### *ЖАЛОБЫ НА ДЕНЬ КУРАЦИИ*

Постоянные ноющие боли в поясничной, беспокоящие больного постоянно, не зависящие от времени суток, учащенное мочеиспускание, (через каждые 2-3 часа и до 3 раз за ночь), повышение температуры до 38 градусов, головную боль, озноб.

### *ANAMNESIS morbi*

Считает себя больным с конца декабря 1996 года, когда после переохлаждения появились резкие боли в поясничной области и в низу живота, болезненность на всем протяжении акта мочеиспускания, повысилась температура тела до 38-39 С. Боли сначала носили не постоянный периодический характер, пик болевой активности приходился на весну и осень (как больная объясняет это связано с ее профессиональной деятельностью - работает кондуктором на автобусе). С данными жалобами обратилась в поликлинику по месту жительства – где прошла обследование и было назначено лечение по поводу острого пиелонефрита. Лечение получала не систематически. В дальнейшем болевой синдром нарастал – стал постоянным. Последнее обострение связывает с переохлаждением. Обострение началось с усиления болевого симптома, подъема температуры тела, озноба, учащенного мочеиспускания, изменения цвета мочи – стала темной и мутной. Участковым терапевтом с данными жалобами была направлена на стационарное лечение.

### *Anamnesis vitae*

### Родилась в Исетском районе Тюменской области. Росла и развивалась здоровым ребенком. Детскими инфекциями, а также туберкулезом, вирусным гепатитом, вен. заболеваниями не болела. Операций, травм, гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Непереносимости лекарственных веществ не отмечает. Наследственный анамнез без особенностей. Не переносит жирную пищу (появляется одышка и тошнота). Рыбу карповых пород в пищу употребляет.

### *Status presens*

Общее состояние: удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, в месте и времени ориентируется, при вступлении в контакт адекватен, выражение лица доброжелательное, телосложение правильное. Конституция: нормостеническая. Рост 167 см, вес 62 кг Кожные покровы чистые, смуглые, влажные, патологических высыпаний нет. Пигментаций не обнаружено, тургор снижен. Ногти не деформированы. Слизистые оболочки губ, полости рта розовые влажные, высыпаний нет. Выраженность подкожной клетчатки нормальная, толщина складки на животе на уровне пупка 1,5 см. Лимфатические узлы – подключичные, надключичные, подмышечные и узлы Зоргиуса не пальпируются. Мышцы развиты симметрично соответственно полу и возрасту, тонус и сила не изменены, при пальпации болезненности нет. Костная система: при пальпации костного скелета деформации не отмечается, при перкуссии длинных трубчатых костей болезненности нет. Варикозно расширенных вен и отеков нет. Отмечается болезненность при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек в поясничном и крестцовом отделах позвоночника. Симптом натяжения слабоположительный.

Система дыхания: форма грудной клетки обычной формы, деформаций нет. Правая половина грудной клетки при дыхании симметрична левой, тип дыхания смешанный. Надключичные ямки симметричны, западаний и выпячиваний не наблюдается. Межреберные промежутки нерасширенны, одинаковые по всей грудной клетке. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений 20 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная. Эластичность грудной клетки слегка снижена в переднезаднем, а в боковых направлениях эластичность грудной клетки не снижена. Голосовое дрожание проводится во всех отделах симметрично. Сравнительная перкуссия: отмечается коробчатый звук над всеми полями. Топографическая перкуссия: граница верхнего края правого лёгкого спереди - 3,5 сантиметра над ключицей, левого 3,5 сантиметра над ключицей, сзади - на уровне VII шейного позвонка. Поля Кренинга 6 см. с обеих сторон.

Граница нижнего края легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| L. mediaclavicularis | 5 м/р | - |
| L. axilaris media | 9 м/р | 10 м/р |
| L. scapularis | 11 ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

###### Подвижность нижнего края легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| Вдох | Выдох | Суммарное | Вдох | Выдох | Суммарное |
| L. mediaclavicularis | 2см | 1см | 3см | - | - | - |
| L. axilaris media | 2см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |
| L. scapularis | 2 см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |

Аускультативно - дыхание везикулярное, усиленное особенно в нижних отделах, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: Деформации грудной клетки в проекции сердца нет. Локализация верхушечного толчка на 1.5см. кнутри от L. Mediaclavicularis в 5 м/р, локализован, умеренной силы и высоты. Патологических пульсаций в области шеи, яремной ямки, сердца, подключичных областях не наблюдается.

 Перкуссия:

 Границы относительной сердечной тупости:

правая граница - 4м/р на 1см к наружи от правого края грудины

верхняя - по верхнему краю 3 ребра в проекции левой окологрудинной линии

левая - в 5 м/р на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

##### Правый контур сердца

4 м/р на 1 см от правого края грудины, на 5 см от передней срединной линии тела

3 м/р на 1 см от правого края грудины

Левый контур сердца

5 м/р на 1.5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, на 7 см влево от передней срединной линии тела

4 м/р на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии

3 м/р на 1 см влево от левой окологрудинной линии

Поперечник сердца 12 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: по левому краю грудины на уровне 4 м/р

Верхняя: на уровне хряща 3 ребра слева

## Левая: на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье 5 см.

Аускультативно - сердечные тоны приглушены, расщепления и раздвоения тонов не наблюдается, ритма перепела, галопа, «щелчок открытия» не выявляется. ЧСС 76 в 1 минуту, патологических шумов не наблюдается.

Исследование сосудов: Артерии - стенки эластичные, пульс умеренного наполнения и напряжения, правильной формы, ритмичный, синхронный на симметричных артериях. Артериальное давление на обеих руках одинаковое 130/80 мм.рт.ст. Вены при пальпации безболезненные, не расширены.

Система пищеварения: Запаха изо рта не наблюдается. Слизистые влажные, розовые, трещин и язв нет. Десна обычной окраски, кровоточивости, разрыхлености нет. Зев чистый, физиологической окраски, миндалины без особенностей. Язык влажный, налета нет, отпечатков зубов нет, вкусовая чувствительность сохранена. Искусственных зубов и протезов нет. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Расхождение прямых мышц живота, "головы медузы", грыжевых выпячиваний, гиперпигментаций не наблюдается, Пальпаторно: при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, тестообразной консистенции. При глубокой пальпации – сигмовидная кишка: поверхность ровная безболезненная, урчания не наблюдается, перистальтика вялая. Слепая кишка умеренно напряжена, безболезненна, поверхность ровная, подвижная; поперечно-ободочная кишка умеренно уплотнена, безболезненна. Восходящая и нисходящая части толстого кишечника умеренно уплотнены, безболезненны, подвижны, мало перистальтирующие, поверхности ровные. Желудок при пальпации безболезненный, тестообразной консистенции, большая кривизна пальпируется плохо; поджелудочная железа не пальпируется. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги, край плотный, ровный, безболезненный, ординаты Курлова 10,5(1,5)х9х8. Селезенка не пальпируется, перкуторно ординаты по Курлову 06/4.

**Система мочевыделения:** Кожа в проекции органов мочеполовой системы при осмотре не изменена. Правая почка пальпация безболезненна, левая почка – пальпация болезненная с иррадиацией боли вверх в подреберье. Симптомы поколачивания положительны с обеих сторон, слева больше чем справа. Мочевой пузырь пальпируется непосредственно над лобковым сочленением, эластичный, безболезненный, уплотнений при пальпации не обнаружено. Пальпация мочеточниковых точек с обеих сторон безболезненна. Наружное отверстие уретры осмотреть не удалось по причине отказа больной от данного исследования .

Эндокринная система: Область щитовидной железы не увеличена, щитовидная железа не изменена, не пальпируется, болезненности при пальпации нет. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

Нервная система и органы чувств: Память и сон считает удовлетворительными, настроение приподнятое, раздражительности и плаксивости не отмечает, охотно вступает в контакт. Слух снижен. Дермофрагизм красный, стойкий, исчезает через 40 секунд, тремора рук нет.

### *Предварительный диагноз*

* Хронический пиелонефрит слева, активная фаза, восходящего генеза. Миозит поясничных мышц.

### *План обследования*

* Лабораторные и инструментульные методы обследования
* Общий анализ крови
* Общий анализ мочи
* Кал на Я/Г
* Кровь на RW
* Кровь на ВИЧ
* Кровь на биохимию
* Амилаза
* Мочевина
* Билирубин
* Креатинин
* Остаточный азот
* Сахар
* Ионограмма: K, Na, Cl.
* Анализ мочи по Нечипоренко
* Анализ мочи по Зимницкому
* Анализ мочи по Амбурже
* Анализ мочи по Каковскому-Адису
* Преднизолоновый тест
* Экскренторная урография
* УЗИ органов брюшной полости

### *Данные обследования*

* ОАК от 31.01.00 Эр 3.8\*1012 , Нв 123 г/л, ЦП 1.0, L 7,8\*109, Э 3; П 5; С 78; Л 9; М 5; СОЭ 47 мм.час нормохромная анемия, сдвиг лейкоформулы влево, увеличение СОЭ.
* ОАМ от 31.01.00 цвет – соломено-желтая
* Реакция кислая

У/в 1017

Прозрачность – мутная

Сахар – отрицательный

Эп.пл – 2-3 в п/з

L – 2-4 в п/з

* Биохимия крови от29.01.00 – амилаза 70 усл.ед

Мочевина –4,2 ммоль/л

Креатинин – 0,06 ммоль/л

Биллирубин – 9.1 ммоль/л

Прямой – 1.1 ммоль/л

Глюкоза 3.6 ммоль/л

* УЗИ от 26.01.00 органы брюшной полости без патологии

### *Клинический диагноз и его обоснование*

Интерпретируя результаты расспроса, лабораторных и инструментальных методов обследования, ставим диагноз: ► **хронический пиелонефрит слева, латентная форма, активная фаза, восходящего генеза.**

Обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании совокупности синдромов характерных для хронического пиелонефрита в стадии обострения:

* мочевой синдром – наличие изменений в моче мутная,
* дизурический синдром склонность к никтурии, частые позывы на мочеиспускание.
* Интоксикационный синдром – гипертермия, озноб, головная боль.
* Болевой синдром – постоянная ноющая боль в поясничной области.

Латентная форма потому, что данная форма пиелонефрита протекает со скудной симптоматикой

Хронический пиелонефрит следует дифференцировать от:туберкулеза и хронических заболеваний почек.

Против туберкулеза в данном случае свидетельствует отсутствие ранее перенесенного процесса, гематурии, рубцовых сужений верхних мочевых путей. Имеется преобладание лейкоцитурии над эритроцитурией, что для туберкулеза нехарактерно.

Дифференциально-диагностическая таблица

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Критерии | Наличие критериев у больной  | Хронический пиелонефрит | Хронический гломерулонефрит | Атеросклеротический нефросклероз | Амилоидоз почек |
| Дизурические явления | Никтурия, частые позывы на мочеиспускание | **+++** | + | - | - |
| Гипертензия | Отсутствует | **+** | ++ | +++ | +/- |
| Отеки | Нет | +/- | +++ | ++ | +++ |
| Лихорадка | До 380С | ++ | - | - | - |
| Лейкоцитоз | Нет | ++ | - | - | - |
| Анемия | Нормохромная | +++ | + | + | + |
| Белок в моче | Не определен | + | + | + | ++ |
| Цилиндры | Не определены | +/- | Гиалиновые | +/- | Восковидные жировые |
| Лейкоциты в моче | В пределах нормы  | +++ | - | - | - |
| Эритроциты в моче | В пределах нормы | +/- | +++ | +++ | +++ |
| Бактериурия | Не определена | +++ | - | - | - |
| Нарушение фильтрационной функции почек | Не определено | + | +++ | +++ | + |
| Реабсорбция | Не определена | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| Азотемия | Не определена | + | ++ | ++ | + |
| Пиелография  | не проводилось | Изменения чашек лоханок | Изменений нет | Изменений нет | Изменений нет |

**Примечание: 1.** таким значком помечены критерии, которые имеются у данной больной.

 **2.** ''+'' или ''-'' частота встречаемости критерия

### *План лечения*

**1.Назначение антибактериальных препаратов:**

до получения данных антибиотикограммы назначают антибиотики широкого спектра действия (ампициллин, канамицин, гентамицин, карбенициллин) и химические антибактериальные препараты (фурагин , неграм , 5-НОК , сульфадиметоксин и др.) .

первоначальный непрерывный курс антибактериального лечения составляет 6-8 недель , затем лечение продолжают прерывистыми курсами .

В перерывах между курсами антибиотикотерапии назначают клюквенный морс (по 2-4 стакана в день), настой из трав с диуретическими и антисептическими свойствами , бензоат натрия (по 0,5 г 4 раза в сутки) , метионин (по 1 г 4 раза в сутки) .

**2.Стимуляция неспецифической иммунологической реактивности.**

**3.Санаторно-курортное лечение:**

Трускавец, Железноводск, Джермук и т.д. Прием слабоминерализованных вод, бальнео- и грязелечение, рациональное питание

|  |
| --- |
| НАЗНАЧЕНИЯ |
|
| Режим |
| Диета |
| Benzylpenicillini-natrii 1.0В/м 6 раз в день |
|
| Gentamycini sulfatis 0.08 По 80 мг в/м 2 раза в день |
|
| Diclofenac-natrii 75mgПо 75 мг в/м 1 раз в день |
|
| Sol. Glucosi 5% 400.0 в/в капельноInsulini 5 ед  |
|
| Sol. Natrii Cloridi 0.9% 400.0 в/вAcidi Ascorbinici 5% 10.0 капельно |
|

Куратор /Суровов А.А./

### *литература*

1. Болезни почек. Минкин Р.Б. СПб.: орваль 1994год
2. воспалительные заболевания почек: пиелонефрит и др. туболоинтерстициальные заболевания. Шулутко Б.И. СПб.: Ренкор1996 год