Воронежская государственная медицинская академия

им. Н.Н. Бурденко.

Кафедра факультетской терапии.

Зав. каф. доктор медицинских наук, профессор Минаков Э. В.

Ассистент Бондарцов Л. В.

# Клиническая история болезни

Ф.И.О. больного : Семёнов Евгений Павлович.

Диагноз : Хронический пиелонефрит, латентное течение, симптоматическая гипертония.

Куратор студент 5 курса,

лечебного факультета

Анохин А. А.

* 1999 –

Паспортные данные :

1. Семёнов Евгений Павлович;
2. Возраст : 42 года ;
3. Пол : мужской ;
4. Адрес : ул. Берёзовая роща д.66 кв.40 ;
5. Место работы : ООО «Элкол» оператор ;
6. Клинический диагноз : хронический пиелонефрит, латентное течение, симптоматическая гипертония .

Основные жалобы больного : на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 240/140 мм рт ст , тупые ноющие боли в пояснице, больше справа.

Anamnesis morbi :

Считает себя больным с 1984 г. , когда был приступ правосторонней почечной колики. Лечился в госпитале, после консервативного лечения состояние улучшилось. До февраля 1994 г. чувствовал себя удовлетворительно, головные боли и боли в пояснице не беспокоили.

С февраля 1999 г. появились сильная головная боль и тупая ноющая боль в пояснице, повысилось артериальное давление до 240/140, в связи с этим был госпитализирован в госпиталь в терапевтическое отделение. Сделали УЗИ почек, в/в урографию, аортографию, выявлена киста правой почки, камень в левой почке, в мае 1999 г. оперативное лечение кисты в отделении онкоурологии ОКБ и её иссечение.

После операции остаётся высокое артериальное давление 170/120 мм рт ст. Направлен на консультацию к нефрологу областной поликлиники. Рекомендовано стационарное лечение и дообследование в нефрологическом отделении.

Anamnesis vitae :

Родился в Воронеже, в детстве развивался без особенностей, окончил среднюю школу, ВРТУ. Состояние здоровья хорошее. Отец и мать страдали повышением АД, отец умер после второго инфаркта в 57 лет, а мать умерла от мозгового инсульта в 63 года.

Материально-бытовые условия хорошие, питается регулярно, полноценно.

Из перенесённых заболеваний отмечает редкие острые распираторные заболевания в лёгкой степени , в десять лет болел болезнью Боткина. Наследственные болезни, злокачественные, венерические, туберкулёз и вредные привычки отрицает. Аллергический анамнез не отягощён.

Status preasents :

Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,5 С , пульс 74 уд/мин, частота дыхательных движений 20 в мин, рост 178 см, вес 92 кг, телосложение нормостеническое, кожа телесного цвета, высыпаний нет, влажность кожи умеренная, эластичность снижена . Видимые слизистые розовые, блестящие, чистые, влажные

Подкожная жировая клетчатка умеренно развита , распределена равномерно

Лимфатическая система : лимфоузлы не увеличены.

Мышечная система : сила мышц достаточна. Тургор тканей снижен.

Кости и суставы : патологических изменений при осмотре не обнаружено . Щитовидная железа не пальпируется

Органы дыхания : данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации органов дыхательной системы соответствуют возрасту. Сердечно-сосудистая система : границы относительной тупости сердца расширены (левая - на 1 см кнаружи от левой срединноключичной линии). При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушенные, систолический шум на верхушке АД 160/120 мм рт ст , пульс 78 уд/мин. Эластичность стенки сосуда сохранена . АД -130/

### Органы пищеварения : рот-слизистая розовая , влажная, зубы-санированы, на языке белый налет, миндалины не выходят за пределы небных дужек. Живот правильной формы. Нижняя граница желудка располагается на 3 см ниже пупка. Поверхностная пальпация кишечника безболезненна . Печень не выходит за края правой реберной дуги , пальпация ее безболезненна , край ровный , эластичный . Поджелудочная железа и селезенка не пальпируются .

Исследование нервной системы : сознание ясное, интеллект сохранен, настроение хорошее, речь членораздельная. Видит, слышит , запахи различает .

Дополнительные методы обследования :

1. 08.10.98 2. 11.10.98

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Общий анализ крови. | | Биохимический анализ крови | |
| Гемоглобин  Эритроциты  Цвет. Показатель  Лейкоциты  Палочкояд.  Сегментояд.  Лимфоциты  Моноциты  СОЭ | 99 г/л  3,7\*10 /л  1,0  5,2\*10 /л  1  66  24  5  30 | Глюкоза  Мочевина  Креатинин  АсАТ  АлАт  Общий билирубин  Триглицериды | 5,0 г/л  5,8 мМоль/л  0,069 мМоль/л  125  220  12,3 мМоль/л  6,20 мМоль/л |

3. 08.10.98

|  |  |
| --- | --- |
| Общий анализ мочи | |
| Прозрачность  Цвет  Относит. Плотность  Реакция  Белок  Эпителий плоский  Лейкоциты  Слизь  Эритроциты | Прозрачная  Соломенно-жёлтая  1,012 г/л  слабо-кислая  0,066  единичные  мало  2 – 3 в п/з  нет  ед в п/з |

1. Тест по Нечипоренко : 9.10.99

лейкоциты – 2 тыс. , эритроциты – 1 тыс, гиалиновые цилиндры – 200, ;

1. Бактериологический анализ : 09.10.99

посев роста не дал,

6. Посев на БК (-)

1. Проба по Зимницкому : 11.10.99

дневной диурез 380 мл ; ночной диурез 430 мл; плотность 1,010-1,015 г/см.

1. Проба Реберга : 12.10.99

креатинин крови 0,069 ; креатинин мочи 11,2 ; фильтрация 104 ; реабсорбция 99,2 ; мин. диурез 0,8 мл ; общий белок 72 ; мочевая кислота 375 ; общий холистерин 4,8 ; триглицериды 6,2 ; глюкоза 4,4 ; амилаза 4,7 ; АсАТ 79 ; АлАТ 137 .

1. Внутривенная урография : 15.10.99

камень в левой почке, хронический пиелонефрит слева, состояние после операции на правой почке.

10. УДЗГ почечных сосудов : 15.10.99

осмотр почечных артерий в области ворот – индекс периферического сопротивления в норме, кровоток адекватный.

11. УЗИ почек : 15.10.99

правая почка 117х62х18 мм , левая 116х51х16 мм , слева в нижней группе чашечно-лоханочной системы лоцируется конкремент 10,6 мм с з-тенью, синус правой почки без особенностей.

Заключение : УЗ-признаки мочекаменной болезни слева.

Предварительный диагноз .

На основании жалоб больного : на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 240/140 мм рт ст , тупые ноющие боли в пояснице, больше справа, отягощённой наследственности – родители страдали ГБ ; данных настоящего статуса : тоны сердца приглушенные, систолический шум на верхушке АД 160/120 мм рт ст , пульс 78 уд/мин ; лабораторных исследований : ОАК : СОЭ 30 , эритроциты 99\*10 , проба по Зимницкому : дневной диурез 380 мл , ночной диурез 430 мл , плотность 1,010-1,020 г/см , проба Реберга : креатинин крови 0,069, креатинин мочи 11,2 , фильтрация 104 , реабсорбция 99,2 , мин. диурез 0,8 мл , общий белок 72 , мочевая кислота 375 , внутривенная урография: камень в левой почке, хронический пиелонефрит слева, состояние после операции на правой почке , УЗИ почек : УЗ-признаки мочекаменной болезни слева ; можно поставить предварительный диагноз : хронический пиелонефрит, латентное течение, симптоматическая гипертония .

Дифференциальный диагноз :

Сходную клиническую картину (головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 240/140 мм рт ст ) имеет следующее заболевание : идеопатическая артериальная гипертензия .

В отличие от артериальной гипертензии в анализах мочи отмечается снижение плотности до 1,012 г/см, эритроциты, лейкоциты, никтурия, белок в моче 0,066 г/л , повышено значение СОЭ до 30 мм/ч, УЗ-признаки мочекаменной болезни слева.

Таким образом диагноз : хронический пиелонефрит, латентное течение, симптоматическая гипертония не вызывает сомнений.

Лечение :

1. Уроантисептики (Negram по 1 таб 4 раза в день);
2. Ингибиторы АПФ (Энап-HL по 1 таб (5мг) 1 раз в день) ;
3. Дибазол (по 2 мл 3 раза в день 1% р-р) с папаверином (по 2 мл 3 раза в день 2% р-р) в/м ;
4. Эринит (по 1 таб 4 раза в день).

#### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ БОЛЕЗНИ

Пиелонефрит - заболевание инфекционной этиологии , специфического возбудителя не существует . Чаще всего возбудителями являются кишечная палочка , протей , энтерококки , стафилококки , синегнойная палочка . Хронический характер патологии можно объяснить превращением патогенного микроорганизма под влиянием неблагоприятных факторов (антибиотики и химиопрепараты , изменения рН мочи) в L- формы .

Для уточнения пути попадания инфекции в почки нужно всесторонне обследовать больного на наличие очага инфекции в организме . Предрасполагающим фактором для развития патологического процесса мог послужить отягощённый наследственный анамнез.

Кроме того , в патогенезе пиелонефрита имеет значение обще состояние организма (сниженная иммунологическая реактивность , сопутствующие хронические заболевания) .

Окончательный диагноз :

При объективном обследовании тоны сердца приглушенные, систолический шум на верхушке АД 160/120 мм рт ст , пульс 78 уд/мин,

в анализах мочи отмечается снижение плотности до 1,012 г/см, эритроциты, лейкоциты, никтурия, белок в моче 0,066 г/л , повышено значение СОЭ до 30 мм/ч, никтурия, УЗ-признаки мочекаменной болезни слева.

Диагноз : хронический пиелонефрит, латентное течение, симптоматическая гипертония .

Эпикриз :

Больной Семёнов Е.П. 42 лет года был госпитализирован в клинику в плановом порядке . При поступлении предъявлял жалобы на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 240/140 мм рт ст , тупые ноющие боли в пояснице, больше справа. После курса лечения наступило незначительное улучшение , но болевой синдром сохранился . УЗ-признаки мочекаменной болезни слева. В моче обнаружена, эритроцитурия , в крови - повышение содержания креатинина . Был установлен диагноз хронического пиелонефрита, латентное течение, симптоматическая гипертония. Проводилось консервативное лечение : уросептики, ингибиторы АПФ, гипотензавная терапия. С момента начала лечения в клинике больной отмечает незначительное улучшение состояния .

Прогноз в отношении жизни благоприятный . В отношении здоровья прогноз неблагоприятный из-за наличия хронического течения процесса , и артериальной гипертензии (в том числе и почечной) . Рекомендовано соблюдение диеты , ограничение физических и эмоциональных нагрузок , санирование очагов хронической инфекции , коррекция артериальной гипертензии , длительное наблюдение лечащего врача .