ФИО

Год рождения: 51 год

Место работы: Магазин

Профессия:

Диагноз направившего учреждения: Камень интрамурального отдела левого мочеточника

Клинический диагноз: Камень интрамурального отдела левого мочеточника. Хронический цистит.

Жалобы больного

Больная жалуется на тупую боль в левой поясничной области, иррадиирующую в левую подвздошную область, на боль в начале мочеиспускания, на повышение температуры до 38.2º

Анамнез заболевания.

Считает себя больной с мая 1998 г., когда впервые возник приступ острой боли в левой поясничной области - почечная колика, без озноба и без повышения температуры, купирующаяся приёмом спазмоанальгетиков. В результате, отошёл конкремент 0.5 см. С 1999г. больная предъявляет жалобы на тупую боль в левой поясничной области, иррадиирующую в левую подвздошную область, на боль в начале мочеиспускания.

С 24.10.00 по 13.11.00 ; с 24.03.01 по 14.04 01 и с 19.06. 01 по 25.06. 01 больная находилась на лечение в урологической клинике ММИ с диагнозом: нефролитиаз. Камни нижней трети мочеточника, удвоение левой почки. Хронический цистит. Состояние после лучевой терапии по поводу рака шейки матки.

Цистоскопия показала – в области левого устья, распространяясь от шейки пузыря до середины межмочеточниковой складки, определяется буллезный отёк слизистой, за которой открывается устье мочеточника. В области дна определяется мелковорсинчатое образование 0.5 см. с выраженной гиперемией в подслизистой.

Биопсия – хронический цистит.

Для создания адекватного оттока мочи из верхних мочевых путей слева планировалось установка нефростомического дренажа в левую почку, от которого воздержались вследствие закрытия клиники на ремонт.

На данном этапе больная госпитализирована на дообслендование и лечение.

Анамнез жизни.

Больная родилась в срок. Росла и развивалась соответственно своему возрасту. Перенесла детские инфекции. В 1958 г. произведена аппендектомия.

Туберкулёз, вирусный гепатит, венерические заболевания, сахарный диабет больная отрицает. В 1996 году был обнаружен рак шейки матки, по поводу чего была проведена лучевая терапия. 22.09. 2000 года – при осмотре в онкодиспансере г. Балашиха данные за опухоль не выявлены.

Аллергических реакций не отмечает.

Status praesens

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, температура нормальная. Телосложение нормостеническое. Цвет кожи нормальный, эластичность несколько снижена. В подвздошной области справа имеется послеоперационный рубец (аппендэктомия) длиной 5 см, без признаков воспаления. Сыпи и пигментации нет. Влажность кожи нормальная. Тип оволосенения женский. Околоушные, подчелюстные, шейные, ярёмные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы умеренное, болезненность при пальпации и движении отсутствует.

В области стоп и голени обеих нижних конечностей имеется варикозное расширение вен. Отеков нет.

Конфигурация суставов нормальная, движение в пораженных суставах нормальное.

При пальпации и поколачивании безболезненные.

Осмотр по системам

Органы дыхания.

Дыхание через нос свободное. Частота дыханий 16 в минуту. Грудная клетка конической формы. При дыхании движение обеих половин грудной клетки симметричны. Тип дыхания грудной. Пальпация безболезненна

Перкуссионная и аускальтативная картина в пределах нормы.

Сердечно-сосудистая система.

Изменений при осмотре области сердца нет. Изменений при осмотре крупных сосудов нет. Верхушечный толчок пальпаторно определяется в 5 межреберье по передней подмышечной линии.

Тоны сердца звучные, ритмичны, шумов нет. Частота сердечных сокращений 66 ударов в минуту. Пульс 66 уд. в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пульс на периферических артериях сохранен.

Артериальное давление 130/90 мм.рт.ст.

Пищеварительная система.

Аппетит хороший Цвет слизистых оболочек внутренних поверхностей губ, щёк, мягкого и твёрдого неба светло-розовый. Живот округлой формы, симметричный, не увеличен, видимая перистальтика отсутствует, участвует в акте дыхания, расширение вен передней брюшной стенки отсутствует. Асцита нет. Есть послеоперационный рубец в правой подвздошной области после аппендэктомии длиной 5 см без признаков воспаления.

При перкуссии живота выявлен тимпанит. Свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не определяется.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

При пальпации печени край печени плотный, безболезненный, пальпируется на уровне края рёберной дуги.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность в точке проекции желчного пузыря отсутствует.

Селезёнка не пальпируется.

Нервная система.

Сознание ясное, ориентируется во времени и пространстве. Нарушений со стороны двигательной системы нет. Очаговых и менингиальных симптомов нет. Зрачки симметричны, их реакция на свет живая, содружественная. Глазодвигательных нарушений нет. Носогубная складка симметрична.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования.

Проба Зимницкого

Количество плотность

1. 3.00-6.00 50 1012

2. 6.00-9.00 300 1011

3. 9.00-12.00 100 1010

4. 12.00-15.00 200 1008

5. 15.00- 18.00 200 1007

6. 18.00-21.00 300 1005

7. 21.00- 00.00 50 1010

8. 00.00-3.00 50 1011

**УЗИ**

Правая почка с ровными контурами, размером 11.5 на 5.5 см. Чашечно-лоханочная система не делятирована. Паренхима однородная. Толщина паренхимы 1.8 см. Подвижность почки в пределах нормы.

Левая почка с нечёткими границами, за счёт удвоения. Имеет перегородку между верхней и нижней половиной. Толщина паренхимы 1.1 см. лоханки нижних половин удвоенной почки 3.5 см. Лоханки верхних половин удвоенной почки 0.6 см. Чашечки до 1.5 смдилятированы. Подвижность почки в пределах нормы.

Расширение верхней трети мочеточника.

Мочевой пузырь с чёткими, ровными контурами, в интрамуральном отделе левого мочеточника визуализируется гиперэхогенное образование до 1.2 см с четкой акустической дорожкой.

**Экскреторная урография.**

На обзорном снимке органов мочевой системы костно-деструктивных изменений не выявлено. Контуры поясничных мышц чёткие, визуализируются в виде усечённого конуса. Контуры почек чётко не визуализируются. В проекции малого таза слева визуализируется округлая тень с чёткими ровными контурами 1.0см в диаметре. После введения рентгеноконтрастного вещества выделение последнего своевременное.

На7 минуте: справа- лоханка с чётким, ровным контуром, размером 1.6 на 0.7 см, располагается на уровне верхнего края третьего поясничного позвонка. Визуализируются все границы неизменённых чашечек, своды их выражены. Лоханочно-мочеточниковый сегмент не изменён, диаметром до 0.5 см, прослеживается на всём протяжении.

Слева - верхняя лоханка с ровным чётким контуром, размером 0.7 на 1.1см на уровне верхнего края 1 поясничного позвоночника. Лоханочно-мочеточниковый сегмент не изменён, мочеточник с чёткими, ровными контурами, без дефекта наполнения. Визуализируется в верхней трети шириной до 0.7 см Нижняя лоханка размером 3.0 на3.2 см расположена на уровне поперечного отростка 3 поясничного позвонка, визуализируются все границы. Расширенные до 1 см чашечек. Мочеточник визуализируется с чётким, ровным контуром, расширен до 1.0 см, прослеживается до 5 поясничного позвонка.

Верхний и нижний мочеточники пересекаются на уровне 4 поясничного позвонка.

На цистограмме мочевой пузырь с чёткими ровными границами без дефектов наполнения, содержимое однородное. Нижний край мочевого пузыря располагается на 0.5 см ниже верхнего края лонного сочленения.

Слева, выше лонного сочленения на 2.0 см визуализируется усиление контрастирования размером 0.7 на 0.8 см.

**Динамическая сцинтиграфия почек.**

Индикатор МАГ-3

Активность 100мБк

Интегрально парентерально

Слева спр сл. спр

Индик. на 2-3 мин. 53.6 46.4

Время максимального наполнения 14.25 9.25 6.25 4.25

Время полувыведения - - - -

RS

RD

Визуализируются обе почки обычной формы, размера и положения.

Ренограмма изменена за счет задержки РФП с чашечно-лоханочной системе. Паренхиматозная функция сохранена.

***Диагноз:*** Нефролитиаз. Камень интрамурального отдела мочеточника нижней половины удвоенной левой почки. Уретрогидронефроз слева. Острый левосторонний пиелонефрит. Хронический цистит. Рак шейки матки.

***Обоснование диагноза.***

Основываясь на жалобах больной: повторные приступы почечной колики, с тупыми болями в поясничной области в периоды между приступами, отхождение камня, гематурия - можно предположить наличие нефролитиаза. Жалоба больной на кровь в моче после почечной колики является патогномоничным симптомом нефролитиаза. Жалобы на боли в начале акта мочеиспускания предполагают наличие цистита.

Анализ крови у больной изменён незначительно, что вполне возможно при нефролитеазе в период ремиссии.

Анализ мочи обнаруживает небольшое количество белка, свежие эритроциты, что также свидетельствует в пользу нефролитиаза, а большое количество лейкоцитов в моче говорит об осложнении нефролитиаза пиелонефритом. Мутность мочи (обусловлена наличием в ней большого количества лейкоцитов, бактерий, эритроцитов) может свидетельствовать о развитии цистита, что подтверждается данными экскреторной урографии . Наличие пиелонефрита, как уже имеющееся заболевание в совокупности с вышеуказанным данными может говорить о хроническом цистите.

УЗИ выявило в интрамуральном отделе левого мочеточника гиперэхогенное образование до 1.2 см с чёткой акустической дорожкой, что подтверждает наличие канкримента. УЗИ и Экскреторная урография так же свидетельствуют об расширении уретры и чашечно-лоханочной системы ( в меньшей степени), что говорит о наличии уретрогидронефроза.

Рентгенологическое исследование позволило выявить в проекции малого таза слева тени подозрительные на конкрименты. Данные экскреторной урографии так же подтверждают наличие конкриментов в интрамуральном отделе мочеточника нижней половины удвоенной левой почки.

***Дифференциальный диагноз***.

Почечную колику, как основной симптом нефролитиаза, надо дифференцировать с рядом острых хирургических заболеваний.

При остром аппендиците болезнь развивается постепенно, начинается с повышения температуры и болей в эпигастральной области, а затем переходящих в правую подвздошную область. В отличие от нефролитиаза, больной ведёт себя спокойно, т. к. движение только усиливает боль и принимает вынужденное положение на правом боку или на спине.

Острый холецистит вызывает сильные боли в правом подреберье, иррадиирующии в правую подключичную ямку, правую лопатку и спину. Нередко наблюдается желтушность склер. Желчный пузырь увеличен, болезненен.

Прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки проявляется «кинжальными» болями. В отличие от почечной колики, больной лежит неподвижно, живот у него доскообразный. При перкуссии живота наблюдается тимпанит в зоне печёночной тупости. При рентгеновском исследование под куполом диафрагмы выявляются газы в виде серпа.

Острая непроходимость тонкого кишечника начинается со схваткообразных болей, задержки стула, газов. Возможность рефлекторного пареза кишечника при почечной колике затрудняет диф. диагностику, для которой требуется экскреторная урография.

Острый панкреатит проявляется резкими сильными болями в эпигастральной области, иррадиирующими в спину и плечо и быстро приобретающих опоясывающий характер

Для внематочной беременности характерны, в отличие от почечной колики, постоянные боли внизу живота и вынужденное положение на спине с согнутыми ногами.

Чтобы дифференцировать конкремент на рентгеновском снимке от теней иного происхождения (прежде всего от флеболитов) необходимо произвести исследование в двух проекциях и использование дополнительного введения рентгеноконтрастного вещества (как в данном случае была проведена экскреторная урография).

Отсутствие у больной вышеперечисленных жалоб и признаков при непосредственном осмотре, а так же данные по экскреторной урографии позволяют отдифференцировать нефролитиаз от других заболеваний брюшной полости.

***Лечение***

Показана операция: пункционная нефростомия.

Показания к операции: нарушение оттока мочи из нижней половины удвоенной левой почки, обусловлено камнем нижней трети левого мочеточника, что привело к развитию острого обструктивного пиелонефрита.

План операции: Под контролем УЗИ и рентгена провести иглу в лоханку нижней половины удвоенной левой почки. Провести по игле струны-проводники. Удалить иглу. Бужирование нефростомического хода до № 12 СН. Проведение нефростомического дренирования, удаление струны. Фиксация дренажа к коже

Проведение анестезии: местная анестезия новокаином.

Осложнений не ожидается.

***Прогноз*** ближайший для жизни и трудоспособности благоприятный, прогноз отдаленный: зависит от течения нефролитиаза и рака шейки матки.