**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Фамилия, имя, отчество: С.Ж.Г.

Пол: женский

Возраст: 45 лет

Образование: среднее специальное

Место жительства: г. Т.

Профессия: сантехник

Место работы:

Должность: служащая

Дата поступления в стационар: 20.12.2010

Диагноз при поступлении: Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети правого мочеточника. Почечная колика справа.

Диагноз заключительный, клинический:

а) основной: Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети правого мочеточника. Почечная колика справа.

б) осложнения основного: нет

в) сопутствующий: язва луковицы двенадцати перстной кишки

**ГЛАВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Жалобы на приступообразные боли в поясничной области справа, иррадиирущие в правую часть живота по ходу мочеточника. Средней силы, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приема спазмолитиков (но-шпа), анальгетиков (анальгин, кеторол), в покое. Острые боли могут сменяться ноющими, тянущими, длительными болями той же локализации. Болям сопутствуют головная боль, тошнота.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больной с 2004 года когда проходила ежегодное обязательное медицинское обследование. Пожаловалась врачу о периодически возникающих незначительных болях в правой поясничной области. После проведенного УЗИ был обнаружен конкремент в лоханке правой почки диаметром 4 мм. Пациентке назначили профилактическое лечение. В течении 6 лет камень больную не беспокоил.

13.12. 2010 рано утром впервые появились острые приступообразные боли в поясничной области справа, иррадиирущие в правую часть живота по ходу мочеточника, интенсивные. Возникновение болей связывает с тем, что в последние несколько дней принимала большое количество жидкости. Самостоятельно измерила АД 135/100. Боли усиливались при движении. В течении нескольких часов была многократная рвота. После мочеиспускания боли становились на какое то время чуть менее интенсивными. Моча была темного цвета с прожилками крови. Для купирования болевого синдрома принимала но-шпу, анальгин, без улучшением. Вызвала бригаду СМП. Была госпитализирована с диагнозом почечной колики в ГКБ№ 7. В больнице был сделана инъекция баралгина которая купировала болевой синдром. Проводимым лечением была крайне не довольна и 16.12 выписалась по собственному желанию. 20.12 самостоятельно приехала в ОКБ и после осмотра была направлено в урологическое отделение для дальнейшего лечения.

**ИСТОРИИ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО**

Родилась в г. Пермь. вторым ребенком. Материально-бытовые условия были хорошие. Обучалась в школе. Закончила 10 классов. Была активным ребенком. Учеба давалась достаточно легко. В 1985 году вышла замуж и уехала в Москву, где поступила в техникум по специальности сантехник, для дальнейшего обучения.

До 1998 года служила в Подмосковье военнослужащей. После чего переехала в Тверь и продолжила службу.

Из хронических заболеваний имеется язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Диагноз был поставлен в 2008 году. Данное заболевание больную не беспокоит. Во время первой беременности в 1987 году было сделано кесарево сечение.

Менструальный цикл без особенностей. Ритмичный. Первая менструация была в возрасте 13 лет. Половую жизнь начала вести с 19 лет. Количество беременностей – две. Выкидышей и абортов не было.

У близких родственников подобных заболевании нет. Вредные привычки отрицает. Имеется аллергическая реакция на пенициллин и оксамп, проявляющаяся отеком Квинке, крапивницей локализующейся на дистальных отделах конечностей и кожным зудом.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

Общее состояние удовлетворительное. Положение больного активное. Сознание ясное. Лицо спокойное. Телосложение: рост 167 см, вес 82 кг, телосложение пропорциональное, походка ровная. Конституция гиперстеническая. Температура тела на момент курации 36,7ºС.

Цвет кожные покровов нормальный. Сыпи эритема, папула, волдырь, пузырь, бугорок, чешуйки, эрозии, трещины, язвы, "сосудистые звездочки", геморрагии отсутствуют, расчесов нет. Атеромы, повышенное ороговение кожи (ихтиоз) отсутствуют.

Рубцов, опухолей нет.

Влажность кожных покровов обычная. Эластичность кожи (тургор) обычная. Тип оволосенения по женскому типу, оволосенение равномерное.

Ногти розовые, овальной формы, неломкие, без исчерченности.

Видимые слизистые (губ, полости рта, носа, глаз).

Цвет бледно-розовый. Высыпания на слизистых – пятна, эритема, пузырьки нет. Эрозии, язвы (афты), узелки, геморрагии отсутствуют. Влажность обычная.

Подкожная клетчатка развита избыточно, равномерно. Общих отеков, отеков на конечностях, лице, веках, животе и др., пастозности нет. Болезненность при пальпации отсутствует. Крепитации нет.

Лимфатическая система.

Подчелюстные, подбородочные, шейные, подмышечные лимфоузлы не пальпируются.

Надключичные, подключичные, затылочные, околоушные, локтевые, подколенные, паховые и бедренные не пальпируются.

Мышцы.

Степень развития хорошая, мышцы развиты равномерно. Тонус сохранен, мышечная сила хорошая, симметрична. Болезненность мышц при пальпации отсутствует, уплотнений в мышцах, местных гипертрофий, атрофий не выявлено.

Суставы.

Болей в покое и при физической активности нет. Конфигурация суставов и кожа над ними не изменена, припухлости нет, температура кожи в области суставов на ощупь не отличается от температуры окружающей кожи. Объем активных и пассивных движений в суставах не ограничен. Движения свободные. Хруста при активных и пассивных движениях в суставах нет. Окружность суставом симметричная.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Нос.

Дыхание свободное. Болевые ощущения, чувство сухости в носу отсутствуют. Выделений из носа, кровотечений нет. Боли в области придаточных (гайморовых и фронтальных) пазух носа отсутствуют. Пальпация и перкуссия в области придаточных пазух носа безболезненны.

Голос чистый. Боли в горле при разговоре и глотании нет.

Легкие.

Боли в грудной клетке, одышка отсутствуют. Приступов удушья, кашля нет. Отделение мокроты не наблюдается. Кровохарканья и легочных кровотечений нет. Повышение температуры тела, потливость, озноб не отмечались.

Осмотр грудной клетки:

Форма грудной клетки нормостеническая. Асимметрии над- и подключичных областей, выпячивания или западания той или другой половины грудной клетки нет.

Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания грудной. Дыхательные движения симметричны.

Число дыхательных движений в 1 минуту - 16. Дыхание поверхностное, ритмичное, патологические типы дыхания: Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля, Грокко отсутствуют.

Пальпация грудной клетки:

Болезненности при пальпации не выявлено. Резистентность грудной клетки обычная. Голосовое дрожание неизменное, симметричное. Шум трения плевры, крепитация отсутствуют.

Перкуссия грудной клетки:

Сравнительная перкуссия: звук ясный легочный.

Топографическая:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое  | Левое  |
| Окологрудинная линия  | 6 ребро | - |
| Срединно-ключичная  | 6 межреберье | - |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная  | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная  | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная  | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Аускультация легких:

Везикулярное дыхание выслушивается над всей поверхностью легких. Бронхиальное над гортанью, трахеей, областью расположения главных бронхов.

Побочные дыхательные шумы: хрипы, крепитация, шум трения плевры отсутствуют. Бронхофония не изменена.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Болей в области сердца и за грудиной нет.

Одышка в покое и при движении, физической и эмоциональной нагрузке отсутствует.

Сердцебиения постоянного или приступообразного нет.

Общих отеков, отеков на конечностях, лице, веках, животе и др. нет.

"Пляска каротид", пульсация дуги аорты, симптом "червяка", симптом Мюссе отсутствуют. Пальпируемые артерии (лучевые, локтевые, височные) мягкие, не извитые, гладкие. Симптоматическое дрожание сонных артерий, дуги аорты не наблюдается. Артериальный пульс на лучевых, височных, сонных, подмышечных, плечевых, бедренных, подколенных и артериях стоп прощупывается одинаково с 2-х сторон. ЧСС = 78 уд./мин., ритм правильный. Наполнение артерий хорошее, напряжение удовлетворительное. Капиллярный пульс отсутствует. Надчревной пульсации нет.

АД 115/70

Осмотр области сердца:

Сердечного горба, видимой пульсации в области сердца, надчревной пульсации нет. Систолическое втяжение в месте верхушечного и сердечного толчка не видно.

Пальпация сердечной области.

Верхушечный толчок находится в V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, положительный, около 2 см2, обычной силы, высокий, приподнимающий.

Границы относительной тупости сердца: правая – в IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины; верхняя – на III межреберье по левой парастернальной линии; левая - в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Ширина сосудистого пучка во II межреберье = 4 см. Конфигурация сердечного притупления правильная. Поперечник относительной тупости сердца = 11см, её длинник = 13см.

Границы абсолютной сердечной тупости: правая проходит по левому краю грудины в IV межреберье, верхняя расположена на верхнем крае IV ребра по левой парастернальной линии, левая - в V межреберье на 2,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Аускультация сердца:

Тоны сердца приглушены, ритмичные. На верхушке сердца I тон преобладает над II, а на основании сердца преобладает звучность II тона. Тоны нерасщепленные и нераздвоенные. Дополнительные тоны сердца: III и IV не выслушиваются.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Аппетит обычный. Насыщаемость быстрая. Сухость во рту, неприятного привкуса во рту (кислого, горького, металлического), слюнотечения, непереносимости продуктов нет. Количество выпиваемой за день жидкости около 2-х литров. Прожевывает пищу хорошо, болей при жевании нет. Глотание свободно, прохождение пищи через пищевод свободное.

Болей, тяжести, ощущения урчания и переливания в животе нет. Отхождение газов свободное, запах отделяемых газов обычный, каловый. Дефекация ежедневно, однократно (утром); опорожнение кишечника самостоятельное.

Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба розовая, целостная, высыпаний нет. Десна: бледные, не разрыхленные, кровоточивости нет. Язык светло-розовый, влажный, чистый.

Живот правильной формы, симметричен. Пупок втянут. Кожные покровы чистые, пигментация равномерная, расширения подкожных вен нет. Видимой на глаз перистальтики желудка и кишечника нет.

Тонус брюшных мышц обычный. Умеренная болезненность в правом подреберье, по ходу правого мочеточника. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Пальпаторно грыж белой линии живота и пупочных грыж нет.

Глубокая, топографическая, пальпация:

Сигмовидная кишка прощупывается на протяжении 24 см в виде гладкого плотноватого цилиндра толщиной в указательный палец, безболезненного при пальпации, не урчащего, вяло перистальтирующего; смещаема в пределах 3 см.

Нисходящая кишки не пальпируется.

Слепая кишка прощупывается в виде умеренно напряженного, несколько расширяющегося книзу цилиндра с закругленным дном диаметром 2 см, урчащего при надавливании на него; пассивная подвижность ее в пределах 3 см.

Восходящая кишка не пальпируется.

Поперечно-ободочная кишка и аппендикс не пальпируются.

Терминальный отрезок подвздошной не пальпируется.

 Видимого увеличения печени, её пульсации нет.

Верхняя граница печени по правой средне-ключичной линии на IV ребре.

Перкуторно и пальпаторно выстояние нижнего края печени не выходит из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии – 9 см, по передней срединной линии – 8 см, по левой реберной дуге – 7 см. Нижний край печени закруглен. Поверхность её гладкая. Консистенция - эластичная. Печень безболезненна при пальпации.

Не пальпируется, болезненность при пальпации в области желчного пузыря не определяется.

Боли в левом подреберье отсутствуют. Перкуторные размеры селезёнки по средней подмышечной линии: длинник - 8 см и поперечник - 5 см. Селезенка не прощупывается, болезненности при пальпации в левом подреберье нет.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ**

Сознание ясное, ориентирована в месте и времени. Эмоционально стабильна. Память сохранена. Сон не нарушен. Раздражительности, повышенной утомляемости нет.

Функции черепно-мозговых нервов не нарушены. Зрачковый, глоточный рефлексы в норме. Сухожильные рефлексы с рук и ног живые, равномерные. Патологических симптомов нет. Болевая, тактильная, температурная чувствительность в норме.

Обоняние и вкус сохранены.

Глазные щели равномерные, косоглазие отсутствует. Величина зрачков симметрична, форма их округлая, реакция зрачков на свет содружественная. Слух. Хороший.

Речь. Не нарушена.

Координация движений. Хорошая.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**

Аппетит обычный, повышенной жажды не отмечает, выпивает до 2 литров жидкости в сутки. Оволосенение по женскому типу, равномерное. Нарушения пигментации кожи и слизистых оболочек нет. Лицо симметрично, овальной формы. Подкожная клетчатка развита интенсивно, равномерно. Вторичные половые признаки выражены по женскому типу.

**ОРГАНЫ МОЧЕВОЙ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ**

Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-7 раз в день; ночью - отсутствует. Симптомы дизурии, странгурии, никтурии отсутствуют. Изменений внешнего вида мочи нет. Болевого синдрома в области почек нет. Болевого синдрома в области мочевого пузыря нет.

Поясничная область симметричная. Припухлости и красноты не наблю-дается.

Пальпация почек (в положении стоя, лёжа на спине, правом и левом боку). Почки не пальпируются. Опущения почек нет. Болезненности их нет. Симптом Пастернацкого слабо положителен справа.

Пальпация по ходу мочеточника справа болезненна.

Конфигурация надлобковой области и нижних отделов живота неизменена. Пальпация над лоном безболезненна, напряженности брюшной стенки нет. Перкуторно и пальпторно мочевой пузырь не определяется.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Мочекаменная болезнь. Правосторонняя почечная колика.

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

* 1. Клинический анализ крови.
	2. Общий анализ мочи.
	3. Биохимический анализ крови.
		+ Общий белок и фракции белка
		+ Фибриноген
		+ Холестерин
		+ Фракции липидов
		+ Сахар крови
		+ Мочевина, креатинин
		+ Электролиты крови: Na, K, Ca
	4. Электрокардиография.
	5. Анализ крови на группу и Rh-фактор
	6. Кровь на RW, ВИЧ, Hbs-ag, Hcv.
	7. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
	8. Посев мочи на степень бактериурии, антибиотикочувствительность флоры и микобактерии туберкулеза
	9. Обзорная и экскреторная урография

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общий анализ крови от 21.12 :

Эр. – 3,8х10\*12/л;

Нь – 120 г/;

ЦП– 0,9;

Лейк. – 6.1х10\*9/л;

эоз. – 4%;

нейтр. сегментояд.- 77%;

лим. – 13%;

мон. – 8%;

СОЭ – 5 мм/ч.

Биохимическое исследование крови от 21.12. :

креатинин – 66,2 мкмоль/л;

глюкоза - 5,2 ммоль/л;

билирубин общий 14,0 мкм/л;

билирубин прямой 3,0 ммоль/л;

AST 0,73 ммоль/л;

ALT 0,62 ммоль/л;

Мочевина 4,8 ммоль/л

Белок 77 мкмоль/л

Моча общий анализ от 21.12 :

Цвет соломенно-желтый;

Уд.вес: 1014;

Реакция щелочная;

Белок 0.82 г/л;

Слизь +;

Плоский эпителий 0-1 в п/з;

лейк. – 5-10 в п/зр;

эритр 5-10 в п/з;

прозрачность – легкая мутность

**СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

УЗИ почек от 12. 12 абдоминальное исследование

Заключение: конкремент прелоханочного сегмента правого мочеточника

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Основное заболевание: Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети правого мочеточника. Почечная колика справа.

Обоснование диагноза.

Исходя из жалоб больного: жалобы на приступообразные боли в поясничной области справа, иррадиирущие в правую часть живота по ходу мочеточника. Средней силы, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приема спазмолитиков (но-шпа), анальгетиков (анальгин, кеторол), в покое. Острые боли могут сменяться ноющими, тянущими, длительными болями той же локализации. Болям сопутствуют головная боль, тошнота.

Исходя из данных истории настоящего заболевания:

6 лет назад на УЗИ был обнаружен конкремент в лоханке правой почки. Периодически возникают незначительные тянущие боли в правой поясничной области. Возникновение болей связывает с тем, что в последние несколько дней принимала большое количество жидкости.

Исходя из данных объективного исследования:

Симптом Пастернацкого слабо положителен справа. Умеренная болезненность при пальпации в правом подреберье, по ходу правого мочеточника.

Исходя из даных параклинических исследований:

УЗИ

Заключение: конкремент прелоханочного сегмента правого мочеточника

В анализах крови и мочи лейкицитоз и повышение количества СОЭ.

Осложнений нет.

Сопутствующие заболевания: язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение больных при мочекаменной болезни может быть оперативным и консервативным. Показаниями к оперативному лечению служат: нарушение оттока мочи, приводящее к понижению функции почек и к гидронефротической трансформации. Оперативное лечение показано, но оно в данной ситуации является симптоматическим так как не ликвидирует причину заболевания.

Консервативное лечение направлено на ликвидацию болевых ощущений и воспалительного процесса, на профилактику рецидивов и осложнений заболевания. Существует много препаратов, способствующих спонтанному отхождению камней. В последние годы в практику внедряют лекарственные средства, способствующие растворению камней.

Консервативная терапия состоит из общеукрепляющих мероприятий, диетического питания, медикаментозного и санаторно-курортного лечения. Рациональная диета способствует восстановлению нормального обмена веществ. Ее назначают в зависимости от вида нарушения солевого обмена. При оксалатных камнях ограничивают введение в организм щавелевой кислоты, исключают салат, шпинат, щавель, уменьшают потребление картофеля, моркови, молока.

Медикаментозное лечение больных почечнокаменной болезнью направлено на активизацию уродинамики при небольших камнях лоханки или мочеточника с целью добиться их самостоятельного отхождения, на борьбу с инфекцией и растворение камней. При наличии камней, имеющих тенденцию к самостоятельному отхождению, применяют препараты группы терпенов, обладающие бактериостатическим, спазмолитическим и седативным действиями.

Цистенал по 4-5 капель на сахаре за до еды 3 раза в день.

С целью окисления мочи назначают также хлористоводородную (соляную) кислоту по 10—15 капель на 1/2 стакана воды во время еды 3—4 раза в день.

Особое место в лечении занимают мероприятия по купированию почечной колики. Их целесообразно начинать с тепловых процедур (грелка, горячая ванна) в сочетании с инъекциями болеутоляющих и спазмолитических средств.

Баралгин внутримышечно или внутривенно – 5 мл. При неэффективности данного препарата можно использовать наркотические анальгетики (промедол 2% - 1 мл в/м), аналогичный эффект оказывает новокаиновая блокада по Лорин-Эпштейну.

При присоединении мочевой инфекции следует назначить антибиотики с учетом результатов посева мочи на чувствительность ее микрофлоры к антибактериальным препаратам.

**ПРОГНОЗ**

Прогноз для жизни – благоприятный, для трудоспособности – относительно благоприятный. Определенную угрозу всегда представляет рецидив камнеобразования. Удаление или отхождение камня не означает ликвидацию заболевания. Такие больные нуждаются в длительном диспансерном наблюдении и профилактических мероприятиях.