ПАСПОРНЫЕ ДАННЫЕ

**Ф.И.О.:** x

**Возраст:** 10 лет

**Домашний адрес:** г.Донецк

**Дата поступления:** 25.07.96

**Диагноз при поступлении:** острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом.

ЖАЛОБЫ

При поступлении больная жаловалась на изменение цвета (покраснение) мочи, уменьшение количества мочи, боли в поясничной области. Также жаловалась на общую слабость, повышение температуры до 37,6 С.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Заболела 23.07.96, когда, повысилась температура, была однократная рвота. На следующий день покраснела моча, в связи с чем 25.07.96 обратилась к нефрологу и была госпитализирована в кардиоревматологическое отделение ГДБ №5. Со слов больной, острыми респираторными инфекциями в течение предшествующего месяца не болела.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родилась доношенной с массой 3100 г. В детстве перенесла следующие заболевания: ОРВИ, краснуха, ветряная оспа, хронический аллергический ринит. В развитии от сверников не отстает. Отмечает аллергию на яйца. Мать страдает язвенной болезнью. Профилактической вакцинацией охвачена. Дисфункции кишечника в течение 3 недель не было.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Общее состояние больной средней тяжести. Девочка среднего роста, умеренного питания. Кожные покровы чистые. Сознание ясное, больная адекватно реагирует на окружающую обстановку, охотно вступает в контакт. Лицо несколько одутловатое. При осмотре зева определяется легкая гиперемия дужек. Миндалины гипертрофированы. Язык влажный. Симптомы Грефе, Мебиуса отрицательные. Зрачки одинакового диаметра, нистагм отсутствует. Подчелюстные лимфоузлы слегка увеличены до 1 см в диаметре, эластичные, пальпация их чувствительна. Влажность и эластичность кожи не изменены. Подкожная клетчатка выражена достаточно, толщина кожной складки на животе - 3 см. Отеков нет.

Щитовидная железа не увеличена.

Деформации костей и суставов не обнаружено, хруста при движении нет.

Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Границы легких приведены в таблице 1, подвижность легочного края ­ в таблице 2. Аускультативно ­ везикулярное дыхание.

Сердечный горб не определяется. Пульсации шейных сосудов нет. Пульс ритмичный, частота — 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, нормальной величины. АД — 125/90. Границы сердца приведены в таблице 3. Тоны сердца чистые, без дополнительных шумов.

Живот мягкий, имеется легкая болезненность при пальпации в левом подреберье. Петли кишечника обычных свойств, безболезненные. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Стул оформленный. Мочеиспускание не затруднено. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Основываясь на жалобы больной, анамнез заболевания и данные объективного исследования можно поставить диагноз: острый гломерулонефрит. В пользу данного диагноза свидетельствуют следующие факты:

1. Резкое снижение диуреза;

2. Изменение цвета мочи (цвета мясных помоев);

3. Появление отеков в первую очередь на лице;

4. Отсутствие явной патологии со стороны сердца;

5. Положительный симптом Пастернацкого с обоих сторон;

6. Отсутствие дизурических явлений.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

***Анализ крови от 29.07.96:*** эритроциты ­ 3,65\*1012/л, Нb ­ 115 г/л, лейкоциты ­ 5,8\*109/л, эозинофилы ­ 2%, нейтрофилы: палочкоядерные ­ 3%, сегментоядерные ­ 38%, лимфоциты ­ 50%, моноциты ­ 6%; СОЭ ­ 24 мм/ч.

В анализе определяется анемия легкой степени, лимфоцитоз, ускорение СОЭ.

***Биохимический анализ крови от 26.07.96:*** протромбиновый индекс 89,4%, фибриноген ­ 4,8 г/л, время рекальцификации плазмы ­ 130 сек, толерантность плазмы к гепарину ­ 5,5 мин, мочевина ­ 6,0 ммоль/л, креатинин ­ 88,5 мкмоль/л, общий белок ­ 68,1 г/л, билирубин: общий ­ 8,7 мкмоль/л, свободный ­ 2,1 мкмоль/л, АСТ ­ 0,2 мкмоль/ч\*л, АЛТ ­ 0,2 мкмоль/ч\*л.

Уровень белка в плазме нормальный, уровень азотистых шлаков не повышен, показатели коагулограммы в норме.

***Общий анализ мочи от 25.07.96:*** цвет ­ бурый, сильно мутная, уд. вес ­ 1012, белок ­ 1,8 г/л, плоский эпителий ­ единичн. в п/зр, эритроциты свежие ­ все п/зр, выщелоченные ­ 3-5 в п/зр, лейкоциты ­ 2-4 в п/зр, солей нет, зернистые цилиндры ­ 0-1 в п/зр.

В анализе мочи ­ макрогематурия, умеренная протеинурия.

***Анализ крови от 27.07.96:*** эритроциты ­ 4,05\*1012/л, НВ ­ 130 г/л, лейкоциты ­ 4,0\*109/л, эозинофилы ­ 7%, нейтрофилы: палочкоядерные ­ 2%, сегментоядерные ­ 45%, лимфоциты ­ 40%, моноциты ­ 6%.

В анализе определяется лимфоцитоз, показатели красной крови соответствуют норме.

***Общий анализ мочи от 4.09.96:*** цвет ­ светло-желтый, осадок незначительный, уд. вес ­ 1017, белок ­ 0,033 г/л, сахар ­ нет, плоский эпителий ­ 7-8 в п/зр, эритроциты 5-6 в п/зр, лейкоциты ­ 6-8 в п/зр, солей нет, зернистые цилиндры ­ нет.

В анализе мочи ­ небольшое количество белка.

*ЭКГ от 19.08.96:* вертикальное положение электрической оси сердца, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

*УЗИ почек:* удвоение правой почки, увеличение эхогенности паренхимы обеих почек.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

У данной больной можно предположить *острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом*. Необходимо дифференцировать данное заболевание с другими формами гломерулонефритов и острым пиелонефритом.

В отличие от *гломерулонефрита с изолированным мочевым синдромом* у больной имеется отечность и выраженные изменения в моче (протеинурия, макрогематурия).

В отличие *от гломерулонефрита с нефротическим синдромом* у данного больного отсутствует массивная протеинурия (< 1 г/л), в крови нет выраженного снижения уровня общего белка, нет увеличения концентрации холестерина, СОЭ увеличено незначительно, а при нефротическом синдроме она увеличивается до 50-60 мм/ч из-за выраженной гипопротеинемии. Нефротический синдром наиболее часто встречается у дошкольников.

В отличие от *острого пиелонефрита* у данной больной отсутствуют дизурические явления, которые довольно часто наблюдаются при пиелонефрите, осложненном циститом и/или уретритом; температура тела у больной повышалась незначительно, а для пиелонефрита характерна субфефрильная и фебрильная температура; в моче присутствует выраженная гематурия, олигурия, высокая относительная плотность мочи (для пиелонефрита характерны лейкоцитурия, бактериурия, повышение диуреза и снижение относительной плотности мочи).

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основе проведенного дифференциального диагноза можно поставить окончательный диагноз:

**Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период начальных проявлений без нарушения функции почек.**

ЛЕЧЕНИЕ

Режим постельный

Диета: первые три дня: разгрузочные сахарно-фруктовые дни, затем стол №7, 1 раз в неделю ­ разгрузочные сахарно-фруктовые дни.

Медикаментозная терапия:

Rp: Tab. “Ascorutinum” n.20

D.S. По 1 таб. 3 р. в день

Rp: Dr. Diazolinum 0,05

D.t.d.n. 40

S. По 1 таб. 2 р. в день

Rp: Tab. Calcii gluconatis 0,5

D.t.d.n. 40

S. По 1 таб. 3 р. в день

Rp: Tab. Dipiridamolum 0,025

D.t.d.n. 20

S. По 1 таб. 3 р. в день

Rp: Tab. Furosemidi 0,04

D.t.d.n. 10

S. По 1 таб. 2 р. в день

Rp: Tab. “Asparcam” n. 40

D.S. По 1/2 таб. 3 р. в день

Rp: Benzylpenicillini-natrii 500000ED

D.t.d.n. 20 in vitro orig.

S. Содержимое 1 флакона р-рить в 5 мл изотонического р-ра NaCl, вводить в/м 3 раза в день

Rp: Sol. Euphillini 2,4% ­ 1 ml

D.t.d.n. 10 in amp.

S. Растворить в 10 мл 10% глюкозы, ввести в/в струйно 2 р. в день

ДНЕВНИК

**2.09.96 г.**

Общее состояние больной средней тяжести. Девочка среднего роста, умеренного питания. Кожные покровы чистые. Сознание ясное, больная адекватно реагирует на окружающую обстановку. Язык влажный. Симптомы Грефе, Мебиуса отрицательные. Зрачки одинакового диаметра, нистагм отсутствует. Лимфоузлы всех групп не увеличены. Влажность и эластичность кожи не изменены. Подкожная клетчатка выражена достаточно, толщина кожной складки на животе - 3 см. Отеков нет.

Щитовидная железа не увеличена.

Деформации костей и суставов не обнаружено, хруста при движении нет.

Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Границы легких в пределах нормы. Аускультативно ­ везикулярное дыхание.

Сердечный горб не определяется. Пульсации шейных сосудов нет. Пульс ритмичный, частота — 76 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, нормальной величины. АД — 125/90. Границы сердца не расширены. Тоны сердца чистые, без дополнительных шумов.

Живот мягкий, безболезненный. Петли кишечника обычных свойств, безболезненные. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Стул оформленный. Мочеиспускание не затруднено. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обеих сторон.

ВРАЧ:

**3.09.96 г.**

Состояние больной удовлетворительное, ЧД=19, ЧСС=74, отеков нет. При перкуссии лёгких звук ясный легочной над всей поверхностью лёгких, очаговых изменений перкуторного звука нет. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, патологических шумов нет. Тоны сердца чистые, границы без изменений. Живот мягкий, безболезненный. Отрезки кишечника без патологии. Печень и селезёнка не увеличена. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обоих сторон.

ВРАЧ:

**4.09.96 г.**

Состояние больной удовлетворительное, существенно за последний сутки не изменилось, ЧД=17, ЧСС=68, отеков нет. При перкуссии лёгких звук ясный легочной над всей поверхностью лёгких, очаговых изменений перкуторного звука нет. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, патологических шумов нет. Тоны сердца чистые, границы без изменений. Живот мягкий, безболезненный. Отрезки кишечника без патологии. Печень и селезёнка не увеличена. Симптом Пастернацкого слабо положительный с обоих сторон.

ВРАЧ:

**5.09.96 г.**

Состояние больной удовлетворительное, ЧД=16, ЧСС=78, отеков нет. При перкуссии лёгких звук ясный легочной над всей поверхностью лёгких, очаговых изменений перкуторного звука нет. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, патологических шумов нет. Тоны сердца чистые, границы без изменений. Живот мягкий, безболезненный. Отрезки кишечника без патологии. Печень и селезёнка не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обоих сторон.

ВРАЧ:

ЭПИКРИЗ

Больная x, 10 лет, поступила в кардиоревматологическое отделение ГДБ №5 с жалобами на изменение цвета (покраснение) мочи, уменьшение количества мочи, боли в поясничной области. Также жаловалась на общую слабость, повышение температуры до 37,6 С. Заболела 23.07.96, когда, повысилась температура, была однократная рвота. На следующий день покраснела моча. Со слов больной, острыми респираторными инфекциями в течение предшествующего месяца не болела. Родилась доношенной с массой 3100 г. В детстве перенесла следующие заболевания: ОРВИ, краснуха, ветряная оспа, хронический аллергический ринит. Отмечает аллергию на яйца. Мать страдает язвенной болезнью. Профилактической вакцинацией охвачена. Дисфункции кишечника в течение 3 недель не было.

При объективном исследовании общее состояние больной средней тяжести. Девочка среднего роста, умеренного питания. Кожные покровы чистые. Сознание ясное. Лицо несколько одутловатое. При осмотре зева определяется легкая гиперемия дужек. Миндалины гипертрофированы. Язык влажный. Симптомы Грефе, Мебиуса отрицательные. Зрачки одинакового диаметра, нистагм отсутствует. Подчелюстные лимфоузлы слегка увеличены до 1 см в диаметре, эластичные, пальпация их чувствительна. Влажность и эластичность кожи не изменены. Подкожная клетчатка выражена достаточно, толщина кожной складки на животе - 3 см. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Деформации костей и суставов не обнаружено, хруста при движении нет.

Перкуторно над легкими ясный легочной звук. Границы легких в пределах возрастной нормы. Аускультативно ­ везикулярное дыхание.

Сердечный горб не определяется. Пульсации шейных сосудов нет. Пульс ритмичный, частота — 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, нормальной величины. АД — 125/90. Границы сердца не расширены. Тоны сердца чистые, без дополнительных шумов.

Живот мягкий, имеется легкая болезненность при пальпации в левом подреберье. Петли кишечника обычных свойств, безболезненные. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Почки не пальпируются. Стул оформленный. Мочеиспускание не затруднено. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

В анализе крови от 29.07.96 определяется анемия легкой степени, лимфоцитоз, ускорение СОЭ. Уровень белка в плазме нормальный, уровень азотистых шлаков не повышен, показатели коагулограммы в норме.

В общем анализе мочи от 25.07.96: макрогематурия, умеренная протеинурия.

В стационаре находилась с 25.07.96 до 6.09.96, где получала следующее лечение: аскорутин по 1 таб. 3 р. в день, диазолин по 1 таб. 2 р. в день, кальция глюконат по 1 таб. 3 р. в день, дипиридамол по 1 таб. 3 р. в день, фуросемид по 1 таб. 2 р. в день, аспаркам по 1/2 таб. 3 р. в день, пенициллин по 500000 ЕД 3 р. в день, эуфиллин 2,4% ­ 1 мл в/в струйно 2 р. в день

За время лечения состояние значительно улучшилось, больная выписана из стационара.