

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии Росмедтехнологий»

ОТДЕЛЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Руководитель – доктор мед. наук, профессор В.В. Длин
127412, Москва, ул. Талдомская, 2 Тел.: 483-36-53, 483-21-83, 483-21-92

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 960

Ребенок: **Нирша Энрика**, 7 лет (16.02.2003).

Поступил: 12.02.2010.

Выписан: 05.03.2010.

Адрес: Москва, ЮЗАО, Литовский б-р, д. 3, к. 2, кв. 187.

Основной диагноз: Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Хронический кистозный цистит. Вторичный пиелонефрит, ремиссия. Повышение подвижности правой почки. ПН 1 (снижение фильтрационной функции).

Сопутствующий диагноз: Острый бронхит 26.02. Лекарственная аллергия. Вульвит. Хронический субкомпенсированный тонзиллит.

Анамнез: родословная отягощена по аллергическим реакциям по обеим линиям (аллергический ринит у матери на пыль, поллиноз у отца, пищевая аллергия по линии отца), сахарному диабету, патологии щитовидной железы по линии матери, обменно-артритическому по линии отца. Беременность с угрозой прерывания в первом триместре. Роды с слабостью родовой деятельности. Период новорожденности без особенностей. Психомоторное развитие без отклонений. Отмечались явления дерматита на морковь миестуру от кашля, отек Квинке на невидграмон. С мая 2009 г повторно ангины 3 раза. В 1 год – разведение синехий малых половых губ. В сентябре 2009 г в связи с выявлением АТ IgM к ЦМВ пролечена преднизолоном? (3 дня), вифероном 10 дней, циклофероном 3 недели. Наблюдается отоларингологом с диагнозом хронический тонзиллит. В 2008 г вираж туберкулиновой пробы: п-7 мм, рентгенография грудной клетки без патологии, лечение не проводилось.

С раннего возраста отмечался энурез, в настоящее время 1 раз в 2 месяца, постоянно пропускает мочу днем. В марте 2009 г – микролейкоцитурия, выявлен и пролечен вульвит, изменения в моче сохранялись (лейк. – 35 в п/зр.). При УЗИ выявлено утолщение стенки мочевого пузыря. В мае, сентябре и декабре 2009 г находилась в стационаре в связи с клиникой пиелонефрита (фебрильная температура, лейкоцитурия «сплошь», СОЭ – 52 мм/час). При в/в урографии - огрубление чашечек правой почки, при цистографии – расширение уретры в проксимальном отделе, признаки нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, проведена профилометрия уретры (патологии не выявлено), цистометрия – гипоректорный мочевой пузырь). После выписки получала курс метаболической терапии, канефрон. В отделение поступила впервые для обследования и лечения.

Состояние при поступлении: не тяжелое. Рост – 107 см (<5 перцентиль), вес – 19 кг (25 перцентиль). Жалобы на упускание мочи. Самочувствие удовлетворительное. Кожа с пигментацией и сухостью вокруг губ (остаточные явления аллергии на невидграмон). Уплотнены паховые лимфоузлы. Миндалины гипертрофированы, зернистость задней стенки глотки. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС – 80 в мин. АД 85/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Стул регулярный, 1 раз в сутки.

Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание не нарушено. Дизурических явлений нет.

Данные обследования:

Общий анализ крови:

дата	эритроциты (×10 ¹²)	гемоглобин, г/л	лейкоциты (×10 ⁹)	с/я, %	п/я, %	эозинофилы, %	лимфоциты, %	моноциты, %	тромбоциты (×10 ⁹)	Ht, %	СОЭ, мм/ч
15.02	4,39	121	6,2	46	1	3	48	2	349	35,8	31
24.02	4,43	124	5,3	32	1	4	56	7	283	34,9	29
03.03	4,05	116	5,3	29	1	5	56	9	298	33,7	17

Биохимический анализ крови:

Дата	16.02.	02.03.	норма
Белок общий	82		N 58-82 г/л
С-реактивный белок	отр		отр
ГГТП	15		до 61 Е/л
АсАТ	26		до 40 МЕ/л