ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (родилась 4.10.2001).

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в стационар: 12.05.05

Диагноз при поступлении: Хр. пиелонефрит.

Клинический диагноз:

Основной: Первичный хронический рецидивирующий пиелонефрит, активная стадия, без нарушения функции почек.

Сопутствующий: нет

Осложнения: нет

ЖАЛОБЫ

При поступлении: слабость, быстрая утомляемость, необоснованный подъем температуры тела, императивные позывы к мочеиспусканию.

На момент курации: слабость, утомляемость.

ANAMNESIS MORBI

Начало заболевания с 12.2004, связывает с ОРВИ, беспокоило частое мочеиспускание, боли, повышение температуры. Получила необходимое лечение, улучшившее состояние. На 12.2004 анализы крови: СОЭ = 26 мм/ч, лейкоцитоз, мочи: L=9-10 в п/з; в контрольном анализе крови: СОЭ=4-8 мм/ч, мочи L=8-10 в п/з. в мае 2005 после возникновения императивных позывов к мочеиспусканию, необоснованному повышению температуры тела, слабость, быструю утомляемость, обратилась в детскую поликлинику, анализ мочи: L=10-13 в п/з, анализ крови без патологии. Направлена в ДРКБ №2

ANAMNESIS VITAE

*Антенатальный период:*

Беременность у матери первая. Во время беременности отмечался ранний токсикоз (тошнота, упорная рвота), хронический пиелонефрит, по их поводу мать находилась на лечении в стационаре. Роды первые, в 38 недель (схватки появились после приема горячей ванны). Родоразрешение через естественные пути, без применения акушерских пособий. Продолжительность родов: I период-11ч, II период-30 мин, III период-20мин.

*Характеристика новорожденного:*

Вес девочки при рождении 2850 г, рост – 49 см. закричала сразу, крик громкий. Отпадение пуповины и заживление пупочной ранки в срок. При рождении сыпи, опрелостей, гнойничков на коже не было, желтуха отсутствовала. Первое прикладывание к груди через 30 мин после родов.

*Вид вскармливания*:

До 12 месяцев вскармливалась материнским молоком, по требованию. С 4х месяцев получает яблочный сок. 1й прикорм: в 5,5 месяцев – овощное пюре (капуста, морковь, тыква). 2й прикорм: 6,5 месяцев – каши. 3й прикорм: в 8 месяцев – творог(начиная с 5гр до 50гр) + кефир 150 гр. Все прикормы вводились постепенно, по правилам.

Мясной бульон из нежирных сортов мяса(говядины), мясной фарш, сухарик мать начала давать в 8,5месяцев. С 7 месяцев иногда добавляла в овощное пюре 1/2 яичного желтка. С 11ти месяцев переведена на общий стол (нежирные супы, овощное пюре, паровые мясные котлеты, тефтели, каши на цельном коровьем молоке, кефир, разнообразные фруктовые пюре и соки, кисели, печенье). В настоящее время питание ребенка калорийное, разнообразное,4х разовое, аппетит хороший. Стул нормальный. Пищевой аллергии никогда не отмечалось. Признаки экссудативного диатеза не наблюдались. Профилактика рахита проводилась с 1го месяца по 500ед вит Д2 в масле, в течение 6 месяцев.

*Нервно-психическое развитие:*

Держит головку, улыбается с 1,5 мес. Фиксировать предметы глазами начала в 2 мес. Узнавать мать в 3 мес. Сидеть начала в 6 мес, стоять в 9 мес, самостоятельно ходить в 1 год. В 5,5 мес. появился первый зуб, к году зубов стало 8. В 3 мес. начала произносить отдельные гласные буквы, а в 8 мес. сказала первое слово “мама”. Умственно и физически после первого года жизни росла и развивалась нормально, не отставая от своих сверстников. Вывод: нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

*Перенесённые заболевания:* В период новорожденности – дакриоцистит. Редкие ОРЗ, ОРВИ.

*Прививки:* 4 день жизни – БЦЖ; 3,5мес, 5мес, 6мес,18мес – АКДС,ОПВ, 20мес – ОПВ; 12мес против кори, эпид.паротита, краснухи. Привита по возрасту. Побочных действий прививок не отмечалось.

*Семейный анамнез:*

Мать: Спирина Татьяна Николаевна 22 лет, перенесенные заболевания: хронический пиелонефрит, ВУР, простудные. Вредные привычки – нет. Отец Спирин Сергей Николаевич 29 лет перенесенные заболевания: хронический бронхит, простудные. Вредные привычки – курение.

Мертворожденных и умерших детей в семье не было.

*Аллергоанамнез:* не отягощён.

*Материально-бытовые условия*семьи хорошие. Семья из 3х человек (мать, отец, ребенок) проживает в отдельной благоустроенной квартире.

*Режим дня:*

800 завтрак

900-1030 свободное время

1030-1130 прогулка на свежем воздухе

1200 обед

1300-1500 дневной сон

1600 полдник

1600-1700 игры

1700-1830 прогулка на свежем воздухе

1900 ужин

2000 сон

*Контакт с инфекционными больными:* за последние 3 недели не было.

STATUS PRESENS

Состояние ребенка удовлетворительное. Сознание ясное, настроение спокойное, реакция на осмотр адекватная, ориентирована в пространстве и времени.

Менингиальные симптомы - ригидность затылочных мышц, симптом Кернинга, симптом Брудзинского (верхний, нижний, лобковый) - отсутствует.

Антропометрия:

|  |
| --- |
| Рост – 101 см |
| Вес – 15 кг |
| Окружность головы – 48 см |
| Окружность груди – 53 см |
|  |
| Возраст 3 года 8 месяцев. |
| Среднее значение роста для данного возраста рассчитывается |

по формуле: в 8 лет - 130 см, на каждый недостающий год отнять по 7 сантиметров, на каждый последующий год прибавить 5 сантиметров. Следовательно, среднее значение роста равно на данный возраст 123 см. Рост ребенка 101 см, разница между фактическим ростом и средним ростом, рассчитанным по формуле, составляет -3 см, что меньше 1 возрастного интервала (5 см.). Следовательно, по формуле рост ребенка средний.

Средняя масса тела для данного возраста равна 19 кг - 2 кг \* 2 = 15кг (в 5 лет масса ребенка = 19 кг, на каждый недостающий год минус 2 кг, а на последующий - плюс 3 кг). Разницы между полученным результатом и фактической массой ребенка нет.

Индекс Эрисмана: ОГК – 1/2 длинны тела = 53 – 101/2=2,5. Для ребёнка данной возрастной группы этот индекс должен быть +2-+4, норма.

Индекс Чулицкой 1: 3 окружности плеча + 1 окружность голени + 1 окружность бедра ­– длинна тела = 3\*20+25+33–101=17. В норме для ребёнка 4 лет составляет —15—20, питание ребенка достаточное.

Заключение: физическое развитие соответствует возрастным нормам.

*Кожа и видимые слизистые:*

Кожа бледно-розовая. Рубцов нет. Волосы хорошей густоты, блестящие, не ломкие. Ногти ровные, розовые, блестящие. Брови и ресницы без особенностей. При пальпации: кожа умеренной влажности, эластична, чувствительность сохранена. Дермографизм красный, время появления - 3 сек. Время исчезновения - 10 сек.

*Подкожно-жировой слой.*

Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, видимых отеков на лице и голени нет. Л/у не увеличены, безболезненны при пальпации.

*Мышечная система.*

Развита умеренно, равномерно. При пальпации: тонус мышц хороший, симметричный. Сила мышц хорошая, симметричная. Локальных деформаций не выявлено.

*Костная система.*

При осмотре: походка правильная, ровная, уверенная. Осанка не нарушена. Видимых деформаций скелета нет.

1. Осмотр головы: Голова округлой формы, симметрична, соотношение мозгового и лицевого черепа 2 : 1. Окружность головы - 48 см.

На лице глазные щели и носогубные складки расположены симметрично. Уши находятся на одном уровне. Переносица не западает. Прикус правильный, строение верхней и нижней челюсти - без особенностей. Небо низкое. Зубов – 20. Направление роста зубов правильное, эмаль желтоватого цвета.

2. Исследование грудной клетки: Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична. Эпигастральный угол приближается к 900. Изменений ребер, грудины и ключиц не выявлено. Окружность грудной клетки - 53см.

3. Исследование позвоночника: Физиологические изгибы умерено выражены, правильные. Сколиоз не выявлен. Плечи находятся на одном уровне, руки прилегают к туловищу одинаково, нижние углы лопаток симметричны.

4. Исследование конечностей: Визуально длина правых и левых верхних, нижних конечностей одинакова. Свод стопы высокий, плоскостопия нет. Все суставы правильной формы, симметричны. Кожа в их области не изменена. Пальпация безболезненна, деформации не выявлено. При пальпации лучевых костей “браслеток” не выявлено. При пальпации диафизов фаланг пальцев - изменений нет (“нити жемчуга” - отсутствуют). Активные движения в полном объеме.

*Система дыхания.*

Кожа лица бледно-розовая, видимые слизистые розовой окраски. Одышки и цианоза носогубного треугольника нет. Дыхание через нос не затрудненное. Голос не изменён. Кашля нет. Грудная клетка цилиндрической формы. Ключицы и лопатки расположены на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно; вспомогательные мышцы в акте дыхания участия не принимают. Тип дыхания смешанный. Над - и подключичные ямки обозначены достаточно, одинаково выражены справа и слева. Частота дыхания - 23/мин. Ритм дыхания правильный.

При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках с одинаковой силой.

Перкуторно:

Сравнительная перкуссия. Определяется ясный легочный звук, очаговых изменений нет.

Топографическая перкуссия.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| топографическая линия | справа | слева |
| среднеключичная | 6 ребро | --------- |
| средняя подмышечная | 7 ребро | 8 ребро |
| лопаточная | 9 ребро | 9 ребро |
| паравертебральная | Остистый  11 грудного | отросток  позвонка |

Подвижность нижнего края легких:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | на вдохе | на выдохе | сумма |
| по лопаточной линии | 3 см | 2 см | 5 см |

Ширина полей Кренига: справа - 4 см, слева - 4 см.

Дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

*Сердечнососудистая система:*

Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально не определяется. Пульсации в эпигастральной области не выявлено. Форма пальцев не изменена. На груди и животе венозный рисунок отсутствует. Отеков нет.

Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии, площадью около 1 см2, локализован, средней силы, нормальной резистентности. Сердечный толчок не пальпируется. Эпигастральная пульсация не выявляется. Симптома “кошачьего мурлыканья” не выявлено. Пульс на лучевых артериях одинаков на обеих руках. ЧСС - 105/мин. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, равномерный, дефицита нет - PS = ЧСС = 105/мин. Капиллярного пульса нет. АД= 90/60 мм.рт.ст.

Перкуторно:

Границы относительной тупости сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| правая | Правая парастернальная линия |
| левая | 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии |
| верхняя | 2е межреберье, по парастернальной линии |

Тоны сердца ясные, звучные, ритм правильный. Шумы, акценты, раздвоение тонов, отсутствуют. Соотношение пульс/дыхание - 5/1 (Ps= 105/мин).

*Система пищеварения:*

Слизистая губ розовая, достаточной влажности, без трещин и герпетических высыпаний. Слизистая полости рта розовая, влажная, блестящая, высыпания и изъязвления отсутствуют. Десны не кровоточат. Язык нормальной величины и формы, влажный, без трещин и язв, обложен белым, легко снимающимся налетом. Зев не гиперемирован. Миндалины нормальны. У ребенка 20 зубов.

Живот не увеличен, симметричен, участвует в акте дыхания. Патологической перистальтики не отмечается. Грыжевых выпячиваний не отмечается. Живот мягкий, безболезненный. Расхождение мышц передней брюшной стенки не выявлено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При аускультации выслушивается умеренная перистальтика.

Область правого подреберья без деформаций. Пальпаторно: печень у края реберной дуги. Нижний край печени безболезненный, острый, мягко-эластичный, ровный. Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка не пальпируется.

*Органы мочеобразования и мочевыделения:*

Отеков лица не отмечено. Форма и размеры живота не изменены. При осмотре поясничной области отечности и гиперемии кожи нет. АД – 90/60 мм.рт.ст. Специфического запаха от больной нет. Наличия отеков в области поясницы, крестца, нижних конечностей не выявлено. Асцита нет. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется. Пальпация по ходу мочеточников безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови. Кровь на сахар.
2. Общий анализ мочи
3. Кровь на RW и ВИЧ
4. Копрологическое исследование
5. Посев мочи на стерильность
6. Мазок из уретры на флору и ГН
7. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, Амбурже.
8. ЭКГ.
9. Биохимический анализ крови (общий белок, белковые фракции, мочевина, фибриноген, СРБ, креатинин, проба Реберга)
10. Исследование иммунного статуса (Ig A, состояние фагоцитоза)
11. Консультация гинеколога, окулиста, гастроэнтеролога.
12. УЗИ почек, органов брюшной полости.
13. Цистография.
14. Экскреторная урография.
15. ЭХО-КС

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Общий анализ крови от 17.05.05

Гемоглобин 116 г/л

Эритроциты 4,18 х 1012/л

ЦП 0,95

Лейкоциты 6,2 х 109/л

Палочкоядерные 4%

Сегментоядерные 32%

Эозинофилы 2%

Лимфоциты 52%

Моноциты 4%

СОЭ 6 мм/час

Заключение: в пределах нормы .

Биохимия крови от 13.05.05

Креатинин 0,042 ммоль/л

Мочевина 7,5 ммоль/л

Общий белок 68,1 г/л

Мочевая кислота 3,58 ммоль

Щавелевая кислота 87,2 мкмоль/л

Заключение: повышение уровня щавелевой кислоты

1. Общий анализ мочи от 19.05.05

уд. вес – 1020

прозрачность - прозрачная.

рН – кисл.

белок – нет

Эритроциты – 1-2 в п/з

Лейкоциты – 10-13 в п/з

Заключение: лейкоцитурия.

1. Анализ мочи 16.05.05

Креатинин – 3,9 ммоль/л

Концентрационный индекс 92,8

Величина клубочковой фильтрации 121,6 мл/л

Процент реабсорбции 98,6%

Заключение: в пределах нормы

1. Анализ мочи по Нечипоренко от 13.05.05

Лейкоциты – 4500

Эритроциты – 500

Заключение: лейкоцитурия

1. Анализ мочи по Зимницкому от:17.05.05

Время выпито выделено уд. вес

6-9 150 20

9-12 200 - 1003

12-15 100 50 1017

15-18 - 90 1020

18-21 180 60 1018

21-6 - 80 1022

Всего 630 360

Заключение: гипостенурия.

1. ЭХО-Кс от 18.05.05

Размеры полостей сердца показаны в динамики. В пределах нормы.

1. Гинеколог от 13.05.05

Слизистая вульвы гиперемирована, отечна, выделения из половых путей светлые, обильные

Диагноз: вульвовагенит?

1. Мазок из уретры на флору и ГН от 20.05.05

L - единичные, эпителий 0-1 в п/з, флора отсутствует, ГН и Тr нет

Мазок из влагалища L – нет, эпителий единичный, флора нет, Гн и Tr нет.

1. Анализ мочи на бак. посев от 19.05

Выделены E.coli 5 тыс/мл

1. ЭКГ от 13.05

Синусовая аритмия, нормальное положение ЭОС

1. Копрологическое исследование от 16.05

Консистенция - мягкая

Цвет - коричневый

Лейкоциты – 1-2 в п/з

Эритроциты – ед.

Enter. +

Заключение: Энтеробиоз

1. УЗИ органов брюшной полости, почек от 19.05.05 Заключение: Расширенные сосуды печени, дисхолия, перерастяжение желчного пузыря. Умеренное уплотнение в обеих почках.

ДНЕВНИК

16.05.05 Жалобы на утомляемость, слабость. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Температура тела нормальная. Кожные покровы бледные. Ps симметричный, ритмичный 96 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание ритмичное 20`, везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Передняя брюшная стенка не отечна. Стул нормальный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, свободное.

19.05.05 Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Температура тела нормальная. Кожные покровы бледные. Ps 90 уд/мин. АД 95/60 мм.рт.ст. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные. ЧД=18`. Везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул нормальный. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон, мочеиспускание безболезненное, свободное.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Основной: Первичный хронический рецидивирующий пиелонефрит, активная стадия, без нарушение функции почек.

Сопутствующий: нет.

Осложнений: нет.

Диагноз поставлен на основании:

Жалоб: повышения температуры, общей слабости, быстрой утомляемости, императивных позывов к мочеиспусканию.

A.morbi: Начало заболевания с 12.2004, связывает с ОРВИ, беспокоило частое мочеиспускание, боли, повышение температуры. Получила необходимое лечение, улучшившее состояние. На 12.2004 анализы крови: СОЭ = 26 мм/ч, лейкоцитоз; мочи: L=9-10 в п/з; в контрольном анализе крови: СОЭ=4-8 мм/ч, мочи L=8-10 в п/з. в мае 2005 после возникновения императивных позывов к мочеиспусканию, необоснованному повышению температуры тела, слабости, быстрой утомляемости, обратилась в детскую поликлинику, анализ мочи: L=10-13 в п/з, анализ крови без патологии. Направлена в ДРКБ №2

A.vitae: у матери хронический пиелонефрит.

Лабораторных и инструментальных данных:

Анализа крови: повышение содержания мочевины (7,5) и креатинина крови (0,042). Анализа мочи: лейкоцитурия (общий анализ мочи 10-13; по Нечипоренко - 4500), при бак. посеве выделен E.coli 5 тыс/мл. Заключения УЗИ: Умеренное уплотнение в обеих почках.

ЭТИОЛОГИЯ ПАТОГЕНЕЗ

ПИЕЛОНЕФРИТ (ПЕН) — микробно-воспалительное заболевание почек с преимуще­ственным поражением чашечно-лоханочной системы и в меньшей мере – интерстициальной ткани паренхимы и канальцев почек. В 50-70% заболевание начинается в раннем детстве.

Как правило, бактерии, вызывающие заболевание - комменсалы кишечника, обитающие в кишечнике здорового человека. К ним относятся: кишечная палочка, протей, энтерококк, клебсиеллы, реже золотистый и кожный стафилококки. Чаще всего из мочи выделяют кишечную палочку и протей.

Большинство уропатогенных грамотрицательных бактерий имеют своеобразные реснички белковой природы. Способствующие прикреплению бактерий к клеткам мочевых путей. К-антиген бактерий препятствует опсонизации и фагоцитозу, О-антиген определяет эндотоксический эффект. Эндотоксин (липополисахарид А) оказывает влияние на гладкую муску­латуру мочевых путей, снижает их перистальтиче­скую активность, вплоть до полной блокады, функциональной обструкции.

Нарушения уродинамики приводят к повы­шению внутрилоханочного и внутримочеточникового давления, возникновению пиелотубулярного рефлюкса. Адгезия бактерий к уроэпителию препятствует механическому вымыванию их из моче­вых путей, а эндотоксический эффект, ведущий к нарушению уродинамики, облегчает ретроградное продвижение бактерий по мочевым путям. В течение заболевания, как правило, происходит смена штамма или даже вида возбудителя; нередко повторные обострения уже вызывает смешанная бактериальная флора.

Запоры и другая патология ЖКТ, сопровождающаяся дисбактериозом, — «поставщики» бактериальной флоры, возможен лимфогенный путь проникновения бактерий из кишечника.

В персистировании бактериальных антигенов в почках определенную роль играют вирусы, микоплазмы, хламидии, вызывающие также и уретрит.

Предрасполагающим фак­тором к возникновению ПЕН являются хрониче­ские заболевания почек у дру­гих членов семьи, особенно у матери (в частности, ПЕН во время беременности).

Пиелонефрит развивается при нарушении уродинамики, затруднении или нарушении естественного тока мочи. Именно восходящий путь является ведущим в попадании возбудителя сначала в лоханки, затем в канальцы, интерстиций почки. При постоянном токе мочи вниз микробы попадают в почку за счет рефлюкса. Рефлюкс – это патологическое явление, возникающее в результате анатомических дефектов, препятствующих току мочи (дискинезия перешейка чашечки, сужение перешейка чашечки, добавочный сосуд, стриктура мочеточника) или нарушения нервной регуляции тонуса мускулатуры разных отделов мочевыводящей системы.

Возникновению ПЕН способствует повреж­дение интерстициальной ткани почек. При­чины - вирусные и микоплазменные инфекции (Коксаки В, цитомегалия и др.), лекарствен­ные поражения (гипервитаминоз D), дисметаболическая нефропатия, ксантоматоз.

Причиной бактериурии и бактериемии могут быть интеркуррентные заболевания половых орга­нов (вульвиты, вульвовагиниты), кариес зу­бов, хронический холецистит, колит, хронический тонзиллит и др.

Считается, что в патогенезе ХПЕН у ряда больных лежит аутоаллергия. Наличие положительных реакций, свидетельствующих о развитии реакции гиперчувствительности замед­ленного типа к возбудителю, выделенному из мочи (реакции лейкоцитолиза, бласттрансформации, торможения миграции макрофагов и др.), обнару­жение в крови антител к белку Тэмма—Хорсфелла.

Таким образом, в патогенезе ПЕН играют роль следующие факторы:

1) нарушения уродинамики — наличие аномалии мочевых путей, ВУР, приводящих к задержке мочи;

2) бактериурия, развивающаяся как при остром заболевании, так и вследствие присутствия хро­нического очага инфекции или прорыв бактерий через мезентериальные лимфоузлы;

3) предшествующее поражение интерстициальной ткани почки

4) нарушения реактивности организма, его гомеостаза, в частности, иммунологической реактив­ности. Из изменений иммунологической реак­тивности при обострении ПЕН отмечают: сни­жение фагоцитарной активности нейтрофилов и завершенности фагоцитоза, дефицит общего ко­личества Т-клеток, но при увеличении Т-супрессоров.

МЕНЮ

Должная масса тела ребенка: 2850+7150=10000г

Фактическая масса тела ребенка:10300г

Объем питания:10300\*1/8=1300мл/сут

Однако ребенок в возрасте 1 года не должен получать пищи объемом более 1000мл/сут, поэтому суточный объем питания – 1000мл. Частота питания 5 раз в сутки. Разовый объем питания: 1000:5=200мл

Меню:

6ч грудное молоко 200 мл

10ч каша гречневая 140г со сливочным маслом 10г + пюре из зеленых яблок 50г

14ч овощной суп-пюре 110мл + котлета мясная 40г + сухарик10г + смородиновый сок 50мл

18ч творог 50г + 1/2 пряника 10г + 140мл кефира

22ч грудное молоко 200 мл

Продукт Б Ж У ккал

Молоко 400мл 11,2 14,0 18,0 248

Каша 140г 5,1 8,9 24,5 205

Яблочное Пюре 50мл 0,2 - 5,8 24

Слив. масло 10г 0,05 8,0 - 74,1

Овощной суп-пюре 110мл 1,8 3,6 17 115

Котлета 40г 8,4 6,2 5,6 115

Сок 50мл 0,4 - 9,8 41

Сухарь 10г 1,3 0,15 9 46

Творог 50г 6,0 4,3 1,7 70,5

Кефир 150мл 4,2 5,3 6,8 95

Пряник 10г 1,0 1,1 6,8 47

Печенье 20г 1,8 2,0 12,8 90

ИТОГО: 40,1 56,45 130,7 1268,9

На 1 кг массы тела ребенка приходится:

Белков – 40,1:10,65=3,7г (N=3,5-4,0г)

Жиров – 56,45:10,65=5,4 (N=5,0-5,5г)

Углеводов – 130,7:10,65=12,1 (N=12,0-14,0г)

Калорийность 1268,6:10,65+118,2ккал (N=110-120ккал)

Заключение: питание ребенка полноценное, сбалансированное по белкам, жирам, углеводам и калорийности, соответствует возрасту.

ЭПИКРИЗ

Ребёнок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 4.10.2001г.р поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12.05.05 с диагнозом:

Основной: Первичный хронический рецидивирующий пиелонефрит, активная стадия, без нарушение функции почек.

Сопутствующий: нет.

Осложнений: нет.

С жалобами на: императивные позывы к мочеиспусканию, повышение температуры, общую слабость, быструю утомляемость.

Заболевание с 12.2004 связывает с ОРВИ, беспокоило частое мочеиспускание, боли, повышение температуры. Получила необходимое лечение, улучшившее состояние. На 12.2004 анализы крови: СОЭ = 26 мм/ч, лейкоцитоз, мочи: L=9-10 в п/з; в контрольном анализе крови: СОЭ=4-8 мм/ч, мочи L=8-10 в п/з. в мае 2005 после возникновения императивных позывов к мочеиспусканию, необоснованному повышению температуры тела, слабость, быструю утомляемость, обратилась в детскую поликлинику, анализ мочи: L=10-13 в п/з, анализ крови без патологии.

Анамнез жизни: отмечается отягощенная наследственность со стороны мочеполовой системы у матери хронический пиелонефрит.

Объективно: патологических изменений кожи и подкожной клетчатки нет. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Физическое развитие среднее, пропорциональное гармоничное, изменений со стороны других систем нет. Из л/б и инструментальных исследований:

Общий анализ крови от 17.05.05

Гемоглобин 116 г/л

Эритроциты 4,18 х 1012/л

ЦП 0,95

Лейкоциты 6,2 х 109/л

Палочкоядерные 4%

Сегментоядерные 32%

Эозинофилы 2%

Лимфоциты 52%

Моноциты 4%

СОЭ 6 мм/час

Заключение: в пределах нормы.

Биохимия крови от 13.05.05

Креатинин 0,042 ммоль/л

Мочевина 7,5 ммоль/л

Общий белок 68,1 г/л

Мочевая кислота 3,58 ммоль

Щавелевая кислота 87,2 мкмоль/л

Заключение: повышение уровня щавелевой кислоты

Общий анализ мочи от 19.05.05

уд. вес – 1020

прозрачность - прозрачная.

рН – кисл.

белок – нет

Эритроциты – 1-2 в п/з

Лейкоциты – 10-13 в п/з

Заключение: лейкоцитурия.

Анализ мочи 16.05.05

Креатинин – 3,9 ммоль/л

Концентрационный индекс 92,8

Величина клубочковой фильтрации 121,6 мл/л

Процент реабсорбции 98,6%

Заключение: в пределах нормы

Анализ мочи по Нечипоренко от 13.05.05

Лейкоциты – 4500

Эритроциты – 500

Заключение: лейкоцитурия

Анализ мочи по Зимницкому от:17.05.05

Время выпито выделено уд. вес

6-9 150 20

9-12 200 - 1003

12-15 100 50 1017

15-18 - 90 1020

18-21 180 60 1018

21-6 - 80 1022

Всего 630 360

Заключение: гипостенурия.

ЭХО-Кс от 18.05.05

Размеры полостей сердца показаны в динамики. В пределах нормы.

Гинеколог от 13.05.05

Слизистая вульвы гиперемирована, отечна, выделения из половых путей светлые, обильные

Диагноз: вульвовагенит?

Мазок из уретры на флору и ГН от 20.05.05

L - единичные, эпителий 0-1 в п/з, флора отсутствует, ГН и Тr нет

Мазок из влагалища L – нет, эпителий единичный, флора нет, Гн и Tr нет.

Анализ мочи на бак. посев от 19.05

Выделены E.coli 5 тыс/мл

ЭКГ от 13.05

Синусовая аритмия, нормальное положение ЭОС

Копрологическое исследование от 16.05

Консистенция - мягкая

Цвет - коричневый

Лейкоциты – 1-2 в п/з

Эритроциты – ед.

Enter. +

Заключение: Энтеробиоз

УЗИ органов брюшной полости, почек от 19.05.05

Заключение: Расширенные сосуды печени, дисхолия, перерастяжение желчного пузыря. Умеренное уплотнение в обеих почках.

Назначено лечение: Режим общий.

Диета. Стол №5.

медикаментозная терапия:

Rp.: Ampicillini 0,25

D.S.: по 1 флакону 4 раз в сутки в/м, содержимое флакона растворить в 2 мл стерильной воды для инъекций. Курс 7 дней. (из расчета 65 мг/кг).

Rp.: Tab. Furagini 0,05

D. S. по 1/2 табл. 4 раза в сутки. Курс 10 дней.

Rp.: Tab. Pentoxyphyllini 0.1 N 60

D.S. После еды 2 таб. 3 раза в день.

Rp.: Tocopheroli acetate 5%-20ml

D.S.: по 10 капель внутрь (в сутки)

Rp.: Tab. Piridoxini 0.002

D.S.по 1 табл. ежедневно

Rp.: Lactobacterini

D. S. по 3 дозы 2 раза в день. Курс - 10 дней.

Фитотерапия.

Физиолечение.

На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось.

Общее состояние больной удовлетворительное. Ребенок активен. Кожные покровы и видимые слизистые бледно - розовой окраски, влажные. Отеков нет.

Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧД = 22 раза в минуту. Шума трения плевры не выслушивается.

Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 69 ударов в минуту. АД - 90/60 мм.рт.ст. Дополнительных тонов и патологических шумов в сердце не выслушивается.

Живот мягкий, не вздут. При пальпации подвздошных областей напряжения мышц нет.

Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени не увеличены. Поджелудочная железа пальпации не доступна.

Припухлости в поясничной области нет. Почки не пальпируются. При поколачивании по поясничной области ребенок спокоен. Стул и диурез в норме.

Рекомендовано в течение 4 -х месяцев:

* 1-ая неделя каждого месяца - фурагин (по 1\2 таблетки 2 раза в день)
* 2-3-я недели - сбор по Ковалевой (1 ст. ложку сбора настаивать в 0,5 л кипятка в течении 30 мин. Принимать по30 мл 4 раза в сутки.)
* Курс УВЧ через 3 месяца
* Полноценное и сбалансированное питание
* Избегать переохлаждений
* Избегать контакта с инфекционными больными
* Соблюдать правила личной гигиены
* Наблюдение участкового педиатра
* Санаторно-курортное лечение на местных курортах, курортах Железноводска, Трускавецка.

ПРОГНОЗ

Для жизни - благоприятный.

Для выздоровления - благоприятный.

Для трудоспособности - благоприятный.