Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию

ГОУ ВПО

Алтайский государственный медицинский университет Росздрава

Кафедра урологии и нефрологии

Заведующий кафедрой:

профессор, д.м.н. Неймарк А.И.

Преподаватель: ассистент,

к.м.н. Музалевская Н.И.

Куратор: Шепелев О.А. 427 гр.

# История болезни

**Больная: ФИО, 20 лет**

**Диагноз: острый левосторонний пиелонефрит на этапе выздоровления**

г. Барнаул 2006

#### Паспортные данные:

Ф.И.О.:

Возраст: 20 лет

Место жительства: Усть –Калманский район, с. Новобураново

Место работы: студентка АЭ и У

Дата поступления в больницу: 10.02.06.

Время курации: с 13.02.06. по 17.02.06.

Гр. крови – III, Rh “+“

Диагноз: острый левосторонний пиелонефрит на этапе выздоровления

**Жалобы**

На момент поступления: на общую слабость, головную боль, озноб, повышение температуры тела до 39,5 0 С, наличие тупой, постоянной боли в левой поясничной области

На момент курации: жалоб не предъявляет

# Anamnesis morbi

7 февраля 2006 года после переохлаждения появились незначительные, тупые боли в левой поясничной области, имеющие постоянный характер.

9 февраля ночью к имеющимся симптомам присоединилась головная боль, озноб, повышение температуры тела до 39,5 0 С. К утру следующего дня температура тела снизилась до 37,0 0 С.

10 февраля в 18:00 после очередного подъема температуры до 39,5 0 С была доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемный покой ГБ №11 и госпитализирована в урологическое отделение.

**Anamnesis vitae**

Родилась 17 января 1986 года. Росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Получила среднее образование. В 2004 году поступила в АЭ и У.

Наследственный анамнез не отягощен. Операций в течение жизни не было.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные верхних дыхательных путей.

Вредные привычки отрицает.

Аллергологический анамнез: данных на пищевую и медикаментозную аллергию не выявлено.

Гемотрансфузий не проводилось.

# Status praesens communis

Общее состояние больной удовлетворительное, внешний вид соответствует возрасту, сознание ясное. Положение больной в постели активное. Выражение лица спокойное, эмоции сдержаны. Осанка правильная, телосложение правильное. Конституция нормостеническая. Рост больной 157см, вес 56 кг. Кожные покровы нормального цвета, температуры и влажности. Тургор кожи не снижен. Подкожно жировая клетчатка выражена умеренно. Слизистая рта бледно-розовая, патологических изменений не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены.

**Органы дыхания:**

Дыхание через нос, свободное, ровное, ритмичное, 18 дыхательных движений в минуту. Отделяемого из носа нет. Голос тихий. Грудная клетка нормостенического типа, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково.

При пальпации грудной клетки болезненности не обнаружено, температура кожи на симметричных участках одинаковая, резистентность в норме, голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково.

Аускультативно: выслушивается везикулярное дыхание по всем точкам. Хрипов нет.

**Сердечнососудистая система:**

При осмотре патологических пульсаций и выпячиваний в области сердца и крупных сосудов нет.

Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

Границы сердца в норме.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца ясные, нормальной громкости по всем точкам. ЧСС 84 уд/мин, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст.

**Система пищеварения**:

При осмотре ротовой полости слизистая розового цвета, миндалины не увеличены, язык влажный, розовый.

Аппетит удовлетворительный. Диспепсические расстройства не выявлены. Стул не изменен, регулярный.

Область живота симметрична, выпячиваний, втяжений, видимой пульсации и перистальтики не отмечается. Кожные покровы бледно-розового цвета. Рубцов нет. Передняя брюшная стенка принимает участие в акте дыхания.

Пальпация: живот при пальпации мягкий, болезненность и напряжение передней брюшной стенки не выявлены, грыжевых отверстий нет, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - бедренный звук. Размеры печени по Курлову: 9, 8, 7 см. Нижний край печени не выходит из под края реберной дуги. Поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется.

**Нейроэндокринная система:**

Сознание больной ясное. Чувствительность не изменена. Вторичные половые признаки по женскому типу. Щитовидная железа безболезненна при пальпации, не увеличена, доли 3 см, перешеек не пальпируется, мягкоэластической консистенции, без уплотнений.

**Status localis**

Поясничная область симметричная, без видимых вдавлений и деформаций. При пальпации болезненности не наблюдается. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Болезненности по ходу мочеточников нет. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, соответствуют возрасту.

Мочевой пузырь: выпячиваний над лобковой областью нет, при пальпации безболезненный.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб больной во время госпитализации: на общую слабость, головную боль, озноб, повышение температуры тела до 39,5 0 С, наличие тупой, постоянной боли в левой поясничной области;

на основании данных из анамнеза болезни, которые свидетельствуют об остром начале заболевания и последовательности появления выше перечисленных симптомов;

на основании отсутствия жалоб на момент курации и данных объективного обследования, указывающих на отсутствие каких либо клинических признаков заболевания во время курации - можно поставить предварительный диагноз основного заболевания: острый левосторонний пиелонефрит на этапе выздоровления.

**План ведения:**

1. Общеклиническое обследование
2. УЗИ почек
3. Внутривенная урография почек (не делали)
4. Антибактериальная терапия и химиотерапия

**План проведения дополнительных лабораторных методов исследования**

1. Общий анализ крови + Эритроциты.

2. Кровь на RW и ВИЧ.

3. Общий анализ мочи

4. Кровь на сахар.

5. Биохимический анализ крови + лейкоформула

6. Исследование на гемостаз

**Данные лабораторных и инструментальных исследований**:

1. Общий анализ крови от 10.02.06г.

Гемоглобин - 130 г/л

Эритроциты – 4,4 \*1012/л

Лейкоциты – 15,0\*10-9/л

Эозинофилы - 0%

Метамиелоциты – 5%

Палочкоядерные нейтрофилы - 8%

Сегментоядерные нейтрофилы - 63%

Лимфоциты - 21%

Моноциты - 12%

РОЭ - 22 мм/час

2. Исследование крови на RW и ВИЧ от 11.02.06г.

Результат отрицательный.

3. Исследование мочи от 10.02.06г.

Цвет соломенно-желтый

Белок – 0,033

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские –3 -5 в поле зрения

Лейкоциты – 30 – 40 в поле зрения

Эритроциты – 10 – 15 в поле зрения

Слизь +

4.Сахар крови от10.02.06г.

5,2 ммоль\л.

5.Биохимические исследования крови от13.02.06г.:

Общий билирубин –16,0 мг % (до20.5)

Непрямой билирубин –12,0 мг %(до 5.2)

Прямой билирубин – 4,0 мг %(до 5.1)

Мочевина 3,8 ммоль\л

Креатинин 0,085 ммоль\л

Тимоловая проба 1,7 ед.

6.Коагулограмма:

ПТИ – 95%

Фибриноген – 5,4 г\л

УЗИ почек от 11.02.06г.:

Взаиморасположение: лоцируются раздельно

Локализация: в обычной проекции

Размеры: справа 124 \* 49 мм.

Слева 125 \* 49 мм.

Контуры: ровные нечеткие

Соотношение эхозон( паренхима – почечный синус):

Паренхима утолщена до 22 мм справа и до 20 мм слева

Эхоструктура однородная

Синусы почек без деформаций.

**Заключительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной во время госпитализации: на общую слабость, головную боль, озноб, повышение температуры тела до 39,5 0 С, наличие тупой, постоянной боли в левой поясничной области;

на основании данных из анамнеза болезни, которые свидетельствуют об остром начале заболевания и последовательности появления выше перечисленных симптомов;

на основании данных лабораторных и инструментальных исследований проведенных на момент госпитализации: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение РОЭ, микрогематурия);

на основании отсутствия жалоб на момент курации и данных объективного обследования, указывающих на отсутствие каких либо клинических признаков заболевания во время курации, что указывает на убыль патологического процесса под воздействием назначенного антибактериального лечения - можно поставить заключительный диагноз основного заболевания: острый левосторонний пиелонефрит на этапе выздоровления.

**Лечение**

Фторхинолоны II поколения: ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в сутки (внутрь)

Полусинтетические пенициллины: ампициллин 1,0 \* 3 раза в день(внутримышечно)

Аминогликозиды II поколения: гентамицина сульфат 80 мг 3 раза в сутки (внутримышечно)

Цефалоспорины II поколения: цефуроксим 0,5 г 2 раза в сутки (внутримышечно)

Ненаркотический аналгетик: р – р анальгина 50% по 2мл 2 раза в сутки (внутримышечно)

**Прогноз**

При правильном и своевременном проведении лечебно – реабилитационных мероприятий прогноз для жизни, здоровья, работы – благоприятный. Возможные осложнения: хронический пиелонефрит, ХПН, нефрогенная артериальная гипертензия, мочекаменная болезнь, пионефроз.