**ФИО:**

**Возраст:**

**Пол:** женский

**Дата и время поступления:**

**Кем направлен больной:**

**Посещает:**

**Клинический диагноз:** острый пиелонефрит

**Жалобы при поступлении:**

При поступлении предъявила жалобы на выраженную головную боль, ночное недержание мочи, боль в животе, слабость, озноб, слезотечение.

**Жалобы на момент курации:**

На момент курации жалоб не предъявляет

**Анамнез жизни.**

1. Антенатальный период.

В первом триместре беременности изредка отмечались кровотечения, второй и третий триместры без особенностей. Родоразрешение производилось путём кесарева сечения, послеоперационный период без осложнений.

1. Характеристика новорожденного.

Новорожденная доношена, 8 баллов по шкале Апгар. Масса тела 3200, окруж­ность головы 34 см., окружность груди 33 см., длина тела при рождении 49 см. Желтуха новорожденных проявилась на 4й день, невыраженная, держалась 10 дней.

1. Вскармливание.

Вскармливание искусственное, режим кормления соблюдался. Заменители женского молока – смеси «нутрилон».

Прикорм: с трёх месяцев, овощными пюре, систематически.

Перевод на общий стол в 3 года, в настоящее время ни в чём не ограничивается, аппетит сохранён.

Стул обычно в норме, в настоя­щее время неустойчивый.

1. Показатели физического и психомоторного развития ребенка.

Масса тела в период новорожденности 3300, к 5 месяцам удвоение массы тела? Масса тела к 1 году 9500. Появление первых зубов в 7 месяцев, к 1 году 4 зуба. Держит голову с 3 мес., с 6 мес. сидит, 1 год 2 мес. ходит. Улыбается и гулит с 2 месяцев, в то же время фиксирует глазами яркие предметы. Хватает игрушки с 6 мес., говорит отдельные слова с 1 года, фразы с 2-х лет.

Поведение в семье дружелюбное, уживчивое. В коллективе общительна, не занимает лидерской позиции.

1. Перенесенные заболевания.

На 10-й день после рождения был диагностирован остеомиелит левой бедренной кости, в связи, с чем проходила лечение в городской больнице. В 8 месяцев был диагностирован подвывих левой нижней конечности. Последние 2 года часто болеет ОРВИ (до 7 раз в год) С 3-х лет отмечаются аллергические реакции преимущественно после сна, проявляющиеся в виде крапивницы, аллерген не определён. Реакция на амоксиклав в виде сыпи в обл. половых органов. В 4 года по результатам УЗИ была выявлена пиелэктазия (гидронефроз).

1. Профилактические прививки

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Возраст** | **Прививка** | **Вакцина** |
| первые 24 часа жизни) | [Гепатит В](http://www.vse-privivki.ru/gepatit_b.htm) - **первая вакцинация** | Эувакс В |
| 5 дней | Туберкулез - **вакцинация** | БЦЖ-м |
| 3 месяца | Гепатит В (**вторая вакцинация**), [дифтерия](http://www.vse-privivki.ru/difteria.htm), коклюш, [столбняк](http://www.vse-privivki.ru/stolbnak.htm), [полиомиелит](http://www.vse-privivki.ru/poliomielit.htm), гемофильная инфекция типа b - **первая вакцинация** | ЭуваксВ, [АКДС](http://www.vse-privivki.ru/akds.htm), Пентаксим, Хиберикс |
| 5 месяцев | Дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит, гемофильная инфекция типа b -**вторая вакцинация** | АКДС, Пентаксим, Хиберикс |
| 6 месяцев | Гепатит В (**третья вакцинация**), дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит, гемофильная инфекция типа b - **третья вакцинация** | Эувакс В, АКДС, Пентаксим, Хиберикс |
| 12 месяцев | [Корь](http://www.vse-privivki.ru/kor.htm), [краснуха](http://www.vse-privivki.ru/krasnuha.htm), паротит - **вакцинация** | Приорикс, ЖКВ, ЖПВ, Рудивакс |
| 18 месяцев | Дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит, гемофильная инфекция типа b -**первая ревакцинация** | АКДС, ОПВ, Пентаксим, Хиберикс |
| 20 месяцев | Полиомиелит - **вторая ревакцинация** | ОПВ |
| 24 месяца | Пневмококковая инфекция, ветряная оспа - **вакцинация** | пневмо-23, варилрикс |
| 36 месяцев | Вирусный гепатит А - **вакцинация** | Хаврикс-720 |
| 42 месяца | Вирусный гепатит А - **ревакцинация** | Хаврикс-720 |

Реакция Манту отрицательна.

1. Семейный анамнез.

Матери 52 года, относительно здорова. Родственники по материнской линии относительно здоровы. По линии отца - неизвестно.

У матери 1 беременность с помощью ЭКО, 1 роды.

1. Бытовые условия и уход.

Материально-бытовые условия семьи удовлетворительные. Мать живёт с дочерью в отдельной квартире в хороших условиях.

Посещает детский сад. Прогулки: в детском саду по 20-30 минут, во дворе с матерью по 40-50 мин

1. Начало и течение настоящего заболевания.

Заболела 31 октября 2011 года, когда впервые поднялась температура до фебрильных цифр, появилась быстрая утомляемость, слезотечение. За неделю до начала заболевания была проконсультирована у невролога по поводу энуреза, была назначена и проведена электростимуляция мочевого пузыря. До 4.11 получала домашнее лечение (гомеопатический препарат «агри»), 4.11. после ухудшения состояния и подъёма температуры до 39.5 была вызвана скорая помощь, больная госпитализирована в городскую инфекционную больницу, до 10.11 проводилась терапия флемоксином, на фоне чего состояние не улучшилось. Появились жалобы на головную боль и боль в животе. В анализе мочи в тот же день была выявлена лейкоцитурия до 30-40 в п/зр., белок: 0.12, плотность 1016. В анализе крови: лейкоцитоз 13 тыс. (сегментоядерные 60, палочкоядерные 3, лимфоциты 28), гранулоциты 4-8-8, СОЭ 40 мм./час. УЗИ почек – пиелэктазия.

11.11.11 поступила в приёмное отделение университетской детской клинической больницы. При поступлении состояние тяжёлое за счёт лихорадки до 39о и выраженных симптомов интоксикации. В общем анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ 40мм/час, в ОАМ лейкоцитурия 30-40 в п/з. Была произведена инфузионная терапия глюкозо-новокаиновой смесью, физ. раствором с добавлением панангина, рибоксина, актовегина, пентоксифеллина, эуфиллина 2.4%, гепарина, вит. С в возрастной дозировке. Также проводилась антибиотикотерапия цефаксимом в/в по 2 гр./сут. в 4 приёма. На фоне проводимой терапии состояние значительно улучшилось, уменьшились симптомы интоксикации, лихорадка. Диурез положительный, мочеиспускание безболезненное.

14.11.11 была переведена в педиатрическое отделение с положительной динамикой для обследования и лечения.

**Данные объективного исследования на день курации.**

Дата День болезни ?-й

Т° 36.9

Пульс 110

ЧДД 20

АД 90/60

**Данные объективного обследования**

**Общее состояние ребенка** удовлетворительное

**Физическое развитие.** Масса 18 кг., рост 108 см., соответствует возрастной норме (ИМТ 15.4, масса средневысокая по росту), телосложение нормостеническое.

**Нервная система.** Сознание ясное, ребёнок адекватно ориентирован в пространстве и времени. Настроение хорошее, ребёнок активен, общителен, положение активное, осанка прямая, психическое развитие соответствует возрасту. Изменений со стороны черепно-мозговых нервов не наблюдается. Кожные (брюшной, кремастерный) и сухожильные (коленные, ахил­ловы) сохранены. Менингеальные симптомы отсутствуют. Пот­ливость не выражена.

**Кожа**: кожные покровы умеренной влажности, тургор не снижен, естественного цвета, оволосение невыражено, эластичны. Волосы нормальные, ногти умеренно развиты, ногтевые ложа без признаков воспаления.

**Внешний осмотр глаз:** движения глазных яблок в полном объёме, склеры чистые, слезотечения не наблюдается. Веки не изменены, отделяемого нет, зрачки округлые, реагируют на свет. Конъюнктива розовой окраски, инъекции нет.

Внешний осмотр ушей: ушные раковины обычной формы, наружные слуховые проходы свободны.

**Подкожно-жировая клетчатка:** развита умеренно, равномерно, толщина складки 2-3 см.

**Лимфатические узлы:** увеличены поднижнечелюстные лимфатические узлы с обеих сторон до 0.5 см.

**Мышцы:** развиты умеренно, тонус нормальный, болезненности нет.

**Костная система:** форма головы округлая, симметричная, окружность головы 49 см. (соответствует возрастной норме). Форма грудной клетки коническая, отмечается округлое вдавление в нижней трети части грудины (воронкообразная грудь). Асимметрий не отмечается, искривлений грудной части позвоночника, западения или выпячивания над- и подключичных ямок не выявлено.

**Система дыхания:** тип дыха­ния смешанный. ЧДД 20, ритмичное, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки, одышки не отмечается.

Пальпация: податливость грудной клетки в норме, болезненности нет, межреберные промежутки в норме, голосовое дрожание симметрично проводится во все отделы.

Перкуссия: сравнительная - изменения перкуторного звука не обнаружено, топографическая - границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | С лева |
| Срединно-ключичная  | VI | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Передняя подмышечная | VII | VII |
| Средняя подмышечная | VIII | VIII |
| Задняя подмышечная | IX | IX |
| Лопаточная  | X | X |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность лёгочных краев 1 см. с обеих сторон.

Аускультация: дыхание пуэрильное, хрипов нет.

**Система кровообращения.** Осмотр сердечной области: выпячива­ний нет, отмечается видимая пульсация в V м/р по срединно-ключичной линии - верхушечный толчок.

Пальпация: верхушечный толчок (IV и V м/р 1 см. кнаружи от срединно-ключичной линии, 2х2 см., высота и сила умеренны).

Перкуссия: границы относительной сердечной тупости

Верхняя: 2-е м/р, правая – кнутри от правой парастернальной линии, левая – на 1 см. кнаружи от среднеключичной линии.

Аускультация: тоны сердца ритмичные, ясные, звучные, отмечается слабый короткий дующий систолический шум во 2-й и 5-й точках аускультации, на сонные артерии не проводится.

Пульсация сосудов шеи, височных, артерий конечностей, в над­чревной области сохранена.

Пульс лучевой артерии: частота 105 уд./мин., ритмичный, средней величины, одинаков на обеих руках. Артериальное давление 85/55 мм.рт.ст.

**Система пищеварения и органы брюшной полости.**

Губы: обычного цвета, без особенностей. Слизистые оболо­чки рта обычного цвета, без изменений.

Язык: розового цвет, влажный, без особенностей.

Зубы: санированы

Десны: розовые, без изменений.

Глотка: слизистая оболочка обычной окраски, миндалины рыхлые.

Слюнные железы без особенностей.

Живот: обычной формы, симметричен, вздутия, выпячивания, западения, видимой пульсации не отмечается, живот слабо участвует в акте дыхания. Перкуссия и поколачивание: перкуторный звук тимпанический, болезненности нет. Пальпация поверхностная: болезненности и местного напряжения мышц нет. Специальная пальпация: расхождения прямых мышц живота не отмечается, пупочное кольцо без особенностей. Аускультация: перистальтика кишеч­ника сохранена.

Печень и желчный пузырь: при осмотре область печени без особенностей.

Перкуссия: нижний край печени отступает от срединно-ключичной линии на 1 см. Пальпация : край печени выступает на 1 см. от срединно-ключичной линии, консистенция плотная, край печени округлый.

Селезёнка: видимого увеличения нет, не пальпируется, перкуторно верхняя граница на IX ребра, нижняя на XI ребре. Пер­куторные размеры на правом боку: 6х3 см.

**Мочеполовая система**: развита по женскому типу, выпячиваний над лобком и в области почек нет, симптом поколачивания отрицателен. Частота мочеиспусканий в норме.

Вторичные половые признаки отсутствуют.

1. **Заключение по анамнезу и данным объективного исследования:**

Учитывая данные анамнеза заболевания (острое начало, выраженность симптомов), данные лабораторного обследования в городской инфекционной больнице, приёмном отделении университетской клиники детских болезней (повышение СОЭ и лейкоцитоз в ОАК, увеличение числа лейкоцитов в ОАМ, отсутствие гематурии и выраженной протеинурии) можно предположить наличие у больной острого пиелонефрита и усомниться в наличии острого гломерулонефрита.

1. **Результаты проведённых исследований**

Клинический анализ крови (14.11.11)

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Значение** |
| Гемоглобин | 104.0 G/L |
| Эритроциты | 3.96 x1012/L |
| Гематокрит | 34.40 % |
| ЦП | 0.79 |
| Средний объем эритроцитов (MCV) | 87 µm3 |
| Содержание гемоглобина в эритроците (МСН) | 26.10 pg |
| Концентрация гемоглобина в эритроците (МСНС) | 331 G/L |
| Лейкоциты | 7.7 x109/L |
| Нейтрофилы | Палочкоядерные – 1%, Сегментоядерные – 20% |
| Лимфоциты | 72.00 % |
| Моноциты | 4.00 % |
| Эозинофилы | 3.0 % |
| Базофилы | 0.0 % |
| СОЭ | 35 mm/H |
| Тромбоциты | 342 x109/L |

В ОАК отмечается снижение Hb и ЦП, указывающее на гипохромную анемию, повышение СОЭ свидетельствует о наличии воспалительного процесса.

Цитологическое исследование мазков из вульвы

|  |  |
| --- | --- |
| Плоский эпителий | Умеренное количество |
| Лейкоциты | Единичные в препарате |
| Кокки | --- |
| Палочки | --- |
| Грибы | --- |
| Прочее |  |

Биохимический анализ крови (14.11.11)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Результат**  | **Единицы** | **Норма** |
| ЩФ | 346 | Ед/Л | До 727 |
| **Общий белок** | **56** | **г/Л** | **65-85** |
| АЛТ | 7 | Ед/Л | До 30 |
| АСТ | 15 | Ед/Л | До 35 |
| Глюкоза | 4.5 | Ммоль/Л | 3.9-6.4 |
| Креатинин | 42 | МкМоль/Л | До 88 |
| Общий билирубин | 4.2 | Мкмоль/Л | 5-21 |
| ГГТ | 25 | Ед/Л | До 35 |
| Холестерин | 4.2 | Ммоль/Л | 2.6-5.2 |
| К+ | 4.1 | Ммоль/Л | 3.5-5.1 |
| Na+ | 142 | Ммоль/Л | 135-155 |
| Са+ | 2.45 | Ммоль/Л | 2.15-2.73 |
| Фосфор | 1.76 | Ммоль/Л | 0.96-2.26 |
| Мочевая кислота | 280 | µмоль/Л | 120-320 |
| КФК | 60 | Ед/Л | 40-200 |
| ЛДГ | 369 | Ед/Л | До 4505 |
| Мочевина | 3.4 | Ммоль/Л | 2.5-6.3 |

Нет специфических изменений, результаты исследования соответствуют возрастной норме.

Общий анализ мочи (14.11.11) - № 1

|  |
| --- |
| Количество: ---Цвет: соломенно-желтыйРеакция: рН 6.5Удельный вес: 1017Прозрачность: неполнаяБелок: 0.03 г/лСахар: ---Ацетон: ---Уробилин: в N.Плоские эпителиальные клетки: умеренное количествоЛейкоциты: 20-25 в п. з.Эритроциты: единичные в поле зренияЦилиндры: единичные в п/зр.Слизь: ---Бактерии: ---Соли: ---Грибы: небольшое количество |

Отмечается увеличение количества лейкоцитов в мазке, что свидетельствует о наличии воспаления в мочевыделительной системе. Учитывая отсутствие выраженной протеинурии и данные анамнеза, наиболее вероятно наличие пиелонефрита.

Общий анализ мочи (18.11.11) - № 2

|  |
| --- |
| Количество: ---Цвет: соломенно-желтыйРеакция: рН 6.0Удельный вес: 1024Прозрачность: полнаяБелок: ---Сахар: ---Ацетон: ---Уробилин: в N.Плоские эпителиальные клетки: умеренное количествоЛейкоциты: 6-7 в п/зр.Эритроциты: 6-8 в поле зренияЦилиндры: ---Слизь: ---Бактерии: ---Соли: ---Грибы: --- |

По сравнению с ОАМ №1 отмечается улучшение: снижение количества лейкоцитов в мазке. Обращает на себя внимание появление в мазке эритроцитов.

Анализ мочи по Зимницкому (15.11.11)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № порции | Количество (мл) | Удельный вес |
| I | 70 | 1011 |
| II | 160 | 1007 |
| III | 380 | 1001 |
| IV | 260 | 1001 |
| Дневной диурез: 870 мл. |
| V | 280 | 1005 |
| VI | 170 | 1007 |
| VII | 60 | 1005 |
| VIII | 0 | --- |
| Ночной диурез: 510 мл. |
| Суточный диурез: 1380 мл. |
| Белок: 0.055 г/сутки |

Отмечается выраженное снижение удельного веса мочи (гипостенурия), что может быть связано с высокой водной нагрузкой или снижением концентрационной функции почек.

Проба Реберга (15.11.11)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Результат**  | **Единицы** | **Норма** |
| Суточный диурез | 1380 | Мл/сут. | 400-700 |
| Минутный диурез | 0.96 | Мл |  |
| Креатинин крови | 42 | мкмоль/л | 27-62 |
| **Креатинин мочи** | **757** | мкмоль/кг/сут | **71-194** |
| **Креатининовый индекс** | **235** |  |  |
| **Клубочковая фильтрация** | **225** | Мл/мин. | **40-80** |
| Реабсорбция | 99.6 | % | 97-99 |

Результаты пробы Реберга можно интерпретировать как норму учитывая повышенную водную нагрузку.

УЗИ органов брюшной полости

Заключение: значительно повышено газообразование в кишечнике.

Исследование крови на наличие резус фактора и резус-антител

Группа крови: AВ (IV)

Резус принадлежность: Резус положительный

1. **Клинический диагноз и его обоснование.**

Острый внебольничный неосложнённый пиелонефрит детского возраста.

Синдромы: мочевой, воспалительный, интоксикационный, астено-вегетативный.

Доказательства.

1) жалобы: повышение температуры до 40оС, слабость, озноб, слезотечение – характерно для воспалительного и интоксикационного синдромов при различных инфекционных заболеваниях, при этом у пациентки отсутствуют характерные для пиелонефрита боли в области проекции почек. Для цистита характерны жалобы на боли в лобковой области и частые болезненные мочеиспускания, что отсутствует у данной больной.

2) данные истории развития настоящего заболева­ния: острое начало заболевания с выраженными воспалительным и интоксикационным синдромами – характерно для различных инфекционных заболеваний.

Данные лабораторного обследования в городской инфекционной больнице, приёмном отделении университетской клиники детских болезней (повышение СОЭ и лейкоцитоз в ОАК, увеличение числа лейкоцитов в ОАМ, отсутствие выраженных гематурии и протеинурии) – указывает на локализацию воспалительного процесса в мочеполовой системе. Результаты анализа мочи более характерны для пиелонефрита (преобладание лейкоцитурии над гематурией, отсутствие протеинурии), чем для острого гломерулонефрита, нет недавно перенесённой стрептококковой инфекции в анамнезе.

3) объективные данные: отсутствуют отёки, нормальное АД и пульс – подтверждают острый пиелонефрит, отрицательный симптом поколачивания формально свидетельствует против острого пиелонефрита.

4) динамика патологических симптомов за время наблюдения: регресс воспалительной и интоксикационной симптоматики относительно начала заболевания является положительным прогностическим признаком.

5) результаты лабораторных и других дополнительных методов исследования: Результаты исследований, выполненных в педиатрическом отделении, подтверждают регресс и положительную динамику данного заболевания (снижение количества эритроцитов и лейкоцитов в ОАМ №2 относительно ОАМ №1, прозрачность мочи в ОАМ №2 и мутность в ОАМ №1). Анализ мочи по Зимницкому и проба Реберга демонстрируют адекватную концентрационную функцию почек на фоне повышенной водной нагрузки. Изменения в ОАК, свидетельствующие о невыраженной гипохромной анемии, по всей вероятности, вызваны воспалительным процессом и в особой коррекции не нуждаются. Дисфункция ЖКТ по данным УЗИ брюшной полости характерна для пиелонефрита детского возраста и косвенно свидетельствует в пользу данного заболевания.

1. **Обоснование лечения у данного больного.**

Основное направление лечения больной – антибиотикотерапия. В приёмном отделении был проведён курс лечения антибиотиком широкого спектра действия цефалоспоринового ряда цефаксимом в/в по 2 гр./сут. в 4 приёма с положительной динамикой. Учитывая аллергию пациентки на амоксиклав антибиотик цефалоспоринового ряда является наиболее оптимальным решением в данном случае. Также рекомендуется направленная антибиотикотерапия после посева мочи и определения чувствительности возбудителя к антибиотикам. Принудительный ритм мочеиспускания.

Также необходимо проведение общеукрепляющей терапии (витамины групп В и С, обильное питьё).

По мере стихания воспалительного процесса в почечной ткани, через 3-5 дней от начала антибактериальной терапии назначаются антиоксиданты сроком 3-4 недели (витамин Е, С, веторон, препараты, содержащие селен, - триовит, селцинк)

Противорецидивная терапия: проводится в течение 3–12 мес по 7–10 дней каждого месяца: антибиотиками (используемыми для направленной терапии) или уроантисептиками 1 раз на ночь: ко-тримоксазол, триметоприм или нитрофурантоин по 100 мг на ночь или 3 р/нед (профилактически).

Диета во время острой фазы заболевания и выздоровления – стол №7, в последующее время – без ограничений. Показана физиотерапия (электрофорез с йодистым калием, фонофорез с гидрокортизоном, микроволновую терапию). Режим ребёнка постельный, после регресса воспалительной и интоксикационной симптоматики – общий.

1. **Прогноз основного заболевания и рекомендации для родителей.**

Прогноз основного заболе­вания благоприятный, учитывая своевременную диагностику и адекватное лечение. Полное выздоровление происходит, как правило, в 80% случаев.

Длительность нахождения в стационаре детей с острым пиелонефритом составляет, как правило, около 4 недель с учётом проводимой антибиотикотерапии.

Дети, перенёсшие острый пиелонефрит, не менее 3 лет находятся на диспансерном учёте с ежемесячным контрольным исследованием мочи. При соблюдении противорецидивной и диспансерном учёте сводится к минимуму вероятность возникновения рецидива и вероятных осложнений (сепсис, апостематозный нефрит, карбункул почки, воспаление паранефральной клетчатки).

Вакцинация детей с пиелонефритом осуществляется после достижения ремиссии, с обязательным предварительным лабораторным контролем анализов крови, мочи с целью уточнения активности процесса и функционального состояния почек. Вакцинация проводится по индивидуальному графику.