Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Кафедра урології

Завідуючий кафедрою: д.м.н., професор Пасєчніков С. П.

Викладач: асистент Клименко Я.М.

ІСТОРІЯ ХОРОБИ

Хворого: ПІБ, 36 років

Діагноз: Хронічний пієлонефрит в стадії активного запалення

Куратор:

Студентка IV курсумедичного факультету

групи

Шумська К.В.

Дата початку курації: 8.10.12.

Дата закінчення курації: 12.10.12.

Київ

Паспортна частина

ПІБ хворого:

Стать: чоловіча

Вік: 36 років

Дата народженя: 16.10.1975

Місце проживання: м.Київ,

Професія: інженер

Місце праці: ВАТ «Іскра»

Сімейний стан: одружений, має трьох дітей

Дата вступу до стаціонару: 8.10.12

Скарги

На інтенсивні болі в попереку ниючого характеру, що турбують постійно, підвищення температури тіла до 39,2ºС, головний біль, загальну слабкість і зниження працездатності, запаморочення, часті позиви до сечовипускання, відсутність апетиту.

morbi

Пацієнт вважає себе хворим з весни 2011 року, коли вперше з’явилися симптоми захворювання: періодичний ниючий, тупий біль у поперековій ділянці, головний біль, запаморочення, підвищення температури тіла до 37,8°С, загальна слабкість і зниження працездатності. Вдома приймав но-шпу, що давала на певний час зменшення болю. Згодом лікувався стаціонарно з приводу гострого пієлонефриту після чого наступило покращення - симптоми захворювання зникли. Після виписки вказівок лікаря щодо амбулаторного лікування не виконував. Періодично з’являлися болі в попереку, які пацієнт знімав но-шпою.

жовтня 2012 року з’явився інтенсивний біль переважно в правій поперековій області. У цей же день відзначає підйом температури до 39,2ºС, з’явилися часті позиви на сечовипускання. Пацієнт випив но-шпу і парацетамол, що дало йому певне полегшення - болі дещо зменшились, температура знизилась до 38,2ºС. 8.10.12 р. звернувся в Київську міську лікарню №9. Проведено обстеження, в аналізі крові: Hb-141г / л; L-7,7 \* 109 / л; ШОЕ-33 мм / ч. В аналізі сечі - активні лейкоцити (кл. Штернгеймера-Мальбіна), бактеріурія. Був направлений в Інситут урології НАМН України. Своє захворювання пов’язує з переохолодженням.

vitae

Хворий народився в місті Києві, умови життя були задовільні. У фізичному і психічному розвитку від однолітків не відставав. Закінчив 10 класів, після чого поступив в інститут електроніки та світлотехніки, служив в армії. З 1997 року працює інженером-електронщиком.

Одружений, має 3 дітей. Житлові умови. Проживає в окремій трьохкімнатній квартирі. Загальна кількість членів сім’ї - 5 осіб.

Спадковість не обтяжена.

Перенесені захворювання: ГРВІ, харчові отруєння. Наркоманію, токсикоманію заперечує. Курить з 17 років, по пів пачки в день. Алкоголь вживає в помірних кількостях.

Алергічні реакції заперечує.

Епідеміологічний анамнез: туберкульоз, гепатит, венеричні захворювання заперечує. В контакті з інфекційними хворими останні 3 тижні не був.

Трансфузійний анамнез: переливання компонентів крові та кровозамінників не проводилося.praesens objectivus

Стан хворого задовільний. Свідомість ясна. Положення в ліжку активне. Температура тіла 37,2ºС. Статура нормостенічна. Зріст 170 см., вага 68 кг. Зовнішній вигляд хворого відповідно віку.

Шкірні покриви чисті, помірної вологості, тургор і еластичність в нормі. Видимі слизові чисті, помірно вологі. Волосяний покрив помірний, оволосіння за чоловічим типом. Пролежнів, трофічних виразок не виявлено. Нігті не змінені.

Підшкірно-жировий шар розвинений помірно, набряків, пухлиноподібних утворень, підшкірної емфіземи немає.

Лімфатичні вузли нормальних розмірів, при пальпації безболісні, рухомі.

М’язова система розвинена помірно. Конфігурація суглобів не змінена. Хворобливість, хрускіт при рухах не визначається. Деформацій хребта, верхніх і нижніх кінцівок не відзначається. Кінцівки по довжині і окружності симетричні.

Частота дихання 19 на хвилину, дихання глибоке, ритмічне. Дихання через ніс вільне, голос ясний. Форма грудної клітки нормостенічна, над- і підключичні ямки помірно виражені. М’язи передньої черевної стінки в акті дихання участі не беруть. Пальпаторно грудна клітка безболісна. Порівняльна перкусія: ясний легеневий звук, однаковий на симетричних ділянках. Топографічна перкусія: верхні межі легень попереду на 3 см вище ключиці, ззаду - на 3 см латеральніше остистого відростка VII шийного хребця.

Нижні межі легень

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографічні лінії | Праворуч | Ліворуч |
| l.parasternalis | Нижній край V ребра | Не визначається |
| l.medioclavicularis | Нижній край VI ребра | Не визначається |
| l.axillaris anterior | Нижній край VII ребра | Нижній край VII ребра |
| l.axillaris media | Нижній край VIII ребра | Нижній край VIII ребра |
| l.axillaris posterior | Нижній край IX ребра | Нижній край IX ребра |
| l.scapularis | Нижній край X ребра | Верхній край X ребра |
| l.paravertebralis | На рівні остистого відростка XI хребця | На рівні остистого відростка XI хребця |

Ширина полів Креніга - 6 см. Екскурсія легень - 6 см. Аускультативно дихання везикулярне, хрипів немає. Крепітація, шум тертя плеври не визначається. Голосове тремтіння однакове на симетричних ділянках. Бронхофонія на симетричних ділянках грудної клітини однакова.

Патологічних пульсацій артерій і вен в області шиї не визначається. Область серця не змінена, патологічної пульсації в ділянці серця, епігастрія не виявлено. Варикозного розширення вен, трофічних виразок немає. Пульс 76 уд./хв, ритмічний, гарного наповнення і напруження, симетричний. Симптом «котячого муркотання», серцевий горб не визначаються. Верхівковий поштовх помірної сили, локалізується в 5 міжребер’ї на 0,5 см досередини від лівої серединно-ключично лінії. При пальпації серцевий поштовх відсутній.

Межі відносної серцевої тупості

|  |  |
| --- | --- |
| Права | На 1см вправо від зовнішнього краю грудини |
| Верхня | Верхній край третього лівого ребра по парастернальній лінії |
| Ліва | На рівні п’ятого міжребер’я медіальніше на 1см від лівої середньо-ключичної лінії |

Межі абсолютної серцевої тупості

|  |  |
| --- | --- |
| ПраваЛівий край грудини |  |
| Верхня | На 2 см вправо від лівої середньо-ключичної лінії |
| Ліва | Четверте ліве ребро по лівій парастернальній лінії |

Поперечник судинного пучка - 5 см. Аускультативно тони серця гучні, шуми не вислуховуються. Порушень ритму серця не визначається. Шум тертя перикарда не визначається. ЧСС - 68 уд. в хв., АТ 120/80 мм. рт. ст.

Язик рожевий, вологий, не обкладений. Каріозних зубів немає. Живіт овальний, симетричний, в акті дихання не бере участь. Розширения підшкірних вен живота не відзначається. Видимої перистальтики немає. Симптом Щоткіна - Блюмберга негативний. При поверхневій пальпації живіт безболісний, напруження м’язів живота не визначається. Грижі і розбіжність прямих м’язів живота не відмічено.

Печінка по правій серединно-ключично лінії розташовується біля краю правої реберної дуги. Край печінки гострий, рівний, гладкий. Розміри печінки по Курлову: по серединно-ключичній лінії - 9 см.; по передній серединній лінії - 8 см; по лівій реберної дузі - 7 см. Міхурові симптоми негативні. При огляді ліве підребер’я не деформовано, селезінка не пальпується. При перкусії поперечник-4 см, в довжину-6 см.

Щитовидна залоза не збільшена, патології ендокринної системи не виявлені.

Свідомість ясна. Настрій спокійний. Поведінка адекватна. Хворий контактний. Менінгіальні симптоми негативні.

localis

Область попереку, надлобкова зона без деформації. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького позитивний з правої сторони. При пальпації сечового міхура болючості не відмічається. Сеча мутна, жовтого кольору.

Попередній діагноз

Хронічний пієлонефрит в стадії активгого запалення.

План обстеження хворого

. Загальний аналіз крові.

. Загальний аналіз мочі.

. Аналіз калу на яйця глистів.

. Біохімічний аналіз крові.

. РПГА.

. Визначення ШКФ.

. Аналіз сечі за Земницьким.

. Аналіз сечі за Нечипоренком.

. Бак.дослідження сечі.

. УЗД.

. Оглядова урографія.

. Екскреторна урографія.

Результати додаткових методів дослідження

. Загальний аналіз крові від 8.10.12.

Гемоглобін-134 г/л

Лейкоцити - 10,5\*109 л.

Еозинофіли-2%

Нейтрофили:

паличкоядерні-2%

сегментоядерні-55%

Лімфоцити-36%

Моноцити-5%

ШОЕ-33 мм/ч

Висновок: лейкозитоз, прискорене ШОЕ.

. Загальний аналіз сечі від 8.10.12.

Колір - жовтий

Прозорість - мутна- слабколужна

Питома вага - 1012 г/л.

Белок - 0, 07 г/л

Епітелій плоский - 1-2 в п.з.

Лейкоцити - 15-20 в п.з.

Бактерії - 105

Висновок: сеча мутна, лейкоцитурія, протеїнурія, бактеріурія.

. Аналіз калу на яйця глистів від 8.10.12.

Яйця глистів не виявлені.

. Біохімічний аналіз крові від 8.10.12.

Креатинін - 0,075 ммоль/л

Сечовина - 14,5 ммоль/л

АлТ- 0,2 мкмоль/мл\*год

АсТ - 0,4 мкмоль/мл\*год

Висновок: гіперурікемія.

. РПГА від 8.10.12.

Висновок: різко виражена.

. Визначення ШКФ від 8.10.12.

ШКФ - 96,6 мл/хв

Висновок: в нормі.

. Аналіз сечі за Земницьким від 9.10.12.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Номер банки | Кількість | Питома вага сечі |
| 1 | 130 | 1005 |
| 2 | 120 | 1006 |
| 3 | 130 | 1005 |
| 4 | 130 | 1005 |
| 5 | 110 | 1006 |
| 6 | 120 | 1006 |
| 7 | 120 | 1007 |
| 8 | 130 | 1007 |

Висновок: денний діурез перевищує нічний, гіпоізостенурія.

. Аналіз сечі за Нечипореком від 10.10.12.

Лейкоцити - 4500/мл

Еритроцити - 1000/мл

Циліндри - відсутні.

Висновок: лейкоцитурія.

. Бактеріальне дослідження сечі від 8.10.12.

Виявлена кишкова паличка.

. УЗД нирок від 8.10.12.

Права нирка розміром 10,8 х 5,3 см. Ліва нирка розміром 9,5 х 5,2 см, бобоподібної форми, рухливі, звичайного місця розташування, контури рівні. Чашечки деформовані.

. Оглядова урограма від 9.10.12.

Нижні полюси нирок розташовані на середині L3. Патологічних тіней на фоні сечового міхура не виявлено.

. Екскреторна урограма від 9.10.12.

Чашки деформовані. Екскреція контрасту уповільнена.

Клінічний діагноз

Хронічний пієлонефрит в стадії активного запалення.

Обґрунтування діагнозу

Діагноз поставлений на підставі:

. Скарг хворого: інтенсивні болі в попереку ниючого характеру, що турбують постійно, підвищення температури тіла до 39,2ºС, головний біль, загальну слабкість і зниження працездатності, запаморочення, часті позиви до сечовипускання, відсутність апетиту.

. Анамнезу хвороби: весною 2011 року у пацієнта вперше з’явилися симптоми захворювання: періодичний ниючий, тупий біль у поперековій ділянці, головний біль, запаморочення, підвищення температури тіла до 37,8°С, загальна слабкість і зниження працездатності. Вдома приймав но-шпу, що давала на певний час зменшення болю. Згодом лікувався стаціонарно з приводу гострого пієлонефриту після чого наступило покращення - симптоми захворювання зникли. Після виписки вказівок лікаря щодо амбулаторного лікування не виконував. Періодично з’являлися болі в попереку, які пацієнт знімав но-шпою. 7 жовтня 2012 року з’явився інтенсивний біль переважно в правій поперековій області. У цей же день піднялась температура до 39,2ºС, з’явилися часті позиви на сечовипускання. Пацієнт випив но-шпу і парацетамол, що дало йому певне полегшення - болі дещо зменшились, температура знизилась до 38,2ºС. Попередньо пацієнт сильно переохолодився.

. Даних об’єктивного обстеження: симптом Пастернацького позитивний з правої сторони. Сеча мутна, жовтого кольору.

. Даних лабораторних та інструментальних досліджень: загальний аналіз крові - лейкозитоз, прискорене ШОЕ; загальний аналіз сечі - мутна, лейкоцитурія, протеїнурія, бактеріурія; біохімічний аналіз крові - гіперурікемія; РПГА різко позитивна; аналіз сечі за Земницьким - гіпоізостенурія; аналіз сечі за Нечипоренком - лейкоцитурія; бактеріальне дослідження сечі - виявлена кишкова паличка; УЗД - деформовані чашечки; екскреторна урограма - чашки деформовані, екскреція контрасту сповільнена.

Етіологія і патогенез захворювання

Пієлонефрит - інфекційне захворювання з переважним враженням чашково-мискового апарату. Специфічного збудника немає. Може бути викликаний як ендогенною флорою, так і екзогенною. Найчастіше з сечі виділяють кишкову паличку - 80%, бактерії групи протея, ентерокок, стафілокок, синегнійну паличку. Дані збудники можуть проникнути в нирку трьома шляхами: 1)гемотогенним; 2) урогенним; 3) висхідним по стінці сечових шляхів.

Чинники, що сприяють розвитку захворювання: 1) наявність збудника в організмі; 2) переохолодження; 3) порушення мікроциркуляції; 4) знижена імунологічна реактивність організму; 5) порушення відтоку сечі.

Диференційний діагноз

Хронічний пієлонефрит треба диференціювати з хронічним гломерулонефритом, туберкульозом нирки, гострим апендецитом.

Хронічний пієлонефрит клінічно схожий з хронічним гломерулонефритом - болі в попереку, підвищення температури. Але при гломерулонефриті спостерігається гематурія, в аналізі сечі ерироцитурія, циліндрурія, на УЗД та урограмі спостерігається враження кубочків, а не чашко-мискової системи.

При туберкульозі нирки болі локазізуються також переважно в поперековій області, з’являється помутніння сечі. Але на відміну від хронічного пієлонефриту температура піднімається лише до субфебрильних цифр, може виникати гематурія, реакція сечі кисла, при бак. посіві сечі виявляється паличка Коха, на рентгенологічних знімках і УЗД ознаки каверн. Також важливим фактором для поставлення діагнозу туберкульоз нирки є наявність туберкульозу інших органів (переважно легень) в анамнезі.

Необхідність диференціювання від гострого апендициту виникає при тазовому розташуванні червоподібного відростка, так як в цьому випадку відзначається почастішання сечовипускання, як і при пієлонефриті. Однак болі при гострому апендициті поступово наростаючі, в пахово-клубовій області, супроводжуються нудотою і блюванням, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Температура тіла при гострому апендициті підвищується поступово і стійко тримається на високому рівні, а при пієлонефриті раптово підвищується до 38,5-39ºС, супроводжуюється ознобом і проливним потом.

Таким чином виключаються у пацієнта хронічний гломерулонефрит, туберкульоз нирки, гострий апендицит і підтверджується діагноз хронічний пієлонефрит.

Кінцевий діагноз

Хронічний пієлонефрит в стадії активного запалення.

Лікування

. Режим - постільний.

. Дієта - стіл №7 з обмеженим вживанням солі, гострих страв, питний режим - до 2-2,5 л/день.

. Медикаментозне лікування.

) Антибіотикотерапія згідно результатам бак.посіву..: Tab. Ampicillini 0,25 N. 30.S. Приймати по одной таблетки 4 рази на день.

) Дезінтоксикаційна терапія..: Sol. Natrii-chloridi 0,9%-800ml. t. d. N. 2.. Вводити внутрішньовенно крапельно..: Sol. Glucosi 5%-400ml. t. d. N. 1.. Вводити внутрішньовенно крапельно...: Sol. Calcii-chloridi 1%-100ml. t. d. N. 1.. Вводити внутрішньовенно крапельно.

) Вазодилятатори.: Tab. Pentoxyphyllini 0.1 N 60.S. Приймати по 2 таблетки 3 рази на день.

.4) Болезаспокійливі та жарознижувальні препарати..: Sol. Analgini 50%-20ml. t. d. N. 10 in amp.. Вводити внутрішньом’язево по 1 ампулі.

) Вітамінотерапія.: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml.t.d.N. 5 in amp.. Вводити ввнутрішньом’язево по 2 мл.: Sol. Thiamini chloridi 2.5% - 1ml.t.d. N 10 in amp.. Вводити ввнутрішньом’язево по 1 мл.: Sol. Cyancobalamini 0.003% - 1ml..t.d. N 10 in amp.. Вводити ввнутрішньом’язево по 1 мл.

. Фізіотерапевтичне лікування в стадії ремісії.

Магнітотерапія, лазеротерапія, ЛФК.

. Санітарно-курортне лікування: Трускавець, Желєзноводськ.

Щоденники

.10.12. Стан хворого задовільний. Свідомість ясна. Скаржиться на сильні болі в попереку, полакіурію, слабкість. Температура - 37,2ºС, АТ - 120/80 мм.рт.ст., пульс - 76 уд./хв, ЧД - 19/хв. Дихання везикулярне, хрипів немає. Сердечні тони ясні, гучні, ритм правильний. Живіт м'який, безболісний. Стілець оформлений, звичайного кольору, без домішок крові та слизу. Симптом Пастернацького позитивний з правого боку.

.10.12. Стан хворого задовільний. Свідомість ясна. Динаміка позитивна : болі в попереку зменшились, відчуває слабкість. Температура - 36,9ºС, АТ - 120/80 мм.рт.ст., пульс - 78 уд./хв, ЧД - 18/хв. Дихання везикулярне, хрипів немає. Сердечні тони ясні, гучні, ритм правильний. Живіт м'який, безболісний. Стілець оформлений, звичайного кольору, без домішок крові та слизу. Симптом Пастернацького слабкопозитивний з правого боку.

.10.12. Стан хворого задовільний. Свідомість ясна. Динаміка позитивна: скарг не пред’являє. Температура - 36,7ºС, АТ - 120/80 мм.рт.ст., пульс - 78 уд./хв, ЧД - 19/хв. Дихання везикулярне, хрипів немає. Сердечні тони ясні, гучні, ритм правильний. Живіт м'який, безболісний. Стілець оформлений, звичайного кольору, без домішок крові та слизу. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

Епікриз

Хворий ПІБ, 1975 року народження, поступив в Інситут урології НАМН України 8.10.12 за направленням дільничного терапевта. Поступив зі скаргами на інтенсивні болі в попереку ниючого характеру, що турбують постійно, підвищення температури тіла до 39,2ºС, головний біль, загальну слабкість і зниження працездатності, запаморочення, часті позиви до сечовипускання, відсутність апетиту.

Із анамнезу хвороби: півтора роки тому хворів на гострий пієлонефрит. Лікувався в стаціонарі. Після виписки симптоми зникли і пацієнт лікування не продовжив. Періодично з’являлися болі в попереку.

Об’єктивно: Стан хворого задовільний. Свідомість ясна. Шкірні покриви чисті, помірної вологості, тургор і еластичність в нормі. Видимі слизові чисті, помірно вологі. Підшкірно-жировий шар розвинений помірно, набряків, пухлиноподібних утворень, підшкірної емфіземи немає. Лімфатичні вузли нормальних розмірів, при пальпації безболісні, рухомі.

Дихання через ніс вільне, голос ясний. Дихання везикулярне, хрипів немає.

Область серця не змінена, патологічної пульсації в ділянці серця, епігастрія не виявлено. Межі відосної та абсолютної серцевої тупості в нормі.

Язик рожевий, вологий, не обкладений. Живіт овальний, симетричний. Симптом Щоткіна - Блюмберга негативний. При поверхневій пальпації живіт безболісний, напруження м’язів живота не визначається.

Область попереку, надлобкова зона без деформації. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького позитивний з правої сторони. При пальпації сечового міхура болючості не відмічається. Сеча мутна, жовтого кольору.

Дані лабораторних та іструментальних досліджень: загальний аналіз крові - лейкозитоз, прискорене ШОЕ; загальний аналіз сечі - мутна, лейкоцитурія, протеїнурія, бактеріурія; біохімічний аналіз крові - гіперурікемія; РПГА різко позитивна; аналіз сечі за Земницьким - гіпоізостенурія; аналіз сечі за Нечипоренком - лейкоцитурія; бактеріальне дослідження сечі - виявлена кишкова паличка; УЗД - деформовані чашечки; екскреторна урограма - чашки деформовані, екскреція контрасту сповільнена.

Клінічний дігноз: хронічний пієлонефрит в стадії активного запалення.

Проведено лікування: антибіотикотерапія (ампіцилін), дезінтоксикаційна терапія (розчини натрій хлориду, кальцій хлориду, глюкози), вазодилятатори (пентоксифіллін), болезаспокійливі та жарознижувальні препарати (анальгін), вітамінотерапія (С, В1, В12).

Динаміка стану хворого позитивна: симптоми захворювання зникли.

За даними лабораторних показників, клінічних симптомів одужання - планувати на виписку.

Рекомендації: продовжувати медикаментозне лікування, в стадії ремісії фізіотерапевтичне та саніторно-курортне лікування.

хронічний пієлонефрит антибіотикотерапія сечовий

Прогноз

Для життя - сприятливий; для видужання - несприятливий; для працездатності - сприятливий.

Література

1.Возіанов О.Ф., Люлько О.В. Урологія: Підручник. - Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2002. - 830 с.

. Москаленко В.Ф., Сахарчук І.І. Пропедевтика внутрішніх хвороб. - Київ: Книга плюс, 2007. - 632 с.

. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Пиелонефриты. - Санкт-Петербург: Медиа-пресс, 1996. - 256 с.

. Лекційні матеріали.