Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра детской хирургии и анестезиологии

История болезни

Больной: 2 года

Клинический диагноз:

Аномалии мочевыводящей системы, гидронефроз слева 3 стадии, хронический пиелонефрит, стадия ремиссии

Куратор:

Студентка 5 курса 16 группы

г. Запорожье 2012

Паспортная часть

1. Фамилия, имя, отчество
2. Возраст: 2 года
3. Пол: мужской
4. Домашний адрес: г. Запорожье
5. Диагноз при поступлении: гидронефроз почки, ПМРС 2х сторон, хр. пиелонефрит, стадия ремиссии
6. Диагноз окончательный клинический: аномалии мочевыводящей системы, гидронефроз слева 3 стадии, хронический пиелонефрит в стадии ремиссии
7. Дата госпитализации: 23.01.12

Жалобы

На момент осмотра мать никаких жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Патология была обнаружена в 2010 году. Ребенок в 1,5 года был обследован урологом, был выявлен хронический пиелонефрит, на данный момент состоит на диспансерном учете по поводу гидронефроза почки.

При обследовании был выявлен гидронефроз слева.

На данный момент ребенок поступил в плановом порядке для подготовки к оперативному вмешательству по поводу гидронефроза, т.к. имеется отрицательная динамика по данным дополнительных методов обследования.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей с угрозой прерывания беременности.

Беременность 1,роды 1, срочные. Ребенок родился с весом 3750г, приложен к груди сразу после рождения. По шкале Апгар на 1 мин -8б, на 5-9б.

Период новорожденности протекал без особенностей.

В 1,5 года был обследован урологом, состоит на диспансерном учете по поводу гидронефроза почки.

Ребенок растет и развивается соответственно возрасту.

Материально-бытовые условия удовлетворительное, питание хорошее.

Из перенесенных ранее заболеваний мать отмечает простудные.

Наследственность не отягощена.

Профилактические прививки согласно календарю прививок.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Объективное обследование больного

Сознание ясное, реакция на окружающих адекватная. Настроение спокойное, ребенок общителен, положение активное, психическое развитие соответствует возрасту.

Кожа: бледно-розового цвета, умеренно влажная (в местах физиологической влажности - ладони, подмышки - влажная), сухая в местах физиологической сухости (локти, колени). Эластичность нормальная, рубцов нет, сыпь, участки гиперпигментации и депигментации, кровоизлияния отсутствуют.

Подкожно-жировой слой умеренно выражен, распределен равномерно. Пастозность и отеки отсутствуют.

Пальпируются тонзиллярные, подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы единичные, подвижные, безболезненные, мягкоэластической консистенции, размером до 0,5см.

Развитие мышц хорошее, видимых атрофий и гипертрофий нет. Тонус мышц нормальный. Болезненность при ощупывании, активных и пассивных движениях отсутствует. Сила мышц нормальная.

Форма головы нормальная, размягчений и деформаций костей нет. Болезненность при надавливании и поколачивании отсутствует.

Болезненность и искривления позвоночника отсутствуют.

Органы дыхания

Охриплости голоса не отмечается. Дыхание свободное. Отделяемого нет.

Грудная клетка нормальная. Число дыхательных движений 30 в мин.

Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки нет. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная.

Перкуторный звук ясный легочной над всей поверхностью легких.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| среднеключичная | VII межреберье | - |
| среднеподмышечная | Х межреберье | XI межреберье |
| лопаточная | XI ребро | XII ребро |
| паравертебральная | на уровне остистого отростка XII грудного позвонка |

При аускультации легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются.

Сердечнососудистая система

При осмотре сердечной области видимых выпячиваний и пульсаций не визуализируется.

Пальпация: верхушечный толчок пальпируется в V межреберье, не усилен, область толчка не расширена. Симптом «кошачьего мурлыканья» отсутствует.

Аускультация: ритм сердечных сокращений правильный ,тоны сердца ясные, звучные.

Пульсация сосудов шеи, височных артерий, артерий конечностей, в надчревной области не визуализируется. Пульс лучевой артерии: 110 /мин. Пульс средний, одинаковый на обеих руках, среднего напряжения, нормальный. А/Д = 105/60 мм рт. ст.

Пищеварительная система

Губы бледно-розового цвета, слегка влажные, трещин и изъязвлений нет. Слизистые оболочки бледно-розовые, влажные, патологических изменений не обнаружено. Язык розовый, влажный, с беловатым налетом, сосочки развиты хорошо, трещин, язв, отпечатков зубов и девиаций нет. Зубы: 28. Десны розового цвета, без кровоточивости и язв.

Глотка: слизистая оболочка бледно-розовая, миндалины не гиперемированы, слегка увеличены, дужки и язычок не гиперемированы. Налетов нет. Задняя стенка без патологических изменений.

Слюнные железы не увеличены, безболезненны, кожа в области желез не изменена, боли при жевании и открывании рта нет.

Живот нормальной формы, симметричен, не вздут, выпячиваний, западений, видимой пульсации нет. Брюшная стенка участвует в акте дыхания, рубцов нет, видимой перистальтики нет. При перкуссии и поколачивании над всей поверхностью - тимпанический звук, болезненность, напряжение стенки живота, флюктуация отсутствуют.

При поверхностной пальпации напряжение брюшной стенки отсутствует, болезненность не отмечается, уплотнений нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При специальной пальпации расхождения прямых мышц живота нет. Аускультация: перистальтика кишечника в норме

Печень и желчный пузырь.

При осмотре печень не увеличена.

При перкуссии: границы печени

верхняя - 7 межреберье по среднеключичной линии

нижняя - на 0,5 см ниже реберной дуги

Болезненность при перкуссии и поколачивании отсутствует.

Определение размеров по Курлову: 9\*8\*7см

При пальпации край печени острый, безболезненный, мягкоэластический, поверхность ровная, гладкая.

Стул: нормальное количество, 1-2 раза в день, оформленный, обычного цвета.

Селезенка: видимого увеличения нет.

При пальпации: - верхняя граница - 8 ребро

нижняя граница - на 1 см кнутри от реберной дуги.

Размеры при перкуссии: длина - 7,5 см, ширина - 4,5 см. Селезенка не пальпируется.

Мочеполовые органы

Выпячиваний над лобком, в области почек не отмечается. Болезненность при поколачивании над лобком отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. Цвет мочи - соломенно-желтый.

Нервная система

Кожные (брюшные) и сухожильные (коленный, ахилов) рефлекся в норме. Менингиальные симптомы отсутствуют. Дермографизм красный, появляется через 5 секунд, нестойкий. Потливости нет. При внешнем осмотре глаз и ушей патологических изменений не выявлено.

Предварительный диагноз

На основании анамнеза заболевания: Патология была обнаружена в 2010 году. Ребенок в 1,5 года был обследован урологом, был выявлен хронический пиелонефрит, на данный момент состоит на диспансерном учете по поводу гидронефроза почки.

На данный момент ребенок поступил в плановом порядке для подготовки к оперативному вмешательству по поводу гидронефроза, т.к. имеется отрицательная динамика по данным дополнительных методов обследования.

Объективный осмотр без особенностей

Можно поставить предположительный диагноз: гидронефроз слева, хронический пиелонефрит.

Дополнительные методы обследования

. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

. Анализ кала на яйца глистов

. Анализ крови на группу крови и резус-фактор

. Биохимический анализ крови: коагулограмма, печеночные пробы, электролиты крови, глюкоза крови

. ЭКГ

. УЗИ органов брюшной полости

Общий анализ крови

Гемоглобин 124г/л

Эритроциты 3,9\*10Г/л

ЦП 0,96

СОЭ 7ммтромбоциты 250\*10\*12/л

Лейкоциты 4,3\*10\*12/л

Сегментоядерные 26%

Палочкоядерные 5%

Лимфоциты 64%

Эозинофилы 1%

Моноциты 5%

Общий анализ мочи

Количество 100 мл

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес - 1015

Белок - следы

Сахар - нет

Эпителий плоский - изредка

Лейкоциты 4-6 в п/з

Эритроциты 3-5 в п/з

Биохимический анализ крови 7.03.98 г.

Мочевина 5,8 ммоль/л

Креатинин 0,057 ммоль/л

Белок 79 г/л

Мочевая кислота 0,167 ммоль/л

АЛТ - 8 г/л

Альфа-амилаза 74 Е

ЭКГ

Вольтаж не снижен, ритм синусовый. ЭОС вертикальная, нарушение процессов реполяризации в миокарде

УЗИ

Левая почка: Расширение лоханки слева, эхогенность повышена, почка увеличена в размерах.

Правая без особенностей.

Заключение: гидронефроз левой почки, 3ст.

Дифференциальный диагноз

Вследствие сходства симптомов гидронефроз <http://terms.monomed.ru/info.php?id=36898> следует дифференцировать от почечнокаменной болезни <http://diseases.monomed.ru/info.php?id=166> (не осложненной <http://terms.monomed.ru/info.php?id=19457> развитием гидронефроза <http://terms.monomed.ru/info.php?id=36898>), болезнь протекает скрыто и обнаруживается случайно при рентгенологическом исследовании по другому поводу или ее первые признаки появляются тогда, когда камень имеет большие размеры, а больной отмечает лишь тупые неопределенные боли в поясничной области. Чаще всего при небольшом камне заболевание проявляется приступами почечной колики, а в период между приступами - тупыми болями, изменениями мочи, отхождением камней и песка. Тупая боль в поясничной области усиливается при длительной ходьбе, во время тряской езды, после поднятия тяжестей, но чаще без определенных причин. Поскольку больной часто применяет грелку (после чего боль утихает), можно видеть «мраморную» пигментацию кожи в области над пораженной почкой. Повторные исследования мочи при почечнокаменной болезни всегда обнаруживают микрогематурию, усиливающуюся после ходьбы и физических нагрузок.

От нефроптоза <http://diseases.monomed.ru/info.php?id=1816>, при котором боли возникают при движении, больные предпочитают спать на больном <http://terms.monomed.ru/info.php?id=14221> боку, смещающаяся почка прощупывается в положении больного стоя, а на рентгенограммах <http://terms.monomed.ru/info.php?id=27286>, выполненных в положении лежа и стоя, выявляется значительная подвижность почки <http://terms.monomed.ru/info.php?id=24301>.

При опухоли <http://terms.monomed.ru/info.php?id=19079> почки <http://terms.monomed.ru/info.php?id=24266> в отличие от гидронефроза <http://terms.monomed.ru/info.php?id=36898> пальпируемая почка плотная и бугристая <http://terms.monomed.ru/info.php?id=15024>. При поликистозе <http://terms.monomed.ru/info.php?id=23638> бугристые <http://terms.monomed.ru/info.php?id=15024> почки <http://terms.monomed.ru/info.php?id=24266> прощупываются с обеих сторон.

Во всех этих случаях в дифференциальной диагностике <http://terms.monomed.ru/info.php?id=40485> ведущая роль принадлежит рентгенологическим методам исследования.

ребенок мочевыводящий гидронефроз пиелонефрит

Окончательный диагноз

На основании анамнеза заболевания: Патология была обнаружена в 2010 году. Ребенок в 1,5 года был обследован урологом, был выявлен хронический пиелонефрит, на данный момент состоит на диспансерном учете по поводу гидронефроза почки.

На данный момент ребенок поступил в плановом порядке для подготовки к оперативному вмешательству по поводу гидронефроза, т.к. имеется отрицательная динамика по данным дополнительных методов обследования.

Объективный осмотр без особенностей

На основании данных дополнительных методов исследования: лабораторные показатели без особенностей. УЗИ: Левая почка: Расширение лоханки слева, эхогенность повышена, почка увеличена в размерах.

Правая без особенностей.

Заключение: гидронефроз левой почки, 3ст.

На основании дифференциального диагноза в ходе которого было доказано что данное заболевание не является нефроптозом, мочекаменной болезнью, опухолью почки.

Таким образом можно выставить окончательный диагноз: аномалия мочевыводящей системы, гидронефроз слева 3 стадии, хронический пиелонефрит, стадия ремиссии.

Этиология и патогенез

Гидронефроз может быть врожденным и приобретенным. Причинами врожденного гидронефроза служат дискинезия мочевыводящих путей; врожденная аномалия расположения почечной артерии (или ее ветви), сдавливающей мочеточник; врожденные клапаны и стриктуры мочеточника, ретрокавальное расположение мочеточника: уретроцеле, врожденная обструкция нижних мочевых путей. Причинами приобретенного гидронефроза являются некоторые урологические заболевания: почечно-каменная болезнь, воспалительные изменения мочевой системы, травматические сужения мочевых путей, опухоли мочевых путей, опухоли предстательной железы, а также ретроперитонеальной клетчатки, опухоли шейки матки, злокачественная инфильтрация забрюшинной клетчатки и клетчатки малого таза, метастазы опухоли в забрюшинные лимфатические узлы, наконец, различные травматические и другие повреждения спинного мозга, ведущие к нарушениям оттока мочи. В тех случаях, когда препятствие оттоку мочи расположено дистальнее лоханочно-мочеточникового сегмента и расширяется не только лоханка, но и мочеточник, имеет место гидроуретеронефроз.

Гидронефроз бывает асептическим и инфицированным. В первом случае почечные изменения зависят от степени обструкции и длительности заболевания, во втором - как от степени обструкции и длительности заболевания, так и от вирулентности инфекции. В начальных стадиях заболевания почка внешне мало отличается от здорового органа, обнаруживается лишь расширение лоханки и чашечек. Повышенное внутрилоханочное давление нарушает функцию почек, но эти нарушения еще обратимы и после устранения обструкции функция почек восстанавливается. При более длительном нарушении оттока мочи в почке развиваются органические изменения, которые рассматриваются как обструктивный интерстициальный нефрит. При этом после устранения обструкции функция почки восстанавливается лишь частично. Если происходит инфицирование гидронефроза, то интерстициальный нефрит переходит в обструктивный пиелонефрит.

Причины, вызывающие врожденный гидронефроз:

1. ретрокавальное расположение мочеточника;

2. дискинезия мочевых путей;

. аномальное расположение почечной артерии, что вызывает сдавливание мочеточника (врожденное);

. обструкция нижних мочевых путей (врожденная);

. структуры и клапаны мочеточника (врожденные).

Причины, вызывающие приобретенный гидронефроз:

1. изменения мочевой системы воспалительного характера;

2. сужения мочевых путей, вызванные травмами;

. опухоли, образовавшиеся на шейке матки;

. проникание метастаз опухоли в лимфатические узлы;

. повреждения спинного мозга, которые нарушают отток мочи;

. фиброз ретроперитонеальнои клетчатки;

. инфильтрация клетчатки малого таза и забрюшинной клетчатки злокачественного характера;

. почечнокаменная болезнь;

. опухоль простаты и мочевых путей.

Если препятствие, которое мешает нормальному оттоку мочи, расположено ниже лоханочно-мочеточниковой области, а расширяется мочеточник, а не только сама лоханка, можно говорить о гидроуретеронефрозе.

Лечение

Его важно провести в ранний период, когда устранение обструкции мочевыводящих путей не только предотвращает дальнейшие анатомические изменения, но и приводит к улучшению функции почек. В лечении инфицированного гидронефроза важное место занимает антибактериальная терапия под контролем посевов мочи, исследования микрофлоры на чувствительность к антибактериальным препаратам.

Лечение данного пациента

Данного пациента будем лечить оперативно.

Операция: люмботомия слева, ревизия левой почки, резекция пиелоуретрального сегмента, наложение пилороуретрального анастомоза, дренировние паранефральной клетчатки.

Обезболивание: эндотрахельный наркоз+спинальная анестезия

Техника операции: произведена люмботомия по Федорову слева длиной 12 см. гемостаз. Послойно обнажена левая почка.

Ревизией установлено, что левая почка размером 8\*4\*5 см, розового цвета, паренхима во всех слоях толщиной до 10см.

Лоханка смешанного типа, увеличина в размерах, напряжена, место перехода в мочеточник и верхняя его часть сужена до 1,5мм, на протяжении до 2,5см.

Произведена резекция суженного пиелоуретрального сегмента с верхней частью суженного мочеточника. Гемостаз, наложен пиелоуретральный анастомоз (PPS 6-0).

Проверена проходимость и герметичность анастамоза.

Наружный край и верхний полюс почки тупым путем освобожден от сращения и она опущена книзу с целью наложения анастомоза.

После повторной проверки проходимости и герметичности анастомоза и контроля по гемостазу, рана ушита послойно, наглухо.

Перед ушиванием раны к месту анастамоза через отдельный прокол кожи подведен полихлорвиниловый дренаж. Асептическая повязка.

Медикаметозное лечение:

Rp.: Ceftriaxoni 0,5

D.t.d. №5

S. внутривенно раз в сутки

Rp.: Lactobacterini №20

D.S. по 5 доз 2 раза в день

Дневники наблюдения

.02.

Состояние больного средней степени тяжести. Послеоперационная повязка влажная, пропитана сукровичным отделяемым, по дренажу выделилось около 30мл сукровичного отделяемого.

Кожные покровы бледные, влажные, тургор сохранен. Видимые слизистые обычной окраски.

В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет

Деятельность сердца ритмичная, тоны звучные, шумов нет

Живот при пальпации мягкий, безболезненный по всем областям. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см.

Ад 110/60мм РТ ст, PS 100уд в мин, t 36,7

Лечение продолжать по плану в полном объеме

.02

Состояние больного средней степени тяжести. Дренажи сняты. Повязка сухая, чистая.

Кожные покровы бледные, чистые, нормальной влажности, тургор сохранен. Видимые слизистые без особенностей.

При аускультации легких выслушивается пуэрильное дыхание, хрипов нет

При аускультации сердца: деятельность сердца ритмичная, тоны звучные, патологических шумов нет.

При осмотре живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 1 см.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

АД 110/60 мм рт ст, PS 98уд в мин t 36,6

Прогноз в отношении исхода данного заболевания благоприятный

Прогноз в отношении дальнейшей жизни благоприятный

Эпикриз:

Больной К. поступил 23.01.12 в хирургическое отделение детской больницы № 5 для планового оперативного лечения гидронефроза почки 3 стадии.

Диагноз впервые был установлен в 2010году, в возрасте 1,5 лет был выставлен диагноз: Хронический пиелонефрит. Больной находился на диспансерном учете у детского уролога. Госпитализирован был в связи с тем, что наблюдалась отрицательная динамика.

Больной был обследован, проведены дополнительные методы обследования, выставлен диагноз:

аномалия мочевыводящей системы, гидронефроз слева 3 стадии, хронический пиелонефрит, стадия ремиссии.

Больному была проведена операция: люмботомия слева, ревизия левой почки, резекция пиелоуретрального сегмента, наложение пилороуретрального анастомоза, дренировние паранефральной клетчатки.

Прогноз в отношении исхода данного заболевания при условии соблюдения всех предписаний врача - благоприятный

Прогноз в отношении дальнейшей жизни благоприятный.

Больному рекомендовано:

. соблюдение диеты № 9 в течение 2 месяцев

2. диспансерное наблюдение у детского уролога по месту жительства

. санаторно-курортное лечение в санаториях Бердянска, Сак, Евпатории, Хмельника.

Список использованной литературы

1. Хирургические болезни детского возраста: Учеб. В 2 томах /под ред. Ю.Ф. Исакова.- М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004г.

2. Учебное пособие под ред. Проф. Лосева А.А. - ОГМУ , 2009.