# Історія хвороби

**Клінічний діагноз: Цукровий діабет, І тип, середньої тяжкості, фаза субкомпенсації.**

# І. Загальні відомості про хвору дитину (praefatio).

Прізвище, ім’я, по-батькові: Мудра Оксана Миколаївна

Вік дитини 11 років.

Дата і місце народження. 9. 07.1989 р., м. Тернопіль.

Дані про батьків. Мати: Людмила Олександрівна - 33 р.; безробітня. Батько: Микола Васильович - 43 р.; техпрацівник ТОКЛ.

Дитячий заклад, що відвідує дитина. Школа № 4, 6 -Б клас.

Під наглядом якого лікувального закладу перебувала дитина: міська дитяча поліклініка № 2.

Дата поступлення в клініку: 29. 01. 2001.

# ІІ. Скарги хворого (mіlestia aegroti) на день курації.

Дитина скаржиться на підвищення температури тіла до 37,2 ˚С, ниючі непостійні болі в попереку справа, що не пов’язані з положенням тіла та часом доби, підвищену втомлюваність, загальну слабкість.

# ІІІ. Анамнез захворювання (anamnesis morbi).

Зі слів хворої і її матері патологією сечовидільної системи хворіє з раннього дитинства: у віці 2 років перенесла гострий двосторонній пієлонефрит, котрий перейшов у хронічну форму. Загострення хронічного пієлонефриту спостерігаються 1-2 рази/рік. 3,5 роки тому у дівчинки діагостовано вторинний гідронефроз лівої нирки ІІІ-ІV стадії, з приводу чого проведена нефректомія. З 3.02.2001 по 24.02.2001 пацієнтка лікувалася стаціонарно з приводу гепатиту А в інфекційному відділенні ТОДКЛ. Після проведеного лікування температура тіла залишалася субфебрильною, зберігалася втомлюваність та загальна слабкість, з’явилися болі в попереку справа. Дівчинку із діагнозом “ Загострення хронічного пієлонефриту єдиної правої нирки” переведено до хірургічного відділення ТОДКЛ.

# ІV. Анамнез життя (anamnesis vitae).

Перша дитина в сім’ї, від першої доношеної вагітності. Матері на час вагітності було 22 роки. Вагітність протікала без ускладнень. Перенесенні інфекційні захворювання, вживання медикаментів під час вагітності заперечує. Умови праці та побуту вагітної були задовільними. Шкідливі звички відсутні. Вагітна дотримувалася режиму, вживала раціональне харчування. Знаходилась на постійному спостереженні в жіночій консультації з 11 тижнів. Дородові патронажі проводились.

Пологи перші, термінові в 39-40 тижднів вагітності, які закінчились народженням доношеної дівчинки, без ознак асфіксії, оцінкою 8 балів за шкалою Апгар на 1 і 5 хвилині, вагою 3200 г, довжиною 52 см, супроводжувалися самостійним відшаруванням плаценти, крововтрата в пологах 150 мл. Прикладена до грудей на 3-ю годину. Перебіг періоду новонародженості без патологічних відхилень, транзиторні стани – в межах норми.

З моменту народження заходилась на природньому вигодовуванні. Фізіологічні добавки і прикорми введенно вчасно. До початку теперішнього захворювання вживала раціональне харчування. Кратність прийому їжі – 4 рази на день. Непереносимість окремих продуктів заперечує.

Фізичний розвиток дитини по віковим періодам – без відхилень.

Психомоторний розвиток. Фіксувати голівку почала у 2 міс, сидіти – у 5, 5 міс, вставати і стояти – в 11 міс, ходити – з 12 міс. Розвиток мови – гулити почала у 2 міс, вимовляти склади – з 5 міс, слова – з 7 міс; на даний час мова дитини розвинена добре. Впізнавати матір почала в 1, 5 міс, фіксувати погляд – в 2, 5 міс, посміхатись – в 3, 5 міс, реагувати на слова та іграшки – в 4 міс.

Успішність у школі добра. В 2 роки перенесла гострий двосторонній пієлонефрит, котрий перейшов у хронічну форму. Загострення хронічного пієлонефриту спостерігаються 1-2 рази/рік. 3,5 роки тому у дівчинки діагостовано вторинний гідронефроз лівої нирки ІІІ-ІV стадії, з приводу чого проведена нефректомія; в 5 років перенесла кір, 2-3 рази на рік хворіє на ГРВІ. Наявність діатезів заперечує.

Профілактичні щеплення – згідно календаря щеплень.

Алергологічний анамнез: наявність алергічних захворювань в себе і в родичів дитина заперечує

Епідеміологічний анамнез: 2-24.02.2001 перебувала на стаціонарному лікувані в інфекційному відділенні ТОДКЛ з приводу гепатиту А.

Сімейний анамнез. Стан здоров’я батьків задовільний, шкідливі звички відсутні. Мати - 33 роки, перенесла 1 вагітність, яка закінчилась пологами. Дитина в сім’ї одна. Батькові 43 роки, перенесенні захворювання - ГРВІ. Місце роботи – техпрацівник ТОКЛ. Живі дідусь та бабуся по батьківській лінії, стан їх здоров`я задовільний. Бабуся по материнській лінії хворіла цукровим діабетом, померла від інфаркту міокарда у віці 67 років. Інших дітей в сім´ї немає. Матеріальні побутові умови сім’ї задовільні. Дівчинка має окрему кімнату, відносно добре забезпечена білизною, одягом по сезонам. Відвідує школу. Виховують дитину обоє батьків Дитина дотримується режиму дня, на прогулянку ходить 3 рази на день, тривалість прогулянок 30 хв., тривалість сну 8 год. Фізичне і учбове перевантаження у дитини відсутнє. Дівчинка дотримується режиму харчування.

Генетичний анамнез:

Розвиток дитини відповідаєвіку, проживає дитина в задовільних матеріальнопобутових умовах.

# V. Об’єктивний стан хворого (status praesens objectivus).

## Загальний огляд.

Загальний стан хворї середньої важкості. Свідомість ясна. Положення в ліжку активне. Поведінка адекватна.

Фізичний розвиток відповідає віку. Пропорційна тілободова.

Оцінка антропометричних даних.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | У хворого | Норма | Відхилення (в абс. знач.). | Відхилення в % |
| Маса, кгЗріст, смКоефіцієнт фізичного розвитку | 24,012893% | 26,0124100+7%  | -2,0 | -8%+3%--7% |

**Шкіра і слизові оболонки.**

Шкіра бліда, періорбітальний ціаноз, періорально – незначна блідість; висипки, інших утворів шкіри не виявлено; в лівій поперековій ділянці – дугоподібний епітелізований гіпопігментований рубець довжиною 18 см, шириною до 2-3 мм. Поверхня шкіри м’яка, еластичність збережена, вологість звичайна. Больова, температурна, тактильна чутливість шкіри збережена. Феномен «джгута» від`ємний, що вказує на міцність стінки капілярів. Волосся еластичне, ріст якого звичайний. Ламкості, плям, змін форми і кольору нігтів не виявлено. Слизова рота рожева,незначна гіперемія ротогорла, язик вологий, чистий. Склери вологі, рожеві, незначна пастозність повік.

**Підшкірна клітковина.**

Товщина шкірної (разом із підшкірною) складки на рівні кутів лопаток, пупка, стегнах близько 1, 5 см., на рівні сосків, на плечах - 1 всм. Підшкірна клітковина розподілена рівномірно. Набряків, пастозності, ущільнень не виявлено. Тургор м’яких тканин нормальний.

**Лімфатична система.**

Лімфовузли усіх груп (крім шийнобокових справа) не пальпуються, шкіра над ними не змінена. Набряків, нориць, некрозу, абсцедування, рубців в ділянках розташування периферичних лімфовузлів не виявлено. При пальпації шийнобокові лімфовузли справа - м’які, до 0,3 – 0,5 см в діаметрі, еластичні, рухомі, нечутливі, округлої та овальної форми. Сполучень їх між собою, навколишніми тканинами, підшкірною основою не виявлено. Мигдалики не змінені, не виходять за межі шийних дужок.

**М’язова система.**

М`язи симетричні, помірного ступеня розвитку. Нормотонус. Довільні рухи у повному об’ємі. Сила м’язів достатня. Пошкодження м`язів, болючості при пальпації, наявності затвердінь не спостерігається.

**Кістково-суглобова система**.

Форма голови мезоцефалічна. Обвід голови – 50 см. Розм’якшень кісток черепа немає.

 Зубна формула \* **6** 5 4 3 2 **1** **1** 2 3\* 4 5 П \* - карієс, **жирним** – постійні

 зуби,

 П 5 4 3 2 **1** 12 3 4 5 **6** П – пломба.

Форма грудної клітки циліндрична. Дефомації грудної клітки немає. Епігастральний кут 70о. Хребет – із фізіологічними вигинами. Форма спини нормальна. Таз без деформацій. Кінцівки пропорційні. Болючості при пальпації кісток не відмічалося. Суглоби не деформовані, змін навколишніх тканин немає. Амплітуда пасивних і активних рухів у повному обсязі.

**Серцево-судинна система.**

Сецевого горба немає. Пульсації сонних артерії не видно. Пульсації печінки не виявлено. Розширення поверхневих вен в ділянці серця немає. Верхівковий поштовх виявляється у V міжребер’ї на 0, 5 см назовні від лівої середнинно-ключичної лінії, низький, позитивний, помірно резистентний. Систолічного тремтіння немає.

Пульс на променевих артеріях синхронний, 86 уд/хв, ритмічний, доброго наповнення та напруження, монокротичний. Артеріальний тиск на плечовій артерії 110/60мм рт. ст.

Межі абсолютної та відносної серцевої тупості у пацієнтки та в нормі.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | У хворого |  Норма |
| відносна серцева тупість |  |  |
| Справа | на 0, 5 см. назовні від правої парастернальної лінії | на 0, 5 см. назовні від правої парастернальної лінії |
| Зліва | по лівій середньоключичній лінії | по лівій середньоключичній лінії |
| Зверху | по ІІІ ребру | по ІІІ ребру |
| Абсолютна серцева тупість |  |  |
| Справа | по правій парастернальній лінії | по правій парастернальній лінії |
| Зліва | на 0, 5 см досередини від лівої середньоключичної лінії | на 0, 5 см досередини від лівої середньоключичної лінії |
| Зверху | по ІІІ міжребер’ю | по ІІІ міжребер’ю |

Діяльність серця ритмічна, тони ослаблені. І тон найкраще вислуховується над верхівкою серця: довгий, дещо ослаблений , гудячий, низький. ІІ тон найкраще вислуховується в ІІ міжребер`ї, зліва від грудини (в місці проекції клапана легеневої артерії): короткий,ослаблений, м`який, високий. Роздвоєння І-го і ІІ-го тонів не вислуховується. ЧСС/хв=86.

 **Дихальна система.**

Відмічається помірна періоральна блідість. Голос дзвінкий. Форма грудної клітки циліндрична, симетрична, обидві половини беруть участь в акті дихання. Дихання ритмічне, 25 дихальних рухів на хвилину. Втяжінь міжреберних проміжків і у місці прикріплення діафрагми під час дихання немає. Допоміжна мускулатура в акті дихання участі не приймає. Болючість при надавлюванні в ділянці гайморових і лобних пазух відсутня. Голосове тремтіння рівномірне в симетнричних ділянках. Півобвід грудної клітки дорівнює 31 см. Шуму тертя плеври не відчувається. Грудна клітка ригідна.

При порівняльній перкусії над легенями – ясний легеневий звук.

Топографічна перкусія: межі легень відповідають нормі.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Лінії | Зліва | Справа |
| Середньоключична | VI ребро | На висоті IV ребра границя відходить від грудини і спускається вниз |
| Середня аксілярна | VIII ребро | IX ребро |
| Лопаткова | IX-X ребро | X ребро |
| Паравертебральна | На рівні остистого відростку XI грудного хребця |

###### Рухомість нижнього краю легень збережена: 4,5 см по задньоаксілярній лінії зліва та справа.

Аускультація: альвеолярне дихання на всьому протязі легень; бронхофонія рівномірна над симетричними ділянками легень.

**Травна система.**

Слизові ротової порожнини, глотки рожеві, чисті. Запаху з ротової порожнини немає.

Живіт плоский, симетричний, без випинань, бере участь в акті дихання. Видимої перестальтики немає. Обвід живота –61 см.

Огляд ануса: зяяння, випадінь слизової оболонки, тріщин, папул, варикозно розширених вен не виявлено.

Пальпація: при поверхневій пальпації живіт м’який. Пухлиноподібних утворень, грижових вип`ячувань, розходжень м’яів передньої черевної стінки немає. Симптом Щоткіна-Блюмберга негативний.

Глибока методична ковзна пальпація за Образцовим-Стражеско:

*Сигмовидна кишка* – у вигляді циліндра, товщиною 1см, не болюча, м’яка, мало рухома, не бурчить при пальпації, знаходиться в лівій здухвинній ділянці.

*Сліпа кишка* пальпується в правій здухвинній ділянці, не болюча, не рухома, бурчить при пальпації, округлої форми, товщиною 2 см, м’яка.

*Висхідна ободова кишка* – у вигляді циліндра, товщиною 2 см, не болюча, м’яка, мало рухома, не бурчить при пальпації, знаходиться в правій латеральній ділянці.

*Попериково-ободова* – у вигляді циліндра, товщиною 2 см, не болюча, м’яка, рухома, не бурчить при пальпації, знаходиться в епігастральній ділянці.

*Нисхідна ободова кишка* – у вигляді циліндра, товщиною 2 см, не болюча, м’яка, мало рухома, не бурчить при пальпації, знаходиться в лівій латеральній ділянці.

*Шлунок* пропальпувати не вдалось. Інфільтратів та пухлин не виявлено.

Пальпація печінки: печінка не збільшена, не виступає з-під краю реберної дуги, край її заокруглений, м’який, гладкий, неболючий. Симптом Ортнера, Кера, Мерфі, Френікус-симптом, Боаса - негативні.

Селезінку і підшлункову залозу пропальпувати не вдалось.

Перкусія живота дає тимпаніт різних відтінків. Вільної рідини в черевній порожнині не виявлено.

Аускультація: перистальтика задовільна. Дефекація – 1раз/добу, не порушена, кал оформлений.

**Сечовидільна система.**

Набряків кінцівок, обличчя, внизу живота не виявляється. Слідів розчухів та крововиливів на шкірі немає. Запах аміаку з рота відсутній. Пропальпувати нирки не вдалось, пальпація правого костовертебрального кута болюча.

Перкусія ділянки нирок: симптом Пастернацького позитивний справа, негативний зліва. Сечовий міхур не болючий. Сечопуск 5-6 разів на добу, неболючий.

Огляд зовнішніх статевих органів: ступінь розвитку відповідає віку.

**Ендокринна система**.

Вираз обличчя, поведінка, статевий розвиток адекватні. Запаху ацетону з ротової порожнини, у видихуваному повітрі немає. Щитовидна залоза – пальпується перешийок, рухомий при ковтанні.

**Нервова система.**

Свідомість ясна. Розвиток розумової діяльності відповідає віку. Інтелект нормальний. Успіхи в школі задовільні. Емоційна настроєність позитивна. Спілкується вільно. Вираз обличяя і міміка адекватні. Моторні функції, координація збережені.

Усі види чутливості збережені, зон гіперчутливості не виявлено. Болючості при натискуванні на точки периферичних нервів немає.

Розмір зіниць, реакція їх на світло адекватна і співдружна. Рогівковий, конюктивальний рефлекси збережені. Шкірно-черевні, сухожилкові – теж. Ригідність м′язів потилиці відсутня. Симптом Керніга негативний.

Дермографізм білий, з’являється через 10 сек, через 30 сек переходить у червоний, шириною 0, 5 см, що не виступає над поверхнею шкіри.

Парезів, паралічів, гіпотонії, гіперкінезів немає.

# VI. Попередній діагноз (його обгрунтування).

**Враховуючи: - скарги** на підвищення температури тіла до 37,2 ˚С, ниючі непостійні болі в попереку справа, що не пов’язані з положенням тіла та часом доби, підвищену втомлюваність, загальну слабкість;

**- анамнез хвороби**: патологією сечовидільної системи хворіє з раннього дитинства: у віці 2 років перенесла гострий двосторонній пієлонефрит, котрий перейшов у хронічну форму, загострення хронічного пієлонефриту спостерігаються 1-2 рази/рік; 3,5 роки тому у дівчинки діагостовано вторинний гідронефроз лівої нирки ІІІ-ІV стадії, з приводу чого проведена нефректомія; із 3.02.2001 по 24.02.2001 пацієнтка лікувалася стаціонарно з приводу гепатиту А в інфекційному відділенні ТОДКЛ; після проведеного лікування температура тіла залишалася субфебрильною, зберігалася втомлюваність та загальна слабкість, з’явилися болі в попереку справа; дівчинку із діагнозом “Загострення хронічного пієлонефриту єдиної правої нирки” переведено до хірургічного відділення ТОДКЛ.;

 **- дані об’єктивного обстеження:** загальний стан хворї середньої важкості, свідомість ясна, фізичний розвиток відповідає віку, шкіра бліда, періорбітальний ціаноз, періорально – незначна блідість; в лівій поперековій ділянці – дугоподібний епітелізований гіпопігментований рубець довжиною 18 см, шириною до 2-3 мм, поверхня шкіри м’яка, еластичність збережена, вологість звичайна, набряків, пастозності, ущільнень не виявлено; тургор м’яких тканин нормальний; пульс на променевих артеріях синхронний, 86 уд/хв, ритмічний, доброго наповнення та напруження, монокротичний. Артеріальний тиск на плечовій артерії 110/60мм рт. ст.; межі абсолютної та відносної серцевої тупості у пацієнтки - в нормі; діяльність серця ритмічна, тони ослаблені; дихання ритмічне, 18 дихальних рухів на хвилину, при порівняльній перкусії над легенями – ясний легеневий звук, аускультативно - альвеолярне дихання на всьому протязі легень; при поверхневій та глибокій методичній ковзкій пальпації живота болючості, пухлиноподібних утворів не виявлено, частини кишківника розташовані ортотопічно, задовільних властивостей.Набряків кінцівок, обличчя, внизу живота не виявляється. Слідів розчухів та крововиливів на шкірі немає; запах аміаку з рота відсутній; пропальпувати нирки не вдалось, пальпація правого костовертебрального кута болюча; перкусія ділянки нирок: симптом Пастернацького позитивний справа, негативний зліва; сечовий міхур не болючий; сечопуск 5-6 разів на добу, неболючий;

можна сформулювати попередній діагноз:

**хронічний рецидивуючий пієлонефрит єдиної правої нирки, активна стадія.**

**VII. План обстеження хворого.**

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Визначення рівня екскреції з сечею бета-2-мікроглобуліну.
4. Аналіз сечі за Нечипоренком.
5. Уролейкоцитограма.
6. Проба на осмоконцентрацію сечі за Зимницьким.
7. Проба на розведення по Фольгарту.
8. Біохімічний аналіз крові (глюкоза, білок загальний та по фракціях, рівень бета-2-мікроглобуліну, холестерин, АлТ, білірубін прямий та непрямий, амілаза, креатинін, сечовина, натрій, калій, хлориди, фосфати, печінкові проби, осмолярність плазми крові).
9. Визначення кислотно-основного стану крові (рН, ЕВ, SB крові).
10. Визначення швидкості клубочкової фільтрації (креатинін-тест, за кліренсом інуліну), максимальної канальцевої реабсорбції (тест із довенним введенням фосфатів) та канальцевої секреції (парааміногіпуратовий тест).
11. Екскреторна (внутрішньовенна) урографія із рентгенопланіметричним дослідженням (ренально-кортикальний індекс, індекс Ходсона, площа нирки, площа нирки/площа тіла І поперекового хребця).
12. Динамічна нефросцинтиграфія.
13. Ультрасонографія органів черевної порожнини.
14. Дистанційна термографія поперекової ділянки.
15. Посів сечі (міхурової!) на поживні середовища із визначенням чутливості висіяного мікрооганізму/ів до антибіотиків методом стандартних дисків.
16. Імунограма (Т-загальні, Т-активні, Т-хелпери, Т-супресори, Т-активні, О-клітини, В-клітини, імуноглобуліни G, M, A, С3-комплемент, бактерицидна активність сироватки крові, НСТ-тест, лізоцим).
17. Гострофазові показники (С-реактивний білок, антистрептокіназа).
18. Аналіз калу на яйця глистів.
19. ЕКГ.

**VIII. Результати лабораторно-інстументальних методів дослідження.**

.

*1. Загальний аналіз крові від 28.02.2001.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  *Показник* | *Значення* | *Норма* |
| Hb, г/л | 122 | 120-150  |
| Еритроцити, Т/л | 3, 9  | 3, 7-4, 7  |
| Колірний показник | 0, 87 | 0, 85-1, 10 |
| ШОЕ, мм/год | 14  | 2-10  |
| Лейкоцити, Г/л | 9,4  | 4,0-9,0  |
| Паличкоядерні, % | 7 | 1-6 |
| Сегментоядерні, % | 66 | 47-72 |
| Лімфоцити, % | 22 | 19-37 |
| Моноцити, % | 5 | 3-11 |

 Відхилення: підвищена ШОЕ, лейкоцитоз.

*2. Загальний аналіз сечі від 28.02.2001.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Показник* | *Значення* | *Норма* |
| Кількість | 100 мл | 100мл |
| Колір | солом’яно-жовтий | світло-жовтий |
| Прозорість | прозорість дещо знижена | прозора |
| Цукор | немає | немає |
| Ацетон | немає | немає |
| Білок | сліди | немає |
| Осад | немає | немає |
| Еритроцити | 1-2 в полі зору | 0-2 в полі зору |
| Лейкоцити | 25-30 в полі зору | 0-3 в полі зору |
| Епітелій | 1-3 в полі зору | плоский, 1-3 в п. зору |
| Кристали сечової к-ти | немає | немає |

Відхилення: слабка протеїнурія, незначна лейкоцитурія.

3. *Аналіз калу на яйця гельмінтів та цисти найпростіших від 28.02.2000*: яйця гельмінтів та цист найпростіших не знайдено.

1. *Біохімічний аналіз крові від 18.02.2001:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показники | Значення  | Норма  |
| Глюкоза, ммоль/л | 4,4 | 3, 3-5, 5  |
| Білірубін загальний, мкмоль/л | 16, 06 | 1, 7-20, 5  |
| Креатинін, ммоль/л | 0,072 | До 0,1 |
| Сечовина, ммоль/л | 3, 9 | 3, 23-6, 46  |
| Білок загальний, г/л | 67, 2 г/л | 65-85  |
| Альфа-глобуліни, г/л | 10, 5 | 3, 5-9, 5  |
| Бета-глобуліни, г/л | 9, 8 | 4, 0-9, 2  |
| Холестерин, ммоль/л | 6, 1 | 3, 74-6, 50  |
| Калій, ммоль/л | 3,96 | 3,8-5,2 |
| Натрій, ммоль/л | 139,0 | 128,0-152,0 |
| Хлориди, ммоль/л | 94,7 | 90,0-110,0 |
| Алат, ммоль/годхв | 0, 47 | 0, 68-0, 1  |

Відхилень не виявлено.

1. *УЗД органів черевної породнини від 29.02.2001.* Патологічнихвідхилень з боку органів черевної порожнини не виявлено. Права нирка: 108х50 мм, контури нечіткі, ехогенність паренхіми підсилена, чашечки незначно розширені. Ліва нирка: не візуалізується.

.

**IX. Диференційний діагноз.**

Сукупність клініко-лабораторних ознак у нашої пацієнтки вимагає проведення дифдіагностики **хронічного пієлонефриту єдиної правої нирки** із наступними захворюваннями: **гломерулонефрит з ізольованим сечовим синдромом, інтерстиційний нефрит, туберкульоз нирки.**

Як при пієло-, так і при гломерулонефриті з ізольованим сечовим синдромом наявні загальні симптоми інтоксикації (підвищена втомлюваність, загальна слабкість, підвищення температури тіла), мають місце болі в поперековій ділянці; відсутність у хворої лівої нирки нівелює диференційно-діагностичну цінність двосторонності враження при гломерулонефриті. Однак для гострого ГН в анамнезі (за 2-3 тиж до розвитку хвороби) характерні ангіни чи вірусні враження верхніх дихальних шляхів

**X. Заключний клінічний діагноз.**

Враховуючи обгрунтоване в попередньому діагнозі, а також відхиленя отримані при проведенні лабораторно-інструментальних обстежень: зростанання ШОЕ, лейкоцитоз в загальному аналізі крові, протеїнурія та лейкоцитурія в загальному аналізі сечі, результати УЗД (права нирка: 108х50 мм, контури нечіткі, ехогенність паренхіми підсилена, чашечки незначно розширені, ліва нирка: не візуалізується), проведену диференційну діагностику, можна сформулювати клінічний діагноз:

 **хронічний рецидивуючий пієлонефрит єдиної правої нирки, активна стадія із збереженою функцією нирки.**

**XI. ЩОДЕННИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дата* | *Стан хворого* | *Призначення* |
| 4.03. 01р. ЧСС – 82 в хв. ЧД – 19 в хв. АТпр – 105/60мм. рт. ст. АТлів – 110/60мм. рт. ст.  | Хвора скаржиться на ниючі непостійні болі в попереку справа, що не пов’язані з положенням тіла та часом доби, підвищену втомлюваність, незначну за-гальну слабкість.Загальний стан хворї середньої важкості, свідомість ясна, шкіра бліда, періорбітальний ціаноз, періорально – незначна блідість; пульс на променевих артеріях синхронний, 86 уд/хв, ритмічний, доброго наповнення та напруження, монокротичний. Артеріальний тиск на плечовій артерії 110/60мм рт. ст.; діяльність серця ритмічна, тони ослаблені; дихання ритмічне, 19 дихальних рухів на хвилину, при порівняльній перкусії над легенями – ясний легеневий звук, аускультативно - альвеолярне дихання на всьому протязі легень; при поверхневій та глибокій методичній ковзкій пальпації живота болючості, пухлиноподібних утворів не виявлено, частини кишківника розташовані ортотопічно, задовільних властивостей.Набряків кінцівок, обличчя, внизу живота не виявляється; пропальпувати нирки не вдалось, пальпація правого костовертебрального кута болюча; перкусія ділянки нирок: симптом Пастернацького позитивний справа, негативний зліва; сечовий міхур не болючий; сечопуск 5-6 разів на добу, неболючий;Динаміка стану хворої позитивна – нормалізувалась температура тіла, дещо покращилося самопочуття. | Режим – палатний.Дієта – №5.Rp.: Cefuroximi 0,75 D. t.d. N. 30. S. Вміст флакона розчинити у воді для ін’єкцій, вводити дом’язево 3 рази на добу протягом 10 днів.Rp.: Tab. Ortopheni 0,025 N. 20 D. S. По 1 табл. в 2 рази на день протягом 10 днів.Rp.: Sol. Tocopheroli acetatis 30% oleosae – 50 ml D. S. По 1 краплі в день.Rp.:Tabulettae “Glutamevitum” оbductae N. 30 D. S. По одній таблетці в день.Обстеження: загальний аналіз сечі, загальний аналіз крові. |
| 10. 03. 01р. ЧСС – 80 в хв. ЧД – 18 в хв. АТпр – 110/65мм. рт. ст. АТлів – 110/60мм. рт. ст. | Хвора скаржиться підвищену втомлюваність, незначну за-гальну слабкість.Загальний стан хворї середньої важкості, свідомість ясна, шкіра бліда, періорально – незначна блідість; пульс на променевих артеріях синхронний, 80 уд/хв, ритмічний, доброго наповнення та напруження, монокротичний. Артеріальний тиск на плечовій артерії 110/60мм рт. ст.; діяльність серця ритмічна, тони ослаблені; дихання ритмічне, 19 дихальних рухів на хвилину, при порівняльній перкусії над легенями – ясний легеневий звук, аускультативно - альвеолярне дихання на всьому протязі легень; при поверхневій та глибокій методичній ковзкій пальпації живота болючості, пухлиноподібних утворів не виявлено, частини кишківника розташовані ортотопічно, задовільних властивостей.Набряків кінцівок, обличчя, внизу живота не виявляється; пропальпувати нирки не вдалось, пальпація правого костовертебрального кута чутлива; перкусія ділянки нирок: симптом Пастернацького сумнівний справа, негативний зліва; сечовий міхур не болючий; сечопуск 5-6 разів на добу, неболючий;Динаміка стану хворої позитивна – зникли болі, зменшилися ознаки інтоксикаційного синдрому. Хвора готується до виписки – переводиться на амбулаторне лікування. | Режим – палатний.Дієта – №5.Rp.: Dragee Nitroxolini 0,05 D. t.d. N. 80. S. По 2 драже 4 рази на добу перорально (із 11 дня від початку антибіотикотерапії) протягом 10 днів.Rp.: Tab. Ortopheni 0,025 N. 20 D. S. По 1 табл. в 2 рази на день протягом 10 днів.Rp.: Sol. Tocopheroli acetatis 30% oleosae – 50 ml D. S. По 1 краплі в день.Rp.:Tabulettae “Glutamevitum” оbductae N. 30 D. S. По одній таблетці в день. |

**XII. ЛІКУВАННЯ ДАНОЇ ХВОРОБИ.**

Лікування загострення хронічного пієлонефриту повинно включати: правильну організацію загального та рухового режиму, раціональне харчування, антибактеріальну, патогенетичну та симптоматичну терапію.

**Режим** – повинен бути постільним при наявності лихоманкової реакції і больового синдрому; як правило, при адекватному лікуанні загострення хр.пієлонефриту тривалість постільного режиму не перевищує 7-10 днів.

**Дієта** - №5 по Певзнеру без обмеження солі та рідини (при умові збереження функції нирок); перевага надається білково-рослинній їжі. З метою оптимізації дії протибактеріальних препаратів (що виділяються нирками) та для створення неблагоприємних умов для росту мікробів слід чергувати білкову (підкислюючу) та рослинну (підлужнюючу) їжу; виключаються продукти, що містять екстрактивні речовини та ефірні масла (м’ясні бульйони, цибуля, часник, кава), не дозволяються смажені страви.

**Антибактеріальна терапія** –при виборі антибіотика слід враховувати:

1. відсутність чи наявність нефротоксичної дії
2. чутливість штамів уринокультур до даного антибіотика
3. механізм дії і переважний антимікробний спектр дії препарату
4. здатність накопичуватися у запальному вогнищі у високих концентраціях
5. особливості протікання захворювання (наявність урообструкції, стан функції нирок та печінки)
6. реакція сечі у хворого
7. синергізм та антагонізм препаратів

Наведеним критеріям відповідають півсинтетичні пеніциліни та цефалоспорини. Антибіотики інших груп володіють нефротоксичністю від помірної (гентаміцин, еритроміцин, тетрациклін) до вираженої (канаміцин, мономіцин, поліміксин). Курсова тривалість призначення цефалоспоринів та півсинтетичних пеніцилінів – 10-14 діб, аміноглікозидів – 5-7 днів.

Після курсу антибіотиків антибактеріальне лікування продовжують уроантисептиками. До них належать: невігнрамон, грамурин, піпемідинова кислота (палін), нітроксолін, нітрофурани. Тривалість курсу лікування уроантисептиками – в середньому 7-10 днів.

При максимальній активності процесу використовують поєднане застосування антибіотиків та уроантисептиків.

**Патогенетичне лікування** передбачає:

* протизапальну терапію: нестероїдні протизапальні засоби (ортофен, аспірин, вольтарен, індометацин);
* антиоксидантну терапію: унітіол, токоферолу ацетат, галаскорбін;
* гемореологічну терапію: трентал (пентоксифілін), стугерон (ціннірізін);
* імуномодуляцію: левамізол, тимоген, тималін, тактивін;
* препарати метаболічної дії: рибоксин, фосфаден, мультивітаміни;
* при наявності ознак склерозування – препарати з антисклеротичною дією: делагіл, хлорохіл;
* в 1-ий тиждень хвороби для підвищення діурезу (видалення бактерій з нирки) та покращення ниркового кровотоку використовують діуретики швидкої дії – фуросемід, лазикс, етакринова кислота; обов’язковим є збільшення кількості добового пиття під час прийому вказаних препаратів.

Після ліквідації ознак активності запального процесу показане **фітотерапевтичне лікування** – застосовують звіробій, кукурудзяні приймочки, кропива, листя брусниці, плоди шипшини, хвощ польвий, квіти ромашки, трава золототисячника, ін.

Наявність дисметаболічних розладів функції нирки потребує спеціальної додаткової корекції.

У стадії повної клініко-лабораторної ремісії показані **ЛФК, гімнастика**, **масажі**.

**XII. ЛІКУВАННЯ НАШОЇ ХВОРОЇ.**

**Режим** – палатний.

**Дієта** – №5.

**Медикаментозна терапія**.

- Rp.: Cefuroximi 0,75

 D. t.d. N. 30.

 S. Вміст флакона розчинити у воді для ін’єкцій, вводити дом’язево 3 рази на добу протягом 10 днів.

- Rp.: Dragee Nitroxolini 0,05

 D. t.d. N. 80.

 S. По 2 драже 4 рази на добу перорально (із 11 дня від початку антибіотикотерапії) протягом 10 днів.

- Rp.: Folium Urticae 100,0

 D. S. 10 г листків настояти на 200 мл води, приймати по 1 столовій ложці 3-4 рази на день за півгодини до їди (після припинення прийому уроантисептиків) курсами по 2-3 тижні.

- Rp.: Tab. Ortopheni 0,025 N. 20

 D. S. По 1 табл. в 2 рази на день протягом 10 днів.

- Rp.: Tab. Levamizoli 0,05 N. 10

 D. S. По 2 табл. в день щодня протягом 5 днів поза періодом загострення.

- Rp.: Sol. Tocopheroli acetatis 30% oleosae – 50 ml

 D. S. По 1 краплі в день.

- Rp.: Tabulettae“Glutamevitum”

 Obductae N. 30

 D. S. По одній таблетці в день.

При покращенні стану хворої – **ЛФК, гімнастика**, **масажі**.

**XIII. ЕПІКРИЗ.**

Мудра Оксана Миколаївна, 11 років, поступила в клініку 29. 01. 2001. зі скаргами на підвищення температури тіла до 37,2 ˚С, ниючі непостійні болі в попереку справа, що не пов’язані з положенням тіла та часом доби, підвищену втомлюваність, загальну слабкість.

Анамнез хвороби: патологією сечовидільної системи хворіє з раннього дитинства: у віці 2 років перенесла гострий двосторонній пієлонефрит, котрий перейшов у хронічну форму, загострення хронічного пієлонефриту спостерігаються 1-2 рази/рік; 3,5 роки тому у дівчинки діагостовано вторинний гідронефроз лівої нирки ІІІ-ІV стадії, з приводу чого проведена нефректомія; із 3.02.2001 по 24.02.2001 пацієнтка лікувалася стаціонарно з приводу гепатиту А в інфекційному відділенні ТОДКЛ; після проведеного лікування температура тіла залишалася субфебрильною, зберігалася втомлюваність та загальна слабкість, з’явилися болі в попереку справа; дівчинку із діагнозом “Загострення хронічного пієлонефриту єдиної правої нирки” переведено до хірургічного відділення ТОДКЛ.;

Дані об’єктивного обстеження:загальний стан хворї середньої важкості, свідомість ясна, фізичний розвиток відповідає віку, шкіра бліда, періорбітальний ціаноз, періорально – незначна блідість; в лівій поперековій ділянці – дугоподібний епітелізований гіпопігментований рубець довжиною 18 см, шириною до 2-3 мм, поверхня шкіри м’яка, еластичність збережена, вологість звичайна, набряків, пастозності, ущільнень не виявлено; тургор м’яких тканин нормальний; пульс на променевих артеріях синхронний, 86 уд/хв, ритмічний, доброго наповнення та напруження, монокротичний. Артеріальний тиск на плечовій артерії 110/60мм рт. ст.; межі абсолютної та відносної серцевої тупості у пацієнтки - в нормі; діяльність серця ритмічна, тони ослаблені; дихання ритмічне, 18 дихальних рухів на хвилину, при порівняльній перкусії над легенями – ясний легеневий звук, аускультативно - альвеолярне дихання на всьому протязі легень; при поверхневій та глибокій методичній ковзкій пальпації живота болючості, пухлиноподібних утворів не виявлено, частини кишківника розташовані ортотопічно, задовільних властивостей.Набряків кінцівок, обличчя, внизу живота не виявляється. Слідів розчухів та крововиливів на шкірі немає; запах аміаку з рота відсутній; пропальпувати нирки не вдалось, пальпація правого костовертебрального кута болюча; перкусія ділянки нирок: симптом Пастернацького позитивний справа, негативний зліва; сечовий міхур не болючий; сечопуск 5-6 разів на добу, неболючий.

Відхилення, віиявлені при проведенні лабораторно-інструментальних методів обстеження: зростанання ШОЕ, лейкоцитоз в загальному аналізі крові, протеїнурія та лейкоцитурія в загальному аналізі сечі, результати УЗД (права нирка: 108х50 мм, контури нечіткі, ехогенність паренхіми підсилена, чашечки незначно розширені, ліва нирка: не візуалізується).

Поставлено клінічний діагноз: хронічний рецидивуючий пієлонефрит єдиної правої нирки, активна стадія із збереженою функцією нирки.

Проведено лікування: режим– палатний, дієта– №5, медикаментозна терапія: Cefuroximi 0,75 дом’язево 3 рази на добу протягом 10 днів, Dragee Nitroxolini 0,05 по 2 драже 4 рази на добу перорально (із 11 дня від початку антибіотикотерапії) протягом 10 днів, Tab. Ortopheni 0,025 по 1 табл. в 2 рази на день протягом 10 днів, Sol. Tocopheroli acetatis 30% oleosae по 1 краплі в день прпотягом 14 днів, Tabulettae“Glutamevitum” оbductae по одній таблетці в день протягом 30 днів.

Стан хворої покращився, пацієнтка виписана для продовження лікування амбулаторно. Рекомендовано: Folium Urticae - 10 г листків настояти на 200 мл води, приймати по 1 столовій ложці 3-4 рази на день за півгодини до їди (після припинення прийому уроантисептиків) курсами по 2-3 тижні, Tab. Levamizoli 0,05 по 2 табл. в день щодня протягом 5 днів. ЛФК, гімнастика, масажі. При повній клініко-лабораторній ремісїї рекомендоване санаторно-курортне лікування.

Диспансеризація: щомісячно - огляд дитячого нефролога, проводится загальний аналіз сечі; 1 раз в 6 місяців – бактеріологічне дослідження сечі та протирецидивне лікування. Вакцинація хворій протипоказана, проте за епідемічними показами може бути здійснена під контролем дитячого імунолога.

**XIV. СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.**

1. Майданник В.Г. Педиатрия. К., АСК, 1999..-832 с.
2. Шабалов А.Д. Детские болезни. М., ГЄОТАР, 2000.- 1074 с.
3. Хегглин Р. Дифференциальный диагноз в педиатрии. М, МИА, 1999. – 670 с.
4. Тринус Ф.П. Фармакотерапевтический справочник. К., 1998. 880 с.