**I. Паспортная часть:**

**1)** ФИО:

**2)** Дата рождения:

**3)** Национальность:

**4)** Место работы: »

**5)** Должность:

**6)** Место жительства

**7)** Дата поступления в стационар:.

**8)** Дата начала курации:

**9)** Дата окончания курации:

**10)** Диагноз при поступлении: Хронический пиелонефрит, обострение. Почечная колика слева. Гипертоническая болезнь IIIст, риск IV, сердечная недостаточность IIА.

**11)** Диагноз предварительный:

Основное заболевание:

Хронический пиелонефрит, обострение. Почечная колика слева.

Сопутствующие заболевания:

Гипертоническая болезнь IIIст, IIIст, риск IV.

Хроническая сердечная недостаточность IIА.

Сахарный диабет II типа, легкой степени, стадия компенсации.

Бронхиальная астма, легкое интермитирующее течение, период ремиссии.

Ожирение III степени.

**12)** Диагноз клинический:

Основное заболевание:

Хронический пиелонефрит, первичный, левосторонний, в фазе обострения. Почечная колика слева.

Сопутствующие заболевания:

Гипертоническая болезнь IIIст, IIIст, риск IV.

осложнение: хроническая сердечная недостаточность IIА (III ф.к. по NYHA)

Дисциркуляторная энцефалопатия IIст

Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, люмбалгия.

Язвенная болезнь с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, стадия обострения.

Сахарный диабет II типа, легкой степени, стадия компенсации.

Бронхиальная астма, легкое интермитирующее течение, период ремиссии.

Ожирение III степени.

**II.Жалобы, предъявляемые больной:**

1. **На день курации:** на тупые боли в левой поясничной области, тянущие боли внизу живота (за лоном), частые мочеиспускания малыми порциями, хромоту на левую ногу.

**2.При поступлении:** на приступообразные боли в левой поясничной области, головные боли, слабость, озноб, повышение артериального давления до 180/100 мм.рт.ст учащенное сердцебиение при умеренной физической нагрузке и одышку, отечность нижних конечностей к вечеру и после ходьбы (проходят после отдыха). Частые мочеиспускания малыми порциями, общее количество мочи за сутки по словам больной 1000мл.

**III. Anamnesis morbid.**

Считает себя больной со 2.12.2007, когда впервые появились резкие, приступообразные боли в левой поясничной области, усиливающиеся при движении. Лечилась самостоятельно Спазмалгоном – боли стали не такими острыми, но постоянными. Направлена в ЦГКБ.

В течение 10-15 лет беспокоит повышение АД. Максимально до 210/100мм.рт.ст. В связи с этим принимает Энам по 5мг утром.

8.11.2006 года впервые выставлен диагноз: Сахарный диабет II типа (сахар – 7,5 ммоль/л). Сахара корригирует только диетой

В 2006 году верифицирован диагноз бронхиальная астма. Ингаляторами не пользуется, последний приступ, по словам больной, был в марте 2007года.

**IV.Anamnesis vitae.**

Родилась в 1956 году доношенным, пятым по счету ребенком в г. Казани, воспитывалась в семье с благоприятными социально-бытовыми условиями. Вскармливание естественное. В семье росла и воспитывалась с четырьмя братьями и сестрами. Задержки или ускорения физического или умственного развития не было. Период полового созревания протекал без особенностей.

Трудовую деятельность начала в 18лет.

Проф. вредности – переохлаждение, тяжелые физические нагрузки.

В настоящее время жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное 3 раза в день.

Гинекологический анамнез:

Менструации начались с 13 лет, регулярные, безболезненные по 5 дней через 28 дней.

9 беременностей

2 родов

7 абортов

Менопауза с 39 лет (с 1996 года)

Перенесенные заболевания, операции:

Аппендэктомия 1976 год

Экзартикуляция дистальной фаланги I пальца правой ноги (производственная травма) 1981 год

Холецистэктомия 2004 год

Хронический гастрит

Бронхиальная астма

Сахарный диабет

Данные о наследственности:

Наследственность не отягощена

Привычные интоксикации:

Курение и употребление алкоголя отрицает

Аллергологический анамнез:

Отмечает чувствительность к никотиновой кислоте и Салаполу.

Трансфузионный анамнез:

Переливания крови, компонентов и препаратов крови не было.

Эпидемиологический анамнез:

Вирусный гепатит, туберкулез, вен. заболевания, брюшной и сыпной тифы

отрицает.

За последние 6 месяцев за пределы города не выезжала. Контакта с

инфекционными больными не было. Стул оформленный, регулярный,1 раз в день.

**V. STATUS PRAESENS COMMUNIS. ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**1.Наружный осмотр:**

Общее состояние: относительно удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение: активное

Тип телосложения: гиперстенический

Выражение лица: обычное

Температура тела:

Рост: 168 см

Вес: 112 кг

Индекс массы тела по Кетле: 36.68 (N 20,0-26,4)

**Кожные покровы:**

Кожа чистая, без высыпаний физиологической окраски, умеренной влажности и хорошей эластичности. Местные пигментации и патологические элементы кожи отсутствуют. При пальпации безболезненна.

**Видимые слизистые оболочки:**

Слизистая носа розовая, блестящая, отделяемого нет. Слизистая ротовой полости розовая, влажная, блестящая, гиперсаливации нет, кариозные зубы санированы. Конъюнктива чистая, блестящая, влажная. Задняя стенка глотки слегка гиперемирована, болей в горле и налетов нет. Десны ярко розового цвета. Не кровоточат, не воспалены.

**Подкожная жировая клетчатка:**

Развита избыточно, отеков нет.

**Лимфатические узлы**:

Пальпируются подчелюстные лимфоузлы безболезненные, эластичные, не спаяны с окружающей клетчаткой, размером около 1-го см. Остальные группы лимфатических узлов (подключичные, локтевые, подмышечные, бедренные, подколенные) не пальпируются, что соответствует норме.

**Мышечная система:**

Развитие мышечной системы умеренное.

Пальпация отдельных мышечных групп безболезненна. Сила мышц достаточная, тонус мышц удовлетворительный. Активные движения в полном объеме. Мышцы брюшного пресса слегка напряжены.

**Костная система**:

Кости черепа, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей сформированы правильно, не имеют видимых деформаций, безболезненны при пальпации и перкуссии

Суставы обычной конфигурации, кожа над ними обычной температуры и влажности. Движения суставов в полном объеме. Искривлений позвоночника нет. Осанка правильная. Плоскостопия нет.

Вследствие перенесенной операции по поводу производственной травмы отмечается отсутствие дистальной фаланги I пальца правой ноги.

**Нервная система:**

Состояние больного удовлетворительное, настроение спокойное, поведение адекватное. В контакт вступает охотно, демонстрируя интерес к собеседнику и собственному заболеванию. Сухожильные и периферические рефлексы соответствуют норме. Асимметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и аккомодацию одинаковая, нормальная. Движения координированные, уверенные. В позе Ромберга устойчива. Общего тремора пальцев вытянутых рук нет.

**2. Система органов дыхания:**

2.1 Осмотр:

Дыхание через нос свободное. Голос не изменен.  
Грудная клетка гиперстенической формы, обе половины грудной  
клетки симметричны. Над- и подключичные ямки выражены слабо, лопатки плотно прилегают к грудной клетке, эпигастральный угол более 900, межреберные промежутки сглажены. В акте дыхания обе половины грудной клетки участвуют одинаково. Частота дыхательных движений - 18 в минуту, тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное глубокое. Участия вспомогательной дыхательной мускулатуры не отмечено. При пальпации грудная клетка умеренной эластичности.

2.2 Пальпация:

грудная клетка эластична. Болезненность при пальпации отсутствует. Пальпаторно ощущения трения плевры нет. Голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в симметричных участках.

2.2 Перкуссия:

при перкуссии над передними, боковыми и задними отделами легких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный.

## При топографической перкуссии.

нижняя граница легких: левое легкое правое легкое  
окологрудинная линия - 5-е ребро  
среднеключичная - 6-е межреберье  
передняя подмышечная 8-е ребро 7- е ребро  
средняя подмышечная 9-е ребро 8-е ребро  
задняя подмышечная 10-е ребро 9-еребро  
лопаточная 11-е ребро 10-е ребро  
околопозвоночная ост. отр.12-го гр. ст.отр. 11-го гр.  
Высота стояния верхушек легких:  
высота стояния верхушек легких левое легкое правое легкое  
спереди 4 см. 3 см.  
сзади 3 см. 3 см.  
  
2.3 Аускультация:

выслушивается везикулярное дыхание. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не определяются.

**3. Система органов кровообращения.**

3.1 Осмотр:

Область сердца без деформаций. Сердечный горб отсутствует. Видимая пульсация в области сердца и сосудов шеи отсутствует. Верхушечный толчок визуально не определяются.

3.2 Пальпация:

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии, положительный, ослабленный, локализованный. Сердечный толчок и сердечное дрожание не определяются. Пульс симметричный, частотой 84 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

3.3 Перкуссия:

## Границы относительной сердечной тупости: правая в 5-м межреберье правый край грудины; верхняя на уровне 3-го ребра между l.parasternalis sinistrae и l.medioclavicularis sinistrae; левая в 5-м межреберье, по левой среднеключичной линии.

## Границы абсолютной сердечной тупости: правая по левому краю грудины; верхняя на уровне 4-го ребра; левая на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости.

Ширина сосудистого пучка 4 см.

3.4 Аускультация:

## Тоны сердца приглушены, ритмичные. Патологические тоны и шумы, акценты не выслушиваются. При аускультации крупных периферических сосудов патологических тонов и шумов не выявлено. ЧСС – 84 в минуту. АД на правой руке – 190/90 мм. рт. ст.

АД на левой руке – 190/100 мм рт ст

**4. Пищеварительная система:**

4.1 Осмотр:

Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, зубы санированы, десны без патологии. Задняя стенка глотки слегка гиперемирована. Язык – влажный, чистый. Глотание не нарушено.

Живот нормальной конфигурации, симметричный, видимой перистальтики нет, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания.

4.2 Пальпация:

При поверхностной пальпации:

Живот мягкий, безболезненный, защитное мышечное напряжение, грыжи отсутствуют.

При глубокой пальпации:

отделы толстой кишки нормальной формы и консистенции, безболезненны. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

4.3 Перкуссия:

Перкуторный звук тимпанический. Газ и свободная жидкость в брюшной полости не определяются.

4.4 Аускультация:

Перистальтика умеренная.

Гепатолиенальная система:

Исследование печени:

Осмотр: выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширение кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

Пальпация: печень не пальпируется.

Перкуссия: верхняя граница определяется по правой окологрудинной лини – VI межреберье, по среднеключичной - VI межреберье, по передней подмышечной линии - на уровне VI I ребра. Нижний край по правой среднеключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней срединной линии на 5 см. выше пупка.

По Курлову: по средней линии – 11см

по средне-ключичной –9см

по левой реберной дуге – 8 см

Размеры печени: 11х9х8см

Исследование селезенки:

Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не определяется.

Перкуссия селезенки: длинник 6см., поперечник 4 см.

**5. Система мочеотделения:**

5.1 Осмотр:

Бледности, пастозности лица, параорбитальных отеков не выявлено. Область почек без деформаций, асимметрий, припухлостей, гиперемии нет. Область мочевого пузыря без деформаций.

5.2 Пальпация:

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный слева. Пальпация мочеточников безболезненна. Мочевой пузырь не пальпируется.

5.3 Перкуссия:

Верхняя граница мочевого пузыря не определяется.

5.4 Аускультация:

при аускультации почечных артерий шумы отсутствуют.

**6. Нервная система:**

Сознание: ясное.

Общемозговые явления. Головная боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами отсутствуют.

Менингеальные симптомы. Ригидность затылочных мышц отсутствует, симптомы Кернига, Брудзинского отрицательные, напряжения брюшных мышц нет. Общая гиперестезия, реакция на свет отсутствуют.

Высшие корковые функции. Не нарушены.

Черепные нервы.

Обоняние, вкус сохранены. Глазные щели симметричны, зрачки не расширены, на свет реагируют, конвергенция и аккомодация не нарушены. Острота зрения не снижена. Слух не нарушен, в пространстве ориентируется. Речь, чтение, письмо не нарушены. Походка обычная. Координация движений не нарушена. Рефлексы со слизистых оболочек, кожные, брюшные и сухожильные рефлексы живые, симметричные. Патологические рефлексы не выявляются. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности отсутствуют.

**7. Эндокринная система:**

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту. Щитовидная железа не пальпируется. Глазные симптомы отрицательные.

**VI. Предварительный диагноз и его обоснование**

Предварительный диагноз:

Основное заболевание:

Хронический пиелонефрит, обострение. Почечная колика слева.

Выставлен на основании:

Жалоб:

на приступообразные боли в левой поясничной области, частые мочеиспускания малыми порциями, общее количество мочи за сутки по словам больной 1000мл.

Анамнеза:

считает себя больной со 2.12.2007, когда впервые появились резкие, приступообразные боли в левой поясничной области, усиливающиеся при движении. Лечилась самостоятельно Спазмалгоном – боли стали не такими острыми, но постоянными.

Данных общего осмотра:

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный слева.

частые мочеиспускания малыми порциями. Диурез в норме.

Сопутствующее заболевание:

Гипертоническая болезнь IIIст, IIIст, риск IV.

Хроническая сердечная недостаточность IIА.

Сахарный диабет II типа, легкой степени, стадия компенсации.

Бронхиальная астма, легкое интермитирующее течение, период ремиссии.

Ожирение III степени.

Выставлено на основании:

Жалоб:

На головные боли, слабость, повышение артериального давления до 180/100 мм.рт.ст учащенное сердцебиение при умеренной физической нагрузке и одышку, отечность нижних конечностей к вечеру и после ходьбы (проходят после отдыха)

Анамнеза:

В течение 10-15 лет беспокоит повышение АД. Максимально до 210/100мм.рт.ст. В связи с этим принимает Энам по 5мг утром.

8.11.2006 года впервые выставлен диагноз: Сахарный диабет IIтипа (сахар – 7,5 ммоль/л). Сахара корригирует только диетой

В 2006 году верифицирован диагноз бронхиальная астма. Ингаляторами не

пользуется, последний приступ по словам больной был в марте 2007года.

Данных общего осмотра:

## ЧСС – 84 в минуту. АД на правой руке – 190/90 мм. рт. ст.

АД на левой руке – 190/100 мм рт ст

Рост: 168 см

Вес: 112 кг

Индекс массы тела по Кетле: 36.68 (N 20,0-26,4)

Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, отеков нет.

**VII. План обследования.**

Лабораторные методы обследования:

* ОАК
* ОАМ
* Б/Х крови (общий белок, холестерин, мочевина, креатинин, ЛПНП, ЛПВП, СКФ)
* Гликемический профиль
* Реакция Вассермана
* Исследование мочевого осадка по методу Нечипоренко
* Проба по Зимницкому
* Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам
* Гликемический профиль

Инструментальные методы обследования:

* ЭКГ
* УЗИ почек
* Экскреторная урография
* Спондилограмма пояснично-крестцового отдела позвоночника
* ФГДС

Консультация невролога

**VIII. Результаты проведенного обследования**

ОАК от 6.12.2007г

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | | Интерпретация |
| в норме | у больной |
| Er | муж. 4,0 – 5,0 х 1012  жен. 3,7 – 4,7 х 1012 | 4,8 х 1012 | норма |
| Hb | муж. 130-160 г/л  жен. 120-140 г/л | 162 г/л | повышен |
| ЦП | 0,8 - 1,1 | 1,0 | норма |
| Лейкоциты | 4,9 - 9,0 х 109 | 12,5ч109 | повышены |
| Эозинофилы | 0 – 5% | 1% | норма |
| Нейтрофилы: |  |  |  |
| базофилы | 0-0,5% | 0,5 |  |
| Палочкоядерные | 1 – 4% | 3% | норма |
| Сегментоядерные | 45 – 70% | 70% | норма |
| Лимфоциты | 18 – 40% | 22% | норма |
| Моноциты | 6 – 8% | 3% | норма |
| СОЭ | муж. 1 – 10 мм/ч  жен. 2 - 12 мм/ч | 6 мм/ч | норма |

Заключение: гипергемоглобинемия. Лейкоцитоз.

ОАК от 9.12.2007г

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | | Интерпретация |
| в норме | у больной |
| Er | муж. 4,0 – 5,0 х 1012  жен. 3,7 – 4,7 х 1012 | 4,5 х 1012 | норма |
| Hb | муж. 130-160 г/л  жен. 120-140 г/л | 164 г/л | повышен |
| ЦП | 0,8 - 1,1 | 1,0 | норма |
| Лейкоциты | 4,9 - 9,0 х 109 | 8,9ч109 | норма |
| Эозинофилы | 0 – 5% | 1% | норма |
| Нейтрофилы: |  |  |  |
| базофилы | 0-0,5% | 0,5 |  |
| Палочкоядерные | 1 – 4% | 3% | норма |
| Сегментоядерные | 45 – 70% | 70% | норма |
| Лимфоциты | 18 – 40% | 22% | норма |
| Моноциты | 6 – 8% | 3% | норма |
| СОЭ | муж. 1 – 10 мм/ч  жен. 2 - 12 мм/ч | 8 мм/ч | норма |

Заключение: гипергемоглобинемия.

Биохимический анализ крови 06.12.2007

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Билирубин | 1,71 – 21,34 мкмоль/л | 21 мкмоль/л | норма |
| AST | 0 – 45 ед/л | 30,6 ед/л | Норма |
| ALT | 0 – 68 ед/л | 41,9 ед/л | Норма |
| Мочевина | 2,5 – 8,3 ммоль/л | 8,0 ммоль/л | норма |
| Креатинин | муж. - 53–106 мкМ/л  жен. - 44–97 мкМ/л | 70 мкМ/л | Норма |
| Холестерин | 3,1 – 6,5 ммоль/л | 6,92 ммоль/л | повышен |
| В – липопротеиды | 35 -55 ед. | 53 ед. |  |
| Протромбин | 66-87 | 74,3 | норма |

Заключение: гиперхолестеринемия.

Анализ крови на сахар 6.12.2007

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Сахар | 3,3 – 5.5ммоль/л | 4,6 ммоль/л | норма |

Заключение: показатель в пределах нормы

Анализ крови на RW 5.12.2007

Заключение: отрицательно

Общий анализ мочи от 6.12.2007г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Количество |  | 100 мл |  |
| Удельный вес | 1010 - 1025 | 1012 | норма |
| Цвет | соломенно-желтый | соломенно-желтый | норма |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная | норма |
| Белок | отр. | отр. | норма |
| Реакция | 4,5-8,8 | кислая | норма |
| Эритроциты | 0-2 в п\зр. | 0 - 1 | норма |
| Эпителий | 1 – 2 в п/зр. | 1-2 | норма |
| Лейкоциты | до 6 в п/зр | 3-5 | норма |

Заключение: показатели в пределах нормы

Общий анализ мочи от 9.12.2007г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Количество |  | 100 мл |  |
| Удельный вес | 1010 - 1025 | 1018 | норма |
| Цвет | соломенно-желтый | соломенно-желтый | норма |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная | норма |
| Белок | отр. | отр. | норма |
| Реакция | 4,5-8,8 | кислая | норма |
| Эритроциты | 0-2 в п\зр. | 1-2 | норма |
| Эпителий | 1 – 2 в п/зр. | 1-2 | норма |
| Лейкоциты | до 6 в п/зр | 3-4 | норма |

Заключение: показатели в пределах нормы

Исследование мочевого осадка по методу Нечипоренко от 6.12.2007г

Лейкоциты: 10,75х109/л (норма 0-4,0х109/л)

Эритроциты: 0,25х109/л (норма 0-1,0х109/л)

Заключение: лейкоцитурия

Проба по Зимницкому:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Время | Относительная плотность мочи | Количество мочи, мл |
| 1. | 6-9 | 1014 | 40 |
| 2. | 9-12 | 1008 | 320 |
| 3. | 12-15 | 1004 | 400 |
| 4. | 15-18 | - | - |
| 5. | 18-21 | 1012 | 260 |
| 6. | 21-24 | 1011 | 50 |
| 7. | 24-3 | 1011 | 50 |
| 8. | 3-6 | м/м | 20,0 |

диурез 1220мл (норма для женщины 600-1600мл)

дневной диурез 840,0мл

ночной диурез 380,0мл

Заключение: гипостенурия

ЭКГ от 6.12.2007:

PQ=0.132c

QRS = 0.080

P=0.092

QT= 0.337

ЧСС=69 ударов в минуту

ЭОС N (46 0)

Синусовый ритм

Диффузные нарушения процесса реполяризации

T сглажен с отв V3

T сглажен слабо – отрицательный или отсутствует в отведениях II, III, ABV

T сглажен в отведении V4

УЗИ почек от 5.12.2007:

Левая почка:

108х49мм

Паренхима 15 мм, подвижна при дыхании

Почка расположена типично, ЧЛС не расширена

Правая почка:

107х48мм

Паренхима 16мм, подвижна при дыхании

Почка расположена типично, ЧЛС не расширена

Рентгенолог:

На спондилограмме пояснично-крестцового отдела 2х проекциях определяется полисегментарный остеохондроз с незначительным снижением межпозвоночных дисков на 1/3

Заключение: субхондральный склероз, остеоартроз

Невролог 5.12.2007

ЧН в норме

Поясничный лордоз сохранен

Ограничены наклоны туловища вперед

Парезов нет

Сухожильные рефлексы

Одинаковы справа и слева

Устойчива в позе Ромберга

Заключнение:

ГБ IIIс Данных за ОНМК нет

Дисциркуляторная гипертоническеая знцефалопатия IIст.

ФГДС от 12.12.2007

Эндоскоп под контролем зрения введен в пищевод, пищевод свободно проходим. Слизистая обычной окраски, кардия смыкается, в полости желудка натощак желчь, слизистая розовой окраски, гиперемирована, складки обычного калибра, расправлены,привратник округлой формы, проходим.

Луковица ДПК проходима, слизистая гиперемирована, по передней и задней стенкам дистального отдела плоские язвенные дефекты диаметром 0,5см и 0,3 см соответственно

Заключение: «зеркальные язвы» луковицы ДПК

**IX. Дифференциальная диагностика.**

Наиболее часто устанавливают отличие хронического пиелонефрита от

хронического гломерулонефрита, амилоидоза почек.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Критерии | Хронический  пиелонефрит | Хронический  гломерулонефрит | Амилоидоз  почек | Признаки у данной больной |
| Дизурические явления | Встречаются часто | Встречаются редко | отсутствуют | Имеются |
| гипертензия | Встречается не часто | характерна | Иногда, в поздних стадиях | Имеется |
| отеки | Не характерны, встречаются в поздних стадиях | Часто встречаются | Характерны, постоянны | отечность нижних конечностей к вечеру и после ходьбы (проходят после отдыха |
| лихорадка | характерна | Не встречается | Не встречается | отсутствует |
| Белок в моче | Небольшие количества | Небольшие количества | В больших количествах | отсутствует |
| Цилиндры в моче | Отсутствуют или их не много | В небольших количествах, гиалиновые | В большом количестве, восковидные, жировые | Отсутствуют |
| Лейкоциты в моче | В больших количествах, преобладают над эритроцитами | Небольшое количество | В части случаев много | лейкоцитурия |
| Бактериурия | значительна | Не характерна | Не характерна | Не выявлена |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Первичная (эссенциальная) гипертоническая болезнь** | **Вторичная (симптоматическая) гипертоническая болезнь** | **Признаки у больной** |
| Началу заболевания способствует | -нервно-психическая травматизация (острая или хроническая), психоэмоциональный стресс  -наследственно-конституциональные особенности  -профессиональные вредности (шум, постоянное напряжение зрения, внимания)  -особенности питания (перегрузка поваренной солью, дефицит Са)  -травмы черепа  -интоксикации (алкоголь, курение)  -нарушение жирового обмена  -отягощенная наследственность | -заболевание почек у родителей  -почечное заболевание, инфекция мочевого тракта, гематурия, злоупотребление анальгетиками (паренхиматозное заболевание почек)  -употребление различных лекарств или веществ (носовые капли, кокаин, НПВП)  -эпизоды потоотделения, головных болей, возбудимости (феохромоцитома)  -эпизоды мышечной слабости и тетании (альдостеронизм)  -сахарный диабет  -диффузный токсический зоб | -наследственно-конституциональные особенности  -нарушение жирового обмена  -сахарный диабет  -профессиональные вредности (шум, постоянное напряжение внимания) |
| Клиника | Головные боли,  стенокардитические боли, повышение АД,  признаки гипертрофии левого желудочка: усиление верхушечного толчка, акцент II тона на аорте. | В зависимости от этиологии:  жажда, полиурия, параорбитальные отеки и/или отеки ног, шум над брюшной аортой и сбоку от пупка.  Синдром Иценко-Кушинга: лунообразное лицо, перераспределение жировой клетчатки.  Феохромоцитома: резкое повышение АД во время симпатоадреналовых кризов | Головные боли, головокружение, повышение АД (мак симально до 180/100 мм.рт.ст.). |
| Лабораторные данные | Без особенностей | В зависимости от этиологии: протеинурия, возможны бактериурия, лейкоцитурия, изостенурия.  Синдром Иценко-Кушинга: гипокалиемия, высокий уровень кортизола в плазме крови, повышенное содержание свободного кортизола в моче  Феохромоцитома:катехоламины в суточной моче | Гемоглобинемия. Лейкоцитоз. Гиперхолестеринемия.  Гипостенурия  Лейкоцитурия |
| Величина АД | Непостоянная | Постоянная повышенная | Непостоянная |
| Гипотензивная терапия | эффективна | малоэффективна | эффективна |
| Течение | длительное | прогрессирующее | длительное |
| Данные физикальных исследований | -расширение перкуторных границ сердечной тупости влево  -усиление верхушечного толчка (ГЛЖ)  -акцент второго тона над аортой | -симптомы болезни Кушинга  -нейрофиброматоз кожи  -увеличение почек, выявленное пальпаторно (поликистоз)  -аускультативные шумы в области живота, над почечными артериями  - аускультативные шумы в области сердца и грудной клетки (коарктация аорты или аортит)  -ослабленный или запаздывающий пульс и сниженный уровень АД на бедренной артерии (коарктация аорты или аортит) | Без особенностей |
| Факторы риска | -Избыточная масса тела  -Метаболический синдром Х  -Избыточное потребление алкоголя  -Избыточное потребление соли  -Низкая физическая активность  -Психоэмоциальный стресс  -Пол, возраст (мужчина > 55 лет) | -Возраст моложе 20 и старше 60 лет  -постоянно повышенное диастолическое АД  -частые кризы с клиникой симпатико-адреналового возбуждения  прогрессирующее течение  -наличие в анамнезе заболеваний, вызывающих повышение АД | -Избыточная масса тела  -Низкая физическая активность  -Психоэмоциальный стресс |
| Дополнительные признаки | Характерные изменения на глазном дне (сужение артерий). Характерна стадийность развития. ГЛЖ, подтвержденная данными ЭКГ, ЭхоКГ. Наличие атеросклеротических бляшек. Наличие комплекса признаков поражения органов-мишеней. | Наличие симптомов основного заболевания (или их отсутствие при повышении АД + - развитие у лиц молодого возраста и старше 55 лет;  - острое развитие и быстрая стабилизация АД на высоких цифрах;  -бессимптомное течение АГ;  -резистентность к гипертензивной терапии;  -злокачественный характер течения АГ) | Без особенностей |

Учитывая наличие у больной сопутствующего заболевания сахарного диабета II типа, дизурические явления и изменения в показателях мочи, нельзя полностью исключить симптоматическую ренопаренхиматозную артериальную гипертензию.

Необходим динамический контроль функционального состояния почек для исключения почечного генеза гипертонии.

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

Клинический диагноз:

Основное заболевание:

Хронический пиелонефрит, первичный, левосторонний, в фазе обострения

Выставлен на основании:

Жалоб:

на приступообразные боли в левой поясничной области, частые мочеиспускания малыми порциями, общее количество мочи за сутки по словам больной 1000мл.

Анамнеза:

считает себя больной со 2.12.2007, когда впервые появились резкие, приступообразные боли в левой поясничной области, усиливающиеся при движении. Лечилась самостоятельно Спазмалгоном – боли стали не такими острыми, но постоянными.

Данных общего осмотра:

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный слева.

частые мочеиспускания малыми порциями. Диурез в норме.

Данных обследования:

Лейкоцитоз в ОАК от 6.12.2007г

Лейкоцитурия в мочевом осадке при исследовании по методу Нечипоренко от 6.12.2007г

Проба по Зимницкому от 7.12.2007г: гипостенурия

Сопутствующие заболевания:

Гипертоническая болезнь IIIст, IIIст, риск IV.

Осложнение гипертонической болезни:

Хроническая сердечная недостаточность IIА (III ф.к. по NYHA)

Дисциркуляторная энцефалопатия IIст

Выставлен на основании:

Жалоб:

На головные боли, слабость, повышение артериального давления до 180/100 мм.рт.ст учащенное сердцебиение при умеренной физической нагрузке и одышку, отечность нижних конечностей к вечеру и после ходьбы (проходят после отдыха)

Анамнеза:

В течение 10-15 лет беспокоит повышение АД. Максимально до 210/100мм.рт.ст. В связи с этим принимает Энам по 5мг утром.

Данных общего осмотра:

## ЧСС – 84 в минуту. АД на правой руке – 190/90 мм. рт. ст.

АД на левой руке – 190/100 мм рт ст

Заключения невролога:ГБ IIIс Данных за ОНМК нет. Дисциркуляторная гипертоническеая знцефалопатия IIст.

Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, люмбалгия.

Выставлено на основании:

Жалоб:

на приступообразные боли в левой поясничной области

Анамнеза

считает себя больной со 2.12.2007, когда впервые появились резкие,

приступообразные боли в левой поясничной области, усиливающиеся при

движении. Лечилась самостоятельно Спазмалгоном – боли стали не такими

острыми, но постоянными.

Данных общего осмотра:

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный слева.

частые мочеиспускания малыми порциями. Диурез в норме.

Рентгенологического исследования:

На спондилограмме пояснично-крестцового отдела 2х проекциях определяется

полисегментарный остеохондроз с незначительным снижением м/п дисков на

1/3

Заключение: субхондральный склероз, остеоартроз

Язвенная болезнь с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки

впервые выявленная, стадия обострения.

На основании:

Жалоб от:10.12.07

На боли в эпигастральной облости натощак и в ночное время

ФГДС от 12.12.07

Заключение: «зеркальные язвы» луковицы ДПК

Сахарный диабет II типа, легкой степени, стадия компенсации.

На основании данных

Анамнеза:

8.11.2006 года впервые выставлен диагноз: Сахарный диабет IIтипа (сахар – 7,5 ммоль/л). Сахара корригирует только диетой

Бронхиальная астма, легкое интермитирующее течение, период ремиссии.

На основании данных анамнеза

В 2006 году верифицирован диагноз бронхиальная астма. Ингаляторами не

пользуется, последний приступ по словам больной был в марте 2007года.

Ожирение III степени.

На основании данных общего осмотра:

Рост: 168 см

Вес: 112 кг

Индекс массы тела по Кетле: 36.68 (N 20,0-26,4)

Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, отеков нет.

**XI. Лечение:**

Режим палатный

Стол №9

Патогенетическая терапия:

Блокаторы кальциевых каналов (необходимы для вазодилатации коронарных сосудов, снижения физиологической активности миокарда («- » хроно-, дромо-, батмо-, инотропные эффекты)

Rp: Finoptini 0,04

D.t.d. N. 30 in tab.

S. По 1 таб. 3 раза в день

Диуретики (увеличивают диурез, там самым снижают ОЦК и А\Д, уменьшая нагрузку на сердце.)

Rp.: Tab. Dichlothiazidi 0,025

D.t.d. N. 40

S.: Внутрь по 2 таб 1 р\д утром.

Переферические вазодилятаторы

Rp.: Hydralazini 0,01

D.t.d.N.20 in tab.

D.S. по 1т 2 р/д

Кардиотонические средства (необходим для улучшения трофики миокарда)

Rp: Digoxini 0,00025

D.t.d. N. 10 in tab.

S. По 1 таб. 1 раз в день

Антиагреганты, коронаролитики (необходимы для снижения тромбообразования)

Rp: Dr. Dipyridamoli 0,025 N. 10

D.S. По 1 др. 3 раза в день за 1 ч до еды

Патогенетическая терапия при язвенной болезни с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки:

Rp.: Metronidazoli 0,25

D.t.d.N 20 in tab/

D.S. по 1 т 2р/д п/е (7-10 дн)

Rp.: Claritromycini 0.25

D.t.d. N. 14 in tab.

D.S. по 1т 2р/д

Симптоматическая терапия:

Для снятия болей в области поясницы: S. Analgini 50%-20.0 в/в №1

Улучшение мозгового кровообращения:

Кавинтон по 1т 3раза в день

Общеукрепляющая терапия – препарат, стимулирующий метаболические процессы (улучшает метаболизм миокарда):

Sol. Riboxini 2% - 10.0 ml в/в медленно струйно (10 дней)

Массаж поянично-крестцового отдела позвоночника.

**XII. Прогноз:**

Прогноз для выздоровления: неблагоприятный; соответствующее лечение может привести к длительной ремиссии и стабилизации процесса.

Прогноз для трудоспособности: трудоспособность ограничена

Прогноз для жизни: благоприятный - при динамическом наблюдении и адекватной терапии, больная длительно сохранит жизнедеятельность.

**XIII. Дневники:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7.12.2007** | Состояние на момент обследования относительно удовлетворительное.  Жалобы на головную боль, сохраняющуюся боль в пояснице  Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски  В легких перкуторно легочный звук  Дыхание везикулярное  Тоны сердца ритмичные, приглушенные  Пульс 78ударов в минуту  АД 130/80 на обеих руках  Живот мягкий, безболезненный при пальпации.  Периферических отеков нет  Стул оформленный  Мочеиспускание свободное,  суточный диурез достаточный. | **Назначения:**  Плановая терапия |
| **10.12.2007** | Состояние на момент обследования относительно удовлетворительное.  Жалобы на боли в эпигастральной области натощак и в ночное время  Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски  В легких перкуторно легочный звук  Дыхание везикуляное  Тоны сердца ритмичные, приглушенные  Пульс 80 ударов в минуту  АД 130/80 на обеих руках  Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области при пальпации  Периферических отеков нет  Стул оформленный  Мочеиспускание свободное, суточный диурез достаточный | **Назначения:**  Плановая терапия  +ФГДС для исключения эрозивного процесса |
| **12.12.2007г** | Состояние на момент осмотра относительно удовлетворительное.  Жалобы на боли в эпигастральной облости по ночам  Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски  В легких перкуторно легочный звук  Дыхание везикуляное  Тоны сердца ритмичные, приглушенные  Пульс 72 ударов в минуту  АД 165/90 на обеих руках  Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области  Стул оформленный  Мочеиспускание свободное, суточный диурез достаточный, отеков нет | **Назначения:**  Плановая терапия  + Metronidazoli 0,25 по 1 т 2р/д п/е (7-10 дн)  Tabl. Claritromycini 0.25 по 1т 2р/д |

**XIV. Эпикриз.**

Больная, лет, поступила в терапевтическое отделение ЦГКБ 5.12.2007года с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области, частые мочеиспускания малыми порциями, головные боли, слабость, озноб, повышение артериального давления до 180/100 мм.рт.ст учащенное сердцебиение при умеренной физической нагрузке и одышку, отечность нижних конечностей к вечеру и после ходьбы (проходят после отдыха).

Краткий анамнез: считает себя больной со 2.12.2007, когда впервые появились резкие, приступообразные боли в левой поясничной области, усиливающиеся при движении. Лечилась самостоятельно Спазмалгоном – боли стали не такими острыми, но постоянными. Направлена в ЦГКБ.

В течение 10-15 лет беспокоит повышение АД. Максимально до 210/100мм.рт.ст. В связи с этим принимает Энам по 5мг утром.

8.11.2006 года впервые выставлен диагноз: Сахарный диабет IIтипа (сахар – 7,5 ммоль/л). Сахара корригирует только диетой

В 2006 году верифицирован диагноз бронхиальная астма. Ингаляторами не пользуется, последний приступ по словам больной был в марте 2007года.

Объективный статус: общее состояние: относительно удовлетворительное, в легких перкуторно легочный звук, дыхание везикуляное, тоны сердца ритмичные, приглушенные.Пульс 72 ударов в минуту, АД 165/90 на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул оформленный.

Мочеиспускание учащенное, малыми порциями, суточный диурез достаточный, отеков нет

## При объективном исследовании были выявлены следующие отклонения от нормы: артериальное давление на правой руке – 190/90 мм. рт. ст.

АД на левой руке – 190/100 мм рт ст

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:

На ЭКГ: Диффузные изменения процессов реполяризации

На спондилограмме пояснично-крестцового отдела 2х проекциях определяется

полисегментарный остеохондроз с незначительным снижением м/п дисков на

1/3. Заключение: субхондральный склероз, остеоартроз

ФГДС от 12.12.07

Заключение: «зеркальные язвы» луковицы ДПК

ОАК: Er 4,5 х 1012; Hb 164 г/л; ЦП 1,0; Лейкоциты 8,9\*109; Эозинофилы 1%,

Базофилы 0,5; Палочкоядерные 3%; Сегментоядерные 70%;Лимфоциты 22%

Моноциты 3%; СОЭ 8мм/ч

Биохимический анализ крови 06.12.2007

Билирубин 21 мкмоль/л; AST 30,6 ед/л; ALT 41,9 ед/л; Протромбин 74,3; Креатинин 70 мкМ/л Холестерин 6,92 ммоль/л; В – липопротеиды 53 ед.; Мочевина 8,0 ммоль/л

Сахар 4,6 ммоль/л

ОАМ: удельный вес 1018, с/ж, прозрачная, реакция кислая, эритроциты 1-2, эпителий 1-2, лейкоциты 3-4

Лейкоцитурия в мочевом осадке при исследовании по методу Нечипоренко от 6.12.2007г

Проба по Зимницкому от 7.12.2007г: гипостенурия

На основании жалоб больной, истории настоящего заболевания, данных

объективного исследования, лабораторных и инструментальных исследований

был поставлен диагноз:

Основное заболевание:

Хронический пиелонефрит, первичный, левосторонний, в фазе обострения.

Сопутствующие заболевания:

Гипертоническая болезнь IIIст, IIIст, риск IV

осложнение: хроническая сердечная недостаточность IIА (III ф.к. по NYHA)

Дисциркуляторная энцефалопатия IIст

Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, люмбалгия.

Язвенная болезнь с локализацией в луковице двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, стадия обострения.

Сахарный диабет II типа, легкой степени, стадия компенсации

Бронхиальная астма, легкое интермитирующее течение, период ремиссии.

Ожирение III степени. по 1 т 2р/д п/е (7-10 дн)

Лечение назначено с индивидуальным подбором, в полном объеме. Блокаторы кальциевых каналов(Finoptin),диуретики (Dichlothiazid) Антиагреганты, коронаролитики (Dipyridamoli), Переферические вазодилятаторы (Hydralazin), Кардиотонические средства (Digoxin) Антиагреганты, коронаролитики (Dipyridamol), Metronidazol, Claritromycin

В результате проведенного лечения состояние больной улучшилось, динамика положительная:

14.12.07. больная выписывается в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание. Рекомендации:

- ограничение физических нагрузок в течение 3 месяцев;

- диета с ограничением соли и воды;

- снижение веса

- диспансерный учет у терапевта (динамический контроль за функциональным состоянием почек), кардиолога и гастроэнтеролога по месту жительства;

- ЛФК;

- растительные уросептики (настой березовых почек, укропа, петрушки, . крапивы, клюква, брусника)

- Эналаприл 0.005 По 1 табл 2 раза в день;

- Нитросорбид 0.01. По 1 табл. под язык при приступе загрудинных болей;

- Гипотиазид 0.025 По 1 табл утром;

- Ацетилсалициловая кислота 0.5 По ¼ табл в обед;

- санаторно-курортное лечение.