1. Паспортные данные

1. Ф.И.О.:

2. Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол: мужской

4. Национальность: русский

5. Профессия: инспектор \_\_\_\_\_\_\_

6. Семейное положение: \_\_\_\_\_\_\_

7. Домашний адрес:

8. Дата заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Дата поступления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата курации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Анамнез настоящего заболевания

Основные жалобы больного при поступлении:

При поступлении больной жаловался на острую, ноющую, интенсивную боль в поясничной области, в правой половине живота. Боль не сопровождалась тошнотой, рвотой, повышением температуры. Отмечалась резкая боль по ходу мочеточника, резь при мочеиспускании, задержка мочи.

Развитие и течение болезни:

Пациент считает себя больным с 11 сентября 2013 года. До этого дня боли пациента в поясничной области не беспокоили. Утром 11 сентября появились острые, ноющие, интенсивные боли в поясничной области, в правой половине живота. Боли не сопровождались тошнотой, рвотой, повышением температуры. Отмечалась резкая боль по ходу мочеточника, резь при мочеиспускании, задержка мочи. Пациент вызвал бригаду скорой медицинской службы и был госпитализирован в урологическое отделение 1 РКБ.

3. Анамнез жизни

Родился в г\_\_\_\_\_\_\_\_\_. В семье рабочих. В раннем детстве от сверстников в физическом развитии не отставал, в умственном – без особенностей. В школу пошел в 8 лет. Окончил 11 классов, работать начал с 18 лет, образование высшее незаконченное.

Условия питания – хорошие, употребление пищи – регулярное, разнообразное, пища средней калорийности. Перееданием не страдает. Среди перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, грипп, ангина. С 1989 по 1991 год служил в армии: инженерные войска. Вредные привычки отрицает. У отца сахарный диабет. У родителей и ближайших родственников такие заболевания, как сифилис, туберкулез, алкоголизм, психические заболевания и злокачественные новообразования отрицает. Жилищные условия – хорошие. Аллергологический анамнез: аллергии нет. Все пищевые продукты переносит хорошо. В1986 году была аппендэктомия. Переливания крови не было.

4. Общий анамнез (Anamesis communis)

Общее состояние: Отмечает общую слабость с момента заболевания. Не похудел. На потливость и повышение температуры не жалуется. Головокружений, обморочных состояний, мелькания чёрных мушек перед глазами не бывает. Ощущения ползания мурашек, онемения отдельных частей тела нет. Кожный зуд не беспокоит.

Костно-мышечная система: Болей в костях конечностей, плоских костях, позвоночнике не отмечает. Болей в суставах и мышцах нет.

Система дыхания: дыхание через нос не затруднено. Выделений из носа, носовых кровотечений нет. Ощущения сухости, царапанья в горле, охриплости голоса, затруднения и болезненности при глотании нет. Кашля, кровохаркания, болей в грудной клетке, отделения мокроты нет. Одышки нет.

Сердечнососудистая система: сердцебиение постоянное. Перебоев и болей в области сердца, одышки нет. Ощущения пульсации в отдельных частях тела не отмечает. Отёков не бывает.

Система пищеварения: аппетит хороший. Насыщаемость быстрая. Чувство жажды не беспокоит, сухости во рту нет. Вкус во рту обычный. Пища прожёвывается хорошо. Затруднения прохождения пищи по пищеводу нет. Зубы не все. Изжоги, отрыжки, болей в животе нет. Вздутия живота не отмечает, тошноты, рвоты нет. Стул регулярный. Запоров и поносов нет. Запах кала обычный. Консистенция оформленный. Цвет коричневый. Отхождение кала и газов свободное. Болезненности в заднем проходе при акте дефекации нет. Геморроидальных шишек нет. Кровотечений, выпадения прямой кишки, зуда в заднем проходе нет.

Система мочеотделения: отмечает задержку мочеиспускания. Болезненность и резь при мочеиспускании. Цвет мочи обычный – соломенно-желтый, моча прозрачная.

Половая система: Семейное положение – женат.

Нервная система: сон нормальный. Бессонницы, кошмары не беспокоят. Сонливости в дневное время нет.

Внимание и память: головные боли, головокружение беспокоят при повышении артериального давления. Обмороков, приливов к голове, ощущения внезапного жара не бывает.

Состояние органов чувств: зрение не изменено.

Слух не ослаблен. Шума в ушах и гноетечения из ушей нет. Обоняние не утрачено. Вкус во рту, осязание не изменены.

5. Объективное исследование

Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное, положение – активное, сознание – ясное. Походка – уверенная, осанка – слегка сутулая. Выражение лица – обычное, форма головы: обычная, макро-, микроцефалии нет, «башенного черепа» нет, деформаций и дефектов черепа не обнаружено. Глаза: птоза нет, глазные щели симметричны, экзо-, эндофтальма нет, зрачки круглые, симметричные, зрачковая реакция на свет положительная, конъюнктива и склера глаз в удовлетворительном состоянии. Симптомы Греффе, Мёбиуса, Штельвага отрицательные, нистагма нет. Нос: искривления носовой перегородки нет, западания, дефектов, седловидного носа нет, кожа носа физиологической окраски. Ротовая полость: задняя стенка глотки физиологической окраски, фолликулы выражены, кровоизлияния, изъязвлений нет. Миндалины средних размеров, за небно-язычные дужки не выступают, физиологической окраски; разрыхленности, гнойных пробок и гнойников в лакунах нет, налеты отсутствуют. Слизистая мягкого, твердого неба, щек, десен физиологической окраски, кровоизлияний, изъязвлений, рубцов не обнаружено. Зубы все, неподвижны, в санации не нуждаются, протезов нет. Десны физиологической окраски, разрыхленности, кровоточивости, гноетечения нет. Язык: средней величины, физиологической окраски, влажный, сосочки языка – без изменений, налета, трещин, язв, отпечатков зубов на языке нет, язык высовывается по средней линии. Шея: форма обычная, кривошеи нет, кожные покровы физиологической окраски. Сосуды шеи без изменений, воротника Стокса нет. Щитовидная железа: не пальпируется, при проведении пальпации боль не ощущается. Запах тела и выдыхаемого воздуха физиологический. Конституция: нормостеник. Подкожно-жировая клетчатка: хорошего питания. Распределение подкожного жира равномерное. Кожные покровы физиологической окраски, высыпаний, рубцов, язв, пролежней, коллатерального кровообращения нет, умеренное развитие волосяного покрова, ногти в удовлетворительном состоянии. Пальпаторно кожные покровы сухие, эластичные, тургор тканей без изменений. Лимфоузлы: не пальпируются, кроме подчелюстных лимфоузлов – пальпируются по одному лимфоузлу диаметром 1 см, мягкой консистенции, подвижные, неспаянные, безболезненные. Опорно-двигательный аппарат: произвольная мускулатура развита удовлетворительно, болезненности при ощупывании мышц нет, мышечная сила удовлетворительна, симметрична. Искривлений, деформаций костей, костных выступов нет, болезненности при поколачивании костей нет. Деформация позвоночника, патологические изгибы, болезненность при пальпации паравертебральных точек и остистых отростков отсутствует. Отеков нет.

6. Исследование системы дыхания

Осмотр грудной клетки:

Форма грудной клетки нормостеническая, местных выпячиваний и западаний нет, деформации грудной клетки вследствие патологических искривлений позвоночника нет. Грудная клетка симметрична, обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания. Тип дыхания: грудной (верхнереберный), ритм – правильный, средней глубины, частота дыхательных движений – 16 в минуту, объективных признаков одышки нет.

Пальпация:

Резистентность: грудная клетка эластична, поддается сжатию. По ходу межреберных нервов, мышц, ребер болезненности не отмечается. Голосовое дрожание не изменено. Шум трения плевры отсутствует.

Перкуссия:

Таблица 1. Топографическая: Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | Правое легкое | Левое легкое |
| окологрудинная | V ребро | - |
| срединно-ключичная | VI ребро | - |
| передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| околопозвоночная | остистый отросток XI грудного позвонка | остистый отросток XI грудного позвонка |

Таблица 2. Активная подвижность легких (в см)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | Правое легкое | Левое легкое |
| срединно-ключичная | 4 | 4 |
| средняя подмышечная | 6 | 6 |
| Лопаточная | 4 | 4 |

Высота стояния верхушек легких:

Спереди: справа и слева на 3 см выше ключицы.

Сзади: обе на уровне VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига:

Справа: 5 см.

Слева: 5 см.

Полулунное пространство Траубе:

Свободно, выслушивается тимпанит.

Качественная (сравнительная) перкуссия.

Над всей поверхностью легких выслушивается легочный перкуторный звук (громкий, низкий, продолжительный).

Аускультация:

Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) отсутствуют. Бронхофония: произносимые больным слова воспринимаются в виде неясного бормотания.

7. Исследование системы кровообращения

Осмотр: Верхушечный толчок при осмотре не выявляется, сердечный толчок не определяется. Ограниченных выпячиваний грудной клетки и пульсаций не отмечается. Эпигастральной пульсации нет. Пульсация височных артерий, крупных сосудов на шее (пляска каротид), набухлость вен шеи отсутствуют. Венный пульс отрицательный. Пульсация на подключичных артериях не отмечается. Симптома «червячка», псевдокапиллярного пульса Квинке нет. На нижних конечностях варикозно расширенных вен нет, расширения подкожных вен на грудной клетке нет. Симптом Альфреда Мюссе отрицательный.

Пальпация: Верхушечный толчок определяется только при незначительном наклоне верхней половины туловища больной вперед. Локализация верхушечного толчка – в V межреберье, на расстоянии 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии; ритмичный, площадью 1 см2, низкий, умеренной силы. При изменении положения тела больной верхушечный толчок смещается: на левом боку – смещается влево на 3 см, лежа на правом боку – смещается вправо на 1 см. Симптом «кошачьего мурлыкания» отсутствует (не обнаруживается ни систолическое, ни диастолическое). Шум трения перикарда (пальпаторно) отсутствует. Ретростернальной пульсации аорты нет. Пульс: симметричный, ритмичный, среднего напряжения, хорошего наполнения, частота – 68 в минуту, средней величины, по форме не изменен, дефицита пульса нет, стенка артерии эластичная. Артериальное давление – 140/100.

Перкуссия: Границы относительной и абсолютной тупости сердца в пределах нормы. Размер поперечника сердца – 13 см, размер поперечника сосудистого пучка – 4,5 см.

Аускультация: При аускультации в 1 и 2 точках слышны 2 тона. Первый тон более продолжительный, ниже второго, более глухой и не похож на музыкальный звук. Следует после продолжительной паузы сердца, совпадает с верхушечным толчком. Второй тон более короткий, более высокий и ближе стоящий к музыкальным звукам. Следует за короткой паузой, не совпадает с верхушечным толчком. В 1 и 2 точках первый тон сильнее второго. Тембр тонов, конфигурация в 1 и 2 точках не изменены. Ритм перепела, галопа в обоих точках не обнаружены. Шумы при аускультации не выявлены. Шум трения перикарда отсутствует. При аускультации в 3 и 4 точках также слышны 2 тона: второй тон сильнее первого тона. Тембр и конфигурация тонов не изменены. Ритм перепела и галопа отсутствуют. Шумы при аускультации не выявлены. Шум трения перикарда не обнаружен. В пятой точке аускультации (точка Боткина-Эрба) выслушивается 2 тона: первый тон более продолжительный, ниже второго, следует после продолжительной паузы сердца, совпадает с верхушечным толчком. Второй тон более короткий, высокий, следует за короткой паузой сердца, не совпадает с верхушечным толчком. Второй тон в этой точке выслушивается громче, чем первый тон.

Выслушивание сосудов: при выслушивании аорты в яремной ямке и на рукоятке грудины слышны 2 тона, систолического шума нет даже при поднятии обеих рук за голову – симптом Сиротинина-Куковерова отрицательный. На сонной и подключичной артерии определяются два тона. Первый тон – систолический, тихий, второй – диастолический. На бедренной артерии выслушивается только один тон – двойной тон Траубе не выслушивается; двойной шум Виноградова-Дюрозье также не выслушивается. Над яремными венами не выслушиваются ни тоны, ни шумы. Шум волчка отсутствует.

8. Исследование системы пищеварения

Осмотр живота в вертикальном и горизонтальном положении: И в вертикальном, и в горизонтальном положении больной живот равномерно выпячен, брюшная стенка в акте дыхания не участвует (т.к. грудной тип дыхания). Пупок втянут, сухой, физиологической окраски. В паховых областях и других отделах живота грыж нет. Расширенных подкожных вен на животе, пигментации, рубцов, цианотических участков, коллатерального кровообращения нет. Перистальтических и антиперистальтических движений желудка и кишечника нет.

Поверхностная пальпация живота в вертикальном и горизонтальном положении:

В вертикальном и горизонтальном положении больной при пальпации определяется болезненность в правом подреберье и в области правого фланка, напряжение мышц передней брюшной стенки в этих же областях. Грыжевых отверстий в области пупочного кольца, по белой линии живота нет, расхождения прямых мышц живота нет. Опухолевидных образований, асцита нет. Грубое увеличение органов брюшной полости не обнаружено.

Глубокая методическая пальпация в вертикальном положении: Малая кривизна – не пальпируется. Большая кривизна желудка пальпируется в виде мягкой, безболезненной складки на 1 см выше пупка, диаметром 1 см, с гладкой поверхностью, подвижна, урчит. Печень: нижний край печени расположен у края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии, мягкой консистенции, с ровной поверхностью, безболезненный, подворачивается при пальпации. Угол печени закруглен. Селезенка не пальпируется.

Глубокая методическая пальпация в горизонтальном положении: Сигмовидная кишка располагается в левой подвздошной области, диаметром 2 см, безболезненна, плотноватой консистенции, с гладкой поверхностью, подвижность – 2 см в обе стороны. Не урчит. Слепая кишка локализуется в правой подвздошной области на расстоянии 5 см от ости подвздошной кости, диаметром 3 см, чувствительна, мягкой консистенции, поверхность кишки гладкая, подвижность – 2 см в обе стороны, урчит. Терминальный отдел тонкого кишечника локализуется в правой подвздошной области, диаметром 1,5 см, чувствительный, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, неподвижный, урчит. Аппендикс не пальпируется. Малая кривизна желудка не пальпируется. Большая кривизна желудка локализуется на 1 см выше пупка, диаметром 1 см, безболезненная, с гладкой поверхностью, подвижна, урчит. Пилорический отдел локализуется в области правой прямой мышцы живота, в треугольнике, образованном реберной дугой, передней срединной линией и горизонтальной линией, проходящей по месту расположения большой кривизны желудка, диаметром 2,5 см, чувствительный, плотной консистенции, с эластичной поверхностью, малоподвижный, слабо урчит (в фазу сокращения); а в фазу расслабления – диаметром 3 см, чувствительный, мягкой консистенции. Двенадцатиперстная кишка не пальпируется. Поперечно-ободочная кишка локализуется на 1 см ниже пупка, диаметром 2,5 см, безболезненна, плотная, с гладкой поверхностью, смещается на 2 см в обе стороны, урчит. Фланки: восходящая ободочная кишка локализуется в области правого фланка, диаметром 2 см, чувствительна, плотноватая, с гладкой поверхностью, ограниченной подвижности (смещается в пределах 1 см), без урчания. Нисходящая ободочная кишка расположена в области левого фланка, диаметром 2 см, безболезненна, плотноватой консистенции, с гладкой поверхностью, ограниченной подвижности. Урчания нет. Печеночный и селезеночный углы толстого кишечника не пальпируются. Печень: нижний край расположен у края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии, печень мягкой консистенции, с ровной поверхностью, безболезненна. Край подворачивается при пальпации. Угол печени закруглен. Желчный пузырь не пальпируется, в его области болезненности нет. Желчно-пузырные симптомы Лепене, Ортнера, Образцова-Мерфи, Терье-Курвуазье – отрицательны. Поджелудочная железа не пальпируется. В треугольнике Шоффара болезненности нет. Симптом Мейо-Робсона отрицательный. Селезенка в горизонтальном положении, на спине и на правом боку не пальпируется.

ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА: При перкуссии живота определяется тимпанический звук. Свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено. Ограниченного притупления или тупости нет. Тимпанита над правой реберной дугой нет. Перкуторные размеры печени по Курлову:

 - по правой передней подмышечной линии: 8 см

 - по правой срединно-ключичной линии –6 см

 - по правой окологрудинной линии – 5 см.

Перкуторные размеры селезенки:

 - продольный размер: 8 см

 - поперечный размер: 6 см.

Аускультация живота:

Выслушивается кишечный шум – урчание, напоминающее плеск жидкости. Шума трения брюшины над печенью и селезенкой не определяется.

9. Исследование органов мочеотделения

Осмотр: При осмотре поясничной области гиперемии, выпячиваний, рубцов не выявлено. Припухлости нет.

Пальпация: В вертикальном положении (пальпация по Боткину) почки не пальпируются. В точках проекции мочеточников не отмечается болезненность. В горизонтальном положении почки не пальпируются. В мочеточниковых точках справа болезненность есть, слева – нет. Мочевой пузырь пальпируется в виде грушевидного безболезненного образования, расположенного на 5 см выше лобкового симфиза.

Перкуссия: Справа - симптом сотрясения слабо положительный. Слева – отрицательный. Перкуторно над мочевым пузырем определяется полостной тимпанит. Перкуссия безболезненна.

Аускультация: Аускультативно определяются кишечные шумы. В области проекции почечных артерий систолический шум не прослушивается.

10. Лабораторно-инструментальные методы исследования

Анализы мочи:

От 12.09.13: Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Относительная плотность: 1014

Ph: кислая

PRO:(белок) 0,2

BIL:(билирубин)нечетко

NT:(нитрол) Fe 3250

Er:б/к

Эпителий плоский :1-2

Lei: 0-1-2

Er св. 10-15-выщелоченные

Бактерии: ед.

Слизь +

Анализы крови: от 11.09.13

Лейкоциты: 5,6\*109/л (4,0-9,0\*109/л)

Лимфоциты: 1,3\*109/л (1,1-2,5\*109/л)

Лимфоциты: 23,2% (19-37%)

Моноциты:5,04% (3-9%)

Гранулоциты: 71,8%(43-76%)

Гемоглобин:151 г/л( 120-180 г/л)

Эритроциты: 5,10\*1012 /л (4,5-5,0\*1012 /л )

Гематокрит: 44,8% (40-45%)

Средний объем эритроцита: 88 fl (80-99)

Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах: 29,6 pg( 33)

Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах: 337 г/л(320-370г/л)

Показатель анизоцитоза: 12,8 % (11,6-14,8%)

Тромбоциты: 194\*109/л( 180-320\*109/л)

Средний объем тромбоцита: 6,8 fl(7-10)

Гетерогенность тромбоцита: 15,3 (15,5-17,1)

Тромбокрит: 0,131%(0,108-0,282)

Нейтрофилы:

Палочкоядерные: 1(1-5)

Сегментоядерные: 49(47-72)

Лимфоциты: 41(19-37)

Моноциты: 9 (3-9)

СОЭ: 5 мм/г (4-10)

Биохимический анализ крови от 19.09.13:

ПТИ: 89%

Креатинин: 131,0 мкмоль/л

Протромбиновое время: 15,2сек.

Мочевина: 6,4 ммоль/л

Фибриноген: 4,0 г/л

Глюкоза: 6,03 ммоль/л

Билирубин общий: 14 мкмоль/л

Хлориды:100мкмоль/л

Натрий:145 мкмоль/л

Калий:4,0 мкмоль/л

Полный анализ крови: от 12.08.13

Эритроциты: 5,34×1012

Hb: 164

Гематокрит: 0,44

Средний объем эритроцита: 82 fl

Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах: 30,6

Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах: 373 г/л

Показатель анизоцитоза: 13,8 %

Тромбоциты: 266\*109/л

Средний объем тромбоцита: 7,8 fl

Гетерогенность тромбоцита: 13,3 (15,5-17,1)

Тромбокрит: 0,207%(0,108-0,282)

СОЭ 4мм/ч

11. Ультразвуковое исследование

Правая почка: размеры средние, расположение – обычное, контуры ровные, чашечно-лоханочная система расширена. Соотношение чашечно-лоханочной системы к паренхиме обычное. Паренхима – без особенностей, толщина – 47 см. Левая почка: размеры средние, расположение обычное, контуры ровные, чашечно-лоханочная система не расширена. Соотношение чашечно-лоханочной системы к паренхиме обычное. Паренхима без особенностей. Толщина – 1,8см. Дополнительных признаков нет.

Заключение УЗИ: уростаз справа.

Обзорные урограммы:

Почки обычных размеров с ровными контурами, располагаются в трохопозиции на обычном уровне. Поясничные мышцы и костная система не изменены. В проекции почек и мочевыводящих путей тени конкрементов убедительно не определяется.

Экскреторная урография на 7,10,15 : Почки обычных размеров и расположения. Функция на 7- асинхронная, левая почка отстает в контрастировании. Правая почка: размеры 13х6 см. С четкими ровными контурами. Контролируется на 7 минуте. Лоханка несколько расширена, расположена на уровне верхнего края L2. Шейка чашечки расширена, гипотонична. Своды уплощены, симметричны. В ортопозиции смещаемость в пределах нормы, контрасты в ЧЛС cохраняется. Мочеточник контролируется на всем протяжении до устья шириной до 0,7. Дефект на почки убедительно не определяется.

Левая почка: размеры 12х6,с четкими ровными контурами. Контролируется на 7 минуте. Лоханки средней емкости, расположены на уровне тела L2. Шейка чашечки б/о. Своды симметричны. В ортопозиции смещаемость почек ограничены. Контраст ЧЛС б/о.

Заключение: Правостороннее легкое каменно-пиелоуретероэктдия с предположительным блоком в устье правого мочеточника. Рентгенологически признаки хронического пиелонефрита.

12. Обоснование клинического диагноза

На основании жалоб больной: острые, ноющие, интенсивные боли в поясничной области, в левой половине живота. Отмечалась резкая боль по ходу мочеточника, резь при мочеиспускании, задержка мочи.

На основании объективных данных: В мочеточниковых точках справа болезненность. Справа симптом сотрясения слабо положительный.

На основании лабораторно-инструментальных методов: По анализам мочи определяется кислая реакция (pH=5). По заключению УЗИ: уростаз справа.

На основании вышеперечисленных данных я выставляю диагноз: Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети правого мочеточника.

13. Дифференциальная диагностика

Дифференциально-диагностическая оценка почечной колики:

Почечная колика может развиться при малярии, вследствие малярийного нефрита, но в таком случае рентгенография должна дать отрицательный результат, а она выявляет все признаки наличия камней.

Почечная колика может развиться при хроническом отравлении свинцом, а настоящая больная контакта со свинцом не имела (при работе на электромеханическом заводе в цехе пластмасс контактировала с формальдегидами).

Припадки типичной почечной колики могут развиться у истерических особ. Но наличие белка и эритроцитов в моче свидетельствует в пользу МКБ. В том числе настроение пациентки ровное и спокойное.

При сочетании почечной колики и гематурии возникает необходимость в дифференциальной диагностике между МКБ и опухолью почки. При опухоли – вначале обильная гематурия, а затем почечная колика. В настоящем случае сначала возникают боли, а затем – гематурия, что свидетельствует в пользу МКБ.

При очаговых поражениях почки (абсцесс, карбункул) может развиться картина почечной колики. При этих заболеваниях характерен потрясающий озноб, значительное повышение температуры тела, очень высокий лейкоцитоз, что не характерно в настоящем случае.

Почечная колика может развиться и при хроническом интерстициальном нефрите, для которого характерны явления со стороны сердца, гипертония, низкий удельный вес мочи, что противоречит данному случаю.

При туберкулезе почки может развиться картина почечной колики, при которой в моче выявляются туберкулезные палочки. В данном случае они не обнаружены.

Таблица 3. Дифференциальный диагноз между МКБ и заболеваниями некоторых органов брюшной полости:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Болезнь, признаки | Жалобы | объективно | Лабораторные исследования | Инструментальные исследования |
| Мочекаменная болезнь | острые, ноющие, интенсивные боли в поясничной области, в левой половине живота, иррадиирущие в паховую область, усиливающиеся при физических нагрузках. Отмечалась резкая боль по ходу мочеточника, резь при мочеиспускании, задержка мочи | В мочеточниковых точках слева болезненность. Слева симптом сотрясения слабо положительный. |  Кислая реакция мочи. Умеренное повышение СОЭ. | УЗИ: конкремент верхней трети мочеточника с явлениями уретропиелокаликоэктазии. По заключению обзорной урограммы: в проекции верхней трети мочеточника- тень треугольной формы разметами 0,6- 0,7см.  |
| Острый холецистит | 1. Сильные боли в правом подреберье, возникающие внезапно, иррадиируют в правую надключичную ямку, правую лопатку, межлопаточную область. | Часто желтушность склер и кожи. Желчный пузырь увеличен, пузырные симптомы положительны (Керра-Гаусмана, Курвуазье, Образцова-Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Лепене |  В крови увеличение количества билирубина.повышен уробилин. | Эхографические исследование: утолщение стенки пузыря, накопление жидкости вокруг желчного пузыря. |
| Острая кишечная непроходимость |  Боли чаще возникают после погрешностей в питании | Нет напряжения мышц живота, симптомы раздражения брюшины выражены слабо, вздутие живота. При перкуссии живота определяется тимпанит, кишечные шумы не выслушиваются. Часто в прямой кишке выявляют слизь с кровью. Положительный симптом Валя. |  Повышен уробилин |  При рентгенологическом исследовании наблюдается уровни жидкости в раздутых кишечных петлях ( чаши Клойберга ) |
| Острый панкреатит | Резкие боли в эпигастральной области, боли опоясывающие, тошнота, многократная рвота. Боли чаще локализуются в левой половине эпигастрия, в правом подреберье, в спине | Живот умеренно напряжен. При пальпации - болезненность в эпигастрии и в правом подреберье, ослабление перистальтических шумов, притупление перкуторного звука. При осмотре- вздутие живота, кожа имеет мраморный оттенок, в области пупка- синюшные пятна .Положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона | Лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево. Увеличение СОЭ. Увеличение амилазы, липазы в крови, активность диастазы, амилаза в моче. Повышена глюкоза в крови, АЛТ и АСТ | УЗИ – увеличение органа, уплотнение, инфильтрация, воспалительная жидкость, неровность контуров, неоднородность структуры, снижение эхогенности при отеке. При рентгенографии иногда выявляют кальцификаты. При гипотонической дуоденграфии - признаки увеличения головки поджелудочной железы. |

12. Лечение

Режим: стационарный

Диета: стол №15,питание направлено на восстановление нормального обмена веществ и поддержание гомеостаза.

Медикаментозная терапия:

Дезинтоксикационная терапия: Sol. Natrii chloride 0,9% - 1000,0 в/в капельно 1 раз в день

Sol. Euphyllini 2,4% - 3,0 в/в капельно (улучшение почечного кровотока)

Но-шпа, 2% раствор по 2мл, вводить внутримышечно 2 раза в день

Sol. Ketoroli 3% - 1 мл в/м.

активизация уродинамики, с целью добиться самостоятельного отхождения камней, на борьбу с инфекцией и растворение камней: цистенал (или артемизол) – по 4-5 капель на сахаре за ½ - 1 ч. до еды 3 раза в день. В качестве мочегонных средств – лазикс 2,0 мл внутривенно.

Для купирования почечной колики – тепловые процедуры (горячая ванна, грелка) в сочетании с инъекциями болеутоляющих средств и спазмолитиков: баралгин 5,0 мл внутримышечно.

санаторно-курортное лечение: рекомендовано после отхождения камня. Рекомендуются минеральные воды Ессентуки №20, Нафтуся, Саирме.

вибромассаж на низ живота.

2. Оперативное лечение в данном случае показано, если камень будет вызывать боли, способствовать нарушению оттока мочи.

Прогноз

 Прогноз в отношении жизни при успешном лечении благоприятный, т.к. нет угрозы развития осложнений, опасных для жизни.

 Прогноз в отношении заболевания благоприятный, т.к. есть уверенность в выздоровлении.

Прогноз в отношении трудоспособности – благоприятный, после выздоровления больная сможет вернуться к труду.

Используемая литература

1. Урология. Под редакцией Н.А. Лопаткина. Москва, «Медицина», 1995 г., с.295-336.
2. О.Л. Тиктинский. Уролитиаз. Ленинград, «Медицина», 1980 г., с.148-156.
3. Л.Н. Кузменко. Мочекаменная болезнь», Киев, 1960 г., с.100-116.
4. В.П. Смеловский. Мочекаменная болезнь. Куйбышев, 1965 г., с.95-100.
5. Хирургические болезни. Под редакцией М.И.Кузина, 1986 г., с. 491-506.
6. В.Г. Астапенко, Н.Н. Малиновский. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 1979 г., с.56-79.
7. Я.М. Вахрушев. Внутренние болезни. Ижевск, 2000 г., с.289-292, 301-307, 335-339.
8. Я.М. Вахрушев, Е.Ю. Шкатова. Лабораторные методы диагностики. Ижевск, 2004 г., с.3-29.