Алтайский Государственный Медицинский Университет

## Кафедра детских болезней

Заведующий каф.: проф. Клименов Л.Н.

Преподаватель: асс. Веселовская О.Ю.

Куратор: студент группы № 522

Якушев Н.Н.

### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больного:

Диагноз: Острый пиелонефрит на фоне пиелоэктазии почек, нефроптоза справа, дизметаболическая нефропатия типа оксалурии, активная стадия.

#### Барнаул

#### 2004

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Ф.И.О.:
2. Дата рождения: 24.03.1998 (6 лет).
3. Адрес и место работы родителей:

##### Домашний адрес: г. Барнаул

Мать:

Отец:

1. Диагноз при поступлении:

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

На недомогание, общую слабость, боль в правом боку, учащённое мочеиспускание. Резкое снижение аппетита. Высокую температуру (39,6 гр.).

**АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Заболел 29.08.2004, когда у ребёнка повысилась температура до 39,6 гр. Появилась боль в правом боку, стал часто мочиться. Обратились в детскую поликлинику. В поликлиннике назначили амоксициллин, фурадонин, «Найз».

02.09.04 было проведено УЗИ.

УЗИ показало эхопризнаки острого пиелонефрита, диффузное изменение в синусах почек.

02.09.04 – направлен в стационар.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Ребенок от 1-ой беременности, первых родов. В анамнезе угроза прерывания беременности, токсикоз, анемия, отёки, сохраняла дважды. Родился доношенный, массой - 3170 г., ростом - 51 см. врожденных уродств заболеваний выявлено не было. У мальчика диагностировали кефалогематому. Закричал сразу, громко.

Впервые ребенок приложен к груди через 30 мин. Физическое, моторно-статическое и психическое состояние соответственно возрасту.

Гемотрансфузии не проводилось, аллергия пищевая в виде сыпи по всему телу, к чему мать не знает. Туберкулёз, венерические заболевания в семье нет.

Состоит на учёте у фтизиатра, т.к. туберкулёзная манту 13 мм. Получал соответствующую терапию.

Жилищно-бытовые условия семьи удовлетворительные. Воспитывается родителями, соблюдает режим дня, регулярно бывает на воздухе. Придерживается диеты с ограничением продуктов, вызывающих аллергию.

**СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ**

Мать: здорова.

Отец: здоров.

В семье, со слов матери, туберкулезом, сифилисом, алкоголизмом, психическими и нервными болезнями никто не болеет. Заболеваний, сходных с имеющимся как у сына, мать не отмечает.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

(Status presens objectivus).

Общее состояние ребенка удовлетворительное, положение в постели активное, Т - 39,6 С. Сознание ясное, настроение бодрое, поведение сдержанное, обычное выражение лица, ребенок интеллектуально развит, патологии со стороны памяти и речи не выявлено.

Развитие психики, статических и моторных функций соответствует возрасту. Патологии со стороны ЧМН, периферических нервов не выявлено. Кожные, сухожильные рефлексы, рефлексы со слизистых оболочек сохранены, живые, симметричные. Патологических рефлексов и симптомов не выявлено. Больной устойчив в позе Ромберга, патологии при исследовании координаторных систем не отмечается. Менингеальных симптомов нет. Двигательная функция нервной системы не нарушена (парезов, параличей нет). Чувствительность сохранена, одинаково выражена на симметричных участках. Дермографизм красный, не стойкий.

Кожные покровы телесного цвета, кожа эластичная, умеренно влажная, чистая. Проба щипка отрицательная. Состояние волос и ногтей удовлетворительное.

Подкожно-жировой слой развит умеренно, равномерно распределен по всему телу. Визуально и пальпаторно уплотнений и отеков не выявлено.

Слизистые обычной окраски без патологических высыпаний и изъязвлений. Пальпируются нижнечелюстные, заднешейные, единичные паховые лимфоузлы обычных размеров, умеренно плотные. Безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Мышечно-связочный аппарат развит удовлетворительно, тонус и сила мышц нормальные. Объем активных и пассивных движений сохранен во всех суставах. Патологических изменений суставов (нарушение конфигурации, отечности, гиперемии, повышения температуры, болезненности) не выявлено.

Костная система: череп правильной округлой формы, патологических изменений нет, грудная клетка цилиндрической формы, эпигастральный угол острый, ребра направлены косо, сверху вниз. При исследовании позвоночника патологических деформаций не отмечено, физиологические изгибы хорошо выражены. Кости конечностей развиты пропорционально без патологических искривлений и деформаций.

Органы дыхания: ЧД -22 в мин., одышки нет. Носовое дыхание не затруднено. Голос не изменен. Грудная клетка симметричной формы, лопатки расположены на одном уровне и одинаковом расстоянии от позвоночного столба, незначительно отстают от грудной клетки. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки умеренно выражено и одинаковой силы. При перкуссии выслушивается ясный легочной звук.

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание.

Дополнительных дыхательных шумов не выявлено. Бронхофония не изменена.

Органы кровообращения: при осмотре и пальпации сердечной области патологических изменений (сердечный горб, сердечный толчек, пульсация колатеральных сосудов) не выявлено. Верхушечный толчек локализуется в правом межреберьи слева, размером около 2-х см, умеренной высоты, резистентный. Кошачьего мурлыканья не выявлено. Пуль одинаковый на обеих руках, частота - 100 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Границы абсолютной и относительной тупости сердца.

|  |  |
| --- | --- |
| Границы | Относительной тупости |
| Верхняя | верхний край 3-го ребра |
| Правая | на 0,5 см кнаружи от правой грудинной линии |
| Левая | на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии |

Аускультативно в области верхушки определяется 2 тона, преобладает 1-й тон. Тоны ритмичные, звучные, громкие, ясные. Патологических шумов не выявлено.

На основании сердца (на уровне 2-го межреберья около правого и левого края грудины) выслушиваются 2 тона, 2-й тон преобладает над первым, акцент 2-го тона на легочной артерии. Тоны ритмичные, звучные, ясные, без патологических шумов.

В нижней трети грудины и в точке Боткина аускультативная картина без патологии.

АД на руке 100/70 мм. рт. ст.

Органы пищеварения и брюшной полости:

при осмотре слизистые рта, губы розовые, язык не обложен, запах изо рта обычный, акт глотания на затруднен, безболезненный. Миндалины не увеличены. Живот правильной формы без видимых патологических выпячиваний, кожа живота чистая, перистальтика визуально не определяется, патологического расширения подкожных вен нет.

При перкуссии живота над всей поверхностью определяется тимпанический звук.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождений прямых мышц живота, грыж, увеличения внутренних органов не определяется.

Результаты глубокой методической топографической скользящей пальпации:

1. сигмовидная кишка - в виде гладкого, плотноватого, подвижного, безболезненного цилиндра толщиной около 2-х см.
2. слепая кишка - в виде цилиндра толщиной около 3-х см, с гладкой поверхностью, безболезненна и малоподвижна.
3. поперечно-ободочня кишка - в виде мягкого цилиндра диаметром около

2-х см, подвижная и безболезненная.

1. нисходящие отделы ободочной кишки – болезненность отсутствует.

Результаты перкуссии печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии 9 см (верхняя граница на уровне 6-о ребра, нижняя у края реберной дуги), по срединной линии - 8 см, по косой - 7 см (от начала мечевидного отростка до боковой границы печени в левом подреберьи).

Печень при пальпации на уровне реберной дуги, нижний ее край острый, мягко-эластичный, безболезненный при пальпации. Пузырная точка безболезненна. Симптомы Георгиевского-Мюсси, Мерфи, Ортнера-Грекова, Менделя отрицательные.

Пропальпировать поджелудочную железу не удалось. Точки Мейо-Робсона, Дежардена безболезненны.

Размеры селезенки при перкуссии 6 и 8 см. Пропальпировать селезенку не удалось.

Мочеполовая система: вторичные половые признаки отсутствуют. При осмотре поясничная область без изменений, отёк отсутствует. Симптом Пастернацкого положительный с правой стороны. Почки не доступны пальпации.

Эндокринные ораны: клинических симптомов поражения желез внутренней секреции (акромегалия, ожирение, патологические пигментации) не выявлено. Щитовидная железа пальпируется на передней поверхности шеи в виде мягко-эластичного образования, безболезненного при пальпации.

Органы чувств: при внешнем осмотре патологии со стороны глаз, ушей, носа, рта не выявлено.

Физическое развитие:

Вес 23,5 кг

Рост 116 см

физическое развитие соответствует возрастной норме.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ**

**МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Общий анализ крови

Нь - 125 г/л

Лейкоциты – 5 \*10 /л

СОЭ - 14 мм/ч

Общий анализ мочи

Количество 100 мл

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес - 1015

Белок - 0,033 г/л

Эпителий плоский - изредка

Лейкоциты 4-6 в п/з

Эритроциты 3-5 в п/з

Оксалат ++

Биохимический анализ крови

Мочевина 3,8 ммоль/л

Белок 82,4 г/л

Мочевая кислота 0,167 ммоль/л

Холестерин 3,4ммоль/л

Анализ мочи по Нечипоренко.:

лейкоциты 4 \*10 /л

эритроциты 0,5 \*10 /л

цилиндры не обнаружены.

Анализ мочи по Зимницкому

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | В р е м я | Количество мочи | Относительная плотность |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8. | 6.00. - 9. 00  9.00. - 12.00.  12.00. - 15.00.  15.00. - 18.00.  18.00. - 21.00.  21.00. - 24.00.  24.00.. - 3.00.  3.00. - 6.00. | -  230  100  160  220  50  -  260 | -  1,003  1,007  1,004  1,007  1,008  -  1,011 |

Дневной диурез 710 мл

Ночной диурез 310 мл

Общий диурез 1020 мл

УЗИ почек:

Пиелоэктазия почек. Повышенная подвижность правой почки. Признаки дизметаболической нефропатии.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

На сновании жалоб на резкие боли в поясничной области справа, а также боли внизу живота справа, положительный с-м Пастернацкого справа можно предположить наличие у больной патологии связанной с мочевыделительной системой.

Жалобы на снижение аппетита, общую слабость, головную боль, головокружение, повышение температуры говорят об интоксикационном синдроме и, отнюдь, не исключают патологии со стороны мочевыделите6ьной системы (МВС).

Исходя из данных анамнеза длительность заболевания 10 дней, что говорит об остром процессе.

Данные лабораторных и инструментальных исследований (ОАМ: незначительная протеинурия - 0,033 г/л, незначительная лейкоцитурия - 4-6 в п/з; анализ мочи по Нечипоренко - лейкоцитурия;).; УЗИ почек - эхопризнаки острого пиелонефрита, диффузное изменение в синусах почек – подтверждают наличие острого пиелонефрита.

Благодаря УЗИ выясняется причина возникновения данного заболевания. - Пиелоэктазия почек. Повышенная подвижность правой почки. Признаки дизметаболической нефропатии.

Окончательно основной диагноз можно сформулировать так:

Острый пиелонефрит на фоне пиелоэктазии почек, нефроптоза справа, дизметаболическая нефропатия типа оксалурии, активная стадия.

**ЛЕЧЕНИЕ**

1. Полупостельный режим 2-3 нед.
2. Диета преимущественно молочно-растительная без раздражающих и экстрактивных блюд и веществ (стол №5 - печеночный). Показано введение большого количества жидкости (в 1,5 раза превышающее возрастные нормы). Дополнительную жидкость вводить за счет соков, компотов. Показаны свежие овощи и фрукты, обладающие диуретическим эффектом (арбузы, виноград, дыни, кабачки).
3. Медикаментозное лечение:

* Амоксициллин
* Диазолин 0,5 т./2раза в день
* Нитроксалин 1т./4 раза
* Фортум 750мл/ 2 раза в день.

**Рекомендации:**

1. Закончить курс стационарного лечения.

2. Соблюдение молочно-растительной диеты, исключая раздражающие и экстрактивные вещества, пряности, маринады, копчености, колбасы, консервы, специи. Полезно проводить зигзагообразную диету т.е. перввые 7-10 дней продукты, обуславливающие щелочную реакцию мочи (овощи, фрукты, ягоды, молоко, сахар и др.), а следующие 7-10 дней - кислую реакцию мочи (кефир, творог, каши, хлеб, рыба, мясо)Рекомендовано употребление соков, овощей и фруктов, обладающих диуретическим эффектом (арбузы, дыни, баклажаны, виноград).

1. Медицинское освобождение от занятий спортом и физкультурой в основной группе в течении 1 года. И вместе с тем, ребенку показаны умеренные занятия физкультурой.
2. Противорецидивная терапия после выписки из стационара:

первые 7-10 дней каждого месяца - урасептик (1 раз в день на ночь, 1/4 часть суточной дозы), последующие 20 дней - сборы трав по Ковалевой или другие, более простые, лекарственные сборы (см. выше).

5. Санация очага стрептококковой инфекции.

6. Диспансерное наблюдение у участкового педиатра по месту жительства в течении 5 лет с тщательным контролем мочи на степень бактериурии и лейкоцитурии (анализ мочи по Нечипоренко, а лучше по Адис-Каковскому):

1. до окончания курса непрерывной а/бактериальной терапии - 1 р/2нед.
2. последующие 6 мес. - 1р/мес.
3. далее 1 раз в 2-3 мес., и обязательно 2 раза при любой интеркуррентной инфекции (первый раз в разгар заболевания, второй раз через неделю после его окончания).
4. осмотр врачем-педиатром: в первый год - 1 р/мес., в дальнейшем 1 р/квартал при отсутствии обострений.
5. осмотр стоматолога, оториноларинголога ( для исключения хронического инфекционного очага, будь то хронический тонзиллит, аденоиддит, кариес зубом или др.) и троекратныеанализы кала на яйца глистов (с обязательным соскобом на яйца остриц): 1 раз в полгода.

7. Соблюдение правил личной гигиены.

8. Санитарно-курортное лечение (Трускавец, Боржоми, Железноводск, Есентуки).