вид гладкого умеренно плотного цилиндра диаметром 3 см, смещаемого на 1,5 см, безболезненного и не урчащего при пальпации;
* поперечная ободочная кишка не пальпируется.
* желудок не пальпируется
* Поджелудочная железа, селезенка, почки не пальпируются.
* При пальпации нижний край печени гладкий, закругленный, выступает из под реберной дуги на 1 см. Поверхность ровная, пальпация безболезненна. Желчный пузырь не пальпируется.

Перкуторный звук над животом тимпанический. Симптом Менделя отрицательный. Размеры печени по Листову: на 1 см ниже реберной дуги,

При аускультации органов пищеварения выслушивается усиленный шум перистальтики кишечника, шума трения брюшины не выслушивается. Сосудистые шумы не выявляются.

Функция кишечника: Стул учащен до 3 раз в сутки. Кал жидкий, кашицеобразный, желтого цвета.

Органы мочевыделения. В поясничной и надлобковой областях патологических изменений нет. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Болезненности в поясничной области нет, мочевой пузырь над лобком не выпячивается; при пальпации надлобковой области болезненных ощущений не возникает. Половые органы сформированы по мужскому типу, выделений нет. Притупления перкуторного звука в надлобковой области нет. Мочеиспускание 15 раз в сутки.

Нервная система. Судорог, скованности, ригидности затылочных мышц нет. Рефлексы сохранены. Патологических рефлексов нет. Дермографизм белый, средней интенсивности, длительность реакции – 1,5 минуты. Ширина глазных щелей без патологии, открытие глазных щелей равномерное, птоза, косоглазия нет. Зрачки круглые, реакция на свет сохранена, содружественная. Симптом Греффе отрицательный.

Психическая сфера: Сознание ясное, состояние активное.

1. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ФИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Исходя из жалоб мамы на снижение аппетита у ребенка, заложенность носа, повышение температуры до 380С тела, жидкий стул – можно предположить, что в патологический процесс вовлечена пищеварительная система.

У больного выделены следующие синдромы:

* Синдром интоксикации: на основании жалоб на повышение температуры тела до 380С, слабость, сонливость, капризность ребенка; данных объективного исследования: температура тела 37,30С, пульс частота 150 в минуту.
* Энтеритический синдром: на основании жалоб на учащение стула до 3 раз в час, стул жидкий, желтого цвета, с кислым запахом, повышение температуры до 380С; данных объективного исследования: кал обильный, кашицеобразный, пенистый, желто-коричневого цвета.
* Синдром дегидратации: на основании жалоб на слабость, сонливость. Данных объективного исследования: кожные покровы бледно-розовые суховатые, пульс частотой 150 в минуту. Дермографизм белый, средней интенсивности, длительность реакции – 1,5 минуты (активация симпатической нервной системы).

На основании выделенных синдромов можно предположить у больного инфекционный энтерит. Состояние ребенка средней степени тяжести на основании повышения температуры до 380С, частоты стула до 3 раз в сутки, давность заболевания 3 суток, умеренно выражен синдром дегидратации. Токсикоз с эксикозом I степени на основании данных объективного осмотра: кожные покровы бледно-розовые суховатые, эластичность и тургор сохранены, слизистые суховатые, дермографизм белый, средней интенсивности, длительность реакции – 1,5 минуты (активация симпатической нервной системы), большой родничок не западает, тоны сердца ясные 150 в минуту.

На основании жалоб на снижение аппетита, повышение температуры тела, заложенность носа; данных объективного осмотра: слизистые ротоглотки и миндалин ярко гиперемированы, увеличение миндалин 1 степени, фолликулы заполнены зеленовато-желтым содержимым, выраженная инфильтрация дужек и язычка, увеличение подчелюстных лимфоузлов с обеих сторон; можно предположить у больного фолликулярную ангину.

1. **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**
	1. Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, формула, СОЭ)
	2. Общий анализ мочи
	3. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевина, электролиты, рН)
	4. Копрологическое исследование
	5. Исследование кала на яйца глистов
	6. Бактериологическое исследование кала на дисбактериоз, сальмонеллез, условно-патогенную флору, №3, определение чувствительности выделенных штаммов.
	7. Серологическое исследование крови методом непрямой гемагглютинации с повтором на 6-7 день
	8. Бактериологическое исследование мазков из зева и носа на BL № 3 для исключения диагноза дифтерии.
	9. Посев мазков с налетов на миндалинах на флору и чувствительность к антибиотикам (для уточнения этиологии возбудителя)
2. **РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**
	* 1. Общий анализ крови:

Гемоглобин 109 г/л

Лейкоциты 9,65х109/л,

СОЭ – 29мм/ч,

Формула:

Эозинофилы – 0%, базофилы – нет, метамиелоциты – нет, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные –50%, лимфоциты – 38%, моноциты – 4%. Токсическая зернистость нейтрофилов.

Заключение: Анемия 1 степени. Умеренный нейтрофильный лейкоцитоз. Увеличение СОЭ.

* + 1. Общий анализ мочи:

количество – 100,0; реакция – слабо-кислая

цвет: соломенно-желтый; прозрачность полная;

уд. вес – 1010; белок и сахар – отрицательно;

Микроскопия осадка: лейкоциты 5-6 в поле зрения,

Эритроциты – 1-2.

Цилиндры гиалиновые: нет,

Зернистых, восковидных нет.

Заключение: показатели в пределах нормы.

29.05.07 Копрограмма:

Цвет – коричневый

Консистенция – кашицеобразная

Лейкоциты – 36 в поле зрения

Эритроциты: 0

Слизь: +

Микроскопия: детрит -,

Непереваренная клетчатка -

Перевариваемая клетчатка: значительно

Простейшие не обнаружены

Яйца глистов не обнаружены

Заключение: Тонко- и толстокишечная диспепсия.

29.05.07 Бактериологическое исследование кала на условно-патогенную флору: роста нет.

1. **ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Данные лабораторных методов исследования подтвердили наличие у больной инфекционного заболевания (умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ), подтверждена клиническая картина энтерита по данным копрологического исследования: тонкокишечная диспепсия. Также на основании копрологического исследования: толстокишечная диспепсия, можно поставить диагноз колита. Кроме того, с помощью бактериологического исследования кала на условно-патогенную флору не выделен возбудитель.

Клинический диагноз: Инфекционный энтероколит, средней степени тяжести. Токсикоз с эксикозом I степени. Фолликулярная ангина.

Сопутствующий: ПП ЦНС, восстановительный период

1. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальный диагноз инфекционного энтерита следует проводить с большой группой инфекционных (пищевые токсикоинфекции, дизентерия, холера, рожа, вирусные гастроэнтериты, брюшной тиф, грипп, менингит), терапевтических и хирургических (острый инфаркт миокарда, острый аппендицит, холецистит, тромбоз мезентериальных сосудов) заболеваний, а также с отравлениями ядами и солями тяжелых металлов, фосфорорганическими соединениями, при которых встречается данный синдром.

Дифференциальный диагноз с дизентерией:

* Общими признаками являются синдром дегидратации, диарейный синдром, синдром интоксикации, явления колита (на основании копрологических данных).
* Дизентерия может начинаться с явлений энтерита, но позднее обязательно присоединяется клиника дистального колита (у детей до года: вздутие живота, беспокойство во время дефекации, стул калового характера с примесью мутной слизи, почти всегда податливость ануса, явления сфинктерита, спазмированная сигма), также появление гемоколита на 2-3 день. У больного была клиника энтерита, но характерной клинической картины дизентерии не было.

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз: Дизентерия.

Дифференциальный диагноз с холерой:

* Общими признаками являются синдром дегидратации, диарейный синдром.
* Холера начинается остро с внезапного болезненного поноса. Кал при холере водянистый, мутновато-белый с плавающими хлопьями, без запаха («рисовый отвар»), объем стула может превышать 1 литр. Убольного кал разжиженый, сохраняется каловый характер, с кислым запахом, цвет от желтого до коричневого.
* Дегидратация при холере носит более злокачественный характер, развивается в течение нескольких часов, более выражены признаки дегидратации больного. У данного больного от начала заболевания прошло около 3 суток, при этом признаки дегидратации выражены умеренно.
* При холере наблюдается фонтанирующая рвота без предшествующей тошноты, у больного тошноты и рвоты не было.
* Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет бактериологическое исследование кала, которое помогает поставить окончательный диагноз по выделенному возбудителю.

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз: Холера.

Дифференциальный диагноз с эшерихиозом:

* Общим является диарейный синдром, синдром интоксикации, острое начало заболевания, явления колита (на основании копрологических данных).
* Эшерихиоз, вызванный ЭПКП протекает с рвотой, которая сохраняется весь период интоксикации, явлениями энтерита, снижением аппетита, нарушением сна. Стул при этом виде эшерихиоза, водянистый, оранжевый или желтый с непереваренными массами. Характерно вздутие живота, преимущественное поражение тонкого кишечника у грудных детей. У данного больного рвоты не наблюдалось, стул сохранял каловый характер, хотя бал разжижен, сон ребенка не страдал. Но по клинической картине затруднительно проведение дифференциального диагноза с данной нозологией, необходимо бактериологическое исследование кала на эшерихиоз.
* Эшерихиоз, вызванный ЭИКП в большинстве случаев встречается у детей старше 3 лет. Для этого заболевания в большей степени характерна клиника колита, интоксикация, а у данного больного в клинической картине превалирует энтерит, а диагноз колита поставлен только на основании данных копрологического исследования.
* Эшерихиоз, вызванный ЭТКП протекает чаще на фоне нормальной температуры. Заболевание также начинается остро, с рвоты, появления обильного жидкого стула, без крови и слизи, быстро нарастают симптомы дегидратации. У больного температура тела 380С, выражены признаки интоксикации, стул сохранял каловый характер, хотя бал разжижен, симптомы эксикоза слабо выражены даже на 3 день заболевания, что не характерно для данного варианта эшерихиоза.
* Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет бактериологическое исследование кала, которое помогает поставить окончательный диагноз по выделенному возбудителю.

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз эшерихиоза, вызванного ЭТКП и ЭИКП, дифференциальный диагноз с эшерихиозом, вызванным ЭПКП требует проведения бактериологического анализа кала на коли-инфекцию.

Дифференциальный диагноз ангины следует проводить с большой группой инфекционных заболеваний (дифтерия, скарлатина, грибковая ангина, язвенно-пленчатая ангина (Симановского), инфекционный мононуклеоз, энтеровирусная ангина и др.).

Дифференциальный диагноз с ангиной при энтеровирусной инфекции:

* Общим является интоксикация, синдром ангины, энтерит,
* Часто при энтеровирусной инфекции отмечается рвота, характерна гиперемия верхней половины тела, инъекция сосудов склер, на коже может быть полиморфная пятнисто-папулезная сыпь. Гиперемия умеренная или выраженная, отечность незначительная, на миндалинах, дужках, мягком небе – мелкие пузырьки (1-2 мм) – герпангина. После их вскрытия образуются эрозии, покрытые бело-серым детритом. В этот период отмечается увеличение регионарных лимфоузлов, болезненность при глотании. У больного слизистые ротоглотки и миндалин ярко гиперемированы, наблюдается увеличение миндалин 1 степени, фолликулы заполнены зеленовато-желтым содержимым. Выраженная инфильтрация дужек и язычка. Увеличены подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон, размером 1х1 (слева) и 1,5х1,5см (справа), подвижные, поверхность ровная, при пальпации ребенок беспокоится.
* При энтеровирусной инфекции может поражаться кишечник, причем чаще у детей первого года жизни. С первых дней заболевания отмечаются катаральные явления: кашель, насморк, гиперемия слизистых зева. На высоте катаральных явлений нередко возникает рвота, стул жидкий, водянистый, с частотой 5-10 раз в сутки. У данного ребенка сначала появились кишечные расстройства, а на 3 день заболевания присоединились катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей.
* В периферической крови при энтеровирусной инфекции отмечается лимфоцитарный лейкоцитоз, умеренное повышение СОЭ. У больного кровь отражает бактериальное воспаление (нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ 29 мм/час).

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз: энтеровирусная инфекция.

Дифференциальный диагноз с ангиной при дифтерии:

* Общим является острое начало, интоксикация, синдром ангины.
* При локализованной форме дифтерии миндалины покрыты налетом, который не выходит за их пределы. Отмечается небольшое увеличение регионарных лимфоузлов, которые подвижны, мало болезненны. При пленчатой форме сероватые налеты сплошной пленкой покрывают поверхность миндалин. Налеты плотные, не снимаются, с сероватым оттенком и перламутровым блеском. При островковой форме налеты в виде островков различных размеров, располагаются вне лакун. У больного слизистые ротоглотки и миндалин ярко гиперемированы, наблюдается увеличение миндалин 1 степени, фолликулы заполнены зеленовато-желтым содержимым. Выраженная инфильтрация дужек и язычка. Увеличены подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон, размером 1х1 (слева) и 1,5х1,5см (справа), подвижные, поверхность ровная, при пальпации ребенок беспокоится.
* Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет бактериологическое исследование мазков из зева и носа на BL.

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз: дифтерия.

1. **ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

Показание к госпитализации: среднетяжелое течение, ранний возраст, отягощенный преморбидный фон.

Цель госпитализации: установление точного диагноза с определением этиологического фактора, адекватное лечение.

Режим при выраженной интоксикации и явлениях дегидратации – постельный.

Диета: Водно-чайная пауза на 4 часа. Потом стол №4 (механически и химически щадящая). Целесообразно использование низколактозных смесей. Объем питания следует уменьшить на 15% (т.е. 850мл/сут) на 1-2 дня, с последующим восстановлением до полного объема. Прикорм начинать вводить с 3-4 дня заболевания. Исключить цельное молоко и тугоплавкие жиры, ограничение употребления углеводов. Рекомендуются овсяные и рисовые каши на воде, паровые котлеты, отварная рыба, фруктовые кисели, творог.

**ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

Антибиотики.

Кислота налидиксовая является синтетическим антибактериальным препаратом. Эффективна при инфекциях, вызванных грамотрицательными бактериями, кишечной, дизентерийной и брюшнотифозной палочками, протеем, палочкой клебсиеллы (Фридлендера). Действует бактериостатически и бактерицидно. Эффективна в отношении штаммов, устойчивых к антибиотикам и сульфаниламидам. (стафилококки, стрептококки, пневмококки) и патогенных анаэробов. Детям назначают из расчета 60 мг/кг, распределив суточную дозу на 4 равные части.

Rp: Таb. Negrami 0.5

D.S.: Принимать по 1/3 таблетки 4 раза в день.

Учитывая, что у ребенка фолликулярная ангина, а неграм малоэффективен в отношении грамположительных кокков, лучше назначить больному Ампиокс-натрий.

Препарат объединяет спектр антимикробного действия ампициллина и оксациллина. Действует на грамположительные (стафилококк, стрептококк, пневмококк) и грамотрицательные (гонококк, менингококк, кишечная палочка, палочка Пфейффера, сальмонеллы, шигеллы и др.) микроорганизмы. Благодаря содержанию оксациллина, активен в отношении пенициллиназообразующих стафилококков. Препарат хорошо проникает в кровь при приеме внутрь и парентеральном введении. Применяют при инфекциях дыхательных путей и легких (бронхит, пневмонии и др.), при ангинах, холангите, холецистите, пиелите, пиелонефрите, цистите, инфицированных ранах, инфекциях кожи и др. Детям до 1 года вводят в суточной дозе 100 - 200 мг на 1 кг массы тела.

Rp: S. «Аmpioxum-natrium» 0,5

D.S.: развести в 2 мл 0,25%-го новокаина для инъекций, вводить внутримышечно, 3 раза в сутки.

Местно при ангине можно использовать Гексорал х 3раза в день.

При повышении температуры выше 37,50С (т.к. у ребенка есть заболевание ЦНС) необходимо давать пиролитики – Парацетамол 0,025-0,05.

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

А. регидратация:

Оральная: в первые 4 часа глюкозо-солевые растворы в количестве 560мл (по 1 столовой ложке через каждые 10-15 мин), позднее на каждую дефекацию выпивать 50мл жидкости.

Б. Улучшение микроциркуляции. Для этой цели можно использовать Трентал, который улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови. Оказывает сосудорасширяющее действие и улучшает снабжение тканей кислородом.

Rp: Таb. Curantili 0.025

D.t.d. №5 in ampullis

S.: Принимать внутрь натощак по одной таблетке 2 раза в день.

В. Энтеросорбенты

Энтеродез связывает токсины, поступающие в желудочно-кишечный тракт или образующиеся в организме, и выводит их через кишечник. Лечебный эффект обычно развивается через 15 - 30 мин после приема препарата. Принимают внутрь в дозе 2,5 г 1 - 3 раза в сутки до исчезновения явлений интоксикации (2 - 7 дней).

Rp.: Enterodesi 2,5

D.S.: Перед употреблением растворить порошок в 30 мл кипяченой воды (можно добавить сахар или фруктовый сок), принимать 3 раза в сутки.

**ВОССТАНОВЛЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА**

В остром периоде лучше использовать Бактисубтил, позднее Бификол, Бифидумбактерин.

1. **ДНЕВНИК**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| дата | Основныепоказатели | Течение болезни | Лечение  |
| 29.05 | Темп-ра 37,7ЧСС 120в/минЧД 30 в минСтул 2 раза, разжиженный, каш/обр-й, коричневый. | Жалобы на вялость, капризность, повышение температуры тела, отсутствие аппетита, заложенность носа.Самочувствие удовлетворительное.Объективно: Состояние средней степени тяжести.Кожные покровы бледно-розового цвета, влажные, эластичность и тургор сохранены. Частота дыхательных движений – 30/мин; дыхание ритмичное. Зев гиперемирован, миндалины из-за дужек выступают, лакуны миндалин чистые. При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание во всех точках аускультации, хрипов нет. Пульс синхронный на обеих руках, частота 120 в минуту, ритмичный, полный. Тоны сердца ясные, частота 120 в минуту, ритм правильный. При пальпации передней брюшной стенки ребенок не беспокоится. Напряжения мышц брюшной стенки нет. При аускультации органов пищеварения выслушивается умеренный шум перистальтики кишечника. Стул за прошедшие сутки 2 раза, кашицеобразный, коричневого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, около 15 раз в сутки. Признаки дегидратации не выражены.Взят кал на копрологическое исследование, бактериологическое исследование кала на условно-патогенную флору. | 1.Обильное питье. 2. Неграм 0,15х43. Панкреатин4. Парацетамол 5. Амикацин 50х2 |
| 30.05 | Темп-ра 36,6ЧСС 120/минЧД 30 в минСтул 1 раз оформлен, коричневого цвета | Жалобы на вялость, капризность, заложенность носа сохраняются, мама отмечает небольшое уменьшение слабости, кал стал оформленным, коричневого цвета, за прошедшие сутки 1 раз, температура выше нормы не поднималась. Самочувствие удовлетворительное.Объективно: Состояние больного легкой степени тяжести. Кожные покровы розовые, влажные, тургор сохранен. Ротоглотка несколько гиперемирована, миндалины из-за дужек не выступают, лакуны миндалин чистые. Частота дыхательных движений – 30/мин; дыхание ритмичное, при аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, хрипов нет. Частота пульса 120 в минуту, ритмичный, среднего наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, частота 120 в минуту, ритм правильный. При пальпации передней брюшной стенки ребенок не беспокоится. Напряжения мышц брюшной стенки нет. При аускультации органов пищеварения выслушивается умеренный шум перистальтики кишечника. Стул за прошедшие сутки 1 раз, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, около 15 раз в сутки. Признаки дегидратации не выражены.Отмечается положительная динамика в течении заболевания: улучшилось самочувствие, купировались проявления энтерита. | 1.Обильное питье. 2. Неграм 0,15х43. Панкреатин4. Парацетамол 5. Амикацин 50х2 |
| 31.05 | Темп-ра 36,6ЧСС 120/минЧД 30 в минСтул 1 раз оформлен, коричневого цвета | Жалоб нет.Самочувствие хорошее.Объективно: Состояние больного легкой степени тяжести. Кожные покровы розовые, влажные, тургор сохранен. Ротоглотка спокойна, миндалины из-за дужек не выступают, лакуны миндалин чистые. Частота дыхательных движений – 30/мин; дыхание ритмичное, при аускультации выслушивается пуэрильное дыхание, хрипов нет. Частота пульса 120 в минуту, ритмичный, среднего наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, частота 120 в минуту, ритм правильный. При пальпации передней брюшной стенки ребенок не беспокоится. Напряжения мышц брюшной стенки нет. При аускультации органов пищеварения выслушивается умеренный шум перистальтики кишечника. Стул за прошедшие сутки 1 раз, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, около 15 раз в сутки.  | 1.Обильное питье. 2. Неграм 0,15х43. Панкреатин4. Парацетамол 5. Амикацин 50х2 |

1. **ПРОФИЛАКТИКА**

Специфической профилактики нет.

Профилактика должна быть направлена главным образом на:

1.уничтожение возбудителя в пищевых продуктах – правильная кулинарная и оптимальная термическая обработка пищевых продуктов.

2. предупреждение размножения возбудителей в пищевых продуктах – хранение в соответствующих условиях, приготовление смесей для питания строго перед кормлением, не допуская их хранения.

3. предупреждение попадания возбудителей на пищевые продукты.

1. **ПРОГНОЗ**

Для данного больного благоприятный. Повторное заражение не исключается.

1. **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**
* Инфекционные болезни. / Е.П. Шувалова, Е.С. Белозеров, Т.В. Беляева, Е.М. Змушко. //Учеб. пособие для вузов. – Ростов н/Д: Издательство «Феникс», 2001год – С. 125-144, 164-178.
* Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И Брико, Б.К. Данилкин. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2004 год – С. 528-538.
* Неотложные состояния у детей при острых инфекционных болезнях: Учебно-методическое пособие./ Под ред. А.С. Оберта – Барнаул, 2006
* Инфекционные болезни у детей. / Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин. – М.: «Медицина», 1985

Дата: 02.06.07 Подпись куратора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_