*Паспортная часть:*

Ф.и.о.:

Пол: жен.

Возраст: 61 год.

Профессия:

Место работы:

Семейное положение: замужем.

Адрес:

Дата поступления в клинику:

Диагноз при поступлении: хронический гломерулонефрит.

Диагноз клинический:

* основное заболевание: хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, рецидивирующее течение, стадия обострения.
* осложнения: ХПН IIIа.
* сопутствующие заболевания: хронический гастрит; хронический холецистит, ремиссия; тиреоэктомия.

*Жалобы больного:*

На момент курации больная предъявляет жалобы на: общую слабость, утомляемость, снижение суточного диуреза, умеренный боли в поясничной области, боли в правой нижней конечности, особенно сильно выраженные по ходу вен голени, постоянные, тупые, умеренно выраженные, усиливающиеся при ходьбе и ночью. Кроме того отмечает периодические головные боли, средней интенсивности, исчезающие после принятия гипотензивных препаратов и в покое.

*История заболевания:*

Считает себя больной с 1995 года, когда впервые появились сильные головные боли, умеренные боли в поясничной области, затем появились отеки, локализующиеся преимущественно на лице, а впоследствии и на ногах, снижение диуреза до 250-300 мл/сут. Прибавка в весе до 8 кг. Обратилась к участковому терапевту, после обследования направлена в нефрологическое отделение ОМСЧ №1, с диагнозом: острый гломерулонефрит. Прошла курс лечения в течении 4 месяцев с положительной динамикой. После этого ежегодно через каждые 2 мес. сдавала кровь на креатинин и мочевину. Уровень мочевины в пределах нормы, креатинин – от 280 до 360 мкмоль/л. принимала «Леспефлан», гипотензивные препараты и до настоящего обострения чувствовала себя удовлетворительно. В январе 1999 года перенесла ОРВИ после чего появились и в дальнейшем нарастали боли в суставах: коленных, тазобедренных. Принимала ортофен, вольтарен. При очередной сдаче анализа крови на креатинин обнаружено повышение цифр до 530 мкмоль/л. Отмечала появление умеренных отеков на лице, снижение суточного диуреза, периодические головные боли. После консультации нефролога направлена в терапевтическое отделение гор. бол. №4.

*История жизни:*

Родилась в 1938 году в семье рабочих. Закончила среднюю школу, индустриальный техникум. Работала на вагонном заводе мастером в цехе до 1975 года. С 1976 года работала старшим мастером в цехе на пивзаводе. Профессиональных вредностей не было.

В 21 год вышла замуж, имеет двоих детей, семейно-бытовые условия удовлетворительные.

Перенесенные заболевания: отмечает частые ОРВИ, ангины. В анамнезе хронический гастрит, хронический холецистит в стадии ремиссии. Туберкулез, сахарный диабет, вирусный гепатит отрицает.

1976 год – операция по поводу варикозных узлов вен правой голени.

1991 год – аппендэктомия.

1993 год – тиреоэктомия.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркоманию, токсикоманию отрицает.

Семейный анамнез и наследственность: у родственников подобной патологии не было. Отец умер в возрасте 68 лет от инфаркта миокарда, мать в возрасте 76 лет от сердечной недостаточности.

Аллергологический анамнез: непереносимости лекарственных препаратов нет, аллергических реакций на пищевые агенты, запахи не было.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, регулярные, без патологии. 3 беременности, двое родов, один аборт (медицинский), выкидышей не было. С 1989 в климаксе.

*Данные общего объективного исследования:*

Общее состояние: сознание ясное, поведение активное; выражение лица осунувшееся, кожные покровы бледные, слизистые розового цвета. Температура тела 36,7 С. частота пульса 42 уд/мин. ЧДД 18 в минуту. Ад **170/90** мм.рт.ст. На основании этих данных общее состояние удовлетворительное. Питание повышенное, телосложение правильное. Тип конституции нормостенический.

***Покровы и подкожно-жировая клетчатка:***

Кожа бледного цвета, сыпь, кровоизлияния, расчесы, пролежни, язвы отсутствуют. Тургор снижен, влажность не изменена. Слизистые бледно-розового цвета, высыпаний и изъязвлений нет. Подкожная клетчатка выражена, толщина складки 2.5 см., отеки отсутствуют. Волосы: оволосение по женскому типу, ломкости и выпадения нет. Ногти правильной формы прозрачные, деформации не выявлено.

***Опорно-двигательный аппарат:***

Деформаций, укорочения конечностей нет. При пальпации, поколачивании, нагрузке болезненность не обнаружена. Опухолевидные образования отсутствуют. Деформация суставов не выявлена, отмечается умеренная болезненность коленных и голеностопных суставов, объем движений полный; хруст, флюктуация отсутствуют. Мышечная система развита умеренно, болезненности нет, тонус нормальный, уплотнения не обнаружены.

***Органы кроветворения, лимфатическая система, селезенка:***

У больной отсутствуют петехии, экстравазаты, болезненность при постукивании по грудине и трубчатым костям. Лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные передние и задние, над и подключичные, подмышечные, локтевые и паховые, подколенные не пальпируются. Кожа над лимфоузлами не изменена, безболезненна. Селезенка не пальпируется. При перкуссии размер селезенки: длинник-6 см, поперечник-4 см.

***Система органов дыхания:***

*Осмотр носа*: форма правильная, носовое дыхание свободное, крылья носа в акте дыхания не участвуют. Носоглотка правильной формы. Пальпация гортани безболезненна, форма правильная, положение нормальное, подвижность не изменена.

*Осмотр грудной клетки*:

1. **Статический:** форма грудной клетки правильная, нормостеническая, величина половин грудной клетки одинакова. Деформации нет.
2. **Динамический:** обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания, тип дыхания грудной. Частота дыхания 18 раз в минуту. Дыхание ритмичное, глубина нормальная. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

*Пальпация* грудной клетки безболезненна. Эластичность не изменена. Голосовое дрожание нормальное.

*Сравнительная перкуссия:* симметрично перкуторный звук ясный легочный.

*Топографическая перкуссия легких:*

* Высота стояния верхушки левого легкого: спереди – на 3 см выше ключицы, сзади – на 3 см латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка.
* Высота стояния верхушки правого легкого: спереди – на 2 см выше ключицы, сзади – на 3 см латеральнее остистого отростка VII шейного позвонка.

*Нижние границы левого и правого легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Линии* | *Левое* | *Правое* |
| Окологрудинная | 5 –ое межреберье | 5 –ое межреберье |
| Среднеключичная | 6 –ое межреберье  | 6 –ое межреберье  |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | На уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка | На уровне остистого отростка седьмого шейного позвонка |

Подвижность легочного края на вдохе по средней подмышечной линии:

Справа: на вдохе 3 см, на выдохе 3 см, сумма 6 см.

Слева: на вдохе 3 см, на выдохе 3 см, сумма 6 см.

*Аускультация легких:* над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Добавочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

***Молочные железы:***

Форма правильная, симметричные, деформации и отечности нет, величина без изменений, выражена морщинистость. Соски расположены симметрично на уровне 6-го межреберья по среднеключичной линии, форма правильная. Выделения отсутствуют. При пальпации желез в положении больной стоя, лежа, на боку, между двух рук, между рукой и грудной стенкой уплотнений не обнаружено.

***Сердечно-сосудистая система:***

Пульс 82 уд/мин., симметричен на обеих руках, величина кровенаполнеия на лучевых артериях правой и левой рук одинакова. Скорость нормальная, напряжение нормальное, пульс ритмичный, наполнение нормальное. АД 160/90 мм.рт.ст.

*Осмотр области сердца:* сердечный горб отстутствует. Верхушечный толчок при осмотре не виден. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация отсутствуют.

*Пальпация области сердца:* верхушечный толчок локализуется в 5-ом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии слева, площадь нормальная. Высота средняя, сила средняя. «Кошачье мурлыканье» отсутствует.

Перкуссия области сердца:

1. Высота стояния диафрагмы по правой среднеключичной линии – 6-е межреберье.
2. Границы относительной сердечной тупости: расширены влево.

а) правая: 4 межреберье – 1 см кнаружи от правого края грудины.

б) левая: 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии в 5-ом межреберье.

в) верхняя: 3-е ребро по левой окологрудинной линии.

1. Размеры сердца:

а) правая медиана 4 см.

б) левая медиана 8 см.

в) поперечник сердца 12 см.

1. Границы абсолютной сердечной тупости:

а) правая: вдоль левого края грудины

б) левая: 1.5 см кнутри от среднеключичной линии слева

в) верхняя: 4-е ребро по окологрудинной линии слева

1. Границы сосудистого пучка:

а) правая: 2-е межреберье по окологрудинной линии справа

б) левая: 2-е межреберье по левой окологрудинной линии

в) ширина сосудистого пучка – 4 см.

Конфигурация сердца нормальная.

*Аускультация сердца:* приглушенный 1 тон выслушивается на верхушке сердца – митральный клапан и на основании мечевидного отростка – трикуспидальный клапан. Приглушенный 2 тон выслушивается во 2-ом межреберье справа – аортальный клапан и во 2-ом межреберье слева – клапан легочной артерии. Систолический шум в точке Боткина, акцент 2 тона над аортой.

*Артерии:* «пляска каротид» отсутствует, при пальпации определяется пульсация сонных, лучевых, подколенных артерий. Кровенаполнение артерий нормальное, морфологические изменения отсутствуют. При аускультации патологических изменений не выявлено. Симптомы ишемии периферических участков конечностей отсутствуют.

*Вены:* набухания вен шеи, грудной клетки, живота, при задержке дыхания, натуживании, покашливании нет. Патологическая пульсация вен не выявлена. Трофические расстройства (облысение, пигментация, язвы) отсутствуют. Отеков нет. Отмечается болезненность по ходу вен левой голени, варикозное расширение вен нижних конечностей.

***Система органов пищеварения:***

Слизистые розового цвета, без патологических изменений, язык влажный, сосочки выражены хорошо, налет отсутствует, трещин и язв нет.

Зубы:

|  |  |
| --- | --- |
| 0 0 0 5 0 3 2 1  | 1 2 3 4 5 0 0 0 |
| 0 0 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 0 0 0 |

Прикус правильный, кариеса нет. Десны не кровоточат. Слизистая мягкого и твердого неба розовая, язв, трещин, кровоизлияний нет. Миндалины нормальной величины, розовой окраски, налет, гнойные пробки, рубцовые изменения отсутствуют. Акт глотания не изменен.

Осмотр живота: форма правильная, обе половины симметричны. Слабо участвует в акте дыхания. При осмотре живота участков гиперпигментации, перистальтики, сыпи, рубцов. Грыж, венозных коллатералей, расчесов, кровоизлияний нет.

Поверхностная ориентировочная пальпация: безболезненна. Живот мягкий. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Расхождения прямых мышц, грыж нет.

Глубокая, скользящая, методическая, топографическая пальпация по методу Образцова – Стражеско: сигмовидная кишка безболезненна, цилиндрической формы, гладкая, плотная, диаметром до 2 см, не урчащая. Слепая кишка безболезненная, плотная, гладкая, диаметром до 2.5 см, не урчащая. Терминальный отдел подвздошной кишки пальпируется в виде плотного гладкого тяжа, диаметром до 3 см. аппендикс не пальпируется. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Восходящий отдел толстого кишечника пальпируется в виде безболезненного гладкого тяжа, умеренной плотности. Диаметром до 2 см. нисходящий отдел толстого кишечника безболезненный, гладкий, умеренной плотности, не урчащий, цилиндрической формы. Печеночный и селезеночный углы толстого кишечника не пальпируются. Желудок не пальпируется. Печень при пальпации безболезненна, поверхность гладкая, нижний край ровный, увеличения размеров нет. Уплотнения отсутствуют. Желчный пузырь не пальпируется. При перкуссии живота отмечается притупление перкуторного звука в эпигастральной области.

Перкуссия печени (границы по Курлову):

1. По правой срединно-ключичной линии – 9 см.
2. По передней срединной линии – 7.5 см.
3. По косой линии по левой реберной дуге – 6 см.

При аускультации живота выслушиваются обычные шумы кишечной перистальтики. В брюшной полости свободной жидкости нет.

***Мочевыделительная система:***

Кожа бледная, отеки отсутствуют, сухости кожи, пастозности нет. Осмотр поясничной области: деформаций и выпячиваний нет. Почки не пальпируются. При поколачивании по поясничной области с обеих сторон отмечается умеренная болезненность.

***Эндокринная система:***

Щитовидная железа – удалена. Надпочечники – изменения пигментации нет, признаки вирилизации отсутствуют. Половые железы – вторичные половые признаки выражены, молочные железы развиты.

***Нервная система, органы чувств:***

Сознание ясное, настроение подавленное, речь тихая, походка с открытыми и закрытыми глазами прямая, ровная, пошатывания нет.

Симптом Ромберга отрицательный. Судороги, дрожание, парестезии, параличи отсутствуют. Чувствительность (тактильная, болевая, температурная) не изменена.

Рефлексы: зрачковый, роговичный, с ахиллова сухожилия, коленные – живые. Патологических рефлексов нет. Дермографизм красный, появляется через 10 сек, стойкий.

Обоняние, зрение, слух не нарушено.

**Предварительный диагноз и его обоснование:**

**Диагноз:** Хронический гломерулонефрит, гипертензивная форма.

На основании: жалоб больной – умеренные головные боли, снижение диуреза до 150-200 мл в сутки, умеренные боли в поясничной области. Из анамнеза заболевания: перенесенный острый гломерулонефрит в 1995 году, ОРВИ в январе 1999 года, после чего появились отеки на лице, умеренные головные боли, снижение суточного диуреза, прибавка весе. Из данных общего объективного исследования: расширение границ относительно сердечной тупости влево 2 см + от средне-ключичной линии слева. При поколачивании по поясничной области с обеих сторон отмечается умеренная болезненность, отеков нет, АД 170/90 мм.рт.ст.

План обследования больного и данные дополнительных методов исследования:

План обследования:

1. Клинический анализ крови.
2. Определение группы крови и резус фактора.
3. Кровь на реакцию Вассермана.
4. Кровь на HBs, HCV антиген.
5. Биохимический анализ крови: мочевина, креатинин, билирубин, о. белок, АСТ, АЛТ, ПТИ, фибриноген, сахар, электролиты.
6. Общий анализ мочи.
7. Анализ мочи по Зимницкому.
8. Анализ мочи по Нечипоренко.
9. Флюорография органов грудной клетки.
10. Консультация окулиста (глазное дно).
11. Узи органов брюшной полости.
12. Экг.

Данные дополнительных методов исследования:

Клинический анализ крови от: 15.04.99

Эритроциты: 3,8 \* 10 12 /л

Гемоглобин: 106 г/л

Лейкоциты: 7,3 \*10 9 /л

Палочкоядерные: 3%

Сегментоядерные: 58%

Лимфоциты: 36%

Моноциты: 1%

Соэ: 15 мм/ч

*Заключение: анемия, лимфоцитоз.*

Определение группы крови и резус фактора от: 15.04.99

*Заключение: AII, Rh+*

Кровь на RW от: 15.04.99 – отрицательна

Кровь на HBs антиген от: 15.04.99 – не обнаружен.

Биохимический анализ крови от: 15.04.99

Билирубин: 12,24 ммоль/л

Общий белок: 72 г/л

АСТ: 0,33

АЛТ: 0,33

Сахар: 4,66 ммоль/л

Мочевина: 9 ммоль/л

Креатинин: 530 мкмоль/л

Тимоловая проба: 1,79

Сулемовая проба: 2,01

*Заключение: повышен уровень креатинина крови.*

Общий анализ мочи от: 14.04.99

Цвет: сол/жел

Прозрачность: л/муть

Реакция: щелочная

Удельный вес: 1002

Белок: 0,037%

Сахар: нет

Лейкоциты: 3-6

Плоский эпителий: 1-5

*Заключение: умеренная протеинурия, снижение относительной плотности мочи.*

Общий анализ мочи от: 27.04.99

Цвет: сол/жел

Прозрачность: л/муть

Реакция: кислая

Удельный вес: 1010

Белок: 0,185%

Сахар: нет

Лейкоциты: 6

Плоский эпителий: 10-12

*Заключение: умеренная протеинурия.*

Анализ мочи по Зимницкому от: 15.04.99

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Часы* | *Количество* | *Уд. вес* |
| 6-9 | 70 | 1011 |
| 9-12 | 40 | 1011 |
| 12-15 | 100 | 1012 |
| 15-18 | 190 | 1002 |
| 18-21 | 155 | 1013 |
| 21-24 | 150 | 1005 |
| 24-3 | 120 | 1010 |
| 3-6 | 100 | 1003 |

*Заключение: никтурия, снижение относительной плотности мочи.*

Анализ мочи по Нечипоренко от 15.04.99: в 1 мл мочи

Эритроциты: 1750

Лейкоциты: 250

Эпителий: 30

*Заключение: гематурия*

Флюорография органов грудной клетки от 19.04.99: без особенностей.

Консультация окулиста (глазное дно) от 15.04.99:

*Заключение:* Артерии сетчатки сужены, вены расширены.

ЭКГ от 16.04.99: ритм синусовый, горизонтальное направление электрической оси сердца, гипертрофия левого желудочка.

Диагноз и его обоснование:

Основной: хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, рецидивирующее течение, стадия обострения.

Осложнения: хроническая почечная недостаточность III а степень.

Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, хронический холецистит в фазе ремиссии, тиреоэктомия.

Установлен на основании: данных описанных в обосновании предварительного диагноза, а также: в клиническом анализе крови – анемия, лимфоцитоз, в биохимическом анализе крови – уровень креатинина составляет 530 мкмоль/л, в общем анализе мочи – умеренная протеинурия, снижение относительной плотности мочи, проба по Зимницкому – никтурия, снижение относительной плотности мочи, проба по Нечипоренко – гематурия, ЭКГ- гипертрофия левых отделов сердца.

Дифференциальный диагноз:

Хронический гломерулонефрит необходимо дифференцировать с острым гломерулонефритом. Признаки хронического гломерулонефрита: течение больше года, наличие хронической почечной недостаточности, расширение границ сердца, изменения в сетчатке, на УЗИ – сморщивание почек. Эти признаки не характерны для острого гломерулонефрита.

Для дифференцирования хронического гломерулонефрита и гипертонической болезни имеет значение время появления мочевого синдрома по отношению к артериальной гипертонии. При хроническом гломерулонефрите мочевой синдром может появиться задолго до развития артериальной гипертонии или может возникнуть одновременно с ней. Для хронического гломерулонефрита характерна также меньшая выраженность гипертрофии сердца, меньшая склонность к гипертоническим кризам (за исключением обострений, протекающих с эклампсией) и менее интенсивное развитие атеросклероза, в том числе коронарных артерий.

При дифференцировании хронического гломерулонефрита с амилоидозом почек имеет значение наличие в организме очагов хронической инфекции в виде нагноительных процессов в легких, остеомиелита, туберкулеза, а также ревматоидного полиартрита и других заболеваний, наличие амилоидной дегенерации другой локализации.

Гипертоническую и латентную форму хронического гломерулонефрита следует различать с хроническим пиелонефритом, а также вазоренальной гипертонией. На хронический гломерулонефрит указывает преобладание в осадке мочи эритроцитов над лейкоцитами, а также одинаковая величина и форма двух почек и нормальная структура лоханок и чашек (что удается обнаружить при рентгенологическом исследовании).

Окончательный диагноз:

Основной: хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, рецидивирующее течение, стадия обострения.

Осложнения: хроническая почечная недостаточность III а степень.

Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, хронический холецистит в фазе ремиссии, тиреоэктомия.

План и методы лечения:

Режим: постельный.

Диета: ограничение приема хлорида натрия до 5 г/сут. при нормальном содержании белков и углеводов. Питание полноценное, разнообразное, богатое витаминами.

Медикаментозное:

1. 4-аминохинолиновые производные: делагил, плаквенил:

*Rp.: Tab. Delagili 0.25 N.20*

*D.S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды.*

1. Гипотензивные препараты:

*Rp.: Tab. Capoteni 0.5 N.20*

*D.S. По Ѕ таблетке 2 раза в день.*

1. Мочегонные:

*Rp.: Tab. Furosemidi 0.04 N.20*

*D.S. По 40 мг 2 раза в неделю.*

1. Раствор глюкозы, кальция хлорида.

Дневник:

* + 1. Больная предъявляет жалобы на боли в левой нижней конечности, приемущественно по ходу вен голени, тупые, средней интенсивности, усиливающиеся при нагрузке и ходьбе, снижение суточного диуреза, слабые боли в поясничной области. При объективном обследовании общее состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, бледные, слизистые розовые, без изменений. Температура тела в течении суток нормальная – 36,7 с0, ЧСС – 18/мин, пульс 82 уд/мин, АД – 170/90 мм.рт.ст. Аппетит нормальный, не снижен. Сердечно-сосудистая система: при аускультации тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина, акцент 2 тона над аортой. Дыхательная система: перкуторный звук – ясный легочный, при топографической перкуссии изменений нет. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, добавочных дыхательных шумов нет. Система пищеварения: ротовая полость без изменений, поверхностная пальпация безболезненна, живот мягкий. При глубокой пальпации патологических изменений нет. Система мочевыделения: симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочевыделение безболезненное, 5 раз в сутки, олигурия.

7.05.99.

Больная предъявляет жалобы на боли в левой нижней конечности, преимущественно по ходу вен голени, ноющие, умеренно выраженные, усиливающиеся при нагрузке и ходьбе, снижение суточного диуреза, слабые боли в поясничной области. При объективном обследовании общее состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, бледные, слизистые розовые, без изменений. Температура тела в течении суток нормальная – 36,8 с0, ЧСС – 16/мин, пульс 78 уд/мин, АД – 160/90 мм.рт.ст. Аппетит нормальный, не снижен. Сердечно-сосудистая система: при аускультации тоны сердца приглушены, систолический шум в т. Боткина, акцент 2 тона над аортой. Дыхательная система: перкуторный звук – ясный легочный, при топографической перкуссии изменений нет. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, добавочных дыхательных шумов нет. Система пищеварения: ротовая полость без изменений, поверхностная пальпация безболезненна, живот мягкий. При глубокой пальпации патологических изменений нет. Система мочевыделения: симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочевыделение безболезненное, 6 раз в сутки, олигурия.

Прогноз:

Для жизни: благоприятный.

Для выздоровления: неблагоприятный.

Для трудоспособности: неблагоприятный.

Больная имеет вторую группу инвалидности.

Эпикриз:

Ф.И.О. 61 года, поступила в терапевтическое отделение 4 городской больницы 13 апреля 1999 года, с жалобами на: общую слабость, утомляемость, снижение суточного диуреза, боли в правой нижней конечности, особенно сильно выраженные по ходу вен голени, постоянные, тупые, умеренно выраженные, усиливающиеся при ходьбе и ночью, периодические головные боли, умеренно выраженные, исчезающие после принятия гипотензивных препаратов.

Считает себя больной с 1995 года, когда впервые появились сильные головные боли, умеренные боли в поясничной области, затем появились отеки, локализующиеся приемущественно на лице, а впоследствии и на ногах, снижение диуреза до 150-200 мл/сут. Прибавка в весе до 8 кг. Прошла курс лечения в нефрологическом отделении ОМСЧ №1 в течении 4 мес., по поводу острого гломерулонефрита. выписана в состоянии ремиссии. Регулярно принимала «Леспефлан». В январе 1999 года перенесла ОРВИ. При очередной сдаче анализа крови на креатинин обнаружено повышение цифр до 530 мкмоль/л. Отмечала появление умеренных отеков на лице, снижение суточного диуреза, периодические головные боли. После консультации нефролога направлена в терапевтическое отделение гор. больницы №4.

При объективном исследовании обнаружено: расширение границ относительно сердечной тупости влево 2 см + от средне-ключичной линии слева. При поколачивании по поясничной области с обеих сторон отмечается умеренная болезненность, отеков нет, АД 170/90 мм.рт.ст. В клиническом анализе крови – анемия, лимфоцитоз, в биохимическом анализе крови – уровень креатинина составляет 530 мкмоль/л, в общем анализе мочи – умеренная протеинурия, снижение относительной плотности мочи, проба по Зимницкому – никтурия, снижение относительной плотности мочи, проба по Нечипоренко – гематурия, ЭКГ- гипертрофия левых отделов сердца.

На основании описанных данных установлен диагноз:

Основной: хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, рецидивирующее течение, стадия обострения.

Осложнения: хроническая почечная недостаточность III а степень.

Сопутствующие заболевания: хронический гастрит, хронический холецистит в фазе ремиссии, тиреоэктомия.

Назначено лечение: производные 4-аминохинолона: делагил – по 1 таблетке 3 раза в день, гипотензивные: капотен: по Ѕ таблетке 2 раза в день, мочегонные: фуросемид – по 40 мг 2 раза в неделю, раствор глюкозы, кальция хлорида.

За время курации состояние больной не изменилось.

Рекомендации: соблюдение ограничительного режима, диеты, регулярный прием прописанных медикаментов.

Список используемой литературы:

1. Лекционный материал.
2. С.И. Рябов. «Болезни почек», М.: Медицина, 1982 год.
3. Ф.И. Комаров и др. «Внутренние болезни», М.: Медицина, 1991 год.