**Паспортная часть:**

Ф.И.О. больной: Столяр Валентина Васильевна Пол: Женский.

Возраст: 17.7.1956Домашний адрес: г. Богородицк ул.Спортивная 2а-37.  
Место работы: пенсионерка, до 2005 г.- заварщица на заводе.

Дата поступления в клинику: 25.09.2010 г.  
Клинический диагноз: Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети правого мочеточника. Почечная колика.  
Осложнения основного заболевания: ------------  
Сопутствующие заболевания: -----------  
  
**Жалобы:** Жалобы на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота по ходу мочеточника, приступообразные, длящиеся до 2 – 3 часов, 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. Болям сопутствуют головная боль, сухость во рту.   
  
**Anamnesis morbi :** Считает себя больной с 22.09 2010 г., когда впервые появились острые приступообразные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота по ходу мочеточника, средней силы. Возникновение болей связывает с тем, что в последние несколько дней принимала большое количество жидкости. Боли усиливались при движении, физической нагрузке. Болям сопутствовали головная боль, сухость во рту. Для купирования болевого синдрома принимала но-шпу, анальгин, с улучшением. В течение последующих трех дней интенсивность болевых ощущений и длительность приступов возрастали. …. 25.09.2010 г. вызвала СМП, после адекватного обезболивания была направлена в МУЗ «Тульская областная Больница», госпитализирована в городское урологическое отделение.  
  
 **Anamnesis vitae:**Младенчество, детство, юность: место рождения: Богородицк. Родилась 2-м ре-бенком в семье. В развитии относительно сверстников не отставала. С 3-х до 7 лет посещала детский сад, в школе обучалась с 7 лет. Учеба давалась хорошо, отрицательного влияния на здоровье не оказывала. Окончила 10 классов, а затем политехнический институт. Спортом не занималась. Особенностей развития в юношеском возрасте не отмечает.  
Жилищные условия. Проживает в 2х-комнатной квартире, площадью 46 м², количество проживающих на ней – 3 человека. Имеются все коммунальные удобства (отопление, канализация, вентиляция), помещение сухое, теплое, светлое, чистое.  
Питание: 3 раза в день. Принимается пища чаще в жареном или варе-ном виде. Питается регулярно. Пища принимается быстро. Количество и качество пищи хорошие. Свежие фрукты и овощи в рационе присутствуют сезонно.   
Трудовой анамнез. Работала по специальности с 22 лет.. Не работает с 55 лет, пенсионер.  
Аллергоанамнез : не отягощен.

Наследственный анамнез не отягощён, отрицает наличие у ближайших родственников сифилиса, туберкулеза, кожных заболеваний, болезней обмена веществ, нервных и психических заболеваний.

Вредные привычки отрицает.  
  
  
**Status presents :**Общее состояние удовлетворительное  
Положение активное  
Телосложение гиперстеническое   
Рост 170см  
Вес 90 кг

**Костно-мышечная система:**

Деформаций не выявлено, суставы обычной конфигурации.В суставах сохранена активная и пассивная подвижность. Кожные покровы над суставами обычной окраски. Мышцы развиты хорошо, мышечная сила удовлетворительная, тонус мышц сохранен.   
  
**Органы дыхания** *Пальпация*Болевые точки не обнаружены. Голосовое дрожание не изменено, на симметричных участках одинаковое.  
  
*Перкуссия*  
При сравнительной перкуссии над передними, боковыми, задними отделами лёгких ясный легочный звук.  
  
  
*Аускультация*  
Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание,хрипов нет. Бронхофония сохранена.  
  
**Сердечно-сосудистая система***Пальпация*  
 Верхушечный толчок определяется на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии .   
  
*Перкуссия сердца*  
Границы абсолютной тупости сердца соответствуют норме.  
  
*Аускультация сердца*  
Тоны сердца ясные, ритмичные,шумов нет  
   
АД 120/80 мм рт. ст.Ps 64  
  
  
**Пищеварительная система***Осмотр*  
Полость рта: влажный, чистый. Мягкое и твердое небо бледно-розовые, налет отсутствует, дужки обычной формы, не гиперемированы. Миндалины не увеличены, розовой окраски. Слизистая рта розовая, влажная, чистая.   
  
Живот

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.   
  
  
Печень

*Пальпация*

Нижний край печени не выходит из- под края рёберной дуги, край печени закруглённый, ровный, гладкий, безболезненный, эластичный.  
  
  
*Перкуссия*  
Размеры печени по Курлову: 9х9х10  
  
   
**Мочевыделительная система**  
  
 Расспрос.  
Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5-7 раз в день; ночью - от-сутствует. Симптомы дизурии, странгурии, никтурии отсутствуют. Суточный диурез: выпито – 2000 мл, выделено - 1500 мл. Изменений внешнего вида мочи нет. Болевого синдрома в области почек нет. Болевого синдрома в области мочевого пузыря нет.  
Осмотр поясничной области  
Поясничная область симметричная. Припухлости и красноты не наблю-дается.  
Пальпация почек (в положении стоя, лёжа на спине, правом и левом бо-ку). 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, над лоном не выстоит.  
Гинекологический анамнез Менструации начались с 13 лет., по 4 дня через 28 дней. Выделения умеренные, регулярные, болезненные в 1 день. Половая жизнь с 24 лет. В браке не состояла. Беременностей не было. Климакс - с 52 лет, менопауза – с 53 лет. Перенесенные гинекологические заболевания отрицает.  
   
*Лабораторные данные:*

Кровь общий анализ:   
.25.092010 г. Эр. – 3,68х1012/л, Нь – 120 г/л, цветной пок. – 0,9, Лейк. – 10,8х109/л, эоз. – 1%, нейтр. сегментояд.- 78%, лим. – 13%, мон. – 8%, СОЭ – 17 мм/ч.  
Биохимическое исследование крови 21.04.2004 г. креатинин – 105 мкмоль/л  
ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ  
Моча общий анализ:  
.25.092010 г. Цвет жёлтый, р-я кислая, плотность – 1009, белок – следы, лейк. – 1 - 2 в п/зр., цилиндры – 0 – 1 в п/зр., соли – оксалаты – единич.  
  
  
**СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**  
Рентгенография. 25.09. 2010 г. В просвете малаго таза справа однородная тень, - конкремент верхней трети мочеточника.  
УЗИ почек + надпочечников 26.09.2010 г.  
Правая почка Левая почка  
Контуры нечеткие  
Размеры 90 х 50 мм 98 х 51 мм  
ТСП 17 мм 17 мм  
ЧЛС чашечки до 14 мм не расширены  
лоханка 20 мм  
ВОМ – 7 мм  
Слева в В/пол киста 22 мм  
в Н/ чаш конкремент 6 мм  
в В/ чаш конкремент 4 мм  
Урография.30.09.2010.г.   
На в/в урограммах, начиая с 10 мин, контраст в ЧЛС слева, где лоханка расположена на уровне нижнего края L1, не расширена. Чашечки деформированы. Контрастированные отделы левого мочеточника не расширены. Контраст в мочевом пузыре с 10 мин.  
Тень конкремента, описанного от. 25.09.2010 г., определяется на прежнем месте. Контраста в ЧЛС справа не определяется до 50 мин.  
Заключение: Камень верхней трети правого мочеточника. Выделительная функция слева сохранена, справа отсутствует до 50 мин.  
 **ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**  
Основное заболевание: Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети правого мочеточника. Почечная колика справа.   
Обоснование диагноза.  
Исходя из жалоб больного боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота по ходу мочеточника, приступообразные, длящиеся до 2 – 3 часов, 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. Болям сопутствуют головная боль, сухость во рту  
Исходя из данных истории настоящего заболевания:   
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 болез-ненность при пальпации в правом подреберье, по ходу правого мочеточника. Зоны кожной гиперестезии в правых отделах живота.  
Исходя из даных параклинических исследований:  
Рентгенография. 25.09 2010 г. В просвете малаго таза справа однородная тень, - конкремент верхней трети мочеточника.  
Урография30.10.2010.г. Заключение: Камень верхней трети правого моче-точника. Выделительная функция слева сохранена, справа отсутствует до 50 мин.  
УЗИ почек + надпочечников 26.10 2010 г. Слева в Н/ чаш конкремент 6 мм; в В/ чаш конкремент 4 мм.  
Моча общий анализ.25.09.2010 г белок – следы, цилиндры – 0 – 1 в п/зр., соли – оксалаты – единич.  
Кровь общий анализ.25.09.2010 г. Лейк. – 10,8х109/л, эоз. – 1%, нейтр. сегментояд.- 78%, СОЭ – 17 мм/ч.  
  
   
 ЛЕЧЕНИЕ:

Стол № 10  
Но-шпа 2,0 х 2 р/д в/м  
Уролесан 10 кап. х 3 р/д на сахар  
Нолицин 1 т. х 2 р/д  
Кеторол 1,0 в/м при болях

**Прогноз** :  
  
При соответсвующем лечении прогноз благоприятный.  
  
**Рекомендации :**  
 После проведенного лечения состояние больной улучшилось: снизилась интенсивность болевых ощущений и длительность приступов боли.  
Рекомендовано: продолжить стационарное лечение. Диета: исключение салата, шпината, щавеля, уменьшить потребление картофеля, моркови, молока. Слабоминерализованные воды (ессентуки № 20, нафтуся, саирме) 5 р/д по 200 мл на прием перед едой. Ограничение физической нагрузки.

**Дневник**  
 27. 09. 10г.

Состояние удовлетворительное. Жалобы на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота по ходу мочеточника, приступообразные, длящиеся до 1 – 1,5 часов, умеренные, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приема спазмолитиков (но-шпа), анальгетиков (кеторол), в покое. Болям сопутствуют головная боль, сухость во рту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. АД = 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезнный в правом подреберье, по ходу правого мочеточника. Симптом Пастернацкого слабо положителен справа. Стул, диурез в норме. Лечение переносит хорошо. Наблюдается положительная динамика. Снизилась интенсивность болевых ощущений и длительность приступов боли.

.  
1.10г.  
Состояние удовлетворительное. Жалобы на боли в поясничной области справа, иррадиирующие в правую часть живота по ходу мочеточника, приступообразные, длящиеся до 30 мин, умеренные, острые, возникающие и усиливающиеся после употребления большого количества жидкости или при физической нагрузке, стихающие после приема спазмолитиков (но-шпа), анальгетиков (кеторол), в покое. Болям сопутствуют головная боль, сухость во рту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 17 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. АД = 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезнеый в правом подреберье, по ходу правого мочеточника. Симптом Пастернацкого слабо положителен справа. Стул, диурез в норме. Лечение переносит хорошо. Наблюдается положительная динамика. Снизилась интенсивность болевых ощущений и длительность приступов боли

Тульский Государственный университет

Медицинский институт

Лечебный факультет

Кафедра Хирургических болезней №2

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

По курсу урологии:

Столяр Валентина Васильевна

Заключительный клинический диагноз:

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

Сопутствующий:

Осложнения

Куратор: Хабибуллин Р.Ф.

Курс: IV

Группа: 930171 подгруппа 4

Клиническая база: ТОКБ