ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Кафедра урологии с курсом ИПО

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ДИАГНОЗ: Мочекаменная болезнь

Куратор - студентка группы 411В

лечебного факультета Яруллина А.Ф.

Время курации: С 30.03.13 по 3.04.13

Преподаватель доцент, к.м.н.

Ишемгулов Руслан Радикович

УФА - 2013г

Паспортная часть

ФИО

Возраст: 51 год (16.06.1961)

Пол: Женский

Адрес:

Место работы:

Дата поступления в клинику

Жалобы

Жалобы на постоянную ноющую боль в правой поясничной области, иррадиирующие в пах, усиливающиеся при нагрузке. Постоянно беспокоят приступы тошноты и рвоты. Температура тела 37,7С.

Анамнез заболевания

Больной себя считает в течение 25 лет, когда впервые появились ноющие и тянущие постоянные боли в правой поясничной области. В ходе обследования в поликлинике по месту жительства был выявлен коралловидный камень в правой почке. Проходила амбулаторной лечение по месту жительства. 25.04.2012 - ампутация матки в РКБ им. Куватова. 28.03.13 Госпитализирована с целью дообследования и решения вопроса о методе лечения. С момента поступления в стационар больной назначен полный курс диагностических мероприятий, направленный на выявление этиологии и локализации процесса. Больная переведена на палатный режим и диету №5.

Анамнез жизни

Рост и развитие соответствует возрасту.

Краткие биографические сведения:

Единственный ребенок в семье. Прививки согласно графику. Росла и развивалась нормально. Материально-жилищные условия нормальные. Питается регулярно.

Бытовой анамнез: проживает в квартире со всеми удобствами.

Семейный анамнез: замужем, имеет двоих детей.

Вредные привычки: не курит; алкоголем не злоупотребляет, наркотические вещества не употребляла (со слов пациента).

Гемотрансфузионный анамнез: группа крови - первая 0(I), резус-фактор (Rh) - положительный. Гемотрансфузий не было (со слов пациента).

Генетический анамнез: не отягощен. Мать здорова, вредных привычек нет. Гормональными препаратами, со слов пациента, не лечился.

Аллергологический анамнез: аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

Гинекологический анамнез: Менструальный цикл начался в 12 лет, регулярный. Менопауза в 48 лет.

Перенесенные заболевания и травмы: ОРЗ, краснуха, ветрянка. Аппендэктомия в 1979 году. Туберкулез, венерические, кожные заболевания, психические расстройства, алкоголизм у себя и близких родственников отрицает. Болезнью Боткина не болела, сахарного диабета нет.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции отрицает.

Объективное исследование

Общее состояние удовлетворительное. Внешний вид соответствует возрасту. Сознание ясное. Положение тела - активное. Рост - 164см. Вес - 50кг. Телосложение нормостеническое. Выражение лица спокойное.

Кожа сухая, теплая, без очагов депигментации, без сосудистых изменений. Видимых опухолей не обнаружено. Ногти нормальной конфигурации, не ломкие. Подкожная клетчатка развита умеренно. Отеков нет.

Мышцы развиты нормально, симметричны с обеих сторон. Кости не деформированы. Симптом "барабанных палочек" отсутствует. Суставы нормальной конфигурации. Глаза без патологического блеска, склеры белые. Герпетических высыпаний нет.

Слизистая губ бледно-розовой окраски, без герпетических высыпаний, рубцов, трещин.

мочекаменная болезнь диагноз лечение

Система органов дыхания

Частота дыхательных движений 18 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

Пальпация: грудная клетка регидная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки ясный легочный звук.

Границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница легких | Слева | Справа |
| Linea parasternalis (окологрудинная) | V межреберье | - |
| Linea mammilaris (срединно-ключичная) | VI ребро | - |
| Linea axilaris anterior (передняя подмышечная) | VII ребро | VII ребро |
| Linea axilaris media (средняя подмышечная) | VIII ребро | VIII ребро |
| Linea axilaris post. (задняя подмышечная) | IX ребро | IX ребро |
| Linea scapularis (лопаточная) | X ребро | X ребро |
| Linea paravertebralis | XI ребро | XI ребро |

Высота стояния верхушек легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева | Справа |
| Спереди | 3,5 см | 3,5 см |
| Сзади | на уровне VII | шейного позвонка |

Ширина полей Кренига справа и слева по 7см

Подвижность нижнего края легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева | Справа |
| Linea mammilaris (срединно-ключичная) | 4 см | - |
| Linea axilaris media (средняя подмышечная) | 6,5 см | 6,5 см |
| Linea scapularis (лопаточная) | 4 см | 4 см |

Аускультация: над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система

При осмотре области сердца выпячиваний, видимой пульсации не обнаружено.

Пальпация: верхушечный толчок пальпируется в V межреберье слева на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, сила умеренная.

Перкуссия

Границы относительной тупости сердца.

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | на 1 см вправо от правого края грудины в IV межреберье |
| Слева | на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии в V межреберье |
| Вверху | III ребро по левой окологрудинной линии |

Границы абсолютной сердечной тупости.

|  |  |
| --- | --- |
| справа | левый край грудины |
| слева | на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии |
| вверху | IV ребро |

Ширина сосудистого пучка - 5,5 см

Аускультация сердца.

Тоны сердца ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) - 78 ударов в минуту. Дополнительных тонов, побочных органических и функциональных шумов не выявлено. AD 130 на 80 мм.рт.ст.

Исследование сосудов:

Визуальной пульсации в проекциях артерий не выявлено.

Система органов пищеварения

Желудочно-кишечный тракт

Аппетит сохранен. Слизистая ротовой полости бледно-розового цвета. Язык влажный, покрыт белым налетом. Зубы молочного цвета. Миндалины не увеличены, бледно-розового цвета, без признака налета. Живот не вздут, участвует в акте дыхания.

Печень и желчные пути выпячиваний и деформаций в области печени не выявлено.

Селезенка выпячиваний и деформации в области левого подреберья не выявлено. Кишечные шумы прослушиваются, перистальтика кишечника сохранена. Характер перкуторного звука - тимпанический.

Печень и желчные пути.

Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из-под края реберной дуги, поверхность печени гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется.

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеаксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

При поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации сигмовидная кишка не пальпируется. Слепая кишка не пальпируется. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

Селезенка не пальпируется.

Эндокринная система

Без патологии.

Гипоталамо-гипофизарная система.

Телосложение правильное, пропорциональное, по женскому типу. Увеличения размеров конечностей, носа, языка, челюстей, ушных раковин нет. Лицо округлое.

Щитовидная железа.

Щитовидная железа не пальпируется, безболезненная при пальпации. Поджелудочная железа.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Половые железы. Вторичные половые признаки развиты нормально.

Нервная система и органы чувств

Обоняние и вкус нормальные. Органы зрения: глазные яблоки подвижны, косоглазие не выявлено. Реакция зрачков на свет в норме. Глотание, движения языка развиты в норме. Сознание ясное, ориентация в пространстве, времени, ситуации не нарушена. Интеллект соответствует уровню развития.

Мочеполовые органы

Жалобы: боли в правой поясничной области.

Осмотр: Припухлости, выбухания, ассиметрии, нарушения окраски поясничной и надлобковой области не выявлено.

Перкуссия: Поясничная область. Симптом поколачивания положительный. Надлобковая область. Над лоном определяется тимпанический звук.

Пальпация: При глубокой пальпации лежа пальпируется правая почка. На вдохе отчетливо пальпируется нижний сегмент правой почки, который на выдохе уходит в правое подреберье. Пальпация правой почки болезнена. Болезненности по ходу правого мочеточника нет.

Данные лабораторного исследования

Общий анализ крови. 29.03.136,7\*10^9/L RBC 4,76\*10^12/L HBG 131g//L HCT 0,416 MCV 87,4 fL MCH 27,5pg MCHC 315 g/L PLT 230\*10^9/L LYM% 0,301 MXD% 0,107 NEUT % 0,592 RDW 45,6 fL PDW 16,9 fL MPW 12,5 fL P - LCR +0,452 СОЭ 11 мм/ч

Биохимический анализ крови. 29.03.13

Белок общий 76,3 г/л Мочевина 5,5 ммоль/л Креатинин 97,10 мкмоль/л глюкоза 5,27 ммоль/л билирубин общий 16,2 мкмоль/л калий 5,0 ммоль/л натрий 147 ммоль/л хлориды 113,0 ммоль/л

Общий анализ мочи 29.03.13

Цвет светло-желтый,

прозрачность - мутный,

Реакция кислая,

удельный вес 1,012,

Белок 0,110 г/л

Эпителий плоский

Бактерии ++

Слизь+

Инструментальные методы исследования.

ЭКГ

Синусовый ритм. ЧСС 66 уд/мин Гипертрофия левого желудочка. Нарушение процессов реполяризации в перегородочной и верхушечной областях левого желудочка.

Обзорная и экскреторная урография

В проекции лоханки правой почки, а также нижних чашечек определяется рентгенпозитивная тень конкрементов соответственно 1.7\*2.5 см; 1\*1.3см; 0.5\*0.5 см - коралловидный камень. Левая почка без патологии.

Обе почки выделяют контраст, внутренние полостные системы правой почки расширенные, размеры почки по отношению к правой не

увеличены. Правый мочеточник слабо неотчетливо контрастируется.

Мочевой пузырь без особенностей. Остаточной мочи не определяется.

Заключение: Коралловидный камень правой почки, признаки гидронефроза.

Выделительная функция почек сохранена, эвакуаторная м концентрационная слева снижены.

УЗИ

Контур правой почки нечеткий, верхне-нижний размер 12.4\*6.4 см, паренхима 1.2 см, гипоэхогенна с усилением сосудистого рисунка. Чашечно-лоханочнаясистема расширена: чашки 1.4\*1.6 см, лоханка 3.4\*2.6 см, гиперэхогенное образование в просвете лоханки 1.5 см, также во всех нижних и частично в средних чашечках.

Контур левой почки четкий. Размеры 10.6\* 5.6 см, паренхима повышенной эхогенности с усилением сосудистого рисунка, чашечно-лоханочная система не расширена.

Заключение: коралловидный камень правой почки, гидронефроза справа

МСКТ.

На МСКТ визуализируется коралловидный камень, заполняющий лоханку, а также нижние и частично средние чашечки правой почки.

Клинический диагноз

Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень правой почки.

Клинический диагноз и его обоснование.

Диагноз мочекаменная болезнь обоснован характерными для данного заболевания жалобами: тянущие ноющие боли в пояснице, преимущественно справа;

данными анамнеза: болеет в течение 25 лет, получала амбулаторно консервативное лечение по месту жительства;

данными физикального исследования: положительный симптом Пастернацкого справа,

данными лабораторных исследований: мутный цвет мочи, содержание белка в моче 0,110 г/л;

данными инструментальных исследований: обзорная урография, экскреторная урография: Коралловидный камень правой почки, признаки гидронефроза. Выделительная функция почек сохранена, эвакуаторная м концентрационная слева снижены.

УЗИ: коралловидный камень правой почки, гидронефроза справа.

МСКТ: коралловидный камень, заполняющий лоханку, а также нижние и частично средние чашечки правой почки.

Патогенез

Развитие заболевания связано с рядом сложных физико-химических процессов, происходящих как в организме в целом, так и в почке и мочевыводящих путях. Присоединение мочевой инфекции усугубляет течение заболевания. Причина - неблагоприятное влияние продуктов жизнедеятельности микроорганизмов, способствующих ощелачиванию мочи и образованию кристаллов аморфных фосфатов, а при наличии ядра кристаллизации - и росту, и формированию конкремента. При всем многообразии причин МКБ можно выделить ряд общих факторов, способствующих камнеобразованию:

прием небольшого количества жидкости и выделение малого количества мочи;

перенасыщение мочи солями в связи с избыточным их выделением при обменных нарушениях (тубулопатии, ферментопатии экзогенного и эндогенного характеров, врож-денные и приобретенные) и малом диурезе;

инфекция мочевых путей;

алиментарные факторы;

дефицит ингибиторов камнеобразования, связывающих ионы для поддержания их в растворенном состоянии.

Для развития заболевания возможна роль и более конкретных этиологических факторов в зависимости от состава конкрементов. Так для уратного нефролитиаза это: гиперурикозурия, гиперурикемия (подагра, пищевые факторы, миелопролиферативные заболевания, псориаз); постоянно кислая реакция мочи с рН менее 5,5 (болезни желедочно-кишечного тракта, сопровождающиеся поносами, канальцевые диструкции).

Для кальциевого литиаза характерны идиопатическая гиперкальциурия; гиперпаротиреоз; интоксикация витаминами группы D; дистальный почечный канальцевый ацидоз; саркоидоз; миеломная болезнь; метастазы опухолей; молочно-щелочной синдром при сочетании молочной диеты с ятрогенным алкалозом при лечении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Для оксалатного нефролитиаза это: первичная гипероксалурия, в том числе и обусловленная дефицитом пиридоксина; повышенное потребление с пищей растительных продуктов; мзбыток веществ, усиливающих метаболизм в оксалаты (аскорбиновая кислота); увеличение всасывания свободных оксалатов при нарушении всасывания жиров, связывающих кальций в кишечнике (болезнь Крона, мальабсорбция, перенесенная резекция тонкой кишки).

При фосфатном нефролитиазе: резко щелочная моча при рН более 7,0; инфекция нижних мочевых путей с возбудителями, ощелачивающими молу и выделяющими уреазу, способными расщеплять мочевину (протей, синегнойная палочка); обструктивные процессы верхних мочевыводящих путей.

В развитии МКБ можно различать патогенетические механизмы возникновения и формирования конкремента (литогенез) и комплекс патогенетических процессов, протекающих в почках и мочевых путях при наличии конкремента и его миграции из почки по мочеточнику в мочевой пузырь, а из него по уретре наружу (собственно патогенез нефролитиаза и его осложнений).

Общепризнано, что для формирования камня необходима основа - белково-мукополисахаридная матрица конкремента, которая вырабатывается почкой и может выделяться с мочой больного. Причиной образования матрицы могут служить обменные нарушения в дистальных отделах нефрона, обусловленные наследственными (ферменто- и тубулопатии), обменными нарушениями (дистальный канальцевый ацидоз), выделением малорастворимых соединений (кетоформа мочевой кислоты при пуриновом кризе, сульфаниламиды в условиях относительной олигурии и пр.), а также расстройства внутрипочечной гемодинамики. Свободное выделение матрицы с мочой не приводит к формированию конкремента, задержка ее под влиянием расстройств уродинамики, напротив, делает ее своеобразным ядром кристаллизации, способствуя образованию микролита, а затем формированию постепенно увеличивающегося камня. Подобным ядром кристаллизации, кроме матрицы могут являться скопления слущенных погибших клеток уротелия в условиях застоя мочи, а также микроорганизмы и клеточный детрит на фоне воспалительного процесса и нарушений уродинамики. Будучи в 10 раз перенасыщенным раствором солей, нормальная моча является стабильной средой, в которой в норме спонтанная кристаллизация не наступает (коллоидное равновесие мочи) благодаря присутствию защитных коллоидов. Даже временные, преходящие нарушения внурипочечного кровообращения, связанные с расстройствами уродинамики, микробные факторы и воспаление могут уменьшать их продукцию и количественное содержание в моче, что способствует кристаллизации и постепенному росту камня.

Существует еще один не менее важный механизм возникновения и формирования камней.В ответ на расстройсва уродинамики почка, стараясь предельно снизить процкссы мочеобразования, работает в условиях артериального спазма и венозного палнокровия, которые могут в силу определенных причин - врожденных лил приобретенных (нефроангиопатия при сахарном диабете, артериосклероз) - обуславливать некроз сосочков (медуллярный или папиллярный некроз). Отторжение некротизированного или секвестированного сосочка в чашечке обнажает раневую поверхность, которая на фоне быстрого присоединения инфекции со щелочной реакцией мочи быстро становится площадкой для кристаллизации солей, в щелочной среде - чаще фосфатов, с последующим быстрым ростом каралловидного камня.

Среди экзогенных факторов МКБ главным считается особенности климата, питьевой воды, характера питания. Поэтому частота нефропатий особенно велика, в странах с жарким сухим климатом, в горных местностях, на Крайнем Севере. В ряде регионов эндемического характера очаги МКБ совпадают с очагами распространения эндемического зоба, что связано с особенностями питьевой воды.

Лечение

Протокол операции

Операция: Чрескожная пункционная нефролитолапаксия справа.

Клинический диагноз: Мочекаменная болезнь. Коралловидный камень правой почки.

Дата:2.04.13.г.

Ход операции

В условиях рентген - операционной в положении больной на животе с приподнятом правым боком по задней подмышечной линии под УЗИ наведением, рентген- контролем,выполнена пункция члс правой почки через нижнюю чашечку. По проводнику с использованием телескопических бужей выполнена фистулизация почки d до 28по ch. В полость почки установлена Амплац - трубка, по которой проведен тубус нефроскопа. В полости выполнена ультразвуковая литотрипсия камня с эвакуацией фрагментов. В полость почки по Амплац трубке установлены 1 нефростомический дренаж. Проведена антеградная пиелографиия. Дренаж фиксирован. Оперативное лечение завершено.

Назначения

.: Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 800,0.t.d. N 5.: в/в капельно 1р/д, 5 дней..: Sol. Analgini 50% - 2,0. Drotaverini 2% -2,0.t.d. aa N 10 in amp..: в/м 5 дней..: Sol. Сeftriaxoni 1,0.t.d. N 10.: в/м 2р/д, 5 дней

Дневник

.03.13, 11.00

Жалобы на постоянную ноющую боль в правой поясничной области, иррадиирующие в пах.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Гемодинамика стабильная. АД на обеих верхних конечностях 130/80 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 78 уд/мин. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, сухие. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД=18/мин. Живот при пальпации мягкий, симметричный, не вздут, безболезненный во всех отделах, перитонеальных знаков нет, печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет. Мочеиспускание не нарушено, стул регулярный, оформленный. Температура тела 36,80С. Лечение получает.

.04.13, 10.20

Жалоб на ноющие боли в правой поясничной области, постоянного характера.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Гемодинамика стабильная. АД на обеих верхних конечностях 120/80 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 80 уд/мин. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, сухие. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД=17/мин. Живот при пальпации мягкий, симметричный, не вздут, безболезненный во всех отделах, перитонеальных знаков нет, печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет. Мочеиспускание не нарушено, стул регулярный, оформленный. Температура тела 36,60С. Лечение получает.

.04.13, 11.00

Жалоб на момент осмотра не предъявляет.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Гемодинамика стабильная. АД на обеих верхних конечностях 130/80 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 70 уд/мин. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, сухие. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД=16/мин. Живот при пальпации мягкий, симметричный, не вздут, безболезненный во всех отделах, перитонеальных знаков нет, печень не увеличена, безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный. Отеков нет. Мочеиспускание не нарушено, стул регулярный, оформленный. Отделяемое по дренажу геморрагического характера, гноя нет. Температура тела 36,60С. Лечение получает.

Эпикриз

ФИО поступила 28.03.2013 в РКБ им. Куватова в урологическое отделение с диагнозом мочекаменная болезнь, коралловидный камень правой почки. Проведено оперативное лечение - чрескожная пункционная нефролитолапаксия. Прогноз для жизни и трудоустройства благоприятный

Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику уролитиаза проводят с некоторыми урологическими заболеваниями, такими как нефроптоз, новообразования и туберкулез почек.

Дифференциальная диагностика мочекаменной болезни, особенно приступов почечной колики, должна проводиться с острым аппендицитом, острым холециститом, перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, непроходимостью кишечника, острым панкреатитом, нарушенной внематочной беременностью и другими острыми заболеваниями органов брюшной полости.

В данном случае пациентка не имеет почечной колики. Клиническая картина стерта, т.к. коралловидный нефролитиаз сопровождается образованием крупных камней, заполняющих ЧЛС в виде слепка, поэтому, не имея возможности проникнуть в мочеточник, не вызывает приступов почечной колики. Заболевание имеет длительное хроническое течение. Коралловидный камень легко диагностируется при помощи УЗИ и КТ.