Паспортная часть.

Ф.И.О.: x Возраст: 29 лет

Профессия: психолог

Место жительства: ул. Жени Егоровой,

Дата поступления в клинику: 08.11.95г. Диагноз при пос-

туплении: Мочекаменная болезнь. Камни в нижней трети ле-

вого мочеточника.

Жалобы.

На момент поступления больная предъявляет жалобы на

тянущие боли в пояснице.

На момент осмотра больная предъявляет жалобы на ко-

лющие боли, не интенсивные

Жалобы за прошедшие сутки: нет.

Anamnesis morbi:

Считает себя больной с 1982 года, когда впервые у

больной появилась левосторонняя почечная колика. Была

вызвана скорая помощь. Введение спазмолитиков ликвидиро-

вало симптом. Госпитализация не была предложена.

В 1989 году, без видимых причин возникла следующая

левосторонняя почечная колика. Врач скорой помощи ввел

спазмолитик.

В 1992 году имела место двусторонняя почечная коли-

ка, которая в данном случае сопровождалась подъемом тем-

пературы до 37,5 градусов. Введение спазмолитиков купи-

ровало приступ.

Осенью 1992 года имело место обострение хронического

пиелонефрита. Лечилась самостоятельно.

В марте 1994 года возникла двусторонняя почечная ко-

лика, которая сопровождалась подъемом артериального дав-

ления до цифр 200/130. Не госпитализировалась.

В сетябре 1994 года была госпитализирована по поводу

обострения пиелонефрита.

В июне 1995 года была госпитализирована по поводу

мочекаменной болезни. Была произведена операция - лазер-

ная литотрипсия. Раздробили один камень.

8-го ноября 1995 года больная в плановом порядке

поступила в больницу им. Петра Великого с жалобами на

тянущие боли в поясничной области.

Anamnesis vitae.

Родился в Ленинграде, в рабочей семье первым ребен-

ком. Росла и развивалась нормально. Пошла в школу в 7

лет, училась хорошо. Начала трудовую деятельность в 23

года.

Образование - высшее. Работает психологом. Професси-

ональные вредности отсутствуют. Рабочий день и рабочая

неделя нормированные.

Перенесенные заболевания: В детстве больная перенес-

ла свинку. Гинекологический анамнез:

Менструации начались с 12 лет, регулярные, безболез-

ненные, по пять дней, через 28.

Б - 0; А - 0; Р - 0.

Семейное положение: не замужем, детей нет.

Семейный анамнез и данные наследственности: Наследс-

твенность не отягощена.

Материально обеспечена удовлетворительно. Живет в

общежитии. Питание регулярное, разнообразное, полноцен-

ное (горячая пища). Гигиенические нормы соблюдает.

Вредные привычки: Не курит. Алкоголь употребляет по

праздникам.

Аллергологический анамнез: Имеется аллергическая ре-

акция на гентомицин и оксициллин, в виде крапивницы. На

другие аллергены реакцию отрицает.

Гемотрансфузионный анамнез.

Переливали кровь в июне 1995 года (во время опера-

ции).

Эпиданамнез.

Вирусный гепатит, туберкулез, вен.заболевания, брюш-

ной и сыпной тифы отрицает.

За последние 6 месяцев за пределы города не выезжа-

ла. Контакта с инфекционными больными не было. Стул

оформленный, регулярный, 1 раз в день.

Делала самостоятельно инъекции спазмолитиков. Группа

крови 1, Rh -.

Страховой анамнез:

б/л 5-29 июня 1995 года

Status praesens objectivus.

Состояние больной удовлетворительное. Сознание яс-

ное. Положение активное. Телосложение правильное, по

внешнему виду соответствует паспортному возрасту.

Антропометрические данные:рост 175 см., вес 64 кг.,

окружность грудной клетки 96 см. Нормостемический тип

конституции.

Кожные покровы: Обычной окраски, чистые, влажные.

Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых

пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки блед-

но-розового цвета. Подкожная жировая клетчатка развита

умеренно. Отеков нет.

Периферические лимфатические узлы: подглоточные,

яремные, паховые, шейные, затылочные пальпируются безбо-

лезненные, мягкой эластической консистенции.

Молочные железы: правильной формы, соски симметрич-

ные, уплотнения не пальпируются.

Мышечная система: Общее развитие хорошее. Болезнен-

ности при пальпации нет.

Костно-суставной аппарат: Без видимых изменений.

Грудная клетка обычной формы. Суставы обычной конфигура-

ции, при пальпации безболезненные, активная и пассивная

подвижность сохранена.

Исследование сердечно-сосудистой системы:

Пульс 76 ударов в минуту, ритмический, удовлетвори-

тельного наполнения и напряжения, симметричный. При

пальпации височных, сонных артерий верхних и нижних ко-

нечностей ощущается их пульсация. Варикозного расширения

вен нет. АД 120/80 мм Hg

Осмотр области сердца.

Форма грудной клетки а области сердца не изменена.

Верхушечный толчок не виден.

Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье,

на 1 см. кнутри от linea axillaris anterior, протяжен-

ность 7 ~ 02 см., умеренной силы.

Границы относительной сердечной тупости.

Правая в 4-ом м.р. - на 1 см. кнаружи от правого

края грудины.

Верхняя: на уровне 3-го ребра у левого края грудины.

Левая: в 5-ом м.р. на 1 см. кнутри от linea axilla-

ris anterior.

Границы абсолютной сердечной тупости.

Правая - в 4-ом м.р. по левому краю грудины.

Верхняя: на 4-ом ребре.

Левая: в 5-ом м.р. на 3 см. кнутри от границы отно-

сительной сердечной тупости.

Сосудистый пучок - в 1-2-ом м.р. не выступает от

края грудины, правая и левая граница тупости располага-

ется по краям грудины.

При аускультации тоны сердца глухие, 1-ый тон на

верхушке несколько ослаблен. На верхушке выслушивается

систолический шум.

Система органов дыхания.

Грудная клетка обычной формы, симметричная. Обе по-

ловины ее равномерно и активно участвуют в акте дыхания.

Тип дыхания - грудной. Дыхание ритмичное с частотой 16

дыхательных движений в минуту. Грудная клетка безболез-

ненная, эластичная. Голосовое дрожание не изменено, оди-

наковое с обоих сторон.

Топографическая перкуссия легких.

Нижние границы легких.

------------------------------T------------T---------¬

¦ ¦ правое ¦ левое ¦

+-----------------------------+------------+---------+

¦l. parasternslis ¦ верх. край ¦ ------ ¦

¦ ¦ 6-го ребра ¦ ¦

¦l. medioclavicularis ¦ ниж. край ¦ ------ ¦

¦ ¦ 6-го ребра ¦ ¦

¦l. axillaris anterior ¦ 7 ребро ¦ 7 ребро ¦

¦ ¦ ¦ ¦

¦l. axillaris media ¦ 8 ребро ¦ 9 ребро ¦

¦ ¦ ¦ ¦

¦l. axillaris posterior ¦ 9 ребро ¦ 9 ребро ¦

¦ ¦ ¦ ¦

¦l. sсapularis ¦ 10 ребро ¦ 10 ребро¦

¦ ¦ ¦ ¦

¦l. paravertebralis ¦ 11 ребро ¦ 11 ребро¦

L-----------------------------+------------+----------

Высота стояния верхушек спереди: справа: 4 см; сле-

ва: 4 см; сзади - на уровне остистого отростка 7-го шей-

ного позвонка. Активная подвижность легочных краев по l.

axillaris posterior: справа 6 см; слева 6 см на выдохе и

на вдохе.

При сравнительной перкуссии во всех отделах легких

выслушивается ясный легочный звук.

Аускультация: над всей поверхностью легких выслуши-

вается везикулярное дыхание.

Побочных дыхательных шумов нет.

Пищеварительная система.

Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета.

Десны розовые, обычной влажности. Язык влажный, не обло-

жен. Полость рта не санирована. Имеются кариозные зубы.

--T-----------------T----------------¬

¦ ¦ 8 7 6 5 4 3 2 1 ¦ 1 2 3 4 5 6 7 8¦

+-+-----------------+----------------+

¦В¦ + + к + + + + + ¦ + + + + + + + +¦

+-+-----------------+----------------+

¦Н¦ + к + + + + + + ¦ + + + + + к + +¦

L-+-----------------+-----------------

к - кариес +/- - есть/нет

Зев чистый, миндалины не увеличены.

Живот.

Живот правильной формы, симметричный, брюшная стенка

равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной

пальпации живот мягкий, безболезненный. Наблюдается

пульсация брюшной аорты. Симптом Щеткина-Блюмберга отри-

цательный.

Глубокая пальпация. В левой подвздошной области оп-

ределяется безболезненное, плотной эластической консис-

тенции, смещающаяся неурчащая сигмовидная кишка. Слепая

кишка пальпируется в правой подвздошной области, безбо-

лезненная, подвижная, слегка урчащая.

Поперечно-ободочная кишка обычной консистенции, на

уровне пупка.

Печень.

Печень из-под реберной дуги не выходит. Размеры пе-

чени по Курлову 9\*8\*7 см

Селезенка.

Не пальпируется. Безболезненная. Перкуторно ощущает-

ся по l. axillaris media sinistra с 9 по 11-ое ребро.

Мочевыделительная система.

Почки не пальпируются, поколачивание по поясничной

области болезненное справа, безболезненное - слева.

Предварительный диагноз.

Мочекаменная болезнь. Камни в нижней трети лево-

го мочеточника.

План обследования.

1. Клинический анализ крови.

2. Биохимический анализ крови.

3. Анализ мочи.

4. Хромоцистоскопия.

5. Обзорная урограмма.

6. Экскреторная урография.

7. Ретроградная пиелография.

Результаты дополнительных методов исследования.

Окончательный диагноз.

Учитывая жалобы больного - тупы боли в поясничной

области, измемение цвета мочи и результаты исследований:

положительный симптом Пастернадского, болезненность при

пальпации в области по ходу мочеточника; в анализе крови

- лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увели-

чение СОЭ; в анализе мочи - свежие эритроциты и соли;

при рентгенологическом исследовании на обзорной урограм-

ме - видны тени камней, на экскреторной урографии - де-

фект наполнения в левом мочеточнике, можно поставить ди-

агноз:

Мочекаменная болезнь.Камни в нижней трети левого мо-

четочника.

Дифференциальный диагноз.

Данное заболевание необходимо дифференцировать со

следующими болезнями: острый аппендицит, острый холецис-

тит, прободная язва желудка, острая непроходимость тон-

кой кишки, острый панкреатит, внематочная беременность.

В данном случае нельзя поставить диагноз острый ап-

пендицит, т.к. эта болезнь развивается постепенно, начи-

нается с повышения температуры тела и болей в эпигаст-

ральной, а затем в подвздошной области, тошноты и рвоты.

Пульс учащен, выражены симптомы Ровзинга и Щеткина-Блюм-

берга. Все это отсутствует у данной больной, следова-

тельно, это не аппендицит.

Также нельзя поставить диагноз острый холецистит,

отличительной чертой которого являются сильные боли в

правом подреберье, которые возникают внезапно, иррадии-

руют в правую лопатку, правую надключичную ямку. Имеется

напряжение мышц передней брюшной стенки. Желчный пузырь

увеличен.

Пробадную язву желудка отличают сильные, "кинжаль-

ные", боли в эпигастральной области, которые возникают

внезапно в момент перфорации. Сопровождается перитони-

том. Больной лежит неподвижно, брюшная стенка доскооб-

разно напряжена.

Нельзя поставить диагноз острая непроходимость тон-

кой кишки, т.к. она начинается внезапно с сильных схват-

кообразных болей в животе, задержки стула и газов, взду-

тия живота, рвоты.

Острый пакреатит проявляется сильными болями в эпи-

гастральной области, иррадиирующими в спину, плечо, под-

реберье и быстро приобретающими характер опоясывающих.

Наблюдается рвота. Общее состояние тяжелое, но темпера-

тура тела нормальная. Содержание диастазы в крови и моче

повышено.

Внематочная беременность проявляет себя постоянными

болями внизу живота, положением больной на спине с сог-

нутыми ногами, положительными симптомами раздражения

брюшины, картиной внутреннего кровотечения.

Этиология и патогенез.

Этиология. По происхождению камни в мочеточнике

практически всегда являются сместившимися камнями почек.

Они разнообразны по форме и величине. Чаще встречаются

одиночные камни, но бывают два, три камня и более в од-

ном мочеточнике. Камень часто задерживается в местах фи-

зиологических сужений мочеточника, у места выхода из ло-

ханки, при перекресте с подвздошными сосудами, в около-

пузырном (юкставезикальном) и интрамуральном отделах.

Патогенез. Многочисленные факторы, способствующие

образованию камней почек на фоне тубулопатии, можно раз-

делить на экзогенные, а последние - на общие (свойствен-

ные всему организму) и местные (связанные непосредствен-

но с изменениями в почке).

К экзогенным патогенетическим факторам относят кли-

матические и геохимические условия, особенности питания

и т.д.

Несомненную роль играют температура и влажность

воздуха, характер почвы, состав питьевой воды и насыщен-

ность ее минеральными солями, флора и фауна.

Особое место среди эндогенных факторов, способству-

ющих развитию нефролитиаза, занимает гиперфункция около-

щитовидных желез (гиперпаратиреоидизм), вызывающая нару-

шение фосфорно-кальциевого обмена.