Алтайский Государственный Медицинский Университет

## Кафедра детских болезней №2

Заведующий каф.: проф. Лобанов Ю.Ф.

Преподаватель: асс. Михеева Н.М.

Куратор : студентка 512гр. Шмелева Т.Г.

### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больная: ФИО

Диагноз: Острый пиелонефрит. Вторично-обструктивный. Период разгара. Нарушение фильтрационной и тубулярной функций почек.

#### Барнаул 2008

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

1. Ф.И.О.:
2. Дата рождения:08.10.2001 7 лет).
3. Домашний адрес: Ребрихинский район, с.Белово, ул. Партизанская 13 , д.1
4. Дата поступления в стационар: 7.11.2008г
5. Дата курации: с 11.11.2008-17.11.2008г

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

При поступлении ребенок жалуется на: боли в животе над лонным сочленением, частые позывы к мочеиспусканию, болезненность и ощущение жжения в конце мочеиспускания, боли в поясничной области, недомогание, общую слабость, резкое снижение аппетита.

На момент курации: боли в поясничной области, частые позывы к мочеиспусканию и болезненность в конце мочеиспускания, боли в животе над лонным сочленением, общая слабость.

**АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Девочка заболела 05.11.08. когда появились частые позывы к мочеиспусканию, болезненность и ощущение жжения в конце мочеиспускания, боли в животе над лонным сочленением, боли в поясничной области, недомогание, общую слабость, резкое снижение аппетита, повысилась температура до 38 гр.Обратились в детскую поликлинику, где было обнаружено при амбулаторном обследовании в ОАМ: ЛЦ-18-20 в поле зрения

протеинурия 0,3 г\л

По Нечипоренко: ЛЦ 22500\*/л

ЭЦ 10000\*/л

В лечении получала: «Канефрон», «Нитроксолин». Симптомы сохраняются.

Родители связывают начало заболевания с переохлаждением. С 30.10.2008г болела ОРВИ: ринофарингит средней степени. : Признаками его были: насморк, заложенность носа, повышение температуры тела до 39ºС, снижение аппетита, слабость, недомогание. Через 3 дня состояние улучшилось. В данное время период реконвалесценции

Госпитализирована в урологическое отделение для обследования и лечения.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Ребенок от 1-ой беременности протекавшей с гестозом в первой половине беременности и ХПН. Питание матери во время беременности полноценное. Роды первые, срочные в 39 недель, путем кесарева сечения. Родился доношенный, масса 2960 г., длина 51см . По шкале Апгар 7,7 баллов. Закричал сразу, громко. Впервые ребенок приложен к груди на 3 сутки. Пуповина отпала на 3 день, зажила на 10 сутки.

**Физическое развитие:**

Метод сигмальных отклонений.

1 Рост - 125см

2 Масса: - 27 кг

3 Окр.гр.кл.: - 59см

4 Окр.головы:- 52см

1.РОСТ: 125см-124,08см=0,02см 0,02:4,81=0,004<1 сигмы, значит показатель роста – средний.

2.МАССА: 27см-24,29см=2,71 2,71:2,93=0,9<1 сигмы, значит показатель массы – средний

Показатели роста и массы не выходят за границы 1 сигмы, т.е. масса соответствует росту, значит развитие гармоничное.

3.ОКРУЖНОСТЬ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: 59см-58.01см= -0,09см -0,09:2,93= -0,03 сигмы, значит показатель окружности грудной клетки средний.

4. ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ: 52см-51,6см=0,40см 0,40:1,08=0,37<1 сигмы, значит показатель окружности головы средний.

Индекс Тура : 59см-52см=7см – девочка развита пропорционально.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: физическое развитие девочки – среднее, гармоничное, пропорциональное.

**ЦЕНТИЛЬНЫЙ МЕТОД:**

1 Рост - 125см показатель находится в зонах 25-75 центелей, значит рост средний.

2 Масса: - 27 кг показатель находится в зонах 75-90 центелей, значит масса выше среднего. Показатели роста и массы выходят за границы одних центильных зон, развитие можно считать дизгармоничным.

3 Окр.гр.кл.: - 59см показатель находится в зонах 25-75 центелей, значит окружность груди средняя.

1. Окр.головы:- 52см показатель находится в зонах 25-75 центелей, значит окружность головы средняя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: физическое развитие девочки – среднее, дизгармоничное.

В физическом развитии не отставала. Головку начала держать в 2 месяца, переворачиваться набок начала в 3 месяца, сидеть в 6 месяцев, стоять 8 месяцев, ходить в

В психическом развитие также не отставала. Осознанно улыбаться начала в конце первого месяца, гулить стала в 3 месяца, начала произносить отдельные слоги в 6 месяцев, когда начала произносить слова, фразы мать не помнит. В обществе ребенок ведет себя общительно.

Грудное вскармливание длилось до 12 месяцев. Соки и тертое яблоко стала давать в 4,5 месяца в соотношении 30% / 70% соответственно. Прикармливать ребенка начала в 5 месяцев в виде овощного пюре одного вида овощей ( начала с картофеля, затем капуста, морковь,тыква) .В 5,5 мес –творог.В 6 мес в рацион добавила молочные каши ( гречневые, рисовые, кукурузные)В 7 мес-мясо.7,5-кефир.

Прививки проводились все строго по графику. При рождении ребенка (в первые 12 часов жизни) была проведена первая вакцинация против вирусного гепатита В. На 7 день была поставлена вакцинация против туберкулеза. В первый месяц первая вакцинация против вирусного гепатита В. В 3 месяца вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита. В 4.5 месяцев вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита. В 6 месяцев третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита. В 12 месяцев вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита. В 18 месяцев первая ревакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита. В 20 месяцев вторая ревакцинация против полиомиелита. Во время профилактических прививок патологических местных и системных реакций не наблюдалось. В течение первого года жизни ребенок каждый день получал витамин Д (500 ЕД).

В два месяца у ребенка на щеках были высыпания (мама ребенка это связывает с потреблением шоколада).

Социальные условия в семье благоприятные (благоустроенная трехкомнатная квартира). Ребенок имеет отдельную комнату, обставленную детской мебелью, соблюдает режим дня, регулярно бывает на воздухе.

Несмотря на удовлетворительное развитие девочки она С рождения состоит на учете у кардиолога с диагнозом: ВПС ДМЖП, полимембранозный, сектальная комиссура. И фтизиатра, т.к. туберкулёзная манту 13 мм. с наличием инфильтрата. Перенесенные заболевания: ОРВИ (5 раз в год), ангина , аденофлегмона шеи справа.

Гемотрансфузии не проводилось. Аллергические реакции не отмечает. Контакта с инфекционными больными не было. Туберкулёза, венерических заболеваний в семье нет.

**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 интелектуально 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 -18 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 сердечной области выявлен сердечный горб, при пальпации области сердца - систолическое дрожание. Верхушечный толчек локализуется в правом межреберьи слева, размером около 1,5 см. При аускультации – расщепление тонов, акцент 2 тона на аорте, систолический шум При перкуссии обнаружено расширение границ сердца.

Границы абсолютной и относительной тупости сердца.

|  |  |
| --- | --- |
| Границы | Относительной тупости |
| Верхняя | 4 м\р |
| Правая | 4 м\рна 0,5 см кнаружи от правой грудинной линии |
| Левая | 5 м\р на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии |

АД на руке 100/70 мм. рт. ст. . Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 70 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

**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 обеих сторон. 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.

# **План дополнительных методов исследования:**

# Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови (лейкоцитарная формула, Нb, СОЭ, Lei, Э);
2. Биохимический анализ крови
3. Общий анализ мочи (белок, Lei, эпителиальные клетки);
4. Биохимический анализ мочи (общий белок, липиды, К, Nа, Са, Р, мочевина, креатинин, билирубин, титуруемые кислоты);
5. Анализ мочи на бактериурию
6. Исследование мочи по Зимницкому;
7. Моча по Нечипоренко
8. ЭКГ
9. УЗИ почек;

# **Результаты дополнительных методов исследования**:

# Лабораторные исследования:

1 ОАК

Гемоглобин 132 г/л

СОЭ 10 мм/ч

Лейкоциты 6,6х 109/л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы  - | Базо-филы | Миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфо-циты | Моно-циты |
| 1 | 1 | - | - | - | 57 | 37 | 5 |

Заключение: в общем анализе крови не наблюдается никаких признаков анемии, воспаления, сенсибилизации.

1. Биохимический анализ крови

Общий белок 73,6 г/л

Мочевина 2,8 ммоль/л

В биохимическом анализе крови отмечается

1. Общий анализ мочи:

Количество 100 мл

Цвет: соломенно-желтый

Реакция: кислая

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес – м\м

Белок - 0,144 г/л

Сахар: отриц-но

Эпителий плоский – 1-2 в поле зрения

Лейкоциты до 20 в поле зрения

Эритроциты 2-3 в поле зрения

Заключение: В ОАМ обнаружена лейкоцитурия, протеинурия-, что свидетельствует о воспалительном процессе.

1. Биохимический анализ мочи

Сут. кол-во мочи 595 мл

С мин. диурезом 0,41 мл

Креатинин крови 56 мкмоль/л

Креатинин мочи 2,6 ммоль/л

Индекс по эндогенному креатинину 62 мл/мин (норма80-120мл\мин)

Реасорбция воды 99,3%

Титуруемые кислоты 10,1 ммоль/л(норма 48-64 ммоль\л в сутки)

Аммиак мочи 5.9 ммоль/л (норма 38-53 ммоль\л)

Щавеливая кислота 150,3 ммоль/л

Проба Реберга: Снижение эндогенного креатинина свидетельствует о нарушении фильтрационной функции почек. Снижение титуруемых кислот и аммиака мочи указывает на нарушение в тубулярной функции почек.

5. Анализ мочи на бактериурию:

Заключение: обнаружено большое количество микроорганизмов, что свидетельствует о бактериальном, воспалительном процессе..

6. Соскоб на я/г – отрицательный.

###### 7. 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. | 30,0  35,0  50,0  180,0  155,0  5,0  90,0  50,0 | 1017  -  1,003  1,003  1,003  -  1,000  1,001 |

Дневной диурез 390 мл

Ночной диурез 205мл

Общий диурез 595 мл

Заключение: Соотношение дневного и ночного диуреза – 2:3, что соответствует нормальной концентрационной функции почек. Разница между максимальной и минимальной относительной плотностью составляет 0,017 единиц, что свидетельствует о сохраненной способности почки к концентрации и разведению.

1. Анализ мочи по Нечипоренко.:

лейкоциты 22500 \*10 /л

эритроциты 10000\*10 /л

цилиндры не обнаружены.

Заключение : лейкоцитурия, эритроцитурия.

**Функциональные методы исследования:**

* 1. ЭКГ :

Заключение: Ритм синусовый, регулярный. ЧСС 83 уд. в мин.

2. УЗИ почек:

Заключение : Диффузно-неоднородные изменения структуры синусов почек. Пиелоэктазия почек. Симптом Фрейли справа.

**О Б О С Н О В А Н И Е Д И А Г Н О З А :**

Учитывая жалобы пациентки можно выделить:

- Интоксикационный синдром: общая слабость, недомогание, снижение аппетита, субфебрильная температура тела.

- Мочевой синдром: изменение частоты и ритма мочеиспускания, болезненность при нем, патологические изменения в виде: лейкоцитурии, бактериурии.

- Дизурический синдром: частые позывы к мочеиспусканию, болезненность и ощущение жжения в конце мочеиспускания

- Болевой синдром: боли в животе над лонным сочленением, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон

- Данные УЗИ : Диффузно-неоднородные изменения структуры синусов почек. Пиелоэктазия почек. Симптом Фрейли справа.

А так же то, что заболеванию предшествовало ОРВИ, патологическое течение беременности, отягощенную наследственность (у мамы ребенка ХПН).

Окончательно основной диагноз можно сформулировать так:

Острый пиелонефрит. Вторичный обструктивный. Период разгара. Нарушение фильтрационной и тубулярной функций почек.

Исходя из данных анамнеза: длительность заболевания менее 6 месяцев говорит об остром процессе.

Дизурия, болевой синдром,данные лабораторных и инструментальных исследований (ОАМ: протеинурия - 0,144 г/л, лейкоцитурия ,анализ мочи по Нечипоренко - лейкоцитурия; эритроцитурия).; УЗИ почек - эхопризнаки острого пиелонефрита, диффузное изменение в синусах почек – подтверждают наличие острого пиелонефрита.

Вторичный обструктивный поставлен на фоне микробно-восполительных процессов в почках. Наличие симптома Фрейли.

Период разгара т.к.субфебрильная температура, слабость, недомогание.

На нарушение фильтрационной функции указывает снижение эндогенного креатинина в ОАМ.

На нарушение тубулярной функции почек указывает снижение титуруемых кислот и аммиака мочи.

**ДНЕВНИК ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Течение болезни. | Лечение. |
| 11,11,08 | Состояние больной удовлетворительное. Сон хороший, t=36.6 градусов Цельсия. Жалобы на сохраняющиеся боли внизу живота.  Объективно: Кожа нормального цвета, цианоза губ, конечностей нет. АД 105/65 мм. Рт. Ст. симметрично на обеих руках, пульс твердый, симметричный, частотой 96 ударов в минуту. ЧД = 20 движений в минуту. Стул жидкий, боли при мочеиспускании сохраняются, печень под краем реберной дуги. Край печени мягкий, эластический, подвижный. |  |
| 13,11,08 | Состояние больной удовлетворительное. Сон хороший, t=36.5 градусов Цельсия. Жалобы на боли при мочеиспускании  Объективно: Кожа нормального цвета, цианоза губ, нет. АД 103/65 мм. Рт. Ст. симметрично на обеих руках, пульс твердый, симметричный, частотой 97 ударов в минуту. ЧД = 20 движений в минуту. Стул в норме, мочеиспускание не нарушено, живот мягкий, печень под краем реберной дуги. Край печени мягкий, эластический, подвижный. |  |

**Л Е Ч Е Н И Е**

1. Режим постельный 2-3 нед.
2. Диета с исключением экстрактивных веществ оказывающих раздражающее действие (острое, копченое, газированные напитки, специи) стол №5 Показано введение большого количества жидкости (в 1,5 раза превышающее возрастные нормы). Дополнительную жидкость вводить за счет соков, компотов. С целью форсирования диуреза можно включить фрукты и овощи с диуретическими свойствами (арбузы, дыни, огурцы) .
3. Медикаментозное лечение:

Непрерывный курс антибиотиков1,5-2мес.включает поочередное назначение а/б по 10-14 дней.

1 курс:

Защищенные пенициллины

Цефалоспорины 2-4 поколения

Аминогликозиды(Гентамицин, Амикацин)

2 курс:

Нитрофураны(Фурагин,Фурадонин, Фурамак)

3 курс:

Сульфаниламиды( Бисептол, Сульфадиметаксин)

4 курс :

Препараты Нолидиксовой кислоты(5-нок, Нитрокс)

Прерывистый курс:

20 дней фитотерапии(полевой хвощ,брусника, укроп)

10 дней а/б

Антисклеротические препараты(Делагил) до 6 мес

Симптоматическая терапия:

**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

5. Санация очага стрептококковой инфекции.

6. Диспансерное наблюдение у участкового педиатра по месту жительства в течении 3 лет с тщательным контролем мочи на степень бактериурии и лейкоцитурии (анализ мочи по Нечипоренко):

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.

7. Соблюдение правил личной гигиены.

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