1. **Паспортная часть**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 01.08.1924 г р. (90 лет)

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Инвалидность: 3 группы, участник ВОВ

Кем направлена: СМП

Дата поступления: 07.09.2013, 21:00

Отделение: Нефрологии, п.107

Диагноз направившей организации: Хронический пиелонефрит обострение, ХПН 2 степени, СД 2 тип; АГ 3 ст, риск 4

Диагноз при поступлении: Хронический пиелонефрит обострение, ХПН компенсированна АГ 3 ст., риск 4; СД 2 тип

Дата выписки: 20.09.13г

##### Жалобы пациента:

При поступлении: Жалобы на плохое самочувствие, повышение температуры тела до 38,2, слабость, повышение АД до 250/130 мм рт. ст., боли в костях, спине, пояснице.

На время курации: на боль и тяжесть в ногах, и в боку, в остальном жалоб не предъявляет, самочувствие нормальное.

1. **Anamnesis morbi.**

Считает себя больной с 1978 года, когда впервые появился двусторонний острый пиелонефрит, причина- частые простудные заболевания. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. В последующем неоднократно лечилась стационарно по поводу данного заболевания (4 раза). Последний раз с 7.09.13 г по 20.09.13 г.

Со слов пациентки: 26 августа 2013г сильно болели ноги, обратилась за помощь в диагностический центр, где было проведено необходимое обследование данной пациентки и выставлен диагноз по поводу склерозирования сосудов нижних конечностей, а также сосудов правой и левой почек, после чего была направлена в ВОКБ на стационарное лечение, где находилась с 26 августа по 5 сентября. Проводилось необходимое лечение, после чего пациентке стало лучше, состояние нормолзовалось, выписана из ВОКБ 5.09.13г. 7 сентября этого года состояние пациентки ухудшилось, резко поднялась температура тела до 38,2, слабость, повышение АД до 250/130 мм рт. ст., боли в костях. Сестрой была вызвана скорая медицинская помощь, которая доставила пациентку в ВОКБ. На плановом обследовании по анализу мочи было выявлено повышение уровня мочевины до 11-12 ммоль/л. При контрольном обследовании – 19 ммоль/л. Имееться симптоматическая артериальная гипертензия, которая поддается медикаментозной терапии, сахарный диабет 2 типа. Была направлена на стационарное лечение в нефрологическое отделение.

###### Anamnesis vitae

**Краткие биографические данные:** Родилась в 1924 г доношенной, в семье была не единственным ребенком, есть младшая сестра. Росла и развивалась нормально. С 19 лет учавствовала в ВОВ. Самостоятельно начала работать после окончания ВОВ. Не замужем, детей нет.

**Бытовой анамнез:** Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетво-рительные. Питание: регулярное, сбалансированное, без особенностей.

**Вредные привычки:** нет

**Трудовой анамнез:** пенсионерка, инвалид 2 группы**.**

**Перенесенные заболевания:** Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, во время ВОВ перенесла малярию, прикорневое воспаление лёгхих с двух сторон. Венерические заболевания отрицает, туберкулёзом не болела. На данный момент страдает сахарным диабетом 2 типа, симптоматическая артериальная гипертензия.

**Наследственный анамнез** без особенностей. **Аллергологический анамнез** не отягащён

**Опреации:** по поводу удаления гемороидальных узлов, апендэктомия. Трансфузий крови не было

**Гинекологических заболеваний** нет.

###### Объективное исследование

Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Нормостеник. Осанка сутулая. Рост 156 см, вес 89 кг. Кожные покровы бледные, влажность и тургор снижены в связи с возрастными изменениями, пигментации нет, периферических отеков нет, состояние ожирение 2 степени. Периферические лимфатические узлы (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые) не пальпируются. Мышечная система развита удовлетворительно, болезненности в мышцах нет, тонус мышц сохранён. Суставы не деформированы, правильной конфигурации, температура кожи над суставами не повышена; флюктуация и хруст при движениях не определяются, болезненны, активные и пассивные движения в суставах не в полном объеме. Оволосение по женскому типу. Ногти чистые. Склеры белые. Щитовидная железа не увеличена. При пальпации левая и правая доли железы безболезненны, без уплотнений.

Осмотр головы, лица, шеи.

**Голова:** овальной формы. Положение прямое, подвижность свободная. Наличие непроизвольных движений головы в виде тремора, покачивания отсутствует.

**Лицо:** выражение спокойное, кожа лица бледно-розовая.

**Глаза:** глазная щель правильной формы. Косоглазия, экзофтальма, западения глазного яблока, дрожания, блеска нет.

**Нос:** форма правильная, деформация отсутствует. Движения крыльев носа при дыхании нет.

**Зев** розового цвета. Гнойные пробки, налеты, изъязвления, кровоизлияния, сыпь отсутствуют.

**Система органов дыхания**

**Статический осмотр грудной клетки**

Форма грудной клетки нормальная. Надчревный угол равен 90 градусов. Ребра направляются несколько косо вниз. Межреберные промежутки выражены слабо. Надключичные ямки выражены умеренно, подключичные только намечаются. Лопатки прилегают к задней поверхности грудной клетки. Асимметрические выпячивания или западения грудной клетки отсутствуют.

**Динамический осмотр грудной клетки**

Обе половины грудной клетки равномерно учатсвуют в акте дыхания, тип дыхания смешанный , ритм правильный. Дыхание средней глубины с частотой 17 раз в минуту, одышка отсутствует. Экскурсия грудной клетки 5 см.

**Пальпация грудной клетки**

Грудная клетка эластичная. Болезненность при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника отсутствует.

Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

**Перкуссия грудной клетки**

**Сравнительная перкуссия:** на симметричных участках звук ясный легочной.

**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.

**Аускультация легких**

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

**Добавочные дыхательные шумы** отсутствуют.

Система органов 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

**Измерение артериального давления**

Правая рука: 170/80 мм.рт.ст. Левая рука: 180/85 мм.рт.ст

**Система органов пищеварения**

**Общий осмотр**

**Слизистая оболочка ротовой полости:** бледно-розового цвета, пигментации, кровоизлияния, изъязвления отсутствуют.

**Десны:** бледно-розовые, разрыхленности, кровоточивости нет.

**Зубы:** правильной формы, кариозные.

**Язык:** бледно-розовый, влажный, обложен белым налетом. Трещин, изъязвлений, отпечатков зубов, прикусов, увеличения нет. Девиации языка в сторону при высовывании нет.

**Поверхностная ориентировочная пальпация:**

Болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки (диффузное, локальное), опухолевидные образования и грыжи отсутствуют. Зон гиперестезии нет.

Свободная жидкость в брюшной полости отсутствует.

Стул ежедневный, послабляющий, 1-2 день.

**Мочеполовая система**

**Мочеиспускание** свободное, безболезненное. Диурез снижен.

**Осмотр поясничной области**

Выпячиваний поясничной области нет. Покраснение и отечность кожи отсутствует.

**Перкуссия почек**

Симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.

**VI. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

***На основании основных жалоб:*** Жалобы на плохое самочувствие, повышение температуры тела до 38,2, слабость, повышение АД до 250/130 мм рт. ст., боли в костях, спине, пояснице.

***Анамнеза заболевания:*** Считает себя больной с 1978 года, когда впервые появился двусторонний острый пиелонефрит, причина- частые простудные заболевания. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. В последующем неоднократно лечилась стационарно по поводу данного заболевания (4 раза). Последний раз с 7.09.13 г по 20.09.13 г. Со слов пациентки: 26 августа 2013г сильно болели ноги, обратилась за помощь в диагностический центр, где было проведено необходимое обследование данной пациентки и выставлен диагноз по поводу склерозирования сосудов нижних конечностей, а также сосудов правой и левой почек, после чего была направлена в ВОКБ на стационарное лечение, где находилась с 26 августа по 5 сентября. Проводилось необходимое лечение, после чего пациентке стало лучше, состояние нормолзовалось, выписана из ВОКБ 5.09.13г. 7 сентября этого года состояние пациентки ухудшилось, резко поднялась температура тела до 38,2, слабость, повышение АД до 250/130 мм рт. ст., боли в костях. Сестрой была вызвана скорая медицинская помощь, которая доставила пациентку в ВОКБ. На плановом обследовании по анализу мочи было выявлено повышение уровня мочевины до 11-12 ммоль/л. При контрольном обследовании – 19 ммоль/л. Имееться симптоматическая артериальная гипертензия, которая поддается медикаментозной терапии, сахарный диабет 2 типа. Была направлена на стационарное лечение в нефрологическое отделение.

***Данных объективного исследования:***Симптом поколачивания слабоположительный справа и слева;

**Больной можно выставить следующий предварительный диагноз: Хронический пиелонефрит, стадия обострения.**

**VII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

Исходя из предполагаемого диагноза необходимо провести следующие лабораторные и инструментальные исследования:

1. Общий анализ крови;Анализ крови на RW, HBs-Ag
2. Общий анализ мочи. Анализ мочи по Нечипоренко.
3. Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.
4. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумины, креатинин, мочевина, билирубин общий, глюкоза, АЛТ, АСТ, холестерин)
5. ЭКГ;
6. УЗИ почек

**VIII. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

1. **Общий анализ крови от 07.09.13г**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | Результаты | Норма | Ед. измерения |
| Гемоглобин | 132 | 120-160 | Г/л |
| Эритроциты | 4.4 | 3.7-4.7 | 10 /л |
| Цвет. Показатель | 0.88 | 0,85-1,1 |  |
| СОЭ | 37 | 2-15 | Мм/ч |
| Лейкоциты | 8.1 | 4,0-9.0 | 10 /л |
| Палочкоядерные | 2 | 1-6 | % |
| Сегментоядерные | 72 | 47-72 | % |
| Лимфоциты | 20 | 19-37 | % |
| Моноциты | 5 | 3-11 | % |
| Эозинофилы | 1 | 0,5-5 | % |

**Заключение: *увеличени СОЭ***

Анализ крови на RW от 7.09.13г

***Отрицательна***

Анализ крови на HBs-Ag от 7.09.13г

***Отрицательна***

1. **Анализ мочи общий от 07.09.13г**

|  |  |
| --- | --- |
| **Показатели** | **Результаты** |
| Цвет | Соломенно-желтая |
| Прозрачность | Неполная |
| Относительная плотность | 1007 |
| Реакция | кислая |
| Белок | 0,470 г/л |
| Глюкоза | **-** |
| Эпителиальные клетки | Много |
| Лейкоциты | 5-10 в п/зр. |
| Эритроциты | 1-2 в п/зр. |

**Заключение:** лейкоцитурия

**Анализ мочи по Нечипоренко от 09.09.13г**

* Лейкоциты 2.0 (2,0-4,0)
* Цилиндры 0,5 (0,25)
* Эритроциты в незначительном количестве

**Заключение:** норма

1. **Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам:**

**Выделены организмы:** E.Coli, бактерийурия

Чувствительность организмов к **цефазолину, цефатоксиму, амикацину, офлоксацину, ципрофлоксацину, фуродонину, цефтриаксону**

1. **Биохимический анализ крови от 09.09.13г**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | Результат | Норма | Ед. измерения |
| Общий белок | 60 | 65-85 | г/л |
| Альбумин | 45 | 35-50 | г/л |
| Креатинин | 0,244 | 0,044-0,1 | Ммоль/л |
| Билирубин общий | 9,6 | 8,5-20,5 | Мкмоль/л |
| Билирубин прямой | 1,8 | 2,1-5,1 | Мкмоль/л |
| АСТ | 35 | 5-40 | Е/л |
| АЛТ | 34 | 8-56 | Е/л |
| глюкоза | 8,0 | 3,7-6,1 | Ммоль/л |
| мочевина | 22,9 | 2,61-8,35 | Ммоль/л |
| холестерин | 3,1 | 2,99-5,3 | Ммоль/л |

**Заключение:** Гипопротеинемия, увеличение креатинина, значительное увеличение глюкозы и мочевины в крови.

1. **Электрокардиография от 25.09.2012 г.**

**Заключение**: Ритм синусовый. Горизонтальное положение ЭОС. ЧСС - 97 в минуту. Признаки гипертрофии левого желудочка.

1. **УЗИ почек:**

Почки с нечёткими контурами, чашечно-лоханочная система незначительно расширена. Толщина паренхимы 1,8 см. Подвижность почки в пределах нормы. Имеется атеросклероз сосудов почек.

**IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальную диагностику необходимо провести с

1. Аппендицит

Необходимость в дифференцировании острого пиелонефрита и острого аппендицита возникает при тазовом расположении червеобразного отростка, так как в этих случаях отмечается учащение мочеиспускания - поллакиурия. Однако постепенно нарастающие боли в пахово-подвздошной области и симптомы раздражения брюшины свидетельствуют о наличии острого аппендицита. Кроме того, при пальпации через прямую кишку определяется резкая болезненность. При ретроцекальном расположении червеобразного отростка симптомы раздражения брюшины обычно отсутствуют, но при этом характер болей и локализация их специфичны для аппендицита. При остром аппендиците в отличие от острого пиелонефрита боли обычно возникают в эпигастральной области, сопровождаются тошнотой и рвотой, а затем локализуются в правой подвздошной области. Температура тела при остром аппендиците повышается постепенно и стойко держится на высоких цифрах, а при остром пиелонефрите внезапно повышается до 38,5 - 39 °С, сопровождаясь ознобом и проливным потом и резко снижаясь по утрам до субнормальных цифр.

1. Острый холецистит

При дифференциальной диагностике острого пиелонефрита и острого холецистита следует учитывать, что для последнего характерны боли в правом подреберье с иррадиацией в лопатку и плечо, симптомы раздражения брюшины, горечь во рту.

1. Амилоидоз почек

Амилоидоз почек в начальной стадии, проявляющийся лишь незначительной протеинурией и весьма скудным мочевым осадком, может симулировать латентную форму хронического пиелонефрита. Однако в отличие от пиелонефрита при амилоидозе отсутствует лейкоцитурия, не обнаруживаются активные лейкоциты и бактериурия, сохраняется на нормальном уровне концентрационная функция почек, нет рентгенологических признаков пиелонефрита (почки одинаковы, нормальных размеров либо несколько увеличены). Кроме того, для вторичного амилоидоза характерно наличие длительно текущих хронических заболеваний, чаще гнойно- воспалительных.

4. Диабетический гломерулосклероз.

Диабетический гломерулосклероз развивается у больных с сахарным диабетом, особенно при тяжелом его течении и большой длительности заболевания. При этом имеются и другие признаки диабетической ангиопатии (изменения со стороны сосудов сетчатки, нижних конечностей, полиневрит и др.). Отсутствуют дизурические явления, лейкоцитурия, бактериурия и рентгенологические признаки пиелонефрита.

**X. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

**Обоснование диагноза:**

***На основании основных жалоб:*** Жалобы на плохое самочувствие, повышение температуры тела до 38,2, слабость, повышение АД до 250/130 мм рт. ст., боли в костях, спине, пояснице.

***Анамнеза заболевания:*** Считает себя больной с 1978 года, когда впервые появился двусторонний острый пиелонефрит, причина- частые простудные заболевания. Было проведено лечение и в последующие 2 года после наблюдения в поликлинике был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит. В последующем неоднократно лечилась стационарно по поводу данного заболевания (4 раза). Последний раз с 7.09.13 г по 20.09.13 г. Со слов пациентки: 26 августа 2013г сильно болели ноги, обратилась за помощь в диагностический центр, где было проведено необходимое обследование данной пациентки и выставлен диагноз по поводу склерозирования сосудов нижних конечностей, а также сосудов правой и левой почек, после чего была направлена в ВОКБ на стационарное лечение, где находилась с 26 августа по 5 сентября. Проводилось необходимое лечение, после чего пациентке стало лучше, состояние нормолзовалось, выписана из ВОКБ 5.09.13г. 7 сентября этого года состояние пациентки ухудшилось, резко поднялась температура тела до 38,2, слабость, повышение АД до 250/130 мм рт. ст., боли в костях. Сестрой была вызвана скорая медицинская помощь, которая доставила пациентку в ВОКБ. На плановом обследовании по анализу мочи было выявлено повышение уровня мочевины до 11-12 ммоль/л. При контрольном обследовании – 19 ммоль/л. Имееться симптоматическая артериальная гипертензия, которая поддается медикаментозной терапии, сахарный диабет 2 типа. Была направлена на стационарное лечение в нефрологическое отделение.

***Данных объективного исследования:***Симптом поколачивания слабоположительный справа и слева;

***На основании инструментально-лабораторного обследования:***

* **Общий анализ крови от 07.09.13г Заключение: *увеличени СОЭ***
* **Анализ мочи общий от 07.09.13г Заключение:** лейкоцитурия
* **Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам:**

**Выделены организмы:** E.Coli, бактерийурия

Чувствительность организмов к **цефазолину, цефатоксиму, амикацину, офлоксацину, ципрофлоксацину, фуродонину, цефтриаксону**

* **Биохимический анализ крови от 09.09.13г Заключение:** Гипопротеинемия, увеличение креатинина, значительное увеличение глюкозы и мочевины в крови.
* **УЗИ почек:** Почки с нечёткими контурами, чашечно-лоханочная система незначительно расширена. Толщина паренхимы 1,8 см. Подвижность почки в пределах нормы. Имеется атеросклероз сосудов почек.

На основании проведенной *дифференциальной диагностики* можно поставить

а) основной диагноз хронический пиелонефрит в стадии обострения.

б) осложнения: симптоматическая артериальная гипертензия 3 ст, риск 4.

в) сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа.

**ХI. ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

1. Диета: ограничить острые, пряные, жареные, копченые продукты,

приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной

пищи.

2. Антибактериальная терапия.

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.

Sol. Analgini 5%-2ml + Sol. Dimedroli 1%-1ml при повышении температуры более 38

Rp: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

D.t.d. N 5 in amp.

S. в/м 2 мл.

3. Витаминотерапия.

Вит.: С, В1, В12. Настойка элеутерококка.

Витамин С – регулирует ОВ процессы, углеводный обмен, свертываемость крови, регенерацию тканей, участвует в синтезе коллагена.

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.

4. Физиолечение (после обострения)

Магнитотерапия, лазеротерапия, ЛФК.

5. Антигипертензивная терапия

Rp: Tab. Еnаlаpril 0,01 № 30

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Rp: Tab. Indapamidi 0.0015 №30

D.S. по 1 таблетке 1 раз в день.

6. Профилактика сахарного диабета

Tab. Diabetoni 0,8 № 30

D.S.  по 2 табл. в сутки (по 1 табл. утром и вечером, во время еды)

Метформин 500 мг 3 раза в день

**XII. ПРОФИЛАКТИКА**

Имеющему хронический пиелонефрит необходимо 1 раз в 3-4 месяца посещать врача, сдавая анализы и выполнять все предписания. Тогда и только тогда можно предотвратить переход острого пиелонефрита в хронический, который распознаётся чаще при симптомах нарастания почечной недостаточности, повышении артериального давления, появлении отёков, значительном ухудшении самочувствия и потере трудоспособности.

Хронический пиелонефрит протекает волнообразно: у одних больных обострение характеризуется появлением болей в области поясницы и внизу живота, частым болезненным мочевыделением, у других больных жалоб нет, и только анализ мочи может указать на обострение болезни.

**XIII. ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

18.09.13г Состояние относительно удовлетворительное. Жалобы на боль и тяжесть в ногах. Т – 37,3 ºС, АД – 150/90 мм.рт.ст., пульс 82 уд/минуту, ритмичный. Симптом поколачивания отрицательный. Дизурия. Моча прозрачная. Лечение переносит нормально.

19.09.13г Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Т – 36,5 ºС, АД – 140/80 мм.рт.ст., пульс 72 уд/минуту, ритмичный. Живот мягкий. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

20.09.13г Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Т – 36,8 ºС, АД – 140/80 мм.рт.ст., пульс 76 уд/минуту, ритмичный. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**XVI. ЭПИКРИЗ**

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1924 года рождения поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 07.09.2013, 21:00 с жалобами на плохое самочувствие, повышение температуры тела до 38,2, слабость, повышение АД до 250/130 мм рт. ст., боли в костях, спине, пояснице.

Со слов пациентки: 26 августа 2013г сильно болели ноги, обратилась за помощь в диагностический центр, где было проведено необходимое обследование данной пациентки и выставлен диагноз по поводу склерозирования сосудов нижних конечностей, а также сосудов правой и левой почек, после чего была направлена в ВОКБ на стационарное лечение, где находилась с 26 августа по 5 сентября. Проводилось необходимое лечение, после чего пациентке стало лучше, состояние нормолзовалось, выписана из ВОКБ 5.09.13г. 7 сентября этого года состояние пациентки ухудшилось, резко поднялась температура тела до 38,2, слабость, повышение АД до 250/130 мм рт. ст., боли в костях. Сестрой была вызвана скорая медицинская помощь, которая доставила пациентку в ВОКБ. На плановом обследовании по анализу мочи было выявлено повышение уровня мочевины до 11-12 ммоль/л. При контрольном обследовании – 19 ммоль/л. Имееться симптоматическая артериальная гипертензия, которая поддается медикаментозной терапии, сахарный диабет 2 типа. Была направлена на стационарное лечение в нефрологическое отделение.

***Данные объективного исследования:***Симптом поколачивания слабоположительный справа и слева;

***На основании инструментально-лабораторного обследования:***

* **Общий анализ крови от 07.09.13г Заключение: *увеличени СОЭ***
* **Анализ мочи общий от 07.09.13г Заключение:** лейкоцитурия
* **Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам:**

**Выделены организмы:** E.Coli, бактерийурия

Чувствительность организмов к **цефазолину, цефатоксиму, амикацину, офлоксацину, ципрофлоксацину, фуродонину, цефтриаксону**

* **Биохимический анализ крови от 09.09.13г Заключение:** Гипопротеинемия, увеличение креатинина, значительное увеличение глюкозы и мочевины в крови.
* **УЗИ почек:** Почки с нечёткими контурами, чашечно-лоханочная система незначительно расширена. Толщина паренхимы 1,8 см. Подвижность почки в пределах нормы. Имеется атеросклероз сосудов почек.

На основании проведенной *дифференциальной диагностики* можно поставить

а) основной диагноз хронический пиелонефрит в стадии обострения.

б) осложнения: симптоматическая артериальная гипертензия 3 ст, риск 4.

в) сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа.

Были назначены препараты:

Sol. Cyprofloxacini 400 mg в/в капельно 2 раза в сутки + Sol. Ringeri 400 мл в/в капельно

Витаминотерапия.

Антигипертензивная терапия

Rp: Tab. Еnаlаpril 0,01 № 30

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Rp: Tab. Indapamidi 0.0015 №30

D.S. по 1 таблетке 1 раз в день.

Профилактика сахарного диабета

Tab. Diabetoni 0,8 № 30

D.S.  по 2 табл. в сутки (по 1 табл. утром и вечером, во время еды)

Метформин 500 мг 3 раза в день

Лечение прошло успешно, пациентка поправилась, состояние нормолизовалось

Была выписана 20.09.13г