Государственное общеобразовательное учреждение

высшего профессионального образования

Алтайский государственный медицинский университет

Министерства здравоохранения и социального развития РФ

# **Кафедра урологии и нефрологии**

**Зав. кафедрой:** д.м.н., проф. Неймарк А.И.

**Преподаватель:** асс. Каблова И.В

**Куратор:** Андадикова Р.Т 422 гр.

## ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**Больной:** XXX

**Клинический диагноз:**  Мочекаменная болезнь. Камень нижней трети правого мочеточника. Почечная колика справа.

Барнаул 2011г.

1. **Паспортные данные.**

Ф.И.О.: XXX

Возраст: 45 лет

Дата рождения: 14.05.1966г

Место работы: Водитель

Место жительства: XXX

Семейное положение: женат

Дата поступления в больницу: 20.05.2011 года

Дата начала курации: 23.05.2011года

Клинический диагноз: Мочекаменная болезнь. Камень нижней трети правого мочеточника. Почечная колика справа.

1. **Жалобы.**

На момент курации больной предъявляет жалобы: на наличие тупых болей в правой поясничной области, которые мало беспокоят в покое, но усиливаются при движении, а также на частые мочеиспускания днем и ночью.

Жалобы со стороны других систем органов отсутствуют.

**ANAMNESIS MORBI.**

Считает себя больным с20.05.2011г., когда впервые внезапно появились острые, приступообразные боли в поясничной области справа, иррадиирущие по ходу мочеточника в пах, тошнота, рвота. Возникновение болей ни с чем не связывает. Вызвал СМП, после адекватного обезболивания отказался от госпитализации. Через некоторое время приступ повторился, повторно вызвал СМП и был госпитализирован с предварительным диагнозом МКБ, почечная колика справа.

**IV. ANAMNESIS VITAE.**

ХХХ родился 14.05.2011 г. в благополучной семье. Рос и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Социально – бытовые условия, в которых рос, оценивает как хорошие, питание, со слов больной, удовлетворительное.

Профессиональный анамнез :В течении 20 лет работает водителем. Подтверждаются профессиональные вредности как сквозняки, воздействие низких и высоких температур, ненормированный рабочий день.

Бытовой анамнез: Жилищные, санитарно-гигиенические условия семьи оценивает как удовлетворительные. Питание не регулярное, разнообразное; специальных диет не придерживается.

Операционный анамнез: Перенес аппендэктомию.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, венерические заболевания отрицает, Болезнью Боткина переболел в детстве.

Гемотрансфузионный анамнез: гемотрансфузии не проводились.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Вредные привычки: Алкоголь употребляет умеренно, курит (пачка вдень), наркотические вещества не употребляет.

Наследственность: не отягощена.

**STATUS PRАESENS COMMUNIS.**

На момент курации общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное, выражение лица спокойное. На вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, нормостенический тип конституции. Аппетит в норме. Температура кожных покровов обычная, влажность умеренная, эластичность и тургор в норме. Оволосение по мужскому типу.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система развита в соответствии с возрастом, тонус мышц сохранен. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без патологии. Щитовидная железа не увеличена.

**Система органов дыхания.** Носовое дыхание не затруднено. Движения грудной клетки симметричны. ЧДД– 18/минуту. Пальпация грудной клетки безболезненна.

**Система органов кровообращения.** Пульс ритмичный, хорошего наполнения. ЧСС - 70 уд. в мин, АД 130/80мм.рт.ст.

**Система органов пищеварения** Язык сухой. Живот мягкий, не вздут, на передней брюшной стенке рубец после перенесенного аппендэктомии, симптома Щеткина – Блюмберга отрицательный, участвует в акте дыхания, безболезненный, других симптомов нет.

1. **STATUS LOCALIS.**

Мочеиспускание свободное, частое, безболезненное. Симптомы дизурии, странгурии, никтурии положительные. Боль в правой поясничной области.   
Осмотр поясничной области  
Поясничная область симметричная, без деформации. Кожные покровы телесного цвета, температура обычная, влажность умеренная, эластичность и тургор в норме. Припухлости и красноты не наблюдается. Пальпация почек (в положении стоя, лёжа на спине, правом и левом боку): почки не пальпируются. Резкая болезненность в проекции правой почки. Опущения почек нет. Симптом поколачивания по XII ребру - положителен справа.  
Пальпация по ходу мочеточников болезненна справа.

**Предварительный диагноз**

1. На основании жалоб больного на: острые, приступообразные боли в поясничной области справа, иррадиирущие по ходу мочеточника в пах, тошноту, рвоту.
2. Объективного обследования: резкая болезненность в проекции правой почки при пальпации, положительный симптом Пастернацкого справа.
3. На основании анамнеза жизни: профессиональные вредности как сквозняки, воздействие низких и высоких температур, ненормированный рабочий день. Бытовой анамнез: Жилищные, санитарно-гигиенические условия семьи оценивает как удовлетворительные. Питание не регулярное, разнообразное; специальных диет не придерживается.

Мы можем поставить предварительный диагноз: Мочекаменная болезнь. Почечная колика справа.

1. **План обследования**
2. Общий анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Биохимический анализ крови
5. Обзорная урография
6. Обзорная в/в урограмма
7. ЭКГ
8. УЗИ почек
9. Кровь на RW
10. **Результаты анализов**

**На обзорной урограмме** правосторонний сколиоз, справа в проекции нижней трети мочеточника тень подозрительная на конкремент d=0,4. ЧЛС слева не изменена, справа – расширена.

**На обзорной урографии** в просвете малого таза справа однородная тень – конкремент нижней трети мочеточника d= 0,4 см.

**ОАК**

Эритроциты – 5.0\*1012 /л;

Гемоглобин –184 г/л

Лейкоциты – 16.2\*109 /л.

Эозинофилы – 1

Нейтрофилы - 0

Базофилы – 0

Лимфоциты - 39

Моноциты - 3

СОЭ - 5 мм/ч

**ОАМ**

T-pro – 66 g/l

Alb – 32 g/l

Bun – 6,0 mmol/l

UA – 381 umol/l

Cre – 143 umol/l

**Биохимический анализ крови:**

Общий билирубин – 16

Прямой – 4

Непрямой – 12

Глюкоза – 5.9

Алт – 34

Аст – 15

Мочевина – 5.4

Общий белок – 66.3

Креатинин – 0,139

**RW** – отрицательный

**ЭКГ**: Ритм синусовый, ось сердца - правограмма. Признаки нагрузки на правый отдел сердца.

**УЗИ:** контуры почек размытые, лоцируются раздельно, слева 125\*46, справа 120\*44; синусы почек – деформированы за счет расширенных лоханок справа

, за счет расширения чашек; мочеточники расширенны до 8мм. Пневматоз.

**Заключение**: Уретеропиелокаликоэктазия правой почки.

**Клинический диагноз и его обоснование**

**Диагноз**: Мочекаменная болезнь, камень нижней трети правого мочеточника. Почечная колика справа.

Диагноз выставлен на основании:

1) Жалоб больного: при поступлении больной предъявлял жалобы на острые, приступообразные боли в поясничной области справа, иррадиирущие по ходу мочеточника в пах, тошнота, рвота. От изменения положения тела характер и сила боли не изменялась.

2) Данных объективного обследования: Симптом Пастернацкого положителен справа, болезненность при пальпации по ходу правого мочеточника.

3) Данных лабораторно-инструментальных методов исследования:

ОАК (лейкоцитоз, снижение СОЭ)

На обзорной урограмме в проекции нижней трети правого мочеточника видна тень конкремента d=0,4. ЧЛС слева не изменена, справа – расширена.

На обзорной урографиив просвете малого таза справа однородная тень – конкремент нижней трети мочеточника d= 0,4 см.

УЗИ Заключение: Камень нижней трети правого мочеточника.

**Дифференциальный диагноз**

1. Острый аппендицит: эта болезнь развивается постепенно, начинается с повышения температуры тела и болей в эпигастральной области, а затем переходящая в правую подвздошную область, тошноты и однократной рвоты. Пульс учащен, выражены симптомы Ровзинга и Щеткина-Блюмберга. Что его и отличает от МКБ.
2. Также нельзя поставить диагноз острый холецистит, отличительной чертой которого являются сильные боли в правом подреберье, которые возникают внезапно, иррадиируют в правую лопатку, правую надключичную ямку. Имеется напряжение мышц передней брюшной стенки. Желчный пузырь увеличен.
3. Прободную язву желудка отличают сильные, "кинжальные" боли в эпигастральной области, которые возникают внезапно в момент перфорации. Сопровождается перитонитом. Больной лежит неподвижно, брюшная стенка доскообразно напряжена.
4. Острый панкреатит проявляется интенсивными опоясывающими приступообразными болями, которые иногда заставляют больного находиться в вынужденном коленно-локтевом положении; рвота многократная, мучительная, изнуряющая, не приносящая облегчения.

**Лечение:**

1. Оперативное
2. Консервативное

Больной отказался от оперативного вмешательства, поэтому проводится консервативное лечение:

Общая: диетотерапия, поддержание адекватного водного баланса, терапия травами, физиотерапевтическими и бальнеологическими процедурами, лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение

Медикаментозное:

*Ависан* (спазмолитик, расслабляет мускулатуру мочеточника) – внутрь по 0,1 г,3 р/д после еды в течение 1 недели.

*Аллопуринол* (ингибитор ксантиноксидазы) – внуть после еды по 0,1 г, 3р/д, в течение 1 мес.,

*Но-шпа* 2,0 х 2 р/д, в/м, в течение 5 дней.

*Уролесан* 10 кап. х 3 р/д на кусок сахара, в течение 5 дней.

*Баралгин* 2,0x 2 р/д, в/м, в течение 5 дней.

**Прогноз**

* + для жизни – благоприятный;
  + для трудоспособности – благоприятный и сомнительный при дальнейшем развитии заболевания;

**Список использованной литературы:**

1. Краткая медицинская энциклопедия в 2-х т. // Под ред. академика РАМН В.И.Покровского. М.: НПО «Медицинская энциклопедия», «Крон-Пресс», 1994 г.
2. Урология. Национальное руководство/под. ред. Н.А. Лопаткина. М.:ГЭОТАР-МЕДИА,2009.-1024с. - (серия «национальное руководство»)
3. Машковский М.Д./ «лекарственные средства»/-15-е изд., испр. и доп.-М.: «Новая волна»,2006.-1206с..ил.