Пензенский Государственный Университет

Пензенский государственный медицинский институт

Кафедра «Внутренние болезни»

Заведующий кафедрой: д. м. н., проф. - --------------

Руководитель: к. м. н., доцент - ----------

История болезни

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Первичный двухсторонний хронический пиелонефрит. Фаза обострения. Латентное течение.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2-го типа, средней степени тяжести, компенсированный, инсулиннезависимый, II стадии. Диабетический гломерулосклероз. ИБС. Атеросклероз, кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии, риск IV стадии. Ожирение II степени.

Куратор: - -----------

Время курации:

с 03.09. 2008 по 20.09. 2008 года

Пенза 2008

## Паспортная часть

ФИО: - ----------

Возраст: 58 лет.

Место жительства: Пенза, - --------------

Место работы: пенсионерка, инвалид III группы

Поступила: 2 сентября 2008 года в 10.00

Курирована с 03.09. 2008 по 20.09. 2008 года

## Жалобы при поступлении

На сильные боли тянущего характера в поясничной области без иррадиации, повышение артериального давления до 180 и 110 мм. рт. ст., одышку смешанного характера в покое и при небольшой физической нагрузке, отёки обеих голеней и стоп, а также повышенную утомляемость, слабость, потерю работоспособности.

## История настоящего заболевания

Считает себя больной около 15 лет, когда во время проведения профилактического осмотра был обнаружен сахар 8,0 ммоль/л, при проведении дальнейшего обследования в моче определён белок – 0,33 г/л. Был выставлен диагноз: Сахарный диабет 2 типа. Хронический пиелонефрит, обострение. На протяжении всего периода заболевания периодически проходила лечение в отделении эндокринологии городской больницы №1. Постоянно принимает Манинил 3,5 мг. – по 1 таблетке утром и вечером. Настоящее ухудшение в течение 1 месяца – периодически повышалось артериальное давление (максимальный подъём до 210 и 120 мм. рт. ст), появилась одышка смешанного характера в покое и при небольшой физической нагрузке, постепенно увеличивался вес и отёчность обеих голеней и стоп.

## История жизни

Родилась 25 ноября 1949 года в Пензе в семье рабочих 1-м ребенком. Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. Образование среднее. Половая жизнь с 16 лет, с 21 года - замужем, имеет 3 детей. В настоящее время пенсионерка. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Болезнь Боткина в 1966 году, ожирение с 1988 года, с 1993 года – гипертоническая болезнь (максимальное давление 210 и 120 мм. рт. ст., привычное 150 и 100 мм. рт. ст) – постоянно принимает Берлиприл 10 мг - по 1 таблетке 2 раза в день. С 1994 года хронический панкреатит, хронический холецистит, хронический гепатит, с 1997 года – диабетический гломерулосклероз. Наличие туберкулёза, инфекционных заболеваний, операций, переливаний крови в анамнезе больная отрицает. Наличие аллергических реакций отрицает. Инвалид III группы с 2002 года. Наследственность - не отягощена.

## Общий осмотр

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Нормостенический тип телосложения, рост - 170 см, масса тела 100 кг. ИМТ= 37 кг/м2, что соответствует II степени ожирения. Внешний вид соответствует возрасту. Осанка сутулая. Температура тела нормальная. Выражение лица спокойное, наблюдается пастозность.

Кожные покровы обычной окраски. Кожа сухая, тургор понижен. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Кровоизлияний, рубцов и видимых опухолей нет.

Слизистая глаз розовая, влажная, склеры бледные. Высыпаний на слизистых оболочках нет.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеки обеих голеней и стоп. Лимфатические узлы не пальпируются.

Слизистая мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десны не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, чистый, сосочки выражены.

Мышцы развиты удовлетворительно, их тонус сохранен, сила в норме, болезненности и ограничение объёма движений не наблюдается.

Система органов дыхания

Осмотр

Форма носа не изменена, дыхание через нос свободное. Голос чистый. Форма грудной клетки нормостеническая, над - и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол прямой, межреберные промежутки умеренные, лопатки выступают умеренно, отношение переднезаднего и бокового размеров грудной клетки – 2: 3.

Тип дыхания - грудной. Дыхательные движения симметричны. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Глубина дыхания глубокая, ритм дыхания правильный.

Пальпация

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание одинаково в обеих части грудной клетки.

Перкуссия легких

Сравнительная перкуссия:

У больного над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия.

Верхняя граница легких:

Высота стояния верхушек спереди: справа - 4 см от ключицы, слева - 3,8 см ключицы;

Высота стояния верхушек сзади: справа и слева - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига справа и слева - 7 см

Нижняя граница легких:

По окологрудинной линии: справа - верхний край VI ребра, слева - не определяется;

По среднеключичной линии: справа - VI ребро, слева - не определяется;

По передней подмышечной линии: справа и слева - VII ребро;

По средней подмышечной линии: справа и слева - VIII ребро;

По задней подмышечной линии: справа и слева - IХ ребро;

По лопаточной линии: справа и слева - Х ребро;

По околопозвоночной линии: справа и слева - на уровне остистого отростка ХI грудного позвонка.

Дыхательная экскурсия нижнего края легких:

По среднеключичной линии: справа - 5 см, слева - не определяется;

По задней подмышечной линии: справа и слева - 6 см;

По лопаточной линии: справа и слева - 4 см.

Аускультация

Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Бронхофония одинакова с обеих сторон грудной клетки, не изменена.

Система органов кровообращения

Осмотр

Состояние наружных яремных вен и сонных артерий без изменений. Выпячивания в области сердца не наблюдается. Видимых пульсаций нет.

Пальпация

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье, на 1,0 см кнаружи от среднеключичной линии, площадь 2 см, амплитуда высокая, резистентность умеренная. Сердечный толчок не выявляется. Эпигастральная пульсация не выражена. Дрожание в области сердца не выявлено.

Перкуссия

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - в 5-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины;

Левая - в 5-м межреберье, на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии;

Верхняя - на уровне 3-го ребра.

Поперечник относительной тупости сердца 13,5 см, ширина сосудистого пучка 5 см, конфигурация сердца нормальная.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - по левому краю грудины в 5 межреберье;

Левая - на 2 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости; Верхняя - на уровне 4-го ребра.

Аускультация

Тоны сердца ритмичные, ясные, приглушенные; Частота сердечных сокращений – 80 ударов в минуту. Сердечные шумы не выслушиваются.

Исследование сосудов

При исследовании артерий патологических пульсаций не выявлено, сосуды эластичные. Артериальный пульс хорошо пальпируется на лучевой артерии. Частота пульса 80 ударов в минуту, ритм правильный, удовлетворительного наполнения, нормальное напряжение. Артериальное давление на момент исследования 160/100 мм рт. ст. на обеих руках.

Система органов пищеварения

Осмотр

Язык влажный, розовый, чистый, сосочковый слой сохранен. Состояние зубов удовлетворительное. Десны, мягкое и твердое небо розовой окраски, чистые. Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания. Расширения вен живота не обнаружено.

Перкуссия

Перкуторный звук тимпанический.

Пальпация

Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный. Локальной болезненности в эпигастрии не выявлено. Расхождение прямых мышц живота, "мышечной защиты" и опухолей не выявлено.

Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка пальпируется. Желудок не пальпируется.

Печень и желчный пузырь

Осмотр

Отсутствие ограниченного выпячивания в области правого подреберья, без ограничения этой области в дыхании.

Перкуссия

Границы печени по Курлову:

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

по правой срединноключичной линии - 6 ребро.

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

по правой срединноключичной линии - на уровне реберной дуги,

по передней срединной линии - на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка,

по левой реберной дуге - на уровне левой парастернальной линии. Симптом Ортнера отрицательный.

Пальпация

Нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, острый, ровный, эластичный, безболезненный, поверхность печени гладкая.

Размеры печени по Курлову:

по правой срединноключичной линии - 9 см;

по передней срединной линии - 8 см;

по левой реберной дуге - 7 см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Аускультация

Наличие шума трения брюшины в области правого подреберья не обнаружено.

Селезёнка

Осмотр

Наличие небольшого ограниченного выпячивания в области левого подреберья и ограничения этой области в дыхании не наблюдается.

Перкуссия

Продольный размер селезенки - 9 см, поперечный размер - 7 см.

Пальпация

Селезенка не пальпируется.

Аускультация

Наличие шума трения брюшины в области левого подреберья отсутствует.

Поджелудочная железа

Пальпация

Поджелудочная железа не пальпируется. Наличие болезненности в области её проекции на переднюю брюшную стенку отсутствует.

Система органов мочевыделения

Жалобы

Боли в поясничной области тянущего характера, отеки обеих голеней и стоп.

Осмотр

В области поясницы и в надлобковой области видимых изменений не обнаружено.

Перкуссия

Симптом «поколачивания» положителен с обеих сторон. При перкуссии мочевого пузыря выявляется тимпанический перкуторный звук.

Пальпация

Почки и мочевой пузырь не пальпируются.

## Предварительный диагноз и его обоснование

Диагноз основного заболевания: Первичный двухсторонний хронический пиелонефрит. Фаза обострения. Латентное течение.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2-го типа, инсулиннезависимый, II стадии. Диабетический гломерулосклероз. ИБС. Атеросклероз, кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии, риск IV стадии. Ожирение II степени.

Больная - женщина 58 лет, нормостенической конституции, вид соответствует возрасту и нормальному социальному положению. Ведущими симптомами при поступлении были боли тянущего характера в поясничной области, отёчность обеих голеней и стоп, повышение артериального давления до 180 и 110 мм. рт. ст, а также при осмотре пастозность лица, ИМТ=37кг/м2, положительный симптом «поколачивания» с обеих сторон. Из анамнеза: около 15-ти лет страдает сахарным диабетом 2 типа, с 1997 года – диабетический гломерулосклероз.

## План обследования

Общеклинические исследования:

1. Общий анализ крови.

2. Биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, общий билирубин, мочевина, креатинин, ПТИ, фибриноген).

3. Анализ крови на RW.

4. Общий анализ мочи.

5. Анализ на бактериурию.

6. Анализ мочи по Нечипоренко.

Инструментальные обследования:

1. Ультразвуковое обследование почек (для верификации диагноза).

2. Электрокардиография (для исследования деятельности сердца).

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования и консультации специалистов

Результаты лабораторных исследований:

Общий анализ крови от 03.09. 2008 года.

Гемоглобин 146 г/л (118,0-166,0 г/л)

Эритроциты 5,09 х1012/л (3,5-5,0 \* 1012/л)

Тромбоциты 242\*109/л (180,0 - 320,0 \* 109/л)

Нейтрофилы:

Палочкоядерные 5% (1-6%)

Сегментоядерные 69% (47-72%)

Эозинофилы 1% (0,5-5%)

Базофилы 0% (0-1%)

Лимфоциты 27,6% (18-40%)

Моноциты 5% (2-9%)

СОЭ 38 мм/час (до 15 мм/час)

Заключение: повышение скорости оседания эритроцитов.

Биохимический анализ крови от 03.09. 2008 года.

Общий белок 68 г/л (65-85 г/л)

Креатинин 108,5 ммоль/л (44-132 ммоль/л)

Билирубин 13,4 ммоль/л (8,5-20,5 ммоль/л)

Глюкоза 14,2 ммоль/л (3,5-5,5 ммоль/л)

Мочевина 9,6 ммоль/л (2,5-8,3 ммоль/л)

ПТИ 100% (69-105%)

Фибриноген 3,33 г/моль (2-4 г/моль)

Заключение: увеличение мочевины и гипергликемия.

Общий анализ мочи от 03.09. 2008 года.

Цвет: бело-жёлтая

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: мало мочи

Реакция: слабо кислая

Белок: 3,63 ‰

Микроскопическое исследование

Эпителий плоский1-3 в п/з

Лейкоциты большое количество

Эритроциты большое количество

Заключение: протеинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия.

Анализ мочи на бактериурию 03.09. 2008 года – положителен. При посеве получены стафилококки - свыше 100000 в 1 мл.

Анализ крови на RW от 03.09. 2008 года – отрицателен.

Общий анализ мочи от 05.09. 2008 года.

Цвет: соломенно-жёлтая

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: 1010

Реакция: слабо кислая

Белок: 1,43‰

Микроскопическое исследование

Эпителий плоский0-1 в п/з

Лейкоциты 5-7 в п/з

Цилиндры 0-0-1 в п/з

Заключение: протеинурия, лейкоцитурия.

Анализ мочи по Нечипоренко от 05.09. 2008 года.

Лейкоциты – 5,25 х 106

Эритроциты – 2,5 х 106

Заключение: лейкоцитурия и эритроцитурия.

Общий анализ крови от 12.09. 2008 года.

Гемоглобин 135 г/л (118,0-166,0 г/л)

Эритроциты 4,8 х1012/л (3,5-5,0 \* 1012/л)

Тромбоциты 223\*109/л (180,0 - 320,0 \* 109/л)

Нейтрофилы:

Палочкоядерные 4% (1-6%)

Сегментоядерные 59% (47-72%)

Эозинофилы 1% (0,5-5%)

Базофилы 0% (0-1%)

Лимфоциты 27,6% (18-40%)

Моноциты 5% (2-9%)

СОЭ 28 мм/час (до 15 мм/час)

Заключение: повышение скорости оседания эритроцитов.

Общий анализ мочи от 12.09. 2008 года.

Цвет: соломенно-жёлтая

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: 1009

Реакция: слабо кислая

Белок: 1,54‰

Микроскопическое исследование

Эпителий плоский0-1 в п/з

Лейкоциты 1-3 в п/з

Заключение: протеинурия.

ЭКГ от 05.09. 2008 года.

Плёнка записана неправильно, так как во время записи ЭКГ пациентка периодически меняла положение в постели.

Ритм синусовый, правильный, ЧСС 80 ударов в минуту. Угол α=-30˚. Электрическая ось отклонена влево. Неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Диффузные изменения в миокарде.

УЗИ почек от 12.09. 2008 года.

Правая почка:

Визуализация затруднена из-за пневматоза кишечника и подкожно-жирового слоя. Дыхательная экскурсия допустимая. Капсула не утолщена. Контуры ровные, нечёткие. Размеры: длина 108 мм., толщина – 51 мм., паренхима – 16 мм. Эхогенность не изменена. Эхоструктура однородная. Почечный синус – визуализируется как единый комплекс. ЧЛС не расширена. Особенности: в верхнем положении резко ротирована.

Левая почка:

Визуализация затруднена. Топография не изменена. Дыхательная экскурсия допустимая. Капсула не утолщена. Контуры волнистые. Размеры: длина 114 мм., толщина – 54 мм., паренхима – 16 мм. Эхогенность не изменена. Эхоструктура однородная. Почечный синус – визуализируется как единый комплекс. ЧЛС не расширена.

Заключение: размеры и состояние почек в пределах нормы.

## Клинический диагноз и его обоснование

Основное заболевание: Первичный двухсторонний хронический пиелонефрит. Фаза обострения. Латентное течение.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2-го типа, средней степени тяжести, компенсированный, инсулиннезависимый, II стадии. Диабетический гломерулосклероз. ИБС. Атеросклероз, кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии, риск IV стадии. Ожирение II степени.

Обоснование клинического диагноза:

Клинический диагноз поставлен на основании:

- жалоб больной на сильные боли в поясничной области тянущего характера без иррадиации, повышение артериального давления до 180 и 110 мм. рт. ст., отёки обеих голеней и стоп, одышку смешанного характера в покое и при небольшой физической нагрузке;

- на основании анамнестических данных - больна около 15 лет, когда во время проведения профилактического осмотра был обнаружен сахар 8,0 ммоль/л, при проведении дальнейшего обследования в моче определён белок – 0,33 г/л. Был выставлен диагноз: Сахарный диабет 2 типа. Хронический пиелонефрит, обострение. Постоянно принимает Манинил 3,5 мг. – по 1 таблетке утром и вечером. Настоящее ухудшение в течение 1 месяца – периодически повышалось артериальное давление (максимальный подъём до 210 и 120 мм. рт. ст), появилась одышка смешанного характера в покое и при небольшой физической нагрузке, постепенно увеличивался вес и отёчность обеих голеней и стоп;

- на основании общего осмотра больной – наблюдается пастозность лица, отёчность обеих голеней и стоп, ИМТ = 37 кг/м2, положительный симптом «поколачивания» обеих сторон;

- на основании лабораторных данных – в биохимическом анализе крови от 03.09. 2008 года - увеличение мочевины до 9,6 ммоль/л и гипергликемия до 14,2 ммоль/л, в общем анализе мочи от 03.09. 2008 года – наличие белка 3,63 ‰, а также эритроцитурии, лейкоцитурии, в анализе мочи на бактериурию 03.09. 2008 года – положителен, при посеве получены стафилококки - свыше 100000 в 1 мл., в общем анализе мочи от 05.09. 2008 года – протеинурия 1,43‰, лейкоцитурия;

- на основании интерпретации инструментальных методов исследования – ЭКГ от 05.09. 2008 года - ритм синусовый, правильный, ЧСС 80 ударов в минуту. Угол α=-30˚. Электрическая ось отклонена влево. Неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Диффузные изменения в миокарде, УЗИ почек от 12.09. 2008 года – заключение: размеры и состояние почек в пределах нормы.

## Дифференциальный диагноз

Хронический пиелонефрит чаще всего приходится дифференцировать, латентно протекающим гломерулонефритом, гипертонической болезнью, манифестацией диабетического гломерулосклероза.

В пользу туберкулеза почки свидетельствуют перенесенный туберкулез других органов, дизурия, гематурия, протеинурия, менее выраженное преобладание лейкоцитурии над эритроцитурией. Достоверными признаками нефротуберкулеза являются нахождение микобактерий туберкулеза в моче, стойко кислая реакция мочи, и характерные рентгенологические или УЗИ признаки заболевания. Из анамнеза больной исходя из анамнеза и результатов обследования видно, что перенесенный туберкулёз она отрицает, жалоб на дизурические расстройства не предъявляет, а также палочки Коха не найдены в бактериологическом анализе мочи.

Хронический гломерулонефрит отличается от пиелонефрита преобладанием в моче эритроцитов над лейкоцитами, гломерулярным типом протеинурии (проникновение в мочу белков с высокой молекулярной массой), цилиндрурией, исходя из анализов больной цилиндрурии не наблюдается.

Синдром артериальной гипертонии может быть единственным проявлением хронического пиелонефрита, но в большинстве случаев удаётся отметить боль в пояснице различного характера, повышенную утомляемость, ряд других симптомов. Повышенное артериальное давление очень часто при нетяжёлой гипертонической болезни представляет собой не только главный, но и единственный её признак. На определённом этапе развития пиелонефрита артериальная гипертония может быть его ведущим, а иногда и единственным клиническим синдромом. Дифференциация подобных случаев проводится по результатам инструментальных исследований, а также анализу мочевого осадка. Бактериурия часто предшествует пиелонефриту; о нём следует думать, когда в 1 мл взятой катетером мочи содержится более 100000 бактерий, что и наблюдается у данной пациентки.

Проводя дифференциальный диагноз хронического пиелонефрита с манифестацией диабетического гломерулосклероза следует учесть ряд признаков, имеющихся у данной больной: положительный симптом «поколачивания» с обеих сторон, положительный анализ бактериурию с высоким титром стафилококков, слабо выраженную протеинурию, значительное увеличение чиста лейкоцитов в пробе по Нечипоренко, что говорит в пользу хронического пиелонефрита.

## План лечения

Режим палатный.

Стол № 9.

Лекарственная терапия - в основе - антибактериальная терапия:

1) Фторхинолон

Rp.: Sol. Ciprofloxacini 1% - 0,1

D. t. d. N.10

S. Разводить физ. раствором до 0,4 мл. Вводить внутривенно 2 раза в сутки.

2) Синтетическое противомикробное средство

Rp: Tab. Nitroxolini 0,1 N 20

D. S. По 2 таблетки 4 раза в сутки в течение 7 дней.

3) Диуретическое средство

Rp.: Sol. Furosemidi 1% - 0,02

D. t. d. № 10

D. S. Вводить внутривенно струйно 1 раз в день.

4) Препарат улучшающий почечный кровоток

Rp: Tab. Pentoxyphyllini 0.1 N 60

D. S. После еды 2 таблетки 3 раза в день.

5) Гипогликемическое средство

Rp.: Tab. «Maninil» 3,5

D. t. d. № 10

D. S. Принимать по 1 таблетке 2 раза в сутки.

6) Антигипертензивное средство

Rp.: Tab. Еnаlаprili 0,1

D. t. d. № 10

D. S. Принимать по 1 таблетке 2 раза в сутки.

7) Антиаритмическое средство

Rp.: Tab. Verapamili 0,4

D. t. d. № 30

D. S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в сутки. За 30 минут до еды.

8) Фитотерапия (толокнянка, зверобой, шалфей, ромашка, шиповник, почечный чай)

В большом количестве оказывают бактериостатическое, бактерицидное и мочегонное действие.

Принимать 1 раз в день.7 – 10 дней, регулярно, ежемесячно.

Дневники наблюдения

03.09. 2008 года

Состояние удовлетворительное. Жалобы на сохраняющиеся тянущие боли в поясничной области, отёчность голеней и стоп, одышку при физической нагрузке. Стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено, суточный диурез 1000 мл. Температура тела 36.6˚С. ЧСС 78 ударов в минуту, ЧД 17 в минуту. Пульс 71 ударов в минуту. АД 150/100 мм. рт. ст., сердечные тоны ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное хрипов нет. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Симптом «поколачивания» положителен с обеих сторон.

05.09. 2008 года

Состояние удовлетворительное. Жалобы на сохраняющиеся тянущие боли в поясничной области, отёчность голеней и стоп, небольшую одышку при физической нагрузке. Сон нормальный, аппетит хороший, стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено, диурез 1200 мл. Температура тела 36.6˚С. ЧСС в минуту 76 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту. Пульс 76 ударов в минуту. АД 140/100 мм. рт. ст., сердечные тоны ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий при пальпации, безболезненный. Симптом «поколачивания» положителен с обеих сторон.

08.09. 2008 года

Состояние удовлетворительное. Жалобы на небольшие тянущие боли в поясничной области, отёчность голеней и стоп, небольшую одышку при физической нагрузке. Сон нормальный, аппетит хороший, стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 36.6˚С. ЧСС 78 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту. Пульс 78 ударов в минуту. АД 150/90 мм. рт. ст., сердечные тоны ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Симптом «поколачивания» положителен с обеих сторон.

10.09. 2008 года

Состояние удовлетворительное. Жалобы на небольшие тянущие боли в поясничной области, отёчность голеней и стоп. Сон нормальный, аппетит хороший, стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 36.6˚С. ЧСС 78 ударов в минуту, ЧД 20 в минуту. Пульс 78 ударов в минуту. АД 150/90 мм. рт. ст., сердечные тоны ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Симптом «поколачивания» слабо положителен с обеих сторон.

12.09. 2008 года

Состояние удовлетворительное. Жалобы на небольшие тянущие боли в поясничной области, отёчность голеней и стоп. Сон нормальный, аппетит хороший, стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 36.6˚С. ЧСС 78 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту. Пульс 78 ударов в минуту. АД 150/90 мм. рт. ст., сердечные тоны ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Симптом «поколачивания» слабо положителен с обеих сторон.

15.09. 2008 года

Состояние удовлетворительное. Жалобы: отёчность голеней и стоп. Сон нормальный, аппетит хороший, стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 36.6˚С. ЧСС 80 ударов в минуту, ЧД 20 в минуту. Пульс 80 ударов в минуту. АД 150/100 мм. рт. ст., сердечные тоны ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Симптом «поколачивания» отрицателен с обеих сторон.

22.09. 2008 года

Состояние удовлетворительное. Жалобы: отёчность голеней и стоп. Сон нормальный, аппетит хороший, стул 1 раз в сутки, умеренного количества, оформленной консистенции, коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 36.6˚С. ЧСС 78 ударов в минуту, ЧД 18 в минуту. Пульс 78 ударов в минуту. АД 150/90 мм. рт. ст., сердечные тоны ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий при пальпации безболезненный. Симптом «поколачивания» отрицателен с обеих сторон.

## Выписной эпикриз

- --------------------------------, находилась в нефрологическом отделении ПГКБ СМП им. Захарьина со 2 сентября по 20 сентября 2008 года. Курирована с 3 по 20 сентября 2008 года.

Клинический диагноз: Основное заболевание: Первичный двухсторонний хронический пиелонефрит. Фаза обострения. Латентное течение.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2-го типа, средней степени тяжести, компенсированный, инсулиннезависимый, II стадии. Диабетический гломерулосклероз. ИБС. Атеросклероз, кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии, риск IV стадии. Ожирение II степени.

Поступила 02.09. 2008 года с жалобами на сильные боли тянущего характера в поясничной области без иррадиации, повышение артериального давления до 180 и 110 мм. рт. ст., одышку смешанного характера в покое и при небольшой физической нагрузке, отёки обеих голеней и стоп, а также повышенную утомляемость, слабость, потерю работоспособности в нефрологическое отделение ПГКБ СМП им. Захарьина.

Данные лабораторно-инструментальных исследований:

1. Общеклинические исследования: биохимический анализ крови от 03.09. 2008 года. - Заключение: увеличение мочевины и гипергликемия, общий анализ мочи от 05.09. 2008 года – протеинурия, лейкоцитурия и эритроцитурия, общий анализ мочи от 12.09. 2008 года – протеинурия, анализ мочи по Нечипоренко от 05.09. 2008 года – лейкоцитурия и эритроцитурия.

2. Ультразвуковое обследование: размеры и состояние почек в пределах нормы.

3. ЭКГ от 05.09. 2008 года. Ритм синусовый, правильный, ЧСС 80 ударов в минуту. Угол α=-30˚. Электрическая ось отклонена влево. Неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой. Диффузные изменения в миокарде.

Больная получала лечение:

Диетотерапия, антибиотики (ципрофлоксацин), противомикробные препараты (нироксолин), диуретическое средство (лазикс), препараты улучшающие почечный кровоток (пентоксифиллин), гипогликемическое средство (Менинил), антигипертензивное (Эналаприл), антиаритмическое средство (Верапамил), фитотерапия.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии: болевой синдром купирован, дизурических явлений не наблюдается, отёки исчезли, масса тела уменьшилась на 3 кг., протеинурия уменьшилась до 1,54‰, уровень АД 140 и 100 мм. рт. ст.

Рекомендовано: Дальнейший приём гипогликемических средств (Манинил), антигипертензивных средств (Берлиприл), продолжить лечение травами в течение 2 недель.

Диета: ограничить острое, соленое, жареное. Пить слабоминеральные воды. Физиолечение, фитотерапия, наблюдение у нефролога, санаторно – курортное лечение (Железногорск, Трусковецк).

Рецепты

1)

Фторхинолон

Rp.: Sol. Ciprofloxacini 1% - 0,1

D. t. d. N.10

S. Разводить физ. раствором до 0,4 мл. Вводить внутривенно 2 раза в сутки.

Фторхинолон

Rp.: Tab. Zanocini 0,4 N 10

D. S. Принимать по 1 таблетке 1 раз в день.

Фторхинолон

Rp.: Tab. Levofloxacini 0,25 N 10

D. S. Принимать по 1 таблетке 1 раз в день.

2) Синтетическое противомикробное средство

Rp: Tab. Nitroxolini 0,1 N 20

D. S. По 2 таблетки 4 раза в сутки в течение 7 дней.

3) Диуретическое средство

Rp.: Sol. Furosemidi 1% - 0,02

D. t. d. № 10

D. S. Вводить внутривенно струйно 1 раз в день.

4) Препарат улучшающий почечный кровоток

Rp: Tab. Pentoxyphyllini 0.1 N 60

D. S. После еды 2 таблетки 3 раза в день.

5) Гипогликемическое средство

Rp.: Tab. «Maninil» 3,5

D. t. d. № 10

D. S. Принимать по 1 таблетке 2 раза в сутки.

6) Антигипертензивное средство

Rp.: Tab. Еnаlаprili 0,1

D. t. d. № 10

D. S. Принимать по 1 таблетке 2 раза в сутки.

7) Антиаритмическое средство

Rp.: Tab. Verapamili 0,4

D. t. d. № 30

D. S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в сутки. За 30 минут до еды.