**Паспортная часть.**

1. ФИО – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Год рождения – 1941
3. Место жительства – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Место работы – пенсионер
5. Дата поступления – 12.10.2012

**Жалобы.**

На момент поступления. Пациентка предъявляет жалобы на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 38.5 С, озноб, общее ухудшение самочувствия, учащенное мочеиспускание.

На момент курации. Жалобы на умеренную боль поясничной области слева.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной в течение недели, когда появился озноб, постоянные ноющие боли в поясничной области слева, повысилась температура тела до 38.5 С. Заболевание связывает с переохлаждением.

К врачу не обращалась. Для снижения температуры принимала жаропонижающие средства (парацетамол). 12.10.12 после ухудшения состояния была доставлена СМП в 2-е нефрологическое отделение ВОКБ с диагнозом острый пиелонефрит слева.

**Anamnesis vitae.**

Росла и развивался нормально. В школу пошла соответственно возрасту. Закончила педагогический институт. Замужем, имеет двоих детей.

Профессиональные вредности отсутствуют. Материально-бытовые условия хорошие, питается 3 раза в день, принимает горячую пищу.

Перенесенные заболевания и операции: простудные.

 Операции: холецистэктомия в 1968 году.

Туберкулез, болезнь Боткина, венерические заболевания, онкозаболевания отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Гемотрансфузий не было. Наследственный анамнез не отягощен.

 Вредные привычки отрицает.

Сопутствующие заболевания: АГ II ст. риск 4.

**Объективное исследование**

Состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, по внешнему виду соответствует возрасту.

Гиперстенический тип конституции. Рост 166 см, вес 72 кг. Оволосение по женскому типу. Температура 36,9 (на момент курации)

Кожный покров: Обычной окраски, чистый, сухой. Ногти овальной формы, ломкость, деформация ногтевых пластинок отсутствует. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, отложение жира по женскому типу. Отеков нет.

Периферические лимфатические узлы: затылочные, околоушные, подчелюстные, над и подключичные, подмышечные, кубитальные , паховые, подколенные – не увеличены, безболезненны, обычной плотности, подвижны.

Зев чистый, миндалины не увеличены, их слизистая розовая.

Кости не деформированы. Суставы правильной формы, безболезненные. Ногтевые фаланги пальцев не изменены. Щитовидная железа: при пальпации не увеличена.

**Общесоматический статус.**

Сердечно-сосудистая система

 Форма грудной клетки в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно определяется в 5-ом межреберье, на 1 см. кнаружи от linea medioclavicularis, средней силы, площадью 2.5 см2. Сердечный толчок не пальпируется. Пульс частотой 84 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения, симметричный на обеих руках.

При перкуссии правая граница сердечной тупости определяется в:

4-ом межреберье - на 1.5 см. кнаружи от правого края грудины;

в 3-ем межреберье на 0.5 см. кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется

между linea sternalis и linea parasternalis на уровне 3-го ребра.

Левая граница относительной сердечной тупости определяется:

в 5-ом межреберье по linea medioclavicularis;

в 4-ом межреберье по linea medioclavicularis;

в 3-ем межреберье на 1,5 см кнаружи от linea parasternalis.При аускультации на верхушке сердца первый тон приглушен, На основании сердца второй тон приглушен, соотношение между первым и вторым тоном не изменено, акцент II тона на аорте. Артериальное давление на момент осмотра 150/70 мм. рт. ст.

**Система органов дыхания.**

 Обе половины грудной клетки равномерно и активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - смешанный. Дыхание ритмичное с частотой 16 дыхательных движений в минуту, средней глубины.

Пальпация:

Грудная клетка безболезненная, эластичная. Голосовое умеренное по силе, одинаковое с обоих сторон. Границы легких не изменены.

Топографическая перкуссия легких.

Нижние границы легких.

 Высота стояния верхушек легких: спереди на 3 см. выше ключицы, сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Ширина перешейков полей Кренига 6 см. Активная подвижность нижнего края легких по linea axilaris media 5 см. справа и слева. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук.

 Аускультация: над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Патологических дыхательных шумов нет.

**Пищеварительная система.**

 Слизистые щек, губ, твердого неба розового цвета. Осмотр языка: язык обычных размеров, розовый, влажный, чистый, сосочки сохранены, не обложен, трещины, опухоли, язвы отсутствуют. Миндалины: не увеличены, гнойные пробки, налет отсутствуют. Слизистая сухая, гладкая. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации не выходит из-под края реберной дуги. Край ее ровный, острый, безболезненный. Размеры по Курлову: 9-8-7 Селезенка не пальпируется, перкуторно 4Х6 см, безболезненная. Живот доступен для глубокой пальпации во всех отделах.

**Мочевыделительная система.**

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания с левой стороны положительный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна.

**Психический статус.**

Сознание ясное, больная ориентируется в пространстве и времени.

**Дополнительные методы исследования и консультации специалистов.**

# ЭКГ от 12.10.12г

Синусовый ритм. Нормальная ЭОС. Признаки гипертрофии левого желудочка с умеренными изменениями в миокарде. ЧСС 82 уд. в мин.

# Общий анализ крови (12.10.12)

Hb – 150 г/л

Лейкоциты – 9.2\*10 9/л

Er – 4\*10 12/л

Палочк. – 8

Сегм. – 60

Лимфоциты – 22

Моноциты – 6

СОЭ – 18 мм/ч

# Биохимический анализ крови (24.02.12)

АСТ – 43 mmol/l

АЛТ – 48 mmol/l

Общий биллирубин – 12,8 mmol/l

Глюкоза – 5.1 mmol/l

Мочевина – 4,2 mmol/l

Креатинин – 0,091

ОХС – 3.1

# **Общий Анализ мочи** (24.02.12)

Цвет – светло–желт.

Прозрачность – неполная

Реакция – кислая

Удельный вес – 1024

Белок – нет

Эпителий – 600 в п/з

Лейкоциты – 50 в п/з

Эритроциты – 1-2 в п/з

***Анализ мочи по Нечипоренко (13.10.12)***

Лейкоциты 30,0

Цилиндры 0,5

Эритроциты в незначительном количестве

**Дифференциальная диагностика**

 Дифференциальную диагностику необходимо провести с

1. Аппендицит

Необходимость в дифференцировании острого пиелонефрита и острого аппендицита возникает при тазовом расположении червеобразного отростка, так как в этих случаях отмечается учащение мочеиспускания - поллакиурия. Однако постепенно нарастающие боли в пахово-подвздошной области и симптомы раздражения брюшины свидетельствуют о наличии острого аппендицита. Кроме того, при пальпации через прямую кишку определяется резкая болезненность. При ретроцекальном расположении червеобразного отростка симптомы раздражения брюшины обычно отсутствуют, но при этом характер болей и локализация их специфичны для аппендицита. При остром аппендиците в отличие от острого пиелонефрита боли обычно возникают в эпигастральной области, сопровождаются тошнотой и рвотой, а затем локализуются в правой подвздошной области. Температура тела при остром аппендиците повышается постепенно и стойко держится на высоких цифрах, а при остром пиелонефрите внезапно повышается до 38,5 - 39 °С, сопровождаясь ознобом и проливным потом и резко снижаясь по утрам до субнормальных цифр.

1. Острый холецистит

При дифференциальной диагностике острого пиелонефрита и острого холецистита следует учитывать, что для последнего характерны боли в правом подреберье с иррадиацией в лопатку и плечо, симптомы раздражения брюшины, горечь во рту.

1. Амилоидоз почек

Амилоидоз почек в начальной стадии, проявляющийся лишь незначительной протеинурией и весьма скудным мочевым осадком, может симулировать латентную форму хронического пиелонефрита. Однако в отличие от пиелонефрита при амилоидозе отсутствует лейкоцитурия, не обнаруживаются активные лейкоциты и бактериурия, сохраняется на нормальном уровне концентрационная функция почек, нет рентгенологических признаков пиелонефрита (почки одинаковы, нормальных размеров либо несколько увеличены). Кроме того, для вторичного амилоидоза характерно наличие длительно текущих хронических заболеваний, чаще гнойно- воспалительных.

**Клинический диагноз и его обоснование.**

На основании жалоб больной на боли в поясничной области слева, повышение температуры тела до 38.5 С, озноб, общее ухудшение самочувствия, учащенное мочеиспускание; данных анамнеза заболевания (Считает себя больной в течение недели, когда появился озноб, постоянные ноющие боли в поясничной области слева, повысилась температура тела до 38.5 С. Заболевание связывает с переохлаждением); данных анамнеза жизни (страдает АГ II риск 4); данных объективного исследования (положительный симптом поколачивания слева, расширение левой границы сердца, акцент второго тона на аорте, АД 150/70); данных лабораторных методов исследования (ОАК: Лейкоциты – 9.2\*10 9/л, Палочк. – 8 , СОЭ -18 – лейкоцитоз, сдвиг формулы влево ОАМ: Эпителий – 600 в п/з, Лейкоциты – 50 в п/з, прозрачность неполная Анализ мочи по Нечипоренко – лейкоциты 30) пациентке можно поставить следующий клинический диагноз:

Основной: Острый левосторонний пиелонефрит

Осложнения: нет

Сопутствующие: АГ II, риск 4

Лечение

1. Ципрофлоксацин 400 мг в/в капельно 2 раза в сутки
2. Анальгин 50%-2.0
3. Эналаприл 10мг 2 раза в сутки
4. Фуросемид

Прогноз

При соблюдении режима лечения прогноз для жизни и здоровья благоприятный

Дневники

17.10.12

Предъявляет жалобы на слабость, умеренную болезненность в поясничной области слева. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледно-розовые. Пульс 86 в минуту. АД

150/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧД 16 в минуту, дыхание везикулярное во всех отделах. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание свободные.

Периферических отеков нет.

18.10.12

Предъявляет жалобы на слабость, умеренную болезненность в поясничной области слева. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледно-розовые. Пульс 80 в минуту. АД

135/70 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧД 14 в минуту, дыхание везикулярное во всех отделах. Живот мягкий, безболезненный. Стул, мочеиспускание свободные.

Периферических отеков нет.

Эпикриз

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (72 г) была доставлена СМП в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 12.10.12 с жалобами на повышение температуры тела, ознобы, слабость, боли в поясничной области слева. Со слов пациентки больна в течение недели. Проведен ОАК, ОАМ, ЭКГ, БАК, анализ мочи по Нечипоренко Был выставлен следующий клинический диагноз: острый пиелонефрит слева, АГ II риск 4. Назначено лечение: Ципрофлоксацин 400 мг в/в капельно 2 раза в сутки, Анальгин 50%-2.0, Эналаприл 10мг 2 раза в сутки, Фуросемид . На данный момент продолжает лечение в стационаре. Состояние удовлетворительное, прогноз для жизни и здоровья благоприятный.