***Паспортные сведения о больном.***

###### **Ф.И.О.**

**Возраст**

**Образование** средне-специальное

**Место работы** пенсионер

**Адрес**

**Дата поступления в стационар**

***Жалобы:***

На момент поступления: больная предъявляет жалобы на тянущие боли в правой поясничной области. Частое, болезненное мочеиспускание, слабость, головокружение, головные боли, лихорадку (до 38,50С).

На момент осмотра: больная предъявляет жалобы на слабую боль ноющего характера в правой поясничной области, слабость.

***Анамнез болезни:***

Больной себя считает 2 недели. Заболевание началось с лихорадки до 380С после переохлаждения. Отмечались тянущие боли в правой поясничной области, головные боли, головокружение, три кратковременных приступа потери сознания за неделю. В течение 6 дней принимала жаропонижающие (аспирин по 1 таблетки 3 раза в день). Повторное ухудшение состояния с 01.01.2001: лихорадка до 390С, усиление болей в правой поясничной области, повышение артериального давления до 220/110 мм.рт.ст. 03.01.2001 доставлена бригадой СМП в ГКБ №13 для обследования и прохождения лечения.

***История жизни:***

Родилась в \*\*\*\*\*\*. Второй ребёнок в семье. Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Образование: средне-специальное.

Трудовой анамнез: работать начала с 20 лет. Проработала 35 лет на водоканале, машинистом. В настоящее время не работает.

Замужем с 22 лет, имеет 3 дочери.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Вредные привычки: нет.

Перенесённые заболевания: ОРЗ, грипп, варикоз вен нижних конечностей с 30 лет. Операция: аппендэктомия в 1955 г.

На лекарственные препараты аллергии нет.

Наследственность не отягощена.

***Status praesens.***

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, легко вступает в разговор, выражение лица спокойное, походка обычная, осанка сутуловатая, телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное.

Кожа смуглой окраски, тургор и эластичность снижены. Видимые слизистые оболочки обычной физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка умеренно выражена.

Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Целостность костей не нарушена, поверхность их гладкая, болезненность при пальпации и поколачивании отсутствуют.

Суставы внешне не изменены. Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах и позвоночнике в полном объёме.

1. Рост: 165 см.
2. Масса тела: 60 кг.
3. Температура тела: 37,10С.

***Дыхательная система.***

*Осмотр и пальпация грудной клетки.*

При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания 18 в мин., дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания грудной.

Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации целостность рёбер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при пальпации грудной клетки не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

*Перкуссия лёгких.*

1. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук.
2. При топографической перкуссии:

Нижняя граница легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ориентиры | Справа (ребра) | Слева (ребра) |
| Парастернальная линияСрединно-ключичнаяПередняя подмышечнаяСредняя подмышечнаяЗадняя подмышечнаяЛопаточнаяОколопозвоночная | Хрящ V ребраVVIIVIIIIXXXI | VIIVIIIIXXXI |

Подвижность легочного края:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Линии перкуссии | Вверх | Вниз | Общая |
| СрединноключичнаяСредняя подмышечнаяЛопаточная | 2,532 | 2,532 | 564 |

Высота стояния верхушек лёгких:

*Спереди*: на 3,5 см. выше ключицы.

*Сзади*: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

***Сердечно-сосудистая система.***

Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

Сердечный горб и сердечный толчок визуально не определяются. АД 160 /90 мм.рт.ст.

*При пальпации:* верхушечный толчок определяется слева на 0,5 см. кнутри от срединно-ключичной линии в области 5 межреберья. Верхушечный толчок разлитой, шириной 3 см., высокий, усиленный, резистентный. Феномен «кошачьего мурлыканья» отрицательный.

При пальпации лучевых артерий пульс симметричный на обеих руках, ритмичный, напряженный, полного наполнения, по величине большой, по форме – нормальный, ЧСС 84 уд/мин,

*При аускультации*: тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцент 2 тона над аортой. Патологические шумы не прослушиваются.

*При перкуссии:*

Ширина сосудистого пучка – 4,5 см.

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по правому краю грудины

Левая - на уровне 5 межреберья на 1,0 см. кнаружи от левой срединно-ключичной линии

Верхняя - по левой окологрудинной линии на 3 ребре

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по левому краю грудины

Левая - на уровне 5 межреберья на 0,5 см. кнаружи от левой срединно-ключичной линии

Верхняя - по левой окологрудинной линии на 4 ребре

Конфигурация сердца: отмечается гипертрофия и дилатация левого желудочка.

***Желудочно-кишечный тракт.***

Губы физиологичной окраски, слегка влажные, высыпания и трещины не обнаружены, Слизистая полости рта равномерной розовой окраски, язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом и выраженными сосочками, мягкое и твердое небо розовые, без пятен и налета, миндалины не увеличены. Неприятный запах изо рта не отмечается, глотание не нарушено. Живот округлый, обе половины симметричны, активно участвуют в акте дыхания, пупок умеренно втянут, кожа живота бледно-розовая, сосудистые звездочки и грыжевые выпячивания не наблюдаются. *При пальпации:* уплотнений и опухолевидных образований не обнаружено, резистентность мышц пресса выражена умеренно. Зона проекции поджелудочной железы безболезненна. Край печени ровный, гладкий, обнаруживается некоторая ее болезненность. Зона Шоффара безболезненна. Симптомы Курвуазье - Терье, Кера, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюсси – Георгиевского отрицательные.

Размеры печени по Курлову:

1 размер (по правой срединно-ключичной линии) – 9 см.

2 размер (по передней срединной линии) – 8 см.

3 размер (по краю левой рёберной дуги) – 7 см.

***Мочеполовая система.***

Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек болезненна с правой стороны. Проникающая пальпация в проекции мочеточников безболезненна с обеих сторон. Симптом поколачивания положительный справа.

При пальпации мочевой пузырь не выступает за верхний край лобка.

***Эндокринная система.***

Вторичные половые признаки, физические и умственные способности соответствуют полу и возрасту, формы отдельных частей скелета, туловища, конечностей, черепа и черты лица пропорциональные. Кожа бледно-розовой окраски, нормальной влажности. Щитовидная железа не увеличена.

***Нервная система.***

Характер спокойный, устойчивый, дружелюбно относится к медицинскому персоналу. Ориентирована во времени, месте, ситуации. Судороги и непроизвольные движения не наблюдаются, трофических нарушений и болезненность по ходу нервных стволов нет, обоняние и вкус не нарушены, обнаруживается некоторое ослабление слуха.

Движение глазных яблок в полном объеме, зрение снижено (пресбиопия), со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, мимическая мускулатура симметрична, оскала зубов нет, язык располагается посередине.

***Предварительный диагноз.***

Хронический правосторонний пиелонефрит в стадии обострения.

***План обследования.***

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Электрокардиография
4. Биохимический анализ крови
5. Анализ мочи по Зимницкому
6. Анализ мочи по Нечипоренко
7. УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

***Результаты дополнительных исследований.***

1) Общий анализ крови.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от(04.01.01) |
| ЭритроцитыГемоглобинСОЭЦветовой показательТромбоцитыЛейкоцитыЭозинофилыНейтрофилы палочкоядерныеНейтрофилы сегментоядерныеЛимфоцитыМоноциты | 4.3\*1012 /л130 г/л11 мм./час1,0200\*109 /л6.4\*109 /л21556252 |

2) Общий анализ мочи.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Данные от 03.01.01 |
| Удельный весЦветПрозрачностьКислотностьБелокЛейкоцитыПлоские эпителиальные клеткиСлизьФосфаты | 1015с/жпрозрачнаякислая0,135 %0в больш. кол-веЕд в п. з.++ |

3) Электрокардиография от 03.01.2001

Заключение: Синусовый ритм. Тахикардия 100 уд/мин. Гипертрофия левого желудочка. ЭОС вертикальная.

4) Биохимический анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от 04.01.01 |
| Общий белокХолестеринАсАТАлАТБилирубин FeМочевина | 71,0 г/л 3,75 ммоль/л23,2 ед/л18,1 ед/л10,0 мкмоль/л7,08 мкмоль/л4,24 ммоль/л |

5) Анализ мочи по Зимницкому 04.01.2001

 № мл. плотн.

 1 80 1015

 2 100 1006

 3 200 1010

 4 100 1000

 5 100 1010

 6 150 1015

 7 200 1011

 8 150 1011

Дневной диурез: 480 мл.

Ночной диурез: 600 мл

Суточный диурез: 1080 мл.

6) Анализ мочи по Нечипоренко 05.01.2001

 Лейкоциты 7000 /мл.

 Эритроциты 1000 /мл.

7) УЗИ органов брюшной полости и малого таза 05.01.2001

 Правая почка увеличена, контуры нечеткие.

 Толщина паренхимы: правая-2 – 2,2 см левая-1,7 – 1,8

 Размеры: правая-13 х 5,4 см левая-12,5 х 5,2 см

Заключение: признаки правостороннего пиелонефрита.

***Клинический диагноз и его обоснование.***

*Основное заболевание:*  Хронический первичный правосторонний пиелонефрит. Фаза обострения. Гипертоническая форма.

Диагноз поставлен на основании:

*жалоб:* на тянущие боли в правой поясничной области. Частое, болезненное мочеиспускание, слабость, головокружение, головные боли, лихорадку (до 38,50С).

*анамнеза:* болеет 2 недели. Заболевание началось с лихорадки до 380С после переохлаждения. Отмечались тянущие боли в правой поясничной области, головные боли, головокружение, три кратковременных приступа потери сознания за неделю. Повторное ухудшение состояния с 01.01.2001: лихорадка до 390С, усиление болей в правой поясничной области, повышение артериального давления до 220/110 мм.рт.ст.

*объективного обследования:* Проникающая пальпация в проекции почек болезненна с правой стороны.. Симптом поколачивания положительный справа.Температура тела: 37,10С. АД 160/90 мм.рт.ст.

Перкуторно: увеличение левой границы сердца. При аускультации: акцент 2 тона над аортой.

*данных лабораторно-инструментальных исследований:*

ОАК от 03.01.01: СОЭ 65 мм/ч

ОАМ от 03.01.01: лейкоцитурия, протеинурия.

ЭКГ от 03.01.01: гипертрофия левого желудочка.

анализ мочи по Земницкому 04.01.01: никтурия

анализ мочи по Нечипоренко 04.01.01: лейкоциты-7000 /мл.

УЗИ 05.01.01: правосторонний пиелонефрит.

***Этиология и патогенез заболевания.***

Пиелонефрит – заболевание инфекционной природы, специфического возбудителя не существует. Чаще всего возбудителями являются: кишечная палочка, протей, энтерококки, стафилококки, синегнойная палочка, клебсиела и др. Хронический характер патологии можно обьяснить превращением патогенного микроорганизма под влиянием неблагоприятных факторов в – L-формы.

Патогенез: Учитываются следующие условия развития пиелонефрита:

1. Нарушение состояния макроорганизма (ослабление иммунитета, переутомление, гиповитаминоз, переохлаждение, массивное инфецирование организма)

2. Нарушение пассажа мочи с уростазом (сужения и перегибы мочеточника, нефроптоз, аномалии, сдавление снаружи)

3. Сахарный диабет, подагра, нефрокальциноз, злоупотребление анальгетиками

4. Внепочечные очаги воспаления (энтерит, ангины, пневмонии, нагноения)

5. Восп. урогенитальные инфекции (простатит, цистит, вульвовагенит)

6. Нарушение венозного и лимфатического оттока почки.

***Дифференциальный диагноз.***

Наиболее часто устанавливают отличие хронического пиелонефрита от хронического гломерулонефрита, амилоидоза почек, нефросклероза.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Критерии | Хронический пиелонефрит | Хронический гломерулонефрит | Атеросклеротический нефросклероз | Амилоидоз почек |
| Патология мочевыводящих путей | Встречаются часто | Отсутствует | Отсутствует | Встречаются редко |
| Дизурические явления | Встречаются часто | Встречаются редко | Отсутствует | Отсутствует |
| Гипертензия | Встречаются нечасто | Характерна | Отмечается всегда | Иногда в поздних стадиях |
| Отеки | Нехарактерны, встречаются в поздних стадиях | Часто встречаются | Встречаются в поздних стадиях | Характерны постоянны |
| Лихорадка, лейкоцитоз | Характерны | Не встречаются | Не встречаются | Не встречаются |
| Анемия | Часто встречаются | В поздних стадиях | В поздних стадиях | В поздних стадиях |
| Белок в моче | Небольшие количества | Небольшие количества | Небольшие количества | В больших количествах |
| Цилиндры в моче | Отсутствуют или их не много | Гиалиновые встречаются в небольших количествах | Отсутствуют или единичные гиалиновые | Восковидные жировые, много |
| Лейкоциты в моче | Преобладают над эритроцитами | Небольшое количество | В пределах нормы | В части случаев много |
| Эритроциты в моче | Количество увеличено незначительно | Постаянная микрогематурия | Постаянная микрогематурия | Не свойственны |
| Бактериурия | Значительна | Нехарактерна | Нехарактерна | Нехарактерна |
| Нарушение фильтрационной функции почек | Только в поздних стадиях | Характерно | Характерно | Только в поздних стадиях |
| Реабсорбция | Снижена | В поздних стадиях снижена | Снижена умеренно | Сниженна |
| Азотемия | Развивается медленно в поздних стадиях | Может развиваться рано, быстро прогрессирует | Развивается, рано прогрессирует | Развивается медленно в поздних стадиях |
| Пиелография | Выявляет изменения чашечек, лоханок | Не выявляет изменений | Не выявляет изменений | Не выявляет изменений |

##### ЛЕЧЕНИЕ

1. Диета №7: ограничить острые, пряные, жареные, копченые продукты, приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной пищи.

Питье слабоминерализованных вод (Смирновская, Боржоми, Константиновская)

2. Антибактериальная терапия.

Rp: Sol. Ampicillini - 1ml

 D.t.d. N 30 in amp.

 S. внутримышечно 4 раза в сутки

1. Гипотензивная терапия.

Rp: Tab. Еnаlаprili 0,05 № 10

 D. S. Внутрь по 1 таб. в день

#### 3. Противовоспалительные препараты.

#### Хлорид калия – повышает содержание ацетилхолина, увеличивает выделение надпочечниками адреналина, оказывает умеренное диуретическое действие

Rp: Sol. Kalii chloridi 4% - 50ml

 D.t.d. N 5 in amp.

 S. в/в

4. Улучшающие почечный кровоток.

Пентоксифиллин – улучшает микроциркуляцию и реологию крови.

Rp: Tab. Pentoxyphyllini 0.1 N 60

 D.S. После еды 2 таб. 3 раза в день.

5. Уросептики.

Фуразолидон – действует на грамположительные и грамотрицательные м/о.

Rp: Tab. Furazolidoni 0,05 N 20

 D.S. По 2 таб. 4 раза в сутки.

6. Уролитики:

Цистенал – спазмолитическое, умеренное мочегонное действие, расслабляет мышечные волокна стенок мочеточника и облегчает прохождение мелких конкрементов.

Rp: Cystenali 10 ml

 D.S. Внутрь по 4 капли за 30 мин. до еды.

7. Витаминотерапия.

Вит.: С, В1, В12. Настойка элеутерококка.

Витамин С – регулирует ОВ процессы, углеводный обмен, свертываемость крови, регенерацию тканей, участвует в синтезе коллагена.

Rp: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

 D.t.d. N 5 in amp.

 S. в/м 2 мл.

Витамин В1 – обладает ганглиоблокирующим действием, влияет на процессы поляризации.

Rp: Sol. Thiamini chloridi 2.5% - 1ml

 D.t.d. N 10 in amp.

 S. в/м 1 мл.

Витамин В12 – обладает высокой биологической активностью, является фактором роста необходимого для кроветворения, активирует обмен углеводов и липидов.

Rp: Sol. Cyancobalamini 0.003% - 1ml.

 D.t.d. N 10 in amp.

 S. в/м 1 мл.

8. Фитотерапия (толокнянка, зверобой, шалфей, ромашка, шиповник, почечный чай)

В большом колличестве оказывают бактериостатическое, бактерицидное и мочегонное действие.

Принимать 1 раз в день. 7 – 10 дней, регулярно, ежемесячно.

9. Физиолечение (после обострения)

Магнитотерапия, лазеротерапия, ЛФК.

Рекомендовано санаторно – курортное лечение: Трускавецк, Железноводск.

**ДНЕВНИК КУРАЦИИ**

12.01.2001г

Жалобы на ноющие боли в правой поясничной области, головные боли, слабость.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Обьективно: температура 37,6, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой.

А.Д. 180/100 мм. рт. ст. , пульс 80 уд. в мин. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания положительный справа. Суточный диурез – 1200 мл.

15.01.2001г

Жалобы на слабые боли в правой поясничной области, слабость.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Отмечает улучшение состояния: уменьшение болей в правой поясничной области.

Обьективно: температура 36,6, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой.

А.Д. 160/90 мм. рт. ст., пульс 76 уд. в мин. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания положительный справа. Суточный диурез – 1150 мл.

18.01.2001г

Жалобы на общюю слабость.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Отмечает улучшение состояния.

Объективно: температура 36,7, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 17 в минуту. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона над аортой.

А.Д. 150/85 мм. рт. ст., пульс 76 уд. в мин. Живот мягкий безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания положительный справа. Суточный диурез – 1250 мл.

**Этапный эпикриз**.

Больная \_\_\_\_\_\_ находится на стационарном лечении в ГКБ№13 с 03.01.2001.

Поступила с жалобами на тянущие боли в правой поясничной области. Частое, болезненное мочеиспускание, слабость, головокружение, головные боли, лихорадку (до 38,50С).

После проведенного обследования был выставлен диагноз: Хронический первичный правосторонний пиелонефрит. Фаза обострения. Гипертоническая форма. Назначено соответствующее лечение.

После проведенной терапии отмечает улучшение состояния.

Рекомендовано: продолжение лечения.

##### ЛИТЕРАТУРА

1. А.Н. Окороков «Лечение болезней внутренних органов». Витебск, 1998 г.
2. Ф.И. Комаров «Внутренние болезни». Москва, «Медицина» 1991 г.
3. В.И. Маколкин «Внутренние болезни». Москва, «Медицина» 1987 г.
4. «Вопросы диагностики в клинике внутренних болезней» под редакцией проф. Л.Н. Мингазетдиновой.
5. В.К. Султанов «Исследование объективного статуса больного» СПб, 1997 г.
6. Схема оформления истории болезни. Уфа – 1997 г.
7. В.К. Милькаманович, «Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней», Минск, ˝ Полифакт-Альфа ˝, 1994 г.
8. Покровский В.И. «Краткая медицинская энциклопедия», Москва, 1994 г.