АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра урологии и нефрологии

Зав. каф. **А.И. Неймарк**

Асс. Группы И.Н. Музалевская

**История болезни**

Больной Х.Х.Х

Диагноз основной: Острый двусторонний пиелонефрит.

 Куратор, ст. 4 курса

 Лечебного факультета 406 гр.

 ***КочёковД.Е.***

**Барнаул 2012г.**

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

ФИО: Х.Х.Х

Дата рождения: 15.07.1973

Дата поступления: 29.03.2012

Место работы: ИП

Диагноз при поступлении: острый пиелонефрит.

**ЖАЛОБЫ**

На тупые боли в области поясници, ноющего характера, беспокоящие больного постоянно, не зависящие от времени суток. Боль в нижних отделах живота, тянущего характера, тупая, возникающая приступообразно.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больной последний месяц , когда после переохлаждения появились резкие боли в поясничной области и в низу живота, повысилась температура тела до 38-39 С . Больная обратилась к врачу и была госпиталезированна в городскую больницу №11 29.03.2012. Были проведены общеклинические исследования (анализ крови и мочи). Посев мочи на микробную флору , УЗИ почек и мочевого пузыря. Поставлен диагноз «Острый двусторонний пиелонефрит». Отмечает улучшение состояния на фоне проводимого лечения.

**ЖИЗНЕННЫЙ АНАМНЕЗ**

Родилась вторым ребенком в семье. Росла и развивалась нормально. Часто болела ангиной и гриппом.

Мать больной умерла от инсульта в возрасте 67 лет. При жизни страдала пороком сердца. Отец умер в 1992. Младшая сестра больной страдает почечной патологией с детства (какой именно, больная ответить затруднился). Дочь больной не страдает заболеванием почекю Со слов больной , злокачественными новообразованиями , болезнями обмена , психическими , венерическими болезнями , туберкулезом никто из семьи и ближайших родственников, и она сама, не страдает.

Проживает одна в благоустроенной 2-х комнатной квартире . Питание регулярное , полноценное . Материальная обеспеченность достаточная, курит, алкоголь не употребляет

# ОБЩИЙ СТАТУС

Общее состояние удовлетворительное. Кожа лица и шеи гиперемирована, высыпаний нет, влажность кожи умеренная, эластичность снижена . Видимые слизистые розовые, блестящие, чистые, влажные. Положение активное. Телосложение гиперстеническое. Рост 167 см. Вес 66 кг. Температура тела 36,5 С. Подкожная жировая клетчатка развита нормально, распределена равномерно. Лимфоузлы не увеличены. Сила мышц в норме. Тонус не снижен. Патологических изменений при осмотре в костях черепа, позвоночника , грудной клетки , таза , длинных трубчатых костях не обнаружено .

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Тахикардии и болей не отмечается. Видимой пульсации шейных вен и артерий нет. Пульс 76 уд/мин. При аускультации на верхушке выслушивается грубый систолический шум . Пульс слабого наполнения, удовлетворительного напряжения . АД 120/80.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ**

Дыхание свободное, не затрудненное, через нос. Ритмичное. Одышки и кашля нет. Частота дыхательных движений 20 в мин.

**ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Аппетит снижен. Глотание свободное, не затрудненное. Слизистая рта розовая , влажная. На языке белый налет. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Окраска кожи живота нормальная. Живот правильной формы. Поверхностная пальпация кишечника безболезненна. При глубокой пальпации отмечается болезненность в левой подвздошной области. Печень не выходит за края правой реберной дуги, пальпация ее безболезненна, край ровный, эластичный . Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются. Акт дефекации несколько затруднен.

**МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

Кожа в проекции органов мочеполовой системы при осмотре не изменена. Почки не паьпируются, пальпация болезненна. Мочевой пузырь определяется перкуторно в виде тупости, переполнения нет, отмечено выбухание надлобковой области нет. Пальпация мочеточниковых точек с обеих сторон болезненна. Наружное отверстие уретры осмотреть не удалось по причине отказа больного от данного исследования.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Анализ крови**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Норма  |
| Er | 4.2 | 3.9-5.0 |
| Hb | 135 | 120-160 |
| ЦП | 0.9 | 0.8-1.0 |
| Le | 4.6 | 4-9 |
| Эозин. | 3 | 1-5 |
| Сегмент. | 44 | 45-70 |
| Лимфоц. | 34 | 18-40 |
| Моноц. | 8 | 2-9 |
| Глюкоза | 4,4 | 3,3-5,7 |
| Креатинин | 0,09 | 0,04-0,1 |

**Анализ мочи клинический**.

Кол-во 60,0

Цвет мочи желтый

Прозрачность полная

Относительная плотность 1005

Белок 0.05 г/л

Лейкоциты 10-15 в п/зр

Эритроциты ед. в п/зр

Эпителий ед. в п/зр

Соли оксалаты

Заключение: имеет место лейкоцитурия, протеинурия, микрогематурия и повышение количества эпителия в моче.

**СПЕЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

УЗИ *Печень*: однородная, размеры правой доли 80\*130 мм, протоки и сосуды не расширены. *Жел.пуз.:* обычной формы, стенки уплощены, конкрементов нет. *Поджел. жел.:* однородная, размеры не увеличены. *Селезенка* не увеличена.  *Почки*: левая почка, 133\*69, правая почка,125\*69. Паренхима утолщена – 28 мм, чашечки 12-15 мм. *Мочевой пузырь*: без патологии. Остаточной мочи 200 см3.

# ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Жалобы пациента, объективное исследование и результаты параклинических тестов позволяют предположить патологию со стороны мочеполовой системы. Выявлены следующие синдромы: дизурические расстройства (жалобы и объективно). На основании жалоб больного (на боли в пояснице и внизу живота) , анамнеза (наличие семейной предрасположенности , провоцирующего фактора - переохлаждения), данных объективного и данных лабораторных и инструментальных исследований (лейкоцитурия , эритроцитурия. Ощущение неполного опорожнения пузыря и достаточный объем остаточной мочи. Наличие лейкоцитурии говорит о фазе латентного воспаления чашечно--лоханочного аппарата.

 Клинический диагноз основной: острый двусторонний пиелонефрит.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Острый пиелонефрит следует дифференцировать от туберкулеза и гломерулонефрита. Против туберкулеза в данном случае свидетельствует отсутствие ранее перенесенного процесса , гематурии. 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 дифференцируют по данным цистоскопии (после ликвидации воспалительных явлений) и эндовезикальной биопсии , как и простую язву мочевого пузыря. По своей клинической картине аденома парауретральных желез похожа на рак предстательной железы тем, что и в том и в другом случае имеется нарушение оттока мочи из мочевого пузыря. Однако в данном случае нет характерной для рака неравномерной, каменистой консистенции, бугристой поверхности, типичной картины метастазов в регионарные лимфоузлы и кости. При катетеризации мочевого пузыря исключена стриктура мочеиспускательного канала, иначе он был бы непроходим. Цистоскопии для дифференциальной диагностики опухоли или склероза шейки мочевого пузыря не проводили.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.**

Чаще всего пиелонефрит вызывается кишечной эшерихией, энтерококком, протеем, стафилококками, стрептококками. У 1\3 больных острым пиелонефритом и у 2/3 больных хроническим пиелонефритом микрофлора бывает смешанной. Во время лечения микрофлора и ее чувствительность к антибиотикам меняются, что требует повторных посевов мочи для определения адекватных уроантисептиков. Необходимо помнить о роли протопластов и L-форм бактерий в возникновении рецидивов пиелонефрита. Если инфекция в почке поддерживается протопластами, то посев мочи не обнаруживает их. Развитие пиелонефрита в значительной степени зависит от общего состояния макроорганизма, снижения его иммунобиологической реактивности. Инфекция проникает в почку, лоханку и ее чашечки гематогенным или лимфогенным путем, из нижних мочевых путей по стенке мочеточника, по его просвету- при наличии ретроградных рефлюксов. Важное значение в развитии пиелонефрита имеют стаз мочи, нарушения венозного и лимфатического оттока из почки. Пиелонефриту часто предшествует латентно протекающий интерстициальный нефрит.

## Предрасполагающие факторы

1. Пол - чаще у женщин, в 2-3 раза, 70% женщин заболевают до 40 лет, а мужчины - после. У женщин 3 критических периода:
а) детский возвраст: девочки в этот период болеют в 6 раз чаще мальчиков:
б) начало половой жизни:
в) беременность.
2. Гормональный дисбаланс: глюкокортикоиды и гормональные контрацептивы.
3. Сахарный диабет, подагра.
4. Аномалии почек и мочевыводящих путей.
5. Лекарственные поражения по типу абактериального интрестициального нефрита (сульфаниламиды, противотуберкулезные, витамин Д в больших дозах, фенацетин, анальгетики, нефротоксические антибиотики.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Режим постельный 1 - 2 недели, можно и дома. Ориентироваться на снижение температуры. Расширение режима только при нормализации температуры. При интеркурентных инфекциях постельный режим. Питание: ограничение острых блюд, консервов, спиртных напитков и кофе. Соль ограничивают до 5 - 8 г/сут. на 2 - 3 недели, при гипертензии до 2 - 4 г. (исключение соль - теряющая почка при тубулярной форме). Питьевой режим не ограничивают, 2 - 3 л/сут. обязательно, особенно полезен клюквенный морс из-за бактериостатического действия. При почечной недостаточности питание особое. Медикаментозное лечение: активная антибактериальная терапия: антибиотики, сульфаниламиды, нитрофураны, препараты налидиксовой кислоты, ПАЛИН, комбинированные препараты. В первые две недели антибиотики + сульфаниламиды или антибиотики + налидиксовая кислота. Требования к антибиотикам: 1) эффективность к большинству возбудителей пиелонефрита; 2) отсутствие нефротоксичности: левомицетин, цепарин, тетрациклин, гентамицин. Из сульфаниламидов - длительного действия, так как реабсорбция: сульфопиридазин и сульфадиметоксин. Нитрофураны при кишечной палочке и Гр (+), Гр (-): фурадонин, фурагин, солафур в/в капельно. Налидиксовую кислоту не сочетать с нитрофуранами. Палин действует на Гр(+) и на Гр(-). Имеет особенность: вызывает фотосенсибилизирующее действие -> нельзя загорать. Комбинированные препараты: 5-НОК (5 - нитроксихинолин) - состоин их нитрофурана и оксихинолина. Бисептол.

**ПРОГНОЗ ДЛЯ ЖИЗНИ И РАБОТЫ**

В отношении жизни благоприятный. В отношении здоровья прогноз. Рекомендовано соблюдение диеты, ограничение физических и эмоциональных нагрузок, санирование очагов инфекции, коррекция артериальной гипертензии , длительное наблюдение лечащего врача.