**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Ф.И.О.:
2. Возраст: 7 лет (14.02.2001г.)
3. Дата поступления в клинику: 22.05.08г.
4. Мать:

 Отец:

1. Ходит в детский сад №
2. Адрес:
3. Группа крови А(II); резус-фактор: положительный
4. Клинический диагноз:

Основной: острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период развернутых клинических проявлений, нарушение функции почек острого периода.

Сопутствующий: правосторонний катаральный гайморит, стадия реконвалесцениции

**ЖАЛОБЫ.**

**Жалобы при поступлении в клинику:** на повышение температуры до 400С, заложенность носовых ходов, покашливание, отечность области вокруг глаз, головные боли, боли в животе, снижение аппетита.

**Жалобы на день курации 7.06.2008:** состояние девочки удовлетворительное, жалоб не предъявляет.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.**

Родилась 14.02.2008года от I беременности, I родов на сроке 39 недель, с массой 3650г

Беременность и роды протекали без особенностей.

Отставания и нарушения в нервно-психическом и физическом развитии не было.

Детский сад посещает, в коллективе адаптируется хорошо, общительная. В семье особенностей в поведении не отмечается, послушная, отзывчивая.

**Перенесенные заболевания.**

Ветряная оспа в конце апреля 2008года, ОРВИ 3-4 раза в год

Диагнозы рахит и экссудативно-катаральный диатез не ставились.

**Профилактические прививки.**

 Прививки по календарю:

1 месяц(16.02.2001) – БЦЖ м 220

7 месяцев (6.09.2001) – ГЕПАТИТ 030401

20 месяцев (15.11.2002) – ОПВ 645

6 лет (3.05.2007) – ЖКВ 00589

6 лет (3.05.2007) – ЖПВ 00589

6 лет (3.05.2007) – КРАСНУХА 488

6 лет (24.09.2007) – МАНТУ (отриц.)

7 лет (21.03.2008) - АДС-М 126-18

**Семейный анамнез.**

Матери 30 лет, число беременностей – 1, роды – 1. Роды срочные, через естественные родовые пути. Ребенок один: дочь.

Отцу 36 лет, работает. Страдает гипертонической болезнью, курит с 1990года по 1пачке сигарет в день.

Туберкулез, сифилис, инфекционные и аллергические заболевания, эндокринную патологию, ревматизм родители отрицают. Жидкого стула за последние 3 недели не было.

 Другие близкие родственники: бабушка, дедушка, страдают гипертонической болезнью.

**Материально-бытовые условия.**

Удовлетворительные. Проживают в 2-х комнатной квартире, 3 человека. Комнаты светлые, теплые, сухие, проветривание регулярное. Горячая вода, паровое отопление.

Ребенок ходит в детский сад, соблюдает режим дня и правила личной гигиены. Спит 9-10 часов, дневной сон в детском саду.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

В конце апреля 2008года перенесла ветряную оспу. Контакты с инфекционными больными за последние три недели, включая грипп, острые респираторные заболевания отрицает. Больных в окружении ребенка нет.

**АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Медикаментозная аллергия - на флемоксин в виде сыпи. Пищевая аллеpгия – не отмечалась.

**ТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ**

Кровь, компоненты крови и кровезаменители не переливались.

**НАЧАЛО И ТЕЧЕНИЕ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

 Со слов мамы ребенка, заболевание началось 20.05.08, когда появились жалобы на повышение температуры до 400С, заложенность носовых ходов, покашливание, отечность области вокруг глаз, головные боли, боли в животе, снижение аппетита, до этого в течение 7 дней беспокоила заложенность носовых ходов. Самостоятельно не лечились. 22.05.2008г обратились в ЗДГВ, назначено обследование: по ОАК: лейкоцитоз 43х109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ОАМ не сдавали, по рентгенограмме органов грудной клетки – усиление сосудистого рисунка; по данным УЗИ органы брюшной полости – без особенностей. Направлена с диагнозом: острая бронхопневмония? Острый пиелонефрит.

Из анамнеза известно, что ребенок в конце апреля перенес ветряную оспу.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ.**

Дата курации 07.06.2008г.

День болезни: 17й

Температура тела 36,7˚С

Пульс 76 уд. в мин.

Частота дыхательных движений 20 в мин.

Артериальное давление 110/70 мм рт. ст.

**Общее состояние ребенка.** Удовлетворительное (по Кусельману 10 баллов). Сознание ясное, положение активное, выражение лица обычное. Ребенок активный, дружелюбный. Поведение и реакция на окружающих адекватная. Настроение хорошее. Аппетит сохранен. Сон 10 – 12 часов в сутки, не нарушен.

**Нервная система.** Сознание ясное. Поведение и реакция на окружающих адекватная. Настроение хорошее. В контакт вступила охотно. Психическое развитие соответствует возрасту (7 лет). Черепно-мозговые нервы без патологий: вкус, слух, обоняние, зрение, тактильная чувствительность сохранены. Функции мимической мускулатуры в норме. Брюшные рефлексы сохранены, симметричные. Сухожильные рефлексы живые, симметричны. Менингеальных знаков (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудзинского, Бехтерева) нет. Симптомы натяжения не определяются. Координаторные пробы: пальце-носовая, пяточно-коленная симметричны, выполняются удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Походка обычная. Дермографизм белый.

**Внешний осмотр глаз.** Патологического отделяемого из конъюнктивальной полости нет. Конъюнктивы не гиперемированы, инъекции сосудов склер нет. Движения глазных яблок в полном объеме, безболезненные. Светобоязни, отека век и слезотечения нет.

**Внешний осмотр ушей**. Патологического отделяемого из наружного слухового прохода нет, слизистая бледно-розового цвета. Надавливание на козелки безболезненно.

**Физическое развитие**. Масса тела: 26 кг. Рост: 124см. Окружность головы: 53см. Окружность груди: 61см. Физическое развитие соответствует возрастным и физиологическим нормам. Развитие пропорциональное, т.к. рост соответствует массе.

**Кожа.** Кожный покров бледно-розового цвета, умеренной влажности и эластичности. Патологических высыпаний нет.

**Волосы, пальцы, ногти.** Волосы блестящие, ногти нормальной формы, без продольной исчерченности, ногтевые ложа розовые.

**Подкожно-жировая клетчатка.** Достаточного питания. Подкожно-жировой слой развит умеренно (складка около пупка 1см, под лопаткой около 1см, на заднее – внутренней поверхности плеча и бедра 0,7см), распределена равномерно, тургор сохранен. Отеков нет.

**Лимфатические узлы.** Периферические лимфатические узлы –пальпируются передние шейные и подчелюстные единичные л/у диаметром до 0,8см,мягко-эластичной консистенции, подвижные, не спаянные, безболезненные .

**Мышцы.** Развиты умеренно, тонус сохранен. Безболезненные при пальпации, активных и пассивных движениях. Сила мышц достаточная.

**Костная система.** Голова округлой формы. Форма черепа без видимой деформации. Плоские и трубчатые кости без видимой деформации, безболезненны при пальпации. Подвижность позвоночника сохранена, безболезненна, видимых деформаций нет.

**Форма грудной клетки**. Грудная клетка правильной формы, симметрична. Лопатки расположены на одном уровне, грудной отдел позвоночника не искривлен. Над - и подключичные ямки выражены умеренно, ключицы расположены симметрично. Эпигастральный угол 900. Ход ребер косо-нисходящий. Ширина межреберных промежутков 1см.

**Система дыхания.**

 Дыхание через нос свободное. Тип дыхания смешанный. Частота дыхательных движений – 20 в минуту. Дыхание ритмичное, средней глубины. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

 При пальпации грудная клетка безболезненна, эластичная. Ощущения трения плевры нет. Голосовое дрожание одинаковое над симметричными участками грудной клетки.

 При сравнительной перкуссии перкуторный звук ясный, легочный.

 Данные топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких 2см.

При топографической перкуссии нижние границы легких соответствуют норме:

Нижние границы правого легкого:
по l. medioclavicularis- VI ребро

по l. axillaris media- VIII ребро

по l. scapuiaris- IX-X ребро
по l. paravertebralis- На уровне остистого отростка IX грудного позвонка

Нижние границы левого легкого:
по l. medioclavicularis- Отходит от грудины на высоте IV ребра и круто спускается вниз
по l. axillaris media- IX ребро
по l. scapuiaris- X ребро
по l. paravertebralis- На уровне остистого отростка IX грудного позвонка

Подвижность нижнего края легких по средней подмышечной линии 4см.

Аускультация: дыхание везикулярное, хрипов нет.

При бронхофонии проведение звука одинаково над симметричными отделами легких.

**Система кровообращения.**

Грудная клетка в области сердца без видимой деформации. При осмотре сосудов шеи пульсации сонных артерий, шейных вен и набухания шейных вен не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется. Эпигастральная пульсация и пульсация основания сердца отсутствует.

Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1см кнутри от левой среднеключичной линии, разлитой, положительный, умеренной силы и высоты. Сердечное дрожание не определяется. Сердечный толчок не пальпируется.

Границы относительной сердечной тупости по данным перкуссии:

Верхняя - III ребро;

Правая - На 0,5см кнаружи от правого края грудины;

Левая - По среднеключичной линии в V межреберье.

При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушенные, соотношение тонов правильное, над легочным стволом выслушивается слабый систолический шум.

Пульс на правой и левой лучевых артериях одинаковый, частота 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

При аускультации крупных сосудов (сонных артерий, шейных вен, плечевых и бедренных) патологических шумов (шум волчка, двойной шум Траубе, шум Флинта и др.) не выявлено. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. на обеих руках.

**Система пищеварения и органы брюшной полости.**

Слизистая оболочка ротовой полости розового цвета, чистая, влажная. Язык розовый, влажный, слегка обложен у корня беловатым налетом, расположен по средней линии, не дрожит.

Зубы: молочные количество – 24; нижние средние резцы – постоянные, прорезываются верхние средние резцы. Десны розового цвета, влажные, плотные. Слизистая оболочка глотки розовая, миндалины не увеличены. Небные дужки и язычок розового цвета. Слизистые чистые. Задняя стенка глотки чистая, гладкая, бледно-розового цвета.

Слюнные железы (околоушные, подчелюстные, подъязычные) не увеличены, безболезненны при пальпации, кожа над ними не изменена. Жевание безболезненно.

Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания.

При перкуссии тимпанический звук. Поколачивание безболезненно, локального напряжения мышц брюшной стенки нет.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный, грыж белой линии живота и пупка нет, симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная ободочная кишка в виде эластичного, подвижного, мягко урчащего цилиндра диаметром до 2,5см, безболезненная, не спаянная с окружающими тканями. При пальпации точки Дежардена, Мейо – Робсона, Кача безболезненны.

При аускультации живота выслушиваются кишечные шумы.

Стул регулярный, 1 раз в сутки, оформленный.

**Печень и желчный пузырь.**

Видимого увеличения печени нет.

При пальпации печень по краю правой реберной дуги. Край печени ровный, мягкой консистенции, поверхность гладкая, безболезненна. При перкуссии размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии 8см;

по срединной линии 7см;

по левой реберной дуге 6см.

Желчный пузырь не пальпируется. Пальпация в точке желчного пузыря (симптом Кера) безболезненна. Симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательные.

**Селезенка.** Видимого увеличения селезенки нет. Не пальпируется. При перкуссии размеры: длинник 5см, поперечник 3см.

**Мочевыделительная система.**

Область почек без деформации, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется, перкуторно верхняя граница не определяется.

Пальпация в мочеточниковых точках безболезненна.

Почки в положении стоя, лежа не пальпируются.

Мочеиспускание не затруднено, безболезненно.

**Вторичные половые признаки:** не развиты.

**Эндокринная система.**

Щитовидна железа при пальпации мягкой эластической консистенции, безболезненна, не увеличена. Пальпируются правая и левая доли.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

***Предварительный диагноз (при поступлении)***:

Основное заболевание: острый пиелонефрит

Сопутствующее заболевание: острый гайморит

Диагноз острый пиелонефрит поставлен на основании:

1. данных анамнеза:

Со слов мамы ребенка, заболевание началось 20.05.08, когда появились жалобы на повышение температуры до 400С, заложенность носовых ходов, покашливание, отечность области вокруг глаз, головные боли, боли в животе, снижение аппетита, до этого в течение 7 дней беспокоила заложенность носовых ходов. Самостоятельно не лечились. 22.05.2008г обратились в ЗДГВ, назначено обследование: по ОАК: лейкоцитоз 43х109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ОАМ не сдавали, по рентгенограмме органов грудной клетки – усиление сосудистого рисунка; по данным УЗИ органы брюшной полости – без особенностей. Направлена с диагнозом: острая бронхопневмония? Острый пиелонефрит.

Из анамнеза известно, что ребенок в конце апреля перенес ветряную оспу.

2. жалоб: на повышение температуры до 400С, отечность вокруг глаз, головные боли, боли в животе, снижение аппетита.

3. данных осмотра на момент поступления: состояние пpи поступлении тяжелое за счет интоксикации. Вялая. Наблюдается пастозность век, кожа бледная, чистая. Положительный симптом Пастернацкого положительный слева.

Диагноз острый гайморит выставлен на основании:

1. данных анамнеза: в течение 7 дней до госпитализации беспокоила заложенность носовых ходов. Самостоятельно не лечились.
2. жалоб: на повышение температуры до 400С на заложенность носовых ходов и головную боль
3. данных осмотра: носовое дыхание затруднено

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

1. ОАК

2. ОАМ, анализ мочи по Зимницкому

3. Биохимический анализ крови (альбумин, общий белок, креатинин, мочевина, ЛДГ, АЛТ, АСТ, натрий, калий, кальций)

4. Группа крови, резус фактор

5. исследование системы гемостаза

6. ЭКГ.

7. УЗИ органов брюшной полости: УЗИ почек и мочевого пузыря с доплером

8. Рентгенография придаточных пазух носа

9. консультация оториноларинголога

**РЕЗУЛЬТАТЫ:**

**ОАК от 23.05.08**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **В норме** | **У больного** | **Интерпретация** |
| Эритроциты | 3,7-4,7х10¹²/л | 3,1х10¹²/л | снижены |
| Гемоглобин | 120-140 г/л | 96 г/л | снижен |
| Цветовой показатель | 0,8-1,1 | 0,92 | Норма |
| Тромбоциты | 180-320х109 | 189 х109 | норма |
| Лейкоциты | 4-9х109/л | 29,5х109/л | Резко повышен |
| Эозинофилы | 0-5% | 3% | Норма |
| Палочкоядерные  | 1-4% | 5% | Незначительно повышен |
| Сегментоядерные | 45-70% | 82% | Повышен |
| Лимфоциты | 18-40% | 6% | Понижен |
| Моноциты | 3-11% | 4% | норма |
| СОЭ | 2-15 мм/ч | 31 мм/ч | Повышен |
| Длительность кровотечения |  | 20’’(4’10’’-4’30’’) |  |

Заключение: признаки острого воспаления, верояно бактериальной природы и сопутствующая нормохромная анемия легкой степени тяжести

ОАК от 9.06.2008г

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **В норме** | **У больного** | **Интерпретация** |
| Эритроциты | 3,7-4,7х10¹²/л | 3,9х10¹²/л | Норма |
| Гемоглобин | 120-140 г/л | 111 г/л | снижен |
| Цветовой показатель | 0,8-1,1 | 0,85 | Норма |
| Тромбоциты | 180-320 х109 | 270 х109 | норма |
| Лейкоциты | 4-9х10³/л | 6,1х10³/л | норма |
| Эозинофилы | 0-5% | 1% | Норма |
| Палочкоядерные  | 1-4% | 0% |  |
| Сегментоядерные | 45-70% | 24% | снижен |
| Лимфоциты | 18-40% | 61% | Повышен |
| Моноциты | 3-11% | 14% | Повышен |
| Плазматические клетки |  | 2 | Норма |
| СОЭ | 2-15 мм/ч | 15 мм/ч | Норма |
| Длительность кровотечения |  | 20’’(5’00’’-5’20’’) |  |

Заключение: признаки хронического очагового процесса бактериальной природы с сопутствующей нормохромной анемии легкой степени тяжести

ОАМ от 23.05.08

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **В норме** | **У больного** | **Интерпретация** |
| Количество |  | 70 мл |  |
| Уд. вес |  | 1014 | Норма |
| Цвет | Соломенно-желтый | Желтый | Норма |
| Прозрачность | Прозрачная | Мутная |  |
| Белок | 0 | 0.099 | повышен |
| Реакция | Кислая | Кислая | Норма |
| Эпителий | Единичные | Единичные | Норма |
| Цилиндры гиалиновые | 0 | 0-1 |  |
| Цилиндры зернистые | 0 | 1-2 |  |
| Лейкоциты | До 5 | 10-15 | повышен |
| эритроциты | 0 | В большом количестве | повышен |
| Бактерии | 0 | +++ | повышен |

Заключение: микропротеинурия, пиурия, гематурия ,бактериурия, признаки свернувшегося белка, что указывает на поражение гломерулярного аппарата почек.

ОАМ от 9.06.08

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **В норме** | **У больного** | **Интерпретация** |
| Количество |  | 50 мл |  |
| Уд. вес |  | 1008 |  |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый | Норма |
| Прозрачность | Прозрачная | Слабо мутная |  |
| Белок | 0 | 0,15 | Повышен |
| Реакция | Кислая | Кислая | Норма |
| Эпителий | Единичные | Единичные | Норма |
| Лейкоциты | До 5 | 4-6 | Повышен |
| эритроциты | 0 | 10-15 | Повышен |
| Бактерии | 0 | ++ | повышен |

Заключение: гипостенурия, протеинурия, пиурия, гематурия, бактериурия, что указывает на поражение гломерулярного аппарата почек

**Анализ мочи по Зимницкому от 6.06.08г:**

Часы: относительная плотность кол-во мочи

6-9 1010 240,0

9-12 нет мочи

12-15 1012 70,0

15-18 1010 100,0

18-21 1008 160,0

21-24 1006 180,0

24-3 1010 120,0

3 1012 150,0

Дневной диурез: 410,0мл

Ночной диурез: 610,0мл

Общий диурез: 1020,0мл

Заключение: никтурия, изогипостенурия. Нарушение концентрационной функции почек.

**Б/Х от 23.05.08г**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **В норме** | **У больного** | **Интерпретация** |
| Альбумин  | 38-54 г/л | 33,3г/л | снижен |
| Общ. Белок | 65-85 г/л | 64 г/л | норма |
| Креатинин | 53-97 мкм/л | 173,85 мкм/л | повышен |
| АСТ | 0-37U/l | 23.5 U/l | Норма |
| АЛТ | 0-40 U/l | 17,2 U/l | Норма |
| ЛДГ | 240-480 H U/l | 284 H U/l | норма |
| ЩФ | 98-540 H U/l | 132 H U/l | норма |
| холестерол | 3,0-5,20 ммоль/л | 3,21 ммоль/л | норма |
| билирубин | 3,4-17мкм/л | 6,0мкм/л | норма |
| Мочевина | 1,7-8,3 ммоль/л | 19,9 ммоль/л | повышена |
| Глюкоза | 4,22-6,11 ммоль/л | 4,4 ммоль/л | Норма |

Заключение: нарушения дезинтоксикационной функции почек

Б/Х от 5.06.08

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **В норме** | **У больного** | **Интерпретация** |
| Альбумин  | 38-54 г/л | 43,0т/л | норма |
| Общ. Белок | 65-85 г/л | 79 г/л | норма |
| Креатинин | 53-97 мкм/л | 60,63 мкм/л | норма |
| ЛДГ | 240-480 H U/l | 328 H U/l | норма |
| ЩФ | 98-540 H U/l | 354 H U/l | норма |
| Мочевина | 1,7-8,3 ммоль/л | 4,8 ммоль/л | норма |
| железо | 6,6-26,0мкм/л | 14,3 мкм/л | норма |
| фосфор | 0,87-1,45ммоль/л | 1,54 ммоль/л |  |

Заключение: показатели в пределах нормы

**Анализ на группу крови и резус-фактор**:

Заключение: группа крови А(II); резус-фактор положительный

Исследование системы гемостаза: от 23.05.08

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | тест | Ед измерения | результат | норма |
| 1. | Протромбиновое время | % | 86 | 70-110 |
| 2. | МНО | ед |  |  |
| 3. | АЧТВ | сек | 34,6 | 25-40 |
| 4. | фибриноген | г/л | 6,21 | 2-4 |
| 5. | Тромбиновое время | сек | 12 | 3-14 |
| 6. | РФМК | мг% | 17,0 | До 4,0 |
| 7. | В-фибриноген | отр | пол | отр |
| 8. | Этаноловый тест | отр | пол | отр |
| 9. | Фибринолитическая активность |  |  |  |
| 10. | Ф VIII | % |  |  |
| 11. | Ф IX | % |  |  |

Заключение: островоспалительная реакция

Исследование системы гемостаза: от 5.06.08г

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | тест | Ед измерения | результат | норма |
| 1. | Протромбиновое время | % | 100 | 70-110 |
| 2. | МНО | ед |  |  |
| 3. | АЧТВ | сек | 33,5 | 25-40 |
| 4. | фибриноген | г/л | 3,91 | 2-4 |
| 5. | Тромбиновое время | сек | 11,9 | 3-14 |
| 6. | РФМК | мг% | 4,5 | До 4,0 |
| 7. | В-фибриноген | отр | отр | Отр |
| 8. | Этаноловый тест | отр | отр | отр |
| 9. | Фибринолитическая активность |  |  |  |
| 10. | Ф VIII | % |  |  |
| 11. | Ф IX | % |  |  |

Заключение: показатели в пределах нормы

**ЭКГ:**

Заключение: ритм синусовый 105 ударов в минуту, ЭОС срединная, увеличено QRS (=+60’’) укорочено PQ (0.10’’)

**УЗИ почек и мочевого пузыря с Доплером 22.05.08:**

Почки типично расположены. Левая почка 88х36мм; паренхима – 17мм; правая почка 87х35 мм; паренхима 16мм. ЧЛС не расширена, эхогенность паренхимы почек повышена. При ЦДК – кровоток паренхимы обеднен.

Заключение: нарушение кровотока может свидетельствовать о воспалительных изменениях почечной ткани.

**Рентгенография придаточных пазух носа от 22.05.08:**

Отмечается пристеночный отек слизистой правой верхнечелюстной пазухи

Заключение: правосторонний катаральный гайморит

**Консультация оториноларинголога 22.05.08 17:40:**

Нос – слизистая розовая, отделяемого нет

Зев – слизистая розовая

Уши – слуховые проходы широкие, без патологического отделяемого, барабанная перепонка в норме.

Заключение: здорова

Назначено: рентгенограмма придаточных пазух носа с диагностической целью.

18:30: на рентгенограмме отмечается пристеночный отек слизистой правой верхнечелюстной пазухи

Заключение: правосторонний катаральный гайморит

Назначения:

«Нафтизин 0,01%» по 2-3 капли 3 раза в день

**ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** 9.06.08 | **День болезни :**19 | **Назначения:** |
| t 36.5П 92 в минД 18АД 90/60 | Состояние удовлетворительное. Отеков нет. Слизистая зева розовая, чистая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичны. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. | Режим боксовыйСтол №7ОАК, ОАМ.Курантил 25мг по 1 таблетке 3 раза в деньЛазикс 1 капсула 3 раза в день |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** 10.06.08 | **День болезни :20** | **Назначения:** |
| t 36.6П 88 в минД 20АД 110/70 | Состояние удовлетворительное. Отеков нет. Слизистая зева розовая, чистая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичны. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. | Режим боксовыйСтол №7АОК + Tr, время свертыванияКурантил 25мг по 1 таблетке 3 раза в деньЛазикс 1 капсула 3 раза в день |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** 11.06.08 | **День болезни :21** | **Назначения:** |
| t 36.7П 90 в минД 19АД 100/70 | Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отеков нет. Слизистая зева розовая, чистая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичны. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. | Режим боксовыйСтол №7Курантил 25мг по 1 таблетке 3 раза в деньЛазикс 1 капсула 3 раза в день |

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА:**

**Основной:** Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период развернутых клинических проявлений, нарушение функции почек острого периода.

Обоснование: выставлен на основании анамнеза: со слов мамы ребенка, заболевание началось 20.05.08, когда появились жалобы на повышение температуры до 400С, заложенность носовых ходов, покашливание, отечность области вокруг глаз, головные боли, боли в животе, снижение аппетита, до этого в течение 7 дней беспокоила заложенность носовых ходов. Самостоятельно не лечились. 22.05.2008г обратились в ЗДГВ, назначено обследование: по ОАК: лейкоцитоз 43х109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ОАМ не сдавали, по рентгенограмме органов грудной клетки – усиление сосудистого рисунка; по данным УЗИ органы брюшной полости – без особенностей. Направлена с диагнозом: острая бронхопневмония? Острый пиелонефрит.

Из анамнеза известно, что ребенок в конце апреля перенес ветряную оспу.

жалоб: на повышение температуры до 400С, отечность области вокруг глаз, головные боли, боли в животе, снижение аппетита.

Объективного исследования: состояние пpи поступлении тяжелое за счет интоксикации. Вялая. Наблюдается пастозность век, кожа бледная, чистая. Положительный симптом Пастернацкого слева.

Лабораторных методов исследования: ОАК: признаки острого воспаления, верояно бактериальной природы (нейтрофильный лейкоцитоз) и сопутствующая нормохромная анемия легкой степени тяжести. ОАМ: микропротеинурия, пиурия, бактериурия, гематурия, что указывает на поражение гломерулярного аппарата почек. Анализ мочи по Зимницкому: никтурия, изогипостенурия - нарушение концентрационной функции почек. УЗИ: Почки типично расположены. Левая почка 88х36мм; паренхима – 17мм; правая почка 87х35 мм; паренхима 16мм. ЧЛС не расширена, эхогенность паренхимы почек повышена. При ЦДК – кровоток паренхимы обеднен. Заключение: нарушение кровотока может свидетельствовать о воспалительных изменениях почечной ткани.

**Сопутствующий:** правосторонний катаральный гайморит, стадия реконвалесценции

Выставлен на основании: данных анамнеза: в течение 7 дней до госпитализации беспокоила заложенность носовых ходов. Самостоятельно не лечились.

жалоб: на повышение температуры до 400С на заложенность носовых ходов и головную боль

данных осмотра при поступлении: носовое дыхание затруднено

ОАК. Заключение: Признаки острого воспаления, вероятно бактериальной природы и сопутствующая нормохромная анемия легкой степени тяжести.

Рентгенограммы придаточных пазух носа от 22.05.08:

отмечается пристеночный отек слизистой правой верхнечелюстной пазухи

Заключение: правосторонний катаральный гайморит

Консультация оториноларинголога. Заключение: правосторонний катаральный гайморит.

На момент курации жалоб на заложенность носа и нарушения проходимости носовых путей нет – стадия реконвалесценции.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Острый** **гломерулонефрит** | **Острый** **пиелонефрит** | **Интерстицинальный нефрит**  | **У больного** |
| Провоци-рующий фактор | Чаще-бактериальная инфекция | Бактериальная инфекция | Применение лекарственных препаратов: антибиотики (пенициллин, ампициллин, метициллин, карбенициллин, гентамицин, цефалоспорины), сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные средства (индометацин, бруфен), барбитураты, аналгетики (анальгин, амидопирин). | Бактериальная инфекция |
| Анамнез заболева-ния | Развивается спустя несколько недель после перенесенной очаговой или общей стрептококковой инфекции | Развивается на фоне очаговой или общей инфекции | В анамнезе имеется указание на ранее перенесенный острый гломерулонефрит | Заболевание возникло спустя несколько недель после перенесенной ветрянной оспы. |
| Клиника | В клинике отмечаются отеки, гипертония, гематурия. Этим симптомам могут предшествовать слабость, жажда, полиурия. При развившейся картине гломерулонефрита могут появляться одышка, сердцебиение, головная боль, тошнота, рвота, боли в пояснице, отеки разной степени выраженности. Моча мутная, иногда в виде "мясных помоев". | Заболевание начинается остро: появляется высокая (до 40°С) температура;озноб;проливной пот; боль в поясничной области;на стороне пораженной почки - напряжение передней брюшной стенки, резкая болезненность в реберно-позвоночном углу;общее недомогание;жажда, дизурия или поллакиурия.Присоединяющиеся головная боль, тошнота, рвота указывают на быстро нарастающую интоксикацию.Симптом Пастернацкого как правило бывает положительным. | Свойственно четко очерченное начало и, как правило, циклическое развитие заболевания. На 2–3 дни после применения антибиотика или другого лекарственного препарата по поводу ОРВИ, ангины или других инфекционных заболеваний появляются первые признаки: боль в поясничной области, головная боль, сонливость, адинамия, тошнота, снижение аппетита. Затем выявляется умеренный мочевой синдром: протеинурия, гематурия, лейкоцитурия и цилиндрурия. Отеков, как правило, не бывает. Артериальное давление иногда незначительно повышается. | Отмечается повышение температуры до 40°С, слабость, боли в животе.  |
| Анализ мочи | Протеинурия,гематурия | Лейкоцитурия, бактериурия | Протеинурия, гематурия, лейкоцитурия и цилиндрурия. | Протеинурия, гематурия, бактериурия, лейкоцитурия |
| Основные показатели функции почек:фильтрацияреабсорбциясекреция | сниженанормальнаянормальная | нормальнаясниженаснижена | сниженанормальная или сниженаснижена | сниженанормальнаянормальная |

**СВЕДЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ.**

### Этиология.

Возбудитель β-гемолитический стрептококк группы А, нефрогенные штаммы 1, 3, 4, 12, 49. Доказательством стрептококковой этиологии является:

связь со стрептококковой инфекцией (ангина, одонтогенная инфекция, гаймориты, синуситы и др.), а также кожные заболевания - рожа, стрептодермия;

а). из зева часто высеивается гемолитический стрептококк;

б). в крови больных острым гломерулонефритом обнаруживаются стрептококковые антигены: стрептолизин 0, стрептокиназа, гиалуронидаза;

в). затем в крови повышается содержание противострептококковых антител;

**Патогенез.**

В патогенезе играют роль различные иммунологические нарушения.

Образование обычных антител. Комплекс антиген-антитело может оседать на почечной мембране, так как она имеет богатую васкуляризацию, то оседают преимущественно крупные депозиты. Реакция антиген-антитело разыгрывается на самой почечной мембране, при этом присутствует комплемент, биологические активные вещества: гистамин, гиалуронидаза, могут также страдать капилляры всего организма.

При стрептококковой инфекции стрептококковый антиген может повреждать эндотелий почечных капилляров, базальную мембрану, эпителий почечных канальцев - образуются аутоантитела, возникает реакция антиген-антитело. Причем в роли антигена выступают поврежденные клетки.

У базальной мембраны почек и стрептококка есть общие антигенные структуры, поэтому нормальные антитела в стрептококке могут повреждать одновременно и базальную мембрану - перекрестная реакция.

Доказательство того, что в основе патогенеза лежат иммунные процессы, является то, что между стрептококковой инфекцией и началом острого нефрита всегда есть временной интервал, во время которого происходит накопление антигенов и антител и который составляет 2-3 недели

### ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение острого гломерулонефрита заключается в следующем. Своевременная госпитализация при всех формах острого гломерулонефрита. Строгий постельный режим при выраженных отеках, высоком АД, значительных изменениях мочи вплоть до улучшения состояния, усиления диуреза, схождения отеков, снижения АД и улучшения анализов мочи. Лечебное питание с первых дней гломерулонефрита: бессолевая диета № 7а, бессолевой хлеб, ограничение животного белка, пища рекомендуется молочно-растительная. Количество принятой жидкости должно соответствовать количеству выделенной. В первые дни при тяжелом состоянии полезны разгрузочные дни (1-2 раза в неделю). При улучшении состояния назначают диету № 7, гипохлоридную пищу. При нефротической форме без почечной недостаточности животный белок (отварное мясо, творог) употребляют из расчета 1 г/кг массы тела. Пища должна быть витаминизированной, назначают аскорбиновую кислоту, рутин.

Для санации очагов инфекции назначают пенициллин по 800 000-1 000 000 ЕД/сут в течение 7 -10 дней или полу синтетические пенициллины в обычных дозах 7 - 10 дней. Нельзя применять сульфаниламидные препараты, нитрофураны, уротропин, нефротоксические антибиотики (тетрациклины, аминогликозиды и др.).

При высоком АД показаны гипотензивные средства, салуретики.

При выраженных отеках и олигурии рекомендуются мочегонные (гицотиазид, бринальдикс, фуросемид) в умеренных дозах 1-2 раза в неделю. Мочегонный эффект может быть усилен одновременным назначением верошпирона (антагонист альдостерона). При нефротической форме острого гломерулонефрита показаны глюкокортикоиды (преднизолон, урбазон, триамцинолон, дексаметазон) в дозе 50-60 мг в день в течение 1 - 12 мес с последующим постепенным снижением. Не следует спешить с назначением глюкокортикоидов при циклических формах острого гломерулонефрита с высоким АД, не рекомендуются они и при латентной форме.

При затянувшемся остром гломерулонефрите, развитии ОПН, кроме перечисленной выше терапии, показано применение гепарина внутривенно или внутримышечно в дозе 20 000- 30 000 ЕД/сут, дробно (3-4 раза в сутки) до 1 мес с целью уменьшения гиперкоагуляции, улучшения кровообращения в почке, усиления натрийуреза и диуреза, снижения АД. Для повышения агрегации тромбоцитов, улучшения микроциркуляции в почках целесообразно назначать антиагреганты (курантил, трентал, компламин). При выраженной гипопротеинемии вводят плазму, альбумин, реополиглюкин.

При латентном течении острого гломерулонефрита показаны менее строгие режим и лечебные диетические ограничения.

При острой сердечной недостаточности назначают строфантин (или коргликон), фуросемид, эуфиллин. При ОПН применяют большие дозы лазикса (до 300-1000 мг внутривенно), при отсутствии эффекта - гемодиализ.

**ЛЕЧЕНИЕ ДАННОГО БОЛЬНОГО:**

1. Режим боксовый.

2. Диета: стол №7

3. Терапия:

Курантил 25мг по 1 таблетке 3 раза в день

Лазикс 1 капсула 3 раза в день

ПРОФИЛАКТИКА.

Профилактика острого гломерулонефрита состоит в раннем и энергичном лечении стрептококковой инфекции зева, миндалин, придаточных пазух и кожи, а также стафилококковых заболеваний. Кроме того, профилактическое значение имеют выявление и санация очагов хронической инфекции. Наряду с этим необходимо укрепление и закаливание организма ребёнка.

ПРОГНОЗ.

Прогноз острого диффузного гломерулонефрита серьезный, но чаще благоприятный. В трети случаев наблюдается переход заболевания в хроническую форму. Прогноз во многом зависит от своевременной и адекватной терапии. При благоприятном течении заболевания трудоспособность больного восстанавливается через 2-3 месяца от начала заболевания. Противопоказана работа на открытом воздухе, в холодных и сырых помещениях. Большое значение имеет диспансерное наблюдение за лицами, перенесшими острый диффузный гломерулонефрит.

**ЭПИКРИЗ.**

Больная, ФИО поступила в первое педиатрическое отделение 22.05.2008 года с предварительным диагнозом: Основной диагноз: Острый пиелонефрит.

Сопутствующий: Острый гайморит.

Состояние пpи поступлении: тяжелое за счет интоксикации. Самочувствие неплохое. В контакт вступает охотно. Активна. Не лихоpадит. Кожный покpов чистый, бледный. Наблюдается пастозность век. Пеpифеpические лимфоузлы не увеличены. Крупные и мелкие суставы не изменены. Отмечается заложенность носовых ходов. Зев чист. Миндалины не увеличены. Язык обложен белым налетом. В легких дыхание везикуляpное, хpипов нет. Тоны сеpдца pитмичные, умеренно пpиглушены. Границы сердца не изменена. ЧСС - 92. Печень и селезенка не увеличены. Положительный симптом Пастернацкого слева. Диуpез снижен.

Анамнез заболевания: Ребенок поступил в первое педиатрическое отделение спустя 2 дня от начала заболевания. В дебюте заболевания лихорадка, заложенность носовых ходов, боли в животе, вялость, слабость, снижение аппетита, головная боль. Также известно, что в конце апреля переболела ветрянной оспой. При исследовании общего анализа кpови был выявлен лейкоцитоз до 43x109 /л, в связи с чем поступила на лечение.

Было назначено обследование (ОАК, ОАМ, группа крови, резус – фактор, биохимический анализ крови, исследование системы гемостаза ,ЭКГ, УЗИ почек и мочевого пузыря с доплером, рентгенография придаточных пазух носа. консультация оториноларинголога, консультация хирурга).

После чего был выставлен клинический диагноз.

Основной: Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом период развернутых клинических проявлений, нарушение функции почек острого периода.

Сопутствующий: Правосторонний катаральный гайморит, стадия реконвалесценции

Для лечения было назначено: режим палатный; диета: стол №7;терапия:

Курантил 25мг по 1 таблетке 3 раза в день

Лазикс 1 капсула 3 раза в день

На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика заболевания. Состояние ребенка улучшилось, ребенок перестал жаловаться на боли в животе, головную боль, прекратились спонтанные подъемы температуры тела, появился аппетит, стал более подвижен.

Со стороны клинико-лабораторных данных наблюдается положительная динамика.

 Был проведен дифференциальный диагноз между острым пиелонефритом и интерстицинальным нефритом и был подтвержден диагноз - Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом период развернутых клинических проявлений, нарушение функции почек острого периода.

 **Рекомендации:**

2 недели домашний режим

до истечения месяца от начала заболевания диета №7 по Певзнеру:

* Состав:
супы вегетарианские, молочные, фруктовые, нежирные сорта мяса, птицы, варенные куском, рубленые и протертые, рыба нежирная отварная, рубленая и протертая, хлеб белый, серый, отрубной, выпекающийся без соли, одной яйцо в день, крупы, макароны в виде каш, пудингов, мучные блюда, молоко, молочнокислые продукты, жиры, кроме тугоплавких (бараний, свиной, говяжий), творог, овощи сырые, отварные, зелень (кроем редиса, сельдерея, шпината), ягоды, фрукты, особенно урюк, курага, тыква, арбузы, дыня, сахар, мед, варенье.
* Исключаются: газированные напитки, бобовые, пирожные и кремы, мясные, рыбные, грибные бульоны, соленья, закуски, копчености, консервы;
ограничивают сливки, сметану;
для улучшения вкуса можно использовать тмин, высушенный укроп, корицу, лимонную кислоту;
поваренной соли 3-5 г (выдают на руки, а пищу готовят без соли);
добавляют витамины А, С, В1, В12, К;
свободной жидкости до 800-1000 мл в день;
питание 6 раз в день.

По истечении, в течение 5 лет диета №5а:

* Состав:
вегетарианские фруктовые, молочные супы, крупяные супы на овощном отваре, отварное мясо, птица нежирных сортов, отварная нежирная рыба, молоко, свежая простокваша, кефир, ацидофильное молоко, творог до 200 г в день, каши и мучные блюда (за исключением сдобы), хлеб белый, черный черствый, спелые фрукты, ягоды (кроме кислых сортов) в сыром, запеченном, вареном виде, овощи и зелень в вареном виде и сырые (особенно морковь, свекла), варенье, мед, сахар (до 70 г в день), овощные, фруктовые соки в значительном количестве, чай некрепкий с молоком;
ограничивают жиры (сливки, масло сливочное до 10 г, растительное масло 20-30 г), яйцо (одно в день);
поваренной соли до 10 г;
добавляют витамины A, C, B1, B2, B12, фолиевую кислоту, PP, K.
* Все блюда готовят в паровом, протертом, измельченном виде;
все блюда с повышенным содержанием белков (до 150 г, из них 80-85% животного происхождения), продуктов, богатых липотропным факторами с ограничением углеводов умеренным содержанием жиров.

Больную следует оберегать от присоединения инфекции. Ребенок должен быть освобожден от занятий физкультурой и профилактических прививок. Встать на диспансерное наблюдение по месту жительства (на 5 лет).

После перенесенного острого гломерулонефрита желательно санаторно-курортное лечение с целью профилактики рецидивов и перехода заболевания в хроническую форму. Санаторно-курортная реабилитация помогает восстановить функции почек. Санаторно-курортное лечение можно не ранее чем через 6 месяцев от начала заболевания. Наиболее подходящими являются климатические курорты пустынь, а также приморские курорты. В этих природных зонах сухо и жарко, что и необходимо для улучшения работы почек.

**Литература:**

1. Шабалов Н. П. «Педиатрия», С.-Петербург: СпецЛит, 2005
2. Исаева Л. А. «Детские болезни», М.: Медицина, 1994.
3. Окороков А. Н. «Диагностика болезней внутренних органов», М.: Медицинская литература, 2001
4. Окороков А. Н. «Лечение болезней внутренних органов», М.: Медицинская литература, 2001 (т.1,3).
5. Тур А. Ф. «Пропедевтика детских болезней», Ленинградское отделение: Медицина, 1971.