**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ .**

**Фамилия**  x

**Имя** x

**Отчество** x

**Пол** мужской

**Возраст** 60 лет

**Профессия** пенсионер

**Национальность**  русский

**Домашний адрес** г. Томск

**Семейное положение** женат

**Дата поступления** 7 февраля 1997 года

**Диагноз при поступлении** мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит в стадии обострения , хронический цистит , аденома простаты

**Клинический диагноз** мочекаменная болезнь , хронический цистит , хронический пиелонефрит в стадии обострения

**Осложнения основного диагноза**

**Сопутствующие заболевания** ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь , доброкачественная гиперплазия предстательной железы I степени

**Дата выписки**

**Проведено койко-дней**

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО .**

**Предъявленные :**

 тупые боли в проекции почек, ноющего характера, беспокоящие больного постоянно, не зависящие от времени суток

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

боль в левом голенностопном суставе, возникшая (по мнению больного) после приема лекарственных препаратов. Боль носит распирающий характер, возникает в покое и усиливается при ходьбе

 **АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ .**

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 . С этими жалобами больной через 3 дня обратился в поликлиническое отделение 3 городской клинической больницы. Были проведены общеклинические исследования (анализ крови и мочи) , посев мочи на микробную флору , УЗИ почек и мочевого пузыря. Поставлен диагноз "мочекаменная болезнь , хронический цистит , аденома простаты " , назначено консервативное лечение : фурадонин , 5-НОК , левомицетин, пентоксил . Лечение в поликлинике продолжалось 1 месяц , наступило незначительное улучшение, но болевой синдром не исчез . Было выдано направление на госпитализацию и 7 февраля 1997 года больной был госпитализирован в госпитальные клиники СГМУ . Начат курс лечения внутривенными вливаниями , антибиотиками и сульфаниламидными препаратами . Улучшения состояния с момента поступления больной не отмечает .

**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) . Примерно с 45 лет отмечает повышения артериального давления . В 1994 году перенес воспаление легких . Лечился в 3 городской клинической больнице . Выписан с улучшением , рецидивов заболевания не было . В это же время (при обследовании в больнице) был поставлен диагноз "ишемическая болезнь сердца , гипертоническая болезнь".

**Семейный анамнез и наследственность .**

Мать больного умерла от инсульта в возрасте 67 лет . При жизни страдала пороком сердца . Отец (со слов больного) здоров . Младшая сестра больного страдает почечной патологией с детства (какой именно , больной не уточняет) . Старшая дочь больного также страдает заболеванием почек (мочекаменной болезнью), от которого неоднократно лечилась . У внуков больного выявлена аллергия на некоторые растения и цитрусовые .

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

**Профессиональный анамнез .**

До пенсии 38 лет работал в лесоперерабатывающей промышленности на руководящей должности . Работа была связана с повышенными нервными нагрузками , частыми стрессовыми ситуациями .

**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 . При пальпации обнаружена болезненность в левом голенностопном суставе

**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 срединноключичной 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 . При глубокой пальпации отмечается болезненность в правой и левой подвздошной областях . 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 . Правая почка пальпируется в положении больного на левом боку , пальпация болезненна , с иррадиацией боли вверх в подреберье . Слева пальпаторная картина аналогична . Симптомы поколачивания положительны с обеих сторон.

Мочевой пузырь пальпируется непосредственно над лобковым сочленением , эластичный , болезненный , уплотнений при пальпации не обнаружено .

Пальпация мочеточниковых точек с обеих сторон болезненна . Наружное отверстие уретры осмотреть не удалось по причине отказа больного от данного исследования .

**ДАННЫЕ**  **ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Общий анализ крови**

**Дата** 11.02.97

**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** 11.02.97

**Цвет** жёлтый

**Прозрачность** мутная

**рН** 6.0

**Удельный вес** 1013

**Белок** 0,56 г/л

**Сахар** отрицателен

**Эритроциты** 0-1 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 11.02.97**

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 , визуализировалась 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 .

**Рентгенологическое исследование 12.02.97**

На обзорной урограмме контуры поясничных мышц дифференцированы . Правосторонний сколиоз . В малом тазу видны обезыствленные сосуды . Признаки остеохондроза поясничного отдела позвоночника . Spina bifida sacralis (S1) . Теней контрастных уроконкрементов не выявлено .

На экскреторных урограммах 14 и 21 минуты ЧЛС контрастировалась с обеих сторон очень слабо . Мочеточники слабо контрастировались . Контраст в мочевом пузыре .

 **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 , лечение гипертонической болезни

**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

 **ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ**

**дата t тела течение болезни режим , диета**

 **пульс назначения**

 **ЧДД**

 36.5С состояние удовлетворительное, палатный

 20.02 74 уд/мин сознание ясное, больной жалуется стол № 7

 20 в мин на боль внизу живота и в левом пенициллин в/м 4 р.д.

 голенностопном суставе канамицин в/м 2 р. д.

 дыхание везикулярное , живот метилурацил 1 таб.3р.д.

 мягкий , АД 130/80 мм рт ст ибупрофен 1 таб. 3 р. д.

 фитизин 1 таб. 3 р. д.

 папазол 1 таб. 3 р. д.

 валериана 1 таб. 3 р. д.

 в/в инфузат :

 глюкоза 5% - 500 мл

 инсулин 8 ЕД

 но-шпа 2 мл

 панангин 5 мл

 димедрол 1 мл

21 02 36.7С состояние удовлетворительное палатный

 68 уд/мин настроение спокойное стол № 7

 18 в мин беспокоит боль в левом голенно- назначения те же

 стопном суставе , наложена

 мазевая повязка

 дыхание везикулярное, живот

 мягкий , АД 140/80 мм рт ст

 22.02

 36.6С состояние удовлетворительное палатный

 64 уд/мин настроение хорошее

 20 в мин беспокоят тянущие боли внизу стол № 7

 живота и затруднения мочеис-

 пускания

 дыхание везикулярное , живот назначения те же

 мягкий , АД 130/80 мм рт ст

 **ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНОГО ДИАГНОЗА**

На основании жалоб больного (на боли в пояснице и внизу живота , затруднения мочеиспускания) , анамнеза (наличие семейной предрасположенности , провоцирующего фактора - переохлаждения) , данных объективного исследования (болезненность при пальпации почек , мочеточников и мочевого пузыря) 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 :

**хронический пиелонефрит в стадии обострения , хронический цистит .**

 **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Хронический пиелонефрит следует дифференцировать от **туберкулеза** и **гломерулонефрита** .

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

Хронический гломерулонефрит отличается от пиелонефрита преобладанием в моче эритроцитов над лейкоцитами , гломерулярным типом протеинурии (проникновение в мочу белков с высокой молекулярной массой) .

Хронический цистит следует дифференцировать от **туберкулеза , простой язвы** и **опухоли мочевого пузыря** .

Туберкулез мочевого пузыря можно распознать по характерной цистоскопической картине (туберкулезные бугорки , язвы , рубцы) , обнаружению микобактерий туберкулеза в моче , характерным рентгенологическим изменениям в почках и мочевых путях .

Опухоль мочевого пузыря диференцируют по данным цистоскопии (после ликвидации воспалительных явлений) и эндовезикальной биопсии , как и простую язву мочевого пузыря .

 **ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Больной x 60 лет 7 февраля 1997 года был госпитализирован в клинику в экстренном 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 1996 года , когда после переохлаждения появились вышеуказанные жалобы . Больной лечился в поликлинике 3 городской больницы . После курса лечения наступило незначительное улучшение , но болевой синдром сохранился .

При объективном обследовании была установлена болезненность в проекции почек , мочеточников и мочевого пузыря , положительный симптом поколачивания . В моче обнаружена пиурия , эритроцитурия , в крови - повышение содержания креатинина . При экскреторной урографии выявлено снижение функциональной активности обеих почек . Был установлен диагноз хронического пиелонефрита в стадии обострения и хронического цистита . Проводилось консервативное лечение : терапия антибиотиками и химиотерапевтическими антибактериальными препаратами , внутривенные вливания (глюкоза , инсулин , но-шпа , панангин , димедрол) . С момента начала лечения в клинике больной отмечает незначительное улучшение состояния .

Прогноз в отношении жизни благоприятный . В отношении здоровья прогноз неблагоприятный из-за наличия фактора , нарушающего отток мочи (аденома предстательной железы) и артериальной гипертензии (в том числе и почечной) . Рекомендовано соблюдение диеты , ограничение физических и эмоциональных нагрузок , санирование очагов хронической инфекции , коррекция артериальной гипертензии , длительное наблюдение лечащего врача .

Подпись куратора :