**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ (паспортная часть).**

Ф. И. О.:

Возраст: 24 года

Пол: женский

Национальность: русская

Образование:

Домашний адрес:

Профессия: учитель

Выполняемая работа и должность:

Дата поступления:

Дата выписки:

Клинический диагноз: Хронический пиелонефрит, первичный, правосторонний, в фазе активного воспаления.

**ЖАЛОБЫ.**

На момент поступления: больная предъявляет жалобы на тянущие боли в поясничной области. Частое, болезненное мочеиспускание в малых колличествах.

На момент осмотра: больная предьявляет жалобы на слабую боль ноющего характера в поясничной области. Частое мочеиспускание в малых колличествах.

**ANAMNESIS MORBI:**

Считает себя больной с 1980 года, когда впервые у больной появился острый пиелонефрит, причину которого не знает. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлиннике был поставлен диагноз:хронический пиелонефрит.

В 1989 году появились незначительные боли ноющего характера, частое болезненное мочеиспускание, пастозность лица. Больной было предложено санаторно-курортное лечение в г. Анапа, которое дало положительные результаты.

В 1998 году появились сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота. Мочеиспускание было частое, болезненное. Вызвала скорую помощь, которая доставила ее в 3 городскую больницу. Было проведено обследование, результаты которого оказались в норме. Больную отпустили домой и назначили спазмолитики.

25.09.2000г. появились сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота. Мочеиспускание частое, болезненное. Обратилась в поликлинику и была направлена на УЗИ почек, где обнаружили соли в обеих почках. Больная бала направлена в 3 городскую больницу для обследования и прохождения лечения.

**ANAMNESIS VITAE:**

Родилась в Сковородино, в рабочей семье первым ребенком. В развитии не отставала от сверстников. Пошла в школу в 7 лет, училась хорошо. Начала трудовую деятельность в 22 года.

Образование – высшее. Работает инструктором Профессиональные вредности отсутствуют. Рабочий день и рабочая неделя нормированные.

Перенесенные заболевания: В 1984 году перенесла болезнь Боткина. В 1989 году болела тонзилитом. Осложнений после перенесенных заболеваний не наблюдает.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:**

### Менструации начались с 12 лет, регулярные, безболезненные, по пять дней, через 28.

### Семейное положение: не замужем, детей нет.

### Семейный анамнез и данные наследственности: Наследственность не отягощена.

### Материально обеспечена удовлетворительнно. Питание регулярное, разнообразное, полноценное. Гигиенические нормы соблюдает.

### Вредные привычки: Не курит. Алкоголь употребляет по праздникам.

### **АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:**

### Имеется аллергическая реакция на пенициллин, в виде отека на месте введения. На другие аллергены реакцию отрицает.

**ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ.**

Переливания крови не было.

**ЭПИДАНАМНЕЗ.**

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.

Делала самостоятельно инъекции спазмолитиков. Группа крови III Rh+

**STATUS PRAESENS OBJECTIVUS.**

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Поведение адекватное.

Антропометрические данные:рост 175 см., вес 64 кг. Нормостенический тип конституции.

Температура тела 36,7 С.

Кожные покровы не изменены,обычной окраски, чистые, влажные. Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Отеки на голенях, пастозность лица.

Периферические лимфатические узлы: подглоточные, яремные, паховые, шейные, затылочные не пальпируются

Молочные железы: правильной формы, соски симметричные, уплотнения не пальпируются.

Мышечная система: Развита хорошо. Болезненности при пальпации нет.

Костно-суставной аппарат: Без видимых изменений.

Грудная клетка обычной формы. Суставы обычной конфигурации, при пальпации безболезненные, активная и пассивная подвижность сохранена.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.**

Грудная клетка обычной формы, симметричная. Обе половины ее равномерно и активно участвуют в акте дыхания.

Тип дыхания – грудной. Дыхание ритмичное с частотой 16 дыхательных движений в минуту. Грудная клетка безболезненная, эластичная. Ключицы расположены симметрично. Ход ребер косой. Эпигастральный угол прямой.

Позвоночник не деформирован. лопатки расположены на одном уровне

Топографическая перкуссия легких.

Нижние границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | правое | левое |
| l. parasternslis | верх. край 6-го ребра | ------- |
| l. medioclavicularis | ниж. край 6-го ребра | ------- |
| l. axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l. axillaris media | 8 ребро | 8 ребро |
| l. axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. sсapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| l. paravertebralis | остистый отр. XI грудного позвонка | остистый отр. XI грудного позвонка |

Высота стояния верхушек ПО ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ: справа: 3,4 см; слева: 4 см; ПО ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ: на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка. Активная подвижность легочных краев по l. sсapularis: справа 7 см; слева 8 см на выдохе и на вдохе.

При сравнительной перкуссии во всех отделах легких выслушивается ясный легочный звук.

Сравнительная перкуссия легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| Над ключицей | легочный (короче) | легочный |
| Ключица | одинаковый | |
| I м/р по L. parastern. | легочный | легочный |
| II м/р между L. parastern. и L. mediaclavicul. | легочный | легочный (короче) |
| III м/р по L. mediaclavicul. | легочный | легочный (короче) |
| Моренгеймовская ямка | легочный | легочный |
| Подмышечная ямка | легочный | легочный |
| IV м/р по L. axill. media | легочный | легочный |
| V м/р по L. axill. media | легочный (короче) | легочный (тимпан.отт.) |
| Над лопаткой | легочный | легочный |
| В/З межлопат. прост-ва | легочный | легочный |
| Н/З межлопат. прост-ва | легочный | легочный |
| Под лопаткой | легочный | легочный |
| Лопатка | легочный | легочный |

Аускультация: над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, на букву Ф 3:1

Побочных дыхательных шумов нет.

Бронхофония: по всем полям выслушивается равномерно в симметричных точках.

**ИCCЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ:**

Пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, симметричный. При пальпации височных, сонных артерий верхних и нижних конечностей ощущается их пульсация. Варикозного расширения вен нет. АД 120/80 мм Hg

Осмотр области сердца.

Форма грудной клетки в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок визуально не определяется.

Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье, на 1 см. кнутри от linea axillaris anterior, умеренной силы.

Границы относительной сердечной тупости.

Правая: в 4-ом м/р. – на 1 см. кнаружи от правого края грудины.

Верхняя: на уровне 3-го ребра у левого края грудины.

Левая: в 5-ом м.р. на 1 см. кнутри от linea axillaris anterior.

Границы абсолютной сердечной тупости.

Правая: в 4-ом м/р. по левому краю грудины.

Верхняя: на 4-ом ребре.

Левая: совпадает с левой границей относительной тупости сердца.

Сосудистый пучок – в 1 – 2-ом м.р. 5 см.

Аускультация сердца.

Ритм сердца правильный, тоны ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено.

Шумов нет.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета.

Десны розовые, обычной влажности. Язык влажный, не обложен, обычных размеров, розовый, сосочки выражены хорошо.

Полость рта санирована.

Зев чистый, миндалины не увеличены.

Живот.

Живот правильной формы, симметричный, брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая пальпация: В левой подвздошной области определяется безболезненное, плотной эластической консистенции, смещающаяся неурчащая сигмовидная кишка. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, безболезненная, подвижная, слегка урчащая.

Поперечно-ободочная кишка обычной консистенции, на уровне пупка.

Печень.

Печень из-под реберной дуги не выходит. Размеры печени по Курлову 9\*8\*7 см

Селезенка.

Не пальпируется. Безболезненная. Перкуторно ощущается по l. axillaris media sinistra с 9 по 11-ое ребро.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

Почки не пальпируются, симптом поколачивания положительный – справа, отрицательный – слева.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Клинический анализ крови.

2. Биохимический анализ крови.

3. Общий анализ мочи.

4. Анализ мочи на концентрацию.

5. Проба Амбурже.

6. Обзорная и экскреторная урография почек.

7. УЗИ почек.

Результаты дополнительных методов исследования.

1. Нв – 140 г/л

эр – 4,6 \* 10

лейк. – 8,6 \* 10

п /я – 7%

с/я – 63%

лимф. – 30%

мон. – 10%

СОЭ – 36 мм/час

2. Мочевина 4,3 ммоль/л

Креатинин – 72,6 мкмоль/л

Билирубин – 8 – 2 – 6 ммоль/л

Общий белок – 75 г/л

Холестерин 4,6 ммоль/л

Фибриноген 5,8 г/л

Натрий – 130

Калий – 4,2

3. Цвет – соломенный

Прозрачность – неполная

Уд. вес – 1009

Белок – нет

Лейк. – 10 – 12 в поле зрения

Слизь, клетки плоского эпителия

4. Уд. вес мочи – 1007, 1006, 1010

5. Лейкоциты подсчету не подлежат – полностью покрывают поле зрения.

6. Почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична.

Контуры почек не ровные, снижено накопление контраста с права.

Уродинамика не нарушена.

Заключение: признаки хр. пиелонефрита

7. Размеры почек в норме, контуры нечеткие. Деформация ЧЛК, соли, гидрокаликоз, диффузные изменения в паренхиме обеих почек.

##### КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Хронический пиелонефрит, первичный, правосторонний, в фазе активного воспаления.

###### Обоснование диагноза

Учитывая из данных анамнеза заболевания острый пиелонефрит, который перешел в хроническую форму, его неоднократное обострение, жалобы больного – тупые боли в поясничной области, частые и болезненные мочеиспускания изменение цвета мочи и результаты обследований: положительный симптом Пастернатского, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ; в анализе мочи – соли, гипоизостенурия, большое количество лейкоцитов, при рентгенологическом исследовании на обзорной и экскреторной урографии – деформация ЧЛК и снижение накопления контраста справа, на УЗИ изменения в паренхиме обеих почек, можно поставить диагноз:

Хронический пиелонефрит, первичный, правосторонний, в фазе активного воспаления.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.**

Этиология: 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.

###### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

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: ограничить острые, пряные, жареные, копченые продукты, приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной пищи.

Питье слабоминерализованных вод (Смирновская, Боржоми, Константиновская)

2. Антибактериальная терапия.

У больной выявлена чувствительность к линкомицину – оказывает бактериостатическое и бактерицидное действие, ингибирует синтез белков.

Rp: Sol. Lyncomycini hydrochlodi 30% - 1ml

D.t.d. N 5 in amp.

S. 2 мл. в/м 3 раза в сутки

#### 3. Противовоспалительные препараты.

#### Хлорид калия – повышает содержание ацетилхолина и возбуждает СНС, 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**

25.09.2000г

Жалоб на момент курации не предьявляет.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Обьективно: температура 36,7, дыхание везикулярное, хрипов нет, чд 16 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, А.Д. 120/70 мм. рт. ст. , пульс 70 уд. в мин. Живот мягкий б/б, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

26.09.2000г

Жалоб на момент курации не предьявляет.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Обьективно: температура 36,5, дыхание везикулярное, хрипов нет, чд 16 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, А.Д. 110/70 мм. рт. ст. , пульс 68 уд. в мин. Живот мягкий б/б, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**.

Больная Н., 24 лет находилась на стационарном лечении с 05.09.2000 по 26.09.2000г. с диагнозом: хронический пиелонефрит, первичный, правосторонний, в фазе активного воспаления.

Диагноз выставлен на основании:

• Жалоб: боли ноющего характера в поясничной области, преимущественно справа, мочеиспускание болезненное, частое в малых колличествах.

• Анамнеза заболевания: считает себя больной с 1980 года, когда впервые появились острые боли в поясничной области и дизурические растройства. По поводу этого находилась на стационарном лечении. Отмечались неоднократные обострения в течение всего времени. Последнее ухудшение 03.09.2000г. в связи, с чем обратилась в поликлинику, была направлена в стационар.

• Данных обьективного осмотра: пастозность лица, отеки на голенях, положительный симптом поколачивания – справа.

• Результатов обследования: сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ; в анализе мочи – соли, гипоизостенурия, большое количество лейкоцитов, при рентгенологическом исследовании на обзорной и экскреторной урографии – деформация ЧЛК и снижение накопления контраста справа, на УЗИ изменения в паренхиме обеих почек.

Больная получала лечение:

Диетотерапия, антибиотики (линкомицин), противовоспалительные препараты (хлорид калия), уросептики (фуразолидон), уролитики (цистенал), препараты улучшающие почечный кровоток (пентоксифиллин), витамины (С,В1,В12), фитотерапия, физиолечение.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии: болевой синдром купирован, дизурических явлений не наблюдается.

Рекомендовано:

Диета: ограничить острое, соленое, жареное. Пить слабоминеральные воды. Физиолечение, фитотерапия, наблюдение у нефролога, санаторно – курортное лечение.

##### ЛИТЕРАТУРА

1. «Внутренние болезни» – Комаров, Кукес, Сметнев 1991 год.
2. «Внутренние болезни» - Тареев 1956 год.
3. Лекционный материал.
4. «Лекарственные средства» Машковский 1998 год.