

170036 г. Тверь, М. Конева 71, Тел. 44-34-15

Выписка из истории болезни 10011/2018

Либозаев В. И., 71 год, находился на лечении в урологическом отделении СМП с 26.09.18г. по 04.10.18г.

Диагноз. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

Ослож. Основного: Острая задержка мочи. Цистостома.

Сопутств.: Подковообразная почка. Гипертоническая болезнь 2ст., артериальная гипертензия 2ст., риск 4. Лигатурный свищ правой паховой области.

Поступил с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение суток, боли над лоном. С целью отведения мочи установлен уретральный катетер Фолея, выпущено 1000мл светлой мочи. По данным УЗИ от 26.09.18г. – почки увеличены в размерах контуры нечеткие, эхоструктур подозрительных на конкременты не выявлено, отмечается умеренная пиелозктазия справа. Предстательная железа размерами 33*43*44мм объем 32см3. С целью дообследования выполнено КТ мочевого системы с контрастированием 27.09.18г. аномалия взаимоположения почек – подковообразная почка с умеренным нарушением уродинамики, отмечается инвазия задней стенки мочевого пузыря, включая устье правого мочеточника, признаки воспалительного процесса в почке. Отмечается экстравазация контрастного вещества в паранервальную клетчатку (контрольное УЗИ почек, органов брюшной полости – без патологии, данных за экстравазацию не выявлено, жидкость паранервально и брюшной полости не определяется). Визуализируется инфильтрат в области послеоперационного рубца паховой области справа, осмотрен хирургом, рекомендовано плановое оперативное лечение по м/ж.

Проведена противовоспалительная терапия (ципрофлоксацин, кеторолак), после удаления уретрального катетера самостоятельное мочеиспускание не восстановилось, остаточной мочи 600мл, 01.10.18г. с целью отведения мочи выполнена операция – эпицистостомия. Послеоперационный период протекал без особенностей, явлений воспаления нет.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Л/узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130/80 мм рт ст. Язык чистый влажный. Живот мягкий, б/б во всех отделах. Почки интактны. СП отрицательный с обеих сторон. НПО без признаков воспаления. П/о шов чистый, обработан раствором йода. Смена повязки. Диурез 1600мл. Р-г: простата умеренно увеличена в размерах каменистой плотности бугристая.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии с функционирующей цистостомой под наблюдение уролога поликлиники по месту жительства.

Обследование:

ЭКГ от 26.09.18г.: синусовый ритм, ЭОС тип 3х S.

Группа крови от 27.09.18г. В(111) отрицат. RW, HCV, HBs, HIV отрицательные.

Кл. анализ крови от 02.10.18г. Нв 144 Эр 4,67, L-9,9 эо 60 п0 с79 л15, м6, СОЭ 3 мм/час

Общ ан мочи от 02.10.18г. Моча/желт. кисл. 1030, сахар-нет белок-0,15 Л-2-3 Эр-10-12

Посев мочи на флору и чув-ть к АБ от 29.09.18г. роста микрофлоры не выявлено.

Биохим ан крови от 02.10.18г. Билирубин 10,8 Мочевина 6,1. Креатинин 105,9 Сахар –5,8 белок 70 г/л АЛТ 29 АСТ 17 мочева к-та 330 ФЛГ от 27.09.18г. – без патологии. *Л/Н не пужен*

РЕКОМЕНДОВАНО:

1. Уход за цистостомой, простые перевязки
2. Супракс-солютаб 400мг 1т*1р/д – 7 дней
3. Общ ан мочи, ПСА общ и свободный сдать амбулаторно по м/ж через 10 дней
4. Швы снять 10.10.18г.,
5. Наблюдение уролога, терапевта, хирурга поликлиники по м/ж, явка 05.10.18г.
6. Консультация уролога ООД

Леч.врач
Зав. отделением

