**Паспортная часть**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: женский

Дата рождения: 15.12.1946 г.

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Работа: пенсионерка.

Поступила: 29.08.2012 г.

Диагноз при направлении: хронический пиелонефрит слева в фазе обострения.

Диагноз предварительный: хронический пиелонефрит слева в фазе обострения.

Клинический диагноз: хронический пиелонефрит слева в фазе обострения. УГН слева. Очаговые изменения паренхимы правой почки неясного происхождения.

**ЖАЛОБЫ**

Жалобы при поступлении:

Больная предъявляет жалобы на сильные боли в области поясницы слева. Повышение температуры до 38,5 С, слабость, затруднение при мочеиспускании.

**ANAMNESIS MORBI**

С 2007 года считает себя больной, когда впервые появился острый пиелонефрит, причина-частые простудные заболевания. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. Около недели назад отмечает повышение температуры до 38,5 С, боли в пояснице слева и затруднение при мочеиспускании. Лечилась 5 дней антибиотиками, улучшения не наблюдалось. Обратилась в поликлинику и после обследования направлена на лечение в нефрологическое отделение ВОКБ.

**ANAMNESIS VITAE**

Родилась в г. Витебске первым ребенком в семье. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. С 6 лет пошла в школу. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические и психические заболевания отрицает. Черепно-мозговых травм не было. Операций не было. Отмечает аллергическую реакцию на лекарственные препараты: аспирин, тетрациклин, новокаин, диклонат. Наследственность не отягощена. Переливаний крови не было.

**STATUS PRAESENS**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное, осанка прямая , ходьба не быстрая не уверенная. Рост - 167см. Масса – 68 кг. Телосложение по нормостеническому типу, пропорциональное. Патологических изменений головы и лица нет. Температура тела 36,8. Кожные покровы естественной окраски, чистые, слегка влажные, эластичные. Тургор сохранен. Ногти обычной формы без трофических изменений. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, отеков нет. Толщина подкожно-жировой складки на животе - 2 см. Лимфатические узлы: Затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, над- и подключичные, подмышечные, паховые, подколенные лимфоузлы не пальпируются. Степень развития мышц хорошая, тонус мышц сохранен. Костная система развита пропорционально, суставы - не деформированы, при пальпации безболезненны, кожа над суставами не изменена. Пассивные и активные движения в полном объеме. Голова округлой формы. Прикус правильный, зубы ровные. Конфигурация позвоночника нормальная.

**Система органов дыхания.**

Нос прямой, дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Грудная клетка цилиндрической формы. В акте дыхания обе половины грудной клетки участвуют равномерно и одинаково. Тип дыхания смешанный. ЧД – 16раз/мин. Грудная клетка при пальпации безболезненна, эластична. Голосовое дрожание одинаково с обеих сторон. При сравнительной перкуссии слышен ясный легочный звук во всех участках грудной клетки.

Топографическая перкуссия:

Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Линии* | *правое легкое* | *левое легкое* |
| l. parasternalis | V межреберье | − |
| l. mediaclavicularis | нижний край  VI ребра | − |
| l. axilaris ventralis | нижний край  VII ребра | нижний край VII ребра |
| l. axilaris media | нижний край  VIII ребра | нижний край VIII ребра |
| l. axilaris dorsalis | нижний край  IX ребра | нижний край IX ребра |
| l. scapularis | нижний край  X ребра | нижний край  X ребра |
| l. paravertebralis | на уровне остистого отростка XI грудного позвонка | |

Верхняя граница легких:

Высота стояния верхушек легких спереди справа 3 см., слева – 4 см., сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа 3,5 см., слева – 4 см.

Активная подвижность нижних краев легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | правое легкое (см.) | левое легкое (см.) |
| l. mediaclavicularis | 4,5 |  |
| l. axilaris media | 8 | 7 |
| l. scapularis | 5 | 5 |

Аускультация легких

Везикулярное дыхание на симметричных участках не изменено. Бронхиальное дыхание не выслушивается.

Добавочные дыхательные шумы отсутствуют.

Бронхофония на симметричных участках грудной клетки определяется одинаково.

**Органы кровообращения.**

Осмотр области сердца и сосудов

Выпячивания грудной клетки в области сердца (сердечный горб) нет.

Сердечный толчок отсутствует.

Надчревной пульсации нет.

Пульсация сосудов шеи и других зон отсутствует.

Пальпация области сердца и сосудов

При пальпации: верхушечный толчок определяется в V межреберье на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, средней высоты, площадь около 1,5 см, резистентный. Сердечный горб, сердечный толчок, зоны гиперестезии, с-м ''кошачьего мурлыканья'' не определяются.

Пульс – одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота 82 ударов в мин, удовлетворительного наполнения, напряжения, артериальная стенка упругая. Дефицита пульса нет.

Пальпация пульса на сонных и бедренных артериях, a.tibialis post., a.dorzalis ped. ритмичный.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка

*Границы относительной тупости сердца:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| На 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье | На 0,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии в 5 межреберье | Верхний край 3 ребра слева на уровне окологрудинной линии |

Поперечник относительной тупости сердца: справа в 4 межреберье – 4 см, слева в 5 межреберье – 9,5 см, в целом 13,5 см

*Граница абсолютной тупости сердца:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| Левый край грудины на уровне IV межреберья | В V межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии | Нижний край 4 ребра слева по окологрудинной линии |

Границы сосудистого пучка:

Правая: 2-е межреберье, правый край грудины.

Левая: 2-е межреберье, левый край грудины.

Поперечник сосудистого пучка 5,5 см

Аускультация сердца и сосудов

Ритм сердца*:* ритмичный

Тоны сердца: приглушены

Изменения тонов нет

Наличие добавочных тонов отсутствует

Шумы сердца отсутствуют

Экстракардиальные шумы: шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум не выслушиваются

Аускультация крупных сосудов: при аускультации сонной и бедренной артерии, яремной вены шум отсутствует.

Измерение артериального давления

Правая рука:135/85 мм.рт.ст

Левая рука:140/85 мм.рт.ст

**Органы пищеварения.**

Аппетит не снижен. Полость рта розовой окраски, без повреждений, блестящая. Язык розовый, влажный. Десны, мягкое и твердое небо розового цвета, влажные, без налетов, трещин, язв. Живот округлой формы, не увеличен, участвует в акте дыхания. Перистальтики желудка и кишечника не видно, венозные коллатерали на передней брюшной стенке отсутствуют. При поверхностной пальпации живот безболезненный, мягкий, напряжения мышц передней брюшной стенки не отмечается; опухолей, грыж, расхождений прямых мышц живота нет. Глубокая пальпация безболезненна.

Перкуссия печени

Верхняя граница печени по l. parasternalis dextra – верхний край VI ребра, по l. medioclavicularis dextra – нижний край VI ребра, по l. axillaries ventralis –VII ребро.

Нижняя граница печени: по l. axillaries ventralis – по нижнему краю Х ребра, по l. medioclavicularis dextra – нижний край реберной дуги, по l. parasternalis dextra – на 1,5 см ниже реберной дуги, по l. medianus – на границе верхней и средней трети линии, соединяющей мечевидный отросток и пупок, по l. parasternalis sinister – по нижнему краю левой реберной дуги.

Размеры печени по Курлову: вертикальный по l. medioclavicularis dextra − 10 см; вертикальный по l. mediana − 8 см; косой - 7 см.

Пальпация печени

При пальпации нижний край печени не выступает из-под края реберной дуги, гладкий, плотно-эластичный, безболезненный.

Перкуссия селезенки

При перкуссии поперечник - 5 см., длинник - 8 см.

Пальпация селезенки

Не пальпируется

Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует.

Стул 1 раз в 2-3 дня.

**Органы мочеотделения.**

Припухлостей, красноты в области проекции почек нет. Мочеиспускание свободное, отмечает дискомфорт; цвет мочи соломенно-желтый, мутный. Симптом Пастернацкого слабоположительный с левой стороны. Отёков почечного происхождения не отмечается. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

**Эндокринная система.**

Экзофтальм отсутствует. Тремор не наблюдается. Тетании нет. Синдромы поражения гипофиза не наблюдаются. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягкая, безболезненная.

**Нервная система.**

Сознание ясное. Физическая, двигательная активность без изменений. Сон спокойный, нормальной длительности (9-10 часов). Чувствительность кожи, зрение, слух, вкус, обоняние и функции вестибулярного аппарата без нарушений. Патологические рефлексы отсутствуют. Менингеальные симптомы отсутствуют.

**План обследования.**

1. Общий анализ крови; Анализ крови на RW, HBs-Ag
2. Общий анализ мочи. Анализ мочи по Нечипоренко.
3. Проба по Зимницкому.
4. Проба Реберга
5. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумины, креатинин, мочевина, билирубин общий, глюкоза, АЛТ, АСТ, холестерин)
6. ЭКГ;
7. УЗИ почек

**Результаты дополнительных методов исследования.**

Общий анализ крови 29.08.2012 г.

Эритроциты 4,32 x1012 /л

Гемоглобин (Hb) 139 г/л

ЦП 0,95

Лейкоциты 7,8x109 /л

палочкоядерные 2%

сегментоядерные 60%

лимфоциты 41%

моноциты 5%

Скорость оседания эритроцитов 60 мм/ч

Заключение: Повышены лейкоциты и СОЭ, что указывает на наличие воспалительного процесса в организме.

Общий анализ мочи 29.08.2012 г.

Цвет светло-желтый

Относительная плотность 1005

Реакция (pH) кислая

Белок 0,124 г/л (0.072 г/л)

Эпителий плоский 10-12. в п.з. (в большом кол-ве)

Лейкоциты в огромном количестве. (в большом кол-ве)

Эритроциты 2-4 в п.з.

Соли не обн.

Бактерии +

Заключение: повышено содержание плоского эпителия, лейкоцитурия, обнаружены бактерии.

Биохимический анализ крови 01.09.2012 г.

АЛТ – 52 Е/л

АСТ – 38 Е/л

Альбумины – 35г/л

Общ. белок - 67г/л

Мочевина - 2,8 ммоль/л

Глюкоза- 6,6 ммоль/л

Креатинин 0,063 ммоль/л

Общий билирубин 17,8 ммоль/л

Прямой билирубин 3,2 ммоль/л

Холестерин – 5,7 ммоль/л

Заключение: без отклонений.

Проба по Зимницкому от 01.09.2012 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Количество | Плотность |
| 1 | 260 | 1020 |
| 2 |  | м\м |
| 3 | 200 | 1020 |
| 4 | 240 | 1030 |
| 5 | 130 | 1022 |
| 6 | 220 | 1018 |
| 7 | 160 | 1023 |
| 8 | 150 | 1015 |

Заключение:плотность мочи 1020, суточный диурез 1 360 мл

Проба Реберга от 02.09.2012 г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Вид исследования | Результат | Норма |
| 1 | Креатинин крови | 0,112 | 0,044-0,1 ммоль/л |
| 2 | Креатинин мочи | 5,6 | 4,4-17,6 ммоль/сут |
| 3 | V-мочи за 1 час |  | 30-60 мл |
| 4 | М-минутный диурез | 0,69 | 0,5-1,0 мл/мин |
| 5 | F-клубочковая фильтрация | 34,50 | 75-120мл/мин |
| 6 | R- реабсорбция | 98 | 97-99% |

Заключение: снижение F-клубочковой фильтрации, повышение уровня креатинина крови.

Анализ мочи по Нечипоренко 01.09.2012 г.

Лейкоциты 22,5х10^6/л.

Эритроциты 0,75х10^6/л.

Заключение: лейкоцитурия.

Ультразвуковое исследование почек от 02.09.2012 г.

Заключение: Диффузные изменения левой почки по типу склероза. УГН слева. Очаговые изменения паренхимы правой почки неясного происхождения.

ЭКГ от 03.09.2012 г.

Заключение: Ритм синусовый. 95 ударов в минуту, горизонтальная ЭОС. Предсердные экстрасистолы по типу коротких пароксизмов. Признаки гипертрофии левого желудочка.

**Дифференцильный диагноз.**

Наиболее часто устанавливают отличие хронического пиелонефрита от

хронического гломерулонефрита, амилоидоза почек, нефросклероза.

|Критерии |Хронический |Хронический |Атеросклерот|Амилоидоз |

| |пиелонефрит |гломерулонефрит|ический |почек |

| | | |нефросклероз| |

|Патология |Встречаются |Отсутствует |Отсутствует |Встречаются |

|мочевыводящих |часто | | |редко |

|путей | | | | |

|Дизурические |Встречаются |Встречаются |Отсутствует |Отсутствует |

|явления |часто |редко | | |

|Гипертензия |Встречаются |Характерна |Отмечается |Иногда в |

| |нечасто | |всегда |поздних |

| | | | |стадиях |

|Отеки |Нехарактерны, |Часто |Встречаются |Характерны |

| |встречаются в |встречаются |в поздних |постоянны |

| |поздних | |стадиях | |

| |стадиях | | | |

|Лихорадка, |Характерны |Не встречаются |Не |Не встречаются|

|лейкоцитоз | | |встречаются | |

|Анемия |Часто |В поздних |В поздних |В поздних |

| |встречаются |стадиях |стадиях |стадиях |

|Белок в моче |Небольшие |Небольшие |Небольшие |В больших |

| |количества |количества |количества |количествах |

|Цилиндры в |Отсутствуют |Гиалиновые |Отсутствуют |Восковидные |

|моче |или их не |встречаются в |или |жировые, много|

| |много |небольших |единичные | |

| | |количествах |гиалиновые | |

|Лейкоциты в |Преобладают |Небольшое |В пределах |В части |

|моче |над |количество |нормы |случаев много |

| |эритроцитами | | | |

|Эритроциты в |Количество |Постаянная |Постаянная |Не свойственны|

|моче |увеличено |микрогематурия |микрогематур| |

| |незначительно | |ия | |

|Бактериурия |Значительна |Нехарактерна |Нехарактерна|Нехарактерна |

|Нарушение |Только в |Характерно |Характерно |Только в |

|фильтрационной|поздних | | |поздних |

|функции почек |стадиях | | |стадиях |

|Реабсорбция |Снижена |В поздних |Снижена |Сниженна |

| | |стадиях снижена|умеренно | |

|Азотемия |Развивается |Может |Развивается,|Развивается |

| |медленно в |развиваться |рано |медленно в |

| |поздних |рано, быстро |прогрессируе|поздних |

| |стадиях |прогрессирует |т |стадиях |

|Пиелография |Выявляет |Не выявляет |Не выявляет |Не выявляет |

| |изменения |изменений |изменений |изменений |

| |чашечек, | | | |

| |лоханок | | | |

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**Обоснование диагноза:**

На основании *жалоб:* Больная предъявляет жалобы на сильные боли в области поясницы слева. Повышение температуры до 38,5 С, слабость, затруднение при мочеиспускании.

На основании *данных истории болезни*: С 2007 года считает себя больной, когда впервые появился острый пиелонефрит, причина-частые простудные заболевания. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. Около недели назад отмечает повышение температуры до 38,5 С, боли в пояснице слева и затруднение при мочеиспускании. Лечилась 5 дней антибиотиками, улучшения не наблюдалось. Обратилась в поликлинику и после обследования направлена на лечение в нефрологическое отделение ВОКБ.

На основании *объективных данных:* симптом поколачивания положительный слева.

На основании *инструментально-лабораторного обследования*:

Анализ мочи общий: протеинурия, лейкоцитурия;

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоцитурия;

Проба Реберга: снижение F-клубочковой фильтрации, повышение уровня креатинина крови;

Ультразвуковое исследование почек:Диффузные изменения левой почки по типу склероза. УГН слева. Очаговые изменения паренхимы правой почки неясного происхождения.

ЭКГ:Ритм синусовый. 95 ударов в минуту, горизонтальная ЭОС. Предсердные экстрасистолы по типу коротких пароксизмов. Признаки гипертрофии левого желудочка.

На основании проведенной *дифференциальной диагностики* можно поставить

Основной диагноз: Хронический пиелонефрит слева в фазе обострения. УГН слева. Очаговые изменения паренхимы правой почки неясного происхождения.

Сопутствующее заб-ние: АГ 2 степени, риск 3.

**Лечение и его обоснование.**

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.

Cefotaxim 2.0\* 2 раза в день лекарственное средство, полусинтетический антибиотик группы цефалоспоринов III поколения, широкого спектра действия, для парентерального введения.

Препарат эффективен в отношении многих граммположительных и обладает высокой активностью к граммотрицательным бактериям. Влияет бактерицидно на штаммы бактерий, стойких к пенициллину, аминогликозидам, сульфаниламидам.

3. Analgini 50%-2.0

Анальгин оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее действие.

4. Sol. Cyprofloxacini 400 mg в/в капельно 2 раза в сутки

+

Sol. Ringeri 400 мл в/в капельно

Ципрофлоксацин - лекарственное средство, антибактериальный препарат из группы фторхинолонов I поколения.

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. 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.

7. Фитотерапия (толокнянка, зверобой, шалфей, ромашка, шиповник,

почечный чай)

В большом количестве оказывают бактериостатическое, бактерицидное и

мочегонное действие.

Принимать 1 раз в день. 7 – 10 дней, регулярно, ежемесячно.

8. Физиолечение (после обострения)

Магнитотерапия, лазеротерапия, ЛФК.

Рекомендовано санаторно – курортное лечение: Трускавецк, Железноводск.

Прогноз благоприятный для жизни.

**Дневники наблюдения.**

10.09.12

Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Т – 36,7 ºС, АД – 135/75 мм.рт.ст., пульс 82 уд/минуту, ритмичный. Симптом Пастернацкого слабо положительный слева, справа отрицательный. Дизурических явлений нет. Моча прозрачная.

11.09.12

Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Т – 36,5 ºС, АД – 128/78 мм.рт.ст., пульс 92 уд/минуту, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

13.09.12

Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Т – 36,8 ºС, АД – 140/85 мм.рт.ст., пульс 83 уд/минуту, ритмичный. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Эпикриз.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,1946 г. рождения, поступила с жалобами на сильные боли в области поясницы слева. Повышение температуры до 38,5 С, слабость, затруднение при мочеиспускании. С 2007 года считает себя больной, когда впервые появился острый пиелонефрит, причина-частые простудные заболевания. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. Около недели назад отмечает повышение температуры до 38,5 С, боли в пояснице слева и затруднение при мочеиспускании. Лечилась 5 дней антибиотиками, улучшения не наблюдалось. Обратилась в поликлинику и после обследования направлена на лечение в нефрологическое отделение ВОКБ. *Объективные данные:* симптом поколачивания положительный слева.

На основании *инструментально-лабораторного обследования*:

Анализ мочи общий: протеинурия, лейкоцитурия;

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоцитурия;

Проба Реберга: снижение F-клубочковой фильтрации, повышение уровня креатинина крови;

Ультразвуковое исследование почек:Диффузные изменения левой почки по типу склероза. УГН слева. Очаговые изменения паренхимы правой почки неясного происхождения.

ЭКГ: Ритм синусовый. 95 ударов в минуту, горизонтальная ЭОС. Предсердные экстрасистолы по типу коротких пароксизмов. Признаки гипертрофии левого желудочка.

На основании проведенной *дифференциальной диагностики* можно поставить

Основной диагноз: Хронический пиелонефрит слева в фазе обострения. УГН слева. Очаговые изменения паренхимы правой почки неясного происхождения.

Сопутствующее заб-ние: АГ 2 степени, риск 3.

Назначено лечение:

Cefotaxim 2.0\* 2 раза в день

Analgini 50%-2.0

Sol. Cyprofloxacini 400 mg в/в капельно 2 раза в сутки

+

Sol. Ringeri 400 мл в/в капельно

Rp: Tab. Furazolidoni 0,05 N 20

D.S. По 2 таб. 4 раза в сутки.

Витамины С, В1, В12, фитотерапия.