

АО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра семейной и доказательной медицины

**Тема СРИ: Ведение взрослых с наиболее распространенными заболеваниями  
в амбулаторных условиях**

**Клинический случай  
пациента Кандыков Омар Бериккулы**

Клинический диагноз:

- Основное заболевание: Острый энтероколит вызванный энтеробактером, средней степени тяжести, токсикоз с эксикозом 1 степени.
- Осложнение: отсутствует
- Сопутствующие заболевания: Анемия средней степени тяжести.

Подготовил врач-интерн Аден А. Е.

Группа 677

Преподаватель Джаксалыкова К.К.

## Информация о пациенте:

- ФИО пациента: Кандыков Омар Бериккулы
  - Дата рождения: 16.05.2017 г.
  - Дом. адрес: Улы дала 20-10-1
- 
- Рост: 78 см
  - Вес: 10 400 гр
  - $t^0$  тела: 36, 6

## **Жалобы при обращении в учреждение ПМСП:**

- Жалобы при поступлении на: жидкий стул до 3 раз, со слизью, с прожилками крови, кашель, снижение аппетита, общую слабость, вялость.

# Проведите детализацию жалоб (сформулируйте вопросы) и напишите на них ответы данного пациента

№ п/п	Вопрос	Ответ
1	Здравствуйте, с какими жалобами вы пришли?	Здравствуйте, у моего ребенка жидкий стул примерно 3 раза.
2	Стул какой, опишите пожалуйста, со слизью или без?	Стул у него со слизью
3	Наблюдается ли кровь в стуле?	Да, стул с прожилками крови у него
4	Какого цвета стул?	Стул такой болотно-зеленого цвета
5	Была ли температура?	Нет, температура не было
6	Помимо этого что-нибудь еще беспокоит?	Кашляет
7	Была ли рвота у ребенка после каждого приема?	Не было
8	Может ли ребенок пить или сосать грудь?	Да, но очень мало
9	Были ли судороги у ребенка?	Нет, не было

Если не хватает строк, то продублируйте этот слайд, и продолжайте писать

## Данные объективного осмотра:

- Общее состояние: средней степени тяжести за счет интоксикации. На момент осмотра не температурит, аппетит снижен.
- Кожные покровы и видимые слизистые: Кожные покровы бледные, теплые на ощупь. Видимые слизистые, ногтевые ложа бледно-розовые. Слизистая губ суховата. Тургор тканей снижен. Кожная складка расправляется медленно. Подкожно-жировой слой развит достаточно.
- Периферические лимфоузлы: Небольшое увеличение регионарных лимфоузлов, которые подвижны, мало болезненны
- Состояние мышц: Мышцы развиты в пределах физиологической нормы, тонус и сила сохранены, при пальпации безболезненны; уплотнений при пальпации мышц не выявлено.
- Состояние костной системы: Конфигурация суставов не изменена, суставы симметричные. Изменения окраски кожи над суставами не определяется. 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: В легких аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Перкуторно ясный, легочный звук.
- Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца приглушены, деятельность ритмичная.
- Система пищеварения: Живот мягкий, пальпации доступен. Перистальтика кишечника выслушивается. Печень у края реберной дуги. Стул жидкий зеленый со слизью до 5 раз. Анус сомкнут.
- Система мочеотделения: Мочится адекватно.

## **Подведите итоги опроса и осмотра пациента (резюмируйте данные):**

**На основе жалоб и осмотра пациента можно выделить следующие синдромы:**

1. Синдром интоксикации (на основании жалоб на снижение аппетита, общую слабость, вялость)
2. Энтеритический синдром (на основании жалоб на обильный стул до 3 раз, стул жидкий, зеленого цвета. Данных объективного исследования: кал обильный, зеленого цвета, со слизью, с прожилками крови)
3. Синдром дегидратации (на основании жалоб на слабость, вялость. Данных объективного исследования: кожные покровы бледные, суховатые. Слизистая губ суховата. Тургор тканей снижен. Кожная складка расправляется медленно)

На основании выделенных синдромов можно предположить у больного острый энтероколит вызванный энтеробактером. Состояние ребенка средней степени тяжести на основании частоты стула до 3 раз, умеренно выражен синдром дегидратации. Токсикоз с эксикозом I степени на основании данных объективного осмотра: кожные покровы бледные, 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.

**С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику по основному синдрому, перечислите (минимум 3 заболевания):**

**1. 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.

**2. 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. У больного кал разжиженный, 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.

**3. 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 неперевавшими массами. Характерно вздутие живота, преимущественное поражение тонкого кишечника у грудных детей. У данного больного рвоты не наблюдалось, стул сохранял каловый характер, хотя был 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 выражены признаки интоксикации, стул сохранял каловый характер, хотя был разжижен, симптомы эксикоза слабо выражены, 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.

**4. 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 миндалины ярко гиперемированы, наблюдается увеличение миндалин 1 степени, фолликулы заполнены зеленовато-желтым содержимым. Выраженная инфильтрация дужек и язычка. Увеличены подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон, размером 1x1 (слева) и 1,5x1,5см (справа), подвижные, поверхность ровная, при пальпации ребенок беспокоится. Решающее значение в дифференциальной диагностике имеет бактериологическое исследование мазков из зева и носа на VL. На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить диагноз: дифтерия.

# Какие лабораторные исследования проведены данному пациенту, их результаты и интерпретация

№ п/п	Анализ	Результат	Интерпретация
1	ОАК	Гемоглобин 109 г/л. Лейкоциты $9,65 \times 10^9$ /л, СОЭ – 29мм/ч, Эозинофилы – 0%, базофилы – нет, метамиелоциты – нет, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 50%, лимфоциты – 38%, моноциты – 4%. Токсическая зернистость нейтрофилов.	Анемия 1 степени. Умеренный нейтрофильный лейкоцитоз. Увеличение СОЭ.
2	ОАМ	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.	показатели в пределах нормы.
3	Копрограмма	Цвет – коричневый. Консистенция – кашицеобразная. Лейкоциты – 7-10 в поле зрения. Эритроциты: 0. Слизь: ++++.	Дизентерия
4	Бактериологический посев кала:	Enterobacter aerogenes $10^5$	Дисбактериоз



# Какие инструментальные исследования проведены данному пациенту, их результаты и интерпретация

№ п/п	Исследование	Результат	Интерпретация
1	Рентген грудной клетки	Острая сосудисто-интерстициальная реакция	расширение просвета тонкого кишечника и утолщение складок слизистой.
2	Зондирование кишечника	Цвет – коричневый. Консистенция – кашицеобразная. Лейкоциты – 7-10 в поле зрения. Эритроциты: 0 . Слизь: +++++ . Непереваренная клетчатка - Перевариваемая клетчатка: значительно. Простейшие не обнаружены	Тонко- и толстокишечная диспепсия.

**Какие лабораторные и инструментальные исследования Вы бы назначили дополнительно для дифференциальной диагностики и постановки заключительного клинического диагноза и почему?**

№ п/п	Исследование	Обоснование
1	Серологическое (ИФА, РСК) и бактериологическое (ПЦР) исследование материала,	для выявления возбудителей.
2	Колоноскопия	с выявление пораженных зон слизистых, эрозий и язв.
3	обзорная рентгенография и УЗИ органов брюшной полости	дают возможность выявить спазмированные участки тонкой или толстой кишки, повышенный метеоризм кишечника, дефекты наполнения.
4	Рентгенография пассажа бария по тонкому кишечнику	нужна для дифференциальной диагностики с острой хирургической патологией.
5	функциональной пробы с хлористым кальцием	Оценка нарушения всасывательной функции кишечника. Данный метод позволяет установить наличие хронического энтероколита кишечника по недостаточной скорости всасывания солей кальция.

## **Проведите дифференциальный диагноз, последовательно исключая все заболевания, кроме одного:**

- 1) Учитывая, что у больного была клиника энтерита (дегидратации, диарейный синдром, синдром интоксикации), но характерной клинической картины дизентерии не было, поэтому диагноз дизентерия исключается.
- 2) Учитывая, что при холере общими признаками являются синдром дегидратации, диарейный синдром. Но также при холере наблюдается фонтанирующая рвота без предшествующей тошноты, у больного тошноты и рвоты не было. Поэтому диагноз холера исключается.
- 3) Учитывая, что эшерихиоз, протекает чаще на фоне нормальной температуры, также начинается остро, быстро нарастают симптомы дегидратации, появления обильного жидкого стула, но с рвотой и без крови и слизи что не характерно для данного варианта, поэтому диагноз эшерихиоза исключается.
- 4) Наиболее вероятным остается диагноз на основании выделенных синдромов, у больного острый энтероколит вызванный энтеробактером. Состояние ребенка средней степени тяжести на основании частоты стула до 3 раз, умеренно выражен синдром дегидратации. Токсикоз с эксикозом I степени на основании данных объективного осмотра: кожные покровы бледные, суховатые, эластичность и тургор сохранены, слизистые суховатые.

## Сформулируйте заключительный диагноз согласно классификации и обоснуйте основное заболевание с осложнениями (см. пример в таблице)

- Клинический диагноз:
- Основное заболевание: Острый энтероколит вызванный энтеробактером, средней степени тяжести, токсикоз с эксикозом 1 степени.
- Осложнение: нет
- Сопутствующие заболевания: Анемия средней степени тяжести

Пункт диагноза для обоснования	Анамнез	Клиника	Лабор. данные	Инструм. данные
Острый энтероколит	<i>Острое начало</i>	<i>Синдром дегидратаций Энтеритический синдром Синдром интоксикации</i>	<i>ОАК – Умеренный нейтрофильный лейкоцитоз. Увеличение СОЭ. Бактериологический посев кала: Enterobacter aerogenes 10*5</i>	<i>Признаки дизбактериоза</i>
<i>Анемия</i>	<i>Кожные покровы бледные, теплые на ощупь. Видимые слизистые, ногтевые ложа бледно-розовые.</i>	<i>Общая слабость, вялость</i>	<i>ОАК - Гемоглобин 109 г/л. Лейкоциты 9,65 x10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 29мм/ч,</i>	<i>Анемия 1 степени. Умеренный нейтрофильный лейкоцитоз</i>

## Опишите принципы лечения данного пациента:

№ п/п	Принцип лечения	Описание
1	<b>Воздействие на факторы риска</b>	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.
2	<b>Этиотропное лечение</b>	направленное на устранение причины возникновения заболевания. Лечение инфекционного заболевания антибактериальными препаратами. Антибактериальные препараты являются этиотропными (то есть действуют на причину — бактерии), для лечения бактериальной инфекции.
3	<b>Патогенетическое лечение</b>	Основной задачей патогенетической терапии является активизация защитных сил, восстановление нарушенных функций, нормализация обменного процесса и иммунной реактивности.
4	<b>Симптоматическое лечение</b>	направлено на устранение отдельных проявлений (симптомов) заболевания

## План диспансеризации данного больного (приказ №885):

№ п/п	Мероприятие	Выполнение
1	<b>Наименование и частота лабораторных и диагностических исследований</b>	ОАК 1 раз в месяц, ОАМ 1 раз в месяц, бх по показаниям
2	<b>Медицинские осмотры СМР (среднего медицинского работника)</b>	Участковый педиатр
3	<b>Частота осмотра СМР</b>	В течении недели, в течение первого месяца 1 раз в неделю, далее до 6 месяцев 1 раз в 2 недели
4	<b>Медицинские осмотры ВОП</b>	педиатр
5	<b>Частота осмотра ВОП</b>	осмотр педиатра на следующий день, в течение первого месяца 1 раз в неделю, далее до 6 месяцев 1 раз в 2 недели, в 6-12 месяцев - 1 раз в месяц
6	<b>Консультация профильных специалистов</b>	Педиатр, ЛОР, стоматолог
7	<b>Частота наблюдения профильными специалистами</b>	Педиатр 1-2 раз в месяц, ЛОР 1 раз в год, стоматолог – 1 раз в год.