**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Ф.И.О.** больного: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст -** 51 год

**Национальность -** украинец

**Семейное положение -** женат

**Профессия -** пенсионер (работал инжнером)

**Место работы -**

**Домашний адрес -** Одесская область с. Первомайское

**Дата поступления в клинику - 6.09.99**

 ***ДИАГНОЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:***

Первично - хронический гломерулонефрит, нефротический синдром, стадия почечной недостаточности, прогрессирующее течение, фаза ремиссии, ХПН ст.

 ***ОСЛОЖНЕНИЯ:***

 Хроническая почечная недостаточность, тяжелая стадия, симптоматическая ренопаренхиматозная гипертензия.

 ***СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:***

Панкреатит, латентный, легкое течение, фаза ремиссии, вторичный двусторонний плеврит, хроническое течение.

**Опрос больного**

Жалобы: больной жалуется на общую слабость, одышку при физической нагрузке, периодические подъемы АД, подташнивание, периодическую рвоту, головные боли, снижение аппетита.

**Status praesents subjectivus**

 Настроение хорошее, внимание, память, сон не нарушены, периодические головные боли, обмороков нет, изменения чувствительности конечностей отсутствуют. К вечеру больной отмечает затруднение движений в конечностях. Зрение, слух, обоняние не нарушены.

 За время болезни больной отмечает изменение цвета кожных покровов

(принимали желтоватый цвет), влажность кожи умеренная. Высыпаний, зуда за время болезни не было. Форма ногтей не менялась. Повышение температуры тела не было, наличие озноба, ночных потов отрицает.

 Дыхание через нос свободное. Наличие болей в области грудной клетки, кашля отрицает. Выделения мокроты, кровохарканья за период болезни не было. Больной отмечает смешанную одышку во время физической нагрузки, приступы удушья отрицает. Наличие болей в области сердца отрицает, сердцебиений, перебоев в работе сердца нет. За время болезни были отеки на ногах, также был отек головного мозга, легких.

 Диурез адекватен заданной нагрузке. Аппетит снижен, количество воды дозировано, болей при приеме пищи нет. При периодических обострениях заболевания больной отмечает тошноту, рвоту (последний раз 10 дней назад),

рвота может быть натощак, а также после приема пищи. Объем живота за время заболевания не изменялся. Стул нормальный, болей, тенезмов нет.

 Мочеиспускание свободно, безболезненно, адекватно заданной нагрузке. Дневное количество мочи больше ночного, кровотечений при мочеиспускании нет.

 Боли в суставах отсутствуют, болей в позвоночнике, мышцах нет, отечности, деформации суставов, нарушения их функции нет.

**Anamnesis morbi**

Больной впервые заболел 5 лет назад, когда при обследовании был поставлен диагноз - **первично - хронический гломерулонефрит, нефротический синдром, ХПН ст.** В 1997 году состояние больного резко ухудшилось, появились отеки на нижних конечностях, одышка при физической нагрузке, снижение аппетита, тошнота рвота, анемический синдром, выраженные явления астении. Больной был госпитализирован скорой помощью с отеком головного мозга и легких в районную больницу, где был подтвержден диагноз. В июле - августе 1999 года последняя госпитализации в областное неврологическое отделение, где проведена интенсивная инфузионная терапия, дезинтоксикационная терапия, назначались мочегонные, дезагреганты, гипотензивные средства. В настоящее время госпитализирован для наложения артерио - венозной фистулы на левой руке с целью проведения программного гемодиализа.

**Anamnesis vitae**

 Родился и развивался нормально. Половое, нервнопсихическое, физическое развитие соответствовало возрасту. Заболевания вирусным гепатитом, малярией, венерическими заболеваниями, туберкулезом, гельминтозами отрицает. Отмечает частые респираторные заболевания. В анамнезе панкреатит. 1973 году перенес операцию по поводу парапроктита. Ранений, контузий не было. По матери в анамнезе сахарный диабет, у отца имелась сердечная потология. У близких родственников туберкулез, сифилис, психические заболевания, злокачественные заболевания, алкоголизм отрицает. Жилищные условия удовлетворительные, питание регулярное, соблюдает назначенную диету ( последние 3 месяца), дробное питание.

 С 1965 года начал работать на заводе, работа связана с нервнопсихическим напряжением (инженер), перерывов в работе из-за состояния здоровья не было. Курил 30 лет в 1992 году бросил. Алкогольные напитки, наркотики не принимает.

**Status praesents objectivus**

 Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, активное положение в постели. Нормостенический тип телосложения, рост - 175см., вес - 80кг. Кожа бледно - желтоватого цвета, видимые слизистые бледно - розовые, подкожно - жировая клетчатка развита равномерно, избыточно, отеков нет, пастозность голеней и стоп. Лимфотические узлы не пальпируются. Голова обычной формы, лицо симметричное, реакция зрачков на свет нормальная. В области шеи отечности нет, размеры обычные, щитовидная железа не увеличена.

 Форма грудной клетки нормостеническая, дыхание через нос, ЧД - 20 в минуту. При пальпации грудной клетки болезненности нет, голосовое дрожание не усиленно, симметрично в обеих частях грудной клетки. Резистентность выражена умеренно. При сравнительной перкуссии характер перкуторного звука, на симметричных участках грудной клетки одинаков, в пространстве Траубе - тимпанит. При топографической перкуссии положение верхних границ легких - 3см над ключицей спереди, сзади - на уровне остистого отростка шейного позвонка. Ширина полей Кренига - 6см. Нижние границы легких соответствуют норме.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| Linia parasternalis | VI ребро |  |
| Linia medioclavicularis | VI межреберье |  |
| Linia axillaris anterior | VII межреберье | не перкутируем |
| Linia axillaris media | VIII межреберье |  |
| Linia axillaris posterior | IX межреберье |  |
| Linia scapularis | X межреберье |  |
| Linia paravertebralis | остистый отросток II грудного позвонка |  |

 Подвижность нижних краев легких в норме, для правого легкого:

 по **Linia medioclavicularis** на вдохе - 2, на выдохе - 2, суммарная - 4

 по **Linia axilaris media** на вдохе - 3, на выдохе - 3, суммарная - 6

 по **Linea scapularis** на вдохе - 2, на выдохе - 2, суммарная - 4

 Для левого легкого:

 по **Linia medioclavicularis** не определяем

 по **Linia axilaris media** на вдохе - 3, на выдохе - 3, суммарная - 6

 по **Linea scapularis** на вдохе - 2, на выдохе - 2, суммарная - 4

 При аускультации - везикулярное дыхание над легкими. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония на симметричных участках грудной клетки выражена одинаково. Выпячиваний в области сердца в области сердца нет, пульсация в области сердца в яремной ямке, подключичной области, по краям грудины, в эпигастральной области отсутствует. При пальпации сердечный толчок отсутствует, верхушечный толчок определяется в пятом межьреберье на 1 см кнутри от linea medioclavicularis. Ширина верхушечного толчка - 2 см, высокий, усиленный, резистентность умеренная. Кошачье мурлыканье не определяется. Перкуторно **границы относительной сердечной тупости** соответствуют норме:

1. правая граница - в межьреберье на 1 см кнутри от правого края грудины
2. верхняя граница - в межьреберье на 1 см левее linea parasternalis sinistra
3. левая граница - в межьреберье на 1 см кнутри от linea mediaclavicularis sinistra.

 **Границы абсолютной сердечной тупости:**

1. правая граница - по левому краю грудины
2. верхняя граница - в межьреберье на 1 см левее от linea parasternalis sinistra.
3. левая граница - в в межьреберье на 2 см кнутри от linea mediaclavicularis sinistra.

Поперечник относительной сердечной тупости - 14см. Границы сосудистого пучка слева и справа по краям грудины во межреберье, его поперечник - 6см.

 При аускультации тоны сердца приглушены, акцент тона над аортой. Деятельность сердца ритмична. Пульс на обеих руках - 80уд. в мин. Пульс ритмичный, симметричный на обеих руках, хорошего наполнения, не напряжен, средней величины. На сонных артериях, артериях стоп пульс удовлетворительный. АД на плечевых артериях 160/90 (максимально 230/90 мм.рт.ст).

 Слизистая оболочка ротовой полости бледно-розовая, язык без особенностей. Зубы здоровые, десна бледно-розового цвета, не кровоточат.

 Живот округлой формы, выпячиваний, видимой перистальтики нет. При поверхностной пальпации живот мягкий безболезненный, с-м Щеткина - Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову - Стражеско сигмовидная, слепая, отрезок подвздошной, восходящая, нисходящая, поперечная ободочная кишка пальпируются в виде умеренной плотности, безболезненных цилиндров, слепая кишка урчит при пальпации (норма). Нижняя граница желудка расположена на 2 см пупка, определяется перкуторно, по шуму плеска. При глубокой пальпации край печени мягкий безболезненный. При перкуссии размеры печени по Курлову: по lin. mediaclavicularis dextra - 0, по lin. mediana anterior - 9cм, по левой реберной дуге - 8 см. Селезенка не пальпируется. При перкуссии поперечник селезенки - 5см, длинник - 7 см. Поджелудочная железа не пальпируется.

 При исследовании мочевыделительной системы - отеков нет, с-м Пастернацкого отрицателен. Почки не пальпируются. Перкуторно определяем притупление звука над лобком за счет полного мочевого пузыря.

 Патологических изменений в области позвоночника нет, деформаций суставов нет. Тонус мышц нормальный, болезненности при пальпации нет.

Краткий итог и предварительный диагноз:

На основании жалоб больного (общую слабость, одышку при физической нагрузке, периодические подъемы АД, подташнивание, периодическую рвоту, головные боли, снижение аппетита.), субъективных и объективных данных( бледно - желтая кожа, повышение АД, акцент на аорте), анамнеза болезни (предыдущие госпитализации) можно поставить предварительный диагноз: Первично-хронический гломерулонефрит, ХПН - - степени, прогрессирующее течение.

 План обследования

1) Общий анализ крови

2) Общий анализ мочи

3) Биохимия крови, исследование гемостаза

4) Проба по Нечипуренко, Земницкому

5) Ультразвуковое исследование

6) Рентгенологическое исследование

Клинико - лабораторные и инструментальные исследования

 1) Общий анализ крови - 7.09.99

Hb - 64 г/л, Эритроциты - 2,31 г/л

Цветной показатель - 0,83

Лейкоциты - 9,3 г/л

Нейтрофилы - 78%

Сегментоядерные - 32%

Тромбоциты - 323 г/л

Ретикулоциты - 0,43

 Гипогемоглобинемия, анемия, незначительный лейкоцитоз

 2) Общий анализ мочи - 7.09.99

 Цвет - бледно - желтый

Прозрачность - мутноватая

Удельный вес - 1008 (снижен)

Реакция - кислая

Белок - не обнаружен

Глюкоза - не обнаружена

Лейкоциты - 1-4 в поле зрения

Эритроциты - еденичные

3) Проба по Нечипуренко

 Лейкоциты - 1500

 Эритроциты - 500

 Цилиндры - нет

4) Биохимия крови - 7.09.99.

Общий белок - 59,0 г/л

Мочевина - 19,6 повышена

Креатинин - 0,78 ммоль/л повышена

Тимоловая реакция - 2,0 ед

Билирубин - 9,5 ммоль/л

 прямого –

 непрямого - 9,5 ммоль/л

5) Гемостаз - 7.09.99

 Протромбиновый индекс - 89%

Фибриноген - 5,35 г/л повышен

6) УЗИ

 Печень незначительно увеличена, поджелудочная железа уплотнена не увеличена. Желчный пузырь не изменен. В правой плевральной полости присутствуют нити фибрина. В левой плевральной полости не большое количество жидкости. В брюшной полости свободной жидкости нет. Почки неоднородной эхоструктуры. В левой почке по наружному контуру, субкапсулярная киста 30 мм. Стаза мочи в почках нет.

 Заключение: Хр. Гломерулонефрит. Вторичный двусторонний плеврит. Последствия панкреатита.

**Дифференциальный диагноз**

 Хронический гломерулонефрит следует дифференцировать с **хроническим**

**пиелонефритом** . На хронический гломерулонефрит указывавет преобладание в осадке мочи эритроцитов над лейкоцитами, а также одинаковая величина и форма почек, а также нормальная структура лоханок и чашечек ( что подтверждается инструментальными исследованиями). В отличие от хронического гломерулонефрита, хроническому пиелонефриту не характерна гипертензия.

 Первично - хронический гломерулонефрит следует дифференцировать с **гипертонической болезнью**, где имеет значение время появления мочевого синдрома по отношению к артериальной гипертонии. При первично - хроническом гломерулонефрите мочевой синдром может появиться задолго до развития артериальной гипертонии или может возникнуть одновременно с ней (что наблюдается у данного больного). Для хронического гломерулонефрита характерна также меньшая выраженность гипертрофии сердца, меньшая склонность к гипертоническим кризам, менее интенсивное развитие атеросклероза, в том числе коронарных артерий ( что видно из анамнеза и исследований больного).

 При нефротической форме хронического гломерулонефрита его дифференцируют с **амилоидозом.** Для амилоидоза почек характерно наличие в организме хронических очагов инфекции в виде нагноительных процессов в легких, остеомиелита, туберкулеза и др. У больного этого не наблюдается.

 **Обоснование диагноза**

 На основании жалоб больного на общую слабость, одышку при физической нагрузке, периодические подъемы АД, подташнивание, периодическую рвоту, головные боли, снижение аппетита, Субъективных и объективных данных, анамнеза болезни (первичный хронический гломерулонефрит, предыдущие госпитализации), клинического течения заболевания, анамнеза жизни ( в анамнезе хронический панкреатит, сахарный диабет у матери - предрасположенность к почечной патологии), клинико-лабораторных данных ( анемия, гипогемоглобинемия, лейкоцитоз, снижен удельный вес мочи - нарушена концентрационная функция почек), проведенного дифф. диагноза можно поставить основной диагноз: **первично - хронический гломерулонефрит, нефротический синдром, прогрессирующее течение, фаза ремиссии, ХПН ст.**

 Осложнения: ХПН тяжелая стадия, симптоматическая ренопаренхиматозная гипертензия.

 Сопутствующие заболевания: хронический панкреатит, вторичный двусторонний плеврит, хроническоетечение.

**Общие принципы лечения**

 Больному следует назначить полупостельный режим, стол № 7, очень важна диета - содержание хлорида натрия снижено до 1,5 - 2,5 г в сутки.

Большое значение в лечении больных имеет **гормонотерапия**

Rр.: Tab. Prednisoloni 0,005 20

 D.S. ПО две таблетки 6 раз в сутки

Также больному следует назначить:

Rp.: Heparini 5 ml

D.t.d. 10

S. По 20 000 Ед/сут - в/в ( по 5000 Ед 4 раза в день)

Rp.: Tab. Furosemidi 0,04 10

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день

Rp.: Rheopolyglucini 500 ml

D.t.d. 5

S. B/в капельно

Rp.: Reserpini 0,0001 20

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день после еды

Rp.: Anaprilini 0,01 40

D.S. По 2 таблетке 2-3 раза вдень

 Данному больному также показано оперативное вмешательство по наложению артерио - венозной фистулы на левую руку с целью програмного гемодиализа.

**Дневник течения заболевания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Дата** |  **Состояние больного** |  **Назначения** |
|  6.09.99 | Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на снижение аппетита, одышку при небольшой физической нагрузке. Объективно -над легкими легочной звук, везикулярное дыхание, тоны приглушены, Р - 78 удАД - 160/90 мм.рт.стЖивот при пальпации мягкий безболезненный,Т - 36,6 С | Rp.: Heparini 5 mlD.t.d. 10S. По 5000 Ед 4р в деньВ/в капельно реополиглюкин 400 ml |
|  7.09.99 | Состояние больного удовлетворительное. Жалоб нет. Объективно -над легкими легочной звук, везикулярное дыхание, тоны приглушены, Р - 78 удАД - 160/90 мм.рт.стЖивот при пальпации мягкий безболезненный,Т - 36,6 С | Rp.: Heparini 5 mlD.t.d. 10S. По 5000 Ед 4р в деньВ/в капельно реополиглюкин 400 ml |

**Эпикриз**

 Больной Великодный Михаил Григорьевич 1984 года рождения, впервые заболел 5 лет назад. В последние 2 года состояние ухудшилось, госпитализирован 6.09.99 с целью наложения артерио - венозной фистулы для проведения программного гемодиализа. Госпитализирован с жалобами на ухудшение общего состояния, одышку при физической нагрузке, периодическую тошноту и рвоту, подъемы АД, периодические головные боли. На основании жалоб, субъективных исследований, анамнеза болезни и жизни, объективных и клинико - лабораторных данных и проведенного дифференцированного диагноза был поставлен основной диагноз: Первично - хронический гломерулонефрит, нефротический синдром, стадия почечной недостаточности, прогрессирующее течение, фаза ремиссии, ХПН ст.