**История болезни ТЭЛА**

Санкт-Петербургский Государственный Университет

Ф.И.О. Щ. В. С.

Возраст 66 года (дата рождения 29.09.1941 г.)

Пенсионер. Инвалид II группы

Проживает в Санкт-Петербурге

Поступил 17.10.2007 г.

Клинический диагноз.

ИБС. Нестабильная стенокардия напряжения. IV ф.к. Атеросклеротический кардиосклероз.

Артериальная гипертензия почечного генеза. Симптоматическая ренопаренхиматозная гипертония. III cтепень. Ш стадия. IV ур. риска.

Осложнения.

Мерцательная аритмия (тахисистолическая форма). Постоянная форма.

ТЭЛА от 13.10.07 г. Правосторонний гидроторакс. Хроническая сердечная недостаточность. III ф.к. NYHA.

Сопутствующие заболевания.

Состояние после ампутации I и II пальцев правой стопы по поводу острой окклюзии сосудов нижней конечности и развившейся постокклюзионной гангрены. Хроническая венозная недостаточность. Подагра. Суставно-висцеральная форма. Подагрический артрит. Подагрическая нефропатия.

Заведующий кафедрой профессор Шишкин А.Н.

Преподаватель доцент Мазуренко С.О.

Куратор Студентка IV курса 402-ой группы

Порошина А.И.

Срок курации с 27.10.07г. по 07.11.07г.

Санкт-Петербург

2007 г.

Паспортная часть

Ф.И.О Щендрик Валентин Степанович

Возраст 66 лет (дата рождения 29.09.1941 г.)

Пенсионер, инвалид II группа

Проживает в Санкт-Петербурге

Поступил 17.10.2007 г.

Жалобы

Длительное, нарастающее в течение нескольких дней и сильное ощущение удушья. Одышка инспираторного характера в покое, не купируемая в домашних условиях. Одышка усиливается в положении на спине, на левом боку и в вертикальном положении. Постоянное чувство тяжести в грудной клетке, больше – с правой стороны. Боль в грудной клетке. Упорный кашель и кровохарканье в течение 4-5 дней. Мокрота прозрачная со сгустками ярко-розового цвета, отходит легко.

Умеренно выраженная боль за грудиной давящего характера отмечается периодически, связана с физической нагрузкой и ходьбой на расстояние до 100 м, иногда – в покое, проходит в покое и после приема нитроглицерина, длится менее получаса.

Перебои в работе сердца, сердцебиение.

Отсутствие аппетита. Слабость.

Постоянная ноющая боль в коленных суставах.

Боль и ощущение дискомфорта в правой стопе, возникшая в результате ампутации ее I и II пальцев.

Анамнез заболевания

Считает себя больным с 2001 года, когда впервые появились боль за грудиной и одышка, связанные с физической нагрузкой, нарушение сердечного ритма; стали фиксироваться эпизоды повышения АД. В связи с вышеперечисленными изменениями в состоянии госпитализировался, и после его стабилизации был выписан с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения III ф.к. ХСН III ф.к. Мерцательная аритмия – постоянная форма. АГ. ГБ II ст. III гр. риска. В результате была оформлена инвалидность II гр. В 2002 г. находился на обследовании в Институте кардиологии им. Алмазова, где со слов были обнаружены тромбы в правых отделах сердца. После этого госпитализировался ежегодно 2 раза в год. Дома принимал Эналоприл, Моночинкве, Нитроглицерин, Дигоксин, Фуросемид. АД на фоне беспорядочного приема гипотензивных средств держалось на уровне 140/80 – 150/90 мм рт.ст. С середины лета 2007 г. стал отмечать резкое ухудшение самочувствия. Участились приступы загрудинных болей, которые начали появляться даже после небольшой физической нагрузки, иногда – в покое. Во время подъема АД его значение могло достигать 190/120 мм рт.ст. В течение этого периода неоднократно вызывал неотложную помощь на дом, но не госпитализировался. 13.10.07 г. внезапно появились одышка в покое и кашель с кровохарканьем, выраженная слабость, продолжавшиеся и нараставшие в течение 4-х дней. На 5-е сутки обратился к врачу по месту жительства и сразу был направлен на госпитализацию в стационар. 17.10.2007 г. в состоянии тяжелой степени тяжести поступил в Гор. Больницу № 25.

Анамнез жизни

Родился в Ленинградской области, в деревне. В интранатальном периоде травмы и патологические состояния отсутствовали. В физическом и психическом развитии отставания от сверстников не наблюдалось. Получил среднее специальное образование. Работал водителем троллейбуса. С 2001 г. – на пенсии и является инвалидом II гр. Проживает в отдельной квартире с женой.

Семейное положение – женат, имеет дочь и сына.

Наследственность. Мать страдала ИБС.

Перенесенные заболевания и операции. В 1955 г. – операция по поводу опухоли правой грудной железы. В 1987 г. – катотравма, переломы в области правого лучезапястного сустава и левого локтевого сустава. В июле 2007 г. – ампутация I и II пальцев правой стопы по поводу острой окклюзии сосудов нижней конечности и развившейся постокклюзионной гангрены.

Детские болезни – ОРЗ.

В 2002 г. верифицирована подагра.

Эпидемиологический анамнез : туберкулез, сифилис, венерические заболевания, вирусный гепатит, ВИЧ-инфекцию, малярию – отрицает.

Аллергологический анамнез : аллергию на пищевые продукты, лекарственные препараты, шерсть животных, пыльцу и семена растений, поллютанты и другие вещества – отрицает.

Вредные привычки : Не курит. Алкоголь – ранее 1 раз в неделю до 300 г, с июля 2007 г. алкоголь не употребляет. В еде неприхотлив, последние несколько лет избегает жареную, острую, жирную и соленую пищу.

Объективное исследование

Общее состояние тяжелой степени тяжести. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно (толщина кожно-подкожно-жировой складки над пупком составляет 2 см). Кожные покровы бледные, чистые, сухие. Дистальные отделы конечностей холодные на ощупь. Тургор кожи и ее эластичность значительно снижены, целостность кожи не нарушена. Видимые слизистые бледно-розового цвета, нормальной влажности. Форма шеи обычная. Щитовидная железа визуально не определяется и пальпируется только в области ее перешейка. Ткань ее безболезненна, мягко-эластичной однородной консистенции, подвижна при глотании и пальпации, не спаяна с кожей и окружающими тканями. В области правой грудной железы наблюдается рубец размерами 1,5 \* 3,5 см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Мышечная система развита удовлетворительно. Мышцы безболезненны, тонус и сила их равномерно незначительно снижены. В области правого лучезапястного и левого локтевого суставов визуально определяются деформации в виде утолщений без заметного ограничения в объеме движения вышеназванных суставов. На нижних конечностях визуально определяются отеки. На правой стопе отсутствуют I и II пальцы. Других видимых деформаций и нарушения целостности костного скелета нет. В области пястнофаланговых и межфаланговых суставов и I плюснефалангового сустава на левой стопе визуально определяются единичные тофусы. Болезненность при пальпации и поколачивании костей отсутствует. Подвижность в обоих коленных и всех пястнофаланговых суставах незначительно ограничена. Движения в других суставах сохранены в достаточном объеме. Конфигурация позвоночника правильная.

Сердечно сосудистая система

При осмотре шеи и грудной клетки патологические изменения не выявляются. Сердечный толчок, выпячивание в прекордиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсация визуально не определяются. Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища – передней брюшной стенки и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

При пальпации лучевых артерий пульс неритмичный, неодинаковый на обеих руках, слабого наполнения, ненапряжен. Частота его 86 в минуту. Сосудистая стенка вне пульсовой волны пальпаторно не определяется. Верхушечный толчок не определяется. При пальпации на нижних конечностях определяются выраженные отеки, достигающие средней трети голени.

Правая граница относительной сердечной тупости перкутируется на 1 см кнаружи от правого края грудины. Правая граница абсолютной сердечной тупости проходит на 1,5 см кнутри от правого края грудины. Верхняя граница относительной сердечной тупости соответствует II межреберью. Верхняя граница абсолютной сердечной тупости – III межреберью. Левая граница относительной и абсолютной сердечной тупости совпадают и перкуторно определяются на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберьи. Сосудистый пучок не выступает за края грудины.

При аускультации ЧСС составляет 94 в минуту. Определяется дефицит пульса. Тоны сердца глухие. На верхушке сердца выслушивается ослабление I тона и акцент II тона над легочным стволом. На аорте выслушивается дующий систолический шум, который не проводится по сосудам шеи.

Артериальное давление на обеих руках соответствует 150/90 мм рт. ст.

Дыхательная система

Грудная клетка правильной формы. Деформации и патологические изменения в ней отсутствуют. Правая ее половина отстает при дыхании. Сглаженность межреберных промежутков выявляется справа на уровне нижнего угла лопатки и до XI ребра. Надключичные и подключичные ямки обычных размеров. Частота дыхательных движений 21 в минуту. Соотношение ЧДД к ЧСС составляет 1/5. Тип дыхания смешанный. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют.

При пальпации грудная клетка безболезненна, умеренно резистентна, в правом нижнебоковом отделе резистентность ее повышена. Голосовое дрожание справа на уровне VII – XI ребер ослаблено.

При сравнительной перкуссии над вышеуказанным промежутком легкого справа определяется тупой перкуторный звук. Выше нижнего угла лопатки вдоль паравертебральной, задней, средней и передней подмышечных линий на правой стороне локальные участки притупления сочетаются с участками тимпанита, расположенными выше. С левой стороны над легким перкуторно определяется сочетание тимпанита, ясного легочного звука и нижележащего участка притупления на уровне IX ребра по лопаточной линии, X ребра по околопозвоночной. При топографической перкуссии границы легких соответствуют :

справа слева

Среднеключичная линия VI ребро –

Передняя подмышечная линия VII ребро VII ребро

Средняя подмышечная линия VII ребро IX ребро

Задняя подмышечная линия VII ребро IX ребро

Лопаточная линия VII ребро IX ребро

Околопозвоночная линия VII ребро X ребро

Верхушки легких выступают над ключицами спереди на 3 см, сзади - находятся на уровне остистого отростка VII шейного позвонка в левой и правой половинах легких. Ширина полей Кренига 6 см с обеих сторон. Подвижность легочных краев по задним подмышечным линиям справа составляет 4 см, а слева – 6 см.

При аускультации над поверхностью левого легкого определяется жесткое дыхание, а на уровне IX ребра по лопаточной и X ребра по околопозвоночной линиям дыхание не выслушивается. В заднебоковых отделах на уровне VIII межреберья выслушиваются влажные мелкопузырчатые звучные хрипы. Справа над областью легкого ниже VII ребра дыхание отсутствует. Выше VII ребра выслушивается жесткое дыхание. Других дополнительных шумов нет. Бронхофония отрицательная.

Система органов пищеварения

При осмотре видимые слизистые чистые, умеренно влажные, бледно-розового цвета. Язык влажный, обложен желтоватым налетом, в размерах не увеличен. Зев чистый, бледно-розового цвета, миндалины не увеличены. Живот симметричный, увеличен в размерах, округлой формы, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен передней брюшной стенки отсутствуют.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, флуктуирует при баллотирующей пальпации. Вздутие его выражено незначительно, напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует. Перистальтика неактивная.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка в виде гладкого плотного цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненного. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка диаметром 3 см, безболезненная и не урчащая при надавливании. Поперечноободочная кишка не пальпируется. Большая кривизна желудка прощупывается на 3 см выше пупка в виде гладкого мягкого малоподвижного и слегка болезненного валика. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см по среднеключичной линии. Край печени умеренной плотности, гладкий, закругленный, безболезненный. Желчный пузырь не прощупывается, пальпация его в проекции на переднюю брюшную стенку безболезненна. Селезенка в положении лежа на спине и в положении по Сали не пальпируется.

Перкуторные границы печени по правой среднеключичной линии составляют : верхняя на VI ребре, нижняя на 3 см ниже реберной дуги, по правой парастернальной линии – нижняя граница на 3 см ниже реберной дуги, по передней средней линии – на 4 см ниже нижнего края мечевидного отростка. Размеры печени по Курлову : по правой среднеключичной линии – 12 см, по передней срединной линии – 10 см, по краю левой реберной дуги – 9 см. Симптомы Кера, Лепене-Василенко, Мерфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского, Менделя отрицательны. Перкуторные границы селезенки по левой средней подмышечной соответствуют : верхняя на IX ребре, нижняя на XI ребре (ширина притупления 7 см). Края селезенки определяются на уровне X ребра : задний – по лопаточной линии, передний – по левой передней подмышечной линии. Длина притупления 8 см. Симптом Рагозы отрицательный.

При перкуссии живота тимпанический звук в околопупочной области по направлению к боковым фланкам сменяется тупым, что косвенно свидетельствует о наличии в брюшной полости свободной жидкости.

Мочевыделительная система

Мышцы поясничной области не напряжены. Почки не пальпируются. Пальпация в их проекции на переднюю брюшную стенку безболезненна. Поколачивание по поясничной области на уровне XII грудного позвонка безболезненно. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненно.

Половые органы развиты правильно, вторичные половые признаки соответствуют полу.

Нервная система

Сознание ясное. Зрение и слух не нарушены. Вкус и обоняние не изменены. Контактен. Речь внятная. В пространстве и времени ориентирован адекватно. Память сохранена. Походка без особенностей. В позе Ромберга устойчив. Мышечные тонус и сила равномерно незначительно снижены. Общая чувствительность и мышечно-суставное чувство не нарушены. Поверхностные и глубокие рефлексы сохранены. Патологические рефлексы отсутствуют. Дермографизм красный, появляется на первой минуте.

Обоснование предварительного диагноза

Обоснование предварительного диагноза основного заболевания

На основании :

I. Жалоб (умеренно выраженная боль за грудиной давящего характера отмечается периодически, связана с физической нагрузкой и ходьбой на расстояние до 100 м, иногда – в покое, проходит в покое и после приема нитроглицерина, длится менее получаса; перебои в работе сердца, сердцебиение);

II. Анамнеза заболевания (считает себя больным с 2001 года, когда впервые появились боль за грудиной и одышка, связанные с физической нагрузкой, нарушение сердечного ритма; стали фиксироваться эпизоды повышения АД; в связи с вышеперечисленными изменениями в состоянии госпитализировался, и после его стабилизации был выписан с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения III ф.к. ХСН III ф.к. Мерцательная аритмия – постоянная форма. АГ. ГБ II ст. III гр. риска; в 2002 г. находился на обследовании в Институте кардиологии им. Алмазова, где со слов были обнаружены тромбы в правых отделах сердца; после этого госпитализировался ежегодно 2 раза в год; АД на фоне беспорядочного приема гипотензивных средств держалось на уровне 140/80 – 150/90 мм рт.ст.; с середины лета 2007 г. стал отмечать резкое ухудшение самочувствия; участились приступы загрудинных болей, которые начали появляться даже после небольшой физической нагрузки, иногда – в покое; во время подъема АД его значение могло достигать 190/120 мм рт.ст.);

III. Анамнеза жизни (наследственность – мать страдала ИБС);

IV. Данных физикального обследования (при пальпации лучевых артерий пульс неритмичный, неодинаковый на обеих руках, частота его 86 в минуту; правая граница относительной сердечной тупости перкутируется на 1 см кнаружи от правого края грудины; правая граница относительной сердечной тупости перкутируется на 1 см кнаружи от правого края грудины; правая граница абсолютной сердечной тупости проходит на 1,5 см кнутри от правого края грудины; верхняя граница относительной сердечной тупости соответствует II межреберью; верхняя граница абсолютной сердечной тупости – III межреберью; левая граница относительной и абсолютной сердечной тупости перкуторно определяется на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберьи; при аускультации ЧСС составляет 94 в минуту; определяется дефицит пульса; тоны сердца глухие; на верхушке сердца выслушивается ослабление I тона; на аорте выслушивается дующий систолический шум, который не проводится по сосудам шеи);

Обоснование осложнений основного заболевания

На основании:

I. Жалоб (длительное, нарастающее в течение нескольких дней и сильное ощущение удушья; одышка инспираторного характера в покое, не купируемая в домашних условиях; одышка усиливается в положении на спине, на левом боку и в вертикальном положении; постоянное чувство тяжести в грудной клетке, больше – с правой стороны; боль в грудной клетке; упорный кашель и кровохарканье в течение 4-5 дней; мокрота прозрачная со сгустками ярко-розового цвета, отходит легко);

II. Анамнеза заболевания (в 2002 г. находился на обследовании в Институте кардиологии им. Алмазова, где со слов были обнаружены тромбы в правых отделах сердца; 13.10.07 г. внезапно появились одышка в покое и кашель с кровохарканьем, продолжавшиеся и нараставшие в течение 4-х дней; на 5-й день обратился к врачу по месту жительства и сразу был направлен на госпитализацию);

III. Данных физикального обследования (кожные покровы бледные; дистальные отделы конечностей холодные на ощупь; пульс слабого наполнения; при пальпации на нижних конечностях определяются выраженные отеки, достигающие средней трети голени; правая граница относительной сердечной тупости перкутируется на 1 см кнаружи от правого края грудины; правая граница абсолютной сердечной тупости проходит на 1,5 см кнутри от правого края грудины; верхняя граница относительной сердечной тупости соответствует II межреберью; верхняя граница абсолютной сердечной тупости – III межреберью; левая граница относительной и абсолютной сердечной тупости перкуторно определяется на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберьи; тоны сердца глухие; на верхушке сердца выслушивается ослабление I тона и акцент II тона над легочным стволом; правая половина грудной клетки отстает при дыхании; сглаженность межреберных промежутков выявляется справа на уровне нижнего угла лопатки и до XI ребра; частота дыхательных движений 21 в минуту; при пальпации грудная клетка умеренно резистентна, в правом нижнебоковом отделе резистентность ее повышена; голосовое дрожание справа на уровне VII – XI ребер ослаблено; при сравнительной перкуссии над вышеуказанным промежутком легкого справа определяется тупой перкуторный звук; выше нижнего угла лопатки вдоль паравертебральной, задней, средней и передней подмышечных линий на правой стороне локальные участки притупления сочетаются с участками тимпанита, расположенными выше; с левой стороны над легким перкуторно определяется сочетание тимпанита, ясного легочного звука и нижележащего участка притупления уровне IX ребра по лопаточной линии, X ребра по околопозвоночной; при топографической перкуссии границы легких справа определяются на VII ребре, слева – достигают X ребра по околопозвоночной линии; при аускультации над поверхностью левого легкого определяется жесткое дыхание, а на уровне IX ребра по лопаточной и X ребра по околопозвоночной линиям дыхание не выслушивается; в заднебоковых отделах на уровне VIII межреберья выслушиваются влажные мелкопузырчатые звучные хрипы; справа над областью легкого ниже VII ребра дыхание отсутствует; выше VII ребра выслушивается жесткое дыхание);

Обоснование сопутствующих заболеваний

На основании :

I. Жалоб (боль в правой стопе, возникшая в результате ампутации ее I и II пальцев;

постоянная ноющая боль в коленных суставах);

II. Анамнеза жизни (в 2002 г. верифицирована подагра; в июле 2007 г. – ампутация I и II пальцев правой стопы по поводу острой окклюзии сосудов нижней конечности и развившейся постокклюзионной гангрены);

III. Данных физикального обследования (на правой стопе отсутствуют I и II пальцы; при пальпации на нижних конечностях определяются выраженные отеки, достигающие средней трети голени; в области пястнофаланговых и межфаланговых суставов и I плюснефалангового сустава на левой стопе визуально определяются единичные тофусы; подвижность в обоих коленных и всех пястнофаланговых суставах незначительно ограничена)

Можно поставить предварительный диагноз.

Предварительный диагноз

ИБС. Нестабильная стенокардия напряжения. IV ф.к. Атеросклеротический кардиосклероз.

Мерцательная аритмия (тахисистолическая форма). Постоянная форма.

Артериальная гипертензия. Гипертоническая болезнь. III cтепень. Ш стадия. IV ур. риска.

Осложнения.

ТЭЛА от 13.10.07 г. Правосторонний гидроторакс. Хроническая сердечная недостаточность. III ф.к. NYHA.

Сопутствующие заболевания.

Состояние после ампутации I и II пальцев правой стопы. Хроническая венозная недостаточность. Подагра. Суставная форма. Подагрический артрит.

План обследования

I. Анализ крови на RW – диагностический минимум для исключения сифилиса;

II. Анализ кала на яйца гельминтов – диагностический минимум для исключения гельминтоза;

III. Клинический анализ крови – необходимо определить количество эритроцитов и гемоглобина для исключения анемического синдрома при железодефицитной анемии, т.к. бледность кожных покровов и слизистых, приступы сердцебиения, слабость, отсутствие аппетита, болевые феномены в области сердца могут косвенно свидетельствовать о ее наличии. Кроме этого необходимо убедиться в отсутствии инфаркта миокарда, при котором в периферической крови будет наблюдаться лейкоцитоз, а позже повышение СОЭ; оценить общее состояние организма;

IV. Общий анализ мочи – позволит непосредственно оценить работу почек, как важного звена в развитии АГ почечного генеза, исключить воспалительную, деструктивную, аутоиммунную нефропатологию;

V. Биохимический анализ крови – следует выполнить для оценки общего состояния организма, обнаружения случайно пропущенной или недооцененной патологии печени, почек, системы крови и др.; такие показатели как АСТ, ЛДГ, тропонин Т, КК помогут исключить инфаркт миокарда; с помощью показателей липидного обмена необходимо оценить состояние коронарных сосудов, степень их склерозирования, как важного фактора в развитии инфаркта миокарда; исследование системы свертывания крови и фибринолиза даст возможность выявить степень риска возникновения инфаркта миокарда, а также повторной ТЭЛА; по показателям белкового и электролитного обменов определить общее состояние организма; количество мочевой кислоты в крови выявит характер подагрического процесса;

VI. Проба Реберга – необходима для оценки функций почек: клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции, клиренса;

VII. Анализ мокроты – необходим для установления характера патологического процесса в легких, выбора тактики лечения, исключения туберкулеза;

VIII. Анализ крови на белки острой фазы – для выявления наличия воспалительного процесса в легких или в сердце;

IX. ЭКГ – для подтверждения мерцательной аритмии, оценки функции миокарда, исключения инфаркта миокарда;

X. Рентгенография легких – для вероятного подтверждения ТЭЛА, выявления других возможных патологических процессов в легких, плевральной полости, грудной клетке, выбора тактики лечения;

XI. Перфузионная сцинтиграфия легких – имеет решающее значение для подтверждения ТЭЛА.

XII. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей – необходимо для выяснения генеза ТЭЛА, возможного обнаружения источника ТЭЛА;

XIII. УЗИ органов брюшной полости – даст возможность оценить стадии ГБ и ХСН, определить степень и характер патологических изменений в органах-мишенях.

Результаты анализов, их интерпретация.

Заключения инструментального обследования.

ЭКГ от 17.10.2007

QRS – 0,08

QRST – 0,30

RR – 0,45

ЧСС – 133 в мин.

Фибрилляция предсердий. Тахисистолическая форма. Косвенные признаки гипертрофии обоих желудочков. Очаговые фиброзные изменения в перегородке, передней стенке, верхней стенке, верхушке левого желудочка. Диффузные изменения процессов реполяризации неизвестной давности.

ЭКГ от 23.10.07

QRS – 0,10

ЧСС – 96 в мин.

Фибрилляция предсердий. Тахисистолическая форма. Тахисистолическая форма. По сравнению с ЭКГ от 17.10.07 урежение ритма. Зарегистрированы единичные желудочковые экстрасистолы. Несколько улучшены процессы реполяризации.

ЭКГ от 30.10.07

QRS – 0,10

RR – 0,93

ЧСС – 72 в мин.

Фибрилляция предсердий. Очаговые нарушения внутрижелудочковой проводимости.

II. Клинический анализ крови от 17.10.2007 нормальные показатели

Эритроциты – 4,8\*10 /л 4,0-5,1\*10 /л

Лейкоциты – 8,4\*10 /л 4,0-8,8\*10 /л

Гемоглобин – 144 г/л 130-160 г/л

Цветовой показатель – 0,90 0,86-1,05

Тромбоциты – 180\*10 /л 180-320\*10 /л

Клинический анализ крови от 24.10.07

Эритроциты – 5,0\*10 /л 4,0-5,1\*10 /л

Лейкоциты – 6,0\*10 /л 4,0-8,8\*10 /л

Гемоглобин – 148 г/л 130-160 г/л

Цветовой показатель – 0,89 0,86-1,05

Тромбоциты – 187\*10 /л 180-320\*10 /л

Палочкоядерные нейтрофилы – 5% 1-6%

Сегментоядерные нейтрофилы – 55% 45-70%

Лимфоциты – 30% 18-40%

Моноциты – 8% 2-9%

Эозинофилы – 1% 0-5%

Базофилы – 0% 0-1%

СОЭ – 1 мм/ч до 10 мм/ч

Клинический анализ крови от 30.10.07

Эритроциты – 4,67\*10 /л 4,0-5,1\*10 /л

Лейкоциты – 6,59\*10 /л 4,0-8,8\*10 /л

Гемоглобин – 137 г/л 130-160 г/л

Цветовой показатель – 0,88 0,86-1,05

Тромбоциты – 218\*10 /л 180-320\*10 /л

Палочкоядерные нейтрофилы – 3% 1-6%

Сегментоядерные нейтрофилы – 67% 45-70%

Лимфоциты – 20% 18-40%

Моноциты – 8% 2-9%

Эозинофилы – 2% 0-5%

Базофилы – 0% 0-1%

СОЭ – 4 мм/ч до 10 мм/ч

Результаты клинического анализа крови в динамике показали, что признаки анемии отсутствуют. Лейкоцитоз и повышение СОЭ не выявлены, что свидетельствует об отсутствии инфаркта миокарда и выраженном воспалительном процессе в организме.

III. Общий анализ мочи от 17.10.2007 нормальные показатели

Цвет – светло-желтый светло-желтый

Прозрачность – прозрачная прозрачная

Относительная плотность мочи – 1016 1008-1026

Реакция мочи – нейтральная нейтральная – слабо-кислая

Белок – 0,17 г/л до 25-75 мг/сут – следы

Лейкоциты – 1-2 в поле зрения 0-3 в поле зрения

Эритроциты – измененные – 15 –16 в поле зрения 0-2 в препарате

Эпителий плоский – 0-1 в поле зрения незначительное количество

Слизь – + незначительное количество

Цилиндры – 2 гиалиновые только единичные гиалиновые

Общий анализ мочи от 29.10.07

Цвет – светло-желтый светло-желтый

Прозрачность – прозрачная прозрачная

Относительная плотность мочи – 1020 1008-1026

Реакция мочи – нейтральная нейтральная – слабо-кислая

Белок – 0,19 г/л до 25-75 мг/сут – следы

Лейкоциты – 6 – 10 в поле зрения 0-3 в поле зрения

Эритроциты – измененные – 15 –16 в поле зрения 0-2 в препарате

Эпителий плоский – 0-1 в поле зрения незначительное количество

Слизь – + незначительное количество

Цилиндры – 3 гиалиновые только единичные гиалиновые

Бактерии – 2 в поле зрения отсутствуют

Наблюдаемое наличие эритроцитов в моче (эритроциты – измененные – 15 –16 в п. з. от 17.10.07 и от 29.10.07), протеинурии (белок – 0,17 г/л от 17.10.07 и белок – 0,19 г/л от 29.10.07) в сочетании с незначительным присутствием цилиндров (цилиндры – 2 гиалиновые от17.10.07 и цилиндры – 3 гиалиновые от 29.10.07) свидетельствует о повышении проницаемости клубочковых каппиляров вследствие поражения почечной паренхимы смешанного происхождения, как в результате прогрессирования ГБ и ХСН до заключительных стадий, так и, возможно, являясь исходом подагрического процесса. О протекании пиелонефрита на фоне подагрической тубулоинтерстициальной нефропатии также свидетельствует наличие в осадке мочи лейкоцитов – 6-10 в п. з. и бактерий – 2 в п. з. от 29.10.07.

IV. Биохимический анализ крови от 18.10.2007 нормальные показатели

АЛТ – 16,6 Ед/л 9-55 Ед/л

АСТ – 20,3 Ед/л 5-35 Ед/л

Общий белок – 66,1 г/л 64-83 г/л

Мочевина – 5,0 ммоль/л 2,5-9,2 ммоль/л

Креатинин – 62,6 мкмоль/л 55-110 мкмоль/л

Мочевая кислота – 443 мкмоль/л 150-420 мкмоль/л

Билирубин общий – 42,6 мкмоль/л 3,14-17,1 мкмоль/л

Калий – 4,11 ммоль/л 3,6-6,3 ммоль/л

Натрий – 137,2 ммоль/л 135-152 ммоль/л

Глюкоза – 3,66 ммоль/л 3,3-6,0 ммоль/л

Холестерин общий – 2,75 ммоль/л до 5,2 ммоль/л

Креатинкиназа МВ – 28 Ед/л 1-25 Ед/л

Индекс атерогенности – 5,9 до 4

Лактатдегидрогеназа – 317 Ед/л 135-225 Ед/л

Триглицериды – 1,11 ммоль/л 0,50-2,10 ммоль/л

ЛПВП – 0,4 ммоль/л 0,9-1,9 ммоль/л

ЛПНП – 1,85 ммоль/л до 2,2 ммоль/л

ЛПОНП – 0,5 ммоль/л 0,26-1,04 ммоль/л

Исходя из картины крови, можно заключить, что несмотря на нормальное значение АЛТ, соотношение АСТ/АЛТ (АСТ – 20,3 Ед/л/АЛТ –16,6 Ед/л от 18.10.07) менее 1,33, а это предполагает наличие дистрофического или воспалительного процесса в паренхиме печени, что подтверждается повышением общего билирубина (билирубин общий – 42,6 мкмоль/л от 18.10.07). Возможно, это только следствие далеко зашедшей стадии ХСН, которая проявляется обтурационной (застойной) желтухой с субклиническим течением. Показатели липидного, углеводного, белкового и водно-электролитного обмена укладываются в границы нормы. Повышенный уровень мочевой кислоты (мочевая кислота – 443 мкмоль/л от 18.10.07) является патогномоничным признаком подагры. Повышенный коэффициент атерогенности (индекс атерогенности – 5,9 от18.10.07) демонстрирует увеличение риска развития инфаркта миокарда, а повышение в крови МВ-фракции КК (креатинкиназа МВ – 28 Ед/л от18.10.07) говорит о наличии нестабильной стенокардии со значительной угрозой развития инфаркта миокарда и уже текущей гибели отдельных кардиомиоцитов вследствие их ишемии. Функция почек по данным результатов существенно не изменена. Необходим контрольный анализ.

Биохимический анализ крови от 22.10.07 норма

Альбумины – 31,3 г/л 34-50 г/л

Креатинин – 71,5 мкмоль/л 35-133 мкмоль/л

Креатинкиназа МВ – 26,9 Ед/л 1-25 Ед/л

Общий белок – 65,5 г/л 63-85 г/л

Мочевая кислота – 427 мкмоль/л до 420 мкмоль/л

Мочевина – 5,58 ммоль/л 1-8,3 ммоль/л

По сравнению с предыдущими результатами уровень КК МВ (креатинкиназа МВ – 26,9 Ед/л от 22.10.07) и мочевой кислоты (мочевая кислота – 427 мкмоль/л от 22.10.07) также высок. Снижено значение альбуминов (альбумины – 31,3 г/л от 22.10.07), это наиболее вероятный признак синтетической функции печени вследствие протекания в ней застойных и дистрофических процессов плюс потеря белка с мочой. Необходимо выполнить протеинограмму.

Биохимический анализ крови от 30.10.07

АЛТ – 12,6 Ед/л 9-55 Ед/л

АСТ – 18,6 Ед/л 5-35 Ед/л

Мочевина – 7,3 ммоль/л 2,5-9,2 ммоль/л

Креатинин – 74,5 мкмоль/л 55-110 мкмоль/л

Калий – 4,47 ммоль/л 3,6-6,3 ммоль/л

Натрий – 146,1 ммоль/л 135-152 ммоль/л

Кальций – 2,2 ммоль/л 2-2,75 ммоль/л

Креатинкиназа МВ – 14 Ед/л 1-25 Ед/л

Нормальный показатель КК МВ (креатинкиназа МВ – 14 Ед/л от 30.10.07) говорит об эффективности проводимой терапии.

Мочевая кислота от 02.11.07 – 419 мкмоль/л (норма – до 420)

V. Белковые фракции от 23.10.07

Альбумины – 35 % 47-61,4 % Глобулины – 65 %

Альфа1- глобулины – 6 % 2-5 %

Альфа2- глобулины – 10 % 7,5-11 %

Бета- глобулины – 12 % 10,2-18,3 %

Гамма- глобулины – 37 % 15,6-25,4 %

Протеинограмма показала, что фракция альбуминов снижена (альбумины – 31,3 г/л от23.10.07), как и в анализе от 22.10.07 количество их было снижено. А фракция гамма- глобулинов наоборот существенно превышает норму, что служит предположением о наличии какого-то воспалительного процесса, возможно инфарктпневмонии.

VI. Проба Реберга от 22.10.2007

Суточная потеря белка – 0,06 г/сут

Суточный диурез – 0,4 л

Минутный диурез – 0,53 мл/мин

Креатинин крови – 71,5 мкмоль/л (норма – 55-110)

Креатинин мочи – 17,2 ммоль/л (норма – 4,4-17,7)

Клубочковая фильтрация – 109,7 мл/мин (норма – 120-140)

Канальцевая реабсорбция – 99 % (норма – 98-99 %)

Результаты пробы показали, что признаков почечной недостаточности нет. Олигурия скорее носит временный характер и связана с тяжелым физическим состоянием, но возможно является проявлением подагрической нефропатии.

VII. С-реактивный белок – 36,67 мг/л от 24.10.07 (норма – до 5)

Является неспецифическим маркером воспаления. Возможно, что это проявление развившейся инфарктпневмонии.

VIII. Анализ плазменных факторов гемостаза от 23.10.07.

Фибриноген – 5,24 г/л (норма – 2-4 г/л)

Протромбин – 76 % (норма – 95-105 %)

МНО – 1,33

Уменьшение протромбинового индекса (протромбин – 76 % от 23.10.07) закономерно на фоне антикоагулянтной терапии. Повышение фибриногена (фибриноген – 5,24 г/л от 23.10.07) как белка «острой фазы» характерно для воспаления.

IX. Анализ мокроты от 18.10.07.

Эпителий плоский – в небольшом количестве

Эпителий цилиндрический – в незначительном количестве

Лейкоциты – 56-64-88 в поле зрения

Эритроциты – 75-80-120 в поле зрения

Альвеолярные макрофаги – 4-6-12 в поле зрения

Детрит – 1-2

Содержание в мокроте сочетания цилиндрического эпителия, лейкоцитов до 88 и эритроцитов до 120 в поле зрения, и детрита (от18.10.07) указывает на большую вероятность развития вследствие ТЭЛА инфаркта легкого и, далее, инфарктпневмонии.

X. Рентгенологическое исследование от 17.10.07

Легкие эмфизематозны. Справа – выпот, доходящий до уровня переднего отрезка V ребра. Не исключается инфильтрация в нижних отделах справа. Слева в нижних отделах – снижении пневмотизации легкого, возможно, из-за небольшого выпота в синусе. Корни умеренно расширены за счет легочных артерий. Аорта склерозирована. Тень сердца значительно расширена в поперечном размере. ФЛГ контроль через 8 – 10 дней.

Рентгенологическое исследование от 01.11.07

Уменьшение правостороннего гидроторакса до VIII межреберья и в нижней левой косой щели – справа. Частичный регресс инфильтрации справа. Левый купол диафрагмы четкий. Левый синус свободный.

XI. Перфузионная сцинтиграфия легких от 26.10.07

Заключение. Сцинтиграфические признаки ТЭЛА сегментарной (S 10) нижнедолевой ветви слева на фоне снижения капиллярного кровотока в нижней доле левого легкого. Умеренное снижение суммарной перфузии левого легкого. Уменьшение в объеме правого легкого.

XII. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей от 28.10.07

Правая Левая

Подвздошные вены D – 17 мм D – 14 мм

Сосудистая стенка нормальная

ОБВ D – 13 мм D – 13 мм

Клапаны утолщены.

Сосудистая стенка

утолщена

БВ D – 9 мм D – 6,6 мм

Клапаны утолщены

Сосудистая стенка

утолщена. В просвете

гиперэхогенные

включения.

ГБВ D – 4,5 мм D – 4,5 мм

БПВ D – 8,6 мм D – 8,7 мм

ПКВ D – 7,7 мм D – 9,6 мм

ЗБВ D – 5,8 мм D – 10 мм

Расширена. Извита. Расширена. Извита.

ПБВ D – 3,3 мм D – 3,3 мм

Просвет расширен

МПВ D – 5,5 мм D – 4,5 мм

Перфорантные вены Перфорантные вены

проходимы расширены.

Глубокие и перфорантные вены нижних конечностей проходимы. Посттромбофлебитический синдром левой бедренной вены. Клапанная недостаточность обеих бедренных вен. Хроническая венозная недостаточность.

XIII. УЗИ органов брюшной полости от 30.10.07

Печень увеличена. Правая доля 170 мм, левая доля 64 мм. Эхогенность ее умеренно повышена. Внутрипеченочные ходы не расширены. Структура – диффузно уплотнена. Воротная вена 8,7 мм. Желчный пузырь правильной формы. Размеры его 75 мм\*40 мм. Стенка утолщена до 6 мм. Выявляется пристеночная взвесь. Холедох не расширен – 6,3 мм.

Поджелудочная железа увеличена 30,8 мм\*25,4 мм. Эхогенность ее повышена. Структура диффузно изменена. Проток не расширен.

Селезенка увеличена 111 мм\*42 мм. Структура однородна.

Почки. Правая почка 103 мм\* 47,6 мм. Левая почка 115 мм\* 48,9 мм. Правая лоханка 93,4 мм. Левая лоханка 21,9 мм. Стенки лоханок уплотнены. Корковый слой правой почки 14,5 мм, левой почки 11,6 мм.

Заключение. Свободная жидкость в брюшной полости. Диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Увеличение правой доли печени, головки поджелудочной железы, селезенки. Хронический холецистит. Хронический панкреатит.

Дифференциальный диагноз.

В данном случае провести дифференциальную диагностику основного заболевания не представляется сложным. Клиническая картина стенокардии довольно типична – коронарогенные боли за грудиной чаще возникают при физической нагрузке, реже в покое, длятся менее получаса и купируются нитратами. Постоянная форма мерцательной аритмии достоверно подтверждается результатами ЭКГ – несинусовый и неправильный ритм, отсутствие зубца Р.

Сложнее отдифференцировать симптоматическую АГ от эссенциальной ГБ. Не совсем ясно, является ли повышение АД причиной всех вышеописанных нарушений в различных органах, или все-таки оно вызвано развившейся подагрической нефропатией. И в том и в другом случае формирование стойкого нарушения почечного кровотока, а, следовательно, нарушения в системе регуляции почками АД неизбежно. Однако, уже само наличие такой хронической органической патологии как подагра, при которой существует перманентное токсическое воздействие мочевой кислоты на ткань почки, вполне может обусловить возникновение АГ почечного генеза. О протекании подагрического процесса в почках могут говорить изменения в осадке мочи – появление в ней белка в незначительном количестве (до 2-х г/л), характерном для подагры, эритроцитов, гиалиновых цилиндров, лейкоцитов и бактерий, наличие в крови высокого уровня С-реактивного белка и, главное, мочевой кислоты, а также таких симптомов как олигурия.

Более важным в данном случае представляется сделать дифференциальную диагностику ТЭЛА. Ведь вышеописанная клиника с ведущим синдромом дыхательной недостаточности может только имитировать ТЭЛА, а на самом деле быть проявлением крупозной плевропневмонии, либо являться выражением отека легких при хронической левожелудочковой недостаточности на фоне сердечной декомпенсации. При этом гипертензия в малом круге кровообращения и отек легких возникают вторично по отношению к сердечной недостаточности, в то время как ТЭЛА наоборот влечет за собой повышение давления в легочном круге кровообращения и резкую перегрузку правых отделов сердца.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признаки | ТЭЛА | Крупозная  пневмония | Сердечная  астма, отек  легких |
| Синдром  интокси-  кации | Чаще субфибрилитет | Высокая лихорадка,  озноб, головная  боль | Отсутствует  редко  субфибрилитет |
| Уплотне-  ние  легочной  ткани | Перифокально  вокруг обтурирован-  ного сосуда | Вся доля (сегмент)  уплотнена | Сначала нижние  отделы, далее  полностью все  легкие |
| Эмфизема  легких | Могут встречаться  рассеянные эмфизе-  матозные участки | В пораженной доле  отсутствует | Обычно отсутствует |
| Наличие жид-  кости в плев-  ральной поло-  сти | Может быть большой  плевральный выпот  как в виде транссудата  так и в виде экссудата  при инфаркт-пневмо-  нии | Как осложнение может  быть экссудативный  плеврит | Обычно отсутствует |
| Дыхательная  недостаточ-  ность | Выраженная одышка  в покое | Выраженная одышка  в покое | Выраженная одышка  в покое |
| Поражение  сердечной  мышцы | Как следствие -перегрузка правых  отделов сердца, воз- можна их дилатация.  Инфаркт миокарда | Как осложнение может  быть инфекционно-  аллергический  миокардит | Гипертрофия левого  желудочка, инфаркт миокарда, миокардит |
| Недостаточ-ность крово-  обращения | Выраженные гипотония до коллапса и тахикардия. Набухание и пульсация яремных вен. Положительный венный пульс. Пульс слабого наполнения или нитевидный. | Гипотония и тахикар-  дия. | Резкое снижение АД до  кардиогенного шока.  Холодная кожа, холодный липкий пот. |
| Вынужден-  ное  положение |  |  |  |
| Локализация  и характер  боли |  |  |  |
| Пальпатор-  ные признаки |  |  |  |
| Перкуторные  признаки |  |  |  |
| Аускульта-  тивные  признаки |  |  |  |
| Лаборатор-  ные приз-  наки |  |  |  |
| Признаки  инструмен-тального  исследова-  ния |  |  |  |
| Вид при  осмотре |  |  |  |
| Характер  мокроты |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Обоснование окончательного диагноза

На основании :

I. жалоб (сильная боль в правом боку и в правом подреберьи ноющего и режущего характера, связанная движением, наклонами туловища; боль возникает в течение часа даже после небольшой физической нагрузки; отмечаются продолжительные приступы гематурии с отхождением кровянисто-слизистых сгустков различной формы);

II. анамнеза заболевания (считает себя больным с 1997 года, когда впервые внезапно появились сильная режущая боль в правом боку ниже правого подреберья, которая имела упорный характер и не купировалась нестероидными анальгетическими препаратами, озноб, слабость, в моче появились примеси в виде беловатых и кровянистых сгустков; сначала лечился амбулаторно, но в связи с отсутствием эффекта был направлен поликлиникой в медсанчасть №122, где в результате УЗИ был выявлен камень в правой почке; там же была проведена ДУВЭЛ, и камень был выведен; после операции 4 года ничего не беспокоило; в 2002 году неприятные ощущения в правом боку и продолжительные эпизоды гематурии возобновились, но обследование и лечение не проводились; в августе 2007 года возник выраженный болевой синдром, сопровождавшийся ознобом, слабостью, тошнотой и головной болью, вызывал скорую помощь; после этого в связи с проживанием в Краснодаре обратился в местную поликлинику, где 17.08.2007 г. была проведена обзорная и внутривенная урография; заключение по ее результатам – МКБ, камень лоханки правой почки, правосторонний гидронефроз, косвенные признаки сдавления правого мочеточника, возможно за счет добавочного сосуда; в сентябре 2007 года вернулся в Санкт-Петербург, обратился в поликлинику по месту жительства (общий анализ мочи от13.09.2007 – ERY – 250 ERY/u),

где получил направление на госпитализацию в стационар);

III. анамнеза жизни (наследственность: мать страдает мочекаменной болезнью);

IV. данных физикального обследования (мышцы поясничной области справа и передней брюшной стенки справа напряжены. Почки не пальпируются; пальпация в их проекции слегка болезненна справа. Поколачивание по поясничной области на уровне XII грудного позвонка справа сопровождается выраженной болезненностью, слева безболезненно;

мочевой пузырь не пальпируется; мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненно; моча слегка мутновата, с примесью кровянисто-слизистых сгустков; на левом яичке определяется варикоцеле; отмечается локальная болезненность при пальпации по ходу правой паховой связки);

V. данных лабораторного исследования (общий анализ мочи от 15.10.2007 – белок – 1,98 г/л, эритроциты – мало измененные – 16-18 в поле зрения);

данных инструментальных методов обследования :

- на обзорной и серии внутривенных урограмм от 16.10.2007 выявляется конкремент лоханки правой почки, занимающий почти весь ее объем, размерами 25 мм\*14 мм; правая почка расположена низко в поясничной области; выделительная функция почек своевременная; полостная система правой почки деформирована, умеренно расширена;

- при проведении радиоизотопной ренографии от 17.10.2007 справа выявлен обструктивный тип кривой;

- УЗИ почек от 18.10.2007 показало, что правая почка 122 мм\* 47 мм, контуры ее ровные, паренхима – 15 мм:15 мм, однородная; эхогенность не изменена, повышена I ст., лоцируются пирамидки и чашечки 14 мм, лоханка 41 мм; в пиелоуретральном сегменте лоцируется конкремент диаметром 22 мм с акустической тенью; почечный индекс 1,5 : 1,0;

можно поставить окончательный диагноз.

Окончательный диагноз :

МКБ. Конкремент лоханки правой почки. Правосторонний гидронефроз I ст. Хронический калькулезный пиелонефрит в стадии ремиссии. Хронический гастрит в стадии ремиссии.

Этиопатогенез МКБ.

Нефролитиаз – полиэтиологическое заболевание. Являясь перенасыщенным солевым раствором, моча, благодаря наличию буферных систем, должна оставаться без свободных кристаллов с момента ее формирования в дистальных канальцах нефрона до выведения из организма. Образование кристаллов в моче происходит при повреждении буферных систем или при появлении первичного ядра, к. пр., сочетающегося с застойными явлениями в мочевых путях.

Определенно значение в этиологии нефролитиаза имеют энзимопатии (тубулопатии), которые представляют нарушения обменных процессов в проксимальных и дистальных отделах канальцев, при которых в почке скапливаются вещества, идущие на построение камня. Наиболее распространенными из тубулопатий являются оксалурия, цистинурия, аминоацидурия, галактоземия, фруктоземия.

Образованию камня на фоне тубулупатии способствует факторы, которые делят на экзогенные и эндогенные.

К экзогенным факторам относят климатические и геохимические условия, особенности питания. Высокая температура воздуха , насыщенность питьевой воды минеральными солями увеличивают риск образования камня из-за усиления потоотделения и обезвоживания организма и ограничения потребления воды, что усиливает концентрацию солей в моче и способствует их кристаллизации. Растительная и молочная пища способствует ощелачиваю мочи , а мясная – ее окислению. Так же способствуют камнеобразованию недостаток витаминов А и С и избыток витамина Д.

К эндогенным патогенетическим факторам камнеобразования относят нарушенный отток мочи из почки, замедление почечной гемоциркуляции, наличие хронического воспалительного процесса в почке.

Изменения со стороны мочевых путей, предрасполагающие к возникновению конкрементов, подразделяют на:

врожденные пороки развития, создающие стаз мочи;

обтурацию мочевых путей (сужение пиелоуретрального сегмента мочеточника);

нейрогенные дискинезии мочевых путей;

воспалительные и паразитарные заболевания мочевых путей;

инородные тела;

травмы почки;

длительная вынужденная гипо- и адинамия (например при переломе позвоночника).

К эндогенным факторам, способствующим развитию нефролитиаза относятся гиперфункция паращитовидных желез – первичный и вторичный гиперпараттиреоидизмы, при которых происходит токсическое воздействие на эпителий проксимальных извитых канальцев, что приводит к выраженной его дистрофии. Дистрофия эпителия почечных канальцев сопровождается повышением в крови и мое уровня нейтральных мукополисахаридов, которые могут сформироваться в полисахаридные цилиндры; каждый из них может стать ядром конкремента.

Процесс образования камня объясняет теория матрицы белкового состава, основой которой может быть фибрин. При проникновении в полостную систему почки фибриноген вследствие низкой фибринолитической активности мочи трансформируется в нерастворимый фибрин, на нем впоследствии откладываются соли.

Определенную роль в развитии нефролитиаза играет фактор наследственной предрасположенности.

Патологоанатомические изменения внутренних органов при МКБ.

В ткани почек определяются явления слабо выраженной воспалительной реакции в виде очаговой лейкоцитарной инфильтрации, отека и полнокровия сосудов. В составе инфильтрата определяются преимущественно лимфоциты, плазмоциты и единичные фибробласты. Инфильтрация представлена в виде отдельных участков, расположенных преимущественно в интерстиции. Явления отека и полнокровия сосудов носят слабо выраженный характер.

Полностью склерозированные клубочки распределяются по паренхиме относительно равномерно. Количество пораженных клубочков составляет 15% от общего количества. В интерстиции определяются участки склерозирования. Волокна соединительной ткани имеют разнонаправленную ориентацию и толщину.

В эпителии проксимальных и дистальных извитых канальцев определяются умеренно выраженные явления зернистой и белковой дистрофии. Часть канальцев находится в состоянии выраженной атрофии и кистозно расширена с явлениями уплощения эпителия и наличием в просвете гомогенными эозинофильными коллоидными массами.

Морфометрически средняя площадь клубочков составляет 13543,2±165,4 мкм2; площадь капиллярных петель клубочков – 9435,2±24,8 мкм2; объемная доля соединительной ткани клубочков – 0,13%; объемная доля соединительной ткани интерстиция – 0,08%; мочевое пространство – 1,4; канальцевый индекс – 11,8.

Количество склерозированных клубочков составляет 15%.

При иммуногистохимическом исследовании отмечается выраженная экспрессия ядерного антигена пролиферирующих клеток. Иммунопозитивные клетки располагаются преимущественно в эпителии проксимальных и дистальных извитых канальцев. Отмечается наличие отдельных единичных клеток в капиллярных петлях клубочка, в которых экспрессия антигена носит умеренный или слабо выраженный характер. В области капсулы единичных клубочков выявляются группы клеток с умеренной экспрессией антигена.

В перигломерулярных зонах выявляется умеренная цитоплазматическая экспрессия общего макрофагального антигена. В тубуло-интерстициальных пространствах отмечаются единичные слабо экспрессирующие антиген клетки. В большинстве капиллярных петель и в капсулах клубочков иммунопозитивные клетки отсутствуют.

Виментин позитивные клетки без признаков острого воспалительного процесса располагаются преимущественно диффузно или в виде отдельных очаговых скоплений в интерстиции. Отмечаются виментин позитивные клетки с выраженной экспрессией антигена, которые расположены перигломерулярно и в составе капиллярных петель клубочков.

Таким образом, отмечаются преимущественно выраженные склеротические и атрофические явления. Несмотря на клиническое отсутствие признаков пиелонефрита, при микроскопическом исследовании обнаруживаются морфологические признаки умеренно выраженного хронического воспаления.

В зависимости от степени эндогенной интоксикации выявляются различия в морфологии почек при МКБ.

При микроскопическом исследовании ткани почек без клинически выраженной эндогенной интоксикации отмечается слабая или, в отдельных случаях, умеренно выраженная лейкоцитарная инфильтрация, которая представлена преимущественно лимфоцитами с единичными макрофагами и гистиоцитами. Инфильтрация носит очаговый характер и определяется преимущественно в интерстиции. Определяются явления слабо выраженного отека стромы и полнокровия сосудов.

Клубочки распределяются в паренхиме неоднородно. Встречаются единичные зоны почечной паренхимы с множеством склерозированных клубочков, вокруг которых определяется зрелая волокнистая соединительная ткань с признаками атрофии канальцев. Стенки сосудов в этих участках склерозированы. В других участках ткани почек отмечается наличие гипертрофированных клубочков с полнокровными капиллярами, в мезангии которых ШИК-позитивные вещества распределяются неравномерно.

При иммуногистохимическом исследовании отмечается очаговая умеренная экспрессия виментина. Клетки с иммунопозитивно окрашенной цитоплазмой расположены преимущественно в участках расположения разнонаправленных пучков соединительной ткани в виде очаговых скоплений.

Отмечается умеренно выраженная экспрессия ядерного антигена пролиферирующих клеток в основном в ядрах эпителия канальцев с незначительным количеством имунопозитивного материала, расположенного в цитоплазме. Иммунологически при реакции с общим макро-фагальным антигеном встречается положительное цитоплазматическое окрашивание единичных клеток, которые расположены преимущественно в интерстиции между извитыми канальцами.

На полутонких срезах отмечается наличие клубочков грушевидного типа с формированием расширения мочевого пространства на одном из полюсов. Определяется умеренная многоклеточность клубочков с очаговыми расширениями капилляров, в просвете которых определяются скопления эритроцитов. Капсула клубочков имеет неравномерные утолщения. В просвете капсул клубочков отмечаются клеточные элементы и белковые массы. В зоне расположения ЮГА определяются преимущественно элементы сосудистой ножки, однако канальцы с плотным пятном выявить не удается. Дистальные извитые канальцы имеют расширенный просвет с уплощенным эпителием. В просвете содержатся клеточные элементы и белковые массы.

Толщина паренхимы почек с низким уровнем эндогенной интоксикации колеблется от 7 до 12 мм., средние размеры составляют – 10 мм.

План лечения

Необходимо выполнить экстракцию конкремента оперативным способом – произвести чрескожную нефростомию и контактную нефролитотрипсию с последующей литоэкстракцией – в связи с возобновлением частых приступов почечной колики, наличия хронического калькулезного пиелонефрита и нарастающей дилатации полостной системы почки. В данном случае, чтобы не травмировать мочеточник и не вызвать связанных с этим осложнений, контактную литотрипсию лучше проводить после чрескожной нефростомии

Перед операцией следует провести подготовку организма консервативным путем.

1) Осуществить эксфузию аутокрови в количестве 350 мл для восполнения интраоперационной кровопотери;

2) Купировать возникающие приступы почечной колики путем внутримышечного введения медленно 5 мл Баралгина. При отсутствии эффекта можно выполнить введение

раствора Трамадола 100 мг 2 мл внутримышечно либо раствор Платифилина 0,2% - 1 мл подкожно.

3) Вне приступа назначить перорально Баралгин по 1 таблетке 3 раза в день и Но-шпу 2% - 2 мл внутримышечно 1 раз в день.

4) Назначить курс уроантисептиков для профилактики атак пиелонефрита – Фуроданин

5) Начать пероральное введение антигистаминных препаратов – Супрастин

6) Определить диету. Диета №5 по Певзнеру.

После оперативного лечения необходимо :

Назначить антибактериальную терапию в виде аминогликозидов – Гентамицин в течение 7-10 дней, дополнительно параллельно включив 3-х дневный курс Метрагила для потенцирования действия антибиотиков.

Продолжить курс уроантисептиков и антигистаминных средств в течение 7-10 дней.

Назначить курс эубиотиков – Линекс в течение 2-х недель.

Выполнить повторно посев мочи для выявления специфики флоры.

В зависимости от химической структуры камня почки определить пищевой рацион с исключением продуктов, создающих условия для образования камней.

Направить на саноторно-курортное лечение после 1,5 – 2-х месяцев после операции.

Лист назначений

Rp.: «Baralgin» – 5 ml

D.t.d.N.1 in amp. S.внутримышечно медленно 1 раз в день с 12.10.07 по 16.10.07

#

Rp.: Sol. Tramadoli -1.0 – 2 ml

D.S. внутримышечно 1 раз в день 18.10.07

#

Rp.: Tab.«Baralgin»

D.S. внутрь по 1 таблетки 3 раза в день с 19.10.07 по 25.10.07

#

Rp.: Furodonini 0.15

D.t.d.N. 20 in tab.

S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день с 22.10.07 по 01.11.07

#

Rp.: Suprastini – 0.025

D.S. внутрь по 1 таблетке 2 раза в день с 21.10.07 по 01.11.07

#

Rp.: Sol. Gentomycini sulfatis 4% - 2 ml

D.t.d.N. 20 in amp.

S. внутримышечно 3 раза в день с 26.10.07 по 01.11.07

#

Rp.: Sol. Metrogili – 100 ml

D.S. внутривенно-капельно 1 раз в день с 26.10.07 по 28.10.07

#

Rp.: Tab. Linexi

D.S. внутрь по 1 таблетке в день с 26.10.07 по 08.11.07

#

Rp.: Sol. No-spani 2% - 2 ml

D.t.d.N. 10 in amp.

S. внутримышечно 1 раз в день с 19.10.07 по 25.10.07

Прогноз.

Поскольку настоящее наличие камня является рецидивом (известно из анамнеза заболевания), существует значительная вероятность образования нового камня в почке, а также обострения хронического пиелонефрита. Односторонний процесс является благоприятным моментом в рамках прогноза.

Реабилитация.

Сбалансированное питание. Ограничение поваренной соли, белков, особенно трудно усваиваемых, содержащихся в мясе, исключение жареной и острой пищи.

Санаторно-курортное лечение.

Физиотерапия (бальнеотерапия, лечебные минеральные воды).

Вторичная профилактика.

Необходима постановка на учет под постоянное диспансерное наблюдение с периодической оценкой функционального состояния почек, фазы активности хронического пиелонефрита.

Диетотерапия (сбалансированное питание, ограничение поваренной соли, белков, особенно трудно усваиваемых, содержащихся в мясе, исключение жареной и острой пищи; при нормальной клубочковой фильтрации употребление не менее 1,5 л воды в сутки).

Лечение обменных нарушений. Поддержание рН мочи в границах нейтральная – слабо-кислая. Фитотерапия с целью слабого мочегонного эффекта.

Этапный эпикриз.

Мунаев Владимир Николаевич, 32 года находится в отделении урологии ГБ №2 с 12.10.2007 г. Поступил с жалобами на сильную боль в правом боку и в правом подреберьи ноющего и режущего характера, связанную с движением, наклонами туловища, возникающую в течение часа даже после небольшой физической нагрузки, на продолжительные приступы гематурии с отхождением кровянисто-слизистых сгустков различной формы. Считает себя больным с 1997 года, когда впервые внезапно появились сильная режущая боль в правом боку ниже правого подреберья, которая имела упорный характер и не купировалась нестероидными анальгетическими препаратами, озноб, слабость, в моче появились примеси в виде беловатых и кровянистых сгустков. Сначала лечился амбулаторно, но в связи с отсутствием эффекта был направлен поликлиникой в медсанчасть №122, где в результате УЗИ был выявлен камень в правой почке. Там же была проведена ДУВЭЛ, и камень был выведен. После операции 4 года ничего не беспокоило. В 2002 году неприятные ощущения в правом боку и продолжительные эпизоды гематурии возобновились, но обследование и лечение не проводились. В августе 2007 года возник выраженный болевой синдром, сопровождавшийся ознобом, слабостью, тошнотой и головной болью, вызывал скорую помощь. После этого в связи с проживанием в Краснодаре обратился в местную поликлинику, где платно была проведена внутривенная и обзорная урография (заключение от 17.08.2007: МКБ; камень правой почки; правосторонний гидронефроз; косвенные признаки сдавления правого мочеточника, возможно за счет добавочного сосуда). В сентябре 2007 года вернулся в Санкт-Петербург, обратился в поликлинику по месту жительства (ЭКГ от10.09.2007 – синусовый ритм, ЧСС 60 в минуту, нормальное положение электрической оси сердца; Флюорография от 11.09.2007 – легкие и сердце в норме; клинический анализ крови от11.09.2007 – СОЭ – 2 мм/ч, лейкоциты – 7,5\*10 /л, эритроциты – 5,2\*10 /л, гемоглобин – 172 г/л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 62%, эозинофилы – 2%, моноциты – 4%, лимфоциты – 31%, МОР – отрицат.; кровь на остаточный азот от 11.09.2007 – НСV – отрицат.; общий анализ мочи от13.09.2007 – удельный вес – 1020, рН – 6, PRO – 150mg/u, ERY – 250 ERY/u), где получил направление на госпитализацию в Г.Б.№2 с 12.10.2007 года.

Было проведено обследование. Объективно : Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Тоны сердца ясные. Патологические шумы отсутствуют. Над симметричными участками всей поверхности легких определяется ясный легочный звук. При аускультации над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Живот симметричный, правильной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Вздутие его отсутствует, напряжение мышц передней брюшной стенки отмечается локально в правой его половине. Мышцы поясничной области справа напряжены. Почки не пальпируются. Пальпация в их проекции слегка болезненна справа. Поколачивание по поясничной области на уровне XII грудного позвонка справа сопровождается выраженной болезненностью, слева безболезненно. Мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненно. Моча слегка мутновата, с примесью кровянисто-слизистых сгустков. Отмечается локальная болезненность при пальпации по ходу правой паховой связки.

Результаты лабораторного исследования : Общий анализ мочи от 15.10.2007 – цвет – светло-желтый, прозрачность – слабо мутная, относительная плотность мочи – 1007, реакция мочи – нейтральная, белок – 1,98 г/л, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – мало измененные – 16-18 в поле зрения, эпителий плоский – 0-1 в поле зрения, слизь – + +. Клинический анализ крови от 15.10.2007 – эритроциты – 5,1\*10 /л, лейкоциты – 11,4\*10/л, гемоглобин – 158 г/л, палочкоядерные нейтрофилы – 6,2%, сегментоядерные нейтрофилы – 54,5%, СОЭ – 2 мм/ч. Биохимический анализ крови от 15.10.2007 – АЛТ – 17, АСТ – 22, общий белок – 68,4 г/л, мочевина – 5,7 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, мочевая кислота – 285 мкмоль/л, билирубин общий – 4,6 мкмоль/л, кальций общий – 2,42 ммоль/л, фосфор – 1,17 ммоль/л, глюкоза – 4,96 ммоль/л. Бактериологическое исследование мочи от 15.10.2007 – посевы роста не дали. Проба Реберга от 16.10.2007 – креатинин крови – 75 мкмоль/л, креатинин мочи – 5,8 ммоль/л.

Результаты инструментального исследования : На ЭКГ от 12.10.2007 – Р – 0,104, PQ – 0,164, QRS – 0,104, QRST – 0,404, RR – 0,85-0,904, ЧСС – 67-70 в минуту; синусовый ритм; нормальное положение электрической оси сердца; неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

На обзорной и серии внутривенных урограмм от 16.10.2007 выявляется конкремент лоханки правой почки, занимающий почти весь ее объем, размерами 25 мм\*14 мм; правая почка расположена низко в поясничной области; выделительная функция почек своевременная; полостная система правой почки деформирована, умеренно расширена. При проведении радиоизотопной ренографии от 17.10.2007 справа выявлен обструктивный тип кривой. УЗИ почек от 18.10.2007 показало, что правая почка 122 мм\* 47 мм, контуры ее ровные, паренхима – 15 мм:15 мм, однородная; эхогенность не изменена, повышена I ст., лоцируются пирамидки и чашечки 14 мм, лоханка 41 мм; в пиелоуретральном сегменте лоцируется конкремент диаметром 22 мм с акустической тенью; почечный индекс 1,5 : 1,0; Антеградная урография от 18.10.2007 выявила нефроптоз справа, просвет мочеточника неравномерный, сужен на уровне подвздошных сосудов, возможно за счет добавочного сосуда. Цистоуретроскопия с катетеризацией мочеточника справа от18.10.2007 показала, что уретра свободно проходима, слизистая мочевого пузыря бледно-розовая без патологических изменений, устья мочеточников щелевидные; была выполнена катетеризация правого мочеточника катетером №5, свободно введен на 24 см; при ретроградной пиелоуретрографии – пиелоуретральный сегмент свободно проходим.

На основании полученных данных был поставлен окончательный диагноз : МКБ. Конкремент лоханки правой почки. Правосторонний гидронефроз I ст. Хронический калькулезный пиелонефрит в стадии ремиссии. Хронический гастрит в стадии ремиссии.

Назначено лечение. Эксфузия аутокрови в количестве 350 мл для восполнения интраоперационной кровопотери; Купирование приступов почечной колики путем внутримышечного введения медленно 5 мл Баралгина. При отсутствии эффекта было назначено введение 2 мл раствора Трамадола 100 мг внутримышечно 18.10.07. Вне приступа назначен перорально Баралгин по 1 таблетке 3 раза в день и Но-шпа 2% - 2 мл внутримышечно 1 раз в день. Назначены курс уроантисептиков для профилактики атак пиелонефрита – Фуроданин и пероральное введение антигистаминных препаратов – Супрастин. Диета №5 по Певзнеру.

После оперативного лечения назначены антибактериальная терапия в виде аминогликозидов – Гентамицин в течение 7-10 дней и дополнительно параллельно 3-х дневный курс Метрагила. Продолжен курс уроантисептиков и антигистаминных средств в течение 7-10 дней. Назначен курс эубиотиков – Линекс в течение 2-х недель. Назначено выполнение повторно посева мочи для выявления специфики флоры.

Операция. Чрескожная нефростомия. Контактная нефролитотрипсия с последующей литоэкстракцией назначена на 26.10.2007 г.

Дневники курации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число  Т-ра У/В | Результаты исследования | Назначения |
| 18.10.07  36.5/36.7 | Жалобы предъявляет на сильную боль в правом боку и в правом подреберьи ноющего и режущего характера, связанную с движением, наклонами туловища. Боль возникает в течение часа даже после небольшой физической нагрузки. Отмечаются продолжительные приступы гематурии с отхождением кровянисто-слизистых сгустков различной формы.  Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное.  При пальпации лучевых артерий пульс ритмичный, одинаковый на обеих руках, удовлетворительного наполнения, ненапряжен. Частота его 64 в минуту. При аускультации ЧСС соответствует пульсу. Тоны сердца ясные. Патологические шумы отсутствуют. Артериальное давление на обеих руках соответствует 120/70 мм рт. ст. Частота дыхательных движений 15 в минуту. Соотношение ЧДД к ЧСС составляет ¼. Тип дыхания брюшной. При сравнительной перкуссии над симметричными участками всей поверхности легких определяется ясный легочный звук. При аускультации над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Дополнительные шумы отсутствуют. При осмотре видимые слизистые чистые, умеренно влажные, бледно-розового цвета. Язык влажный, чистый, в размерах не увеличен. Зев чистый, бледно-розового цвета, миндалины не увеличены. Живот симметричный, правильной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный слева. Вздутие его отсутствует, напряжение мышц передней брюшной стенки отмечается локально в правой его половине. Мышцы поясничной области справа напряжены. Почки не пальпируются. Пальпация в их проекции слегка болезненна справа. Поколачивание по поясничной области на уровне XII грудного позвонка справа сопровождается выраженной болезненностью, слева безболезненно. Мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненно. Моча слегка мутновата, с примесью кровянисто-слизистых сгустков. Отмечается локальная болезненность при пальпации по ходу правой паховой связки. | УЗИ почек. Антеградная урография. Цистоуретроскопия с катетеризацией правого мочеточника.  Rp.: Sol. Tramadoli -1.0 – 2 ml  D.S. внутримышечно 1 раз в день. |
| 19.10.07  36.4/36.6 | Жалобы предъявляет на сильную боль в правом боку и в правом подреберьи ноющего и режущего характера, связанную с движением, наклонами, продолжительные приступы гематурии с отхождением кровянисто-слизистых сгустков. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожа обычной окраски. Пульс 68 в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Тоны сердца ясные. Патологические шумы отсутствуют. АД 120/70 мм рт. ст. ЧДД 16 в минуту. Перкуторно определяется ясный легочный звук над легкими. При аускультации над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный слева, участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки локально в правой его половине. Мышцы поясничной области справа напряжены. Почки не пальпируются. Пальпация в их проекции слегка болезненна справа. Поколачивание по пояснице справа сопровождается выраженной болезненностью, слева безболезненно. Мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненно. Моча слегка мутновата, с примесью кровянисто-слизистых сгустков. Отмечается локальная болезненность при пальпации по ходу правой паховой связки. | Rp.: Tab.«Baralgin»  D.S. внутрь по 1 таблетки 3 раза в день.  #  Rp.: Sol. No-spani 2% -2ml  D.t.d.N.10 in amp.  S. внутримышечно 1 раз в день. |
| 22.10.07  36.4/36.7 | Жалобы предъявляет на сильную боль в правом боку и в правом подреберьи ноющего и режущего характера, связанную с движением, наклонами, продолжительные приступы гематурии с отхождением кровянисто-слизистых сгустков. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожа обычной окраски. Пульс 68 в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Тоны сердца ясные. Патологические шумы отсутствуют. АД 110/60 мм рт. ст. ЧДД 16 в минуту. Перкуторно определяется ясный легочный звук над легкими. При аускультации над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный слева, участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки локально в правой его половине. Мышцы поясничной области справа напряжены. Почки не пальпируются. Пальпация в их проекции слегка болезненна справа. Поколачивание по пояснице справа сопровождается выраженной болезненностью, слева безболезненно. Мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненно. Моча слегка мутновата, с примесью кровянисто-слизистых сгустков. Отмечается локальная болезненность при пальпации по ходу правой паховой связки. | ОПК. Состояние удовлетворительное. АД 110/60. Рs 70 в мин. Для восполнения интраоперационной кровопотери взято 350 мл аутокрови. После эксфузии состояние удовлетворительное, АД 105/60, Ps 72 в минуту.  Rp.: Tab.«Baralgin»  D.S. внутрь по 1 таблетки 3 раза в день.  #  Rp.: Furodonini 0.15  D.t.d.N. 20 in tab.  S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.  #  Rp.: Suprastini – 0.025  D.S. внутрь по 1 таблетке 2 раза в день.  #  Rp.: Sol. No-spani 2% - 2 ml  D.t.d.N. 10 in amp.  S. внутримышечно 1 раз в день. |
| 23.10.07 36.3/36.6 | Жалобы предъявляет на боль в правом боку и в правом подреберьи ноющего характера, связанную с движением, наклонами, продолжительные приступы гематурии с отхождением кровянисто-слизистых сгустков. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожа обычной окраски. Ps 64 в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Тоны сердца ясные. АД 115/70 мм рт. ст. ЧДД 17 в минуту. Перкуторно над легкими – ясный легочный звук. При аускультации над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный слева, участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки локально в правой его половине. Мышцы поясничной области справа напряжены. Почки не пальпируются. Пальпация в их проекции слегка болезненна справа. Поколачивание по пояснице справа сопровождается выраженной болезненностью, слева безболезненно. Мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненно. Моча слегка мутновата, с примесью кровянисто-слизистых сгустков. Отмечается локальная болезненность при пальпации по ходу правой паховой связки. | Rp.: Tab.«Baralgin»  D.S. внутрь по 1 таблетки 3 раза в день.  #  Rp.: Furodonini 0.15  D.t.d.N. 20 in tab.  S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.  #  Rp.: Suprastini – 0.025  D.S. внутрь по 1 таблетке 2 раза в день.  #  Rp.: Sol. No-spani 2% - 2 ml  D.t.d.N. 10 in amp.  S. внутримышечно 1 раз в день. |
| 24.10.07  36.4/36.6 | Жалобы предъявляет на боль в правом боку и в правом подреберьи ноющего характера, связанную с движением, наклонами, продолжительные приступы гематурии с отхождением кровянисто-слизистых сгустков. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожа обычной окраски. Ps 70 в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Тоны сердца ясные. АД 110/70 мм рт. ст. ЧДД 17 в минуту. Перкуторно над легкими – ясный легочный звук. При аускультации над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный слева, участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки локально в правой его половине. Мышцы поясничной области справа напряжены. Пальпация в проекции почек на переднюю брюшную стенку слегка болезненна справа. Поколачивание по пояснице справа сопровождается выраженной болезненностью, слева безболезненно. Мочеиспускание свободное, не учащено, безболезненно. Моча слегка мутновата, с примесью кровянисто-слизистых сгустков. Отмечается локальная болезненность при пальпации по ходу правой паховой связки. | Rp.: Tab.«Baralgin»  D.S. внутрь по 1 таблетки 3 раза в день.  #  Rp.: Furodonini 0.15  D.t.d.N. 20 in tab.  S. внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.  #  Rp.: Suprastini – 0.025  D.S. внутрь по 1 таблетке 2 раза в день.  #  Rp.: Sol. No-spani 2% - 2 ml  D.t.d.N. 10 in amp.  S. внутримышечно 1 раз в день. |