**I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2. Пол: женский;

3.Возраст: 14.07.31.-81 год;

4.Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

5. Место работы, профессия: пенсионерка,инвалид 2 гр;

6. Дата и время поступления: 21.09.2012 г*;*

7. Дата выписки: 12.10.2012г;

8.Кем направлен больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

9. Диагноз направившего учреждения: мкб .хр. пиелонефрит сахарный диабет 2 типа;

10. Диагноз при поступлении: мкб. хр. пиелонефрит в стадии обострения. сахарный диабет 2-го типа; артериальная гипертензия 2 риск 4.

**II. ЖАЛОБЫ**

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на общую слабость, головуную боль , отеки нижних конечностей.

На момент курации на головокружение по утрам.

III. ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (anamnesis morbi)

С 35 года считает себя больной, когда впервые появился двусторонний острый пиелонефрит, причина-частые простудные заболевания. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. В 1996 оду была произведена нефрэктомия справа .В последующем неоднократно лечилась стационарно. На плановом обследовании по анализу мочи было выявлено повышение уровня мочевины до 11-12 ммоль/л . При контрольном обследовании – 19 ммоль/л.Выявлена симптоматическая артериальная гипертензия , которая поддается медикаментозной терапии. Была направлена на стационарное лечение в нефрологическое отделение в УЗ ВОКБ.

**IV. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (anamnesis vitae)**

**Краткие биографические данные:**

Родилась 31.07.81.в г.Витебске здоровым, доношенным ребенком, в срок, 1-м по счету. Росла и развивалась соответственно возрасту. В психическом, физическом и половом развитии от сверстников не отставала. Образование среднее специальное, социальное положение: благополучное.

**Трудовой анамнез:** пенсионерка, инвалид 2 группы

**Бытовой анамнез:** Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные.

Питание: регулярное, сбалансированное, без особенностей.

**Вредные привычки:** не курит, наркотики не употребляет, алкоголь не употребляет.

**Перенесенные заболевания:** Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, ветрянка, краснуха в детстве, на данный момент страдает сахарным диабетом 2 типа, симптоматическая артериальная гипертензия. Венерические заболевания отрицает, туберкулёзом не болела.

**Перенесенные операции:** апендектомия, нефроэктомия справа.

**Семейный анамнез:** вдова, есть взрослая дочь.

**Наследственность:** Психическими, болезнями обмена, онкологическими, наследственными и др. заболеваниями в семье никто, со слов больной, не болел.

**Аллергологический анамнез:** не отягощен.

Переливания крови не было.

**V. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (status praesens)**

**Общий осмотр**

**Общее состояние:** удовлетворительное.

**Сознание:** ясное.

**Положение:** активное.

**Телосложение:** Нормостеник. Осанка сутулая. Рост – 160 см., вес – 75 кг, окружность грудной клетки - 100см.

**Кожа:** бледно-розового цвета, влажная. Тургор сохранен. Очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, шелушения, рубцов нет.

**Видимые слизистые оболочки:** бледно-розового цвета. Высыпаний, кровоизлияний, петехий, изъязвлений нет.

**Оволосение:** Оволосение умеренно выражено, по женскому типу.

**Ногти:** форма правильная – овальная, ровная поверхность, прозрачные, изменения формы нет. Исчерченность, ломкость, матовость ногтей отсутствует.

**Подкожная жировая клетчатка:** развита умеренно, распределена равномерно, толщина кожной складки в области трехглавой мышцы плеча 3 см.

**Отёков** нет.

**Периферические лимфатические узлы** (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые) не пальпируются.

**Мышечная система:** степень развития умеренная, при пальпации мышц болезненность отсутствует, сила мышц в кисти, бедрах, голени умеренная, симметричная, тонус мышц сохранен, судорог нет.

**Костно-суставная система.**

Деформации и искривлений костей нет.

**Суставы**не деформированы, правильной конфигурации, температура кожи над суставами не повышена; флюктуация, болезненность и хруст при движениях не определяются, активные и пассивные движения в суставах в полном объеме.

**Позвоночник:** искривление и патологическая подвижность не выявлены, болезненность при пальпации и постукивании не определяются. Походка нормальная.

Осмотр головы, лица, шеи

**Голова:** овальной формы. Положение прямое, подвижность свободная. Наличие непроизвольных движений головы в виде тремора, покачивания отсутствует.

**Лицо:** выражение спокойное, кожа лица бледно-розовая.

**Глаза:** глазная щель правильной формы. Косоглазия, экзофтальма, западения глазного яблока, дрожания, блеска нет.

**Нос:** форма правильная, деформация отсутствует. Движения крыльев носа при дыхании нет.

**Зев** розового цвета. Гнойные пробки, налеты, изъязвления, кровоизлияния, сыпь отсутствуют.

**Система органов дыхания**

**Статический осмотр грудной клетки**

Форма грудной клетки нормальная. Надчревный угол равен 90 градусов. Ребра направляются несколько косо вниз. Межреберные промежутки выражены слабо. Надключичные ямки выражены умеренно, подключичные только намечаются. Лопатки прилегают к задней поверхности грудной клетки. Асимметрические выпячивания или западения грудной клетки отсутствуют.

**Динамический осмотр грудной клетки**

Обе половины грудной клетки равномерно учатсвуют в акте дыхания, тип дыхания смешанный , ритм правильный. Дыхание средней глубины с частотой 17 раз в минуту, одышка отсутствует. Экскурсия грудной клетки 5 см.

**Пальпация грудной клетки**

Грудная клетка эластичная. Болезненность при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника отсутствует.

Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

**Перкуссия грудной клетки**

**Сравнительная перкуссия:** на симметричных участках звук ясный легочной.

**Топографическая перкуссия:**

Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Линии* | *правое легкое* | *левое легкое* |
| l. parasternalis | V межреберье | − |
| l. mediaclavicularis | нижний край  VI ребра | − |
| l. axilaris ventralis | нижний край  VII ребра | нижний край VII ребра |
| l. axilaris media | нижний край  VIII ребра | нижний край VIII ребра |
| l. axilaris dorsalis | нижний край  IX ребра | нижний край IX ребра |
| l. scapularis | нижний край  X ребра | нижний край  X ребра |
| l. paravertebralis | на уровне остистого отростка XI грудного позвонка | |

Верхняя граница легких:

Высота стояния верхушек легких спереди справа 3 см., слева – 4 см., сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа 3,5 см., слева – 4 см.

Активная подвижность нижних краев легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | правое легкое (см.) | левое легкое (см.) |
| l. mediaclavicularis | 4,5 |  |
| l. axilaris media | 8 | 7 |
| l. scapularis | 5 | 5 |

**Аускультация легких**

**Везикулярное дыхание** на симметричных участках не изменено. **Бронхиальное дыхание** не выслушивается.

**Добавочные дыхательные шумы** отсутствуют.

**Бронхофония** на симметричных участках грудной клетки определяется одинаково.

Система органов кровообращения

**Осмотр области сердца и сосудов**

Выпячивания грудной клетки в области сердца (сердечный горб) нет.

Сердечный толчок отсутствует.

Надчревной пульсации нет.

Пульсация сосудов шеи и других зон отсутствует.

**Пальпация области сердца и сосудов**

При пальпации: верхушечный толчок определяется в V межреберье на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, средней высоты, площадь около 1,5 см, резистентный. Сердечный горб, сердечный толчок, зоны гиперестезии, с-м ''кошачьего мурлыканья'' не определяются.

Пульс – одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота 82 ударов в мин, удовлетворительного наполнения, напряжения, артериальная стенка упругая. Дефицита пульса нет.

Пальпация пульса на сонных и бедренных артериях, a.tibialis post., a.dorzalis ped. ритмичный.

**Перкуссия сердца и сосудистого пучка**

***Границы относительной тупости сердца:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| На 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье | На 0,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии в 5 межреберье | Верхний край 3 ребра слева на уровне окологрудинной линии |

Поперечник относительной тупости сердца: справа в 4 межреберье – 4 см, слева в 5 межреберье – 9,5 см, в целом 13,5 см

***Граница абсолютной тупости сердца:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| Левый край грудины на уровне IV межреберья | В V межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии | Нижний край 4 ребра слева по окологрудинной линии |

**Границы сосудистого пучка:**

Правая: 2-е межреберье, правый край грудины.

Левая: 2-е межреберье, левый край грудины.

Поперечник сосудистого пучка 5,5 см

**Аускультация сердца и сосудов**

Ритм сердца*:* ритмичный

Тоны сердца: приглушены

Изменения тонов нет

Наличие добавочных тонов отсутствует

Шумы сердца отсутствуют

Экстракардиальные шумы: шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум не выслушиваются

**Аускультация крупных сосудов:** при аускультации сонной и бедренной артерии, яремной вены шум отсутствует. Двойной тон Траубе, двойной шум Дюрозье на бедренных артериях не выслушиваются.

**Измерение артериального давления**

Правая рука:170/110 мм.рт.ст

Левая рука:180/110 мм.рт.ст

**Система органов пищеварения**

**Общий осмотр**

**Слизистая оболочка ротовой полости:** бледно-розового цвета, пигментации, кровоизлияния, изъязвления отсутствуют.

**Десны:** бледно-розовые, разрыхленности, кровоточивости нет.

**Зубы:** правильной формы, кариозные.

**Язык:** бледно-розовый, влажный, обложен белым налетом. Трещин, изъязвлений, отпечатков зубов, прикусов, увеличения нет. Девиации языка в сторону при высовывании нет.

**Исследование живота в вертикальном положении**

**Общий осмотр**

Живот нормальной конфигурации. Асимметрии и местные выпячивания, расширение вен на передней брюшной стенке (“голова медузы”), рубцы, сыпь, пигментации отсутствуют.

**Пальпация живота поверхностная**

живот мягкий, безболезненный, локальные объемные образования, диастазы и грыжевые ворота не определяются.

**Перкуссия живота**

по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам над кишечником определяется тимпанический звук. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

**Аускультация эпигастральной области**

После проглатывания жидкости появляется первый шум - сразу же после проглатывания и второй шум - спустя 8 секунд после первого.

**Исследование живота в горизонтальном положении**

**Общий осмотр**

В положении больной лежа живот уплощен в околопупочной области, пупок втянут. Местных выпячиваний нет.

**Перкуссия живота**

по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам над кишечником определяется тимпанический звук. Свободная жидкость в брюшной полости, метеоризм не определяется.

**Аускультация живота**

Количество перистальтических движений 4 в минуту над тонким (точка Поргеса) и толстым кишечником (левая подвздошная точка и правая подвздошная точка).

**Поверхностная ориентировочная пальпация**

Болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки (диффузное, локальное), опухолевидные образования и грыжи отсутствуют. Зон гиперестезии нет.

**Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана**

При глубокой скользящей пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде плотного цилиндра шириной 3 см, безболезненного, не урчащего, с гладкой поверхностью, смещаемого в пределах 4 см; слепая кишка в форме гладкого цилиндра, шириной 3-4 см, умеренно напряженная, при надавливании безболезненная, урчащая. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, шириной 3 см, с гладкой поверхностью, безболезненного, не урчащего, легко перемещающегося вверх и вниз. Большая кривизна желудка определяется в виде валика, лежащего на 3 см выше пупка, безболезненна. Нисходящий отдел поперечно-ободочной, восходящий отдел поперечно-ободочной кишки, терминальный отдел подвздошной кишки, пилорический отдел желудка не удалось пропальпировать.

**Перкуссия печени**

Верхняя граница печени по l. parasternalis dextra – верхний край VI ребра, по l. medioclavicularis dextra – нижний край VI ребра, по l. axillaries ventralis –VII ребро.

Нижняя граница печени: по l. axillaries ventralis – по нижнему краю Х ребра, по l. medioclavicularis dextra – нижний край реберной дуги, по l. parasternalis dextra – на 1,5 см ниже реберной дуги, по l. medianus – на границе верхней и средней трети линии, соединяющей мечевидный отросток и пупок, по l. parasternalis sinister – по нижнему краю левой реберной дуги.

**Размеры печени по Курлову**: вертикальный по l. medioclavicularis dextra − 10 см; вертикальный по l. mediana − 8 см; косой - 7 см.

**Пальпация печени**

При пальпации нижний край печени не выступает из-под края реберной дуги, гладкий, плотно-эластичный, безболезненный.

**Перкуссия селезенки**

При перкуссии поперечник - 5 см., длинник - 8 см.

**Пальпация селезенки**

Не пальпируется

Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует.

Стул ежедневный, послабляющий, 1-2 день.

Мочеполовая система

**Осмотр поясничной области**

Выпячиваний поясничной области нет. Покраснение и отечность кожи отсутствует.

**Перкуссия почек**

Симптом поколачивания слабоположительный слева, отрицательный справа.

**Пальпация мочеточниковых точек**

Пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мо­четочниковых, реберно–позвоноч­никовых, реберно–поясничных точек слабоболезненна.

Шум в реберно-позвоночном углу отсутствует.

Диурез снижен.

**VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

*На основании основных жалоб :*

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на общую слабость, головуную боль , отеки нижних конечностей.

*Анамнеза заболевания:*

С 35 года считает себя больной, когда впервые появился двусторонний острый пиелонефрит, причина-частые простудные заболевания. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. В 1996 оду была произведена нефрэктомия справа .В последующем неоднократно лечилась стационарно. На плановом обследовании по анализу мочи было выявлено повышение уровня мочевины до 11-12 ммоль/л . При контрольном обследовании – 19 ммоль/л. Выявлена симптоматическая артериальная гипертензия , которая поддается медикаментозной терапии. Была направлена на стационарное лечение в нефрологическое отделение в УЗ ВОКБ.

*Данных объективного исследования:*

Симптом поколачивания слабоположительный слева;

Больной можно выставить следующий предварительный диагноз:

Хронический пиелонефрит, стадия обострения.

**VIII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

Исходя из предполагаемого диагноза необходимо провести следующие лабораторные и инструментальные исследования:

1. Общий анализ крови;Анализ крови на RW, HBs-Ag
2. Общий анализ мочи. Анализ мочи по Нечипоренко.
3. Проба по Земницкому**.**
4. Проба Реберга
5. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумины, креатинин, мочевина, билирубин общий, глюкоза, АЛТ, АСТ, холестерин)
6. ЭКГ;
7. УЗИ почек

**IX. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

1. Общий анализ крови от 6,10,2012

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | Результаты | Норма | Ед. измерения |
| Гемоглобин | 143 | 120-160 | Г/л |
| Эритроциты | 4.6 | 3.7-4.7 | 10 /л |
| Цвет. Показатель | 0.88 | 0,85-1,1 |  |
| СОЭ | 40 | 2-15 | Мм/ч |
| Лейкоциты | 8.7 | 4,0-9.0 | 10 /л |
| Палочкоядерные | 2 | 1-6 | % |
| Сегментоядерные | 72 | 47-72 | % |
| Лимфоциты | 20 | 19-37 | % |
| Моноциты | 5 | 3-11 | % |
| Эозинофилы | 1 | 0,5-5 | % |

**Заключение норма.**

Анализ крови на RW от 6,10,2012

Отрицательна

Анализ крови на HBs-Ag от6.10,2012

Отрицательна

1. Анализ мочи общий от 610,2012

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Результаты** |
| Цвет | Соломенно-желтая |
| Прозрачность | Неполная |
| Относительная плотность | 1015 |
| Реакция | кислая |
| Белок | 0,8 г/л |
| Глюкоза | + |
| Эпителиальные клетки | Много |
| Лейкоциты | 40-50 в п/зр. |
| Эритроциты | 1-2 в п/зр. |

**Заключение:** лейкоцитурия, протеинурия

**Анализ мочи по Нечипоренко от 6,10,2012**

Лейкоциты 30,0 (2,0-4,0)

Цилиндры 0,5 (025)

Эритроциты в незначительном количестве

**Заключение:** лейкоцитурия

**3.Проба по Земницкому от 6,10,2012**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Количество | Плотность |
| 1 | 100 | 1010 |
| 2 | 20 | м\м |
| 3 | 90 | 1010 |
| 4 | 100 | 1013 |
| 5 | 110 | 1010 |
| 6 | 70 | 1010 |
| 7 | 100 | 1009 |
| 8 | 140 | 1010 |

**Заключение:** плотность мочи 1010, суточный диурез 630 мл(дизурия)

1. **Проба Реберга от6.10,2012**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Вид исследования | Результат | Норма |
| 1 | Креатинин крови | 0,129 | 0,044-0,1 ммоль/л |
| 2 | Креатинин мочи | 7,0 | 4,4-17,6 ммоль/сут |
| 3 | V-мочи за 1 час |  | 30-60 мл |
| 4 | М-минутный диурез | 1,0 | 0,5-1,0 мл/мин |
| 5 | F-клубочковая фильтрация | 54,26 | 75-120мл/мин |
| 6 | R- реабсорбция | 98,16 | 97-99% |

**Заключение:** снижение F-клубочковой фильтрации, повышение уровня креатинина крови

1. **Биохимический анализ крови от 6,10,2012**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | Результат | Норма | Ед. измерения |
| Общий белок | 69 | 65-85 | г/л |
| Альбумин | 45 | 35-50 | г/л |
| Креатинин | 0,079 | 0,044-0,1 | Ммоль/л |
| Билирубин общий | 11,7 | 8,5-20,5 | Мкмоль/л |
| Билирубин прямой | 2,7 | 2,1-5,1 | Мкмоль/л |
| АСТ | 26 | 5-40 | Е/л |
| АЛТ | 26 | 8-56 | Е/л |
| глюкоза | 6 | 3,7-6,1 | Ммоль/л |
| мочевина | 6,1 | 2,61-8,35 | Ммоль/л |
| холестерин | 3,1 | 2,99-5,3 | Ммоль/л |

Электрокардиография от 25.09.2012 г.

Заключение: Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС - 97 в минуту. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Профиль АД (мм рт.ст.)

Дата и время 26.09.12 05.10.12 6.10.12

900 170/100 160/80 145/80

1200 140/100 130/70 135/85

1500 140/90 120/60 125/75

1800 130/80 150/100 130/80

2100 140/90 140/100 135/85

1. **УЗИ почек:**

Левая почка: с нечетким контуром, размером 11,5 на 5,5 см.

Чашечно-лоханочная система незначительно расширена. Толщина паренхимы 1,8 см. Подвижность почки в пределах нормы.Мочевой пузырь пуст.

Заключение: без патологических изменений

**X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальную диагностику необходимо провести с

1. Аппендицит

Необходимость в дифференцировании острого пиелонефрита и острого аппендицита возникает при тазовом расположении червеобразного отростка, так как в этих случаях отмечается учащение мочеиспускания - поллакиурия. Однако постепенно нарастающие боли в пахово-подвздошной области и симптомы раздражения брюшины свидетельствуют о наличии острого аппендицита. Кроме того, при пальпации через прямую кишку определяется резкая болезненность. При ретроцекальном расположении червеобразного отростка симптомы раздражения брюшины обычно отсутствуют, но при этом характер болей и локализация их специфичны для аппендицита. При остром аппендиците в отличие от острого пиелонефрита боли обычно возникают в эпигастральной области, сопровождаются тошнотой и рвотой, а затем локализуются в правой подвздошной области. Температура тела при остром аппендиците повышается постепенно и стойко держится на высоких цифрах, а при остром пиелонефрите внезапно повышается до 38,5 - 39 °С, сопровождаясь ознобом и проливным потом и резко снижаясь по утрам до субнормальных цифр.

1. Острый холецистит

При дифференциальной диагностике острого пиелонефрита и острого холецистита следует учитывать, что для последнего характерны боли в правом подреберье с иррадиацией в лопатку и плечо, симптомы раздражения брюшины, горечь во рту.

1. Амилоидоз почек

Амилоидоз почек в начальной стадии, проявляющийся лишь незначительной протеинурией и весьма скудным мочевым осадком, может симулировать латентную форму хронического пиелонефрита. Однако в отличие от пиелонефрита при амилоидозе отсутствует лейкоцитурия, не обнаруживаются активные лейкоциты и бактериурия, сохраняется на нормальном уровне концентрационная функция почек, нет рентгенологических признаков пиелонефрита (почки одинаковы, нормальных размеров либо несколько увеличены). Кроме того, для вторичного амилоидоза характерно наличие длительно текущих хронических заболеваний, чаще гнойно- воспалительных.

4. Диабетический гломерулосклероз.

Диабетический гломерулосклероз развивается у больных с сахарным диабетом, особенно при тяжелом его течении и большой длительности заболевания. При этом имеются и другие признаки диабетической ангиопатии (изменения со стороны сосудов сетчатки, нижних конечностей, полиневрит и др.). Отсутствуют дизурические явления, лейкоцитурия, бактериурия и рентгенологические признаки пиелонефрита.

**ХI. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**Обоснование диагноза:**

На основании *жалоб:*

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на общую слабость, головную боль, отеки нижних конечностей.

На основании *данных истории болезни* . С 35 года считает себя больной, когда впервые появился двусторонний острый пиелонефрит, причина-частые простудные заболевания. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. В 1996 оду была произведена нефрэктомия справа .В последующем неоднократно лечилась стационарно. На плановом обследовании по анализу мочи было выявлено повышение уровня мочевины до 11-12 ммоль/л . При контрольном обследовании – 19 ммоль/л.Выявлена симптоматическая артериальная гипертензия , которая поддается медикаментозной терапии. Была направлена на стационарное лечение в нефрологическое отделение в УЗ ВОКБ.

На основании *объективных данных:* симптом поколачивания слабоположительный слева.

На основании *инструментально-лабораторного обследования*:

Анализ мочи общий от 6,10,2012 Белок 0,8 г/л, лейкоциты 40-50 в п/зр. Заключение: протеинурия, лейкоцитурия; Анализ мочи по Нечипоренко от 6,10,2012

Лейкоциты 30,0 (2,0-4,0)

Цилиндры 0,5 (025)

Эритроциты в незначительном количестве

Заключение: лейкоцитурия

Проба по Земницкому от 6,10,2012 Заключение**:** плотность мочи 1010, суточный диурез 630 мл(дизурия)

Проба Реберга от 6,10,2012 Заключение: снижение F-клубочковой фильтрации, повышение уровня креатинина крови до 19 ммоль на литр

На основании проведенной *дифференциальной диагностики* можно поставить

а) основной диагноз: Хронический пиелонефрит единственной левой почки в стадии обострения.

б) осложнения: Симптоматическая артериальная гипертензия.

в) сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа.

**XII. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

1. Диета: ограничить острые, пряные, жареные, копченые продукты,

приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной

пищи.

2. Антибактериальная терапия.

. Sol. Cyprofloxacini 400 mg в/в капельно 2 раза в сутки

+

Sol. Ringeri 400 мл в/в капельно

Ципрофлоксацин - лекарственное средство, антибактериальный препарат из группы фторхинолонов I поколения.

6. 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. Физиолечение (после обострения)

Магнитотерапия, лазеротерапия, ЛФК.

9. Антигипертензивная терапия

Rp: Tab. Еnаlаpril 0,01 № 30

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Rp: Tab. Indapamidi 0.0015 №30

D.S. по 1 таблетке 1 раз в день.

Гипогликеминизирующая терапия

Метформин 500 мг 3 раза в день

**XIII. ПРОГНОЗ**

Прогноз для жизни неблагоприятный.

**XIV. ПРОФИЛАКТИКА**

Имеющему хронический пиелонефрит необходимо 1 раз в 3-4 месяца посещать врача, сдавая анализы и выполнять все предписания. Тогда и только тогда можно предотвратить переход острого пиелонефрита в хронический, который распознаётся чаще при симптомах нарастания почечной недостаточности, повышении артериального давления, появлении отёков, значительном ухудшении самочувствия и потере трудоспособности.

Хронический пиелонефрит протекает волнообразно: у одних больных обострение характеризуется появлением болей в области поясницы и внизу живота, частым болезненным мочевыделением, у других больных жалоб нет, и только анализ мочи может указать на обострение болезни.

**XV. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

9,10,12 Состояние относительно удовлетворительное. Жалобы на головокружение. Т – 37,3 ºС, АД – 150/90 мм.рт.ст., пульс 82 уд/минуту, ритмичный. Симптом Пастернацкого слабоположительный слева, справа отрицательный.. Дизурия . Моча прозрачная.

10.10,12Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Т – 36,5 ºС, АД – 140/80 мм.рт.ст., пульс 72 уд/минуту, ритмичный. Живот мягкий. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

11,10,12Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Т – 36,8 ºС, АД – 140/80 мм.рт.ст., пульс 76 уд/минуту, ритмичный. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Почка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**XVI. ЭПИКРИЗ**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 21.09.2012 с жалобами на жалобы на общую слабость,головуную боль , отеки нижних конечностей.

С 35 года считает себя больной, когда впервые появился двусторонний острый пиелонефрит, причина-частые простудные заболевания. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. В 1996 оду была произведена нефрэктомия справа .В последующем неоднократно лечилась стационарно.На плановом обследовании по анализу мочи было выявлено повышение уровня мочевины до 11-12 ммоль/л . При контрольном обследовании – 19 ммоль/л.Выявлена симптоматическая артериальная гипертензия , которая поддается медикаментозной терапии. Была направлена на стационарное лечение в нефрологическое отделение в УЗ ВОКБ.

*объективные данные:* симптом поколачивания слабоположительный слева.

*инструментально-лабораторного обследования*:

Анализ мочи общий от 02,09,2012 Белок 0,8 г/л, лейкоциты 40-50 в п/зр. Заключение: протеинурия, лейкоцитурия; Анализ мочи по Нечипоренко от 3,09,2012

Лейкоциты 30,0 (2,0-4,0)

Цилиндры 0,5 (025)

Эритроциты в незначительном количестве

Заключение: лейкоцитурия

Проба по Земницкому от 03,09,2012 Заключение**:** плотность мочи 1010, суточный диурез 630 мл(дизурия)

Проба Реберга от 05,09,2012 Заключение: снижение F-клубочковой фильтрации, повышение уровня креатинина крови.

Был выставлен диагноз:

а) основной диагнозхронический пиелонефрит в стадии ремиссии единственной левой почки.

б) осложнения: симптоматическая артериальная гипертензия.

в) сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа

были назначены препараты

Sol. Cyprofloxacini 400 mg в/в капельно 2 раза в сутки

+

Sol. Ringeri 400 мл в/в капельно

Витаминотерапия.

Антигипертензивная терапия

Rp: Tab. Еnаlаpril 0,01 № 30

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Rp: Tab. Indapamidi 0.0015 №30

D.S. по 1 таблетке 1 раз в день.

**VII. ЛИТЕРАТУРА**

***Основная:***

1. Лекции по факультетской терапии в 2-х томах. / Под ред. В.И. Козловского. - Витебск, 2010 г.
2. В.И. Козловский Гипертонические кризы. - Витебск, 2001. – 155 с.
3. Е.С. Атрощенко, В.И. Козловский Хроническая сердечная недостаточность. - Минск, 2002. – 455 с.

***Дополнительная:***

4. Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография. - М.: Медицина, 1989, 1991.

5.Сметнев АС ,Гроссу АА.,Шевченко НМ., Диагностика и лечение нарушений ритма Сердца.,Кишинев,1990. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий, ВНОК

6.Замотаев ИП, Лозинский ЛГ, Керимова РЭ, Современные представления о патогенезе, прогнозировании и лечении пароксизмальной формы мерцательной аритмии. Кардиология, 1990, 5, 105-109.

7.Окороков А. Н. Лечение болезней внутренних органов. (в трех томах) – М.: Вышэйшая школа, 1995. – т. 3, кн. 2. С. 189-299.

8. Сумароков А. В., Моисеев В. С. Клиническая кардиология. – М.: Медицина, 1986. – С. 322-327.