**Паспортные данные**

Ф.И.О. Михаил Михайлович.

Возраст: 26 лет.

Пол: мужской.

Национальность: русский.

Профессия: слесарь.

Место работы: Орловское торфпредприятие.

Семейное положение: женат.

Дата поступления в клинику: 04.02.02.

Дата курации: 11.02.02.

**Anamnesis morbi**

При поступлении предъявлял жалобы на постоянные ноющие боли в пояснице, усиливающиеся при физической нагрузке. Частое безболезненное мочеиспускание до 7 -8 раз днем и 5 -6 раз ночью, императивные позывы. Гематурия месяц назад. Ухудшение самочувствия, быстрая утомляемость, сухость во рту, снижение аппетита, головные боли в течение последнего времени.

Считает себя больным с 1997 года, когда впервые появились ноющие боли в поясничной области, никтурия. Проходил обследование в 1 РКБ г. Ижевск, поставлен диагноз - аномалия развития почек, гипоплазия правой почки с явлениями нефросклероза. После проведенного лечения выписан с улучшением. Ежегодно проходит стационарное лечение в Сюмсинской ЦРБ. Последний приступ болезни - 28.01.02. Ноющую боль в поясничной области, приемущественно слева, почувствовал вечером 28.01., ее возникновение связывает с переохлаждением на рабочем месте. После приема анальгетиков (анальгин) боль не прошла. 30.01. появились слабость, тошнота, сильная головная боль. После консультации терапевта 1.02. в Сюмсинской ЦРБ направлен в УО 1 РКБ на обследование.

**Anamnesis vitae**

Родился и вырос в пос. Кильмезь. В развитии от сверстников не отставал. В школу пошел в 7 лет. Образование среднее техническое. С 18 лет и до настоящего времени работает на Орловском торфпредприятии, в 25 км от места жительства. Рабочее место в цехе, в прохладном помещении. Работает в первую смену, восьмичасовой рабочий день.

Условия быта хорошие. Проживает с женой и 3-хлетним сыном в благоустроенной квартире.

Туберкулез, болезнь Боткина, венерические заболевания у себя и ближайших родственников отрицает.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, грипп, хронический пиелонефрит.

О наследственных заболеваниях ничего сказать не может.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит с 20 лет по 5 - 6 сигарет в день, бывают дни, когда совсем не курит. Алкоголь употребляет редко. Другие вредные привычки отрицает.

**Объективное исследование**

Общий осмотр: общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Больной адекватен.

Выражение лица обычное, спокойное. Походка не изменена, осанка сутулая. Форма головы обычная, деформаций черепа нет. Глазные щели симметричные, птоза, отечности век нет. Конъюнктивы и склеры физиологической окраски. Зрачки округлой формы, одинаковой величины. Реакция на свет живая, прямая, содружественная. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательные.

Нос правильной формы, искривления носовой перегородки нет. Дыхание через нос свободное, крылья носа в акте дыхания не участвуют. Носогубные складки симметричные.

Губы физиологической окраски. Углы рта расположены симметрично. Задняя стенка глотки физиологической окраски, небные миндалины умеренно выступают из небных дужек, физиологической окраски, гнойных пробок нет. Слизистая щек, неба, десен физиологической окраски, язв, кровоточивости нет. Зубы все, резцы искривлены, несколько нуждается в лечении.

Язык обычной формы и размера, обложен белым налетом. Сосочки языка выражены, язык высовывается по средней линии.

Шея обычной формы, рубцов, язв, воротника Стокса нет. Щитовидная железа не пальпируется.

Запах тела и выдыхаемого воздуха обычный.

Конституция астеническая (продольные размеры тела преобладают над поперечными, грудная клетка узкая и плоская, ход ребер косой, эпигастральный угол острый. Лопатки отстоят от грудной клетки, резко выражены над- и подключичные ямки. Мышечная система слаборазвита). Подкожно-жировой слой развит слабо.

Кожа тонкая, сухая, бледная. Рубцов, язв, высыпаний, пролежней, коллатерального кровообращения нет. Тургор тканей слегка снижен. Оволосенение по мужскому типу.

Затылочные, околоушные, шейные, над- и подключичные, подмышечные, подколенные лимфоузлы не пальпируются. Подчелюстные ЛУ пальпируются справа - до 3 размера, слева - до 2 размера, в количестве 3 - 5 штук. ЛУ эластической консистенции, не спаянные с окружающими тканями, подвижные, безболезненные. Паховые ЛУ пальпируются справа - 3 размера, в количестве 2-х штук, слева - 3 - 4 размера, в количестве 2 -3 штук, эластической консистенции, не спаянные с окружающими тканями, подвижные, безболезненные.

Видимой и пальпаторно определяемой деформации костей нет, мышцы умеренно развиты, мышечная сила достаточная, симметричная. Движения в суставах - активные и пассивные - в полном объеме. Изменение осанки по кифосколиотическому типу, движения позвоночника в полном объеме.

Отеков нет.

Исследование системы дыхания: Жалоб нет.

Осмотр: Голос нормальный, носовое дыхание не затруднено. Форма грудной клетки астеническая. Тип дыхания смешанный. Частота дыхания 21 в минуту. Дыхание средней глубины, ритмичное. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Объективных признаков одышки нет.

Пальпация: Грудная клетка резистентна, болезненности по ходу межреберных промежутков нет. Ощущения трения плевры нет, голосовое дрожание не изменено и, одинаково над симметричными участками легких.

Перкуссия: Сравнительная: над симметричными участками легких перкутируется ясный легочной звук. Экскурсия грудной клетки по срединно-ключичной линии - 5,0 см, по передней подмышечной и лопаточной линиям - 4,5 см.

Топографическая: границы легких:

Линии правое легкое левое легкое.

Срединноключичная: 6 ребро

Средняя подмышечная: 8 ребро 8 ребро

Лопаточная: 10 ребро 10 ребро

Высота стояния верхушек обоих легких спереди - 6 см, сзади - соответствует 7 шейному позвонку. Ширина полей Кренига обоих легких - 5 см. Пространство Траубе свободно.

Аускультация: Дыхание везикулярное, хрипов нет, шума трения плевры нет, бронхофония не изменена.

Исследование системы кровообращения: Жалоб нет.

Осмотр: Сердечного горба нет. Пульсации сосудов шеи, головы, верхних и нижних конечностей, эпигастральной пульсации нет.

Пальпация: Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье слева на 2,0 см кнутри от срединно-ключичной линии, ограниченный, площадью 1,5 см в квадрате. Ритмичный, умеренной силы и высоты. Смещаемость вправо - 1,5 см, влево - 2,5 см. Симптом "кошачьего мурлыканья" отрицательный. Ощущения трения перикарда при пальпации нет.

Перкуссия: Относительная тупость сердца имеет следующие границы:

Границы Относительная тупость.

Правая: 1 см кнаружи от правой окологрудинной линии в

межреберье .

Левая: Левая срединноключичная линия.

Верхняя: 3 межреберье по левой парастернальной линии.

Аускультация: Тоны сердца ясные, ритмичные, изменений по громкости, тембру и конфигурации нет.

Исследование системы пищеварения: аппетит снижен, диспепсических явлений не наблюдается.

Осмотр полости рта: Слизистая полости рта физиологической окраски, язык правильной формы, физиологической окраски, обложен белым налетом, сосочки выражены.

Осмотр живота: Живот правильной формы, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания, видимых перистальтических и антиперистальтических движений желудка и кишечника не определяется, рубцов, язв, грыж нет.

Пальпация живота: При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины, апендикулярные симптомы отрицательные. Пальпация печени: нижний край печени расположен на 1 см ниже края реберной дуги, эластичной консистенции, ровный, безболезненный. Пальпация желчного пузыря: желчный пузырь не пальпируется, пузырные симптомы отрицательные. Пальпация поджелудочной железы: болезненности в треугольнике Шоффара нет, симптомы Гротта, Мейо-Робсона, Кача отрицательные. Пальпация селезенки: селезенка не пальпируется.

Перкуссия живота: свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Размеры печени по Курлову: 10\*8\*9 см. Перкуторные размеры селезенки: 7\*5 см.

Аускультация живота: кишечные урчащие шумы выслушиваются преимущественно в правых отделах живота. Шума трения брюшины над печенью и селезенкой не выявлено.

Исследование системы мочеотделения: постоянные ноющие боли в поясничной области, усиливающиеся при физической нагрузке, нарушение мочеотделения (поллакиурия, никтурия, императивные позывы).

Осмотр: Изменения окраски кожных покровов и припухлости поясничной и надлобковой области нет.

Пальпация: Пальпируется увеличенная левая почка, обычной формы, с гладкой поверхностью, эластичная, болезненная при пальпации. . Пальпация мочевого пузыря и на ходу мочеточника безболезненна. Мочевой пузырь пальпируется на 1,5 см выше лонного сочленения.

Перкуссия: Симптом сотрясения слабоположительный слева. В области мочевого пузыря - притупление перкуторного звука.

**Предварительный диагноз**

Аномалия развития почек, гипоплазия правой почки. Пиелонефрит левой почки.

Данный диагноз ставлю на основании:

жалоб: постоянные ноющие боли в поясничной области, усиливающиеся при физической нагрузке; нарушение мочеотделения - поллакиурия, никтурия, императивные позывы, гематурия месяц назад. Общие симптомы - слабость, быстрая утомляемость, головные боли, снижение аппетита, тошнота. В анамнезе жизни - хронический пиелонефрит.

развития заболевания: с 1997 года DS - аномалия развития почек, гипоплазия правой почки с явлением нефросклероза.

объективных данных: бледность и сухость кожных покровов, болезненность при пальпации почки, слабоположительный симптом сотрясения. Увеличение размеров левой почки может быть викарным, из-за нарушения функции правой почки вследствие нефросклероза.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования.

Биохимический анализ крови (5.02)

ПТИ 87%

Фибриноген 2,9 г/л

Заключение: патологии не выявлено.

. Биохимический анализ крови (5.02)

Биллирубин общий 12,0 мкмоль/л

Биллирубин прямой 0,0

Биллирубин непрямой 0,0

Глюкоза крови венозной 4,1 мкмоль/л

Мочевина крови 5,9 мкмоль/л

Калий 4,85 мкмоль/л

Натрий 147,6 мкмоль/л

Заключение: патологии не выявлено.

. Общий анализ крови (5.02)8,0\*10 /л 5,01\*10 /л 1720,486

MCV 97 MCH 34,3 MCHC 354 PLT 168\*10 /л35 % MXD 11,8 % NEUT 54 %# 2,9\*10 /л# 0,9\*10 /л NEUT# 4,2\*10 /л

СОЭ 3мм/мин

Заключение: патологии не выявлено.

. Анализ мочи (5.02) (11.02)

Цвет светло-желтый светло-желтый.

Прозрачность прозрачная прозрачная.

Отн. плотность 1012 1022

Белок нет нет.

Эпителий плоск. 0 - 1 в п.з. 0 - 1 в п.з.

Лейкоциты 7 - 8 в п.з. 5 - 6 в п.з.

Эритр. изменен. 3 -4 в п.з. 4 - 5 в п.з.

Бактерии большое кол-во 7 - 8 в п.з.

Заключение: понижение относительной плотности - снижение концентрационной функции почек, умеренная лейкоцитурия, умеренная эритроцитурия, массивная бактериурия, снизившаяся на фоне антибактериальной терапии.

. Проба по Зимницкому (7.02)

Количество выпитой жидкости за сутки: 1500,0

. 220,0 1008

. 225,0 1010

. 260,0 1010

. 250,0 1017

Дневной диурез: 955,0

. 210,0 1016

. 270,0 1010

. 120,0 1015

. 150,0 1014

Ночной диурез: 750,0

Заключение: полиурия, никтурия, гипостенурия - снижение концентрационной функции почек.

. Посев мочи на микрофлору (7.02)

Стафилококк

. Анализ по Ничепоренко (8.02)

Лейкоциты 5200

Эритроциты 600

Заключение: лейкоцитурия.

. Экскреторная урография (6.02)

Справа - почка не контурируется, функция почки отсутствует.

Слева - почка увеличена в объеме до 15см \* 7,5 см, расположена в торокопозиции ниже обычного на один поясничный позвонок. Функция почки не нарушена, интенсивность контрастирования высокая. Все чашечки, их шейки и лоханка расширены, застойные. Своды чашечек закруглены, деформированы. Лоханка резко расширена. Мочеточник укорочен, извитой. Мочевой пузырь контрастирован слабо, недостаточно. Поясничные мышцы, костная система не изменены. Конкрементов не определяется.

Заключение: Афункционирующая правая почка. Поясничная дистопия и гидронефроз 1 - 2 степени левой почки.

**Клинический диагноз**

Основной: Аномалия развития - поясничная дистопия почек. Гипоплазия правой почки (афункционирующая правая почка).

Осложнения: Гидротическая трансформация I степени левой почки. Хронический пиелонефрит.

Основной диагноз ставится на основании анамнестических данных (аномалия развития почек, гипоплазия правой почки с явлениями нефросклероза) и данных контрастной урографии (левая почка расположена в торокопозиции, ниже обычного на один позвонок; правая почка не контурируется, функция почки отсутствует).

Гидронефроз левой почки является вторичным и объясняется нарушением оттока мочи по мочеточнику из-за его укорочения его длины и извитого хода ( данные контр. урографии). Признаки гидронефроза выявляются так же при помощи контрастной урографии (чашечки расширены, застойные, своды чашечек закруглены, деформированы. Лоханка резко расширена.) Косвенными признаками гидронефроза являются такие клинические проявления как поллакиурия, императивные позывы, никтурия, и лабораторные данные - полиурия и гипостенурия микрогематурия в анализах мочи.

Хронический пиелонефрит ставится на основании:

данных анамнеза: общая слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, тошнота. Местные симптомы: боль в пояснице, усиливающаяся при физической нагрузке, нарушение мочеотделения (полиурия) и мочеиспускания (поллакиурия). В анамнезе жизни - хронический пиелонефрит.

объективных данных: бледность и сухость кожных покровов, болезненность при пальпации почки, слабоположительный симптом сотрясения.

данных лабораторных и инструментальных методов исследования: в анализе мочи умеренная лейкоцитурия (5 -7 в поле зрения в анализе мочи, и 5200 в пробе по Ничепоренко), микрогематурия ( 3 - 5 в поле зрения в анализе мочи, 600 в пробе по Ничепоренко), массивная бактериурия( большое количество в поле зрения в анализе мочи, посев мочи на микрофлору - патогенный стафилококк).

Все перечисленное дает основания поставить вышеуказанный диагноз.

**Дифференциальная диагностика**

Ввиду наличия ряда заболеваний, имеющих симптомы, сходные с данным заболеванием проводится дифференциальная диагностика со следующими заболеваниями: поликистоз почек, гломерулонефрит, туберкулёз почки, нефроптоз.

Поликистоз почек имеет ряд сходных симптомов, характерных и для данного заболевания: боли в поясничной области, нарушение мочеотделения, слабость, тошнота, рвота, утомляемость, гематурия, гипостенурия.

Дифференциальными признаками, отличающими данное заболевание от поликистоза почек, являются: стойкое повышение АД с нарушением работы сердечнососудистой системы, в нашем случае АД в норме. При пальпации мы находим увеличенную левую почку без значительной плотности и бугристости. При поликистозе увеличенная почка плотная и бугристая. Данный диагностический признак всегда характерен для обеих почек. Имеются отличия и в анализе крови: при данном заболевании анализ крови находится в пределах нормы, а для поликистоза почек характерно изменение анализа крови в виде анемии, повышения уровня креатинина и мочевины. А в анализе мочи при поликистозе часто наблюдается пиурия, если развивается пиелонефрит. При данном заболевании пиурия не развивается, хотя оно осложняется пиелонефритом. На экскреторной урограмме при поликистозе наблюдается двухстороннее одинаковое изменение структур почек, при данном же заболевании изменение структур носит различный характер: слева - расширение и деформация структур, а справа - гипоплазия и отсутствие функции почки.

Острый гломерулонефрит имеет общие с данным заболеванием симптомы: постоянные ноющие боли в поясничной области, головная боль, нарушение мочеотделения, бледность кожных покровов, тошнота, рвота, лейкоцитурия, гематурия.

Но при дифференцировании данного заболевания с вышеуказанным выявляется ряд отличительных симптомов: при гломерулонефрите наблюдается стойкое повышение АД, а при данном заболевании АД в норме; при гломерулонефрите нарушение мечеотделения происходит резко, иногда до полной анурии, в нашем же случае нарушение мочеотделения носит хронический характер (поллакиурия, никтурия); при гломерулонефрите очень быстро развиваются отёки и преимущественно на лице, а в данном случае отёки отсутствуют; стойкое повышение АД приводит к патологии сердечно-сосудистой и дыхательной систем: расширение границ сердца, акцент второго тона на аорте, систолический шум у верхушки, брадикардия, в лёгких прослушиваются влажные хрипы. При данном заболевании патологических изменений сердечнососудистой и дыхательной систем не происходит. Также гипертензия приводит и к нарушению зрения, что в данном случае не наблюдается.

Туберкулёз почки имеет следующие общие симптомы с основным заболеванием: боли в поясничной области, слабость, повышенная утомляемость, гематурия, лейкоцитурия.

При туберкулёзе основным дифференциальным признаком является наличие микобактерий туберкулёза в моче, которые для данного заболевания не характерны. При рентгенологическом исследовании почек можно увидеть характерные для туберкулёза участки обызвествления почки, а для данного заболевания данные изменения не характерны. Нефроптоз также имеет с данным заболеванием общие симптомы: боли в области поясницы, гематурия, общая утомляемость, слабость, головная боль. Дистопия характеризуется отсутствием смещаемости почки в подреберье после перехода больного в горизонтальное положение из вертикального, а при нефроптозе при изменении положения больного почка смещается. Мочеточник при дистопии укорочен, а при нефроптозе мочеточник обычной длины, сильно извитой.

**Лечение**

Режим стационарный. Диета № 15.

Оперативное лечение: не показано.

Консервативное лечение:

) Обезболивающая терапия: Rp.: Sol. Analgini 50% - 2 ml.t.d. №10 in amp.

S. По 2 мл внутримышечно при болях.

Rp.: Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2 ml.t.d. №10 in amp.

S. По 2 мл внутримышечно при болях.

) Общеукрепляющая терапия: Rp.: Sol. Thiamini chloridi 5% - 1 ml.t.d. №10 in amp.. По 1 мл внутримышечно через день.

Rp.: Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5% - 1 ml.t.d. №10 in amp.

S. По 1 мл внутримышечно через день.

Rp.: Sol. Calcii chloridi 1% - 100 ml.t.d. №5 in fl.

S. По 100 мл внутривенно капельно.

) Антибактериальная терапия: Rp: НОК - 5 , 0,5.t.d. № 25 in tab.. По 1 таблетке 4 раза в сутки с 1 по 7 день.

Rp: Furadonini, 0,15.t.d. № 25 in tab.. По 1 таблетке 4 раза в сутки с 8 по 14 день.

Rp: Nitroksolini, 0,2.t.d. № 50 in tab.

S. По 1 таблетке 4 раза в сутки с 15 по 24 день.

**Прогноз**

дистопия почка лечение прогноз

Прогноз для жизни благоприятный при адекватном консервативном лечении и профилактике осложнений.

Относительно трудоустройства - прогноз благоприятный при соблюдении профилактических мероприятий. Место работы должно исключать факторы, способствующие переохлаждению организма и подавляющие иммунитет.

Что касается выздоровления, прогноз неблагоприятный, т.к. основное заболевание в данном случае радикальному лечению не подлежит. При невыполнении врачебных рекомендаций и мер профилактики осложнений возможно развитие хронической почечной недостаточности.

**Литература**

1. Урология. Н. А. Лопаткин. М.: Медицина, 1992.

. Хирургия пороков развития у детей. Г. А. Баиров. Л.: "Медицина", 1968.

. Краткая медицинская энциклопедия, том 2. М.: Советская энциклопедия, 1990.

. Хирургия. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев. М.: ГЭОТАР "Медицина", 1997.

. Клиническая хирургия. Под редакцией Ю.М. Панцирева. М: "Медицина", 1988 год.

. Справочник - путеводитель практикующего врача "2000 болезней". М: "ГЭОТАР Медицина", 2000 год.