Алтайский Государственный Медицинский Университет

Кафедра детских болезней

Заведующий каф.: проф. Клименов Л.Н.

Преподаватель: асс. Михеева Н. М.

Куратор: студ. группы № 510

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Диагноз: Острый пиелонефрит

Барнаул 2008.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Адрес и место работы родителей:

Домашний адрес: г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Отец: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата поступления в стационар: 27.03.08.

Дата курации: 31.03.08.

Клинический диагноз: Острый пиелонефрит. Вторичный обструктивный. Период разгара с нарушением функции почек.

ЖАЛОБЫ

При поступлении: повышение температуры до 40,5 гр., колющая боль в правом боку после физических нагрузок и перед сном, болезненное и учащённое мочеиспускание. Покашливание.

На момент курации: Жалоб не предъявляет.

ANAMNESIS MORBI

10 дней назад заболела ОРВИ, появилась боль в горле, которая продолжалась около 2 недель. Ничем не лечили. Затем появилась боль в правом боку, стала часто и болезненно мочиться. Обратились в детскую поликлинику. В анализе мочи – лейкоцитурия, белок. Поставили диагноз: Острый пиелонефрит. Активная фаза. Острый цистит. В поликлинике назначили неграм, но-шпа, «Найз». Состояние ухудшилось. Температурит в течение 3 дней. Поступила по СМП.

ANAMNESIS VITAЕ

Ребенок от 2-ой беременности, протекавшей с гестозом первой половины, ХФПН, угрозой прерывания. Роды 2, срочные, самостоятельные. Родилась доношенной, массой - 3500 г., ростом - 51 см. Закричала сразу и громко. К груди приложена на 1 сутки. На естественном вскармливании до 4 мес. жизни. Выписаны из роддома на 3 сутки, домой. В физическом и нервно-психическом развитии от сверстников не отстает. Прививки все по календарю.

Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Детские инфекции: ветряная оспа.

Гемотрансфузии не проводилось, аллергических реакций не отмечает. Туберкулёз, венерические заболевания в семье нет.

Жилищно-бытовые условия семьи удовлетворительные. Живут в двухкомнатной квартире, 4 человека(2 детей). Воспитывается родителями, соблюдает режим дня, регулярно бывает на воздухе. Домашних животных нет, воду пьют не кипяченную. Рыбу речную не употребляют. Контакт с инфекционными больными за последние 2 недели отрицает. Жидкого стула нет.

Более детально изучить анамнез жизни не удалось из-за отсутствия медицинской карточки.

STATUS PRAESENS COMMUNIS

Общий осмотр:

Общее состояние больной удовлетворительное. Положение больной в постели активное. Сознание ясное. Выражение лица спокойное, поведение обычное, эмоции сдержаны. Самочувствие плохое из-за симптома интоксикации. Осанка правильная, телосложение правильное, развитие пропорциональное.

Физическое развитие:

Масса тела: 39 кг

Рост: 142см.

Физическое развитие среднее, гармоничное, соответствует полу и возрасту.

Кожа и слизистые оболочки:

Кожные покровы бледные, холодные на ощупь, эластичность в пределах нормы. Сыпи, очаговых изменений на коже не выявлено. Отеков не обнаружено. Волосы и ногти без видимых патологических изменений. Слизистая рта розовая, влажная, патологических изменений не выявлено.

Подкожно-жировой слой:

ПЖК умеренно развита, развитие равномерное. Тургор мягких тканей упругий. Отёков и уплотнений мягких тканей не обнаружено.

Периферические лимфоузлы:

Лимфатические узлы единичные, отмечается некоторое увеличение подчелюстных лимфоузлов. Консистенция мягко эластическая, подвижны, с соседними лимфоузлами и окружающими тканями не спаяны, безболезненны.

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:

Осанка правильная, пропорциональная. 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. Пальпация грудной клетки безболезненная. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки умеренно выражено и одинаковой силы. При сравнительной перкуссии отмечается ясный легочной звук во всех отделах. При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких, ширина полей Кренига и границы легких соответствуют возрастным нормам. Аускультативно: выслушивается везикулярное дыхание по всем точкам, хрипы не выслушиваются. Шума трения плевры нет.

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре и пальпации сердечной области патологических изменений (сердечный горб, пульсация коллатеральных сосудов) не выявлено. Верхушечный толчок локализуется слева в 5 межреберье по средне-ключичной линии, умеренной силы, не разлитой. Кошачьего мурлыканья не выявлено. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены.. Аускультативно- тоны сердца ритмичные, звучные, громкие, ясные. Патологических шумов не выявлено. Границы относительной тупости сердца не изменены. Конфигурация сердца нормальная. Сосудистый пучок не выходит за края грудины.

ЧСС 80 уд/мин, артериальное давление 110/60 мм рт. ст.

Пищеварительная система:

Неприятного запаха изо рта нет. При осмотре ротовой полости: язык влажный, розовый, с умеренным белым налетом, миндалины не увеличены, небные дужки без изменений. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен.

Живот не увеличен в размере, симметричен, в акте дыхания участвует. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Стул оформленный ежедневно.

Пальпаторно живот мягкий. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. При поверхностной пальпации областей болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области, не болезненна. Ободочная кишка безболезненна. Желудок не пальпируется. Селезенка не пальпируется. При глубокой пальпации печени нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, плотноэластической консистенции, безболезненный.

Перкуторно размеры печени по Курлову в пределах нормы.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание болезненное, учащенное, около 10 раз в день.

Предварительный диагноз и его обоснование:

Острый пиелонефрит, период разгара.

Пиелонефрит- так как у больной отмечаются следующие диагностические критерии:

из анамнеза жизни можно выделить фактор риска заболевания- патологическое течение беременности( беременность протекала с гестозом первой половины, ХФПН, угрозой прерывания), характер вскармливания на первом году жизни(на естественном вскармливании до 4 мес. жизни, т.е. раннее искусственное вскармливание);

из анамнеза заболевания видим, что заболевание возникло на фоне ОРВИ;

из жалоб, из анамнеза заболевания и на основании объективного осмотра выделяем наличие симптомов интоксикации: повышение температуры до 40,5 гр., плохое самочувствие, бледность кожных покровов; болезненное и учащенное мочеиспускание; колющая боль в правом боку после физических нагрузок и перед сном; мочевой синдром в виде лейкоцитурии, протеинурии;

Острый пиелонефрит- так как длительность заболевания 10 дней.

Период разгара – так как все клинические симптомы выражены и они отмечаются в настоящий момент.

ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

ОАК, ОАМ, биохим. ан. крови;

Функциональные пробы почек:

Проба Зимницкого- оценка концентрационной функции почек.

Проба Реберга- оценка фильтрационной и тубулярной функции почек.

УЗИ почек

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови от 27.03.08:

Гемоглобин 115 г/л

Эритроциты 3,91x10¹²/л

Цветной показатель 0,9

СОЭ 30 мм/ч

Тромбоциты 180х109 /л

Лейкоциты 12,9х109 /л

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозинофилы | Базофилы | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфоциты | Моноциты |
| 0 | 1 | 12 | 73 | 13 | 3 |

Токсигенная зернистость нейтрофилов ++

Заключение: лейкоцитоз, сдвиг влево, токсигенная зернистость нейтрофилов ++, ускорение СОЭ говорит о наличии воспалительного процесса.

Общий клинический анализ мочи от 28.03.08.:

Плотность: мало мочи

Цвет: солом.-желтый

Прозрачность: мутная

Реакция: кислая

Белок: 1,05 г/л

Сахар: отрицат.

Лейкоциты: сплошь в поле зрения

Эритроциты: 3-6 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: 3-6 в поле зрения

Заключение: протеинурия, выраженная лейкоцитурия, эритроцитурия, эпителиальные клетки.

Биохимический анализ крови

Общий белок 80,7г/л

Альбумины 42/л

Глобулины 30,4г/л

Липопротеиды 52 ед.

Мочевина 3,4 ммоль/л

Холестерин 3,4ммоль/л

АПТВ 35 сек.

РФМК 4,5 мг %

Фибриноген 4000 мг/л

Заключение: изменений нет.

Анализ мочи по Зимницкому от 1.04.08:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Время | Количество мочи | Относительная плотность |
| 1. |  6.00. - 9. 00 | 195,0 | 1012 |
| 2. | 9.00. - 12.00. | 55,0 | 1012 |
| 3. | 12.00. - 15.00. | 50,0 | 1021 |
| 4. | 15.00. - 18.00. | 45,0 | 1027 |
| 5. | 18.00. - 21.00. | 40,0 | 1022 |
| 6. | 21.00. - 24.00. | 20,0 | - |
| 7. | 24.00.. - 3.00. | 140,0 | 1007 |
| 8. | 3.00. - 6.00. | 180,0 | 1003 |

Заключение: Размах уд. веса 1003-1027 . За сутки выделилось 725мл мочи, соотношение дневного и ночного диуреза 405мл/320мл - ночной диурез составляет почти половину суточной мочи, что свидетельствует о нарушении концентрационной функции почек.

Проба Реберга

В сут. кол-ве мочи 725 мл.

С мин. диурезом 0,5 мл

Креатинин крови 71 мкмоль/л

Креатинин мочи 3,6 мкмоль/сут.

Клиренс по эндогенному креатинину 52 мл/мин

Реабсорбция врды 99,0%

Титруемые кислоты 21,7ммоль/сут.

Аммиак мочи 18,0 ммоль/сут.

Щавелевая кислота 244,3мкмоль/сут.

Заключение: снижение клиренса по эндог. креатинину (нарушение фильтрац. функции почек), снижение титруемых кислот и аммиака мочи (нарушение тубулярной функции почек).

УЗИ почек от 28.03.08:

Диффузно- однородные изменения структуры стенок мочевого пузыря. Пиелэктазия справа.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ, ОБОСНОВАНИЕ

Острый пиелонефрит. Вторичный обструктивный. Период разгара с нарушением функции почек.

Пиелонефрит - так как имеется фактор риска заболевания- патологическое течение беременности( беременность протекала с гестозом первой половины, ХФПН, угрозой прерывания), характер вскармливания на первом году жизни(на естественном вскармливании до 4 мес. жизни, т.е. раннее искусственное вскармливание);

Отмечаются следующие диагностические критерии:

-заболевание возникло на фоне ОРВИ;

- наличие симптомов интоксикации: повышение температуры до 40,5 гр., плохое самочувствие, бледность кожных покровов;

- болезненное и учащенное мочеиспускание;

- болевой синдром: колющая боль в правом боку после физических нагрузок и перед сном;

- мочевой синдром в виде лейкоцитурии, протеинурии;

Острый пиелонефрит- так как длительность заболевания 10 дней.

Вторичный обструктивный –так как заболевание возникло на фоне пиелэктазии( по заключению УЗИ почек от 28.03.08: Пиелэктазия справа. Диффузно- однородные изменения структуры стенок мочевого пузыря).

Период разгара – так как все клинические симптомы выражены и они отмечаются в настоящий момент.

С нарушением функции почек – так как в анализе мочи по Зимницкому - Размах уд. Веса 1003-1027, соотношение дневного и ночного диуреза 405мл/320мл . - ночной диурез составляет почти половину суточной мочи, что свидетельствует о нарушении концентрационной функции почек; по результату пробы Реберга- снижение клиренса по эндог. креатинину (нарушение фильтрац. функции почек) , снижение титруемых кислот и аммиака мочи(нарушение тубулярной функции почек).

ЛЕЧЕНИЕ

Постельный режим 2-3 нед.

Диета преимущественно молочно-растительная без раздражающих и экстрактивных блюд и веществ (стол №5 - печеночный). Показано введение большого количества жидкости (в 1,5 раза превышающее возрастные нормы). Дополнительную жидкость вводить за счет соков, компотов. Показаны свежие овощи и фрукты, обладающие диуретическим эффектом (арбузы, виноград, дыни, кабачки).

Медикаментозное лечение:

-антибактериальная терапия:

Непрерывный курс:

цефтрифин 1,0 /1 раз в день на 14 дней

Бисептол 0,5 т./2раза в день на 14 дней

Фурагин 1т/2раза в день на 14 дней

Нитроксолин 1т./4 раза в день на 14 дней

-симптоматическая терапия:обезболив.- но-шпа 1т/3 раза в день

Уролесан 8 кап/3 раза в день

Бромгексин 8мг/3 раза в день

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Соблюдение молочно-растительной диеты, исключая раздражающие и экстрактивные вещества, пряности, маринады, копчености, колбасы, консервы, специи.

2.Медицинское освобождение от занятий спортом и физкультурой в основной группе в течении 1 года. Показаны умеренные занятия физкультурой.

3.Противорецидивная терапия( прерывистый курс) 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 (см. выше).

4. Санация очага стрептококковой инфекции.

5. Диспансерное наблюдение у участкового педиатра по месту жительства в течении 5 лет с тщательным контролем мочи на степень бактериурии и лейкоцитурии (анализ мочи по Нечипоренко, а лучше по Адис-Каковскому).

6. Санаторно-курортное лечение.