Северный Государственный Медицинский Университет

История болезни

Куратор: студент 3 гр. лечебного факультета 4 курса Соснин И.А.

Архангельск 2005

1. Клинический диагноз:

Основное заболевание: МКБ, камни обеих почек.

Осложнения основного заболевания: правосторонняя почечная колика.

Сопутствующие заболевания: хронический калькулезный пиелонефрит, артериальная гипертензия II стадии риск - 2.

Время курации: с 01.12. - 06.12.2005г.

2. Паспортная часть

1. Ф.И.О.:.

. Возраст: 45 лет.

. Пол: женский.

. Семейное положение: замужем.

. Занимаемая должность и место работы: страховой агент в Шенкурском страховом отделе филиала ООО «Росгосстрах-Северо-Запад»

. Адрес: Архангельская обл., г. Шенкурск

. Дата и время поступления: 29.11.2005г. в 16.30.

3. Жалобы

При поступлении больная предъявлял жалобы на интенсивные приступообразные боли в правой поясничной области, иррадиирующие в пах, возникающие в основном в вечернее и ночное время, купирующиеся спазмолитиками; также больная предъявляла жалобы на диспепсические расстройства: тошноту, рвоту, диарею; кроме того, больная отмечала у себя слабость, недомогание.

На момент курации жалоб больная не предъявляла

4. История развития настоящего заболевания

Считает себя больной с 1986 года, когда впервые случился приступ сильных, схваткообразных болей в поясничной области, а также ухудшение состояния, появление тошноты и рвоты, диареи. Больная была госпитализирована в Шенкурскую районную больницу, где был поставлен диагноз МКБ, камень нижней трети правого мочеточника, почечная колика. Пройдя 12-тидневный курс лечения (Analgini, Dimedroli, No-Spa, Glucosa, Sol. Natrii Chloridi), больная была выписана домой. Дома в течение месяца принимала таблетки Цистон по 1 штуке 3 раза день.

Следующее обострение случилось в 1987 году, присутствовала точно такая же симптоматика. После этого обострения опять последовала госпитализация на 12 дней. Была проведена операция по удалению камня из левой почки (нефролитотомия). После выписки дома принимала Цистон в течение месяца по 1 штуке 3 раза в день.

.11.2005 года больную стали мучить внезапные интенсивные приступообразные боли в правой поясничной области, а также появились тошнота, рвота, расстройства кишечника, ухудшилось состояние больной. Вечером 16.11.2005г. больная была госпитализирована в Шенкурскую районную больницу, где находился в течение12 дней. Там больному было дано направление в Архангельскую городскую больницу, где она находилась в течении 1 дня, и 29.11.2005г. была переведена в ГКБ №1. Где был поставлен диагноз: МКБ, МКБ, камни обеих почек, правосторонняя почечная колика, хронический калькулезный пиелонефрит.

5. История жизни больного

Родилась в Воронежской области 17.07.60г, вторым ребенком. Имеет старшего брата. В школу пошла с семи лет. От сверстников в умственном и физическом развитии не отставала. Окончила 11 классов, потом училась в Борисо-Глебовском ГПТУ в течение 3 лет. В течение 10 лет работала оператором связи на Шенкурском почтовом отделении, в данный момент работает страховым агентом в Шенкурском страховом отделе филиала ООО «Росгосстрах-Северо-Запад». Проживает с мужем и дочкой. Жилищные условия, характер питания (качество пищи, режим питания), материальную обеспеченность семьи считает удовлетворительными.

Детские инфекции (корь, коклюш, дифтерия, скарлатина), инфекции взрослого возраста (брюшной тиф, дизентерия, болезнь Боткина, малярия), венерические заболевания (сифилис, гонорея), туберкулез, психические и нервные заболевания, эндокринные, аллергические и обменные заболевания отрицает.

г. перенесла операцию по удалению камня из левой почки (нефролитотомия).

Наследственность отягощена: МКБ болела сестра отца, у дочери песок в почках. Аллергологический анамнез: наличие аллергических реакций на пищевые продукты, лекарства, прививки отрицает.

Вредные привычки: курит последние 2 года, алкоголь употребляет умеренно, употребление наркотических средств отрицает.

6. Объективное исследование - настоящее состояние больного

ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние больной удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, настроение бодрое.

Масса тела 55 кг, рост 152 см.

Телосложение нормостеническое.

Температура тела на момент осмотра 36,50С.

Кожные покровы чистые, бледно-розовые, умеренно влажные, эластичные, тургор сохранён.

Видимые слизистые чистые, розовые, влажные.

Ногтевые пластины ровные, розового цвета, без поперечной и продольной исчерченности.

Оволоснение по женскому типу.

Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, горизонтальная складка на животе на уровне пупка по среднеключичной линии = 2,5 см., на плече = 1,5 см, на уровне угла лопатки = 1,5 см.

Отеки не выявлены.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Мышечная система: произвольная мускулатура развита удовлетворительно, сила мышц и мышечный тонус удовлетворительные, одинаковы справа и слева, мышцы безболезненны при пальпации.

Костно-суставная система: форма конечностей правильная, симметричная, деформации трубчатых костей, изменение пальцев визуально и пальпаторно не выявлены. Суставы обычной конфигурации, симметричные, безболезненные при пальпации и при движениях, кожа над суставами не изменена. Подвижность суставов активная, объем активных и пассивных движений в суставах обычный.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Форма грудной клетки нормальная, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Характеристика дыхания: число дыхательных движений в одну минуту = 16, глубина дыхания обычная, тип дыхания брюшной, ритм дыхания правильный.

При пальпации межрёберные промежутки безболезненны. Грудная клетка эластична. Голосовое дрожание одинаково над всеми участками легочных полей.

Топографическая перкуссия: высота стояния верхушек легких спереди: справа и слева на 3 см. выше ключицы, сзади справа и слева - на уровне 7 шейного позвонка, ширина полей Кренига 7см справа и слева.

Нижние границы лёгких:

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Окологрудинная линия | 5 межреберье | ----- |
| Среднеключичная линия | 6 ребро | ----- |
| Передняя подмышечная линия | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная линия | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная линия | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная линия | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Дыхательная экскурсия правого и левого нижнего легочного края: 6,5 см по средней подмышечной линии.

При сравнительной перкуссии - ясный легочной звук над обоими легочными полями. При аускультации везикулярное дыхание выслушивается над всей поверхностью лёгких. Бронхофония не проводится.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

При осмотре области сердца патологических изменений не выявлено.

При осмотре периферических сосудов пульсация периферических сосудов, набухание и пульсация шейных вен не видны.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок пальпируется на 1,5 см. кнутри от левой среднеключичной линии.

Пульс на правой и левой лучевых артериях одинаковой частоты (78/мин., совпадает с ЧСС), ритмичный, умеренного наполнения и напряжения. На других артериях (височной, сонной, плечевой, бедренной, подколенной, задней большеберцовой, артериях тыла стопы) пульс пальпируется, частота 78/мин., ритмичный, умеренного наполнения и напряжения.

Границы относительной сердечной тупости: правая граница: на уровне правого края грудины, в 4-м межреберье; верхняя граница: 3 ребро слева по окологрудинной линии; левая: в 5 межреберье на 1,5 см. кнутри от левой среднеключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости: правая граница: совпадает с левым краем грудины в 4-м межреберье; верхняя: 4 ребро слева по окологрудинной линии; левая - на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости, ширина сосудистого пучка 6 см.

Аускультация: ритм сердца правильный, частота cердечных сокращений 78/мин., тоны сердца ясные. Шумы не выслушиваются. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Слизистые оболочки полости рта, дёсен, зёва, миндалин чистые, розового цвета, влажные, без патологических изменений. Язык чистый, розовый, влажный.

Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания, перистальтика не видна. Венозная сеть на передней стенке живота не выражена, пупок втянутый.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, расхождения прямых мышц живота не выявлено.

Сигмовидная кишка не пальпируется; слепая кишка пальпируется в виде умеренно напряжённого урчащего цилиндра; подвздошная кишка пальпируется в виде мягкого слабо перистальтирующего подвижного цилиндра, аппендикс не пальпируется; восходящая и нисходящая ободочные кишки не пальпируются; поперечная ободочная кишка не пальпируется. Большая кривизна желудка не пальпируется. Привратник не пальпируется.

Печень: нижний край не выходит из-под рёберной дуги, при пальпации мягкий закругленный безболезненный, поверхность ровная.

Желчный пузырь не пальпируется, желчно-пузырные симптомы (Ортнера, Кера, Мюсси, Курвуазье) отрицательные.

Селезёнка: нижний полюс не пальпируется.

При перкуссии над поверхностью живота тимпанический звук.

Границы печени по Курлову: 1-ый размер - 9 см, 2-й - 8 см, 3-й размер - 7см.

Размеры селезёнки: длинник - 10 см., поперечник - 7 см.

Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

При аускультации над поверхностью живота слышны умеренные перистальтические шумы.

Нижняя граница желудка методом аускультоаффрикции на 2 см. выше пупка.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

При осмотре поясничной области и области мочевого пузыря заметных изменений не выявлено.

Почки и мочевой пузырь пропальпировать не удалось. При пальпации мочеточниковых точек выявлена болезненность (при пальпации в месте пересечения наружного края прямой мышцы живота справа и проекции правой передней верхней подвздошной ости).

Симптом поколачивания положительный справа.

При аускультации почечных артерий шумы не выслушиваются.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Осмотр: рост = 152 см, вес 55 кг, индекс массы тела = 28 - избыточная масса тела. Вторичные половые признаки соответствуют полу. Подкожно-жировая клетчатка распределяется равномерно. При осмотре щитовидная железа не увеличена. Пальпация ее безболезненная.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

По типу нервной высшей деятельности - сангвиник (сильный, уравновешенный, подвижный тип). Поведение больной адекватное. Она спокойна, вежлива, настроена на общение, неприхотлива. Больная жалуется на плохой сон из-за приступов болей по ночам; когда боли не мучают, засыпает хорошо, сон спокойный. Психических расстройств не наблюдается. Рефлексы присутствуют. Зрение на обоих глазах 1, расстройств слуха и обоняния не обнаружено.

мочекаменный болезнь синдром холецистит

7. Дополнительные данные

1) Лабораторные исследования и их интерпретация.

Таблица 2 Общий анализ крови от 30.12.04.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | значения | интерпретация |
| Эритроциты | 3,7\* 1012 | понижено |
| Гемоглобин | 114 г/л | норма |
| Лейкоциты | 6,5\*109 | норма |
| Лимфоциты | 41,9% | норма |
| Нейтрофилы сегментоядерные | 49,2% | норма |
| СОЭ | 15 мм/ч | норма |

Заключение: имеются признаки анемии.

.12.05. Кровь на лейкоцитоз. Лейкоциты 7,2\*109 (норма).

.12.05. кровь на RW отрицательно.

Таблица 3 Биохимический анализ крови от 30.12.2005.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| показатели | значение | норма | Интерпретация |
| Креатинин | 11 мкмоль/л | 44 - 102 мкмоль/л | снижен |
| Мочевина | 5,04 ммоль/л | 2,3 - 8,5 ммоль/л | норма |
| Глюкоза | 5,2 г/л | 3,3 - 5,5 г/л | норма |

Заключение: гипокреатининемия.

Таблица 4 Общий анализ мочи от 30.12.05.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатели | значения | интерпретация |
| Цвет | желтый | норма |
| Прозрачность | прозрачная | норма |
| Удельный вес | 1020 | норма |
| Реакция | кислая | норма |
| Сахар | отриц. | норма |
| Белок | отриц. | норма |
| Лейкоциты | отриц. | норма |
| Эритроц. неизменённые | 10 в п. зр. | микрогематурия |
| Гиалиновые цилиндры | отриц. | норма |

)Инструментальные методы:

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС - 78 ударов в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца.

УЗИ почек.

Почки обычных размеров, формы, локализация. ЧЛС не расширена. В проекции средней трети ЧЛС правой почки определяется конкремент 24 мм в диаметре. В ЧЛС левой почки определяется 2 конкремента по 0,5 см.

Внутривенная урография.

Камни правой и левой почек. Эктазия мочевых путей справа.

Цистоскопия: объем мочевого пузыря - 300 мл, удерживает хорошо, слизистая кровоточит в шейке около левого легкого.

8. Дифференциальный диагноз

В клинике данного заболевания можно выделить такие синдромы как болевой синдром (острые приступообразные боли в правой поясничной области), диспептический синдром, проявляющийся многократной рвотой, рвота не приносит облегчения. Ведущим является болевой синдром, который имеет схожие характеристики с болевым синдромом при таких заболеваниях, как острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, прободение язвы желудка или двенадцатипёрстной кишки.

Предположим, что у данной больной острый аппендицит. При остром аппендиците боли начинаются в эпигастральной области, постепенно локализуясь в правой подвздошной области, и практически с начала заболевания сопровождаются повышением температуры тела. У данной больного боли чётко локализуются в правой поясничной области и не сопровождаются повышением температуры. При остром аппендиците положение на правом боку с прижатыми к животу ногами облегчает боль, а при положении на левом боку боль усиливается, что обусловлено натяжением корня брыжейки и раздражением брюшины. Но у данной больной боль одинаково интенсивная при любом положении тела. Как правило, при остром аппендиците положительными являются все симптомы раздражения брюшины, чего не наблюдалось у данного больного. Анализ крови при остром аппендиците выявляет повышение СОЭ и лейкоцитоз уже с первых часов заболевания, что имеет некоторое сходство и с показателями общего анализа крови у данного больного (повышение СОЭ).

При выполнении УЗИ и рентгенологического исследования в случае острого аппендицита выявляется отсутствие теней конкрементов в проекции мочевыделительной системы, расширения чашечно-лоханочной системы, нарушения пассажа мочи по верхним мочевым путям. У данной больной при выполнении внутривенной урографии выявлены конкременты правой и левой почек. Данные УЗИ: в проекции средней трети ЧЛС правой почки определяется конкремент 24 мм в диаметре, в ЧЛС левой почки определяется 2 конкремента по 0,5 см.

Таким образом, выявляется больше различий, чем сходств, поэтому заболевание «острый аппендицит» у данного больного можно исключить.

Предположим, что у нашей больной острый холецистит. Внезапное возникновение сильных болей в правом подреберье при этом заболевании чаще возникает после приема жирной, обильной пищи, алкоголя и т.д., чего нет в анамнезе данной больной. Боли иррадиируют в правую подключичную ямку (френикус-симптом), правую лопатку, а у этой больной боли не иррадиировали. Симптом Ортнера (поколачивание по правому подреберью) при остром холецистите резко положительный, а у данной больной отрицательный. Острый холецистит сопровождается прогрессирующим повышением температуры тела, лейкоцитозом и сдвигом формулы крови влево, а у данной больной температура тела не повышалась, не наблюдался лейкоцитоз, нет сдвига лейкоцитарной формулы. При остром холецистите отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом раздражения брюшины, а у данной больной эти признаки отсутствуют. При выполнении УЗИ и рентгенологического исследования в случае острого холецистита выявляется отсутствие теней конкрементов в проекции мочевыделительной системы, расширения чашечно-лоханочной системы, нарушения пассажа мочи по верхним мочевым путям, а у данной больной данные внутривенной урографии и УЗИ свидетельствуют в пользу присутствия конкрементов в органах мочевыделительной системы.

Таким образом, острый холецистит можно исключить.

Предположим, что у данной больной острый панкреатит. Это заболевание характеризуется внезапно возникающими болями в эпигастральной области, иррадиирующими в спину, плечо, подреберье и быстро приобретающими постоянный опоясывающий характер, но у данной больной болевой синдром значительно отличается от описанного по локализации и иррадиации болей. При остром панкреатите общее состояние тяжелое, а у данной больной удовлетворительное. Температура тела при остром панкреатите длительное время может оставаться нормальной, что наблюдалось и у больной. Боли при остром панкреатите сопровождаются тошнотой и рвотой, что наблюдалось и у данной больной. При остром панкреатите отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом раздражения брюшины, в данном случае отсутствуют. При выполнении УЗИ и рентгенологического исследования в случае острого панкреатита выявляется отсутствие теней конкрементов в проекции мочевыделительной системы, расширения чашечно-лоханочной системы, нарушения пассажа мочи по верхним мочевым путям, а у данной больной внутривенной урографии и УЗИ свидетельствуют в пользу присутствия конкрементов в органах мочевыделительной системы.

Таким образом, сходств гораздо меньше, чем отличий, поэтому острый панкреатит можно исключить.

Т.к. исключены все возможные заболевания, остается, что у данного больного мочекаменная болезнь, острая почечная колика. Также в пользу данного заболевания говорит отягощенная наследственность пациентки (МКБ болела сестра отца, у дочери песок в почках).

9. Клинический диагноз

Клинический диагноз: мочекаменная болезнь: камень в нижней трети правого мочеточника, камни обеих почек.

Осложнения основного заболевания: правосторонняя почечная колика.

Сопутствующие заболевания: хронический калькулезный пиелонефрит, артериальная гипертензия II стадии риск - 2.

0. Прогноз

Мочекаменная болезнь - хроническое заболевание, при котором часто наблюдаются рецидивы камнеобразования. С помощью профилактических мероприятий и индивидуально подобранного лечения рецидивы можно предупредить. В отношении здоровья данной пациентки прогноз благоприятный, т. к. в этом случае мочекаменная болезнь имеет течение без осложнений воспалительного характера. При соблюдении рекомендаций дальнейшие рецидивы камнеоброзавания можно предотвратить.

1. Дневник курации

Таблица 5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Течение болезни | Назначения |
| 1.12.05. | Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на периодические ноющие боли в правой поясничной области. АД=130/80 мм рт. Ст., ЧСС=64уд/мин. Аппетит снижен. Сон не нарушен. Живот мягкий, безболезненный. | Стол№6. Tab. Nolicini 0,4 по 1 таблетке 2 раза в день. Sol. Papaverini 2% -- 5ml, Sol Analgini 50% -- 2 ml, при болях вводить внутримышечно |
| 2.12.05. | Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. АД=130/75 мм рт. ст., ЧСС=60уд/мин. Больная отметила улучшение общего самочувствия и аппетита. Сон не нарушен. | Стол№6 Tab. Nolicini 0,4 по 1 таблетке 2 раза в день. Sol. Papaverini 2% -- 5ml, Sol Analgini 50% -- 2 ml, при болях вводить внутримышечно |
| 3.12.05 | Общее состояние удовлетворительное. АД=125/75 мм рт. ст., ЧСС=65уд/мин. Аппетит хороший. Сон не нарушен. Больная выписывается из стационара | Стол№6 Tab. Nolicini 0,4 по 1 таблетке 2 раза в день. Sol. Papaverini 2% -- 5ml, Sol Analgini 50% -- 2 ml, при болях вводить внутримышечно |
| 4.12.05 | Общее состояние удовлетворительное. АД=130/80 мм рт. Ст., ЧСС=64уд/мин. Аппетит снижен. Сон не нарушен. Живот мягкий, безболезненный. | Стол№6 Tab. Nolicini 0,4 по 1 таблетке 2 раза в день. Sol. Papaverini 2% -- 5ml, Sol Analgini 50% -- 2 ml, при болях вводить внутримышечно |
| 5.12.05 | Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. АД=130/75 мм рт. ст., ЧСС=60уд/мин. Больная отметила улучшение общего самочувствия и аппетита. Сон не нарушен. | Стол№6 Tab. Nolicini 0,4 по 1 таблетке 2 раза в день. Sol. Papaverini 2% -- 5ml, Sol Analgini 50% -- 2 ml, при болях вводить внутримышечно. |
| 6.12.05 | Перенесла операцию - правосторонняя нефролитотомия. |  |

2. Лечение

На данном этапе заболевания целесообразно применить оперативное лечение (удаление камня правой почки), консервативную терапию, которая состоит из общеукрепляющих мероприятий, диетического питания, медикаментозного, физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения.

Медикаментозное лечение.

Купирование приступа почечной колики целесообразно начинать с тепловых процедур (грелка, горячая ванна).

При медикаментозном купировании почечной колики сочетают инъекции болеутоляющих средств и спазмолитических препаратов (в условиях стационара) или употребляют данные препараты перорально (амбулаторное лечение).

Rp.: Sol. Baralgini 5 ml..t.d. № 10 in ampullis.. Вводить внутримышечно по 5 мл. при острых болях.

Rp.: Tab. «Baralgin»..t.d. № 20.

S. По 1 - 2 таблетки 2 - 3 раза в день при острых болях.

Для проведения нисходящего литолиза - микстура Айзенберга, приводящая к алкализации мочи и растворению уратов.

Rp.: Acidi citrici - 40,0,

Natrii citrici - 60,0, citrici - 66,0, rae Aurantii - 6,0, simplex - 600,0.

M. D.S. no 1 столовой ложке З раза в день в течение 4- 5 месяцев под контролем рН мочи.

Профилактическая терапия, направлена на коррекцию нарушений обмена веществ. Необходимо соблюдать водный режим (желателен суточный прием жидкости не менее 2-2,5 л.), диету. Для более точных рекомендаций относительно диетотерапии больной желательно провести определение состава камня, если предположение, что у данной больной мочекислый уролитиаз окажется верным, то необходимо соблюдать щелочную молочно-растительную диету и ограничить продукты с высоким содержанием пуринов, идущих на образование ксантиновых оснований, из которых синтезируется мочевая кислота (бобовые, селедка, печень, почки, свинина, шпроты, сардины, индейка, курица и пр.).

Растительные диуретики. Рекомендовано применение мочегонных трав (плод можжевельника, лист толокнянки, трава хвоща полевого, лист брусники, цветки василька синего, почки березовые или трава горца птичьего)

Физиотерапевтические процедуры: диатермические токи, лазеротерапия, вибротерапия, амплипульсные токи.

Санаторно-курортное лечение показано при мочекаменной болезни как в период отсутствия камня, так и при наличии камня при отсутствии противопоказаний (нарушение оттока мочи). Данной больной (с мочекислым уролитиазом при кислой реакции мочи) показано лечение щелочными минеральными водами на курортах Железноводск (славяновская, смирновская) Ессентуки (№ 4, 17), Боржоми, ТИБ-2 и др., а также слабоминерализованными щелочными минеральными водами.

3. Эпикриз

Пациентка поступила в урологическое отделение с предварительным диагнозом «мочекаменная болезнь, почечная колика».

Были выполнены лабораторные анализы: ОАК, ОАМ: микрогематурия; биохимический анализ крови: гипокреатенинэмия. Рентгенологическое исследование (внутренняя урография): камни правой и левой почек. УЗИ: в проекции средней трети ЧЛС правой почки определяется конкремент 24 мм в диаметре; в ЧЛС левой почки определяется 2 конкремента по 0,5 см. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС - 78 ударов в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца.

Проведено лечение: Tab. Nolicini 0,4 по 1 таблетке 2 раза в день. Sol. Papaverini 2% -- 5ml, Sol Analgini 50% -- 2 ml, при болях вводить внутримышечно.

Перенесла операцию - удаление камня правой точки. Лечение продолжается.

Рекомендовано повторное проведение УЗИ и экскреторной урографии, наблюдение уролога, консультация гинеколога, кардиолога, проведение теста на толерантность к глюкозе (подозрение на сахарный диабет).

Рекомендовано продолжить назначенное лечение: ависан по I таблетке 3-4 раза в день после еды, баралгин по 1 - 2 таблетки 2 - 3 раза в день при острых болях, микстура Айзенберга no 1 столовой ложке 3 раза в день в течение 4- 5 месяцев под контролем рН мочи. Суточный прием жидкости не менее 2-2,5 л., щелочная молочно-растительная диета с ограничением продуктов с высоким содержанием пуринов (бобовые, селедка, печень, почки, свинина, шпроты, сардины, индейка, курица и пр.). Мочегонные травы (плод можжевельника, лист толокнянки, трава хвоща полевого, лист брусники, цветки василька синего, почки березовые или трава горца птичьего). Физиотерапевтические процедуры: диатермия, лазеротерапия, вибротерапия или амплипульсные токи. Санаторно-курортное лечение щелочными минеральными водами на курортах Железноводск (славяновская, смирновская) Ессентуки (№ 4, 17), Боржоми, ТИБ-2 и др., а также слабоминерализованными щелочными минеральными водами.