Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение

Высшего профессионального образования

«Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»

Медицинский факультет

Курс урологии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Клинический диагноз: Хронический пиелонефрит, обострение

Выполнила:

Ефимова Ирина Николаевна

Чебоксары 2015

1. Общие сведения

Ф. И. О.:

Возраст:

Пол: женский

Национальность: русская

Образование: среднее специальное

Домашний адрес: ЧР, Вурнарский район

Профессия: домохозяйка

Дата поступления: 23.04.15

Клинический диагноз: Хронический пиелонефрит, обострение.

. Жалобы

На момент поступления: больная предъявляет жалобы на тянущие боли в поясничной области. Частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

На момент осмотра: больная предъявляет жалобы на слабую боль ноющего характера в поясничной области. Частое мочеиспускание в малых количествах.MORBI:

Считает себя больной с октября месяца 2014 года. Тогда появились сильные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота. Мочеиспускание было частое, болезненное. Обратилась в поликлинику и была направлена на УЗИ почек, где обнаружили камень в правой почке. В поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. Больную отпустили домой, и назначили спазмолитики. От проведенного лечения улучшений не наблюдала. В апреле 2015 года симптомы повторились, больная обратилась в РКГ ДВВ урологическое отделение, где была госпитализирована для дальнейшего лечения.

Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

Младенчество, детство, юность. Родилась в Вурнарском районе 7.12.1990г. Был первым ребенком в семье. Грудное вскармливание. Во сколько лет начала ходить и говорить не знает. В 7 лет пошла в школу. Отставаний в физическом и интеллектуальном развитии не было. Закончила 11 классов школы.

Жилищно-бытовые условия. В детстве жила в деревянном доме. В семье было четверо человек. Питание в детстве было регулярным.

Трудовой анамнез. После окончания школы училась в Канашском колледже 2 года на финансиста. После окончания колледжа не работала. На данный момент является домохозяйкой.

Перенесенные заболевания. Гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает. Перенёсла ОРВИ, гастрит, 2 кесаревых сечения.

Эпидемиологический анамнез. Контакт с лихорадящими больными, пациентами с желтухой, диареей, туберкулезом отрицает. Выезд за границу и контакт с иностранными гражданами отрицает. Контакт с грызунами отрицает.

Наследственность. Не отягощена.

Аллергологический анамнез. Аллергических проявлений нет. Летом наблюдается покраснение на солнце.

Гемотрансфузионный анамнез. Переливаний не было.

Вредные привычки: отрицает.

Фармакологический анамнез. Без особенностей. На диспансерном учете не состоит.

Данные объективного исследования.

Общее состояние Больного удовлетворительное

Сознание ясное

Положение больного в постели активное

Телосложение: Рост: 160

ИМТ=28,5 (избыток массы тела)

Телосложение правильное, нормостеническое. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, питание нормальное.

Температура тела в подмышечной ямке 37,1С.

Голова физиологических размеров и формы.

Осанка прямая, изменений осанки не выявлено. Походка ровная, движения при ходьбе свободные.

Выражение лица спокойное, не представляет каких- либо болезненных процессов. Под глазами определяются мешки, склеры чистые.

Нос физиологической формы и размеров, дыхание свободное, носовое.

Рот физиологической формы и цвета, углы рта симметричны.

Форма шеи физиологическая, посадка головы правильная.

Кожа и слизистые оболочки: бледной окраски, влажные. Конъюнктива век с обеих сторон бледно-розовой окраски. Оволосение по женскому типу. Ногтевые пластинки пальцев кистей без патологических изменений. Кожа эластична, тургор в норме. В левой паховой области и в области медиальной поверхности левого коленного сустава имеются линейные рубцы, не спаянные с подлежащими тканями.

Лимфатические узлы визуально не увеличены. При пальпации определяется единичные в подчелюстной и передней шейной области с обеих сторон размеров 0,8-1,0 см в диаметре, мягкие, ровные, эластичные, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями, подвижные. Другие группы лимфоузлов (затылочные, подбородочные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые) не пальпируются.

Щитовидная железа: визуально не обнаруживается, пальпируется перешеек, ровный, без узлов, мягкий, эластичный, безболезненный, подвижный, не спаянный с окружающими тканями. Доли щитовидной железы не пальпируются.

Мышечная система развита удовлетворительно, болезненность при пальпации отсутствует, тонус мышц одинаков с обеих сторон, мышечная сила удовлетворительная.

При обследовании костей черепа, грудной клетки деформаций и болезненности не отмечается.

Суставы внешне не изменены, коленные суставы безболезненны с обеих сторон при движении, движение в полном объеме. Суставы правильной конфигурации, безболезненные с движением в полном объеме. Функция кисти: полное сгибание в пальцев в кулак -100%. Суставные симптомы: Симптом Отта отрицательный, Шобера отрицательный, Форестье отрицательный, Томайера 5 см положительный.

Дыхательная система

Дыхание через нос свободное; обоняние нормальное. Голос чистый, звонкий. Пальпация в области корня носа, лобных и гайморовых пазух безболезненна. При мануальном обследовании: гортань нормальной формы, безболезненна, припухлостей нет.

Форма грудной клетки цилиндрическая. Обе половины грудной клетки симметричны. Над- и подключичные ямки, ширина межреберных промежутков выражены нормально. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Эпигастральный угол острый. Ритм дыхания правильный, число дыханий в минуту - 18. Обе половины грудной клетки синхронно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный.

Перкуторный звук одинаковый в симметричных участках легочных полей, ясный легочный. Высота выстояния верхушек легких над соответствующими ключицами - 3см, сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Экскурсия легочного края по лопаточной линии - 5 см. Голосовое дрожание не изменено, симметрично с обеих сторон.

Грудная клетка при пальпации безболезненна, эластична. Голосовое дрожание не изменено.

При аускультации: дыхание жесткое, в нижних долях обоих легких выслушиваются единичные сухие хрипы. Шума трения плевры нет. Голосовой шум одинаков с обеих сторон.

Сердечно-сосудистая система

Деформаций сердечной области, усиленной пульсации в области сердца, яремной ямки нет. Верхушечный толчок не визуализируется.

При пальпации: верхушечный толчок локализуется в 5 межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, разлитой.

Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 2 см кнаружи от l.medioclavicularis sin. в 5-ом межреберье, верхняя - на уровне 3-го ребра по l. parasternalis sin.

Поперечник относительной тупости сердца - 12 см. Границы абсолютной сердечной тупости: правая - по левому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя - на уровне 3 межреберья.

При аускультации: тоны сердца ясные, в области верхушки сердца выслушивается слабый диастолический шум. Частота сердечных сокращений - 120 в мин.

Подкожные вены нижних конечностей не изменены, при пальпации уплотнений, болезненности нет.

Пульс на лучевых артериях хорошего наполнения, ритм правильный, частота - 92 в мин. Артериальное давление - 140/80 мм.рт.ст. Пульсация на общих сонных, височных, плечевых артериях, брюшной аорте сохранена.

При аускультации сонных артерий, брюшной аорты сосудистые шумы не выявляются.

В левой паховой области в проекции левой бедренной артерии (в области шунта) пальпаторно определяется пульсирующее образование эластической консистенции, безболезненное при пальпации, над которым аускультативно определяется грубый систолический шум.

Пробы Гольдфлама, Самюэлса, коленный феномен Панченко, симптом сдавления ногтевого ложа и симптом плантарной ишемии (Оппеля) положительны. Симптом Гоманса отрицательный.

Кожа голеней и стоп истончена, цианотична, сухая, шелушится, имеются трещины. На коже стоп - выраженный гиперкератоз. Отмечается деформация ногтевых пластинок пальцев стоп, нарушение волосяного покрова кожи стоп и голеней. Подкожная жировая клетчатка нижних конечностей истончена. Мышцы обеих бедер, голеней и стоп атрофичны; мышечный тонус и сила мышц нижних конечностей снижены.

Система пищеварения

Осмотр полости рта.

Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, влажная. Запаха изо рта нет. Язык влажный, налета отсутствует, вкусовые сосочки хорошо выражены, рубцов нет. Кариеса нет, полость рта санирована. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны неглубокие, без отделяемого. Углы губ без трещин.

Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Брюшной пресс развит умеренно. Видимая перистальтика кишечника не определяется. Расширения подкожных вен живота нет. Грыжевых выпячиваний и расхождения мышц живота нет. Видна пульсация брюшной аорты. Симптом мышечной защиты (доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки) отсутствует. Симптом Щеткина-Блюмберга (усиление боли при резком отдергивании руки после предварительного надавливания) не определяется. Симптом Ровзинга (появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области в зоне нисходящей кишки) и другие симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом флюктуации (применяется для определения свободной жидкости в брюшной полости) отрицательный.

. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, не урчит при пальпации. Толщина 3 см. Подвижна.

. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластичного цилиндра толщиной 3 см, не урчит. Подвижна. Аппендикс не пальпируется.

. Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа шириной 3 см, эластична, подвижна, не урчит.

. Нисходящая часть ободочной кишки пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции шириной 3 см, безболезненна, подвижна, не урчит.

. Поперечная ободочная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 2 см, подвижна, безболезненна, не урчит. Определяется после нахождения большой кривизны желудка методами аускультоаффрикции, аускультоперкуссии, пальпации.

. Большая кривизна желудка методами аускультоаффрикции, аускультоперкуссии, пальпации, определяется на 4 см выше пупка. При пальпации большая кривизна определяется в виде валика эластичной консистенции, безболезненна, подвижна.

. Привратник пальпируется в виде тонкого цилиндра эластичной консистенции, диаметром около 2 см., безболезнен, не урчит, малоподвижен.

ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА:

Определяется высокий тимпанический звук. Симптом Менделя отсутствует. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяются.

АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА:

Шум трения брюшины отсутствует. Выслушивается шум перистальтики кишечника.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ.

ОСМОТР: Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют. Расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

ПАЛЬПАЦИЯ:

Печень пальпируется по правой передней подмышечной, срединно-ключичной и передней срединной линиям по методу Образцова-Стражеско. Нижний край печени закругленный, ровный, эластической консистенции.

ПЕРКУССИЯ: Верхняя граница определяется по - правой окологрудинной, среднеключичной,

передней подмышечной линии

среднеключичной,

Нижний край по - правой среднеключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги,

по передней серединной линии на 6 см выше пупка.

Размеры печени по Курлову: 10х8х7 см.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ:

При осмотре области проекции желчного пузыря на переднюю брюшную стенку (правое подреберье) в фазе вдоха, выпячивания и фиксации его не обнаружено. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера-Грекова (резкая болезненность при поколачивании по правой реберной дуге) отрицательный. Френикус-симптом (иррадиация боли в правую надключичную область, между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы) отрицательный.

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ:

Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не определяется. Болезненности при пальпации нет.

ПЕРКУССИЯ СЕЛЕЗЕНКИ.

Длинник - 6 см;

поперечник - 4 см.

Мочевыделительная система

Визуально область почек не изменена. При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Симптом поколачивания положительный. При пальпации по ходу мочеточников болезненности не выявлено. При перкуссии мочевой пузырь находится на 1,5 см выше лобковой кости. Шумы над почечными артериями не выслушиваются.

Нервная система

Осмотр: Память, внимание, сон сохранены. Настроение - Бодрое, оптимистическое. Ограничение двигательной активности: нет. В чувствительной сфере нет отклонений.

Состояние психики - сознание ясное, нормальное ориентировано в пространстве, времени и ситуации.

Интеллект соответствует уровню развития.

Поведение активное.

Уравновешен, общителен.

Никаких отклонений не наблюдается.

Двигательная сфера: Походка устойчивая, безболезненная

Судороги и контрактуры мышц не определяется.

Рефлексы: роговичный, глоточный, сухожильные - сохранены. Патологические (Бабинского и Россолимо) - отсутствуют.

Экзофтальм и энофтальм отсутствуют.

Предварительный диагноз

Основной: Хронический пиелонефрит, обострение. Диагноз поставлен на основании:

Жалоб: На момент поступления: больная предъявляет жалобы на тянущие боли в поясничной области. Частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

На момент осмотра: больная предъявляет жалобы на слабую боль ноющего характера в поясничной области. Частое мочеиспускание в малых количествах.

Анамнеза заболевания: Считает себя больной с октября месяца 2014 года. Тогда появились сильные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота. Мочеиспускание было частое, болезненное. Обратилась в поликлинику и была направлена на УЗИ почек, где обнаружили камень в правой почке. В поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. Больную отпустили домой, и назначили спазмолитики. От проведенного лечения улучшений не наблюдала. В апреле 2015 года симптомы повторились, больная обратилась в РКГ ДВВ урологическое отделение, где была госпитализирована для дальнейшего лечения.

План обследования больного

. Клинический анализ крови.

. Общий анализ мочи.

.Коагулограмма крови.

. Биохимический анализ крови.

. ЭКГ.

Результаты лабораторных и дополнительных методов обследования.

. Общий анализ крови (24.04.15г):

Гемоглобин - 138,0г/л; лейкоциты - 4,8\*109/л; эритроциты - 4,71, нейтрофилы: палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 49%, эозинофилы - 1%; лимфоциты - 36%; моноциты - 7%; СОЭ - 10мм/ч.

. Общий анализ мочи (24.04.15г.):

Цвет соломенно-желтый, количество - 130мл, относительная плотность - 1015; реакция нейтральная; белок - нет; сахар - отр.; лейкоциты - 4-5 в п/з; эритроциты - единичные в п/з; цилиндры - гиалиновые.

. Коагулограмма крови (14.04.15г.)

Фибриноген А - 3,33г/л.

Протромбиновый индекс - 90 %.

МНО- 1,12

. Биохимический анализ крови (14.04.15г.)

АсАТ - 13,3 Ед/л

АлАТ - 26,1 Ед/л

Билирубин - 13,6

Общий белок - 70,2г/л

Щелочная фосфатоза - 93,1 Ед/л

. ЭКГ (23.04.15г.) Заключение: Синусовый ритм. Нормальное положение сердца. Ускорение процессов реполяризации миокарда.

Клинический диагноз

Основной: Хронический пиелонефрит, обострение. Диагноз поставлен на основании:

Жалоб: На момент поступления: больная предъявляет жалобы на тянущие боли в поясничной области. Частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.

На момент осмотра: больная предъявляет жалобы на слабую боль ноющего характера в поясничной области. Частое мочеиспускание в малых количествах.

Анамнеза заболевания: Считает себя больной с октября месяца 2014 года. Тогда появились сильные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота. Мочеиспускание было частое, болезненное. Обратилась в поликлинику и была направлена на УЗИ почек, где обнаружили камень в правой почке. В поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. Больную отпустили домой, и назначили спазмолитики. От проведенного лечения улучшений не наблюдала. В апреле 2015 года симптомы повторились, больная обратилась в РКГ ДВВ урологическое отделение, где была госпитализирована для дальнейшего лечения.

Результатов лабораторных и дополнительных методов обследования.

. Общий анализ крови (24.04.15г):

Гемоглобин - 138,0г/л; лейкоциты - 4,8\*109/л; эритроциты - 4,71, нейтрофилы: палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 49%, эозинофилы - 1%; лимфоциты - 36%; моноциты - 7%; СОЭ - 10мм/ч.

. Общий анализ мочи (24.04.15г.):

Цвет соломенно-желтый, количество - 130мл, относительная плотность - 1015; реакция нейтральная; белок - нет; сахар - отр.; лейкоциты - 4-5 в п/з; эритроциты - единичные в п/з; цилиндры - гиалиновые.

. Коагулограмма крови (14.04.15г.)

Фибриноген А - 3,33г/л.

Протромбиновый индекс - 90 %.

МНО- 1,12

. Биохимический анализ крови (14.04.15г.)

АсАТ - 13,3 Ед/л

АлАТ - 26,1 Ед/л

Билирубин - 13,6

Общий белок - 70,2г/л

Щелочная фосфатоза - 93,1 Ед/л

. ЭКГ (23.04.15г.) Заключение: Синусовый ритм. Нормальное положение сердца. Ускорение процессов реполяризации миокарда.

. Этиология и патогенез

Этиология: Пиелонефрит - заболевание инфекционной природы, специфического возбудителя не существует. Чаще всего возбудителями являются: кишечная палочка, протей, энтерококки, стафилококки, синегнойная палочка, клебсиела и др. Хронический характер патологии можно объяснить превращением патогенного микроорганизма под влиянием неблагоприятных факторов в - L-формы.

Патогенез: Учитываются следующие условия развития пиелонефрита:

. Нарушение состояния макроорганизма (ослабление иммунитета, переутомление, гиповитаминоз, переохлаждение, массивное инфецирование организма)

. Нарушение пассажа мочи с уростазом (сужения и перегибы мочеточника, нефроптоз, аномалии, сдавление снаружи)

. Сахарный диабет, подагра, нефрокальциноз, злоупотребление анальгетиками

. Внепочечные очаги воспаления (энтерит, ангины, пневмонии, нагноения)

. Восп. урогенитальные инфекции (простатит, цистит, вульвовагенит)

. Нарушение венозного и лимфатического оттока почки.

Клиника

При заболевании хронический пиелонефрит симптомы довольно разнообразны. Воспалительный процесс в почках может по течению напоминать другие заболевания.

Формы хронического пиелонефрита:

· латентная,

· анемическая,

· гипертоническая,

· азотемическая,

· рецидивирующая.

Латентная форма заболевания характеризуется незначительными клиническими проявлениями. Больного могут беспокоить общая слабость, утомляемость, головная боль, иногда может незначительно повышаться температура. Как правило, боли в пояснице, отеки и дизурические явления отсутствуют, хотя у некоторых отмечается положительный симптом Пастернацкого (боль при поколачивании по поясничной области).

В общем анализе мочи выявляется небольшая протеинурия, лейкоциты и бактерии могут выделяться с мочой периодически. При латентном течении обычно нарушается концентрационная способность почек, поэтому характерны снижение плотности мочи и полиурия. Иногда можно обнаружить умеренную анемию и небольшое повышение артериального давления.

Для анемической формы пиелонефрита характерно преобладание в клинике анемических симптомов: одышка, слабость, утомляемость, бледность, боли в сердце. Изменения мочи скудны и непостоянны.

При гипертонической форме в клинике преобладает артериальная гипертензия. Возникают головная боль, головокружение, нарушение сна, колющие боли в проекции сердца, частые гипертонические кризы, одышка. Изменения в моче мало выражены и не постоянны. Гипертония при пиелонефрите часто носит злокачественный характер.

Азотемической формой считают хронический пиелонефрит, который стал проявляться только на стадии хронической почечной недостаточности. К азотемической форме можно отнести дальнейшее развитие латентного пиелонефрита, который не был своевременно диагностирован.

Для рецидивирующей формы пиелонефрита характерна смена периодов обострения и ремиссии. Больного могут беспокоить неприятные ощущения в пояснице, озноб, повышение температуры. Появляются дизурические явления (учащенное мочеиспускание, иногда болезненное).

Обострение хронического пиелонефрита клинически напоминает картину острого воспаления. По мере прогрессирования процесса ведущим синдромом становится гипертонический, который проявляется головной болью, головокружением, нарушениями зрения, болями в области сердца. Иногда в результате длительно текущего пиелонефрита развивается анемический синдром. В исходе заболевания возникает хроническая почечная недостаточность.

Изменения анализа мочи в период обострения следующие:

· протеинурия (в сутки может выделяться до 1-2 г белка),

· лейкоцитурия,

· цилиндрурия,

· микрогематурия,

· бактериурия.

В анализе крови - анемия, увеличение содержания лейкоцитов, увеличение СОЭ.

. Дифференциальная диагностика

Хронический пиелонефрит чаще всего приходится дифференцировать от туберкулеза почки и гломерулонефрита. В пользу туберкулеза почки свидетельствуют перенесенный туберкулез других органов, дизурия, гематурия, рубцовые сужения верхних мочевых путей, протеинурия, менее выраженное преобладание лейкоцитурии над эритроцитурией. Достоверными признаками нефротуберкулеза являются нахождение микобактерий туберкулеза в моче, стойко кислая реакция мочи, типичная картина туберкулезного поражения мочевого пузыря при цистоскопии и характерные рентгенологические признаки заболевания.

Хронический гломерулонефрит отличается от пиелонефрита преобладанием в моче эритроцитов над лейкоцитами, гломерулярным типом протеинурии (проникновение в мочу белков с высокой молекулярной массой), цилиндрурией и др.

Односторонний хронический пиелонефрит в фазе склероза приходится дифференцировать от гипоплазии почки. Решающее значение в этих случаях принадлежит рентгенологическим методам исследования. Неровные контуры, более плотная тень почки, деформация чашечек, сосочков, лоханки, изменение РКИ, значительное снижение функции почки, наличие симптома "обгоревшего дерева" свидетельствуют в пользу пиелонефритического сморщивания почки, тогда как признаками гипоплазии почки являются миниатюрные лоханка и чашечки без признаков их деформации, ровные контуры и нормальная плотность ткани органа, неизмененное соотношение площади чашечно-лоханочной системы к площади почки, сравнительно удовлетворительная функция ее и отсутствие в анамнезе данных о пиелонефрите.

Лечение

. Режим стационарный

. Физическая реабилитация

. Стол основной вариант диеты (ОВД)

4. Pulv. Cefazolin sodium,1г по 1,0\*2 раза в день,в/м.

5. Sol. Drotaverine 20мг/мл 2 мл по 40 мг 2 раза в день, в/м.

6. Sol. Euphyllin 2,4% - 20ml+ Sol. Sodium Chloride 0,9% - 500ml 1 комплекс в 9:00, в/в капельно.

7. Sol. Magnesium sulfate 25% 10ml+Sol. Potassium chloride 4% 10ml+ Sol. Sodium Chloride 0,9% 250ml 1 комплекс в 9:20, в/в капельно.

5. Дневник

.04.15г Жалоб на момент курации не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Обьективно: температура 36,7, дыхание везикулярное, хрипов нет, чд 16 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, А.Д. 120/70 мм. рт.ст., пульс 70уд. в мин. Живот мягкий б/б, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

28.04.15г Жалоб на момент курации не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Объективно: температура 36,8, дыхание везикулярное, хрипов нет, чд 16 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, А.Д. 110/70 мм. рт.ст., пульс 70уд. в мин. Живот мягкий б/б, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

29.04.15г Жалоб на момент курации не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Объективно: температура 36,7, дыхание везикулярное, хрипов нет, чд 16 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, А.Д. 120/70 мм. рт.ст., пульс 70уд. в мин. Живот мягкий б/б, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

30.04.15г Жалоб на момент курации не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Обьективно: температура 36,7, дыхание везикулярное, хрипов нет, чд 16 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, А.Д. 120/70 мм. рт.ст., пульс 70уд. в мин. Живот мягкий б/б, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

заболевание пиелонефрит патогенез эпикриз

6. Выписной эпикриз

Больная находилась на стационарном лечении с 23.04.2015 по 05.04.2015г. с диагнозом: хронический пиелонефрит, обострение.

Диагноз выставлен на основании:

(Жалоб: больная предъявляет жалобы на слабую боль ноющего характера в поясничной области. Частое мочеиспускание в малых количествах.)

(Анамнеза заболевания: Считает себя больной с октября месяца 2014 года. Тогда появились сильные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота. Мочеиспускание было частое, болезненное. Обратилась в поликлинику и была направлена на УЗИ почек, где обнаружили камень в правой почке. В поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. Больную отпустили домой, и назначили спазмолитики. От проведенного лечения улучшений не наблюдала. В апреле 2015 года симптомы повторились, больная обратилась в РКГ ДВВ урологическое отделение, где была госпитализирована для дальнейшего лечения.)

(Данных объективного осмотра: положительный симптом поколачивания.)

(Результатов обследования: 1. Общий анализ крови (24.04.15г):

Гемоглобин - 138,0г/л; лейкоциты - 4,8\*109/л; эритроциты - 4,71, нейтрофилы: палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 49%, эозинофилы - 1%; лимфоциты - 36%; моноциты - 7%; СОЭ - 10мм/ч.

. Общий анализ мочи (24.04.15г.):

Цвет соломенно-желтый, количество - 130мл, относительная плотность - 1015; реакция нейтральная; белок - нет; сахар - отр.; лейкоциты - 4-5 в п/з; эритроциты - единичные в п/з; цилиндры - гиалиновые.

. Коагулограмма крови (14.04.15г.)

Фибриноген А - 3,33г/л.

Протромбиновый индекс - 90 %.

МНО- 1,12

. Биохимический анализ крови (14.04.15г.)

АсАТ - 13,3 Ед/л,АлАТ - 26,1 Ед/л, Билирубин - 13,6 мкмоль/л, Общий белок - 70,2 г/л, Щелочная фосфатоза - 93,1 Ед/л.

. ЭКГ (23.04.15г.) Заключение: Синусовый ритм. Нормальное положение сердца. Ускорение процессов реполяризации миокарда.

Больная получала лечение:

. Режим стационарный

. Физическая реабилитация

. Стол основной вариант диеты (ОВД)

4. Pulv. Cefazolin sodium,1г по 1,0\*2 раза в день,в/м.

5. Sol. Drotaverine 20мг/мл 2 мл по 40 мг 2 раза в день, в/м.

6. Sol. Euphyllin 2,4% - 20ml+ Sol. Sodium Chloride 0,9% - 500ml 1 комплекс в 9:00, в/в капельно.

7. Sol. Magnesium sulfate 25% 10ml+Sol. Potassium chloride 4% 10ml+ Sol. Sodium Chloride 0,9% 250ml 1 комплекс в 9:20, в/в капельно

Больная выписана в удовлетворительном состоянии: болевой синдром купирован, дизурических явлений не наблюдается.

Рекомендовано:

Диета: ограничить острое, соленое, жареное. Пить слабоминеральные воды. Физиолечение, фитотерапия, наблюдение у нефролога, санаторно-курортное лечение.

Список использованной литературы

1. «Лечение пиелонефрита» - Учебное пособие. М.М. Газымов, Л.Н Бельчусова, И.В. Спирин Чебоксары 2007г.

2. «Лекарственные средства» Машковский, 1998 год.

. Лекционный материал.