Паспортные данные

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 3 года (15.02.1999 г.р.)

Место рождения: родильный дом № 2

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в клинику: 8.02.2002 г.

Диагноз:

* при направлении: вторичный пиелонефрит;
* предварительный: вторичный хронический пиелонефрит в стадии ремиссии на фоне врожденной аномалии – двухстороннего пузырно-мочеточникового рефлюкса III степени;
* основной: вторичный хронический пиелонефрит в стадии ремиссии на фоне врожденной аномалии – двухстороннего пузырно-мочеточникового рефлюкса III степени. НФП 0.
* сопутствующие заболевания: дизметаболическая нефропатия типа оксалурии;
* осложнения основного заболевания: нет.

## Анамнез болезни

Жалобы (со слов матери): жалоб не предъявляет.

На момент курации жалоб нет.

Заболевание с августа 1999 г., когда появилось немотивированное повышение температуры тела, озноб, многократный жидкий стул. Провоцирующие факторы мать назвать затрудняется. Госпитализируется в инфекционную больницу г. Саранска, где при проведении лабораторных исследований мочи была выявлена лейкоцитурия.

На основании данных, полученных при обследовании, был выставлен диагноз: Острая кишечная инфекция неизвестной этиологии. Острый пиелонефрит.

После проведенного лечения состояние больной нормализовалось и больная была выписана. После выписки в анализах мочи рецидивы лейкоцитурии. В марте 2000 г. находилась на стационарном лечении в ДРБ №2. При проведении цистографии был выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени, на УЗИ – незначительные пиелоэктазии, урография – без патологий. На основании полученных данных и лабораторных исследований был выставлен диагноз: вторичный хронический пиелонефрит в стадии ремиссии на фоне врожденной аномалии – двухстороннего пузырно-мочеточникового рефлюкса III степени; дизметаболическая нефропатия типа оксалурии. Решено амбулаторно проводить консервативную терапию. После выписки в анализах мочи рецидивы лейкоцитурии. Последняя госпитализация с 15.08.01 по 28.08.01. Учитывая отсутствие эффекта от консервативной терапии больной было показано оперативное лечение, от которого мать ребенка отказалась.

## Анамнез жизни

Антенатальный период: ребенок от II беременности. Беременность протекала на фоне токсикоза I половины беременности, нефропатии I cтепени; во II половине отмечалась маточно-плацентарная недостаточность. Роды на сроке 38-40 недель, продолжительностью 11 часов, протекали без осложнений. Во время беременности условия труда, жизни и питания удовлетворительные.

Характеристика новорожденного: ребенок родился доношенным, на сроке беременности 38-40 недель. Масса тела при рождении – 3200 гр., длина тела 48 см. Закричала сразу, крик громкий. Пупочный остаток отпал на 4 день. Заживление пупочной ранки протекало без особенностей. К груди приложена сразу. Физиологическая желтуха отмечалась со 2 по 7 сутки.

Вид вскармливания: находилась на грудном вскармливании. Кормление ребенка осуществлялось по первому требованию. Отнятие от груди - в конце 4 месяца. Искусственное вскармливание по причине гипогалактии. Прикорм с 4 месяцев овощным пюре. Фруктовые соки введены в рацион после 3 месяцев, систематически, аллергические реакции не наблюдались. Профилактика рахита не проводилась. На данный момент питание полноценное, регулярное. Аппетит хороший. Стул регулярный, оформленный.

Нервно-психическое развитие: улыбаться начала с 1 месяца, гулить в 1,5 месяца, с 2 мес. старалась держать голову, переворачиваться со спины на живот - в 5 месяцев, сидеть - в 6 месяцев, ползать - в 7 месяцев, ходить - в 1 год, говорить отдельные слова - в 10 месяцев, отдельные фразы - в 1,5 года. Зубки начали прорезываться в 6 месяцев. Заключение: нервно-психическое развитие соответствует возрасту.

Перенесенные заболевания: частые острые респираторные заболевания, кишечная инфекция неизвестной этиологии. Прививки по индивидуальному плану, реакции не было. Аллергия на пищевые продукты и лекарственные препараты не наблюдалась. Плазмо- и гемотрансфузии не проводились.

Семейный анамнез: возраст матери и отца на момент рождения 28 лет. Оба родителя здоровы. Алкоголизм, венерические заболевания у себя и родственников мать отрицает. В 18 лет мать перенесла болезнь Боткина.

Бытовые условия и уход: материально-бытовые условия семьи удовлетворительные. Уход за ребенком постоянный, домашний. Контакты с инфекционными больными: у дяди по материнской линии – туберкулезный плеврит. Реакция Манту от 14.01.02 – 10 мм.

### Данные объективного исследования

Статус на день курации – средней степени тяжести, общее состояние ребенка – удовлетворительное, температура тела – 36,6 0С. ЧД – 25/мин, ЧСС – 110 /мин.

Нервная система: сознание ясное. Реакция на окружающее адекватная.

Физическое развитие: масса при рождении - 3200 г, рост - 48 см.

На данный момент вес фактический - 14750 г, рост - 87 см, окружность головы - 48 см, окружность груди - 52 см.

Должные показатели: вес - 15 кг, рост - 90 см, окружность головы - 48 см, окружность груди - 53 см.

Оценка по индексам:

Индекс упитанности (Чулицкой) = 20 см; (3 окружности плеча + окружность бедра + окружность голени – длина тела).

Окружность плеча – 24 см.

Окружность бедра – 30 см.

Окружность голени – 22 см.

Индекс Эрисмана = 9,5 см; (окружность груди – ½ длины тела).

Окружность груди - 55 см.

Длина тела - 87 см.

Индекс Бругша = 61; (окружность груди\*100/рост).

Окружность груди – в пределах 25-75 центеля.

Окружность головы – в пределах 25-75 центеля.

Длина тела в пределах 25-75 центеля.

Вес в пределах 25-75 центеля.

Заключение: физическое развитие соответствует возрастным нормам.

Кожа: чистые, без высыпаний, бледные, тени под глазами, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Конъюнктивы и слизистые: не изменены.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Распределена равномерно. Отеков нет.

Лимфатические узлы: не пальпируются.

Мышечная система: вторая степень развития, тонус и сила в норме.

Костная система: форма головы округлая. Стреловидный, венечный, затылочный швы, большой и малый роднички закрыты. Деформации костей отсутствуют. Зубов в настоящее время - 20.

Суставы: обычной конфигурации, безболезненные при пальпации, окраска кожи в области суставов не изменена, функции суставов не изменены, движения осуществляются в полном объеме.

Система дыхания: грудная клетка нормостеническая, без деформации и асимметрии, гаррисонова борозда не наблюдаются. Дыхание носовое, тип дыхания – брюшной, ЧД – 25/мин. Обе половины грудной клетки синхронно участвуют в акте дыхания. Пальпаторно: грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная, межреберные промежутки одинаковые, голосовое дрожание проводится по всем легочным полям. При сравнительной перкуссии ясный легочный звук на обеих половинах грудной клетки.

Нижние границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Справа | Слева |
| Среднеключичная | 6 ребро | - |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Аускультативно: дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются.

Система кровообращения: при осмотре области сердца патологических изменений не выявлено. Верхушечный толчок наблюдается в IV межреберье (в виде слабой пульсации) на 1 см кнаружи от среднеключичной линии умеренной высоты и силы. Площадь толчка ≈ 0,8 –1 см2.

Границы относительной тупости сердца.

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя граница | 2 ребро |
| Левая граница | на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии |
| Правая граница | правая парастернальная линия |

Поперечник сердца - 6 см.

Аускультативно: тоны сердца ясные, звучные, ритм правильный. ЧСС = 110 /мин.

Пульс на лучевых артериях: ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. АД - 90/60 мм.рт.ст.

Система пищеварения: губы, язык, десны и слизистая рта – розового цвета, удовлетворительной влажности. Язык обложен у корня. Высыпания и налет отсутствуют. Зев «спокойный», миндалины не выходят за передние дужки.

Живот симметричный, округло-овальной формы, активно участвует в акте дыхания. Видимая пульсация, расширение вен живота, видимая перистальтика отсутствуют. При пальпации живот мягкий, безболезненный.

Печень не увеличена, безболезненная при пальпации.

Размеры печени по Курлову: 5:4:3.

Селезенка не пальпируется, внешне левое подреберье не изменено.

Мочеполовая система: при осмотре поясничной области изменений нет. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочится самостоятельно, диурез в норме. Половые органы развиваются по женскому типу.

Предварительный диагноз и его обоснование

Предварительный диагноз: вторичный хронический пиелонефрит в стадии ремиссии на фоне врожденной аномалии – двухстороннего пузырно-мочеточникового рефлюкса III степени выставлен на основании данных анамнеза, истории и течения данного заболевания: заболевание с августа 1999 г., когда появилось немотивированное повышение температуры тела, озноб, многократный жидкий стул. Госпитализируется в инфекционную больницу г. Саранска, где при проведении лабораторных исследований мочи была выявлена лейкоцитурия. На основании данных, полученных при обследовании, был выставлен диагноз: Острая кишечная инфекция неизвестной этиологии. Острый пиелонефрит.

После проведенного лечения состояние больной нормализовалось и больная была выписана. После выписки в анализах мочи рецидивы лейкоцитурии. В марте 2000 г. находилась на стационарном лечении в ДРБ №2, где при проведении цистографии был выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени, на УЗИ – незначительные пиелоэктазии. На основании полученных данных и лабораторных исследований был выставлен диагноз: вторичный хронический пиелонефрит в стадии обострения на фоне врожденной аномалии – двухстороннего пузырно-мочеточникового рефлюкса III степени; дизметаболическая нефропатия типа оксалурии. Решено амбулаторно проводить консервативную терапию. После выписки в анализах мочи рецидивы лейкоцитурии.

Объективно: физическое развитие соответствует возрастным нормам. При объективном исследовании патология органов и систем не определяется.

Дифференциальную диагностику проводят с хроническим гломерулонефритом, туберкулезом почек, вульвовагинитом.

План лабораторно-инструментальных методов обследования

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Анализ кала на яйца глист.
4. Анализ крови на мочевину, мочевую кислоту
5. Протеинограмма.
6. Анализ мочи на содержание щавелевой и мочевой кислоты.
7. Проба Нечипоренко.
8. Проба Аддиса-Каковского.
9. Проба Зимницкого.
10. Посев мочи.
11. Определение степени бактериурии.
12. Радиоизотопная ренография.
13. Клиренс эндогенного креатинина.
14. Консультация гинеколога.
15. Мазок на флору из влагалища.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования

Анализ крови (от 11.02.2002):

Гемоглобин (Hb) – 132 г/л;

СОЭ – 5 мм/ч;

Эритроциты – 4,75\*1012 /л;

Лейкоциты – 7,8\*109 /л:

э - 2;

н - 42;

л - 49;

м - 6

Заключение: анализ в норме.

Анализ мочи (от 20.02.2002):

Цвет – желтый;

Прозрачность – прозрачная;

Удельный вес – 1020 г/л;

Реакция – кислая;

Белок – следы;

Эпителий плоский – 2-3 в п/з;

Лейкоциты – 2-3;

Эритроциты – 1-2;

Соли – оксалаты.

Заключение: отклонений в общем анализе мочи нет.

Кал на яйца глист (от 20.02.2002)

Заключение: яйца глист не обнаружены.

Протеинограмма (от 28.02.2000):

Общий белок - 67,9 г/л;

Альбумины - 54,4 %;

Глобулины:

альфа1 - 3,5 %;

альфа2 - 12 %;

бетта1,2 - 11,7 %;

Гамма-глобулины - 18,7 %;

А/Г - 1,29;

Мочевина - 2,2 ммоль/л;

Мочевая кислота - 0,13 ммоль/л.

Заключение: протеинограмма в пределах нормы. Биохимические показатели крови в пределах нормы.

Анализ мочи по Нечипоренко (от 15.02.2002):

лейкоциты - 500 /мл;

эритроциты - 250 /мл.

Заключение: в переделах нормы.

Клиренс эндогенного креатинина (от 18.02.2002):

креатинин крови – 0,058 ммоль/л;

креатинин мочи – 12,8 ммоль/л;

концентрационный индекс 220,6

клубочковая фильтрация – 127,9 мл/мин;

канальцевая реабсорбция - 99,5 %;

Заключение: незначительно повышена клубочковая фильтрация.

Осмотр гинеколога (от 18.02.2002)

Слизистая вульвы гиперемирована, отечна. Выделения из половой щели зеленоватые, обильные. Назначено: мазок на флору из влагалища.

DS: вульвовагинит?

Мазок на флору из влагалища (от 18.02.2002):

лейкоциты - 20 в п/з; эпителий - 4-6 в п/з; флора скудная, кокковая.

Заключение: вульвовагинит.

Анализ мочи на содержание щавелевой и мочевой кислоты (от 18.02.2002):

содержание щавелевой кислоты 256,4 мкмоль/л

содержание мочевой кислоты 2,0 ммоль/л

Заключение: оксалурия.

Дневники наблюдения за больной

15.02.2002 г. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре кожные покровы чистые, обычной окраски, влажность и эластичность сохранены. Температура тела - 36,7 0С. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, правильные. ЧСС - 110 /мин. АД - 90/60 мм.рт.ст. Живот правильной округлой формы, не вздут, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены. Лечение продолжается.

19.02.2002 г. Общее состояние без отрицательной динамики. При осмотре кожные покровы чистые, обычной окраски, влажность и эластичность сохранены. Температура тела - 36,7 0С. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, правильные. ЧСС - 110 /мин. АД - 90/60 мм.рт.ст. Живот правильной округлой формы, не вздут, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены. Лечение продолжается.

Клинический диагноз и его обоснование

* основной: вторичный хронический пиелонефрит в стадии ремиссии на фоне врожденной аномалии – двухстороннего пузырно-мочеточникового рефлюкса III степени;
* сопутствующие заболевания: дизметаболическая нефропатия типа оксалурии;
* осложнения основного заболевания: нет.

Диагноз выставлен на основании: анамнеза заболевания. Заболевание с августа 1999 г., когда появилось немотивированное повышение температуры тела, озноб, многократный жидкий стул. Госпитализируется в инфекционную больницу г. Саранска, где при проведении лабораторных исследований мочи была выявлена лейкоцитурия. На основании данных, полученных при обследовании, был выставлен диагноз: Острая кишечная инфекция неизвестной этиологии. Острый пиелонефрит.

После проведенного лечения состояние больной нормализовалось и больная была выписана. В марте 2000 г. находилась на стационарном лечении в ДРБ №2, где при проведении цистографии был выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени, на УЗИ – незначительные пиелоэктазии. На основании полученных данных и лабораторных исследований был выставлен диагноз: вторичный хронический пиелонефрит в стадии обострения на фоне врожденной аномалии – двухстороннего пузырно-мочеточникового рефлюкса III степени; дизметаболическая нефропатия типа оксалурии. Решено амбулаторно проводить консервативную терапию. После выписки в анализах мочи рецидивы лейкоцитурии. От хирургического лечения мать ребенка отказалась.

При объективном исследовании патология органов и систем не определяется. Физическое развитие соответствует возрастным нормам.

Данных лабораторно-инструментальных методов обследования: обнаружена дизметаболическая нефропатия типа оксалурии в анализе мочи на содержание щавелевой и мочевой кислоты (от 18.02.2002).

Этиопатогенез заболевания

В возникновении пиелонефрита определенную роль играют бактерии (комменсалы кишечника): E. coli, протей, энтерококки, клебсиеллы, стафилококки, синегнойная палочка. В персистировании бактериальных АГ в почках определенную роль играют вирусы, микоплазмы, хламидии. Одним из важных предрасполагающих факторов к возникновению пиелонефрита являются хронические заболевания почек, и, прежде всего, пиелонефрит у других членов семьи, особенно у матери.

При наличии нарушений уродинамики может возникнуть пиелонефрит. Восходящий путь инфицирования является ведущим в попадании возбудителя сначала в лоханки, затем в канальцы, интерстиций почки. Току мочи препятствует наличие ПМР. Он может быть обусловлен:

1. анатомическими дефектами
2. циститом
3. нарушением нервной регуляции мышечной стенки и сфинктерного аппарата мочевого пузыря.

Возникновению пиелонефрита способствует повреждение интерстиция ткани почек. Причинами могут быть вирусная и микоплазменная инфекции, лекарственные поражения, дисметаболическая нефропатия. В результате создания "locus minoris resistaentiae", и при развитии бактериурии на фоне ослабления реактивности организма возникает или обостряется пиелонефрит.

Причиной бактериурии могут быть интеркуррентные заболевания половых органов (вульвиты, вульвовагиниты), кариес, хронический холецистит, колит.

Также определенную роль в возникновении пиелонефрита играет аутоаллергия. На это указывает наличие у них положительных реакций, свидетельствующих о развитии ГЗТ к возбудителю, выделенному из мочи, обнаружение антител в крови.

Лечение

Режим: общий.

Диета: стол № 3.

#### Расчет питания ребенка, находящегося на искусственном вскармливании в возрасте 1 год:

1. Расчет должной массы

m(д) = 3200 + 600 + 800 + 800 + 750 + 700 + 650 + 600 + 550 + 500 + 450 + 400 + 350 = 10350 г.

2. Расчет суточного объема питания

10350/8 = ≈ 1000 мл.

3. Разовый объем питания

1000/5 = 200 мл.

4. Составление меню

6.00 - смесь "Bebi" 200 мл.

10.00 - 10% овсяная каша 150 мл, яблочный сок 50 мл.

14.00 - картофельное пюре 100 г, котлета 50 г, фруктовое пюре 50 г, растительное масло 5 г.

18.00 - кефир 100 г, печенье 100 г.

22.00 - смесь "Bebi" 200 мл.

Коррекция питания

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Продукт | Количество | Белки | Жиры | Углеводы | Ккал |
| Смесь "Bebi" | 400 | 6,6 | 13,6 | 29,68 | 268 |
| 10% овсяная каша | 150 | 4,8 | 7,5 | 18,9 | 168 |
| Яблочный сок | 50 | 0,3 | - | 5,9 | 23,5 |
| Картофельное пюре | 100 | 1,9 | 2,9 | 16,9 | 106 |
| Растительное масло | 5 | - | 4,9 | - | 44,9 |
| Котлета | 50 | 7,2 | 8,0 | 4,0 | 67 |
| Фруктовое пюре | 50 | 0,3 | 0,05 | 9,6 | 33,5 |
| Кефир | 100 | 2,8 | 3,2 | 4,7 | 59 |
| Печенье | 100 | 10,4 | 5,2 | 40,2 | 376 |
| Потребность на 1 кг |  | 3,0 - 3,5 | 5,5 - 6,0 | 12 - 14 | 120 |
| Сумма |  | 34,3 | 45,35 | 129,88 | 1145,9 |
| Фактически на 1 кг |  | 3,31 | 4,38 | 12,54 | 110,7 |

Заключение: необходимо провести коррекцию по жирам. В овсяную кашу добавить 5 грамм сливочного масла.

Медикаментозная терапия:

- для воздействия на бактериальную флору:

Rp.: Tab. "Bactrim" 0,12 N. 20

D.S. По 2 таблетки 2 р/д утром и вечером после еды.

- для профилактики дисбактериоза:

Rp.: Bactisubtili

D.t.d. N. 16 in сaps.

D.S. По 1 капсуле 3 р/д.

- витаминотерапия:

Rp.: Vit. B6 0.02 N. 20

D.S. По 2 таблетки 1 р/д утром натощак.

- физиопроцедуры

электрофорез с платифиллином на область мочевого пузыря

Рекомендации

Больной показано:

* защита от переохлаждения;
* контроль анализа мочи после перенесенных инфекционных заболеваний;
* полноценное питание;
* соблюдение гигиенического режима;
* предупреждение острых кишечных заболеваний, глистных инвазий;
* укрепление защитных сил организма.

Эпикриз

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ находилась на обследовании и лечении в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с 8.02.2002 г. по 20.02.2002 г.

Жалобы при поступлении (со слов матери) не предъявляла.

Из анамнеза: заболевание с августа 1999 г., когда появилось немотивированное повышение температуры тела, озноб, многократный жидкий стул. Госпитализируется в инфекционную больницу г. Саранска, где при проведении лабораторных исследований мочи была выявлена лейкоцитурия. На основании данных, полученных при обследовании, был выставлен диагноз: Острая кишечная инфекция неизвестной этиологии. Острый пиелонефрит.

После проведенного лечения состояние больной нормализовалось и больная была выписана. В марте 2000 г. находилась на стационарном лечении в ДРБ №2, где при проведении цистографии был выявлен пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени, на УЗИ – незначительные пиелоэктазии. На основании полученных данных и лабораторных исследований был выставлен диагноз: вторичный хронический пиелонефрит в стадии обострения на фоне врожденной аномалии – двухстороннего пузырно-мочеточникового рефлюкса III степени; дизметаболическая нефропатия типа оксалурии. Решено амбулаторно проводить консервативную терапию. После выписки в анализах мочи рецидивы лейкоцитурии.

Объективно при поступлении: общее состояние удовлетворительное. При осмотре кожные покровы чистые, обычной окраски, влажность и эластичность сохранены. Температура тела - 36,7 0С. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, правильные. ЧСС - 110 /мин. АД - 90/60 мм.рт.ст. Живот правильной округлой формы, не вздут, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез не нарушены.

При проведении лабораторно-инструментальных исследований были получены следующие результаты:

Анализ крови (от 11.02.2002):

Гемоглобин (Hb) – 132 г/л;

СОЭ – 5 мм/ч;

Эритроциты – 4,75\*1012 /л;

Лейкоциты – 7,8\*109 /л:

э - 2;

н - 42;

л - 49;

м - 6

Заключение: анализ в норме.

Анализ мочи (от 20.02.2002):

Цвет – желтый;

Прозрачность – прозрачная;

Удельный вес – 1020 г/л;

Реакция – кислая;

Белок – следы;

Эпителий плоский – 2-3 в п/з;

Лейкоциты – 2-3;

Эритроциты – 1-2;

Соли – оксалаты.

Заключение: отклонений в общем анализе мочи нет.

Кал на яйца глист (от 20.02.2002)

Заключение: яйца глист не обнаружены.

Протеинограмма (от 28.02.2000):

Общий белок - 67,9 г/л;

Альбумины - 54,4 %;

Глобулины:

альфа1 - 3,5 %;

альфа2 - 12 %;

бетта1,2 - 11,7 %;

Гамма-глобулины - 18,7 %;

А/Г - 1,29;

Мочевина - 2,2 ммоль/л;

Мочевая кислота - 0,13 ммоль/л.

Заключение: протеинограмма в пределах нормы. Биохимические показатели крови в пределах нормы.

Анализ мочи по Нечипоренко (от 15.02.2002):

лейкоциты - 500 /мл;

эритроциты - 250 /мл.

Заключение: в переделах нормы.

Клиренс эндогенного креатинина (от 18.02.2002):

креатинин крови – 0,058 ммоль/л;

креатинин мочи – 12,8 ммоль/л;

концентрационный индекс 220,6

клубочковая фильтрация – 127,9 мл/мин;

канальцевая реабсорбция - 99,5 %;

Заключение: незначительно повышена клубочковая фильтрация.

Мазок на флору из влагалища (от 18.02.2002):

лейкоциты - 20 в п/з; эпителий - 4-6 в п/з; флора скудная, кокковая.

Заключение: вульвовагинит.

Анализ мочи на содержание щавелевой и мочевой кислоты:

содержание щавелевой кислоты 256,4 мкмоль/л

содержание мочевой кислоты 2,0 ммоль/л

Заключение: оксалурия.

На основании полученных данных был выставлен клинический диагноз:

* основной: вторичный хронический пиелонефрит в стадии ремиссии на фоне врожденной аномалии – двухстороннего пузырно-мочеточникового рефлюкса III степени;
* сопутствующие заболевания: дизметаболическая нефропатия типа оксалурии;
* осложнения основного заболевания: нет.

Было назначено следующее лечение:

Режим: общий.

Диета: стол № 3.

Медикаментозная терапия:

- для воздействия на бактериальную флору:

Rp.: Tab. "Bactrim" 0,12 N. 20

D.S. По 2 таблетки 2 р/д после еды.

- для профилактики дисбактериоза:

Rp.: Bactisubtili

D.t.d. N. 16 in сaps.

D.S. По 1 капсуле 3 р/д.

- витаминотерапия:

Rp.: Vit. B6 0.02 N. 20

D.S. По 2 таблетки 1 р/д утром натощак.

- физиопроцедуры

электрофорез с платифиллином на область мочевого пузыря

В процессе лечения состояние больной без отрицательной динамики.

Используемая литература

1. Анатомо-физиологические особенности и соматические заболевания детей раннего возраста (клиника, диагностика, лечение). Метод. указания, 89с., Саранск, 2001.
2. Федоткина Л.К. Диагностическое значение клинико-лабораторных показателей при внутренних заболеваниях. Учебное пособие. 42 с., Саранск, 2001.
3. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней.-М.: Медицина, 1985. - 432 с.
4. Детские болезни: Учебник / Под ред. Л.А.Исаевой.- 3-е изд.- М.: Медицина, 1997.- 592 с.
5. Шабалов И.П. Детские болезни., С-П, Сотис, 1994 г.