**История болезни: Острый пиелонефрит**

Куратор: студент 313гр стомат. ф-та. Кучевский П.Е.

Тверская Государственная Медицинская Академия.

Тверь 2008г.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

Ф.И.О.: Суханов Денис Сергеевич

Возраст: 22 августа 1983 г. (24 года).

3. Дата и время поступления: 11.05.08 г. в 11 часов 40 мин.

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.

На головную боль, преимущественно в теменно-затылочной области, умеренные. Боль в поясничной области, ноющего характера, без связи с движением. Учащенное мочеиспускание малыми порциями, с резями. Слабость.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

(Anamnesis morbi).

В анамнезе указаний на заболевания мочевыделительной системы нет. заболеваний ССС нет. Заболел в апреле месяце 2008г когда появились боли в поясничной области без связи с движением повысилась t до субфебрильных цифр, стал редко малыми порциями мочиться с резями. Усилились головные боли. 29.04.08г обратился к участковому терапевту. Выдан б/л с диагнозом: (« Остеохондроз поясничного отдела позвоночника») При повторном осмотре заподозрена “почечная колика”.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ.

(Anamnesis vitae).

Образование среднее специальное. Работает наладчиком в ЗАО КСМ. Перенесенные заболевания: простудные. Вредные привычки: курит – 1 пачку в день, не злоупотребляет алкоголем. Наследственность: не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощён.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО.

(Status presens).

При поступлении отмечалось: состояние удовлетворительное, t - 36,8 С. Сознание ясное, настроение бодрое, поведение сдержанное, обычное выражение лица, патологии со стороны памяти и речи не выявлено.

Кожные покровы телесного цвета, кожа эластичная, умеренно влажная, чистая. Проба щипка отрицательная. Состояние волос и ногтей удовлетворительное.

Подкожно-жировой слой развит умеренно, равномерно распределен по всему телу. Визуально и пальпаторно уплотнений и отеков не выявлено.

Слизистые обычной окраски без патологических высыпаний и изъязвлений. отмечается гиперемия слизистой зева. Пальпируются нижнечелюстные, заднешейные, единичные паховые лимфоузлы обычных размеров, умеренно плотные. Безболезненные, не спаянные с окружающими тканями.. мышечно-связочный аппарат развит удовлетворительно, тонус и сила мышц нормальные. Объем активных и пассивных движений сохранен во всех суставах. Патологических изменений суставов (нарушение конфигурации, отечности, гиперемии, повышения температуры, болезненности) не выявлено.

Неврологический статус: Патологии со стороны ЧМН, периферических нервов не выявлено. Кожные, сухожильные рефлексы, рефлексы со слизистых оболочек сохранены, живые, симметричные. При исследовании болевых точек получены отрицательные результаты. Патологических рефлексов и симптомов не выявлено. Больной устойчив в позе Ромберга, патологии при исследовании координаторных систем не отмечается. Менингеальных симптомов нет. Двигательная функция нервной системы не нарушена (парезов, параличей нет).чувствительность сохранена, одинаково выражена на симметричных участках. Дермографизм красный, не стойкий.

Костная система: череп правильной округлой формы, патологических изменений нет, грудная клетка цилиндрической формы, эпигастральный угол острый, ребра направлены косо, сверху вниз. При исследовании позвоночника патологических деформаций не отмечено, физиологические изгибы хорошо выражены. Кости конечностей развиты пропорционально без патологических искривлений и деформаций.

Органы дыхания: ЧД -17 в мин., одышки нет. Носовое дыхание в норме. Голос не изменен. Грудная клетка симметричной формы, лопатки расположены на одном уровне и одинаковом расстоянии от позвоночного столба, незначительно отстают от грудной клетки. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки умеренно выражено и одинаковой силы. При перкуссии выслушивается ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| lin. Medioclavicularis | 6 ребро | — « — |
| lin. Axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| lin. Scapularis | 10 ребро | 10 ребро |

Активная подвижность нижних краев легких по среднеподмышечной линии равна 3 см. при аускультации выслушивается везикулярное дыхание несколько усиленное в межлопаточной области. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено. Бронхофония не изменена.

Органы кровообращения: при осмотре и пальпации сердечной области патологических изменений (сердечный горб, сердечный толчек, пульсация колатеральных сосудов) не выявлено. Верхушечный толчек локализуется в правом межреберьи слева, размером около 2-х см, умеренной высоты, резистентный. Кошачьего мурлыканья не выявлено. Пульс одинаковый на обеих руках, частота - 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Границы абсолютной и относительной тупости сердца.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Верхняя | верхний край 3-го ребра | 3-е межреберье |
| Правая | на 0,5 см кнаружи от правой грудинной линии | по левой грудинной линии |
| Левая | на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии | на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии |

Аускультативно в области верхушки определяется 2 тона, преобладает 1-й тон. Тоны ритмичные, звучные, громкие, ясные. Патологических шумов не выявлено.

На основании сердца (на уровне 2-го межреберья около правого и левого края грудины) выслушиваются 2 тона, 2-й тон преобладает над первым, акцент 2-го тона на легочной артерии. Тоны ритмичные,, звучные, ясные, без патологических шумов.

В нижней трети грудины и в точке Боткина аускультативная картина без патологии.

АД на руке 100/70 мм. рт. ст.

Органы пищеварения и брюшной полости:

при осмотре слизистые рта, губы розовые, язык не обложен, запах изо рта обычный, акт глотания не затруднен, безболезненный. Живот правильной формы без видимых патологических выпячиваний, кожа живота чистая, перистальтика визуально не определяется, патологического расширения подкожных вен нету.

При перкуссии живота над всей поверхностью определяется тимпанический звук.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мякий, безболезненный. Расхождений прямых мышц живота, грыж, увеличения внутренних органов не определяется.

Результаты глубокой методической топографической скользящей пальпации:

сигмовидная кишка - в виде гладкого, плотноватого, подвижного, безболезненного цилиндра толщиной около 2-х см.

слепая кишка - в виде цилиндра толщиной около 3-х см, с гладкой поверхностью, безболезненна и малоподвижна.

поперечно-ободочня кишка - в виде мягкого цилиндра диаметром около

2-х см, подвижная и безболезненная.

нисходящие отделы ободочной кишки - отмечается болезненность

Результаты перкуссии печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии 7 см (верхняя граница на уровне 6-о ребра, нижняя у края реберной дуги), по срединной линии - 8 см, по косой - 8 см (от начала мечевидного отростка до боковой границы печени в левом подреберьи).

Печень при пальпации на уровне реберной дуги, нижний ее край острый, мягко-эластичный, безболезненный при пальпации. Пузырная точка безболезненна. Симптомы Георгиевского-Мюсси, Мерфи, Ортнера-Грекова, Менделя отрицательные.

Пропальпировать поджелудочную железу не удалось. Точки Мейо-Робсона, Дежардена безболезненны.

Размеры селезенки при перкуссии 6 и 8 см. Пропальпировать селезенку не удалось.

Мочеполовая система: Симптом Пастернацкого положительный. Почки не доступны пальпации.

Эндокринные ораны: клинических симптомов поражения желез внутренней секреции (акромегалия, ожирение, патологические пигментации) не выявлено. Щитовидная железа пальпируется на передней поверхности шеи в виде мягко-эластичного образования, безболезненного при пальпации.

Органы чувств: при внешнем осмотре патологии со стороны глаз, ушей, носа, рта не выявлено.

Физическое развитие:

Вес 89 кг

Рост 178 см

физическое развитие соответствует возрастной норме.

Предварительный диагноз: Острый пиелонефрит.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Общий анализ крови 12.05.08 г.

Нь - 122 г/л

Лейкоциты - 6,8 10

Эозинофилы - 0

Палочкоядерные - 8

Сегментоядерные - 55

Лимфоциты - 36

Моноциты - 1

СОЭ - 20 мм/ч

Анализ крови на сахар 12.05.08 г.

глюкоза 3,9 мкмоль/л

Общий анализ мочи 13.05.08 г.

Количество 100 мл

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес - 1015

Белок - 0,033 г/л

Сахар -

Эпителий плоский - изредка

Лейкоциты 20-40 в п/з

Эритроциты 3-5 в п/з

Биохимический анализ крови 14.05.08 г.

Мочевина 5,8 ммоль/л

Креатинин 57 мкмоль/л

Белок 79 г/л

ЭКГ (14.05.08 г.).

Синусовая тахикардия. Электрическая оось в норме. Укорочение AV-проводимости.

УЗИ органов брюшной полости 14.05.08 г.

Печень + 1 см, структура однородная. Желчный пузырь гипотоничен с перегибом в области тела, стенка уплотнена, полость свободна.

Поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки типично расположены, конуры четкие, ровные, паренхима 1,6 см. ЧЛА уплотнен слева.

Анализ мочи на ацетон 14.05.08 г.:

не выявлено.

Исследование кала на яйца глистов методом соскоба (15.05.08 г.):

не обнаружены.

Рентгенография органов грудной полости 15.05.08 г.:

легочные поля прозрачные. Отмечается усиление легочного рисунка и легочных корней. диафрагма дифференцируется. Плевральные углубления свободны. Патологии со стороны сердца не выявлено.

Результаты микробиологического исследования мочи 17.05.08 г.:

бактериурия отсутствует.

Д Н Е В Н И К

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Д а т а | С о с т о я н и е б о л ь н о г о | Н а з н а ч е н и я |
| г  17.05.08 г. | Т - 36,4 С; PS - 96 уд/мин.;  ЧД-20/мин.; вес-89 кг;  А/Д-145/85 мм. рт. ст.  Жалобы на головную боль, боль в пояснице, снижение аппетита, общую слабость.  Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы телесного цвета, слизистые влажные. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны четкие, ясные, ритмичные, отмечается тахикардия. Живот умеренно болезненный при пальпации в пилородуоденальной и эпигастральной зоне. Симптом Пастернацкого положительный.  Т-36,8 С; PS-87 уд/мин.;  ЧД-19/мин.; вес-89 кг;  А/Д 140/80 мм. рт. ст.  Жалуется на общую слабость.  Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы телесного цвета, слизистые влажные. В легких везикуляярноое дыхание. Сердечные тоны четкие, ясные, ритмичные. Живот мягкий безболезненный при пальпации в пилородуоденальной и эпигастральной зоне. Симптом Пастернацкого слабо положительный. | План обследования:  ОАК.  ОАМ, моча на ацетон и желчные пигменты.  Кал на яйца глистов.  Соскоб на энтеробиоз.  Биохимический анализ крови.  ЭКГ.  УЗИ органов брюшной полости.  Рентгенография органов брюшной полости.  10. Консультация уролога.  План лечения:  НО-ШПА 1т. 3р/день  Фурадонин 1т. 4р/день  Фитотерапия.  Физиотерапия.  Назначения: продолжать принимать назначенное лечение. |

О Б О С Н О В А Н И Е Д И А Г Н О З А.

На основании жалоб на резкие боли в поясничной области, а также положительный с-м Пастернацкого можно предположить наличие у больной патологии связанной с мочевыделительной системой.

Жалобы на общую слабость, головную боль, головокружение говорят об интоксикационном синдроме и, отнюдь, не исключают патологии со стороны мочевыделите6ьной системы (МВС).

Данные лабораторных и инструментальных исследований (ОАМ: незначительная протеинурия - 0,033 г/л, лейкоцитурия - 20-40 в п/з; УЗИ почек - уплотнение чашечно-лоханочного аппарата, подтверждают патологию МВС.

Исходя из данных анамнеза длительность заболевания 10 дней, что говорит об остром процессе.

Окончательно диагноз можно сформулировать как:

**Острый пиелонефрит.**

Для более детального исследования почек через 1 месяц после ликвидации обострения инфекции делают рентгенологические методы исследования: нисходящая урография (при ПЕН можно обнаружить деформацию или расширение, спазм почечных лоханок или др. отделов мочевыводящей системы, нарушение экскреторной функции одной или обеих почек), цистография и цистоскопия, микционная цистоуретерография, ретроградная цистометрия, фармакоцистометрию, пиелометрию уретры, электромиографию мочевого пузыря, прямую цистометрию. все эти методы используются для определения уродинамики в нижних отделах мочевых путей .

Л Е Ч Е Н И Е

Полупостельный режим 2-3 нед.

Диета преимущественно молочно-растительная без раздражающих и экстрактивных блюд и веществ (стол №5 - печеночный). Показано введение большого количества жидкости (в 1,5 раза превышающее возрастные нормы). Дополнительную жидкость вводить за счет соков, компотов. Показаны свежие овощи и фрукты, обладающие диуретическим эффектом (арбузы, виноград, дыни, кабачки).

Медикаментозное лечение:

а. Препараты нитрофуранового ряда:

Rp.: Tab. Furadonini 0,1 N.20

S. По 1/2 таблетки 4 раза в день после еды, запивая большим количеством жидкости в течении 7 дней.

Нарушает образование ацетил-Ко А из пировиноградной кислоты, т.е. обмен энергии и синтетические процессы в микробной клетке. Угнетает рост и размножение сттафило-, стрептококков, кишечной палочки, палочки паратифа и др. граммотрицательных и граммположительных бактерий эффективен при заболеваниях мочевыводящих путей (цистит, пиелонефрит, пиелит, уретрит). Если обострение ПЕН не протекает без высокой температуры и признаков интоксикации производные нитрофурана назначаются без предварительной терапии антибиотиками.

в. Симптоматическое лечение:

4. р-р пирацетама 20%-10,0 в/в.

Конкор 0,005 по 1/2 табл. 1 раз в день.

Глицин по 1 табл 3 раза под язык.

Э П И К Р И З

Суханов Денис Сергеевич поступления: 11.05.08 г. в 11 часов 40 мин.

с жалобами на боль в пояснице, быструю утомляемость, общую слабость, тошноту, рвоту, недомогание , снижение аппетита, головокружение, кашель. Заболевание началось в апреле месяце 08 г., обострилось 12.05.08 г.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы телесного цвета, слизистые влажные. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны четкие, ясные, ритмичные, отмечается тахикардия. Живот умеренно болезненный при пальпации в пилородуоденальной и эпигастральной зоне. Симптом Пастернацкого положительный.

В больнице проведены следующие лабораторные и инструментальные исследования

Общий анализ крови 12.05.08 г.

Нь - 122 г/л

Лейкоциты - 6,8

Эозинофилы - 0

Палочкоядерные - 8

Сегментоядерные - 55

Лимфоциты - 36

Моноциты - 1

СОЭ - 26 мм/ч

Анализ крови на сахар 12.05.08 г.

глюкоза 3,9 мкмоль/л

Общий анализ мочи 13.05.08 г.

Количество 100 мл

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес - 1015

Белок - 0,033 г/л \*\*

Сахар -

Эпителий плоский - изредка

Лейкоциты 20-40 в п/з

Эритроциты 3-5 в п/з \*\*

Биохимический анализ крови 14.05.08 г.

Мочевина 5,8 ммоль/л

Креатинин 57 мкмоль/л

Белок 79 г/л

ЭКГ (14.05.08 г.).

Синусовая тахикардия. Электрическая ось в норме. Укорочение

AV-проводимости.

УЗИ органов брюшной полости 14.05.08 г. \*\*

Печень - «+» 1 см. Желчный пузырь гипотоничен с перегибом в области тела, стенка уплотнена, полость свободна.

Поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки типично расположены, конуры четкие, ровные, паренхима 1,6 см. ЧЛА уплотнен слева.

Рентгенография органов грудной полости 15.05.08 г.:

легочные поля прозрачные. Отмечается усиление легочного рисунка и легочных корней. диафрагма дифференцируется. Плевральные углубления свободны. Патологии со стороны сердца не выявлено.

Результаты микробиологического исследования мочи 17.05.08 г.:

бактериурия отсутствует.

На основании клинических данных, объективного исследования, данных лабораторного и инструментального исследования был поставлен диагноз:

Острый пиелонефрит.

Проведено лечение:

р-р Пирацетама 20%-10,0

Фурадонин - 1/2 таб. 4 р/день.

Конкор 0,005 по 1 таб 1 р.

Глицин по 1 т 3 р п/язык.

Рекомендации:

1. Закончить курс стационарного лечения.

2. Соблюдение молочно-растительной диеты, исключая раздражающие и экстрактивные вещества, пряности, маринады, копчености, колбасы, консервы, специи. Полезно проводить зигзагообразную диету т.е. перввые 7-10 дней продукты, обуславливающие щелочную реакцию мочи (овощи, фрукты, ягоды, молоко, сахар и др.), а следующие 7-10 дней - кислую реакцию мочи (кефир, творог, каши, хлеб, рыба, мясо)Рекомендовано употребление соков, овощей и фруктов, обладающих диуретическим эффектом (арбузы, дыни, баклажаны, виноград).

3.Противорецидивная терапия после выписки из стационара:

первые 7-10 дней каждого месяца - урасептик (1 раз в день на ночь, 1/4 часть суточной дозы), последующие 20 дней - сборы трав по Ковалевой или другие, более простые, лекарственные сборы (см. выше).

4. Диспансерное наблюдение у участкового терапевта по месту жительства в течении 5 лет с тщательным контролем мочи на степень бактериурии и лейкоцитурии (анализ мочи по Нечипоренко, а лучше по Адис-Каковскому):

до окончания курса непрерывной а/бактериальной терапии - 1 р/2нед.

последующие 6 мес. - 1р/мес.

далее 1 раз в 2-3 мес., и обязательно 2 раза при любой интеркуррентной инфекции (первый раз в разгар заболевания, второй раз через неделю после его окончания).

осмотр стоматолога, отоларинголога ( для исключения хронического инфекционного очага, будь то хронический тонзиллит, аденоиддит, кариес зубом или др.) и троекратные анализы кала на яйца глистов (с обязательным соскобом на яйца остриц): 1 раз в полгода.

7. Соблюдение правил личной гигиены.