**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: 05.08. 1943

Дата поступления: 06.04.04

Место работы: парасиловое хозяйство, электрик

Диагноз при поступлении: хронический пиелонефрит в стадии обострения, мочекаменная болезнь, аденома предстательной железы в стадии субкомпенсации

**ЖАЛОБЫ**

На тупые боли в области левой почки, ноющего характера, беспокоящие больного постоянно, не зависящие от времени суток, затруднения при мочеиспускании, проявляющиеся болями на всем протяжении акта мочеиспускания, большая его продолжительность, уменьшение ширины и вялость струи, остается ощущение остаточной мочи после акта мочеиспускания. Боль в нижних отделах живота, тянущего характера, тупая, возникающая приступообразно и длящаяся до 2 часов, систематическая, ежедневная задержка стула.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больным с конца декабря 1996 года , когда после переохлаждения в сочетании с большой физической нагрузкой появились резкие боли в поясничной области и в низу живота, болезненность на всем протяжении акта мочеиспускания , повысилась температура тела до 38-39 С . Больной долгое время (до апреля 2004 г.) к врачам не обращался, лечился народными средствами. 6 апреля обратился в РКБ. Были проведены общеклинические исследования (анализ крови и мочи). Посев мочи на микробную флору , УЗИ почек и мочевого пузыря. Поставлен диагноз "мочекаменная болезнь единственной левой почки, хронический пиелонефрит, аденома простаты хроническая задержка мочи. Улучшения состояния с момента поступления больной не отмечает.

**ЖИЗНЕННЫЙ АНАМНЕЗ**

Родился вторым ребенком в семье. Рос и развивался нормально. Из детских инфекций перенес скарлатину. Часто болел ангиной и гриппом.

Мать больного умерла от инсульта в возрасте 67 лет. При жизни страдала пороком сердца. Отец умер в 1992. Со слов больного, у него были затруднения с оттоком мочи. Он умер от голода (не мог принимать пищу). Младшая сестра больного страдает почечной патологией с детства (какой именно, больной ответить затруднился). Старшая дочь больного также страдает заболеванием почек (мочекаменной болезнью), от которого неоднократно лечилась. У внуков больного выявлена аллергия на некоторые растения и цитрусовые.

Со слов больного , злокачественными новообразованиями , болезнями обмена , психическими , венерическими болезнями , туберкулезом никто из семьи и ближайших родственников не страдает.

Работает электриком в Парасиловом хозяйстве.

Проживает с женой в благоустроенной 3-х комнатной квартире . Питание регулярное , полноценное . Материальная обеспеченность достаточная . В квартире имеется домашнее животное (кошка) , аллергической реакции на шерсть у больного нет .

Не курит, алкоголь употребляет умеренно. В больших количествах употребляет кофе и чай. До недавнего времени часто употреблял острое.

# НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Общее состояние удовлетворительное. Кожа лица и шеи гиперемирована, высыпаний нет, влажность кожи умеренная, эластичность снижена . Видимые слизистые розовые, блестящие, чистые, влажные. Положение активное. Телосложение гиперстеническое. Рост 172 см. Вес 66 кг. Температура тела 36,5 С. Подкожная жировая клетчатка развита нормально, распределена равномерно. Лимфоузлы не увеличены. Сила мышц высокая. Тонус не снижен. Патологических изменений при осмотре в костях черепа, позвоночника , грудной клетки , таза , длинных трубчатых костях не обнаружено . При пальпации обнаружена болезненность в левом коленном суставе.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Тахикардии и болей не отмечается. Видимой пульсации шейных вен и артерий нет. Пульс 76 уд/мин. При аускультации на верхушке выслушивается грубый систолический шум . Пульс слабого наполнения, удовлетворительного напряжения . АД 120/80.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

Дыхание свободное, не затрудненное, через нос. Ритмичное. Одышки и кашля нет. Частота дыхательных движений 20 в мин.

**ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Аппетит несколько снижен. Глотание свободное, не затрудненное. Слизистая рта розовая , влажная. На языке белый налет. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Окраска кожи живота нормальная. Живот правильной формы, в горизонтальном положении не выступает за края реберных дуг. Нижняя граница желудка располагается на 3 см ниже пупка. Поверхностная пальпация кишечника безболезненна. При глубокой пальпации отмечается болезненность в левой подвздошной области. Печень не выходит за края правой реберной дуги, пальпация ее безболезненна, край ровный, эластичный . Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются. Акт дефекации несколько затруднен.

**МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

Кожа в проекции органов мочеполовой системы при осмотре не изменена. Левая почка пальпируется в положении больного на левом боку, пальпация болезненна , с иррадиацией боли вверх в подреберье . Правая почка удалена в 1994 году. Мочевой пузырь определяется перкуторно в виде тупости и пальпаторно в виде тугоэластического шаровидного образования над лобком, переполнен, отмечено выбухание надлобковой области. Пальпация мочеточниковых точек с обеих сторон болезненна. Наружное отверстие уретры осмотреть не удалось по причине отказа больного от данного исследования.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Анализ крови**

Дата: 6.04.04

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Норма  |
| Er | 4.2 | 3.9-5.0 |
| Hb | 135 | 120-160 |
| ЦП | 0.9 | 0.8-1.0 |
| Le | 4.6 | 4-9 |
| Эозин. | 3 | 1-5 |
| Сегмент. | 44 | 45-70 |
| Лимфоц. | 34 | 18-40 |
| Моноц. | 8 | 2-9 |
| Глюкоза | 4,4 | 3,3-5,7 |
| Креатинин | 0,9 | 0,04-0,1 |

Заключение: повышение уровня креатинина.

**Анализ мочи клинический**.

Дата: 6.04.04

Кол-во 60,0

Цвет мочи желтый

Прозрачность полная

Относительная плотность 1005

Белок 0.05 г/л

Лейкоциты 10-15 в п/зр

Эритроциты ед. в п/зр

Эпителий ед. в п/зр

Соли оксалаты

Заключение: имеет место лейкоцитурия, протеинурия, микрогематурия и повышение количества эпителия в моче.

**СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

УЗИ (06.04.04): *Печень*: однородная, размеры правой доли 80\*130 мм, протоки и сосуды не расширены. *Жел.пуз.:* обычной формы, стенки уплощены, конкрементов нет. *Поджел. жел.:* однородная, размеры не увеличены. *Селезенка* не увеличена.  *Почки*: единственная левая почка, 149\*79, паренхима – 17 мм, умеренно выраженная колинэктазия, чашечки 12-15 мм, в центральной части определяется твердое образование до 26 мм. *Мочевой пузырь*: без патологии. Остаточной мочи 213 см3. *Предстательная железа:* 49\*58\*40, объем 62 см3, сред. Доля до 27 мм.

# ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Жалобы пациента, объективное исследование и результаты параклинических тестов позволяют предположить патологию со стороны мочеполовой системы. Выявлены следующие синдромы: дизурические расстройства (жалобы и объективно), переполнение мочевого пузыря и застой мочи (объективно), увеличение предстательной железы на УЗИ. На основании жалоб больного (на боли в пояснице и внизу живота , затруднения мочеиспускания) , анамнеза (наличие семейной предрасположенности , провоцирующего фактора - переохлаждения), данных объективного исследования (болезненность при пальпации почки , мочеточников и мочевого пузыря) и данных лабораторных и инструментальных исследований (лейкоцитурия , эритроцитурия, повышение уровня креатинина в крови, а также учитывая описание морфологического элемента, полученного при ультразвуковом исследовании, предполагаем наличие опухолевого образования в области простаты, препятствующего оттоку мочи и способствующего этим развитию пиелонефрита. Ощущение неполного опорожнения пузыря и достаточный объем остаточной мочи, но отсутствие при этом ischuria paradoxa сообщают о стадии субкомпенсации аденомы предстательной железы. Наличие слабовыраженной лейкоцитурии говорит о фазе латентного воспаления чашечно--лоханочного аппарата.

 Клинический диагноз основной: хронический пиелонефрит левой почки в стадии обострения. Сопутствующий: мочекаменная болезнь, аденома предстательной железы в стадии субкомпенсации.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Хронический пиелонефрит следует дифференцировать от туберкулеза и гломерулонефрита. Против туберкулеза в данном случае свидетельствует отсутствие ранее перенесенного процесса , гематурии , рубцовых сужений верхних мочевых путей . Имеется значительное преобладание лейкоцитурии над эритроцитурией , что для туберкулеза нехарактерно. Хронический гломерулонефрит отличается от пиелонефрита преобладанием в моче эритроцитов над лейкоцитами , гломерулярным типом протеинурии (проникновение в мочу белков с высокой молекулярной массой). Хронический цистит следует дифференцировать от туберкулеза , простой язвы и опухоли мочевого пузыря. Туберкулез мочевого пузыря можно распознать по характерной цистоскопической картине (туберкулезные бугорки, язвы, рубцы) , обнаружению микобактерий туберкулеза в моче , характерным рентгенологическим изменениям в почках и мочевых путях .Опухоль мочевого пузыря дифференцируют по данным цистоскопии (после ликвидации воспалительных явлений) и эндовезикальной биопсии , как и простую язву мочевого пузыря. По своей клинической картине аденома парауретральных желез похожа на рак предстательной железы тем, что и в том и в другом случае имеется нарушение оттока мочи из мочевого пузыря. Однако в данном случае нет характерной для рака неравномерной, каменистой консистенции, бугристой поверхности, типичной картины метастазов в регионарные лимфоузлы и кости. При катетеризации мочевого пузыря исключена стриктура мочеиспускательного канала, иначе он был бы непроходим. Цистоскопии для дифференциальной диагностики опухоли или склероза шейки мочевого пузыря не проводили.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.**

Чаще всего пиелонефрит вызывается кишечной эшерихией, энтерококком, протеем, стафилококками, стрептококками. У 1\3 больных острым пиелонефритом и у 2/3 больных хроническим пиелонефритом микрофлора бывает смешанной. Во время лечения микрофлора и ее чувствительность к антибиотикам меняются, что требует повторных посевов мочи для определения адекватных уроантисептиков. Необходимо помнить о роли протопластов и L-форм бактерий в возникновении рецидивов пиелонефрита. Если инфекция в почке поддерживается протопластами, то посев мочи не обнаруживает их. Развитие пиелонефрита в значительной степени зависит от общего состояния макроорганизма, снижения его иммунобиологической реактивности. Инфекция проникает в почку, лоханку и ее чашечки гематогенным или лимфогенным путем, из нижних мочевых путей по стенке мочеточника, по его просвету- при наличии ретроградных рефлюксов. Важное значение в развитии пиелонефрита имеют стаз мочи, нарушения венозного и лимфатического оттока из почки. Пиелонефриту часто предшествует латентно протекающий интерстициальный нефрит.

## Предрасполагающие факторы

1. Пол - чаще у женщин, в 2-3 раза, 70% женщин заболевают до 40 лет, а мужчины - после. У женщин 3 критических периода:
а) детский возвраст: девочки в этот период болеют в 6 раз чаще мальчиков:
б) начало половой жизни:
в) беременность.
2. Гормональный дисбаланс: глюкокортикоиды и гормональные контрацептивы.
3. Сахарный диабет, подагра.
4. Аномалии почек и мочевыводящих путей.
5. Лекарственные поражения по типу абактериального интрестициального нефрита (сульфаниламиды, противотуберкулезные, витамин Д в больших дозах, фенацетин, анальгетики, нефротоксические антибиотики.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Режим в зависимости от фазы. Во время обострения постельный 1 - 2 недели, можно и дома. Ориентироваться на снижение температуры. Расширение режима только при нормализации температуры. Вне обострения физическую нагрузку существенно не ограничивают. При интеркурентных инфекциях постельный режим. Питание: фаза обострения - ограничение острых блюд, консервов, спиртных напитков и кофе. Соль ограничивают до 5 - 8 г/сут. на 2 - 3 недели, при гипертензии до 2 - 4 г. (исключение соль - теряющая почка при тубулярной форме). Питьевой режим не ограничивают, 2 - 3 л/сут. обязательно, особенно полезен клюквенный морс из-за бактериостатического действия. Ремиссия: 10 - 12 г/сут., при повышении АД 6 - 8 г. При почечной недостаточности питание особое. Медикаментозное лечение. Во время обострения активная антибактериальная терапия: антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны, препараты налидиксовой кислоты, ПАЛИН, комбинированные препараты. В первые две недели антибиотики + сульфаниламиды или антибиотики + налидиксовая кислота. Требования к антибиотикам: 1) эффективность к большинству возбудителей пиелонефрита; 2) отсутствие нефротоксичности: левомицетин, цепарин, тетрациклин, гентамицин. Из сульфаниламидов - длительного действия, так как реабсорбция: сульфопиридазин и сульфадиметоксин. Нитрофураны при кишечной палочке и Гр (+), Гр (-): фурадонин, фурагин, солафур в/в капельно. Их рекомендуется сочетать с клюквенным экстрактом. Налидиксовую кислоту не сочетать с нитрофуранами. Палин действует на Гр(+) и на Гр(-). Имеет особенность: вызывает фотосенсибилизирующее действие -> нельзя загорать. Комбинированные препараты: 5-НОК (5 - нитроксихинолин) - состоин их нитрофурана и оксихинолина. Бисептол.

В фазе ремиссии 2 подхода: 1. Постоянное непрерывное многомесячное лечение до года и дольше, все препараты в минимальных дозах, с постепенной сменой лекарств. 2. Прерывистое лечение: весной и осенью + в период обострения. Схема Рябова в период ремиссии: Первая неделя: 1 - 2 таб. бисептола на ночь. Вторая неделя: уросептик растительного происхождения: березовые почки, брусничный лист, ромашка. Третья неделя: 5-НОК 2 таб. на ночь. Четвертая неделя: левомицетин 1 таб. на ночь. После этого такая же последовательность, но препараты менять на аналогичные из той же группы. При анемии + препараты железа, витамин В12, эритропоэтин. При нефролитиазе ЦИСТИНАЛ. При одностороннем литиазе - его удаление. При повышенном АД обычные гипотензивные препараты. за исключением ганглиоблокаторов. Считается теоретически, что так можно вылечить 35% больных.

**ЭПИКРИЗ**

Больной 61 лет 6 апреля 2004 года был госпитализирован в клинику в экстренном порядке. При поступлении предъявлял жалобы на сильную боль в пояснице и внизу живота, затруднения мочеиспускания в виде резких болей на всем протяжении мочеиспускания. Из анамнеза выяснено , что болен с конца декабря 1996 года, когда после переохлаждения появились вышеуказанные жалобы . Больной лечился народными средствами. После лечения наступало непродолжительное улучшение, но болевой синдром сохранился. При объективном обследовании была установлена болезненность в проекции левой почки, мочеточника и мочевого пузыря, положительный симптом поколачивания. В моче обнаружена пиурия, эритроцитурия, в крови - повышение содержания креатинина. При экскреторной урографии выявлено снижение функциональной активности обеих почек . Был установлен диагноз хронического пиелонефрита в стадии обострения. Проводилось консервативное лечение: терапия антибиотиками и химиотерапевтическими антибактериальными препаратами , внутривенные вливания (глюкоза , инсулин , но-шпа , панангин , димедрол) . С момента начала лечения в клинике больной отмечает незначительное улучшение состояния .

**ПРОГНОЗ ДЛЯ ЖИЗНИ И РАБОТЫ**

В отношении жизни благоприятный. В отношении здоровья прогноз неблагоприятный из-за наличия фактора , нарушающего отток мочи (аденома предстательной железы). Рекомендовано соблюдение диеты, ограничение физических и эмоциональных нагрузок, санирование очагов хронической инфекции, коррекция артериальной гипертензии , длительное наблюдение лечащего врача.

Куратор ст. Сергеев В.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Асс. к.м.н. Кучиев А.М.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_