**Официальные данные**

**Ф.И.О.:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Возраст:** 55 лет

**Место жительства:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Место работы:** на пенсии.

**Семейное положение**: замужем

**Национальность:** русская

**Дата поступления:** 6 сентября 2004 года

**Кем направлен:** направлена участковым терапевтом в экстренном

порядке по «Скорой помощи»

**Диагноз:**

1. **Основное заболевание:** Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, фаза обострения. ХПН 1а. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, группа риска IV (почечного генеза).
2. **Фоновое заболевание:** Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, в фазе обострения. Диабетическая нефропатия II степени. Диабетическая ретинопатия II стадия.
3. **Сопутствующие заболевания:** хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии. Диффузный пневмофиброз. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II степени. Ожирение III степени. Полиостеоартроз с преимущественным поражением 3 и 4 пальцев кистей рук, узелковая форма.

**Жалобы больного**

При поступлении в клинику больная предъявляла следующие жалобы:

* Повышение температуры тела до 38,5 °С, сопровождающееся ознобом, головной болью, головокружениями, общей слабостью и потерей аппетита.
* Диарея в течении последних 2 недель.

Дополнительные жалобы:

1. **Дыхательная система**
   * Одышка смешанного характера, возникает при физической нагрузке и в душном помещении, уменьшается в покое, в положении ортопноэ, и на свежем воздухе.
   * Постоянный сухой кашель в течении всего дня, при обострениях – влажный с отхождением небольшого количества белой мокроты без запаха, могут возникать приступы кашля вплоть до рвоты. В период обострения принимает коделак, терпенадин.
   * Жалоб на кровохарканье и боли в грудной клетке, связанные с дыханием, не предъявляет
2. **Сердечно-сосудистая система**

* Головные боли ноющего характера, возникают при перемене погоды. Больная отмечает связь головных болей с повышением артериального давления. Боль проходит через час после приема одной таблетки адельфана.
* Дискомфортных ощущений в области сердца (сердцебиение, перебои, замирания) не испытытвает. Болей в области сердца не испытывает, одышки нет.

1. **Пищеварительная система**

* Снижение аппетита во время болезни, больная потеряла в массе до 10 кг за месяц. Появилось отвращение к колбасным изделиям.
* Тошнота появляется при чувстве голода, сопровождается головокружениями, дрожанием пальцев
* Дисфагии, болей в области живота, отрыжки, изжоги, метеоризма, запоров не возникает. Геморроя и трещин заднего прохода нет.

1. **Мочеполовая система**

* Усиленная жажда (больная выпивает до 6 литров жидкости в сутки), сухость во рту.
* Учащенное мочеиспускание (до 8 раз за ночь, 10-12 раз за день)
* Боли режущего характера в области уретры при мочеиспускании
* Мутная, непрозрачная моча
* Болей в поясничной области, отеков на лице, болей в низу живота больная не отмечает
* Отеки на ногах до уровня лодыжек, возникают в жару при употреблении больших количеств жидкости и усиливаются к вечеру. Мочегонных препаратов больная не употребляет

1. **Опорно-двигательная система**

* Болей в костях, суставах, мышцах, ночных болей не отмечает. Двигательные функции сохранены в полном объеме. Опухолей, деформаций костей и суставов нет.

1. **Нервная система**

* Боли в грудной клетке в области сердца колющего характера, возникают очень редко при поднятии тяжелых предметов, проходят самостоятельно в покое через 30-40 минут, не иррадиируют, не сопровождаются чувством страха.
* Нарушение сна в последние 2 ночи больная связывает с духотой в помещении и возникающими в связи с этим приступы одышки. В другое время сон не нарушен.
* Характер уравновешенный, больная охотно идет на контакт. Быстрой утомляемости, снижения памяти и внимания не отмечает. Обмороков, гиперстезий, анестезий, болей, нарушений движений нет.

**Анамнез развития настоящего заболевания**

Болезнь началась остро 16 августа 2004 года с повышения температуры до 39,0°С. Одновременно возникла диарея до 10 раз в стуки, пропал аппетит, появилась общая слабость. За день до начала заболеванию предшествовало переохлаждение. Начало заболевания больная связывает с употреблением в пищу недоброкачественной кабачковой икры. В течении 3 дней (16-18 августа) состояние не улучшалось. Больная к врачу не обращалась, лечилась дома самостоятельно - принимала по 1 таблетке (0,25г) ампициллина 3 раза в день, но температура не снижалась.

19 августа 2004г. наступило улучшение, прекратилась диарея и понизилась температура до нормальных отметок.

30 августа 2004г. снова резко поднялась температура до 39,0 °С, больная отметила помутнение мочи и появление режущих болей при мочеиспускании, слабость. Суточные колебания температуры составляли 37,8-39,0°С и сопровождались сильными ознобами. К врачам не обращалась, принимала дома эритромицин (0,1г) по 1 таблетке 2-3 раза в день.

1 сентября 2004г. температура поднялась до 40,3 °С, к больной была вызвана «скорая помощь» и сделана инъекция литической смеси Sol. Analgini 50% 2ml + Sol. Dimedroli 1% 1ml, после чего температура упала до 38,0 °С. Так как больная находилась в поселке Просторном на даче, госпитализация не предлагалась.

До 6 сентября пациентка находилась дома с температурой до 39,0°С, продолжала принимать эритромицин. 6 сентября на дому были сделаны общий анализ крови (глюкоза 22,3 ммоль\л) и общий анализ мочи (глюкоза ++, лейкоциты не поддаются подсчету), после чего участковым терапевтом была вызвана «скорая помощь» и больная доставлена в приемное отделение клиник СибГМУ с диагнозом: «Хронический пиелонефрит, фаза обострения. Сахарный диабет II типа, фаза обострения» и госпитализирована в клинику факультетской терапии СибГМУ.

**Анамнез развития фонового заболевания**

Впервые появление головных болей, связанных с подъемом АД, больная отмечает в возрасте 25 лет, что может быть связано с латентным течением сахарного диабета и пиелонефрита. Других жалоб, связанных с проявлениями сахарного диабета, больная не отмечает. В 1994г. больная была госпитализирована в 3 горбольницу с диагнозом острая пневмония. При проведении обследования больной был поставлен диагноз сахарного диабета II типа. С 1994г. больная постоянно наблюдалась у эндокринолога, проходя полное медицинское обследование 2 раза в год. Принимала препарат диабетон, затем был добавлен глиформин. Диету пациентка соблюдала неполностью (употребляла картофель, каши и т.д.), сахар крови, с ее слов, держался на уровне 8-11 ммоль\л. По словам больной, патологии почек у нее никогда не выявляли.

**Общая симптоматология заболевания**

В период болезни больная отметила потерю аппетита, в течении месяца потеряла 10 килограмм веса. Отмечает общую слабость, нарушение сна в последние дни, резкое снижение трудоспособности. Температура в период заболевания колебалась суточно от 37,8 до 39,0°С, что сопровождалось ознобами и ухудшением самочувствия.

**Анамнез жизни**

**Личный анамнез**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родилась 1949г. в г. Томске первым ребенком в полной семье. Со слов пациентки, роды прошли в срок без осложнений, на грудном вскармливании находилась в течении 1-2 месяцев с момента рождения. Росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. В детском возрасте перенесла ветряную оспу, очень часто болела ангинами и пневмониями (до 2-3 раз в год).

В 1958г. была произведена одностороння тонзиллэктомия, в 1961г. - повторная двусторонняя тонзилэктомия, рецедивово после которой не возникало. С этого же времени пациентке поставлен диагноз хронического бронхита.

Менструации начались с 13 лет, регулярные, безболезненные, с умеренным количеством выделений. В климаксе с 54 лет, иногда возникают умеренно выраженные «приливы».

1964г. – перенесла ревмомиокардит, на учете не состояла.

1967г. – в возрасте 18 лет вышла замуж.

1968г. – в возрасте 19 лет первая беременность закончилась родами в срок, родилась доношенная здоровая девочка. Беременность и роды протекали без осложнений.

1974г. – больная впервые начала обращать внимание на головные боли, сопровождающиеся повышением артериального давления, однако давление регулярно не измеряла.

1978г. – проведена аппендэктомия, операция и послеоперационный период прошли без осложнений.

1999г. – поставлен диагноз сахарный диабет II типа и желчнокаменная болезнь. Больная состоит на учете у эндокринолога, раз в полгода проходит полное обследование. Принимает назначенные эндокринологом препараты: Диабетон и Глиформин, лечение инсулином не проводилось.

Со слов пациентки, других травм, ранений, инфекционных заболеваний у нее небыло.

**Семейный анамнез**

Матери 75 лет, страдает ИБС, гипертонической болезнью, хроническим холециститом, хроническим панкреатитом. В возрасте 60 лет поставлен диагноз сахарного диабета II типа, препараты инсулина не получает.

Отец умер в 2003г. в возрасте 76 лет от гангрены левой ноги (диабетическ4ая стопа). Диагноз сахарного диабета II типа был поставлен в возрасте 60 лет, получал препараты инсулина. В 2002г. по поводу гангрены была ампутирована правая нога.

Младший брат (1950г.р.) умер в возрасте 32 лет от осложнений инфаркта миокарда.

Тетя (по отцовской линии) страдает сахарным диабетом II типа, гипертонической болезнью, перенесла 2 инсульта.

Муж страдал заболеванием печени, каким – пациентка не уточняет.

Дочь (36 лет) и двое внуков здоровы. Бабушек и дедушек по материнской и отцовской линиям не знает. Со слов пациентки, нервных, психических, обменных, онкологических и других наследственных болезней в семье нет.

**Социально-бытовые условия**

До 18 лет больная проживала в неблагоустроенном частном доме. С 1967 года и по настоящее время пациентка проживает в полностью благоустроенном доме с семьей. Питание в семье достаточное, полноценное, нерегулярное, больная придерживается назначенной эндокринологом диеты с низким содержанием сахара. Со слов пациентки алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотических и психотропных веществ отрицает. Не курит.

**Профессионально-производственные условия**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* имеет высшее техническое образование по специальности инженер. С 1974г. работала по специальности в НИИ кабельной промышленности. Работа дневная в помещении, восьмичасовой рабочий день. Работа была связана с периодическим подъемом тяжестей (до 20кг). Других профессиональных вредностей в работе не омечает. На пенсии с 2003г.

**Аллергологический анамнез.**

Со слов пациентки, аллергии на пищевые продукты, пыль, растения, лекарственные препараты нет. Имеется аллергия на ацетонсодержащие жидкости и масляную краску

**Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

*Состояние****:*** удовлетворительное

*Сознание****:*** полное

*Тип телосложения:* гиперстенический

*Положение больного:* активное

*Выражение лица:* осмысленное

*Рост:* 164см.

*Вес:* 100кг.

*Кожа, слизистые оболочки:* кожа розового цвета, сухая, тургор не снижен, сыпи, рубцов, расчесов нет. Кожные сосуды не расширены. Оволосение по женскому типу, равномерное. волосы седые, сухие. Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет.

*Подкожно-жировой слой:* сильно выражен, отложения жира равномерные. Признаков отека нет.

*Лимфатические узлы:* при общем осмотре увеличения отдельных лимфатических узлов не наблюдается. Пальпаторно околоушные, затылочные, поднижнечелюстные, шейные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные лимфоузлы не увеличены.

*Щитовидная железа:* определяется пальпаторно, несколько диффузно увеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная. Пульсации нет.

*Голова:* Череп правильной формы, без аномалий развития. Признаков рахита. акромегалии, гидроцефалии нет. Шея правильной формы, не искривлена, не утолщена, региональных набуханий не наблюдается. Пульсации сонных артерий, набухания наружных ярёмных вен не наблюдается.

*Грудная клетка:* гиперстенического типа, обе половины симметричны. Межрёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол более 90 градусов. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Плечевой и тазовый пояс не деформированы.

*Позвоночник:* не искривлен, безболезнен при пальпации. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита и экзостоза нет. Суставы верхних и нижних конечностей симметричны, подвижны, безболезненны, движения сохранены в полном объеме. Коленные суставы несколько увеличены в размере.

*Ногти:* нормальной формы, признаков деформации нет. На ногтях левой стопы имеются признаки грибкового поражения. На дистальных фалангах кистей рук имеются узелки Гибердена.

*Мышечная система:* развита удовлетворительно, симметрично, тонус снижен, болезненности при прощупывании нет, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет.

**Дыхательная система**

*Осмотр:* Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Функции гортани не нарушены. Выдыхаемый воздух без запаха. Грудная клетка гиперстенического типа, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер косой, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Одышка смешанного характера. Частота дыхания 18 дв\мин.

*Пальпация:* грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук с оттенком коробочного, одинаковый на симметричных участках. Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена. Над передними отделами cамый ясный перкуторный звук в III межреберье по l.mediaclavicularis, самый тихий звук в Моренгеймовской ямке. Над задними отделами самый ясный перкуторный звук под лопаткой, самый тихий звук на лопатках.

Высота стояния верхушек легких спереди справа и слева составляет 3см. Высота стояния верхушек легких сзади на 1,5см. ниже VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева составляет 6см. Подвижность нижнего края легкого на вдохе составляет 3см. (второй метод).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких | | |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | V межреберье | ------------------ |
| l.medioclavicularis | VI ребро | ------------------ |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

*Аускультация:* над легкими выслушивается жесткое везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. При бронхофонии над периферическими отделами легких выслушивается неразборчивый звук, что соответстует норме.

**Сердечно-сосудистая система**

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет. видимой пульсации сосудов и аорты нет.

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.mediaclavicularis, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

*Перкуссия:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая перкуссия границ сердца | | |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | IV межреберье на 1,5см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | на l.mediaclavicularis | на l.mediaclavicularis |

Ширина сосудистого пучка составляет 6см.

Длинник сердца: 11,5см + 0.5см=11см ( норма 12,4 см)

Поперечник сердца: 14 см (норма 13,4 см)

Атриовазальный угол отстоит на 0.5см справа от правого края грудины на уровне хряща III ребра.

*Аускультация:* при аускультации сердца выслушивается нормальный ритм. При аускультации в положении сидя и стоя на аорте выслушивается слабый систолический шум.

I тон на верхушке сердца выслушивается после длительной паузы, совпадает с пульсовой волной, громче и ниже по тональности, чем II тон.

II тон на основании сердца выслушивается после короткой паузы, по громкости равен I тону (ослаблен), выше и короче, на аорте выслушивается громче, чем на легочной артерии. Аускультативно шумы на крупных сосудах не выслушиваются.

*Пульс:* одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, напряжения, форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный 72 уд\мин (не учащен), стенка сосуда эластичная.

**Пищеварительная система.**

*Осмотр :*слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные.Небные миндалины отсутствуют. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, налета нет. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка слабо участвует в акте дыхания, участков пигментации нет. Скопления жидкости и газов не определяется. Видимой перистальтики нет.

*Пальпация:* при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. При аускультации выслушивается шум перистальтики кишечника. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая пальпация:

* слепая кишка – расположена правильно (в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* сигмовидная кишка расположена правильно (на границе нижней и средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, определяется урчание.
* поперечная ободочная кишка расположена правильно, на 2 см выше пупка, диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* восходящая, нисходящая ободочная кишка - диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.

*Желудок:*

Над желудком определяется низкий тимпанический звук, нижняя граница лежит на 4см выше пупка. Шум плеска не определяется.

Пальпаторно большая кривизна желудка лежит на 4см выше пупка, ровная, эластичная, при пальпации безболезненная.

*Печень:*

При пальпации край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, эластичный, ровный, безболезненный.

Границы печени:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| верхняя | V ребро | VI ребро |
| нижняя | На границе верхней и средней ⅓ расстояния от пупка до основания мечевидного отростка | |
| левая | Не выходит за левую l.parasternalis | |

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 11см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 9см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 7см.

*Желчный пузырь:*

Пальпаторно желчный пузырь не определяется, пальпация болезненна. Симптомы Василенко и Портнера положительные, симптомы Айзенберг 1 и Мюсси отрицательные.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 13см

Поперечник = 5см

Верхняя граница: IX ребро

Нижняя граница: XI ребро

Задний верхний полюс: по l. scapularis

Передний нижний полюс: не выходит за l.costoarticularis

*Поджелудочная железа:*

Пальпация в зонах Шопара и Губергритца безболезненная, железа не пальпируется.

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон в положении лежа и стоя. Мочевой пузырь пальпаторно не определяется.

**Нервная система**

Больная настроена доброжелательно, охотно идет на контакт. Речь не изменена, чувствительность сохранена. Расстройств координации не наблюдается, походка ровная. Ассиметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка в сторону не наблюдается. Сухожильные рефлексы сохранены. Симптомы Бабинского, Гордона, Оппенгейма, Россолимо отрицательные. Зрачки равномерно реагируют на свет.

**Данные лабораторных исследований**

**1.Общий анализ крови (от 07.09.2004г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Цветной показатель  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы с/я, %  Нейтрофилы п/я, %  Эозинофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 123  4,37  0,9  8,0  57  71  10  --  13  6 | 115 – 145  3,7 – 4,7  0,85 – 1,05  4,78 – 7,68  2-15  47 – 72  0-6  0-5  19 – 37  3 – 11 |

В части нейтрофилов точечная зернистость нейтрофилов

Заключение: лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

**2.Общий анализ крови (от 13.09.2004г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/л  Эритроциты, 1012/л  Цветной показатель  Лейкоциты, 109/л  СОЭ, мм/час  Нейтрофилы с/я, %  Нейтрофилы п/я, %  Эозинофилы, %  Лимфоциты, %  Моноциты, % | 120  4,12  0,9  8,4  50  83  1  2  10  4 | 115 – 145  3,7 – 4,7  0,85 – 1,05  4,78 – 7,68  2-15  47 – 72  0-6  0-5  19 – 37  3 – 11 |

Заключение: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

**3.Общий анализ мочи** **(от 06.09.2004г.)**

кетоновые тела ++

глюкоза+

Заключение: кетонурия, глюкозурия.

**4.Общий анализ мочи (от 07.09.2004г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Микроскопия осадка | светло-соломенный  мутная  1009  0,18 г\л  Лейкоциты в большом количестве, слизь ++, оксалаты + |

Заключение: гипостенурия, протеинурия, лейкоцитурия.

**5.Общий анализ мочи (от 13.09.2004г.)**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Микроскопия осадка | светло-желтый  мутная  1007  0,04 г\л  Лейкоциты 10-15 в поле зрения. Еденичные клетки эпителия в полях зрения. |

Заключение: гипостенурия, протеинурия, лейкоцитурия.

**6.Общий анализ мочи (от 15.09.2004г.)**

кетоновые тела +

Заключение: кетонурия.

**7.Биохимический анализ крови (от 08.09.2004г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\л  α-амилаза сыворотки, ед  Мочевина, ммоль\л  Креатинин,ммоль\л  Мочевая кислота, моль\л  Общий билирубин, мкмоль\л  Прямой билирубин, мкмоль\л  Общий белок г\л  Холестерин, моль\л  АСАТ мккат\л  АЛАТ мккат\л  Натрий, моль\л  Калий, моль\л  СРБ  Серомукоиды, ед  Проба Реберга   * фильтрация, мл\мин * реабсорбция, мл\мин | 18,0  11,0  10,9  0,16  0,4  11,9  отрицателен  75,9  3,9  0,28  0,35  140,0  4,2  ++  0,800  64,2  97,5 | 3,5-7,5  12-32  2,5-8,3  0,044-0,12  0,08-0,31  8,55 – 20,05  отрицателен  65-85  3,5-5,2  До 35,0  До 35,0  130-150  3,4-5,3  отрицателен  0,13-0,20  80-120 |

Заключение: гипергликемия, повышение мочевины, креатинина, мочевой кислоты, положительный СРБ, увеличение серомукоидов, снижение почечной фильтрации и реабсорбции.

**8.Показатели свертываемости крови (от 08.09.2004г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %  АЧТВ, сек  Фибриноген общий, г/л  Фибриноген В, г/л | 81,1  28  5,0  положительный | 80 – 105  25 – 35  2,5 – 3,5  отр. |

Заключение: увеличение общего фибриногена, наличие фибриногена В.

**9.Гликемический профиль**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Время | 08.09.2004г. | 10.09.2004г. | 13.09.2004г. |
| 8.00 | 14,7 | -------------------- | ---------------------- |
| 13.00 | 22,9 | 12,0 | ---------------------- |
| 18.00 | 13,4 | 16,2 | 13,4 |
| 22.00 | 14,3 | 17,3 | 9,3 |
| 06.00 | 11,0 | 12,5 | 11,2 |

Заключение: гипергликемия.

**10..Анализ кала на яйца гельминтов (от 07.09.2004г.)**

Заключение: яйца гельминтов не обнаружены

**11.Анализ белковых фракций (08.09.2004г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| альбумины | 35,0 | 55,0-69,0 |
| α1-глобулины | 8,3 | 1,6-5,8 |
| α2-глобулины | 16,3 | 5,9-11,0 |
| β-глобулины | 17,3 | 7,9-14,0 |
| γ-глобулины | 23,1 | 11,0-18,0 |
| Белковый коэффициент | 0,54 | 0,92-1,56 |

Заключение: снижение фракции альбуминов и белкового коэффициента. повышение фракции глобулинов.

**12.Посев на микрофлору и чуствительность к антибиотикам (08.09.2004г.)**

Заключение: роста микрофлоры нет, стерильно

**13.Анализ крови на RW (от 08.09.2004г.)**

Заключение: отрицательный

**14.Анализ мочи по Зимницкому (от15.09.2004г.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № порции | Количество мочи | Удельный вес мочи |
| 1 | ------------------------------------- | ------------------------------------ |
| 2 | 250,0 | 1005 |
| 3 | 250,0 | 1005 |
| 4 | 250,0 | 1005 |
| 5 | 204,0 | 1008 |
| 6 | 204,0 | 1006 |
| 7 | 250,0 | 1006 |
| 8 | 250,0 | 1005 |

Дневной диурез: 750,0мл, ночной диурез: 908,0 мл.

Заключение: гипоизостенурия, никтурия.

**Данные инструментальных исследований**

1. ЭхоКГ ( от 08.09.2004г.)

Аорта уплотнена, не расширена. Аортальные, митральные створки уплотнены, без нарушения функций. Другие клапаны б\о. Гипертрофия левого желудочка без дилатации. Атеросклеротический кардиосклероз. Правые отделы б\о. Общая систолическая функция левого желудочка сохранена, диастолическая функция нарушена. Перикард б\о.

1. УЗИ (от 06.09.2004г.)

Почки, лежа, расположены правильно, крупные, в поперечнике до 62мм, контуры ровные, четкие, дыхательная подвижность сохранена. Паренхиматозный слой толщиной до 25мм, умеренно повышенной эхогенности, больше слева, плохо дифференцируется от почечного синуса. Полостные структуры не расширены, конкременты не определяются.

Заключение: диффузные изменения паренхимы почек, больше слева, нельзя исключить острый пиелонефрит.

1. УЗИ (от 08.09.2004г.)

Печень не выступает из-под края реберной дуги, высота правой доли 140мм. Ткань однородная, повышеной эхогенности. Сосудистый рисунок обеднен. Воротная вена диаметром 9мм. Желчные протоки не расширены. Холедох диаметром 3мм. Желчный пузырь не увеличен, стенка уплотнена, не утолщена, содержимое однородное.

Поджелудочная железа из-за метеоризма не визуализировалась. Селезенка размером 125×53 мм, нижний край острый, ткань не изменена.

Почки, лежа, расположены правильно, дыхательная подвижность сохранена. Размеры левой почки 122×68 см, паренхиматозный слой толщиной 22мм, однороден, хорошщо дифференцируется от почечного синуса. Полостные структуры не расширены, конкременты не определяются. Справа, в проекции почечного синуса, кисты до 12мм.

Заключение: Жировой гепатоз. Хронический холецистит. Кисты почечного синуса справа.

1. Рентгенография грудной клетки (от 06.09.2004г.)

Заключение: очаговых, инфильтративных изменений в легких не выявлено. Элементы пневмофиброза.

**Консультации узких специалистов**

**Консультация эндокринолога:**

Заключение: сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, в фазе обострения. Кетоацидоз. Диабетическая нефропатия II степени. Диабетическая ретинопатия II стадия.

**Консультация окулиста:**

Заключение: начальная катаракта правого глаза, подозрение на глаукому

справа. Непролиферативная диабетическая гипертензивная ретинопатия.

**Консультация уролога:**

Заключение: острый пиелонефрит, фаза разрешения. Диабетическая

нефропатия II степени. ХПН 1а.

**Обоснование диагноза**

1. Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, фаза обострения. ХПН 1а. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, группа риска IV (почечного генеза).

Диагноз хронического пиелонефрита ставится на основании жалоб пациентки ( повышение температуры, учащенное мочеиспускание, мутность мочи, боли при мочеиспускании, возникновение отеков на ногах), данных анамнеза (одновременное появление температуры, болей при мочеиспускании, мутной мочи, наличие у больной сахарного диабета, предраспологающего к почечной патологии), данных лабораторных исследований (мутный цвет мочи, снижение удельного веса, лейкоциты во всех полях зрения, наличие слизи, белок 0,18 гр\литр на момент поступления, нейтрофильный лейкоцитоз в крови со сдвигом влево, увеличение СОЭ до 57 мм\ч). Обьективных данных, позволяющих говорить о пиелонефрите, нет. То, что процесс является хроническим, подтверждается лабораторными данными (гипоизостенурия) и отсутствием жалоб до момента обострения (для сахарного диабета характерно длительное латентное течение процесса). Так как в анамнезе пациентки не имеется данных о предыдущих проявлениях пиелонефрита, подтвердить диагноз хронического пиелонефрита помог бы преднизолоновый тест, проведенный вне периода обострения. Фаза обострения ставится на основании того, что у больной имеется мочевой и дизурический синдромы, низкий удельный вес мочи, повышение температуры тела, в моче обнаруживаются белок и лейкоциты во всех полях зрения.

Диагноз хронической почечной недостаточности ставится на основании жалоб пациентки (слабость, повышенную утомляемость, никтурию, полиурию), данных анамнеза (наличие сахарного диабета, часто являющегося причной ХПН), данных лабораторных исследований (повышение в крови содержания креатинина, мочевины и мочевой кислоты; по данным пробы Реберга – снижение фильтрационной функции почек). Стадия ХПН 1а ставится на основании лабораторных показателей: повышение креатинина крови до 0,16 ммоль\л (1 стадия – повышение до 0,18ммоль\л), мочевины до 10,9 ммоль\л, снижение скорости клубочковой фильтрации до 64,2 мл\мин (1 стадия - снижение до 60-40 мл\мин).

Диагноз симптоматической артериальной гипертензии ставится на соновании жалоб больной (периодически возникающие головные боли, связанные с подъемом артериального давления), данных анамнеза (сахарный диабет, предрасполагающий к развитию почечной патологии и симптоматической гипертензии, эпизоды повышения артериального давления с 1974г, длительное доброкачественное течение заболевания с отсутствием кризов), объективных данных (повышение артериального давления с повышением диастолического, что указывает на почечный генез артериальной гипертензии). Так как у больной имеется почечная патология, это подтверждает диагноз симптоматической артериальной гипертензии, однако ее необходимо дифференцировать с вазомоторной (эссенциальной) артериальной гипертензией.

Степень артериальной гипертензии III ставится на основании повышения артериального давления до 180/110 мм.рт.ст. Группа риска IV ставится на основании наличия у больной артериальной гипертензии III степени, факторов риска (пожилой возраст, отягощенный семейный анамнез), поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка), ассоциированных клинических состояний (патология почек, сахарный диабет, гипертензивная ретинопатия, ожирение III степени).

1. Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, в фазе обострения. Диабетическая нефропатия II степени. Диабетическая ретинопатия II стадия.

Диагноз сахарного диабета ставится на основании жалоб больной (постоянная жажда, сухость кожи), данных анамнеза (отягощенный семейный анамнез, поставленный в 1994г. диагноз сахарного диабета II типа), лабораторных данных (высокие показатели глюкозы в биохимическом анализе, наличие глюкозурии и кетонурии при поступлении, высокие показатели глюкозы в гликемическом профиле).

Диагноз сахарного диабета II типа ставится на основании того, что заболевание развилось после 40 лет, имело постепенное прогрессирующее течение, имеет эффективность диетотерапия и терапия ТСП. При 1 типе СД возраст первичных проявлений более ранний, течение остро прогрессирующее и с самого начала требует инсулинотерапию.

Средняя степень тяжести ставится на основании того, что у больной имеются осложнения в виде диабетической ретинопатии, диабетической нефропатии, нет выраженной лабильности течения.

Фаза декомпенсации ставится на основании того, что у больной имеется дискомфорт, усиленная жажда, сухость кожи, высокие показатели глюкозы в биохимическом анализе крови и гликемическом профиле.

Диабетическая нефропатия II степени ставится на основании консультации уролога и эндокринолога, наличия белка в моче, появления у больной отеков (стопы до уровня лодыжек) и повышения артериального давления.

Диабетическая ретинопатия II стадии ставится на основании консультации окулиста.

1. Хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии. Диффузный пневмофиброз. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II степени. Ожирение III степени.

Диагноз хронического обструктивного бронхита ставится на основании жалоб больной (сухой кашель, чувство першения в горле, одышка смешанного характера), данных анамнеза (наличие обострений 2-3 раза в год, сопровождающихся выделением при кашле мокроты белого цвета без запаха; установленный в 1961г. диагноз хронического бронхита). Стадия ремиссии ставится на основании отсутствия у больной на данный момент жалоб, связанных с обострением хронического бронхита (кашель с отделением мокроты).

Диагноз диффузного пневмофиброза ставится на основании данных рентгенологического исследования. Диагноз эмфиземы легких ставится на основании данных анамнеза ( пациентка в течении 42 лет страдает хроническим бронхитом) и данных объективного исследовнаия ( коробочный оттенок звука при сравнительной перкуссии легких, жесткого везикулярного дыхания при аускультации).

Диагноз дыхательной недостаточности II степени ставится на основании жалоб пациентки (одышка смешанного характера, возникающая при умеренной физической нагрузке). Для подтверждения диагноза необходимы данные спирографичесокго исследования и исследования газового состава крови, которые небыли проведены.

Диагноз ожирения III степени ставится на основании избытка массы тела на 56% по сравнению с нормой (64кг)

**Характеристика основного заболевания**

**Пиелонефрит** представляет собой неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, развивающийся первоначально в чашечно-лоханочной системе и распространяющийся в дальнейшем на тубулоинтерстиций и корковое вещество почек. В классификации ВОЗ острый и хронический пиелонефрит отнесен в рубрику тубулоинтерстициальных заболеваний почек.

**Классификация:**

* По локализации: односторонний, двухсторонний, тотальный, сегментарный.
* По возникновению: первичный, вторичный.
* Клинические формы: гипертоническая, нефротическая, септическая, гематурическая, анемическая, смешанная
* По течению: латентное, рецидивирующее
* По фазе заболевания (при рецидивирующем течении): обострение, ремиссия.

**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. Причинами восхождения инфекции в почечные лоханки являются: первичный везикоуретральный рефлюкс, внутрипочечный рефлюкс, вторичный везикоуретральный рефлюкс вследствие обструкции мочевого пузыря и беременности, воспаление или отек мочевого пузыря в зоне впадения мочеточников, стриктуры мочеточников, обструкция почечной лоханки.

**Патогенез:**

Предросполагающими к развитию хронического пиелронефрита факторами являются:

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 анальгетикам
4. Внепочечные очаги воспаления (энтерит, ангины, пневмонии, нагноения)
5. Воспалительные урогенитальные инфекции (простатит, цистит, вульвовагенит)
6. Нарушение венозного и лимфатического оттока почки.

Течение хронического пиелонефрита свидетельствует об участии иммунных механизмов. Несомненна связь с HLA-A3 антигеном гистосовместимости. У больных пиелонефритом, в отличие от больных хроническим гломерулонефритом и даже с инфекцией мочевыводящих путей, в моче обнаруживаются иммунные комплексы, содержащие антитела к возбудителю. Характерным является то, что указанные возбудители из ткани почек не высеваются. Бактерии, покрытые антителами, обнаруживаются у 86% больных с морфологически подтвержденным хроническим пиелонефритом и у всех больных в активной фазе болезни.   
Вторым важным моментом патогенеза является способность адгезии возбудителя к слизистой оболочке. Это относится, в частности, ко всем штаммам E.coli. На поверхности эпителия верхних отделов мочевого тракта имеются соответствующие рецепторы к кишечной палочке и другим антигенам, которые вырабатывают антитела и выводят их наружу. При пиелонефрите число рецепторов в 10-100 раз больше, что, по-видимому, обусловливает предрасположенность к аутоиммунным реакциям.  
Генетическая обусловленность развития хронического пиелонефрита доказывается тем, что у этой группы больных только половина клубочков имеет четкую связь с нормальными проксимальными канальцами, 15% - c атрофированными и треть вообще не имеют связи с ними. Существование такого числа заведомо ущербных клубочков программирует предрасположенность к заболеванию и его необратимость.  
Для реализации генетической предрасположенности и иммунных нарушений в заболевание хроническим пиелонефритом необходим неспецифический механизм - нарушение уродинамики. Оно обеспечивает попадание в почечную ткань мочи, содержащей иммунные комплексы (а не микроб как таковой). При этом, чем выше плотность рецепторов слизистой оболочки к E.coli, тем вероятность возникновения пиелонефрита выше.  
 Обычно, благодаря низкому давлению в лоханке, моча как бы высасывается ею из почечной ткани. Нарушение оттока мочи неизбежно приводит к ее застою и прекращению высасывания. Более того, развиваются пиеловенозные и пиелососочковые рефлюксы. Данная ситуация создает благоприятные условия для воспалительной реакции, распространающейся на почечную ткань. Иммунные комплексы при этом расположены очагами, что объясняет почти полное отсутствие общих иммунологических реакций при лабораторных исследованиях у больных хроническим пиелонефритом.

**Патанатомия:**  
 Характерными для хронического пиелонефрита изменениями принято считать крупные рубцы, лимфо- и гистиоцитарные инфильтраты, участки расширенных канальцев, часть которых забита коллоидными массами - так называемая "тиреоидоподобная трансформация канальцев". В период обострения в интерстиции можно обнаружить экссудат, содержащий перитубулярные и внутриканальцевые скопления полиморфноядерных лимфоцитов.  
Клубочки поражаются благодаря распространению на них воспалительного процесса, а также вследствие развития их ишемии. В воспаление вовлекаются капилляры, а формирование интерстициального склероза приводит к их рубцеванию. Гломерулосклероз, таким образом, является очень важным и обязательным компонентом поражения клубочков при пиелонефрите.

**Клиническая картина:**

Клинические проявления как правило зависят от вида и стадии хронического пиелонефрита. общего состояния организма, развития осложнений. Наиболее частые жалобы: боли в области поясницы, дизурические явления (учащенное мочеиспускание, боли при мочеиспускании, полиурия), изменение цвета мочи, иногда – субфибрильную температуру и общие проявления болезни (слабость, повышенная утомляемость и т.д.). При обьективном обследовании в стадии ремиссии и при отсутствии осложнений изменений в органах и системах может не наблюдаться. Чаще всего обнаруживается положительный симптом Пастернацкого, при сопутствующем нефроптозе возможна пальпация почки.

**Дополнительные методы исследования:**

1. При исследовании крови в фазе обострения заболевания можно выявить нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, небольшое ускорение СОЭ, положительные "острофазовые" реакции при биохими-ческом исследовании. При развитии ХПН – повышение уровня креатинина и мочевины.
2. В общем анализе мочи чаще всего обнаруживается лейкоцитурия, гематурия, протеинурия. Наиболее важным диагностическим признаком является наличие гипостенурии. При латентном течении пиелонефрита целесообразно проведение преднизолонового теста. Тест положителен, если после введения 30 мг преднизолона за 1 час с мочой выделяется более 400 000 лейкоцитов, значительная часть которых - "активные".
3. Более точно количество лейкоцитов и эритроцитов удается подсчитать при проведении анализа мочи по Нечипоренко (количество в 1мл мочи) и Аддису-Каковскому (в суточном количестве мочи)
4. Функциональное состояние почек позволяет оценить анализ мочи по Зимницкому и проба Реберга (оценка клубочковой фильтрации и реабсорбции).
5. Для выделения микрофлоры и изучения ее чуствительности к антибиотикам проводят посев мочи на стерильность. Однако в 30% случаев микрофлора не высевается, что однако не является доказательством отсутствия пиелонефрита.
6. Инструментальные методы исследования (экскреторная урография и ультразвуковое исследование) позволяют выявить снижение выделительной функции, деформацию лоханок и сдавление чашечек, рубцовую деформацию почек, нарушение тонуса мочеточников и очаговые изменения плотности почечной паренхимы.
7. Для раздельной оценки функционального состояния каждой из почек применяется хромоцистоскопия с забором мочи из мочеточников, радионуклидные методы (ренография с гиппураном, меченным 131J, сканирование почек).

**Течение заболевания:**

Заболевание протекает длительно, с рецидивами и ремиссиями (возможно многолетними). На позднем этапе развиваются осложнения (симптоматическая артериальная гипертензия, хроническая почечная недостаточность, анемии). Полное выздопровление возможно только при ранней диагностике, длительном и упорном лечении

**Дифференциальный диагноз**

Наиболее часто устанавливают отличие хронического пиелонефрита от хронического гломерулонефрита, амилоидоза почек, поликистоза, эссенциальной гипетензии.

1. **Хронический гломерулонефрит.**

Хронический гломерулонефрит – длительно (не менее года) протекающее иммунологическое двустороннее заболевание почек, исходом которого является сморщивание почек и развитие ХПН.

По классификации М. Тараева выделяют следующие формы хронического гломерулонефрита:

* латентная
* нефритическая
* гипертоничсекая
* смешанная
* гематурическая
* терминальная

У \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* хронический пиелонефрит необходимо дифференцировать с гипертонической формой хронического гломерулонефрита.

Для хронического гломерулонефрита характерны следующие симптомы, наблюдаемые у данной больной: наличие мочевого синдрома (лейкоцитурия, микрогематурия, протеинурия), отсутствие патологии мочевыводящих путей, артериальная гипертензия, отеки, отсутствие бактерийурии, нарушение фильтрационной способности почек.

Для хронического гломерулонефрита нехарактерны: дизурический синдром, лихорадка и лейкоцитоз, преобладание лейкоцитурии над микрогематурией. В анамнезе у больной отсутствуют данные о появлении жалоб со стороны мочеполовой системы после перенесенной инфекции, так как заболевание возникает чаще всего после перенесенных инфекций верхних дыхательных путей (ангин, тонзиллитов), скарлатины, и ведущую роль играет β-гемолитический стрептококк группы А.

В пользу хронического пиелонефрита говорит преобладание в моче лейкоцитов над эритроцитами и односторонность поражения (по данным УЗИ), на основании чего возможно поставить диагноз хронического пиелонефрита. Для уточнения диагноза рекомендуется провести пункционную биопсию почки. Также рекомендуется повторить посев мочи на микрофлору, и если бактериурия превысит 50-100 тыс. микробных тел в 1 мл, то это подтвердит диагноз хронического пиелонефрита.

1. **Эссенциальная (вазомоторная) гипертензия**

Артериальная гипертензия – повышение систолического АД до 140 и более м.рт.ст. и (или) диастолического АД до 90 мм.рт.ст. и выше у лиц, не применяющих гипотензивных средств.

Этиология артериальных гипертензий:

1. Первичные гипертензии (гипертоническая болезнь)
2. Вторичные (симптоматические) гипертензии
3. Нефрогенные
4. Нейрогенные
5. Эндокринные
6. Гемодинамические
7. Лекарственные

В пользу первичной (эссенциальной) гипертензии говорят следующие данные: жалобы больной (головные боли и повышение АД, связанные с переменой погоды ), данные анамнеза (длительное течение заболевания с возраста 25 лет), объективные данные (расположение левой границы сердца по l.mediaclavicularis), инструментальных исследований ( гипертрофия левого желудочка по данным ЭКГ и ЭхоКГ).

В пользу симптоматической артериальной гипертензии говорят следующие данные: жалобы больной (головные боли и повышение АД, связанные с переменой погоды), данные анамнеза (эпизоды подъема давления отмечаются с 25 лет, но при этом заболевание носит доброкачественное течение без гипертонических кризов и выраженного развития ассоциированных состояний), объективных данных (расположение левой границы сердца по l.mediaclavicularis, преимущественное повышение диастолического АД), инструментальных исследований ( гипертрофия левого желудочка по данным ЭКГ и ЭхоКГ).

О симптоматической артериальной гипертензии также свидетельствует наличие почечной патологии, длительно протекавшей латентно, и то, что на фоне активной терапии пиелонефрита АД у пациентки вернулось к нормальным значениям. Учитывая эти данные, мы можем поставить больной диагноз симптоматической артериальной гипертензии III степени почечного генеза.

1. **Амилоидоз почек**

Амилоидоз – системное заболевание. в основе которого лежат изменения, приводящие к внеклеточному выпадению в тканях амилоида (сложный белково-полисахаридный комплекс)

Этиология и патогенез амилоидоза преимущественно неизвестны, обычно связаны с наличием в организме очагов хронической инфекции или нагноения. К факторма. способствующим развитию амилоидоза, относят диспротеинемию и изменения клеточной системы иммунитета. Выделяют первичный (при миеломной болезни, болезни Вальденстрема, наследственный, старческий, локальный) и вторичный амилоидоз (при наличии в организме хронических гнойных и инфекционных очагов).

В пользу амилоидоза почки у больной говорят следующие данные: отсутствие патологии мочевыводящих путей, отсутствие бактерийурии, повышение СОЭ, лейкоцитурия.

Для амилоидоза почек нехарактерно: отсутствие фоновой воспалительной патологии и отягощенного наследственного анамнеза, отсутствие постоянных распространенных отеков, наличие артериальной гипертензии (встречается редко в терминальной стадии), наличие лихорадки и лейкоцитоза, невысокое значение протеинурии, гематурия, нарушение фильтрационной способности почек (только на поздних стадиях), отсутствие гипопртоеинемии. На основании этих данных мы можем исключить у данной пациентки амилоидоз почек. Для подтверждения диагноза рекомендуется проведение пункционной биопсии.

1. **Поликистоз почек.имы. твом отсутствия пиелонефрита.т не наблюдаться.**

Поликистоз почек – врожденное заболевание, при котором в обеих почках появляются и постепенно увеличиваются кисты, что приводит к атрофии почечной паренхимы и развитию ХПН.

Причина возникновения аномалии неизвестна. Патогенез обусловлен пороком эмбрионального развитияканальцев, часть которых трансформируется в кисты. Почки у большинства больных увеличены. содержат множество кист различных размеров, между которыми расположены участки сохранившейся паренхимы, местами замещенной соеденительной тканью. Чашечки и лоханки сдавлены и деформированы. Возможно нагноение кист. Болезнь в течении жизни прогрессирует, чаще всего диагностируется в возрасте 20-40 лет.

Для поликистоза почек характерны следующие симптомы, наблюдаемые у данной больной:: обнаружение множественных кист правой почки при УЗИ исследовании, длительное отсутствие симптомов, полиурия, полидипсия, изостенурия, никтурия, повышение температуры и лейкоцитурия (при нагноении), медленное развитие азотемии.

Для поликистоза почек нехарактерно: одностороннее поражение почек, возраст развития клинических проявлений (более 40 лет), отсутствие постоянной микрогематурии, нормальные размеры почек, почки не пальпируются, мутность мочи (при поликистозе обычно бесцветная), отсутствие болей в области поясницы и положительного симптома Пастернацкого. На основании этих данных можно исключить диагноз поликистоза почек. Для уточнения диагноза рекомендуется проведение внутривенной урографии.

**Таблица дифференциальной диагностики хронического пиелонефрита**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Критерии | Хронический пиелонефрит | Хронический гломерулонефрит | Поликистоз почек | Амилоидоз почек |
| Патология мочевыводящих путей | Встречаются часто | Отсутствует | Отсутствует | Встречаются редко |
| Дизурические явления | Встречаются часто | Встречаются редко | Отсутствует | Отсутствует |
| Гипертензия | Встречаются нечасто | Характерна | Характерна | Иногда в поздних стадиях |
| Отеки | Нехарактерны, встречаются в поздних стадиях | Часто встречаются | Нехарактерны, встречаются в поздних стадиях | Характерны постоянны |
| Лихорадка, лейкоцитоз | Характерны | Не встречаются | Возможны при инфицировании | 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 | Восковидные жировые, много |
| Лейкоциты в моче | Преобладают над эритроцитами | Небольшое количество | При нагноении кист | В части случаев много |
| Эритроциты в моче | Количество увеличено незначительно | Постоянная микрогематурия | Постоянная 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 постепенно | Развивается медленно в поздних стадиях |

**Принципы лечения**

1. **Лечение основного заболевания**

Лечение хронического пиелонефрита включает два этапа - терапию обострения и противорецидивную.

1. Соблюдение диеты: ограничивают употребление острых, пряных, жареных, копченых продуктов. Рекомендуют питье слабоминерализованных вод. высоко Диета должна быть высоковитаминизированной. С учетом имеющейся у пациентки ХПН рекомендуется также снизить потребление белка не более 1гр на 1 кг массы тела. Так как у больной имеется симптоматическая артериальная гипертензия, необходимо ограничение в питании поваренной соли (до 6-8г\сутки) и количества выпиваемой жидкости.
2. Противомикробная терапия: должна быть начата как можно быстрее после установления диагноза обострения хронического пиелонефрита. При нетяжелом течении препараты назначаются энтерально, при тяжелом – парэнтерально. Антибиотики принимают в течении 4 недель, при тяжелом течении 6-8 недель. Препараты назначают, исходя из чуствительности выделенного возбудителя. В тех ситуациях, когда возбудитель неизвестен, следует начинать с антибиотиков широкого спектра действия, поскольку чаще всего возбудителями являются грамотрицательные микробы кишечной группы.

Эффективность антибактериальных препаратов при хроническом пиелонефрите (по И.А.Борисову)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возбудитель | Препараты первой линии | Препараты второй линии |
| Кишечная палочка | Ампициллин, цефалоридин, гентамицин | Бисептол, невиграмон, фурадонин |
| Протей | Те же препараты | Карбеницилин, левомицетин, фурадонин, бисептол |
| Энтерококк | Ампициллин, тетрациклин | Эритромицин, ристомицин, фурадонин, нитроксолин, |
| Синегнойная палочка | Карбенициллин, гентамицин | Полимиксин В |
| Стафилококк | Ампициллин, метициллин, оксациллин | Цефалоридин, эритромицин, гентамицин, нитроксолин, фурадонин |

При тяжелом течении пиелонефрита целесообразно комбинирование антибиотиков и антимикробных препаратов (сульфаниламиды, нитрофураны, налидиксовая кислота, б-НОК). Эффективна комбинация пенициллина и его полусинтетических аналогов с производными нитрофурана (фурагин, фурадонин) и сульфаниламидами (уросульфан, сульфадиметоксин). Препараты налидиксовой кислоты можно комбинировать со всеми противомикробными средствами. К ним наблюдается меньше всего резистентных штаммов микробов. Широкое применение находит гентамицин (гарамицин). Он оказывает бактерицидное действие на кишечную палочку и на другие грамотрицательные бактерии; активен и к грамположительным микробам, в частности к золотистому пенициллиназообразующему стафилококку и b-гемолитическому стрептококку. Высокий антибактериальный эффект гентамицина обусловлен тем, что 90 % его выводится в неизмененном виде почками, в связи с чем в моче создается высокая концентрация этого препарата, в 5-10 раз превышающая бактерицидную.

Поскольку даже после успешного лечения наблюдаются частые (до 60-80 %) рецидивы заболевания, общепризнано проводить многомесячную противорецидивную терапию. Необходимо назначать различные противомикробные препараты, последовательно чередуя их с учетом чувствительности к ним микрофлоры и под контролем за динамикой лейкоцитурии, бактериурии и протеинурии. Единого мнения о длительности такого лечения (от 6 месяцев до 1-2 лет) до сих пор не существует. Предложены различные схемы интермиттирующего лечения в амбулаторных условиях. Наиболее широкое применение находит схема, в соответствии с которой в течение 7-10 дней каждого месяца поочередно назначаются различные противомикробные средства (антибиотик, например левомицетин по 0,5 г 4 раза в сутки, в следующем месяце - сульфаниламидный препарат, например уросульфан или этазол, в последующие месяцы - фурагин, невиграмон, 5-НОК, сменяющиеся каждый месяц). Затем цикл лечения повторяется. В промежутках между медикаментозными препаратами рекомендуется принимать отвары или настои трав, обладающих диуретическим и антисептическим действием (клюквенный морс, отвар шиповника, трава полевого хвоща, плоды можжевельника, листья березы, толокнянка, брусничный лист, листья и стебли чистотела и др.). С этой же целью можно использовать и никодин (в течение 2-3 недель), обладающий умеренной антибактериальной активностью, особенно при сопутствующем холецистите.

1. Витаминотерапия (С, В1, В12) и иммуностимулирующая терапия восстанавливают общую сопротивляемость организма инфекции.
2. Санаторно-курортное лечение больных с хроническим пиело­нефритом проводят в Трускавце, Железноводске, Джермуке, Саирме и др. Прием слабоминерализованных вод усиливает диурез, что способствует выделению из почек и мочевых путей продуктов вос­паления.
3. Гипотензивная терапия: наиболее эффективными препаратами для данной больной будут являться ингибиторы АПФ длительного действия (эналаприл, лизинолприл), так как вместе с антигипертензивным действием, без ортостатических явлений, они вызывают обратное развитие гипертрофии левого желудочка и обладают антиатеросклеротическим и антиагрегантным действием. Ингибиторы АПФ и обладают нефропротективным свойством, способностью снижать внутриклубочковую гипертензию, протеинурию и значимо замедлять темп прогрессирования ХПН, в связи с чем их выделяют как препараты первого выбора у больных с ХПН, особенно при диабетической нефропатии с самых ранних стадий. Также больной рекомендуется постоянный контроль артериального давления. Механизмы действия:
4. **Лечение фонового заболевания**
5. Диета: больной рекомендуется продолжать соблюдать низкоуглеводную диету №9, являющуюся основой терапии сахарного диабета.
6. Инсулинотерапия в период обострения сахарного диабета. Рекомендуется назначение инсулинов пролонгированного и короткого действия по схемам после консультации эндокринолога под контролем сахара крови.
7. В период ремиссии сахарного диабета II типа при успешной терапии в период обострения возможно возвращение к терапии производными сульфонилмочевины и бигунаидами. Препараты сульфонилмочевины (Бутамид, Глибенкламид) являясь антагонистами калиевых каналов β-клеток поджелудочной железы уменьшают выход калия во внеклеточное пространство, что сопровождается повышением синтеза эндогенного инсулина. Бигуаниды (Глибутид, Глиформин) угнетают процессы глюконеогенеза в печени и повышают утилизацию глюкозы перифирическими тканями. Также они тормозят инактивацию инсулина и уменьшают действие его антагонистов.
8. **Лечение сопутствующих заболеваний**
9. Так как больная страдает ожирением III степени, ей рекомендуется после консультации эндокринолога и диетолога соблюдение специальной диеты и умеренная физическая нагрузка. Нормализация веса будет способствовать улучшению течения как фонового, так и основного заболеваний.
10. При обострениях хронического бронхита терапия должна быть направлена на ликвидацию воспалительного процесса в бронхах, улучшение бронхиальной проходимости, восстановление нарушенной общей и местной иммунологической реактивности. Назначают антибиотики и сульфаниламиды курсами, достаточными для подавления активности инфекции. Длительность антибактериальной терапии индивидуальна. Антибиотик подбирают с учетом чувствительности микрофлоры мокроты, назначают внутрь или парентерально. Для восстановления проходимости бронхиального дерева применяют отхаркивающие (бромгексин), муколитические и бронхоспазмолитические препараты (эуфиллин), обильное питье. Восстановлению дренажной функции бронхов способствуют также лечебная физкультура, массаж грудной клетки, физиотерапия.

**Список литературы**

1. А.И. Мартынов, Н.А.Мухин, В.С. Моисеев «Внутренние болезни» в 2 томах, М: «Гэотар-Мед», 2001г.
2. В.И. Бородулин «Справочник практического врача» в 2 томах, М: «Рипол классик», 2001г.
3. Мухин Н. А., Тареева И. Е. «Диагностика и лечение болезней почек» М, 1985г.
4. Мухин Н.А, Тареева И.Е. «Общие принципы ведения нефрологических больных. Диагностика и лечение внутренних болезней» в 2томах, М, 1991г.
5. Рябов С.И., Наточин Ю.В., Бондаренко Б.Б. «Диагностика болезней почек» Л., 1979г.
6. Ефимов А. С. «Диабетические ангиопатии», Киев, 1973г.
7. Борисов И. А., Сура В. В. «Современные подходы к проблеме пиелонефрита», «Терапевтический архив»., № 7, 1982г.
8. С.И. Рябов «Лечение хронической почечной недостаточности», Санкт–Петербург, 1997г.
9. И.Е.Тареева, А.Ю.Николаев, Н.Л.Лифшиц «Диагностика и консервативное лечение хронической почечной недостаточности», методичические рекомендации для врачей. М., 1993
10. Н.Л. Лифшиц, И.М. Кутырина «Особенности лечения гипертонии при хронических диффузных заболеваниях почек», Materia Medica №2, 1995г.
11. А.И Венгеровский «Курс лекций по фармакологии для врачей и провизоров», Томск, 2001г.
12. Машковский М.Д. «Лекарственные средства» в 2 томах, М: «Медицина», 1993г.
13. Курс лекций по патанатомии, патофизиологии, фармакологии, пропедевтике вн. болезней.

**Дневник курации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата курации, пульс, давление, частота дыхания, температура | Течение болезни | Назначения |
| 15.09.2004г.  АД= 125\80 мм.рт.ст.  Пульс 82 уд\мин  t утро=36,7  t вечер=37,3  ЧД=12\мин | Знакомство с больной, сбор жалоб и анамнеза. Больная предъявляет жалобы на слабость, одышку, возникающие в течении 2 дней приступы удушья по ночам, плохой сон, учащенное мочеиспускание. повышенную жажду. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. | Режим палатный. Стол №9.  Tab.Norfloxacini 400мг за 1 час до еды 2 раза в день  Tab. Arifoni-retard 0,0015г. 1 таблетку утром до еды  Sol. Humulini-R вводить подкожно в 8.00, 13.00, 18.00 по 8ЕД за 30 минут до еды  Sol. Humulini НПХ вводить подкожно в 8.00 – 12ЕД, в 22.00 – 10 ЕД  Термометрия каждые 3 часа |
| 16.09.2004г.  АД= 130\90 мм.рт.ст.  Пульс 72 уд\мин  t утро=36,7  t вечер=37,0  ЧД=18\мин | Нормализовался сон, в течении ночи больная спала спокойно, приступов удушья не возникало. Предъявляет жалобы на слабость, учащенное мочеиспускание. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Проведение объективного исследования: дыхание везикулярное, тоны сердца четкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | Режим палатный. Стол №9.  Назначения те же. |
| 17.09.2004г.  АД= 125\85 мм.рт.ст.  Пульс 70 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=37,2  ЧД=14\мин | Мочеиспускание стало более редким, предъявляет жалобы на слабость. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Физиологические отправления в норме. Уточнение анамнеза, проведение обьективного исследования. | Режим палатный. Стол №9.  Назначения те же. Консультация окулиста (осмотр глазного дня) |
| 20.09.2004г.  АД= 120\85 мм.рт.ст.  Пульс 71 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=36,9  ЧД=12\мин | Слабость уменьшилась, улучшился аппетит, ест с удовольствием. Предъявляет жалобы на то, что с переходом на прием Норфлоксацина температура в течении дня стала повышатся в более ранний период времени. Других жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Физиологические отправления в норме. | Режим палатный. Стол №9. Назначения те же. УЗИ почек. Общий анлиз крови, общий анализ мочи.  Принимать внутрь отвар листьев брусники. |

**Эпикриз**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*. 1949г.р. 06 сентября 2004г. в экстренном порядке по «скорой помощи» была направлена участковым терапевтом в приемное отделение клиник СибГМУ и в дальнейшем госпитализирована в клинику факультетской терапии с диагнозом:

1. **Основное заболевание:** Хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, фаза обострения. ХПН 1а. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, группа риска IV (почечного генеза).
2. **Фоновое заболевание:** Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести, в фазе обострения. Диабетическая нефропатия II степени. Диабетическая ретинопатия II стадия.
3. **Сопутствующие заболевания:** хронический обструктивный бронхит в стадии ремиссии. Диффузный пневмофиброз. Эмфизема легких. Дыхательная недостаточность II степени. Ожирение III степени.

При поступлении больная предъявляла жалобы на повышение температуры, слабость, повышенную утомляемость, диарею. При расспросе выявлены жалобы на, полиурию, полидипсию, никтурию, боли при мочеиспускании, отеки на ногах до уровня лодыжек, помутнение мочи, головную боль при переменах погоды, одышку смешанного характера, сухой кашель, снижение аппетита, потерю веса. Из анамнеза ввыясмнено, что заболевание началось остро 16 августа 2004 года с повышения температуры до 39,0°С. Одновременно возникла диарея, пропал аппетит, появилась общая слабость. В течении трех дней больная лечилась дома самостоятельно, после чего наступило кратковременное улучшение. 30 августа 2004г. снова резко поднялась температура до 39,0 °С, больная отметила помутнение мочи и появление режущих болей при мочеиспускании, слабость. До 6 сентября больная находилась дома, принимала антибиотики. 6 сентября по рекомендации участкового терапевта была вызвана «скорая помощь» и больная госпитализирована в ФТК.

За период нахождения в клинике больной были сделаны следующие лабораторные и инструментальные исследования: ОАК (выявлен лейкоцитоз и увеличение СОЭ), ОАМ (выявлена гипостенурия, лейкоцитурия, протеинурия до 0,18 г\л) биохимический анализ крови (выявлено повышение уровня креатинина до 0,16 ммоль\л, мочевой кислоты до 0,4 моль\л, мочевины до 10,9 ммоль\л, снижение клубочковой фильтрации в пробе Реберга до 64, 2 мл\мин, повышение уровня глюкозы до 18,0, наличие СРБ), гликемический профиль (повышение уровня глюкозы), анализ белковых фракций (гипоальбуминемия, повышение глобулиновых фракций, снижение белкового коэффициента), анализ мочи на микрофлору (стерильна), анализ кала на яйца гельминтов (отрицательный), анализ свертывающей системы (повышение общего фибриногена и наличие фибриногена В), рентгенография грудной клетки ( очаговых, инфильтративных изменений в легких не выявлено. Элементы пневмофиброза), УЗИ (Жировой гепатоз. Хронический холецистит. Кисты почечного синуса справа), ЭхоКГ (признаки гипертрофии левого желудочка без дилатации). Проводились консультации эндокринолога, окулиста, уролога.

С учетом жалоб больной, данных анмнеза, данных лабораторных и инструментальных исследований, консультаций врачей-специалистов, был проведен дифференциальный диагноз между хроническим пиелонефритом и другими заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину ( хронический гломерулонефрит, амилоидоз, поликистоз почек).

Больной была назначена следующая терапия:

1. Tab.Norfloxacini 400мг за 1 час до еды 2 раза в день
2. Tab. Arifoni-retard 0,0015г. 1 таблетку утром до еды
3. Sol. Humulini-R, подкожно в 8.00, 13.00, 18.00 по 8ЕД за 30 минут до еды
4. Sol. Humulini НПХ вводить подкожно в 8.00 – 12ЕД, в 22.00 – 10 ЕД
5. Диетический стол №9
6. Палатный режим
7. Термометрия каждые 3 часа

В период нахождения в клинике в состоянии больной наметились явные улучшения: пропала диарея, боли при мочеиспускании, моча стала менее мутной. По данным лабораторных исследований уменьшился лейкоцитоз крови, СОЭ, снизилось количество лейкоцитов и белка в моче (до 0,04 г\л), снизились показатели глюкозы крови до нормальных цифр. На сегодняшний день у больной остается субфибрилльная температура и незначительная слабость.

Больной даны следующие рекомендации: выполнение назначенного лечения и постоянное наблюдение у уролога и эндокринолога в поликлинике после выписки, соблюдение диеты №9. Рекомендуется также снижение веса до нормальных цифр и постоянный самостоятельный контроль артериального давления. В период ремиссии пиелонефрита и кмпенсации сахарного диабета можно рекомендовать санаторно-курортное лечение ( Железноводск, Ессентуки).

**Течение и прогноз заболевания**

Как основное, так и фоновое заболевание у больной, по-видимому, длиетльно протекали латентно, что привело к позднему началу лечения и развитию осложнений. Субьективно как основное. так и фоновое заболевания протекают в легкой форме, ощутимо снижая трудоспособность больной только в период обострения. Однако на дальнейшем течении будет сказываться наличие осложнений.

Прогноз по основному заболеванию средней тяжести, так как имеется осложнение хронического пиелонефрита - ХПН 1а, которая в дальнейшем будет медленно прогрессировать, и симптоматической гипертензии. Также осложняет прогноз позднее выявление патологии и наличие фонового заболевания - сахарного диабета II типа (диабетическая нефропатия), которое делает течение пиелонефрита более тяжелым, увеличивая риск инфицирования, развития осложнений и более частых обострений, даже при эффективной терапии.

Прогноз по фоновому заболеванию - сахарный диабет II типа - также тяжелый в связи с наличием осложнений (диабетическая нефропатия, диабетическая ретинопатия) и крайне неблагоприятным семейным анамнезом. Имеется и фактор риска - ожирение III степени, что утяжеляет течение диабета. В целом больная внимательно следит за своим состоянием и регулярно наблюдается у эндокринолога, что делает прогноз более благоприятным.