Паспортные данные:

1. ФИО:
2. Возраст: 42 года;
3. Пол: мужской;
4. Адрес:
5. Место работы: оператор;
6. Клинический диагноз: хронический пиелонефрит, латентное течение, симптоматическая гипертония.

Основные жалобы больного: на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 240/140 мм рт ст, тупые ноющие боли в пояснице, больше справа.

Anamnesis morbi:

Считает себя больным с 1984 г., когда был приступ правосторонней почечной колики. Лечился в госпитале, после консервативного лечения состояние улучшилось. До февраля 1994 г. чувствовал себя удовлетворительно, головные боли и боли в пояснице не беспокоили.

С февраля 1999 г. появились сильная головная боль и тупая ноющая боль в пояснице, повысилось артериальное давление до 240/140, в связи с этим был госпитализирован в госпиталь в терапевтическое отделение. Сделали УЗИ почек, в/в урографию, аортографию, выявлена киста правой почки, камень в левой почке, в мае 1999 г. оперативное лечение кисты в отделении онкоурологии ОКБ и её иссечение.

После операции остаётся высокое артериальное давление 170/120 мм рт ст. Направлен на консультацию к нефрологу областной поликлиники. Рекомендовано стационарное лечение и дообследование в нефрологическом отделении.

Anamnesis vitae:

Родился в Воронеже, в детстве развивался без особенностей, окончил среднюю школу. Состояние здоровья хорошее. Отец и мать страдали повышением АД, отец умер после второго инфаркта в 57 лет, а мать умерла от мозгового инсульта в 63 года.

Материально-бытовые условия хорошие, питается регулярно, полноценно.

Из перенесённых заболеваний отмечает редкие острые распираторные заболевания в лёгкой степени, в десять лет болел болезнью Боткина. Наследственные болезни, злокачественные, венерические, туберкулёз и вредные привычки отрицает. Аллергический анамнез не отягощён.

Status preasents:

Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,5 С, пульс 74 уд/мин, частота дыхательных движений 20 в мин, рост 178 см, вес 92 кг, телосложение нормостеническое, кожа телесного цвета, высыпаний нет, влажность кожи умеренная, эластичность снижена. Видимые слизистые розовые, блестящие, чистые, влажные

Подкожная жировая клетчатка умеренно развита, распределена равномерно

Лимфатическая система: лимфоузлы не увеличены.

Мышечная система: сила мышц достаточна. Тургор тканей снижен.

Кости и суставы: патологических изменений при осмотре не обнаружено. Щитовидная железа не пальпируется

Органы дыхания: данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации органов дыхательной системы соответствуют возрасту. Сердечно-сосудистая система: границы относительной тупости сердца расширены (левая - на 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии). При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушенные, систолический шум на верхушке АД 160/120 мм рт ст, пульс 78 уд/мин. Эластичность стенки сосуда сохранена. АД -130/

### Органы пищеварения: рот-слизистая розовая, влажная, зубы-санированы, на языке белый налет, миндалины не выходят за пределы небных дужек. Живот правильной формы. Нижняя граница желудка располагается на 3 см ниже пупка. Поверхностная пальпация кишечника безболезненна. Печень не выходит за края правой реберной дуги, пальпация ее безболезненна, край ровный, эластичный. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются.

Исследование нервной системы: сознание ясное, интеллект сохранен, настроение хорошее, речь членораздельная. Видит, слышит, запахи различает.

Дополнительные методы обследования:

1. 08.10.98 2. 11.10.98

|  |  |
| --- | --- |
| Общий анализ крови. | Биохимический анализ крови |
| ГемоглобинЭритроцитыЦвет. ПоказательЛейкоциты Палочкояд. Сегментояд.ЛимфоцитыМоноцитыСОЭ | 99 г/л3,7\*10 /л1,05,2\*10 /л16624530 | ГлюкозаМочевинаКреатининАсАТАлАтОбщий билирубин Триглицериды | 5,0 г/л5,8 мМоль/л0,069 мМоль/л12522012,3 мМоль/л6,20 мМоль/л |

3. 08.10.98

|  |
| --- |
| Общий анализ мочи |
| ПрозрачностьЦветОтносит. ПлотностьРеакцияБелокЭпителий плоскийЛейкоцитыСлизьЭритроциты | ПрозрачнаяСоломенно-жёлтая1,012 г/лслабо-кислая0,066единичныемало2 – 3 в п/знетед в п/з |

1. Тест по Нечипоренко: 9.10.99

лейкоциты – 2 тыс., эритроциты – 1 тыс, гиалиновые цилиндры – 200,;

1. Бактериологический анализ: 09.10.99

посев роста не дал,

6. Посев на БК (-)

1. Проба по Зимницкому: 11.10.99

дневной диурез 380 мл; ночной диурез 430 мл; плотность 1,010-1,015 г/см.

1. Проба Реберга: 12.10.99

креатинин крови 0,069; креатинин мочи 11,2; фильтрация 104; реабсорбция 99,2; мин. диурез 0,8 мл; общий белок 72; мочевая кислота 375; общий холистерин 4,8; триглицериды 6,2; глюкоза 4,4; амилаза 4,7; АсАТ 79; АлАТ 137.

1. Внутривенная урография: 15.10.99

камень в левой почке, хронический пиелонефрит слева, состояние после операции на правой почке.

10. УДЗГ почечных сосудов: 15.10.99

осмотр почечных артерий в области ворот – индекс периферического сопротивления в норме, кровоток адекватный.

11. УЗИ почек: 15.10.99

правая почка 117х62х18 мм, левая 116х51х16 мм, слева в нижней группе чашечно-лоханочной системы лоцируется конкремент 10,6 мм с з-тенью, синус правой почки без особенностей.

Заключение: УЗ-признаки мочекаменной болезни слева.

Предварительный диагноз.

На основании жалоб больного: на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 240/140 мм рт ст, тупые ноющие боли в пояснице, больше справа, отягощённой наследственности – родители страдали ГБ; данных настоящего статуса: тоны сердца приглушенные, систолический шум на верхушке АД 160/120 мм рт ст, пульс 78 уд/мин; лабораторных исследований: ОАК: СОЭ 30, эритроциты 99\*10, проба по Зимницкому: дневной диурез 380 мл, ночной диурез 430 мл, плотность 1,010-1,020 г/см, проба Реберга: креатинин крови 0,069, креатинин мочи 11,2, фильтрация 104, реабсорбция 99,2, мин. диурез 0,8 мл, общий белок 72, мочевая кислота 375, внутривенная урография: камень в левой почке, хронический пиелонефрит слева, состояние после операции на правой почке, УЗИ почек: УЗ-признаки мочекаменной болезни слева; можно поставить предварительный диагноз: хронический пиелонефрит, латентное течение, симптоматическая гипертония.

Дифференциальный диагноз:

Сходную клиническую картину (головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 240/140 мм рт ст ) имеет следующее заболевание: идеопатическая артериальная гипертензия.

В отличие от артериальной гипертензии в анализах мочи отмечается снижение плотности до 1,012 г/см, эритроциты, лейкоциты, никтурия, белок в моче 0,066 г/л, повышено значение СОЭ до 30 мм/ч, УЗ-признаки мочекаменной болезни слева.

Таким образом диагноз: хронический пиелонефрит, латентное течение, симптоматическая гипертония не вызывает сомнений.

Лечение:

1. Уроантисептики (Negram по 1 таб 4 раза в день);
2. Ингибиторы АПФ (Энап-HL по 1 таб (5мг) 1 раз в день);
3. Дибазол (по 2 мл 3 раза в день 1% р-р) с папаверином (по 2 мл 3 раза в день 2% р-р) в/м;
4. Эринит (по 1 таб 4 раза в день).

#### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ

Пиелонефрит - заболевание инфекционной этиологии, специфического возбудителя не существует. Чаще всего возбудителями являются кишечная палочка, протей, энтерококки, стафилококки, синегнойная палочка. Хронический характер патологии можно объяснить превращением патогенного микроорганизма под влиянием неблагоприятных факторов (антибиотики и химиопрепараты, изменения рН мочи) в L- формы.

Для уточнения пути попадания инфекции в почки нужно всесторонне обследовать больного на наличие очага инфекции в организме. Предрасполагающим фактором для развития патологического процесса мог послужить отягощённый наследственный анамнез.

Кроме того, в патогенезе пиелонефрита имеет значение обще состояние организма (сниженная иммунологическая реактивность, сопутствующие хронические заболевания).

Окончательный диагноз:

При объективном обследовании тоны сердца приглушенные, систолический шум на верхушке АД 160/120 мм рт ст, пульс 78 уд/мин,

в анализах мочи отмечается снижение плотности до 1,012 г/см, эритроциты, лейкоциты, никтурия, белок в моче 0,066 г/л, повышено значение СОЭ до 30 мм/ч, никтурия, УЗ-признаки мочекаменной болезни слева.

Диагноз: хронический пиелонефрит, латентное течение. Симптоматическая гипертония.

Эпикриз:

Больной \_\_\_\_\_\_ был госпитализирован в клинику в плановом порядке. При поступлении предъявлял жалобы на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 240/140 мм рт ст, тупые ноющие боли в пояснице, больше справа. После курса лечения наступило незначительное улучшение, но болевой синдром сохранился УЗ-признаки мочекаменной болезни слева. В моче обнаружена, эритроцитурия, в крови - повышение содержания креатинина. Был установлен диагноз хронического пиелонефрита, латентное течение, симптоматическая гипертония. Проводилось консервативное лечение: уросептики, ингибиторы АПФ, гипотензавная терапия. С момента начала лечения в клинике больной отмечает незначительное улучшение состояния.

Прогноз в отношении жизни благоприятный. В отношении здоровья прогноз неблагоприятный из-за наличия хронического течения процесса, и артериальной гипертензии (в том числе и почечной). Рекомендовано соблюдение диеты, ограничение физических и эмоциональных нагрузок, санирование очагов хронической инфекции, коррекция артериальной гипертензии, длительное наблюдение лечащего врача.