Общие сведения

1. Фамилия, имя ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст: 4 года 4 месяца
3. Дата рождения: 03. 09.98г.
4. Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. В настоящее время воспитывается в доме ребенка.
5. Место рождения ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Время поступления в клинику: 17.02.03г.
7. Диагноз:
	* При направлении: вторичный хронический пиелонефрит
	* Предварительный: вторичный хронический пиелонефрит, реконвалесцент по пузырно-мочеточниковому рефлюксу
	* Окончательный (основной): вторичный хронический пиелонефрит, ремиссия, реконвалесцент по пузырно-мочеточниковому рефлюксу
	* Сопутствующие заболевания: оксалурия, пролапс митрального клапана,на фоне дисфункции подклапанных структур, дополнительная хорда левого желудочка, малая мозговая дисфункция с задержкой психоречевого развития, синдром гипервозбудимости, низкое физическое развитие
	* Осложнения: отсутствуют

***Анамнез настоящего заболевания***

Жалобы при поступлении и на момент курации отсутствуют.

Лобачёва Н.В. заболела в 2000г, когда наблюдались неоднократные изменения в анализе мочи: лейкоцитурия, уратурия. С этого времени состоит на диспансерном учёте у нефролога.

В 2001г. находилась на обследовании в ДРБ №2 с предварительным диагнозом: дизметаболическая нефропатия типа уратурия, инфекция мочевыводящих путей. После проведённого обследования был выставлен следующий диагноз: вторичный острый пиелонефрит, активная фаза, на фоне врождённой аномалии развития пузырно-мочеточникового рефлюкса, двухсторонний, 2 ст.; нарушение функции почек – 0. Проведено консервативное лечение, больная получала в течение 7-и дней гентамицин, нитроксолин-5 дней, а также фурагин, бисептол, витамины В6,В2, липоевую кислоту, УФО носоглотки, ингаляции с фурацилином. После проведенного курса состояние больной улучшилось. За период с 2000 по 2001гг. сохранялась ремиссия.

В мае 2001г. консультирована главным детским нефрологом, диагноз подтверждён. Рекомендовано продолжить лечение. В июне 2001г. проведен II-й курс консервативной терапии пузырно-мочеточникового рефлюкса; проводилась следующая терапия: бисептол (по 1 таблетке 2 раза в день); нитроксалин (0,5 таблетки 3 раза в день); фурагин (по 0,5 таблетки на ночь); физиолечение: УФО носоглотки, ингаляции с фурациллином. По результатам проведенного УЗИ: уплотнение чашечно-лоханочной системы в обеих почках.

В декабре 2001г. вновь обследовалась в ДРБ №2. При ультразвуковом исследовании (от 13.12.01г.) почек выявлено уплотнение чашечно-лоханочной системы в обеих почках. Проводилась контрольная цистография (от 18.12.01г.), по результатам которой мочевой пузырь округлой формы, контуры ровные, данных за ПМР не выявлено. Урография не показана. Выставлен диагноз: вторичный хронический пиелонефрит, стадия обострения, реконвалесцент по пузырно-мочеточниковому рефлюксу; сопутствующий диагноз: пролапс митрального клапана, на фоне дисфункции подклапанных структур, дополнительная хорда левого желудочка, малая мозговая дисфункция с задержкой психоречевого развития, синдром гипервозбудимости, низкое физическое развитие. Получала следующее лечение: гентамицин (7 дней), фурагин (14 дней), арбофен (4 дня); физиолечение: УФО носоглотки, ингаляции с фурациллином. Выписана в удовлетворительном состоянии (сведения о том, чем проявлялось улучшение состояния в амбулаторной карте отсутствуют). Рекомендована повторная госпитализация в декабре 2002г. для проведения контрольной цистографии и комплексного обследования.

В настоящее время поступила в ДРБ №2 14.02.03г. в плановом порядке для проведения обследования и профилактического лечения.

***Анамнез жизни***

1. Антенатальный период: состояние здоровья матери во время беременности удовлетворительное, токсикозов в 1-й и 2-й половинах беременности не наблюдалось. Беременность у матери протекала на фоне анемии, сведений о проводившемся лечении нет. Осложнений и других заболеваний не было. Условия жизни, труда, питание во время беременности также установить не удалось. По данным медицинской карты (Большеберезниковский Дом ребёнка) мать девочки родилась в 1965 году, проживает в с. Лямбирь, замужем, лишена родительских прав, ведет аморальный образ жизни, злоупотребляет алкогольными напитками. Ребенок от 5-ой беременности, 4-х родов. Роды своевременные в затылочном предлежании (срок беременности 39-40 недель), без осложнений. Продолжительность родов - 10 часов, роды самопроизвольные, послед отошел самостоятельно через 15 минут после рождения ребенка.

2. Характеристика новорожденного: Ребенок родился доношенным. Масса тела при рождении 3560 гр., длина тела 50 см. Девочка закричала сразу же, крик умеренно громкий. К груди приложена на первые сутки, сосала активно. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Пуповинный отросток отпал на 4-е сутки. Заживление пупочной ранки происходило без осложнений. Покраснения, мокнутия, гнойных выделений не отмечалось. Состояние кожных покровов удовлетворительное, сыпи, опрелости, гнойничковых элементов не наблюдалось, желтухи не было. Выписана из роддома на 5-е сутки.

3. Вид вскармливания: первые восемь месяцев находилась на естественном вскармливании, т.е. получала материнское молоко. Режим кормления не соблюдался. Прикорм был введён в 5 мес., получала овощное пюре, 5% манную кашу, 5% гречневую кашу, картофельное пюре, яичный желток. Введение в рацион соков (вначале яблочного, затем морковного) - с 4-х месяцев. Профилактика рахита проводилась витамином D2 0,0625% (масляный раствор по 1 капле (1000 МЕ) через день) в возрасте 1 года (с октября 1999г. по апрель 2000г.) и 2-х лет (с октября 2000г. по апрель 2001г.). В настоящее время питание соответствует столу № 15.

4. Нервно-психологическое развитие ребенка: головку стала держать с 2-х месяцев. К концу первого месяца фиксирует глазами яркие предметы, улыбается. С 7 недель реагирует на звук поворотом головы в сторону звукового раздражителя. В 3 мес. начала узнавать мать, удерживать в руках игрушки, гулить. В 4 мес. переворачивается со спины на живот, сидит без поддержки с 6-ти месяцев, ползает – с 7 месяцев, первые зубы появились в 7 мес. В 11 месяцев – мелкая моторика развита недостаточно, общая моторика: встает, держась за перила манежа, сидит самостоятельно. Речевая коммуникация – 10 мес., понимание речи на уровне 11 мес. 1 год 5 мес. - речевая коммуникация на уровне 1,2 мес., игра на уровне 1 года. Самостоятельно играет мало. Мелкая моторика развита недостаточно. В 2 года – речь на уровне 1 год 6 мес., игра на уровне – 1 год 2 мес., понимание речи на уровне 1 год 9 мес., действия по инструкции взрослого старается выполнить. В психическом плане – уравновешена. В 3 года 3 мес. – речь состоит из простых фраз, смягченная с отсутствием звуков –л, -р, -ж, -ш; сенсорное развитие – знает большой, маленький, цвета путает. Игра на уровне 2 года 9 мес., самостоятельности в игре нет. Эмоциональное состояние неустойчивое. Засыпание быстрое, сон глубокий, продолжительность сна соответствует возрасту. Неусидчива, невнимательна, быстро утомляется, любит одиночество. Психическое состояние – неуравновешенное, обидчива, плаксива. Мелкая моторика развита недостаточно, пальцы рук плохо координированы.

Заключение по оценке нервно-психического развития ребенка: задержка речевого развития с синдромом гипервозбудимости; уровень нервно-психического развития соответствует 2-м годам 6-ти месяцам.

5. Перенесенные заболевания: по данным медицинской карты в 4-6 мес. возрасте девочка перенесла острый бронхит, в связи с чем в течение 2-х недель пребывала на лечении в стационаре. Состояние улучшилось, осложнений не отмечалось. Заболевания на первом году жизни: дважды ОРЗ, анемия легкой степени смешанной этиологии, крапивница, вульвовагинит. На втором году жизни: назофарингит, ветряная оспа, острый брохит, глистная инвазия. На третьем году жизни: острый пиелонефрит. На четвертом году жизни – острый катаральный отит слева, ОРЗ, фарингит, ОРВИ, энтеробиоз. По поводу пролапса митрального клапана на фоне дисфункции подклапанных структур, дополнительной хорды левого желудочка наблюдается кардиологом детской республиканской больнице №2 г. Саранска. По поводу малой мозговой дисфункции с задержкой психоречевого развития, синдрома гипервозбудимости, низкого физического развития наблюдается у невропатолога.

Профилактические прививки (по данным амбулаторной медицинской карты): в родильном доме сделана прививка против туберкулеза – БЦЖ – 6.10.98г. (рубчик – 3 мм.). Реакция Манту проводилась соответственно календарному плану профилактических прививок (выявлялась различная степень гиперемии).

АКДС – вакцинации: 5.01.99г., 12.02.99г., 15.03.99г.

ревакцинации: 15.03.00г.

Полиомиелит – вакцинация: 5.01.99г., 12.02.99г., 15.03.99г.

ревакцинация: 15.03.00г. 6.07.01г.

Гепатит В – вакцинация: 13.09.99г.,1.11.99г.,18.04.00г.

Паротит - вакцинация: 3.12.99г. ревакцинация: 15.03.00г.

Корь - вакцинация: 1.11.99г.

Краснуха - вакцинация: 5.03.02г.

Менингококковая вакцина: 10.06.02г.

Парагрипп - вакцинация: 12.09.02г.; 28.10.02г.

В 2001 – 2002 году проводилась профилактика глистных инвазий, ОРЗ, гриппа, энтеробиоза. Ответная реакция на введение указанных вакцин отрицательная.

Отмечаются аллергические реакции в виде крапивницы на фумарат железа, применявшийся при лечении анемии (степень тяжести, распространенность и локализация не уточнены), аллергии на другие лекарственные препараты, пищевые продукты и прочие вещества не отмечается. Сведений о проводимых гемотрансфузиях нет.

6.Семейный анамнез: мама - Лобачёва Татьяна Ивановна 1965г.р, лишена родительских прав, злоупотребляет алкогольными напитками, ведёт аморальный образ жизни; папа - Лобачёв Виктор Алексеевич 1948г.р, осуждён. Ближние родственники: сёстры-Нина (1987г.р.), Анастасия (1988г.р.), Александра (1992г.р.). Сведений о состоянии здоровья родственников, наличии хронических, инфекционных, профессиональных, наследственных заболеваний нет.

7.Бытовые условия и уход: сведения о материально-бытовых условиях семьи отсутствуют, с 8 месяцев находится на воспитании в Доме ребёнка, с этого времени режим дня соответствует правилам этого учреждения. Контакта с инфекционными больными за последние 3 недели не было.

***Данные объективного исследования***

***Общий осмотр***

Статус на день курации: общее состояние ребенка удовлетворительное, температура тела (по данным температурного листа) 36,5 С0.

Нервная система: сознание ясное, на окружающее реагирует адекватно, положение в постели активное, поведение отличается повышенной двигательной активностью.

Оценка физического развития:

масса тела – 13 кг

должная масса тела ребенка в 4 года составляет 19 – 2 = 17 кг.

Рост – 94 см

должный рост ребенка в 4 года составляет 130 – 8 \* 4 = 98 см.

Окружность грудной клетки – 54 см

должная окружность грудной клетки ребенка в 4 года: 63 - 1,5 \* 6 = 54 см..

Окружность головы – 51 см

должная окружность головы ребенка в 4 года – 49 см.

 Заключение: дефицит массы тела составляет 4 кг, масса тела соответствует возрасту 2-х лет; отставание в росте на 4 см, рост соответствует возрасту 3,5 лет; окружность грудной клетки соответствует возрастной норме; окружность головы превышает норму на 2 см.

Окружность плеча – 14 см,

окружность предплечья – 12 см,

окружность бедра – 25 см,

окружность голени – 20 см.

Индекс Чулицкой: 3\*14 + 25 + 20 - 94 = - 7; в норме индекс равен 20 – 25.

Заключение: снижение индекса подтверждает недостаточность питания ребенка и дефицит массы тела.

Индекс Бругш: 54\*100/94 = 57,5; возрастная норма – 63 – 65.

Заключение: снижение индекса свидетельствует о дисгармоничном развитии ребенка.

Индекс Эрисмана: 54 – 94/2 = 7; возрастная норма составляет от+6 до +9.

Заключение: величина индекса соответствует норме.

По центильным таблицам масса тела находится в 1-м интервале, что соответствует области «очень низких величин физического развития»; величина роста во 2-м интервале - область «низких величин физического развития»; величины окружности головы и грудной клетки находятся в 4-м интервале - область «средних величин физического развития». Сумма центильных интервалов равна 7, т.е. ребенок относится к микросоматическому типу физического развития.

Физическое развитие ребенка дисгармоничное, так как разность номеров интервалов равна 3.

**Общее заключение:** физическое развитие ребенка ниже среднего, дисгармоничное, микросоматический тип.

Состояние кожных покровов: чистые, бледные, умеренной влажности, эластичность сохранена. На коже подбородка имеются проявления атопического дерматита в виде небольших папуллезных образований красного цвета (причина неизвестна). Рубцов, пигментации, депигментации, кровоизлияний нет, трофических язв. Ногти миндалевидной формы, прозрачные.

Подкожно-жировая клетчатка: отмечается нарушение питания. Подкожно-жировой слой развит слабо, распределен равномерно. Толщина кожной складки в области середины грудины 4 мм, на спине в области нижнего угла лопатки – 6 мм, на животе около пупка – 7 мм. Пастозности и отеков не отмечается. Тургор тканей сохранен, умеренный.

Состояние лимфатических узлов: у ребенка пальпируются подчелюстные и занижнечелюстные лимфатические узлы округлой формы (3 – 4 мм), мягкой, однородной консистенции, поверхность гладкая, подвижны по отношению друг к другу и к подлежащим тканям, при пальпации безболезненны. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются. Рубцов над лимфатическими узлами нет.

Мышечная система: мышцы развиты умеренно. Мышечный тонус нормальный.

Костная система: форма головы округлая, крупная, деформации черепа не отмечается. Швы и роднички заращены. Количество постоянных зубов 14. Деформация, искривление костей отсутствует, болезненности при пальпации, поколачивании позвонков, грудины, ребер не обнаружено.

Суставы: конфигурация суставов не изменена, активные и пассивные движения в полном объеме. Болезненности при пальпации суставов, а также при совершении активных и пассивных движений в них не определяется. Хруста, флуктуации, отечности в области суставов не отмечается.

***Система дыхания.***

Грудная клетка воронкообразной формы, асимметричная, над- и подключичные пространства без западений и выпячиваний, симметричны, лопатки плотно прилежат к по­верхности грудной клетки. Эпигастральный угол более 900. Гаррисонова борозда отсутствует.

Дыхание носовое. Тип дыхания – брюшной, частота дыхательных движений 20 в минуту, соотношение длительности вдоха и выдоха не изменено, дыхание глубокое, ритмичное, обе половины грудной клетки принимают участие в акте дыхании, вспомогательные мышцы участия в дыхании не принимают. Одышки нет.

При пальпации грудная клетка безболезненная податливая, ригидность и эластич­ность сохранены. Межреберные промежутки сглажены, в месте перехода костной части ребра в хрящевую определяются утолщения плотной консистенции («реберные четки»). Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричные участки грудной клетки; равномерное.

*Сравнительная перкуссия.* Над поверхностью легких определяется легочный звук, одинаковый на симметричных участках.

При аускультации выслушивается пуэрильное дыхание на симметричных участках легких с обеих сторон. Побочных дыхательных шумов (хрипов, крепитации, шума трения плевры) не выявлено.

# Система кровообращения

При осмотре области сердца «сердечный горб» отсутствует, верхушечный толчок не определяется. Патологической пульсации в области сердца, надчревной области, над аортой и легочным стволом не опреде­ляется. Положительный венный пульс не наблюдается.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии, характеризуется умеренной силой, умеренной резистентностью, ширина около 1 см, высокий. При пальпа­ции области сердца сердечный толчок отсутствует. Дрожание в области сердца (симптом "кошачьего мурлыкания") не определяются.

При перкуссии определены следующие границы относительной сердечной тупости: правая граница - правая парастернальная линия 4 межреберье, левая граница - на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье, верхняя граница - второе межреберье по левой окологрудинной линии.

При аускультации тоны сердца ясные, громкие. Шумы, акценты, раздвоение сердечных тонов не выслушиваются. Ритм сердечных сокращений правильный, 92 ударов в минуту. Шум трения перикарда не определяется. На сонных, бедренных артериях и на яремных венах патологических шумов не обнаружено.

Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения, среднего напряжения, средний по величине, симметричный, частота пульса - 92 удара в мин. Отношение частоты дыхания к частоте пульса равно 0,21 (20/92). Артериальное давление 90/60 мм рт. ст.

***Система пищеварения и органы брюшной полости.***

Губы бледно-розового цвета, умеренной влажности, высыпаний, изъязвлений, трещин нет. Запах изо рта отсутствует. Слизистая оболочка ротовой полости чистая, блестящая, интенсивно розовой окраски; кровоизлияний, язвочек, энантемы нет. Язык розовый, влажный, сосочки не изменены, отпечатков зубов на краях языка нет. Увеличение языка, язв на его поверхности не определяется. Десны розового цвета, плотные; набухлости, разрыхленности, язвочек и кровоточивости нет. Слизистая зева блестящая, красной окраски. Миндалины цианотичного цвета, не увеличены, не выступают за края небных дужек. Мягкое и твёрдое нёбо бледно-розовой окраски. Изъязвлений, налётов на слизистой зева не обнаружено.

Живот не вздут, округлой формы, симметричен. Передняя брюшная стенка не изменена. Видимая перистальтика, расширение вен, выпячивания, западения стенки живота отсутствуют. Брюшная стенка принимает участие в акт дыхания.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, напряжения мышц живота (диффузного или ограниченного) не определяется. Раздражение брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга) отсутствует. При перкуссии над всей поверхностью живота определяется тимпанический звук. При аускультация живота кишечная перистальтика умеренная. Шум трения брюшины отсутствует.

 Область печени и желчного пузыря визуально не изменена. При пальпации нижний край печени выступает из-под края реберной дуги на 1 см по правой среднеключичной линии, безболезненный, острый, мягкоэластичной консистенции. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, Кера, френикус-симптом отрицательны.

Селезенка визуально не увеличена, не пальпируется. При перкуссии размеры селезенки: длина – 8 см, ширина - 4 см.

***Мочеполовые органы (Status localis)***

При осморте поясничной области, надлобковая зона особенностей не выявлено. Припухлости, гиперемии в области почек не обнаружено. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области (симптома Пастернацкого) вызывает беспокойство больной; результат одинаков с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Перкуторно определяется притупление звука над лобком.

По словам медицинской сестры: мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча мутная, желтого цвета. Дизурия не наблюдалась. Суточный диурез – 350 - 400 мл.

Половые органы развиты по женскому типу соответственно возрасту (молочные железы не выдаются над поверхностью грудной клетки, отсутствуют волосы на лобке и в подмышечных впадинах).

***Предварительный диагноз***

Основной диагноз: Вторичный хронический пиелонефрит, реконвалесцент по пузырно-мочеточниковому рефлюксу.

Сопутствующий диагноз: Пролапс митрального клапана,на фоне дисфункции подклапанных структур, дополнительная хорда левого желудочка. Малая мозговая дисфункция с задержкой психоречевого развития, синдром гипервозбудимости. Низкое физическое развитие.

***План лабораторно-инструментальных исследований***

1. Общий анализ крови
2. Биохимический анализ крови (протеинограмма, холестерин, остаточный азот, мочевина)
3. Анализ крови на RW и ВИЧ
4. Анализ кала на яйца глист
5. Общий анализ мочи (в динамике – 1 раз в 7 – 10 дней)
6. Анализ мочи на содержание мочевины, мочевой кислоты, щавелевой кислоты.
7. Проба Зимницкого (в динамике – 1 раз в 7 – 10 дней)
8. Проба Реберга
9. Проба по Нечипоренко
10. Бактериологическое исследование мочи (не менее 3 раз)
11. Радиоизотопная ренография
12. УЗИ почек и мочеточников
13. Цистография
14. Экскреторная урография
15. ЭКГ
16. Консультация окулиста
17. Консультация гинеколога

***Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования***

**1) Проба Зимницкого (от 19.02.03г.):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Часы | Количество выпитой жидкости, мл | Количество выделенной мочи,мл | Удельный вес,г/л |
| 6 – 99 – 1212 – 1515 – 1818 – 2121 – 2424 - 6 |  --- 120500350200------ | ---2520115120---115 | ---1020102410241026---1029 |

Количество выпитой жидкости – 1170 мл, суточный диурез - 395 мл, в т.ч. дневной диурез 160 мл, ночной - 235 мл, относительная плотность мочи составляет 1020 – 1029 (в норме = 1010 – 1020).

Заключение: по результатам проведенной пробы обнаруживается несоответствие между суточным диурезом и количеством выпитой жидкости за сутки (в норме допустима разница в 20%); склонность к никтурии; относительная плотность мочи превышает возрастную норму, что может говорить о повышенном содержании в моче глюкозы, белка, солей, а также о хорошей концентрационной функции почек.

**2) Проба по Нечипоренко (от 17.02.03г.):**

Лейкоциты – 6300 в 1 мл; (в норме = до 2000 в 1 мл)

Эритроциты – 200 в 1 мл; (в норме = до 1000 в 1 мл)

Слизь +++

Ураты +

Заключение: лейкоцитурия (свидетельствует о наличии хронического воспалительного процесса в почках); высокое содержание слизи.

**3) Проба Реберга (от 17.02.03г.):**

креатинин крови – 0,08 ммоль/л;

креатинин мочи – 88,8 ммоль/л;

концентрационный индекс – 110;

клубочковая фильтрация – 91,3 мл/мин;

канальцевая реабсорбция провизорной мочи – 99,0 %;

мочевина – 4,8 ммоль/л;

мочевая кислота – 0,34 ммоль/л.

**Заключение:** наблюдается незначительноеувеличение концентрации креатинина в крови (возрастная норма – 0,023 – 0,040 ммоль/л); показатели клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции соответствуют норме.

**4) Консультация окулиста (от 19.02.03г.):**

**Заключение:** глазное дно без патологии.

**5) УЗИ почек, мочевого пузыря (от 20.02.03г.):** Почки – правая расположена типично, контуры четкие, структура паренхимы средней эхогенности, V(почки)=40 см3 (в норме V=29 см3); чашечно-лоханочна система правой почки уплотнена, лоханка после микции – 2 мм. Левая почка расположена типично, контуры четкие, структура паренхимы средней эхогенности, V(почки)=39 см3; чашечно-лоханочна система правой почки уплотнена, лоханка после микции – 2 мм. Особенности: конкрементов в чашечно-лоханочной системе нет.

Мочевой пузырь наполнен хорошо, стенки тонкие, просвет свободен. Особенности: конкрементов нет. Объем остаточной мочи = 0.

**Заключение:** УЗИ – признаки умеренного увеличения почек в объеме, уплотнение чашечно-лоханочной системы в обеих почках.

**Дневник**

**18.02.03г.**

Состояние больной удовлетворительное. Температура тела 36,4 0С. Жалоб не предъявляет.

Кожные покровы чистые, бледные, умеренной влажности, эластичность сохранена. Отмечаются высыпания в области подбородка по типу атопического дерматита в виде небольших папуллезных образований красного цвета). Видимые слизистые розовые, без высыпаний, изъязвлений, язвочек, кровоизлияний.

Пульс-95 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, среднего напряжения, средний по величине, симметричный.

Частота дыхания- 22 в минуту, дыхание глубокое, ритмичное. Одышки нет. Аускультативно дыхание пуэрильное. Хрипов, крепитации нет.

Тоны сердца ясные, шумы не выслушиваются, ритм сердечных сокращений правильный, 95 ударов в минуту.

 Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный.

Динамика изменений по органам отсутствует. Со слов медицинского персонала: аппетит умеренный, рацион соответствует столу № 5.Частота стула 2 раза в сутки, стул оформленный, темно-коричневой окраски, без патологических примесей (крови, слизи).

При выявлении симптома Пастернацкого (поколачивание по поясничной области) наблюдается беспокойство больной; результат одинаков с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча мутная, желтого цвета. Дизурия не наблюдалась. Суточный диурез – 420 мл.

Проводится лечение.

**20.02.03.**

Состояние больной удовлетворительное. Температура тела 36,8 0С. Жалоб не предъявляет.

Кожные покровы чистые, бледные, умеренной влажности, эластичность сохранена. Рубцов, пигментации, кровоизлияний нет. Видимые слизистые розовые, без высыпаний, изъязвлений, язвочек.

Пульс-97 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, среднего напряжения, средний по величине, симметричный.

Частота дыхания- 22 в минуту, дыхание глубокое, ритмичное. Одышки нет. Аускультативно дыхание пуэрильное. Хрипов, крепитации нет.

Тоны сердца ясные,громкие, шумы не выслушиваются, ритм сердечных сокращений правильный, 97 ударов в минуту. АД 90/60 мм рт. ст.

 Живот не вздут, округлой формы, симметричен. При пальпации мягкий, безболезненный.

 Со слов медицинского персонала: аппетит умеренный, рацион соответствует столу № 5.Частота стула 2 раза в сутки, стул оформленный, темно-коричневой окраски, без патологических примесей (крови, слизи).

При выявлении симптома Пастернацкого (поколачивание по поясничной области) наблюдается беспокойство больной; результат одинаков с обеих сторон. Мочевой пузырь не пальпируется. Перкуторно определяется притупление звука над лобком.

Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча мутная, желтого цвета. Дизурия не наблюдалась. Суточный диурез – 520 мл.

Лечение продолжено.

***Обоснование окончательного клинического диагноза***

***Окончательный клинический диагноз:*** *основной диагноз:* Вторичный хронический пиелонефрит, обострение, реконвалесцент по пузырно-мочеточниковому рефлюксу, нарушение функции почек – 0. С*опутствующий диагноз:* Оксалурия. Пролапс митрального клапана, на фоне дисфункции подклапанных структур, дополнительная хорда левого желудочка. Малая мозговая дисфункция с задержкой психоречевого развития, синдром гипервозбудимости. Низкое физическое развитие. О*сложнения:* отсутствуют.

**Диагноз выставлен на основании:**

**1) анамнеза заболевания:** заболела в 2000г, когда наблюдались неоднократные изменения в анализе мочи: лейкоцитурия, уратурия. С этого времени состоит на диспансерном учёте у нефролога. В 2001г. находилась на обследовании в ДРБ №2, был выставлен следующий диагноз: вторичный острый пиелонефрит, активная фаза, на фоне врождённой аномалии развития пузырно-мочеточникового рефлюкса, двухсторонний, 2 ст.; нарушение функции почек – 0. Проведено консервативное лечение. После проведенного курса состояние больной улучшилось. За период с 2000 по 2001гг. сохранялась ремиссия.

В мае 2001г. консультирована нефрологом, диагноз подтверждён. Рекомендовано продолжить лечение. В июне 2001г. проведен II-й курс консервативной терапии пузырно-мочеточникового рефлюкса. По результатам проведенного УЗИ: уплотнение чашечно-лоханочной системы в обеих почках.

В декабре 2001г. вновь обследовалась в ДРБ №2. Проводилась контрольная цистография (от 18.12.01г.), по результатам которой мочевой пузырь округлой формы, контуры ровные, данных за ПМР не выявлено. Выставлен диагноз: вторичный хронический пиелонефрит, стадия обострения, реконвалесцент по пузырно-мочеточниковому рефлюксу; сопутствующий диагноз: пролапс митрального клапана, на фоне дисфункции подклапанных структур, дополнительная хорда левого желудочка, малая мозговая дисфункция с задержкой психоречевого развития, синдром гипервозбудимости, низкое физическое развитие. Рекомендована повторная госпитализация в декабре 2002г. для проведения контрольной цистографии и комплексного обследования. В настоящее время поступила в ДРБ №2 14.02.03г. в плановом порядке для проведения обследования и профилактического лечения.

**2) анамнеза жизни больного:** Беременность у матери протекала на фоне анемии. Первые восемь месяцев находилась на естественном вскармливании, т.е. получала материнское молоко. Режим кормления не соблюдался. Наблюдалась задержка нервно-психического развития ребенка с синдромом гипервозбудимости; уровень нервно-психического развития соответствует 2-м годам 6-ти месяцам при возрасте 3 года 3 месяца.

Перенесенные заболевания: Заболевания на первом году жизни: дважды ОРЗ, анемия легкой степени смешанной этиологии, вульвовагинит. На втором году жизни: назофарингит, ветряная оспа, острый брохит, глистная инвазия. На третьем году жизни: острый пиелонефрит. По поводу пролапса митрального клапана на фоне дисфункции подклапанных структур, дополнительной хорды левого желудочка наблюдается кардиологом детской республиканской больнице №2 г. Саранска. По поводу малой мозговой дисфункции с задержкой психоречевого развития, синдрома гипервозбудимости, низкого физического развития наблюдается у невропатолога.

**3) данных объективного исследования:** поведение отличается повышенной двигательной активностью. Физическое развитие ребенка ниже среднего, дисгармоничное, микросоматический тип. Грудная клетка воронкообразной формы, асимметричная, в месте перехода костной части ребра в хрящевую определяются утолщения плотной консистенции («реберные четки»). Поколачивание по поясничной области (симптома Пастернацкого) вызывает беспокойство больной; результат одинаков с обеих сторон. По словам медицинской сестры: моча мутная, желтого цвета.

**4) результатов дополнительных методов исследования:**

По результатам пробы Зимницкого - несоответствие между суточным диурезом и количеством выпитой жидкости за сутки; склонность к никтурии; относительная плотность мочи превышает возрастную норму. В моче (по Нечипоренко) обнаружена лейкоцитурия и высокое содержание слизи. Наблюдается незначительноеувеличение концентрации креатинина в крови. При УЗИ почек и мочевого пузыря – признаки умеренного увеличения почек в объеме, уплотнение чашечно-лоханочной системы в обеих почках.

***Этиология и патогенез заболевания***

ПИЕЛОНЕФРИТ — микробно-воспалительное заболевание почек с преимуще­ственным поражением чашечно-лоханочной системы и в меньшей мере – интерстициальной ткани паренхимы и канальцев почек. В 50-70% заболевание начинается в раннем детстве.

Как правило, бактерии, которые вызывают данное заболевание являются комменсалами кишечника, т.е. микробы обитают в кишечнике здорового человека. К ним относятся: кишечная палочка, протей, энтерококк, клебсиеллы, реже золотистый и кожный стафилококки. Чаще всего из мочи выделяют кишечную палочку и протей.

Подавляющее большинство уропатогенных грамотрицательных бактерий имеют своеобразные реснички белковой природы. Они способствуют прикреплению бактерий к клеткам мочевых путей. К-антиген бактерий препятствует опсонизации и фагоцитозу, О-антиген определяет эндотоксический эффект. Эндотоксин (липополисахарид А) грамотрицательных бактерий оказывает выраженное влияние на гладкую муску­латуру мочевых путей, снижает их перистальтиче­скую активность, вплоть до ее полной блокады, функциональной обструкции.

Эти нарушения уродинамики приводят к повы­шению внутрилоханочного и внутримочеточникового давления, возникновению пиелотубулярного рефлюкса. Адгезия бактерий к уроэпителию препятствует механическому вымыванию их из моче­вых путей, а эндотоксический эффект, ведущий к нарушению уродинамики, облегчает ретроградное продвижение бактерий по мочевым путям. В течение заболевания, как правило, происходит смена штамма или даже вида возбудителя; нередко повторные обострения уже вызывает смешанная бактериальная флора (в 20-25% случаев при хроническом течении ПЕН).

Запоры и другая патология желудочно-кишечного тракта, сопровождающаяся дисбактериозом, — нередкие спутники ПЕН у ребенка («поставщики» бактериальной флоры), т.е. возможен лимфогенный путь проникновения бактерий из кишечника.

В патогенезе хронического пиело­нефрита важную роль играют L-формы бактерий или протопласты, т. е. бактерии, лишенные клеточ­ной оболочки. Протопласты погибают в гипотони­ческих средах тканей организма, но в гипертониче­ской среде мозгового слоя почек или в условиях интраэпителиального паразитирования они могут выживать, превращаясь в дальнейшем при сниже­нии реактивности организма, например, под влия­нием интеркуррентных инфекций, в вегетативные формы..

В персистировании бактериальных антигенов в почках определенную роль играют вирусы, микоплазмы, хламидии, вызывающие также и уретрит.

Одним из важнейших предрасполагающих фак­торов к возникновению ПЕН являются хрониче­ские заболевания почек, и, прежде всего, ПЕН у дру­гих членов семьи, особенно у матери (в частности, ПЕН во время беременности).

По анамнезу наследственная предрасположенность не установлена, сведений о бактериологических исследованиях мочи нет. Точная этиология пиелонефрита у данной больной неизвестна.

Пиелонефрит развивается при нарушении уродинамики, т.е. затруднении или нарушении естественного тока мочи. Именно восходящий путь инфицирования является ведущим в попадании возбудителя сначала в лоханки, затем в канальцы, интерстиций почки. При постоянном токе мочи вниз микробы попадают в почку за счет рефлюкса. Рефлюкс – это патологическое явление, возникающее в результате анатомических дефектов, препятствующих току мочи (дискинезия перешейка чашечки, сужение перешейка чашечки, добавочный сосуд, стриктура мочеточника) или нарушения нервной регуляции тонуса мускулатуры разных отделов мочевыводящей системы. Различают лоханочно-почечный и пузырно-мочеточниковый рефлюкс, который имеет место у данной больной (везико-уретральный рефлюкс, ВУР).

Различают пять степеней ВУР:

I степень — контраст при цистографии поступает в мочеточник;

II степень — контраст заполняет внешне неизмененные мочеточник, ло­ханку и чашечки;

III степень — наряду с забросом контраста выявлено умеренное расши­рение и или поворот мочеточника, умеренное расширение лоханки; сглажен­ный рисунок чашечек;

IV степень — выявлено выраженное расширение и или поворот моче­точника, лоханок, чашечек, исчезновение острых углов при сохранении папиллярного рисунка большинства чашечек;

V степень — очень значительное расширение и поворот мочеточника (мегауретер), лоханок, чашечек; утрата сосочкового рисунка чашечек.

ВУР обусловлен:

1. анатомическими дефектами (дивертикул, удвоение уретры; эктопия мочеточника; короткая внутримышечная, т.е. в стенке мочевого пузыря, часть уретры – в норме отношение ее длины к диаметру уретры 5:1, при ВУР – 1,5:1).
2. циститом,
3. нарушениями нервной регуляции мышечной стенки и сфинктерного аппарата мочевого пу­зыря, приводящими к функциональным рас­стройствам, называемым «нейрогенный мочевой пузырь» (НМП). ВУР может быть и наслед­ственного, врожденного генеза.

Вторым условием возникновения ПЕН (первое — нарушение уродинамики) является повреж­дение интерстициальной ткани почек. При­чинами его могут быть вирусные и микоплазменные инфекции (например, внутриутробные Коксаки В, мнкоплазменная, цитомегалия и др.), лекарствен­ные поражения (например, гипервитаминоз D), дизметаболическая нефропатия, ксантоматоз и др.

Причиной бактериураи и бактериемии могут быть интеркуррентные заболевания половых орга­нов (вульвиты, вульвовагиниты и др.), кариес зу­бов, хронический холецистит, колит, хронический тонзиллит и др.

 В настоящее время считается, что в патогенезе ХПЕН уряда больных определенная роль принад­лежит аутоаллергии. На это указывает наличие у них положительных реакций, свидетельствующих о развитии реакции гиперчувствительности замед­ленного типа к возбудителю, выделенному из мочи (реакции лейкоцитолиза, бласттрансформации, торможения миграции макрофагов и др.), обнару­жение в крови антител к белку Тэмма—Хорсфелла.

Таким образом, в патогенезе ПЕН играют роль следующие факторы:

1) нарушения уродинамики — наличие аномалии мочевых путей, ВУР, приводящих к задержке мочи;

2) бактериурия, развивающаяся как при остром заболевании, так и вследствие присутствия хро­нического очага инфекции (чаще в желудочно-кишечном тракте при дисбактериозе или наружных гениталиях) или прорыв бактерий через мезентериальные лимфоузлы;

3) предшествующее поражение интерстициальной ткани почки (вследствие метаболической нефропатии, перенесенных вирусных заболева­ний, злоупотребления некоторыми лекарства­ми, гипервитаминоза D и др.);

4) нарушения реактивности организма, его гомеостаза, в частности, иммунологической реактив­ности. Из изменений иммунологической реак­тивности при обострении ПЕН отмечают: сни­жение фагоцитарной активности нейтрофилов и завершенности фагоцитоза, дефицит общего ко­личества Т-клеток, но при увеличении Т-супрессоров.

Таким образом, пиелонефрит у Лобачевой Н. В. развился на фоне врожденной аномалии развития мочевых путей, возникновения ПМР и нарушения уродинамики. Кроме того возможно нарушение реактивности организма на внедрение инфекционного агента, т.к. в анамнезе присутствует вульвовагинит, дисметаболическая нефропатия, рахит.

***Лечение и профилактика***

1. Режим: общий (в течение лихорадочного периода – постельный).
2. Диета: стол № 5. Исключают пряности, копчености, экстрактивные вещества, консервы, жареное мясо, маринады. Рекомендуется обильное питье компотов, морсов, киселя, соков, минеральных вод (Ессентуки 7). Показаны свежие овощи и фрукты, особенно дыни, кабачки, обладающие диуретическим свойством.
3. Лекарственная терапия направлена на ликвидацию микробно-воспалительного процесса. Лечение начинают с антибиотиков, подбираемых по чувствительности к ним микрофлоры мочи, предпочитая менее нефротоксичные (курс 7-10 дней). Применяют антибиотики пенициллинового ряда (ампициллин, ампиокс), цефалоспорины 2, 3 поколения(цефуроксим, цефотаксим, цефоперазон). К антибиотикам резерва относятся аминогликозиды (гентамицин).

Rp.: Аmpioxi natrii 0.5

D.t.d.N. 10

S. По 0,3 в/м 4 р/д, содержимое флакона растворить в 2 мл стерильной воды для инъекций.

#

Rp.: Cefotaximi 0,5

 D.S. По 0,3 в/м 3 р/д, растворить в 2 мл стерильной воды для инъекций.

#

Rp.: Sol. Gentamicini sulfatis 4% - 1 ml

 D.t.d.N. 10 in amp.

S. В/м 0,8 мл 2 р/д

#

После курса антибиотиков обязателен курс лактобактерина, бификола и уросептиков (фурагин, невиграмон, 5-НОК, нитроксолин), в течение 10-14 дней.

Rp.: Lactobacterini 3 дозы

 D.t.d.N. 3 in amp.

S. 3 дозы однократно за 30 минут до еды.

#

Rp.: Tab. Nevigramoni 0,5 obd. N. 20

 D.S. По 1/3 таблетки 4 р/д.

#

Rp.: Tab. Nitroxalini 0,05 obd. N. 20

 D.S. По 1 таблетке 4 р/д после еды.

#

Витаминотерапия:

Rp.: Dragee “Undevitum” N. 50

 D.S. По 1 драже 1 р/д после еды

#

4. Фитотерапия: назначают сборы трав, обладающих мочегонным (хвощ полевой, хмель, овес), антисептическим (зверобой, подорожник, шалфей, чистотел), литолитическим (арбуз, брусника, укроп, петрушка) свойствами. Наиболее рационально назначать сбор по Ковалевой на 3-6 мес.

1. Физиотерапия: курс ультразвука (5-8 сеансов), СВЧ-терапию (6-8 процедур), электрофорез с 1% раствором фурадонина и ампициллина (10 сеансов).

**Профилактика** данного заболевания заключается в предупреждении инфекционного воспаления в мочевой системе и соблюдении мер гигиенического ухода за детьми, особенно девочками. Имеют значение и предупреждение острых кишечных заболеваний, глистной инвазии, ликвидация хронических воспалительных очагов, укрепление защитных сил организма. После любого инфекционного процесса необходимо проводить анализы мочи. Каждый ребенок, страдающий хроническим пиелонефритом, должен находиться под диспансерным наблюдением для предупреждения рецидивов, определения диетического режима и физических нагрузок.

**Прогноз:**

* для жизни – благоприятный;
* для выздоровления – сомнительный;
* для общей и профессиональной деятельности – благоприятный.

**Эпикриз**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ родилась 3 сентября 1998г. Поступила в отделение урологии ДРБ № 2 для проведения комплексного обследования и профилактического лечения 17 февраля 2003г. Жалоб при поступлениии не предъявляла.

Заболела в 2000г, когда наблюдались неоднократные изменения в анализе мочи: лейкоцитурия, уратурия. С этого времени состоит на диспансерном учёте у нефролога. В 2001г. находилась на обследовании в ДРБ №2, был выставлен следующий диагноз: вторичный острый пиелонефрит, активная фаза, на фоне врождённой аномалии развития пузырно-мочеточникового рефлюкса, двухсторонний, 2 ст.; нарушение функции почек – 0. Проведено консервативное лечение. После проведенного курса состояние больной улучшилось. За период с 2000 по 2001гг. сохранялась ремиссия.

В мае 2001г. консультирована нефрологом, диагноз подтверждён. Рекомендовано продолжить лечение. В декабре 2001г. вновь обследовалась в ДРБ №2. Проводилась контрольная цистография (от 18.12.01г.), по результатам которой мочевой пузырь округлой формы, контуры ровные, данных за ПМР не выявлено. Выставлен диагноз: вторичный хронический пиелонефрит, стадия обострения, реконвалесцент по пузырно-мочеточниковому рефлюксу; сопутствующий диагноз: пролапс митрального клапана, на фоне дисфункции подклапанных структур, дополнительная хорда левого желудочка, малая мозговая дисфункция с задержкой психоречевого развития, синдром гипервозбудимости, низкое физическое развитие. Рекомендована повторная госпитализация в декабре 2002г. для проведения контрольной цистографии и комплексного обследования. В настоящее время поступила в ДРБ №2 14.02.03г. в плановом порядке для проведения обследования и профилактического лечения.

Из анамнеза жизни больной: беременность у матери протекала на фоне анемии. Первые восемь месяцев ребенок находился на естественном вскармливании. Режим кормления не соблюдался. Наблюдалась задержка нервно-психического развития ребенка с синдромом гипервозбудимости; уровень нервно-психического развития соответствует 2-м годам 6-ти месяцам при возрасте 3 года 3 месяца.

Перенесенные заболевания: заболевания на первом году жизни: дважды ОРЗ, анемия легкой степени смешанной этиологии, вульвовагинит. На втором году жизни: назофарингит, ветряная оспа, острый брохит, глистная инвазия. На третьем году жизни: острый пиелонефрит. По поводу пролапса митрального клапана на фоне дисфункции подклапанных структур, дополнительной хорды левого желудочка наблюдается кардиологом детской республиканской больнице №2 г. Саранска. По поводу малой мозговой дисфункции с задержкой психоречевого развития, синдрома гипервозбудимости, низкого физического развития наблюдается у невропатолога.

**Объективное исследование:** поведение отличается повышенной двигательной активностью. Физическое развитие ребенка ниже среднего, дисгармоничное, микросоматический тип. Грудная клетка воронкообразной формы, асимметричная, в месте перехода костной части ребра в хрящевую определяются утолщения плотной консистенции («реберные четки»). Поколачивание по поясничной области (симптома Пастернацкого) вызывает беспокойство больной; результат одинаков с обеих сторон. По словам медицинской сестры: моча мутная, желтого цвета.

**По данным лабораторно - инструментальных методов исследования:** по результатам пробы Зимницкого - несоответствие между суточным диурезом и количеством выпитой жидкости за сутки; склонность к никтурии; относительная плотность мочи превышает возрастную норму. В моче (по Нечипоренко) обнаружена лейкоцитурия и высокое содержание слизи. Наблюдается незначительноеувеличение концентрации креатинина в крови. При УЗИ почек и мочевого пузыря – признаки умеренного увеличения почек в объеме, уплотнение чашечно-лоханочной системы в обеих почках.

***Выставлен окончательный клинический диагноз:***

*Основной диагноз:* Вторичный хронический пиелонефрит, обострение, реконвалесцент по пузырно-мочеточниковому рефлюксу, нарушение функции почек – 0. *Сопутствующий диагноз:* Оксалурия. Пролапс митрального клапана, на фоне дисфункции подклапанных структур, дополнительная хорда левого желудочка. Малая мозговая дисфункция с задержкой психоречевого развития, синдром гипервозбудимости. Низкое физическое развитие. О*сложнения:* отсутствуют.

Было назначено следующее лечение:

1. Режим: общий.

2. Диета: стол № 5.

3. Медикаментозная терапия: ампиокс, цефотаксим, гентамицин, лактобактерин, невиграмон, нитроксолин, драже «Ундевит»; фитотерапия: сбор по Ковалевой; физиотерапия: курс ультразвука, СВЧ-терапию, электрофорез с 1% раствором фурадонина и ампициллина.

Состояние больной к моменту окончания курации удовлетворительное.

При выписке рекомендуется: диспансерное наблюдение ребенка до перевода его под наблюдение взрослой поликлиники; проведение мероприятий по предупреждению инфекционного воспаления в мочевой системе и соблюдению мер гигиенического ухода, по предупреждению острых кишечных заболеваний, глистной инвазии, а также ликвидация хронических воспалительных очагов и укрепление защитных сил организма.