**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

1. Ф.И.О.: x
2. Возраст: 8 декабря 1985 г. (11 лет).
3. Адрес и место работы родителей:

Домашний адрес: г. Киев

Мать: Валентина Ииванвна 37 лет, складовщик НГЧ.

Отец: Василий Петрович 38 лет, милиционер.

1. Дата и время поступления: 18.10.97 г. в 0 часов 40 мин.
2. Кем направлен больной: по скорой помощи
3. Диагноз при направлении: Левосторонняя почечная колика. Гломерулонефрит ? ОРВИ.
4. Ребенок посещает школу № 12, 6А класс.

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.**

На момент курации ребенок жалуется на снижение аппетита, влажный кашель с легко отходящей слизистой мокротой. А также отмечает еще сохраняющуюся общую слабость.

**АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

10 октября появилась резкая острая боль в нижней области живота и пояснице слева. Больная отметила ухудшение аппетита. Кроме того беспокоил насморк и назойливый сухой кашель. После приема НО-ШПЫ боль уменьшилась. На протяжении последующей недели беспокоила постоянная , слабой интенсивности боль в пояснице и внизу живота слева, отмечалась быстрая утомляемость, общая слабость. За медицинской помощью не обращалась.

С 16 октября появилась тошнота, рвота до 5 раз в сутки, съеденной накануне пищей , приносящая облечение. Отмечались общее недомогание , снижение аппетита.

1. г. боль усилилась, была вызвана карета скорой помощи, которая и доставила больную в стационар ДОБ-1 с диагнозом : Левосторонняя почечная колика. Гломерулонефрит ? ОРВИ.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.**

Ребенок от 2-ой беременности, первых родов. В анамнезе угроза прерывания беременности и многоводие. Роды патологические преждевременные. Родилась недоношенная -7,5 мес. массой - 2400 г., ростом - 51 см. врожденных уродств заболеваний, а также патологии связанной с актом рождения выявлено не было. Впервые ребенок приложен к груди через 1,5 нед. Физическое, моторно-статическое и психическое состояние соответственно возрасту. Находилась на естественном вскармливании до 8 мес., затем вскармливалась смесью «Малыш».

В 3-х летнем возрасте перенесла ветряную оспу. В осенне-зимний период 2—3 раза болеет ОРВИ. В 1993 г лежала вДОБ-1 на обследовании по поводу дискинезии желчевыводящих протоков (ДЖВП). Травм и операций, со слов больной, не было.

Аллергологическй анамнез отягощен: с 4 лет аллергический диатез (эксудативно-катаральный). Отмечает аллергические реакции на молоко, цитрусовые, фруктовые воды, яйца, шоколад, мед.

Профилактические прививки:

1. г. - БЦЖ-туберкулез

8.03.86 г. - гепатит В.

8.04.86 г. - гепатит В

8.05.86 г. - 0,5 АКДС - коклюш,, дифтерия, столбняк + полиомиелит

1. г. - 0,5 АКДС - коклюш,, дифтерия, столбняк + полиомиелит
2. г. - 0,5 АКДС - коклюш,, дифтерия, столбняк + полиомиелит
3. г. - гепатит В
4. г. - корь, краснуха, паротит
5. г. - полиомиелит + 0,5 АКДС

8.02.89 г. - полиомиелит + 0,5 АКДС

1. г. - полиомиелит
2. г. - корь

15.02.93 г. - БЦЖ-туберкулез (р-я Манту отрицательная)

8.02.97 г. - 0,5 АДС

Туберкулиновые пробы 8.02.86 г. и 10.02.93 г. реакции Манту - отрицательные.

Жилищно-бытовые условия семьи удовлетворительные, у ребенка отдельная комната. Воспитывается родителями, соблюдает режим дня, регулярно бывает на воздухе. Придерживается диеты с ограничением продуктов, вызывающих аллергию.

**СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ.**

Мать: Валентина Ивановна 37 лет, со слов девочки, страдает сердечными заболеваниями (какими именно - не знает).

Отец: Василий Петрович 38 лет, со слов девочки, здоров.

В семье, со слов больной, туберкулезом, сифилисом, алкоголизмом, психическими и нервными болезнями никто не болеет. Заболеваний, сходных с имеющимся у себя, девочка не отмечает. В семье единственный ребенок.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ.**

Справка от 8.10.97 г., выдана Слободяник Людмиле Васильевне со школы №12, 6-А класса в том, что в классе6 инфекционных заболеваний нет.

Справка от 8.10.97 г., выдана Слободяник Людмиле Васильевне в том, что в доме по месту жительства инфекционных заболеваний нет.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**(Status presens objectivus).**

Общее состояние ребенка удовлетворительное, положение в постели активное, Т - 36,8 С. Сознание ясное, настроение бодрое, поведение сдержанное, обычное выражение лица, ребенок интелектуально развит, патологии со стороны памяти и речи не выявлено.

Развитие психики, статических и моторных функций соответствует возрасту. Патологии со стороны ЧМН, периферических нервов не выявлено. Кожные, сухожильные рефлексы, рефлексы со слизистых оболочек сохранены, живые, симметричные. При исследовании болевых точек получены отрицательные результаты. Патологических рефлексов и симптомов не выявлено. Больная устойчива в позе Ромберга, патологии при исследовании координаторных систем не отмечается. Менингеальных симптомов нет. Двигательная функция нервной системы не нарушена (парезов, параличей нет).чувствительность сохранена, одинаково выраж6ена на симметричных участках. Дермографизм красный , не стойкий.

Кожные покровы телесного цвета, кожа эластичная, умеренно влажная, чистая. Проба щипка отрицательная. Состояние волос и ногтей удовлетворительное.

Подкожно-жировой слой развит умеренно, равномерно распределен по всему телу. Визуально и пальпаторно уплотнений и отеков не выявлено.

Слизистые обычной окраски без патологических высыпаний и изъязвлений. отмечается гиперемия слизистой зева. Пальпируются нижнечелюстные, заднешейные, единичные паховые лимфоузлы обычных размеров, умеренно плотные. Безболезненные, не спаянные с окружающими тканями.. 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*: 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 -17 в мин., одышки нет. Носовое дыхание затруднено, имеются скудные , слизистые, густые выделения. Голос не изменен. Влажный кашель с легко отходящей слизистой мокротой. Выявлена гиперемия слизистой оболочки зева и задней стенки глотки, отек миндалин и дужек. Грудная клетка симметричной формы, лопатки расположены на одном уровне и одинаковом расстоянии от позвоночного столба, незначительно отстают от грудной клетки. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки умеренно выражено и одинаковой силы. При перкуссии выслушивается ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| lin. Medioclavicularis | 6 ребро | — « — |
| lin. Axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| lin. Scapularis | 10 ребро | 10 ребро |

Активная подвижность нижних краев легких по среднеподмышечной линии равна 3 см. при аускультации выслушивается везикулярное дыхание несколько усиленное в межлопаточной области. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено. Бронхофония не изменена.

*Органы кровообращения*: при осмотре и пальпации сердечной области патологических изменений (сердечный горб, сердечный толчек, пульсация колатеральных сосудов) не выявлено. Верхушечный толчек локализуется в правом межреберьи слева, размером около 2-х см, умеренной высоты, резистентный. Кошачьего мурлыканья не выявлено. Пуль одинаковый на обеих руках, частота - 86 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Границы абсолютной и относительной тупости сердца.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Верхняя | верхний край 3-го ребра | 3-е межреберье |
| Правая | на 0,5 см кнаружи от правой грудинной линии | по левой грудинной линии |
| Левая | на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии | на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии |

Аускультативно в области верхушки определяется 2 тона, преобладает 1-й тон. Тоны ритмичные, звучные, громкие, ясные. Патологических шумов не выявлено.

На основании сердца (на уровне 2-го межреберья около правого и левого края грудины) выслушиваются 2 тона, 2-й тон преобладает над первым, акцент 2-го тона на легочной артерии. Тоны ритмичные,, звучные, ясные, без патологических шумов.

В нижней трети грудины и в точке Боткина аускультативная картина без патологии.

АД на руке 100/70 мм. рт. ст.

*Органы пищеварения и брюшной полости:*

при осмотре слизистые рта, губы розовые, язык не обложен, запах изо рта обычный, акт глотания на затруднен, безболезненный. Живот правильной формы без видимых патологических выпячиваний, кожа живота чистая, перистальтика визуально не определяется, патологического расширения подкожных вен нету.

При перкуссии живота над всей поверхностью определяется тимпанический звук.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мякий, безболезненный. Расхождений прямых мышц живота, грыж, увеличения внутренних органов не определяется.

Результаты глубокой методической топографической скользящей пальпации:

1. сигмовидная кишка - в виде гладкого, плотноватого, подвижного, безболезненного цилиндра толщиной около 2-х см.
2. слепая кишка - в виде цилиндра толщиной около 3-х см, с гладкой поверхностью, безболезненна и малоподвижна.
3. поперечно-ободочня кишка - в виде мягкого цилиндра диаметром около

2-х см, подвижная и безболезненная.

1. нисходящие отделы ободочной кишки - отмечается болезненность

Результаты перкуссии печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии 7 см (верхняя граница на уровне 6-о ребра, нижняя у края реберной дуги), по срединной линии - 8 см, по косой - 8 см (от начала мечевидного отростка до боковой границы печени в левом подреберьи).

Печень при пальпации на уровне реберной дуги, нижний ее край острый, мягко-эластичный, безболезненный при пальпации. Пузырная точка безболезненна. Симптомы Георгиевского-Мюсси, Мерфи, Ортнера-Грекова, Менделя отрицательные.

Пропальпировать поджелудочную железу не удалос. Точки Мейо-Робсона, Дежардена безболезненны.

Размеры селезенки при перкуссии 6 и 8 см. Пропальпировать селезенку не удалось.

*Мочеполовая система*: вторичные половые признаки отсутствуют. Симптом Пастернацкого положительный слева. Почки не доступны пальпации.

*Эндокринные ораны*: клинических симптомов поражения желез внутренней секреции (акромегалия, ожирение, патологические пигментации) не выявлено. Щитовидная железа пальпируется на передней поверхности шеи в виде мягко-эластичного образования, безболезненного при пальпации.

*Органы чувств*: при внешнем осмотре патологии со стороны глаз, ушей, носа, рта не выявлено.

*Физическое развитие*:

Вес 32 кг

Рост 140 см

физическое развитие соответствует возрастной норме.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

**Общий анализ крови 18.10.97 г.**

Нь - 122 г/л

Лейкоциты - 6,8 10

Эозинофилы - 0

Палочкоядерные - 8

Сегментоядерные - 55

Лимфоциты - 36

Моноциты - 1

СОЭ - 6 мм/ч

**Анализ крови на сахар 18.10.97 г.**

глюкоза 3,9 мкмоль/л

**Общий анализ мочи 19.10.97 г.**

Количество 100 мл

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес - 1015

Белок - 0,033 г/л

Сахар -

Эпителий плоский - изредка

Лейкоциты 4-6 в п/з

Эритроциты 3-5 в п/з

**Биохимический анализ крови 20.10.97 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 (20.10.97 г.).**

Синусовая тахикардия. Электрическая оось в норме. Укорочение AV-проводимости.

**УЗИ органов брюшной полости 20.10.97 г.**

Печень + 1 см, структура однородная, картина холангита. Желчный пузырь гипотоничен с перегибом в области тела, стенка уплотнена, полость свободна.

Поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки типично расположены, конуры четкие, ровные, паренхима 1,6 см. ЧЛА уплотнен слева, чашки эктазированы , лоханка расширена 3,1/1,8 см.

**Результаты исследования носоглоточного смыва 20.10.97 г.:**

антигены вируса гриппа не обнаружены.

**Анализ кала на яйца глистов 20.10.97 г.:**

яйца гельминтов, простейшие не обнаружены.

**Анализ мочи по Нечипоренко 21.10.97 г.:**

лейкоциты 4 10 /л

эритроциты 0,5 10 /л

цилиндры не обнаружены.

**Анализ мочи на ацетон 20.10.97 г.:**

не выявлено.

**Исследование кала на яйца глистов методом соскоба**

**(21.10.97 г.):** не обнаружены.

**Рентгенография органов грудной полости 21.10.97 г.:**

легочные поля прозрачные. Отмечается усиление легочного рисунка и легочных корней. диафрагма дифференцируется. Плевральные углубления свободны. Патологии со стороны сердца не выявлено.

**Бактериологическое исследование со слизистой зева 23.10.97 г.:**

Обнаружен рост Strep. Pyrogenus в умеренном количестве, чувствительных к рифампицину.

**Результаты микробиологического исследования мочи 23.10.97 г.:**

бактериурия отсутствует.

**Анализ мочи по Зимницкому**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | В р е м я | Количество мочи | Относительная плотность |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8. | 6.00. - 9. 00  9.00. - 12.00.  12.00. - 15.00.  15.00. - 18.00.  18.00. - 21.00.  21.00. - 24.00.  24.00.. - 3.00.  3.00. - 6.00. | 150  200  50  100  15  150  200  110 | 1,012  1,010  1,012  1,016  не измер.  1,016  1,012  1,012 |

Дневной диурез 500 мл

Ночной диурез 465 мл

Общий диурез 965 мл

**Д Н Е В Н И К**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Д а т а | С о с т о я н и е б о л ь н о г о | Н а з н а ч е н и я |
| 1. г.     24.10.97 г. | Т - 36,4 С; PS - 96 уд/мин.;  ЧД-20/мин.; вес-32 кг;  А/Д-95/60 мм. рт. ст.  Жалобы на боль в низу живота слева и в пояснице слева, тошноту рвоту, головокружение, снижение аппетита, общую слабость, кашель, заложенность носа.  Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы телесного цвета, слизистые влажные. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны четкие, ясные, ритмичные, отмечается тахикардия. Живот умеренно болезненный при пальпации в пилородуоденальной и эпигастральной зоне. Симптом Пастернацкого положительный.  Т-36,8 С; PS-87 уд/мин.;  ЧД-17/мин.; вес-32 кг;  А/Д 100/70 мм. рт. ст.  Жалуется на снижение аппетита, влажный кашель с легко отходящей млкротой, незначительную общую слабость.  Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы телесного цвета, слизистые влажные. В легких везикуляярноое дыхание. Сердечные тоны четкие, ясные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный при пальпации в пилородуоденальной и эпигастральной зоне. Симптом Пастернацкого слабо положительный. | План обследования:   1. ОАК. 2. ОАМ, моча на ацетон и желчные пигменты. 3. Кал на яйца глистов. 4. Соскоб на энтеробиоз. 5. Биохимический анализ крови. 6. Смыв из зева на микрофлору и а/г вирус. 7. ЭКГ. 8. УЗИ органов брюшной полости. 9. Рентгенография органов брюшной полости.   10. Консультация уролога.   1. Консультация оторинола-   ринголога.  План лечения:   1. НО-ШПА 1т. 3р/день 2. Фурадонин 1т. 4р/день   3. Орошение зева фурацили-  ном.   1. Фитотерапия. 2. Физотерапия.   6. Нафтизин  Назначения: продолжать принимать назначенное лечение. |

**О Б О С Н О В А Н И Е Д И А Г Н О З А.**

На сновании жалоб на резкие боли в поясничной области преимущественно слева, а также боли внизу живота слева, а также положительный с-м Пастернацкого слева можно предположить наличие у больной патологии связанной с мочевыделительной системой.

Жалобы на снижение аппетита, тошноту, рвоту, общую слабость, головную боль, головокружение говорят об интоксикационном синдроме и, отнюдь, не исключают патологии со стороны мочевыделите6ьной системы (МВС).

Абдоминальный синдром может быть в детском возрасте признаком многих заболеваний, в том числе и МВС.

Данные лабораторных и инструментальных исследований (ОАМ: незначительная протеинурия - 0,033 г/л, незначительная лейкоцитурия - 4-6 в п/з; анализ мочи по Нечипоренко - лейкоцитурия; анализ мочи по Зимницкому - никтурия (соотношение между дневным и ночным диурезом 1:1), снижение общего диуреза, гипоизостенурия ; УЗИ почек - уплотнение чашечно-лоханочного аппарата, экттазироование чашек и расширение лоханок) так же подтверждают патологию МВС.

Исходя из данных анамнеза длительность заболевания 10 дней, что говорит об остром процессе.

Окончательно основной диагноз можно сформулировать как:

**Первичный пиелонефрит с нарушением функции почек, острое течение, активный период.**

Для более детального исследования почек через 1 месяц после ликвидации обострения инфекции делают рентгенологические методы исследования: нисходящая урография (при ПЕН можно обнаружить деформацию или расширение, спазм почечных лоханок или др. отделов мочевыводящей системы, нарушение экскреторной функции одной или обеих почек), цистография и цистоскопия, микционная цистоуретерография, ретроградная цистометрия, фармакоцистометрию, пиелометрию уретры, электромиографию мочевого пузыря, прямую цистометрию. все эти методы используются для определения уродинамики в нижних отделах мочевых путей .

Жалобы на влажный кашель с легко отделяющейся мокротой, заложенность носа со скудными слизистыми выделениями, данные объективного исследования (легкая гиперемия зева и задней стенки глотки, отек дужек и миндалин) дают нем возможность думать о сопутствующем поражении дыхательной системы: **острый катаральный рииофарингит, ларинготрахеит** (?).

Для установления окончательного диагноза необходима консультация оториноларинголога.

Диагноз основного заболевания: **Первичный пиелонефрит с нарушением функции почек, острое течение, активный период**.

Сопутствующее заболевание: **Острый катаральный ринофарингит, острый катаральный ларинготрахеит** (?)

**Л Е Ч Е Н И Е**

1. Полупостельный режим 2-3 нед.
2. 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).
3. Медикаментозное лечение:

а. Препараты нитрофуранового ряда:

Rp.: Tab. Furadonini 0,1 N.20

S. По 1/2 таблетки 4 раза в день после еды, запивая большим количеством жидкости в течении 7 дней.

Нарушает образование ацетил-Ко А из пировиноградной кислоты, т.е. обмен энергии и синтетические процессы в микробной клетке. Угнетает рост и размножение сттафило-, стрептококков, кишечной плочки, палочки паратифа и др. граммотрицательных и граммположительных бактерий эффективен при заболеваниях мочевыводящих путей (цистит, пиелонефрит, пиелит, уретрит). Если обострение ПЕН не протекает без высокой температуры и признаков интоксикации производные нитрофурана назначаются без предварительной терапии антибиотиками.

в. Симптоматическое лечение:

Rp.: Tab. Nospani 0,04 N.50

D.S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Расслабляет гладкую мускулатуру сосудов. Показан для лечения и предупреждения расстройств и болей, обусловленных спазмом гладкой мускулатуры различных органов (пиелит, цистит, ЯБЖ, пилороспазм, спастический колит и пр.).

с. Препараты, обладающие местным сосудосуживающим действием:

Rp.: Sol. Naphthyzini 0,05 % 10 ml

D.S. По 2 капли в каждую ноздрю 3 р/день, курсом 7 дней.

Адреномиметическое средство, стимулирующее а-адренорецепторы, вызывающее длительное сужение периферических сосудов, что проявляется противовоспалительным и противоотечным действием.

Показано при острых ринитах, ринофарингитах. Более длительное применение препарата (боллее 8-10 дней) ведет к развитию патологических процессов (вазомоторный ринит, гибель мерцательного эпителия, аллергические реакции на любой применяемый эндоназально препарат и др.).

Rp.: Sol. Furacilini 0,02% - 500 ml

Sterilisetur !

D.S. Для орошения зева.

Механизм действия аналогичен фурадонину.

4. Фитотерапия:

Сборы трав по Ковалевой:

лаванда колосовая (трава), смородина черная (лист), береза белая (лист), будра плющевидная (трава), можжевельник обыкновенный (плоды), хмель обыкновенный (шишки), роза крымская (лепестки) - все по 10,0; толокнянка обыкновенная (листья), буковица лекарственная (трава), лист брусники, лист подорожника - 20,0; трава крапивы двудомной - 30,0; шиповник коричневый (плоды толченые) - 40,0; земляника лесная (плоды), хвощ полевой (побеги) - 60,0. Заварить 5-6 г сбора 500 мл кипятка, томить 30 мин (не кипятить). Принимать по 50-150 мл 3 раза в день за 1/2 часа до еды теплым. Настой можно принимать длительное время (месяцы, годы) обязательно под контролем анализов мочи и состояния почек.

Можно применять и другие более простые сборы:

1. Ромашка, шиповник, брусничный лист или зверобой, птичий горец, алтей лекарственный.
2. Зверобой продырявленный, крапива, брусничный лист, золототысячник зонтичный, шиповник.
3. Зверобой продырявленный, полевой хвощ, толокнянка, крапива, тысячелистник.

Растения смешивают в равных пропорциях, заливают 1 ст. л. Сбора 0,5 кипятка и настаивают 1/2 часа. Принимают так же.

1. Физиотерапия:

- на область носа: УВЧ (6-8 процедур);

- на область левой почки: УВЧ (5-8процедур), затем - СВЧ-терапия (6-8 процедур), далее электрофорез с 1% р-ром фурадонина и ампициллина (10 сеансов).

**Э П И К Р И З**

Слободяник Людмила Витальевна поступления: 18.10.97 г. в 0 часов 40 мин.

с жалобами на боль в пояснице и внизу живота слева, быструю утомляемость, общую слабость, тошноту, рвоту, недомогание , снижение аппетита, головокружение, кашель, заложенность носа. Заболевание началось 10.10.97 г.,

обострилось 18.10.97 г.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы телесного цвета, слизистые влажные. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны четкие, ясные, ритмичные, отмечается тахикардия. Живот умеренно болезненный при пальпации в пилородуоденальной и эпигастральной зоне. Симптом Пастернацкого положительный слева.

В больнице проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования

**Общий анализ крови 18.10.97 г.**

Нь - 122 г/л

Лейкоциты - 6,8

Эозинофилы - 0

Палочкоядерные - 8

Сегментоядерные - 55

Лимфоциты - 36

Моноциты - 1

СОЭ - 6 мм/ч

**Анализ крови на сахар 18.10.97 г.**

глюкоза 3,9 мкмоль/л

**Общий анализ мочи 19.10.97 г.**

Количество 100 мл

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес - 1015

Белок - 0,033 г/л \*\*

Сахар -

Эпителий плоский - изредка

Лейкоциты 4-6 в п/з

Эритроциты 3-5 в п/з \*\*

**Биохимический анализ крови 20.10.97 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 (20.10.97 г.).**

Синусовая тахикардия. Электрическая ось в норме. Укорочение

AV-проводимости.

**УЗИ органов брюшной полости 20.10.97 г.** \*\*

Печень - «+» 1 см, структура однородная, картина холангита. Желчный пузырь гипотоничен с перегибом в области тела, стенка уплотнена, полость свободна.

Поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки типично расположены, конуры четкие, ровные, паренхима 1,6 см. ЧЛА уплотнен слева, чашки эктазированы , лоханка расширена 3,1/1,8 см.

**Результаты исследования носоглоточного смыва 20.10.97 г.:**

антигены вируса гриппа не обнаружены.

**Анализ кала на яйца глистов 20.10.97 г.:**

яйца гельминтов, простейшие не обнаружены.

**Анализ мочи по Нечипоренко 21.10.97 г.:**

лейкоциты 4 10 /л \*\*

эритроциты 0,5 10 /л

цилиндры не обнаружены.

**Анализ мочи на ацетон 20.10.97 г.:**

не выявлено.

**Исследование кала на яйца глистов методом соскоба**

**(21.10.97 г.):** не обнаружены.

**Рентгенография органов грудной полости 21.10.97 г.:**

легочные поля прозрачные. Отмечается усиление легочного рисунка и легочных корней. диафрагма дифференцируется. Плевральные углубления свободны. Патологии со стороны сердца не выявлено.

**Бактериологическое исследование со слизистой зева 23.10.97 г.:** \*\*

Обнаружен рост Strep. Pyogenus в умеренном количестве, чувствительных к рифампицину.

**Результаты микробиологического исследования мочи 23.10.97 г.:**

бактериурия отсутствует.

**Анализ мочи по Зимницкому** \*\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | В р е м я | Количество мочи | Относительная плотность |
| 1.  2.  3.  4.  5.  6.  7.  8. | 6.00. - 9. 00  9.00. - 12.00.  12.00. - 15.00.  15.00. - 18.00.  18.00. - 21.00.  21.00. - 24.00.  24.00.. - 3.00.  3.00. - 6.00. | 150  200  50  100  15  150  200  110 | 1,012  1,010  1,012  1,016  не измер.  1,016  1,012  1,012 |

Дневной диурез -500 мл

Ночной диурез -465 мл

Общий диурез - 965 мл

На основании клинических данных, объективного исследования, данных лабораторного и инструментального исследования был поставлен диагноз:

Первичный острый пиелонефрит с нарушением функции почек, острое течение, активный период . ОРЗ: острый катаральный ринофарингит, острый катаральный ларинготрахеит (?).

Проведено лечение:

1. Но-шпа - по 1 таб. 3 р/день.
2. Фурадонин - 1/2 таб. 4 р/день.
3. Орошение зева фурацилином.
4. Нафтизин (капли в нос).
5. Физиотерапия:

- на область носа: УВЧ (6-8 процедур);

- на область левой почки: УВЧ (5-8процедур), затем - СВЧ- терапия (6-8 процедур), далее электрофорез с 1% р-ром фурадонина и ампициллина (10 сеансов).

6. Фитотерапия: сборы трав по Ковалевой или другие, более простые, лекарственные сборы (см. выше).

На фоне проведенного лечения состояние ребенка значительно улучшилось, сохраняется отсутствие аппетита, влажный кашель с легко отходящей мокротой, болезненность при пальпации в зоне проекции левой почки, положительный симптом Пастернацкого слева. Больная продолжает принимать назначенное лечение.

Рекомендации:

**1.** Закончить курс стационарного лечения.

**2.** Соблюдение молочно-растительной диеты, исключая раздражающие и экстрактивные вещества, пряности, маринады, копчености, колбасы, консервы, специи. Полезно проводить зигзагообразную диету т.е. перввые 7-10 дней продукты, обуславливающие щелочную реакцию мочи (овощи, фрукты, ягоды, молоко, сахар и др.), а следующие 7-10 дней - кислую реакцию мочи (кефир, творог, каши, хлеб, рыба, мясо)Рекомендовано употребление соков, овощей и фруктов, обладающих диуретическим эффектом (арбузы, дыни, баклажаны, виноград).

1. Медицинское освобождение от занятий спортом и физкультурой в основной группе в течении 1 года. И вместе с тем, ребенку показаны умеренные занятия физкультурой.
2. Противорецидивная терапия 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).

**5.** Санация очага стрептококковой инфекции.

**6.** 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):

1. до окончания курса непрерывной а/бактериальной терапии - 1 р/2нед.
2. последующие 6 мес. - 1р/мес.
3. далее 1 раз в 2-3 мес., и обязательно 2 раза при любой интеркуррентной инфекции (первый раз в разгар заболевания, второй раз через неделю после его окончания).
4. осмотр врачем-педиатром: в первый год - 1 р/мес., в дальнейшем 1 р/квартал при отсутствии обострений.
5. осмотр стоматолога, оториноларинголога ( для исключения хронического инфекционного очага, будь то хронический тонзиллит, аденоиддит, кариес зубом или др.) и троекратныеанализы кала на яйца глистов (с обязательным соскобом на яйца остриц): 1 раз в полгода.

**7.** Соблюдение правил личной гигиены.

**8.** Санитарно-курортное лечение (Трускавец, Боржоми, Железноводск, Есентуки).