**Ⅰ. Паспортные данные**

**Ф.И.О.** **пациента**: М Е Г

**Пол**: женский

**Возраст** (дата рождения): 12.03.19хх

**Постоянное место жительства**: г. Витебск, ул. Короткевича 6-1-84

**Место работы, профессия**: УЗ «ВГП №» ; гл. медсестра.

**Дата и время поступления в стационар**: 10.0х.19

**Кем направлена**: Поликлиника №3

**Диагноз направившего учреждения**: острый пиелонефрит?

**Диагноз при поступлении**: острый пиелонефрит: нефроптоз справа

**Профессиональный анамнез**

Получила среднеспециальное образование, работает старшей мед сестрой.

**Санитарно-гигиеническая характеристика выполняемой работы**

На данной работе не выявлены неблагоприятные производственные факторы, влияющие на течение данного заболевания.

**II. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

Жалобы на момент осмотра: на общую слабость

Жалоб при поступлении не предъявляла.

**IV. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)**

03.0х.2019 пациентка отметила у себя наличие отеков на ногах, но связала это с воздействием жары на отдыхе. С 05.0х.2019 на 06.0х.2019 поднялась температура тела до 40℃. Прием жаропонижающих снижал температуру до 38.5℃. На следующий день температура оставалась вновь поднялась до 40℃, была вызвана скорая помощь. У пациентки были взяты анализы в которых обнаружили большое количество лейкоцитов и бактерий в моче, после чего из поликлиники №3 была направлена в УЗ «ВОКБ» с диагнозом острый пиелонефрит?

**V. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE).**

Краткие биографические данные: пациентка родилась в городе Витебск. Росла и развивалась соответственно возрасту.

Вредные привычки: курение, употребление алкоголя отрицает. Наркотические вещества не употребляет.

Перенесённые заболевания: отмечает ветряную оспу, простудные заболевания. Туберкулёзом, сифилисом, ВИЧ-инфекцией, венерическими заболеваниями не болела.

Семейный анамнез: не отягощен

Аллергологический анамнез: аллергия на препарат но-шпа

Трансфузиологический анамнез: переливаний крови не было.

**VI. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (STATUS PRAESENS)**

**Общий осмотр**

Общее состояние: удовлетворительное, сознание ясное.

Положение: активное в постели.

Телосложение: нормостенического типа. Осанка правильная. Рост 175 см. Вес 73 кг. Окружность грудной клетки 85 см. ИМТ =23.8.

Кожа и видимые слизистые: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Сыпи, кровоизлияний, рубцов, анормальной пигментации нет. Кожа сухая. Тургор и эластичность кожи соответствуют возрасту.

Оволосенение: по женскому типу, умеренно выраженное.

Ногти: на руках прозрачные, правильной формы, с ровной поверхностью. Исчерченность, ломкость, матовость отсутствуют. На ногах правильной формы, не изменены.

Подкожная клетчатка: подкожно-жировой слой выражен умеренно с наибольшим отложением в области живота.

Отёков нет.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, подчелюстные, шейные, подмышечные, локтевые, паховые не пальпируются.

Мышечная система: развита умеренно, сила и тонус мышц распределены равномерно. Болезненности при пальпации не наблюдается. Судороги отсутствуют.

Костно-суставной аппарат: кожа над суставами не изменена. Болезненности при пальпации нет. Активные и пассивные движения не ограничены.

Щитовидная железа : не увеличена

**Осмотр головы, лица, шеи**

Голова: овальной формы, положение прямое. Подвижность свободная. Непроизвольные движения в виде тремора, покачивания отсутствуют. Лицо: выражение спокойное. Цвет кожи лица бледно-розовый. Глаза: глазная щель правильной формы. Косоглазие, экзофтальм, западения глазных яблок отсутствуют. Зрачки: нормального размера, реагируют на свет. Веки: отёки, опущения, дрожания отсутствуют. Нос: правильной формы, не деформирован. Крылья носа при дыхании не движутся. Зев: розового цвета. Гнойные пробки, налёты, изъязвления, кровоизлияния отсутствуют. Сыпи нет. Шея: короткая. Щитовидная железа визуально не определяется. При пальпации нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная.

**Система органов дыхания**

Статический осмотр грудной клетки:

Грудная клетка нормальной формы. Надключичные и подключичные ямки сглажены. Межрёберные промежутки без видимых изменений, шириной около 1 см. Надчревный угол прямой. Лопатки при опущенных руках плотно прилегают к задней поверхности грудной клетки. Рёбра направляются несколько косо вниз. Ассиметричных выпячиваний и западений грудной клетки нет.

Динамический осмотр грудной клетки:

В акте дыхания одинаково участвуют обе половины грудной клетки. Дыхание ритмичное, нормальной глубины. Тип дыхания смешанный. Частота в минуту – 16. Одышки нет.

Измерение окружности грудной клетки на уровне сосков:

во время спокойного дыхания – 85 см, на высоте вдоха – 89 см, на высоте выдоха – 83 см.

Пальпация грудной клетки:

Грудная клетка безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание одинаково проводится на симметричных участках грудной клетки.

Перкуссия грудной клетки:

Топографическая:

верхняя граница лёгких: высота стояния верхушек лёгких спереди справа – 3 см над ключицей, слева – 4 см над ключицей, сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка и справа, и слева.

Ширина полей Кренига: слева - 5 см, справа – 4 см.

нижняя граница лёгких:

Справа слева

Окологрудинная линия V межреберье --

Среднеключичная VI ребро --

Переднеподмышечная VII ребро VII ребро

Среднеподмышечная VIII ребро VIII ребро

Заднеподмышечная IX ребро IX ребро

Лопаточная X ребро X ребро

Околопозвоночная Остистый отросток XI грудного позвонка.

Дыхательная экскурсия нижнего края лёгких:

По среднеключичной линии: справа и слева 5 см

По среднеподмышечной линии: справа и слева 7 см

По лопаточной линии: справа и слева 5 см

Сравнительная: при проведении сравнительной перкуссии отмечается ясный легочный звук на симметричных участках грудной клетки.

Аускультация: дыхание над лёгкими везикулярное на симметричных участках, бронхиальное дыхание над лёгкими не определяется. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются. Бронхофония на симметричных участках определяется одинаково.

**Система органов кровообращения**

Осмотр шеи: сосуды шеи в норме. Патологической пульсации нет.

Осмотр области сердца и сосудов: сердечный горб отсутствует. Пульсации в области сердца, верхушки, в яремной ямке не наблюдается.

Пальпация области сердца и сосудов: верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на уровне левой срединно-ключичной линии, площадью 2 см2, высокий, умереннорезистентный. Симптом «кошачьего мурлыканья» отрицательный. Пульс 90 в минуту, одинаковый на обеих руках, симметричный на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет.

Ад=120/80 мм. Рт. Ст.

**Перкуссия сердца и сосудистого пучка**

Границы относительной сердечной тупости:

правая: четвертое межреберье, 1 см кнаружи от правого края грудины.

левая: пятое межреберье, на уровне левой среднеключичной линии.

верхняя: верхний край третьего ребра по окологрудинной линии.

поперечник относительной тупости: 11,5 см

ширина сосудистого пучка: 5 см

конфигурация сердца: нормальная

1) Границы абсолютной сердечной тупости:

правая: четвертое межреберье по левому краю грудины.

левая: пятое межреберье,0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

верхняя: нижний край четвёртого ребра по окологрудинной линии.

Аускультация сердца и сосудов:

Тоны сердца ритмичные, ясные. Добавочные тоны отсутствуют. Патологические шумы не выслушиваются.

**Система органов пищеварения**

Общий осмотр

Запах изо рта обычный. Слизистая оболочка ротовой полости бледно-розового цвета. Пигментаций, кровоизлияний, изъязвлений нет. Язык влажный, чистый, трещины и изъязвления отсутствуют. Девиация отсутствует. Дёсны без видимых изменений, не кровоточат. Зубы санированы.

Исследование живота в горизонтальном положении

Общий осмотр: живот правильной, округлой формы, симметричный, вздутий и выпячиваний нет. Видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствует.

Расширения вен брюшной стенки отсутствуют, венозный рисунок не выражен. Пупок втянут.

Перкуссия живота: над кишечником – тимпанический звук. Признаки метеоризма, свободной жидкости в брюшной полости отсутствуют. Асцит пальпаторным методом флюктуации не выявлен.

Аускультация живота: при аускультации слышен звук кишечной перистальтики. Частота перистальтических шумов над толстым кишечником – 5 в минуту, над тонким – 7 в минуту.

Поверхностная ориентировочная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Грыжи, поверхностно расположенные опухолевидные образования не пальпируются. Зон гиперестезии нет.

Глубокая пальпация не проводилась.

**Перкуссия печени**

Размеры печени по Курлову:

По правой срединно-ключичной линии - 9 см

По передней срединной линии - 8 см

По левой реберной дуге - 7 см

Пальпация печени: нижний край печени мягкий, слегка закруглённый по форме, эластичный, гладкий, безболезненный.

**Мочеполовая система**

Осмотр поясничной области

Поясничная область: отёчность и покраснение отсутствует. Выпячиваний нет.

Перкуссия почек: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Пальпация в мочеточниковых точках безболезненная.

Аускультация почек: шум в рёберно-позвоночном углу отсутствует.

Мочеиспускание: свободное, безболезненное. Цвет мочи соломенно-жёлтый, видимого выделения крови с мочой нет. Количество выделяемой за сутки мочи около 2 литров.

**VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании истории заболевания (03.0х.2019 пациентка отметила у себя наличие отеков на ногах, но связала это с воздействием жары на отдыхе. С 05.0х.2019 на 06.0х.2019 поднялась температура тела до 40℃. Прием жаропонижающих снижал температуру до 38.5℃. На следующий день температура оставалась вновь поднялась до 40℃, была вызвана скорая помощь. У пациентки были взяты анализы в которых обнаружили большое количество лейкоцитов и бактерий в моче, после чего из поликлиники №3 была направлена в УЗ «ВОКБ» с диагнозом острый пиелонефрит.?) выставлен предварительный диагноз острый пиелонефрит

**VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

1. ОАК +глюкоза

2. ОАМ

3. УЗИ почек и органов малого таза

4. Анализ крови на RW

5. БАК (общий белок, общий билирубин, холестерин, АлАт, АсАт, мочевина, креатинин, СРБ, мочевая кислота,ALS O)

6. Коагулограмма

7. ЭКГ

8. Кровь на ЦИК

9.Анализ мочи по Ничипоренко

**IX. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1) ОАК от 10.0х: Hb – 120 г/л; эритроциты – 4,41\*1012/л; гематокрит – 0.379; СОЭ – 40 мм/ч; лейкоциты – 7,7\*109/л; лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 60%, эозинофилы – 2%, моноциты – 5%, лимфоциты – 30%, тромбоциты –340\*109/л.

Заключение: синдром ускоренного СОЭ

Глюкоза крови от 10.09.2019: 4.85 ммоль/л.

Заключение: норма.

2) Кровь на ЦИК от 10.0х: 64 ед.

Заключение: Количество ЦИК повышено.

3) Анализ крови на RW от 10.0х.2019: отрицательно.

4) БАК от 10.09: Общий белок – 74,0 г/л; билирубин общий – 9,3 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 60 Е/л; АСТ – 43 Е/л; мочевина – 2.5 ммоль/л; креатинин – 0,086 ммоль/л, СРБ – 32 Е/л, ASL «О» - отр. Е/л.

Заключение: повышены АЛТ, АСТ, повышен СРБ.

5) Коагулограмма от 10.0х.2019: АЧТВ – 35 сек., ПТИ – 0,83, фибриноген А – 5,0 г/л.

6) ОАМ от 10.0х.2019: цвет – соломенно-жёлтый; прозрачность не полная; реакция – кислая; удельный вес – 1,020; лейкоциты – в большом количестве; эритроциты – 0; эпителий плоский – 1-2; белок – 0,06г/л, глюкоза – нет, бактерии в большом количестве

Заключение: лейкоцитурия

7) ЭКГ от 10.09.2019: Заключение: ритм синусовый с частотой 100 ударов в минуту. ЭОС вертикальная.

8) Анализ мочи по Ничипоренко 10.09.2019: Лейкоциты 10\*/л, Эритроциты 0.25\*/л

Заключение: Лейкоцитурия

9) УЗИ почек и органов малого таза за 10.09.2019: правая почка обычной формы, нормальных размеров. Правая почка 117\*52\*0 мм. В вертикальном положении правая почка смещается вниз на 9 см. Чашечно-лоханочная система правой почки не расширена. Паренхима правой почки толщиной 17мм, незначительно повышенной эхогенности. Левая почка обычной формы, нормальных размеров. Правая почка 118\*50\*0 мм. Чашечно-лоханочная система правой почки не расширена. Паренхима правой почки толщиной 16 мм, равномерно неоднородная.

В позадиматочном пространстве двухкамерная киста размером до 46 мм.

Мочевой пузырь не утолщен, размерами: 11\*8\*6 см. Исходный объем 303мл.

**X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Острый пиелонефрит приходится дифференцировать с общими инфекционными заболеваниями (грипп, пневмония и др.) и острыми заболеваниями органов брюшной полости: острым аппендицитом, острым холециститом, острым панкреатитом, инфарктом селезенки. Трудности в дифференциальной диагностике отмечаются в основном в первые дни заболевания, когда отсутствуют местные симптомы.

Считается, что в первые дни заболевания характерным признаком ОП является бактериурия без лейкоцитурии.

В более поздние сроки (7–8 суток от начала заболевания), трудности в дифференциальной диагностике с общими инфекционными заболеваниями объясняются ограничением воспалительного очага в почке, когда под воздействием проводимого антибактериального лечения воспалительный процесс идет на убыль. Клинические симптомы заболевания в это время становятся еще более неясными. В такой ситуации умеренная лейкоцитурия и появление активных лейкоцитов в моче свидетельствуют в пользу пиелонефрита.

Клинические проявления ОП иногда напохминают острый аппендицит. Тазовое расположение аппендикса при его воспалении может сопровождаться дизурическими расстройствами, что ошибочно позволяет думать о возможном ОП. Однако локализация болей в подвздошной области, симптомы раздражения брюшины и результаты ректального пальцевого исследования позволяют диагностировать острый аппендицит.

Острый холецистит проявляется болями в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область и симптомами раздражения брюшины. УЗИ печени и желчного пузыря подтверждают вовлечение в процесс желчного пузыря.

Острый панкреатит характеризуется интенсивными опоясывающими болями и болями в эпигастральной области с симптомами раздражения брюшины. В анамнезе часто отмечаются желчнокаменная болезнь и злоупотребление алкоголем. Обязательно исследование концентрации амилазы в моче.

При нижнедолевой пневмонии боли в поясничной области и соответствующей половине грудной клетки являются результатом вовлечения в процесс плевры. Рентгенография грудной клетки позволяет уточнить диагноз.

Инфаркт селезенки проявляется резкими болями в левом подреберье, рвотой, парезом кишечника, лихорадкой, тахикардией. Чаще всего инфаркт селезенки характерен для больных с пороком сердца или септическим эндокардитом.

Специальные методы исследования, такие, как УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭУ, позволяют выявить патологическое состояние почки, а лейкоцитурия и бактериурия окончательно проясняют ситуацию. В сомнительных случаях МРТ и МСКТ с контрастным усилением дают полную информацию о состоянии паренхимы почек. Кроме того, эти исследования позволяют ответить на вопрос, с каким пиелонефритом приходится иметь дело: первичным или вторичным.

**XI. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании истории заболевания (03.0х.2019 пациентка отметила у себя наличие отеков на ногах, но связала это с воздействием жары на отдыхе. С 05.0х.2019 на 06.0х.2019 поднялась температура тела до 40℃. Прием жаропонижающих снижал температуру до 38.5℃. На следующий день температура оставалась вновь поднялась до 40℃, была вызвана скорая помощь. У пациентки были взяты анализы в которых обнаружили большое количество лейкоцитов и бактерий в моче, после чего из поликлиники №3 была направлена в УЗ «ВОКБ» с диагнозом острый пиелонефрит.?). На основании лабораторно-инструментального обследования:

ОАК от 10.0х: Hb – 120 г/л; эритроциты – 4,41\*1012/л; гематокрит – 0.379; СОЭ – 40 мм/ч; лейкоциты – 7,7\*109/л; лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 60%, эозинофилы – 2%, моноциты – 5%, лимфоциты – 30%, тромбоциты –340\*109/л.

Кровь на ЦИК от 10.0х: 64 ед.;

СРБ – 32 Е/л;

ОАМ от 10.09.201х: цвет – соломенно-жёлтый; прозрачность не полная; реакция – кислая; удельный вес – 1,020; лейкоциты – в большом количестве; эритроциты – 0; эпителий плоский – 1-2; белок – 0,06г/л, глюкоза – нет, бактерии в большом количестве;

Анализ мочи по Ничипоренко 10.0х.2019: Лейкоциты 10\*/л, Эритроциты 0.25\*/л

УЗИ почек и органов малого таза за 10.0х.2019: В вертикальном положении правая почка смещается вниз на 9 см. В позадиматочном пространстве двухкамерная киста размером до 46 мм.

Выставляется клинический диагноз:

Основной: Острый пиелонефрит, нефроптоз справа 2ст.

Сопутствующие заболевания Миома матки

**XII. ЛЕЧЕНИЕ**

Режим общий. Стол Б.

Медикаментозное лечение (острый период):

1) Р-р Меропенема 1,0 на NaCl 0,9% 250мл, в/в, капельно 3р/сутки.

2) Р-р парацетамола 10.0 в/в капельно

3) Sol. Glucosae 5%-400 + Ac. Ascorbinici в/в капельно

4) Табл. Левофлоксацин 0,5 1 т в обед

**XIII. ПРОГНОЗ**

При правильной терапии и соблюдении режима прогноз благоприятный.

**XIV. ПРОФИЛАКТИКА**

1) прием медикаментов согласно назначенному курсу;

2) ежедневная умеренная физическая активность, плавание; исключение тяжелых физических нагрузок;

3) рациональное питание.

4) Теплая одежда

5)Тщательное соблюдение правил личной гигиены.

**XV. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

12.09.19.: Жалобы на сильную слабость

Общее состояние удовлетворительное.

Кожный покров и видимая слизистая бледно-розового цвета.

Дыхание везикулярное, одинаково прослушивается на симметричных участках, хрипов нет. ЧД 17 в минуту.

Тоны сердца приглушены, патологические шумы не выслушиваются.

Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. АД 120/80.

Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметричный, мягкий, безболезненный при пальпации. Перитонеальных симптомов нет.

Газы отходят, стул был. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный.

13.09.19: Жалобы на сильную слабость

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимая слизистая бледно-розового цвета.

Дыхание везикулярное, одинаково прослушивается на симметричных участках, хрипов нет. ЧД 17 в минуту.

Тоны сердца приглушены, патологические шумы не выслушиваются. Пульс 98 удара в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. АД 120/85.

Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметричный, мягкий, безболезненный при пальпации. Перитонеальных симптомов нет.

Газы отходят, стул был. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный.

16.09.2019: Жалобы на слабость

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимая слизистая бледно-розового цвета.

Дыхание везикулярное, одинаково прослушивается на симметричных участках, хрипов нет. ЧД 17 в минуту.

Тоны сердца приглушены, патологические шумы не выслушиваются. Пульс 78 ударов в минуту, ритмичный, нормального наполнения и напряжения. АД 120/80 мм. Рт. Ст.

Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметричный, мягкий, безболезненный при пальпации. Перитонеальных симптомов нет.

Газы отходят, стул был. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный.

Отмечается положительная динамика.

**XVI. ЭПИКРИЗ**

, поступила в ВОКБ в отделение нефрологии ХХ.ХХ.2019, по направлению врача-нефролога поликлиники №3. Из истории заболевания: 03.0х.2019 пациентка отметила у себя наличие отеков на ногах, но связала это с воздействием жары на отдыхе. С хх.0х.2019 на 06.0х.2019 поднялась температура тела до 40℃. Прием жаропонижающих снижал температуру до 38.5℃. На следующий день температура оставалась вновь поднялась до 40℃, была вызвана скорая помощь. У пациентки были взяты анализы в которых обнаружили большое количество лейкоцитов и бактерий в моче, после чего из поликлиники №3 была направлена в УЗ «ВОКБ» с диагнозом острый пиелонефрит.?

Данные лабораторных и инструментальных исследований

1) ОАК от 10.09: Hb – 120 г/л; эритроциты – 4,41\*1012/л; гематокрит – 0.379; СОЭ – 40 мм/ч; лейкоциты – 7,7\*109/л; лейкоцитарная формула: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 60%, эозинофилы – 2%, моноциты – 5%, лимфоциты – 30%, тромбоциты –340\*109/л.

Заключение: синдром ускоренного СОЭ

Глюкоза крови от 10.0х.2019: 4.85 ммоль/л.

Заключение: норма.

2) Кровь на ЦИК от 10.0х: 64 ед.

Заключение: Количество ЦИК повышено.

3) Анализ крови на RW от 10.0х.2019: отрицательно.

4) БАК от 10.0х: Общий белок – 74,0 г/л; билирубин общий – 9,3 мкмоль/л, билирубин прямой – 2,8 мкмоль/л, АЛТ – 60 Е/л; АСТ – 43 Е/л; мочевина – 2.5 ммоль/л; креатинин – 0,086 ммоль/л, СРБ – 32 Е/л, ASL «О» - отр. Е/л.

Заключение: повышены АЛТ, АСТ, повышен СРБ.

5) Коагулограмма от 10.0х.2019: АЧТВ – 35 сек., ПТИ – 0,83, фибриноген А – 5,0 г/л.

6) ОАМ от 10.0х.2019: цвет – соломенно-жёлтый; прозрачность не полная; реакция – кислая; удельный вес – 1,020; лейкоциты – в большом количестве; эритроциты – 0; эпителий плоский – 1-2; белок – 0,06г/л, глюкоза – нет, бактерии в большом количестве

Заключение: лейкоцитурия

7) ЭКГ от 10.0х.2019: Заключение: ритм синусовый с частотой 100 ударов в минуту. ЭОС вертикальная.

8) Анализ мочи по Ничипоренко 10.0х.2019: Лейкоциты 10\*/л, Эритроциты 0.25\*/л

Заключение: Лейкоцитурия

9) УЗИ почек и органов малого таза за 10.0х.2019: правая почка обычной формы, нормальных размеров. Правая почка 117\*52\*0 мм. В вертикальном положении правая почка смещается вниз на 9 см. Чашечно-лоханочная система правой почки не расширена. Паренхима правой почки толщиной 17мм, незначительно повышенной эхогенности. Левая почка обычной формы, нормальных размеров. Правая почка 118\*50\*0 мм. Чашечно-лоханочная система правой почки не расширена. Паренхима правой почки толщиной 16 мм, равномерно неоднородная.

В позадиматочном пространстве двухкамерная киста размером до 46 мм.

Мочевой пузырь не утолщен, размерами: 11\*8\*6 см. Исходный объем 303мл.

Заключительный клинический диагноз:

Основной: Острый пиелонефрит, нефроптоз справа 2ст.

Сопутствующий: Миома матки

Проведено консервативное лечение:

1) Р-р Меропенема 1,0 на NaCl 0,9% 250мл, в/в, капельно 3р/сутки.

2) Р-р парацетамола 10.0 в/в капельно

3) Sol. Glucosae 5%-400 + Ac. Ascorbinici в/в капельно

4) Табл. Левофлоксацин 0,5 1 т в обед

Рекомендации пациенту:

1) Наблюдение у терапевта амбулаторно;

2) Рациональное питание;

3) Соблюдать назначенное лечение

4) Соблюдение правил личной гигиены

**Заключение о причине заболевания и рекомендации**

Отсутствуют данные о связи данного заболевания с характером выполняемой работы. Данное заболевание является непрофессиональным. Трудоспособна и не нуждается в постороннем уходе.