**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

**Фамилия**  Завьялов

**Имя** Иван

**Отчество** Нефтеевич

**Пол** мужской

**Профессия** пенсионер

**Национальность**  русский

**Домашний адрес**

**Семейное положение** женат

**Дата поступления** 8 сентября 1999 года

**Диагноз при поступлении** мочекаменная болезнь, аденома простаты

**Клинический диагноз** мочекаменная болезнь, аденома простаты

**Осложнения основного диагноза**

**Сопутствующие заболевания**

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.**

**Предъявленные:**

Затруднения при мочеиспускании, проявляющиеся болями на всем протяжении акта мочеиспускания боль в нижних отделах живота, тянущего характера тупая, возникающая приступообразно и длящаяся до 2 часов

**Выявленные:**

ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания учащенное мочеиспускание (через каждые 2-3 часа и до 3 раз за ночь), невозможность длительное время воздерживаться от мочеиспускания при возникновении позывов.

**АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ.**

Считает себя больным с конца декабря 1998 года, когда после переохлаждения появились резкие боли в поясничной области и в низу живота, болезненность на всем протяжении акта мочеиспускания, появилась кровь в моче в начале акта мочеиспускания.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.**

Родился вторым ребенком в семье. Рос и развивался нормально. Из детских инфекций перенес скарлатину и ветряную оспу. Острыми респираторными заболеваниями страдает с сезонной периодичностью. В 20 лет перенес травму (рубленая рана правой голени).

**Семейный анамнез и наследственность.**

Со слов больного, злокачественными новообразованиями, болезнями обмена, психическими, венерическими болезнями, туберкулезом никто из семьи и ближайших родственников не страдает.

**Социальный анамнез.**

Проживает с женой в благоустроенной 3-х комнатной квартире. Питание регулярное, полноценное. Материальная обеспеченность достаточная. В квартире имеется домашнее животное (кошка), аллергической реакции на шерсть у больного нет.

**Вредные привычки.**

Не курит, алкоголь употребляет умеренно. В больших количествах употребляет кофе и чай.

# ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

**Общее состояние** удовлетворительное

**Температура тела** 36,5 С

**Пульс** 74 уд/мин

**Частота дыхательных движений** 20 в мин

**Рост** 167 см

**Вес** 92 кг

**Телосложение** гиперстеническое

**Кожа и видимые слизистые** кожа лица и шеи гиперемирована, высыпаний нет, влажность кожи умеренная, эластичность снижена. Видимые слизистые розовые, блестящие, чистые, влажные

**Подкожная жировая клетчатка** развита чрезмерно, распределена неравномерно (больше на животе, меньше на ногах)

**Лимфатическая система** лимфоузлы не увеличены

**Мышечная система** сила мышц достаточна, тонус несколько снижен. Тургор тканей снижен

**Кости и суставы** патологических изменений при осмотре в костях черепа, позвоночника, грудной клетки, таза, длинных трубчатых костях не обнаружено.

**Щитовидная железа** не пальпируется

**Органы дыхания,** данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации органов дыхательной системы соответствуют возрастным

**Сердечно-сосудистая система** границы относительной тупости сердца расширены (левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии). При аускультации на верхушке выслушивается грубый систолический шум. Пульс слабого наполнения, удовлетворительного напряжения. Эластичность стенки сосуда сохранена. АД -130/80 мм рт ст.

**Органы пищеварения**

**рот** слизистая розовая, влажная

**зубы, язык** на языке белый налет

**миндалины** не выходят за пределы небных дужек

**живот** правильной формы, в горизонтальном положении выступает за края реберных дуг. Нижняя граница желудка располагается на 3 см ниже пупка. Поверхностная пальпация кишечника безболезненна. Печень не выходит за края правой реберной дуги, пальпация ее безболезненна, край ровный, эластичный. Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются .

**Исследование нервной системы** сознание ясное, интеллект сохранен, настроение хорошее, речь членораздельная. В позе Ромберга устойчив. Дермографизм белый, появляется сразу, исчезает через 10 сек. Видит, слышит, запахи различает.

 **ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

Кожа в проекции органов мочеполовой системы при осмотре не изменена. Симптомы поколачивания отрицательные с обеих сторон.

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 больного от данного исследования.

**ДАННЫЕ**  **ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Общий анализ крови**

**Дата** 14.10.99.

**Гемоглобин** 130 г/л

**Эритроциты** 3,91012/л

**Лейкоциты** 9,8109/л

**ЦП** 1

**Палочкоядерные** 1%

**Сегментоядерные** 56 %

**Моноциты** 7%

**Эозинофилы** 0 %

**Базофилы** 0 %

**Лимфоциты** 36%

**Общий анализ мочи**

**Дата** 14.10.99.

**Цвет** жёлтый

**Прозрачность** мутная

**рН** 6.0

**Удельный вес** 1013

**Белок** 0,56 г/л

**Сахар** отрицателен

**Эритроциты** 10-12 в поле зрения

**Лейкоциты** в большом количестве

**Эпителий** не обнаружен

**Биохимический анализ крови**

**Дата** 12.02.97

**Общий белок** 93,8 г/л

**Креатинин** 0,09 ммоль/л

**АсАТ** 0,34 ммоль/чл

**АлАТ** 0,47 ммоль/чл

**Тимоловая проба** 1,7 ед

**Билирубин общий** 12,8 мкмоль/л

**Билирубин прямой** 0

**ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Ультразвуковое исследование почек 14.10.99.**

Почки лёжа расположены обычно. Форма правильная. Размеры не изменены. Контуры ровные. Паренхиматозный слой сохранён, чётко дифференцируется от ЧЛС и окружающей ткани. Достоверно слева конкременты не выявлены. Полостные структуры не расширены. Справа в проекции нижней группы чашечек определяется множество мелких эхоплотных образований без акустических теней.

**Заключение**

Достоверных данных за мочекаменную болезнь не получено.

**Ультразвуковое исследование мочевого пузыря**

Мочевой пузырь удовлетворительного наполнения, правильной формы. Размеры: 77 х 70 см

Контуры ровные, четкие . Содержимое однородное, достоверно конкременты в почке не определяются. Предстательная железа не вдается в просвет мочевого пузыря, визуализировалось слабо . Размеры: 40 х 36 мм. Контуры ровные, четкие, ткань однородная. После мочеиспускания объем мочевого пузыря незначительный.

**Заключение**

достоверных данных за наличие уролитиаза не найдено.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ**

Пиелонефрит и цистит - заболевания инфекционной этиологии, специфического возбудителя не существует. Чаще всего возбудителями являются кишечная палочка, протей, энтерококки, стафилококки, синегнойная палочка. Хронический характер патологии можно объяснить превращением патогенного микроорганизма под влиянием неблагоприятных факторов (антибиотики и химиопрепараты, изменения рН мочи) в L- формы.

Для уточнения пути попадания инфекции в почки нужно всесторонне обследовать больного на наличие очага инфекции в организме. Предрасполагающим фактором для развития патологического процесса могло послужить расстройство крово- и лимфообращения в почках из-за нарушения общей гемодинамики (ИБС , гипертоническая болезнь).

Кроме того, в патогенезе пиелонефрита имеет значение обще состояние организма (сниженная иммунологическая реактивность, сопутствующие хронические заболевания).

У больного имеется аденома предстательной железы I степени, которая может обуславливать нарушение оттока мочи из почки. А нарушение оттока мочи является важнейшим местным предрасполагающим фактором для развития пиелонефрита.

Цистит у больного, возможно, развился вторично, вследствие нисходящего проникновения инфекции из пораженных почек. Но слизистая мочевого пузыря обладает значительной устойчивостью к инфекции, поэтому необходимы дополнительные предрасполагающие факторы. Из них у данного больного наблюдается нарушение кровообращения в малом тазу (обезыствление сосудов на рентгенограмме), снижение сопротивляемости организма инфекциям (переохлаждение), нарушения опорожнения мочевого пузыря .

 **ЛЕЧЕНИЕ**

1. **Устранение причин, вызвавших нарушение пассажа мочи из почки или нарушение почечного кровообращения:**

удаление аденомы предстательной железы

нормализация внутрипочечного кровотока,

**2.Назначение антибактериальных препаратов:**

до получения данных антибиотикограммы назначают антибиотики широкого спектра действия (ампициллин, канамицин, гентамицин, левомицетин, 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).

**3.Стимуляция неспецифической иммунологической реактивности:**

метилурацил (по 1 г 4 раза в сутки внутрь)

пентоксил (по 0,3 г 4 раза в сутки внутрь) в течение 10-15 дней каждый месяц

**4.Санаторно-курортное лечение:**

Трускавец , Железноводск , Джермук и.т.д.

прием слабоминерализованных вод, бальнео- и грязелечение, рациональное питание.

 **ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб больного (на боли в пояснице и внизу живота, затруднения мочеиспускания), анамнеза (провоцирующего фактора - переохлаждения), данных и данных лабораторных, и инструментальных исследований (лейкоцитурия, эритроцитурия, повышение уровня креатинина в крови, слабое контрастирование ЧЛС и мочеточников на экскреторных урограммах) можно поставить предварительный диагноз:

**Мочекаменная болезнь**

 **ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Больной Завьялов И.Н. 8 сентября 1999 года был госпитализирован в клинику в плановом порядке. При поступлении предъявлял жалобы на сильную боль в пояснице и внизу живота, затруднения мочеиспускания в виде резких болей на всем протяжении мочеиспускания, повышение температуры.

Из анамнеза выяснено, что болен с конца декабря 1998 года, когда после переохлаждения появились вышеуказанные жалобы.

В моче обнаружена пиурия, эритроцитурия, в крови - повышение содержания креатинина. При экскреторной урографии выявлено снижение функциональной активности обеих почек. Проводилось консервативное лечение: терапия антибиотиками и химиотерапевтическими антибактериальными препаратами, внутривенные вливания (глюкоза, инсулин, но-шпа, панангин, димедрол), а также оперативное лечение –удаление камня мочевого пузыря. С момента начала лечения в клинике больной отмечает незначительное улучшение состояния.

Прогноз в отношении жизни благоприятный. Рекомендовано соблюдение диеты, ограничение физических и эмоциональных нагрузок, санирование очагов хронической инфекции, коррекция артериальной гипертензии, длительное наблюдение лечащего врача.

Подпись куратора: