**I. Паспортная часть.**

**Дата заболевания:** 21.03.13

**Дата поступления в стационар:** 21.03.2013

**Ф.И.О. пациентки:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст:** 9 месяцев (19.06.12).

**Место жительства:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Кем направлен:** скорой мед. помошью

**Диагноз направившего учреждения:** острая кишечная инфекция

**Диагноз клинический:**

**Основной:**

**Сопутствующий:**

**II. Жалобы**

При поступления в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (со слов матери): жалобы на 2 кратную рвоту, частый жидкий стул(4 раза), повышение температуры (37,9оС).

На момент курации: жалобы на кашицеобразный стул(3 раза).

**III. Анамнез настоящего заболевания**

Ребенок заболел 16.03, когда появилась рвота(2 раза), послабление стула(3 раза) без примесей. В этот же день была госпитализирована в кишечное отделение с диагнозом «вирусный гастроэнтерит». В посевах кала был высеян обильный рост стафилококка. 17.03 была выписана с улучшением состояния, были даны рекомендации. 19.03 появился водянистый стул (4 раза )\_без патологических примесей, однократная рвота, температура тела 37.3. дома принимала нитрофуроксазид. Была повторно госпитализирована в кишечное отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 21.03

**IV. Эпидемиологический анамнез**

Семья живет в отдельной 3-комнатной квартире. Санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Питание ребенка полноценное.

**V. Анамнез жизни**

Ребенок от первой беременности, первых родов. Беременность протекала без осложнений. На 37-ой неделе гестации – роды, естественным путем, без осложнений.

Родилась доношенной, масса тела при рождении 3730г., рост – 51 см. Ребенок при рождении закричал сразу, крик был громкий. К груди была приложена в первые сутки, сосала активно. Пупочный канатик отпал на 4й день, пупочная ранка сухая, зажила на пятый день. Сыпи, опрелости на коже не было. Желтухи не было. В роддоме не болела. Из роддома была выписана на 5-е сутки.Первый месяц вскармливание грудное, затем перевод на искусственное, из-за отсутствия молока у матери.

Физическое развитие ребенка удовлетворительное. Голову держит с 1,5 месяцев, гулить начала с 2,5 месяцев. Вес удвоила в 5 месяцев. Первые зубы появились в 6,5-7 месяцев. Впервые села в 6 месяцев.

Наследственный анамнез не отягощен.

Вирусные гепатиты, онкологические заболевания, сахарный диабет, туберкулёз, венерические заболевания мать отрицает у себя, отца и ближайших родственников.

Профилактические прививки ребенок получает в соответсвии с планом календарных прививок.

Аллергические реакции на лекарственные вещества мама ребенка отрицает.

**VI. Настоящее состояние пациентки**

***Общий осмотр:***

Общее состояние пациентки удовлетворительное. Температура тела 36,9ºС. Сознание ясное. Положение в постели активное. Конституциональный тип – нормостенический. Вес ребенка 9400гр. Телосложение правильное. Отклонения в росте и физическом развитии отсутствуют. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы бледно-розового цвета, сухие. Отёков не выявлено.

В зеве – гиперемия дужек и задней стенки глотки. Небные миндалины обычных размеров, рыхлые, налеты отсутствуют.

Лимфатические узлы (затылочные, подчелюстные, околоушные, передние, задние шейные, над- и подключичные, подмышечные, паховые) не увеличены.

***Костно-суставная, мышечная системы:***

В конфигурации скелета деформаций не выявлено, суставы правильной формы, активные и пассивные движения в них в полном объеме, безболезненны. Степень развития мышц, сила и тонус их удовлетворительные

***Система органов дыхания***

Дыхание через нос свободное, ритмичное. Частота дыхания 26 в минуту. Грудная клетка при пальпации безболезненная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации выслушивается бронхиальное дыхание. Хрипов нет.

***Сердечно-сосудистая система***

Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС – 132 удара в минуту.

***Система органов пищеварения***

Язык – влажный, налетов нет; язвы, трещины отсутствуют. Живот обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный, симметричный, видимой перистальтики нет. Печень не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Стул до 5 раз в сутки, обычного цвета без слизи и крови.

***Система органов мочевыделения***

Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

***Нервная система и органы чувств***

При осмотре пациентки парезы, параличи, мышечная атрофия, фибриллярные подёргивания, судороги отсутствуют. Менингеальные симптомы не определяются.

**VII. Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании:

- жалоб (жалобы на 2 кратную рвоту, частый жидкий стул(4 раза).

- анамнеза заболевания (заболела 19.03.13 когда появилась рвота, жидкий стул, температура 37.9 )

- данных объективного обследования (в зеве – гиперемия дужек и задней стенки глотки; )

можно выставить предварительный диагноз:

основной: Острый инфекционный гастроэнтерит неясной этиологии, средней степени тяжести, степень обезвоживания 0 .

сопутствующий: нет

**VIII. План обследования:**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумины, глобулины, глюкоза, билирубин, тимоловая проба, АсАт, АлАт);
4. Анализ кал на ПЭБ;
5. Анализ кал на E. coli;
6. ИФА на ротавирусы;
7. Анализ кала на яйца гельминтов;
8. Копроцитограмма;

**IX . План лечения**

1. Режим: палатный

2. Стол: С+Бм

3. Инфузионная терапия.

4. Энтеросорбенты: "Энтеросгель" - по 1 ч. ложке х 4 р/сут.

5. Эубиотики (ч/з два часа после энетеросорбентов): "Линекс" по 1 капсуле х 3 р/сут. (капсулу вскрыть и содержимое размешать в теплой кипяченой воде) внутрь.

**X. Результаты лабораторно – инструментального обследования.**

*Общий анализ крови 21.03.13г.*

Эритроциты – 3.93 \*1012/л

Гемоглобин – 118 г/л

ЦП – 0,90

Тромбоциты-259.4\*109/л

Лейкоциты – 9.1 х 109/л

Эозинофилы – 2%

Палочкоядерные нейтрофилы – 6%

Сегментоядерные нейтрофилы – 32%

Лимфоциты – 48

Моноциты – 8%

СОЭ – 13 мм/ч.

*Заключение: ускорение соэ*

*Общий анализ мочи от 22.03.13*

Цвет: светло-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1016

Прозрачность: полная

Белок: нет

Сахар: нет

Эпителий: 2-3 в поле зрения

Лейкоциты: 1-2 в поле зрения

Эритроциты: 2-3 в поле зрения

*Заключение: отклонений от нормы не выявлено.*

*Биохимический анализ крови от 16.10.12*

глюкоза 4,82

мочевина 2.61

амилаза 65

К -45

Na-142

CL-106

CPБ<6

*Заключение:отклонений от нормы нет*

*Копроцитограмма от 02.03.13:*

Лейкоциты – 1-2

Жир нейтральный +

Раст. клетчатка – 1-2 в поле зрения

Бактерии +

*Заключение: наличие бактерий*

**XI. Обоснование клинического диагноза**

На основании:

- жалоб (на 2 кратную рвоту, частый жидкий стул(4 раза), повышение температуры (37,9оС).

- анамнеза заболевания (Ребенок заболел 16.03, когда появилась рвота(2 раза), послабление стула(3 раза) без примесей. В этот же день была госпитализирована в кишечное отделение с диагнозом «вирусный гастроэнтерит». В посевах кала был высеян обильный рост стафилококка. 17.03 была выписана с улучшением состояния, были даны рекомендации. 19.03 появился водянистый стул (4 раза )\_без патологических примесей, однократная рвота, температура тела 37.3. дома принимала нитрофуроксазид. Была повторно госпитализирована в кишечное отделение ВИКБ 21.03)

- данных объективного обследования ( в зеве – гиперемия дужек и задней стенки глотки)

**-** данных лабораторно-инструментальных методов исследования (при посеве кала было выделено большое количество St. aureus)

**можно выставить клинический диагноз:**

**основной: Стафилококковый гастроэнтерит, средней степени тяжести, степень обезвоживания 0**

**сопутствующий: нет**

**XII. Дневник наблюдения**

(22.03.13.). жалобы на жидкий стул. T 36,8оC. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Аппетит хороший. Кожный покров сухой чистый. В зеве – гиперемия дужек и задней стенки глотки. Небные миндалины обычных размеров, рыхлые, налеты отсутствуют.

Л/у не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 26 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 136 в минуту. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул учащенный, без примеси крови и слизи. Менингеальные симптомы отсутсвуют

(25.03.13) Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Аппетит хороший. Кожный покров чистый. Задняя стенка глотки не гиперемированна. Небные миндалины не увеличены, налеты отсутствуют.

Л/у не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 24 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС – 142 в минуту. Язык влажный, не обложен. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличена. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул в норме. Менингеальные симптомы отсутсвуют.

**XIII. Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата начала заболевания: 19.03.13. Дата поступления в стационар: 21.03.13.

Лабораторно-инструментальные данные: *ОАК(* Эритроциты – 3.93 \*1012/л

Гемоглобин – 118 г/л ЦП – 0,90 Тромбоциты-259.4\*109/л

Лейкоциты – 9.1 х 109/л Эозинофилы – 2% Палочкоядерные нейтрофилы – 6% Сегментоядерные нейтрофилы – 32% Лимфоциты – 48 Моноциты – 8%

СОЭ – 13 мм/ч.)

; *ОАМ ( от 22.03.13),* цвет: светло-желтый*,* реакция: кислая*,* удельный вес: 1016*,* прозрачность: полная*,* белок: нет*,* сахар: нет, эпителий: 2-3 в поле зрения*,* лейкоциты: 1-2 в поле зрения*,* эритроциты: 2-3 в поле зрения; *БАК (от 22.03.13):* общий белок 65,8 г/л, альбумины47,8, глобулины 18,0, глюкоза 4,98, мочевина 6,05, АсАт 42,3, АлАТ 53,0, тимоловая проба 6,1; *Копроцитограмма (от 22.03.13):* лейкоциты – единичные в поле зрения, жир нейтральный – значительное количество, раст. клетчатка – 1-2 в поле зрения, бактерии +; посев кала: большое количество стафилококков

Выставлен диагноз:

Основной: Стафилококковый гастроэнтерит, средней степени тяжести, степень обезвоживания 0

Сопутствующий: нет

Лечение: "Энтеросгель" - по 1 ч. ложке х 4 р/сут.

Эубиотики (ч/з два часа после энетеросорбентов): "Линекс" по 1 капсуле х 3 р/сут. (капсулу вскрыть и содержимое размешать в теплой кипяченой воде) внутрь.

Рекомендации при выписке:

- Освободить от профилактических прививок на 1 месяц;

- Осмотр врача-педиатра через 1 месяц со сдачей развернутого анализа крови