***Общие сведения***

1. Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Пол: женский
3. Возраст: 1 год 5 месяцев
4. Дата рождения: 15.09.2001
5. Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Место рождения ребенка: \_\_\_\_\_\_\_
7. Время поступления в клинику: 10.03.2003
8. Направившее учреждение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Диагноз:
   * Направившего учреждения: острый пиелонефрит
   * Предварительный диагноз: вторичный пиелонефрит на фоне ПМР III степени.
   * Клинический диагноз: вторичный пиелонефрит, на фоне врожденной аномалии развития: двусторонний пузырно – мочеточниковый рефлюкс III степени, стадия частичной клинико – лабораторной ремиссии. НФПо.
   * Диагноз заключительный: вторичный пиелонефрит, на фоне врожденной аномалии развития: двусторонний пузырно – мочеточниковый рефлюкс III степени, стадия частичной клинико – лабораторной ремиссии. НФПо.
   * Сопутствующие заболевания: ОРЗ, анемия легкой степени тяжести, низкое физическое развитие.

***Жалобы***

*При поступлении* со слов матери жалобы на общую слабость. *На момент курации* со слов матери жалобы на общую слабость, затрудненное носовое дыхание, боль в горле, головные боли, озноб, повышение температуры тела до 37,50С.

***Анамнез настоящего заболевания***

*(Anamnesis morbi)*

Со слов матери девочка заболела остро. Болезнь началась 12 августа 2002 года, с повышения температуры тела до 39,50 С, что сопровождалось ознобом, вялостью, сильной потливостью. Вызванный участковый педиатр поставил диагноз ОРЗ и назначил амбулаторное лечение - ампициллин per os. На фоне проводимого лечения состояние девочки не улучшилось. Она была госпитализирована в Рузаевскую ЦРБ, где был выставлен диагноз острый пиелонефрит, высеяна из мочи E. coli в концентрации 10000 м/о на 1 мл. мочи и дано направление в ДРКБ № 2. В ДРКБ № 2 был выставлен диагноз острый пиелонефрит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени и проведен первый курс лечения гентамицином, ко-карбоксилазой и церукалом с 12.09.2002 по 1.10.2002. Второй курс лечения проводился в Рузаевской ЦРБ с 9.12.2002 по 25.12.2002. Третий курс лечения проводится в ДРКБ № 2 с 10.03.2003.

***Анамнез жизни***

*(Anamnesis vitae)*

1. Антенатальный период: беременность II, роды II. I роды в 1988 г. нормальные. Состояние здоровья матери во время беременности удовлетворительное, отмечает токсикоз первой половины беременности (тошнота), питание достаточное, условия жизни и труда удовлетворительные. Роды физиологические, своевременные (срок беременности 39 - 40 недель), без осложнений.

2. Характеристика новорожденного: ребенок родился 15 сентября 2001 года, доношенным, с массой тела 3500 г., длиной тела 52 см. Девочка закричала сразу же, крик громкий. К груди приложена в течение 2-х часов после родов, сосала активно. Пуповинный остаток отпал на 4 сутки, заживление пупочной ранки на 7 сутки, происходило без осложнений. Покраснения, мокнутия, гнойных выделений не отмечалось. Выписана из роддома на пятый день после родов.

3. Вид вскармливания: первые 14 месяцев находилась на грудном вскармливании, в период новорожденности кормление 7 раз в день, постепенно к 5 месяцам частота кормления дошла до 4 – 5 раз в день с ночным перерывом в 8 часов. Прикорм был введён в 5 мес., получала овощное пюре. Второй прикорм с 6 мес. в виде молочной каши, с 7 месяцев мясное пюре, с 7,5 месяцев кефир и творог. Соки в рацион начали вводить с 4 месяцев по пол чайной ложки, к концу 1 года постепенно увеличив до 100 мл. Первым введен яблочный сок, впоследствии тыквенный, персиковый и абрикосовый. Профилактика рахита проводилась витамином D2 (масляный раствор по 1 капле через день) с трех месяцев до восьми месяцев (в зимний период года). В данный момент питание достаточное, разнообразное, аппетит снижен. Стул произвольный 1 – 2 раза в день.

4. Нервно-психическое развитие ребёнка: головку стала держать с 2,5 месяцев, улыбается с 1 мес., гулит с 2 месяцев, реагирует на звук поворотом головы в сторону звукового раздражителя с 2,5 месяцев, переворачивается со спины на живот с 3 месяцев, сидит без поддержки с 6 месяцев, ходит с 9 месяцев, первые зубы появились в 8 месяцев. Заключение по оценке нервно - психического развития ребенка: развитие соответствует возрасту.

5. Перенесенные заболевания: со слов матери отсутствуют. По словам матери прививки до одного года сделаны в соответствии с графиком прививок, аллергических реакции на вакцины не было. Аллергических реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты мама не отмечала.

6. Семейный анамнез: мать - Ларина Людмила Ивановна 34 года, из перенесенных заболеваний отмечает хронический гастрит, эпидемический паротит в 11 лет, ОРВИ, ОРЗ; отец - Ларин Эдуард Равильевич 29 лет, из перенесенных заболеваний отмечаются ОРВИ и ОРЗ; старшая сестра - 15 лет, состояние здоровья удовлетворительное.

7. Бытовые условия: удовлетворительные, уход достаточный. Материально – бытовые условия семьи удовлетворительные. Контактов с инфекционными больными девочка не имела. Режим дня соблюдается, спит с 21 часа до 7 утра и днем в течение двух часов. Прогулки на свежем воздухе два раза в день.

***Данные объективного исследования***

*(Status praesens)*

*Статус на день курации:* самочувствие удовлетворительное, состояние по характеру заболевания - средней степени тяжести, температура тела 37,40С.

*Нервная система.* Сознание ясное, на окружающее реагирует адекватно. Настроение спокойное, положение активное, ребенок общителен, психическое развитие соответствует возрасту. Изменений со стороны черепно-мозговых нервов не обнаружено. Кожные (брюшные) и сухожильные (коленный и ахиллов) рефлексы живые, симметричные. Менингеальные симптомы отсутствуют. Потливости нет. При внешнем осмотре глаз и ушей патологических изменений не выявлено.

*Физическое развитие.*

|  |  |
| --- | --- |
| Масса тела – 9500 гр. | Должная масса тела составляет 19 – 4 \* 2 = 11 кг. |
| Рост – 78 см. | Должный рост равен 130 – 7 \* 8 = 74 см. |
| Окружность грудной клетки – 49 см | Должная окружность грудной клетки составляет  63 – 9 \* 1,5 = 49,5 см. |
| Окружность головы – 46 см. | Должная окружность головы составляет  50 – 4 \* 1 = 46 см. |

Заключение: дефицит массы тела составляет 1,5 кг (13,6 %), масса тела соответствует возрасту 8-ми месяцев; рост превышает норму на 4 см (5,4 %); окружность грудной клетки соответствует возрастной норме; окружность головы соответствует возрастной норме.

Окружность плеча 16 см., предплечья 14 см, бедра 23 см., голени 19 см.

Индекс Чулицкой: 3 \* 16 + 23 + 19 - 78 = 12; в норме индекс равен 20 – 25.

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

Индекс Бругш: 49 \* 100 / 78 = 62,8; возрастная норма 64 – 67.

Заключение: снижение индекса свидетельствует о дисгармоничном развитии ребенка.

Индекс Эрисмана: 49 – 78 / 2 = 10; возрастная норма составляет от +9 до +11.

Заключение: величина индекса соответствует норме.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметр | Значение параметра | Норма для данного возраста | Значение по центельным таблицам | Заключение по таблице |
| Вес | 9,5 кг | 13,5 кг | Между 3 и 10 центелями | Низкое физическое развитие |
| Рост | 78 см | 80 см | Между 25 и 75 центелями | Среднее физическое развитие |
| Окружность головы | 46 см | 46,5 см | Между 3 и 10 центелями | Низкое физическое развитие |
| Окружность груди | 49 см | 50 см | Между 25 и 75 центелями | Среднее физическое развитие |

Общее заключение: низкое физическое развитие, мезосоматический тип, дисгармоничное.

*Кожные покровы* бледные, тени под глазами, умеренной влажности, эластичность сохранена, рубцов нет, сыпь, участки гиперпигментации и депигментации, кровоизлияния отсутствуют. Волосы блестящие, неломкие.

*Подкожная жировая клетчатка.* Подкожно-жировой слой умеренно выражен, распределен равномерно, толщина кожной складки в области середины грудины - 0,5 см, в области угла лопатки - 0,5 см, около пупка - 0,5 см. Пастозности и отеков нет. Тургор тканей сохранен, умеренный.

*Лимфатические узлы.* Пальпируются единичные, подвижные, безболезненные, мягко эластической консистенции тонзиллярные, подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы размером до 0,5 см.

*Мышцы* развиты умеренно. Тонус мышц умеренный. Болезненность при ощупывании, активных и пассивных движениях отсутствует. Сила мышц достаточная.

*Костная система.* Форма головы округлая, крупная, деформации черепа не отмечается. Швы и роднички заращены. Деформации, искривления костей отсутствуют, болезненности при пальпации, поколачивании позвонков, грудины, ребер не обнаружено. Конфигурация суставов нормальная, активные и пассивные движения в полном объеме, без ограничений, безболезненные. Грудная клетка нормостенической формы. Искривления грудной части позвоночника, западения над- и подключичных ямок нет. Эпигастральный угол ≈ 90°.

*Система дыхания*. Носовое дыхание затруднено. Тип дыхания – брюшной, частота дыхательных движений 26 в минуту, соотношение длительности вдоха и выдоха не изменено, дыхание глубокое, ритм правильный, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки, вспомогательные мышцы участия в дыхании не принимают. Одышки нет.

При пальпации грудная клетка эластичная, болезненность отсутствует, голосовое дрожание проводится одинаково на симметричные участки грудной клетки, равномерное.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких и в симметричных участках легочный звук.

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

*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.

При пальпа­ции области сердца сердечный толчок отсутствует. Симптом «кошачьего мурлыканья» отсутствует. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье, не усилен, область толчка не расширена. Сердечного толчка нет.

Перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая граница сердца – правая парастернальная линия, верхняя граница – верхний край второго ребра, левая – 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии.

При аускультации тоны сердца ясные, громкие. Шумы, акценты, раздвоение сердечных тонов не выслушиваются. Ритм сердечных сокращений правильный, 115 ударов в минуту. Шум трения перикарда не определяется.

Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения, среднего напряжения, симметричный, частота пульса - 115/мин, дыхательная аритмия. АД = 90/60 мм рт.ст.

*Система пищеварения.* Губы бледно-розового цвета, умеренной влажности, высыпаний, изъязвлений, трещин нет. Запах изо рта отсутствует. Язык розовый, влажный, сосочки не изменены, с белесоватым налетом от корня. Увеличение языка, язв на его поверхности не определяется. Десны розового цвета, плотные, без кровоточивости и язв. Задняя стенка глотки, передние и задние небные дужки, миндалины, язычок гиперемированы. Налетов нет. Слюнные железы не увеличены, безболезненны, кожа в области желез не изменена, боли при жевании и открывании рта нет.

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 акте дыхания.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, напряжения мышц живота (диффузного или ограниченного) не определяется. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При перкуссии над всей поверхностью живота определяется тимпанический звук. При аускультации 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, безболезненный, острый, мягко эластической консистенции. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, Кера, френикус-симптом отрицательны.

Стул: со слов матери 1-2 раза в день, оформленный, без патологических примесей, коричневого цвета.

Селезенка визуально не увеличена, не пальпируется. При перкуссии размеры селезенки: длина – 7 см, ширина - 4 см.

*Мочеполовые органы.* При осмотре выпячиваний над лобком, изменений в области почек не отмечается. Болезненность при поколачивании над лобком отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Мочеиспускание не нарушено. Цвет мочи желтый.

*Развитие половых органов.* Вторичные половые признаки соответствуют возрасту ребенка.

***Предварительный диагноз***

Острый пиелонефрит.

***План лабораторно-инструментальных исследований***

1. Общий анализ крови.
2. Биохимический анализ крови: общий белок и белковые фракции, мочевина, мочевая кислота, креатинин, К+, Na+, Ca2+, P4+ плазмы.
3. Общий анализ мочи.
4. Анализ мочи по Нечипоренко.
5. Анализ мочи по Зимницкому.
6. Проба Реберга.
7. Экскреция щавелевой и мочевой кислот за сутки.
8. Посев мочи на флору.
9. Цистоскопия.
10. Экскреторная урография.
11. УЗИ почек.
12. Анализ кала на яйца глист.
13. ЭКГ.
14. Консультация кардиолога.
15. Мазок на флору и микроскопия мазка из влагалища и уретры.
16. Осмотр гинеколога.

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

1. Общий анализ крови от 15.02.03.

Гемоглобин 107 г/л

Эритроциты 3,98\*1012/л

Цветовой показатель 0,9

Лейкоциты 5,9\*109/л

Нейтрофилы: ПЯ 1 %

СЯ 48 %

Эозинофилы 1 %

Лимфоциты 42 %

Моноциты 8 %

Анизоцитоз « + »

СОЭ 7 мм/ч

*Заключение:* незначительное снижение количества гемоглобина, предположительно в связи с интоксикацией при пиелонефрите.

2. Биохимический анализ крови:

Общий белок и белковые фракции от 19.02.03.

Общий белок 66,8 г/л

А/Г 1,53

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | % | G/DL | норма |
| альбумины | 60,35 | 40,45 | 53,0-68,0 |
| α1 | 4,61 | 3,08 | 1,6-4,5 |
| α2 | 12,9 | 8,62 | 5,7-11,5 |
| β | 15,01 | 10,03 | 8,0-14,2 |
| γ | 6,93 | 4,63 | 10,5-19,5 |

*Заключение:* диспротеинемия за счет уменьшения γ-глобулинов и незначительного увеличения фракции α1 и α2-глобулинов.

Мочевина и мочевая кислота от 13.02.03.

|  |  |
| --- | --- |
| Мочевина | 3,9 ммоль/л |
| Мочевая кислота | 0,131 ммоль/л |

*Заключение:* показатели мочевины и мочевой кислоты в пределах нормы.

Креатинин от 13.02.03

Креатинин крови 0,054 ммоль/л

*Заключение:* концентрация креатинина крови в пределах нормы.

К+, Na+, Ca2+, P4+ плазмы от 20.02.03.

|  |  |
| --- | --- |
| К+ | 4,95 мкмоль/л |
| Na+ | 135,9 мкмоль/л |
| Ca2+ | 2,4 ммоль/л |
| P4+ | 1,24 ммоль/л |

*Заключение:* концентриция ионов К+, Na+, Ca2+, P4+ в крови в пределах нормы.

3. Общий анализ мочи от 14.02.03.

Цвет - желтый

Реакция - кислая

Прозрачность - прозрачная

Белок - нет

Лейкоциты - 0 – 2 в п/зр.

Эритроциты - 1 – 2 в п/зр.

Эпителиальные клетки - 1 – 2 в п/зр.

*Заключение:* показатели в пределах нормы.

4. Анализ мочи по Нечипоренко.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Лейкоциты | Эритроциты | Цилиндры |
| 11.02.03 | 2700 | 1300 | - |
| 15.02.03 | 1900 | 500 | - |
| 17.02.03 | 1400 | 1000 | единичные |
| 19.02.03 | 400 | 100 | - |

*Заключение:* 11.02.03 увеличение количества лейкоцитов и эритроцитов в связи с воспалительным процессом в почках. В последующих пробах происходит нормализация показателей в связи с началом лечения пиелонефрита и подавлением воспалительного процесса.

5. Анализ мочи по Зимницкому.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Часы | 6-9 | 9-12 | 12-15 | 15-18 | 18-21 | 21-6 | Всего |
| Кол-во выпитого, мл | 180 | 40 | 60 | 110 | 200 | 150 | 740 |
| Кол-во выделенного, мл | - | - | 80 | - | - | 80 | 160 |
| Удельный вес | Моча не доставлена | Моча не доставлена | 1018 | Моча не доставлена | Моча не доставлена | 1026 |  |

*Заключение:* Концентрационная способность почек в пределах нормы. В связи с тем, что в некоторых пробах моча не была доставлена, нельзя сделать вывод о количестве выделенной мочи за сутки и о никтурии.

6. Проба Реберга от 13.02.03.

Креатинин мочи - 7,7 ммоль/л

Концентрационный индекс - 142,6

Величина клубочковой фильтрации - 122,6 мл/мин

Процент реабсорбированной в канальцах провизорной мочи - 99,3 %

С/Д - 320,0

*Заключение:* величина клубочковой фильтрации в пределах нормы.

7. Экскреция щавелевой и мочевой кислот за сутки от 11.02.03.

|  |  |
| --- | --- |
| Щавелевая кислота | 44,6 мкмоль/л |
| Мочевая кислота | 0,56 ммоль/л |

Экскреция щавелевой и мочевой кислот за сутки от 13.02.03.

|  |  |
| --- | --- |
| Щавелевая кислота | 84,9 мкмоль/л |
| Мочевая кислота | 1,49 ммоль/л |

*Заключение:* экскреция щавелевой и мочевой кислот за сутки в пределах нормы.

8. УЗИ почек от 13.02.03.

*Заключение:* УЗИ - признаки умеренной пиелоэктазии справа, уплотнение чашечно-лоханочной системы в обеих почках.

9. Анализ кала на яйца глист от 5.02.03.

*Заключение:* я/г не обнаружены

10. ЭКГ от 17.02.03.

*Заключение:* ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца. Обменные нарушения в миокарде. Замедление электрической систолы. ЭКГ - признаки электролитной диссоциации.

11. Консультация кардиолога от 19.02.03.

*Заключение:* вторичная кардиопатия с явлениями электрической нестабильности миокарда.

12. Мазок на флору и микроскопия мазка из влагалища и уретры от 11.02.03.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Лейкоциты | Эритроциты | Флора | Гонококк |
| Уретра | 0-1 в п/з | 1-2 в п/з | отсутствует | - |
| Влагалище | 1-2 в п/з | 2-3 в п/з | отсутствует | - |

13. Осмотр гинеколога от 11.02.03.

*Заключение:* здорова.

***Дневники***

25.02.03г.

Самочувствие больной удовлетворительное. Температура тела 36,8 0С.

Кожные покровы чистые, бледные, умеренной влажности, эластичность сохранена, тени под глазами. Видимые слизистые розовые, без высыпаний, изъязвлений, язвочек, кровоизлияний.

Частота дыхания - 26 в минуту. Одышки нет. Аускультативно дыхание пуэрильное. Хрипов, крепитации нет.

Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, среднего напряжения, средний по величине, симметричный. Тоны сердца ясные, шумы не выслушиваются, ритм сердечных сокращений правильный, 120 ударов в минуту.

Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный.

При выявлении симптома Пастернацкого (поколачивание по поясничной области) больная спокойна; результат одинаков с обеих сторон. Диурез и стул не нарушены.

28.02.03г.

Самочувствие больной удовлетворительное. Температура тела 36,6 0С.

Кожные покровы чистые, бледные, умеренной влажности, эластичность сохранена, тени под глазами. Видимые слизистые розовые, без высыпаний, изъязвлений, язвочек, кровоизлияний.

Частота дыхания - 28 в минуту. Одышки нет. Аускультативно дыхание пуэрильное. Хрипов, крепитации нет.

Пульс - 125 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, среднего напряжения, средний по величине, симметричный. Тоны сердца ясные, шумы не выслушиваются, ритм сердечных сокращений правильный, 125 ударов в минуту.

Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный.

При выявлении симптома Пастернацкого (поколачивание по поясничной области) больная спокойна; результат одинаков с обеих сторон. Диурез и стул не нарушены.

***Обоснование окончательного клинического диагноза***

Окончательный клинический диагноз:

*Основной диагноз:* вторичный пиелонефрит, на фоне врожденной аномалии развития: двусторонний пузырно – мочеточниковый рефлюкс III степени стадия частичной клинико – лабораторной ремиссии. НФПо.

*Сопутствующий диагноз:* ОРЗ, анемия легкой степени тяжести, низкое физическое развитие.

Диагноз выставлен на основании:

1. Жалоб: *при поступлении* со слов матери жалобы на общую слабость. *На момент курации* со слов матери жалобы на общую слабость, затрудненное носовое дыхание, боль в горле, головные боли, озноб, повышение температуры тела до 37,50С.

2. Данных анамнеза: со слов матери девочка заболела остро. Болезнь началась 12 августа 2002 года, с повышения температуры тела до 39,50С, что сопровождалось ознобом, вялостью, сильной потливостью. Вызванный участковый педиатр поставил диагноз ОРЗ и назначил амбулаторное лечение - ампициллин per os. На фоне проводимого лечения состояние девочки не улучшилось. Она была госпитализирована в Рузаевскую ЦРБ, где был выставлен диагноз острый пиелонефрит, высеяна из мочи E. coli в концентрации 10000 м/о на 1 мл. мочи и дано направление в ДРКБ № 2. В ДРКБ № 2 был выставлен диагноз острый пиелонефрит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени и проведен первый курс лечения гентамицином, ко-карбоксилазой и церукалом с 12.09.2002 по 1.10.2002. Второй курс лечения проводился в Рузаевской ЦРБ с 9.12.2002 по 25.12.2002. Третий курс лечения проводится в ДРКБ № 2 с 10.03.2003.

3. Объективных данных: *статус на день курации:* самочувствие удовлетворительное, состояние средней степени тяжести, температура тела 37,40С.

*Физическое развитие.*

Общее заключение: низкое физическое развитие, мезосоматический тип, дисгармоничное.

*Кожные покровы.* Бледные, тени под глазами.

*Лимфатические узлы.* Пальпируются единичные, подвижные, безболезненные, мягко эластической консистенции тонзиллярные, подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы размером до 0,5 см.

*Система дыхания*. Носовое дыхание затруднено.

*Система пищеварения.* Губы бледно-розового цвета. Задняя стенка глотки, передние и задние небные дужки, миндалины, язычок гиперемированы. Налетов нет. Слюнные железы не увеличены, безболезненны, кожа в области желез не изменена, боли при жевании и открывании рта нет.

4. Результатов лабораторных и дополнительных методов исследования:

Общий анализ крови от 15.02.03.

*Заключение:* незначительное снижение количества гемоглобина, предположительно в связи с интоксикацией при пиелонефрите.

Биохимический анализ крови:

*Заключение:* диспротеинемия за счет уменьшения γ-глобулинов и незначительного увеличения фракции α1 и α2-глобулинов.

Анализ мочи по Нечипоренко.

*Заключение:* 11.02.03 увеличение количества лейкоцитов и эритроцитов в связи с воспалительным процессом в почках. В последующих пробах происходит нормализация показателей в связи с началом лечения пиелонефрита и подавлением воспалительного процесса.

УЗИ почек от 13.02.03.

*Заключение:* УЗИ - признаки умеренной пиелоэктазии справа, уплотнение чашечно-лоханочной системы в обеих почках.

ЭКГ от 17.02.03.

*Заключение:* ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца. Обменные нарушения в миокарде. Замедление электрической систолы. ЭКГ - признаки электролитной диссоциации.

Консультация кардиолога от 19.02.03.

*Заключение:* вторичная кардиопатия с явлениями электрической нестабильности миокарда.

***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).

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:

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).

циститом,

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 у ряда 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.

***Лечение и профилактика***

1. Режим – палатный.

2. Диета – стол А4.

3. Медикаментозная терапия.

1) Лекарственная терапия направлена на ликвидацию микробно-воспалительного процесса. Лечение начинают с антибиотиков и сульфаниламидных препаратов, подбираемых по чувствительности к ним микрофлоры мочи, предпочитая менее нефротоксичные.

Rp.: Sol. Gentamycini sulfatis 0,08

D. t. d. N. 30

S. содержимое флакона растворить в 4 мл воды для инъекций. Вводить в/м по 0,5 мл 2 раза в день (из расчета 2 мг/кг) в течение 7 дней

Rp.: Tab. Biseptoli 0.12 № 20

D.S. по 2 таб. 2 раза в день

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

Rp.: Tab. Nitroxolini 0.05 № 20

D.S. по 1 таб. 3 раза в день

Rp.: Lactobacterini 3 дозы

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

S. по 1 дозе 3 раза в день за 30 минут до еды.

2) В связи с тем, что у больной есть анатомические дефекты мочевыводящих путей следует назначить мембранстабилизирующие препараты и препараты стимулирующие тонус мочеточника.

Rp.: Tab. Acidi lipoici 0,025 № 10

D.S. по ¼ таблетки 3 раза в день.

Rp.: Tab. Asparcami № 20

D.S. по ¼ таблетки 3 раза в день

Rp.: Cerucali 2 ml

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

S. 0,5 мл. в/м 1 раз в день.

3) Для улучшения метаболизма миокарда

Rp.: Cocarboxylasi hidrochloridi 0.05

D. t. d. N. 30 in amp. pro inj.

S. содержимое ампулы растворить в 3 мл. физ. раствора и ввести в/м

1,5 мл. 1 раз в день в течении 2-3 недель.

4) Для лечение острого фарингита:

Rp.: “Ingalipt” 30 ml

D.t.d. № 1

S. по 2 ингаляции 2 раза в день

***Эпикриз***

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ родилась 15 сентября 2001 года. Поступила в отделение урологии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для проведения комплексного обследования и стационарного лечении 10.02.03.

При поступлении со слов матери жалобы на общую слабость.

Из анамнеза заболевания со слов матери девочка заболела остро. Болезнь началась 12 августа 2002 года, с повышения температуры тела до 39,50С, что сопровождалось ознобом, вялостью, сильной потливостью. Вызванный участковый педиатр поставил диагноз ОРЗ и назначил амбулаторное лечение - ампициллин per os. На фоне проводимого лечения состояние девочки не улучшилось. Она была госпитализирована в Рузаевскую ЦРБ, где был выставлен диагноз острый пиелонефрит, высеяна из мочи E. coli в концентрации 10000 м/о на 1 мл. мочи и дано направление в ДРКБ № 2. В ДРКБ № 2 был выставлен диагноз острый пиелонефрит, пузырно-мочеточниковый рефлюкс III степени и проведен первый курс лечения гентамицином, ко-карбоксилазой и церукалом с 12.09.2002 по 1.10.2002. Второй курс лечения проводился в Рузаевской ЦРБ с 9.12.2002 по 25.12.2002. Третий курс лечения проводится в ДРКБ № 2 с 10.03.2003.

Данные обьективного обследования: самочувствие удовлетворительное, состояние средней степени тяжести, температура тела 37,40С.

*Физическое развитие.*

Общее заключение: низкое физическое развитие, мезосоматический тип, дисгармоничное.

*Кожные покровы.* Бледные, тени под глазами.

*Лимфатические узлы.* Пальпируются единичные, подвижные, безболезненные, мягко эластической консистенции тонзиллярные, подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы размером до 0,5 см.

*Система дыхания*. Носовое дыхание затруднено.

*Система пищеварения.* Губы бледно-розового цвета. Задняя стенка глотки, передние и задние небные дужки, миндалины, язычок гиперемированы. Налетов нет. Слюнные железы не увеличены, безболезненны, кожа в области желез не изменена, боли при жевании и открывании рта нет.

Результаты лабораторных и дополнительных методов исследования:

Общий анализ крови от 15.02.03.

*Заключение:* незначительное снижение количества гемоглобина, предположительно в связи с интоксикацией при пиелонефрите.

Биохимический анализ крови:

Общий белок и белковые фракции от 19.02.03.

*Заключение:* диспротеинемия за счет уменьшения γ-глобулинов и незначительного увеличения фракции α1 и α2-глобулинов.

Мочевина и мочевая кислота от 13.02.03.

*Заключение:* показатели мочевины и мочевой кислоты в пределах нормы.

Креатинин от 13.02.03

*Заключение:* концентрация креатинина крови в пределах нормы.

К+, Na+, Ca2+, P4+ плазмы от 20.02.03.

*Заключение:* концентриция ионов К+, Na+, Ca2+, P4+ в крови в пределах нормы.

Общий анализ мочи от 14.02.03.

*Заключение:* показатели в пределах нормы.

Анализ мочи по Нечипоренко.

*Заключение:* 11.02.03 увеличение количества лейкоцитов и эритроцитов в связи с воспалительным процессом в почках. В последующих пробах происходит нормализация показателей в связи с началом лечения пиелонефрита и подавлением воспалительного процесса.

Анализ мочи по Зимницкому.

*Заключение:* Концентрационная способность почек в пределах нормы. В связи с тем, что в некоторых пробах моча не была доставлена, нельзя сделать вывод о количестве выделенной мочи за сутки и о никтурии.

Проба Реберга от 13.02.03.

*Заключение:* величина клубочковой фильтрации в пределах нормы.

Экскреция щавелевой и мочевой кислот за сутки от 11.02.03.

*Заключение:* экскреция щавелевой и мочевой кислот за сутки в пределах нормы.

УЗИ почек от 13.02.03.

*Заключение:* УЗИ - признаки умеренной пиелоэктазии справа, уплотнение чашечно-лоханочной системы в обеих почках.

Анализ кала на яйца глист от 5.02.03.

*Заключение:* я/г не обнаружены

ЭКГ от 17.02.03.

*Заключение:* ритм синусовый, нормальное положение электрической оси сердца. Обменные нарушения в миокарде. Замедление электрической систолы. ЭКГ - признаки электролитной диссоциации.

Консультация кардиолога от 19.02.03.

*Заключение:* вторичная кардиопатия с явлениями электрической нестабильности миокарда.

Мазок на флору и микроскопия мазка из влагалища и уретры от 11.02.03.

*Заключение:* при микроскопии мазка отклонений от нормы не выявлено.

Осмотр гинеколога от 11.02.03.

*Заключение:* здорова.

Выставлен окончательный клинический диагноз: вторичный пиелонефрит, на фоне врожденной аномалии развития: двусторонний пузырно – мочеточниковый рефлюкс III степени, стадия частичной клинико – лабораторной ремиссии НФПо.

Сопутствующие заболевания: ОРЗ, анемия легкой степени тяжести, низкое физическое развитие.

Было назначено следующее лечение:

1. Режим – палатный.

2. Диета - стол А4.

3. Медикаментозная терапия:

* Гентамицина сульфат 0,08 (содержимое флакона растворить в 4 мл воды для инъекций. Вводить в/м по 0,5 мл 2 раза в день (из расчета 2 мг/кг) в течение 7 дней)
* Бисептол 0,12 (по 2 таб. 2 раза в день)
* Нитроксолин 0,05 (по 1 таб. 3 раза в день)
* Лактобактерин 3 дозы (по 1 дозе 3 раза в день за 30 минут до еды)
* Липоевая кислота 0,025 (по ¼ таб. 3 раза в день)
* Аспаркам (1/4 таб. 3 раза в день)
* Церукал 2 мл (0,5 мл в/м 1 раз в день в течении 10 дней)
* Кокарбоксилаза 0,05 (содержимое ампулы растворить в 3 мл. физ. раствора и ввести в/м 1,5 мл. 1 раз в день в течении 2-3 недель).
* Ингалипт 30 мл. (по 2 ингаляции 2 раза в день)

На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось. Общее состояние больной удовлетворительное. Ребенок активен.

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.

**Прогноз:** данных рекомендаций и правильного приема лекарственных препаратов - благоприятный.

***Список литературы***

1. Анатомо – физиологические особенности и соматические заболевания детей раннего возраста (клиника, диагностика, лечение): Пособие для студ. лечебного отд., врачей-интернов, практ. врачей.-Саранск, 2001.-90с.
2. Машковский М. Д. Лекарственные средства. В двух томах. Т.1. – изд. 13-е, новое. – Харьков: Торсинг, 1998. – 560 с.
3. Машковский М. Д. Лекарственные средства. В двух томах. Т.2. – изд. 13-е, новое. – Харьков: Торсинг, 1998. – 592 с.
4. Мазурин А. В. , Воронцов И. М. Пропедевтика детских болезней. - М.: Медицина, 1985. - 432 с.
5. Детские болезни: Учебник/Под ред. Л.А.Исаевой.- 3-е изд. испр.- М.: Медицина, 1997.- 592 с.