

1 Выписной эпикриз из стационара

1292988

Пациент:

Дата рождения: 01.01.1952 Возраст: 65 лет, пол: женский.

Адрес:

СНИЛС: 07810884687; ЕНП 5658740898002477; Паспорт гражданина Российской Федерации

Дата поступления в стационар: Дата 13.04.2017.

Дата выписки из стационара: Дата 12.05.2017.

Диагноз при поступлении: Основной диагноз, Диагноз по МКБ-10 С67 Злокачественное новообразование мочевого пузыря, Диагноз Са мочевого пузыря. 2 кл.гр.

Диагноз при выписке: Основной диагноз, Диагноз по МКБ-10 D30.3 Мочевого пузыря, Диагноз Лейомиома мочевого пузыря., Диагноз, Диагноз сопут: Артериальная гипертензия II ст. Риск III. СН 0-I. Сахарный диабет 2 тип. Ст. субкомпенсации.

Жалобы больного: На боли внизу живота, кровь в моче.

Анамнез заболевания: Считает себя больной в течении месяца, когда появились данные жалобы. При обследовании выполнено УЗИ, цистоскопия-образование мочевого пузыря. Са? Направлена в о/о г.Бузулука для решения вопроса об оперативном лечении.

Проведенные инструментальные исследования: Описание ЭКГ(14.04.17г.)- Синусовый ритм с ЧСС-70 в мин.

ФОГК(март 2017г.)- Без патологии.

Сведения об оперативных вмешательствах: Дата 18.04.2017. Описание операции Надлонная цистотомия, трансвезикальная плоскостная электрорезекция мочевого пузыря.

Под СМА, после 3-х кратной обработки о/п и рук хирурга, произведена надлонная цистотомия. При ревизии полости мочевого пузыря обнаружены бляшкоподобное образование до 4 см в дм, на задней стенке мочевого пузыря, без поражения устьев мочеточников. Образование на широком основании, без инвазии мышечного слоя. Учитывая возраст больной и наличие сопутствующей патологии решено ограничиться плоскостной электрорезекцией мочевого пузыря. С помощью ЭДК опухоль

удалена в пределах здоровых тканей, - препарат удален. Дефект мочевого пузыря ушит двухрядно с эпицистостомией. Дренирование малого таза. Послойное ушивание раны. Ас повязка., Описание макропрепарата:

Описание Фрагменты опухоли мочевого пузыря.

Гистология (№ 5943-51 от 25.04.17г.)- Пласты лейомиомы с некрозами, грануляциями и кровоизлияниями

Проведенные лабораторные исследования: Описание ОАК- Hb- 94г/л, L-6.9, Эр- 3.74, СОЭ-38 мм \ч; CREA- 119, UREA-7.63, TBIL- 21,5; Glu- 6,85. TP-58. OAM- 1020, L-25, Белок - 100, PH- 5.0,.

Течение болезни: Без осложнений.

Проведенное лечение: В ходе госпитализации проводилась инфузионная, противовоспалительная терапия, антикоагулянты, анальгетики, перевязки.

Дата окончания лечения: 12.05.2017.

Состояние больного при направлении: Средней тяжести.

Состояние больного при выписке: Удовлетворительное.

Лечебные и трудовые рекомендации: 1. Наблюдение урологом, терапевтом по м/ж.

2. Удалить мочевой катетер через 2 недели.

3. Прием препаратов железа.

12.05.2017

Врач:



_____ 1. _____
зам. н.е. вр: _____
зам. о/о: _____



ГБУЗ «ОРЕНБУРГСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

460021, Г. ОРЕНБУРГ, ПР. ГАГАРИНА, 11
460021, Г. Оренбург, пр. Гагарина, 11
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ОРЕНБУРГСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР»
e-mail: oookod@esoo.ru
Тел: (352) 680851

Отделение урологии.
ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ № 17с-8772 а/к № 17-2657

Больная [REDACTED] 1952 г.р., проживающая по адресу: Оренбургская область, [REDACTED] находился на

стационарном лечении в урологическом отделении ГБУЗ «ООКОД» с 11.09.17 г. по 20.09.17 г.

Жалобы: на слабость, общее недомогание, учащенное мочеиспускание, периодически недержание и недержание мочи.

Анамнез заболевания: считает себя больной с февраля 2017, когда отметила появление крови в моче, по этому поводу обращалась к врачу, данные жалобы расценивались как цистит. При дообследовании — заподозрен Са мочевого пузыря, в апреле 2017 направлена в ООКОД. В ООКОД по результатам обследований — диагноз Са мочевого пузыря подтвердился, была назначена явка на оперативное лечение, однако, 18.04.2017 по причине возникшей макрогематурии в ГБУЗ «Бузулукская БСМП» выполнена операция Надлонная цистостомия, трансвезикальная плоскостная электрорезекция мочевого пузыря.

В августе 2017 при обследовании по месту жительства заподозрен рецидив Са мочевого пузыря, по поводу чего была направлена в ГБУЗ «ООКОД», где 04.08.2017 выполнено МРТ малого таза. Заключение: рецидив опухоли мочевого пузыря (в полости мочевого пузыря по обеим латеральным стенкам — несколько экзофитных образований, диаметром до 8 мм). Уретеропиелокаликоектазия справа. Запланировано оперативное лечение на 28 августа, но по просьбе пациентки перенесено на 11.09.2017 г.

Поступила в отделение урологии для оперативного лечения.

15.09.2017 выполнена ТУР-биопсия мочевого пузыря.

Протокол операции:

После 3-кратной обработки операционного поля кожным антисептиком, под СМА резектоскоп проведен в мочевой пузырь. Слизистая мочевого пузыря обычной бледно-розовой окраски с четким сосудистым рисунком. Устья свободные, щелевидные. Явных опухолевых образований не выявлено.

Обращает на себя внимание значительная деформация мочевого пузыря после предшествующей операции. В области предшествующей операции - рубцово деформированная стенка. Местами слизистая мочевого пузыря гиперемирована, легко кровоточит при касании. Участки измененной стенки взяты на биопсию. Гемостаз коагуляцией. Мочевой пузырь дренирован катетером Фоли № 18 (15 мл стерильной жидкости). Материал на гистологию.

Гистологическое исследование 7072 от 18.09.2017 – Фиброзная ткань, некротические массы.

В отделении получала инфузионную и антибактериальную терапию, проводилась коррекция сопутствующей патологии

В удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение онколога по месту жительства.

Обследования:

ОАК (16.09.2017) – гемоглобин – 120 г/л; тромбоциты – 230; лейкоциты – 8,1; п/я – 5, с/я – 57, э – 4, б – 1; л – 23; м – 10

Биохимический анализ крови (16.09.2017): общий белок – 53 г/л; билирубин общий – 10,9; АлАТ – 40 ед/л; АсАТ – 27 ед/л; мочевины – 6,4 ммоль/л; креатинин – 90 мкмоль/л, глюкоза – 3,8 ммоль/л

Диагноз: Са мочевого пузыря T1NoMo, состояние после трансвезикальной плоскостной электрорезекции мочевого пузыря от 18.04.2017, данных за рецидив не получено

Сопутствующий: Артериальная гипертензия II ст., 2 ст., ОВР. Атеросклероз аорты СН I-IIA ст., Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1C <6,5%

Рекомендовано:

- наблюдение онколога по месту жительства;
- контрольные обследования по месту жительства;
- явка в ГБУЗ «ООКОД» - при необходимости.

С-67.9 III кл. гр.

2-2017

Зав. урологическим отделением

Леч. врач



/Исмаков Р.М./

/Щетинин К.В./

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ из истории болезни № 72

Паспорт 5303 260769
Полное 5658740898002477
СНИЛС 078-108-846-87

год рождения: 01.01.1952 г. м/ж

Ф.И.О.:

Дом адрес:

Место работы: пенсионерка

Профессия:

Инвалид:

Дата пост.: 17.01.2018 г.

Дата выписки: 07.06.2018 г.

К/дни: 148 к/д

Выписан с по

Госпитализирован в отд. № 6. В/в. обострение, хроник, рецидив, 0 группа, диагностический, экстренный.

Цель госпитализации: для основного курса лечения, оздоровление, обследование, для оперативного лечения, уточнение активности туберкулеза, для оперативного лечения. Другая цель (какая?):

Д-з при направл-ии: Туберкулезный эндометрит. О Б гр. Сахарный диабет 2 тип. Состояние после электрорезекции мочевого пузыря по поводу рака мочевого пузыря T₁N₀M₀

Д-з клинический: Мочеполовой туберкулез. I А. МБТ (+). ЛУ к Канамицину и Капреомицину. А. В. 1.6.13.1.2.1
ЦВК от 31.01.18 г. Заключение № 194-152: А 18.1 Мочеполовой туберкулез. I А. МБТ (+). ЛУ к Канамицину и Капреомицину.

Д-з при выписке: Мочеполовой туберкулез. I А. МБТ (+). ЛУ к Канамицину и Капреомицину.

Выбыл из отделения № 6. Исход заболевания: улучшение, значительное улучшение, выздоровление, без перемен, переведен, обследован и оказался здоровым, ухудшение, летальный исход.

Причины выписки: завершение интенсивной фазы лечения, завершение обследования, самовольный уход, нарушение дисциплины, выписан досрочно по согласованию с врачом, прочее (подчеркнуть нужное).

Обзорный от 22.01.18 г. В легких пневмосклероз. Корни дифференцируются. Синусы свободные. Сердце – отделы не увеличены.

29.01.18 г. Выполнено 2 экскреторных урографии на 10 и 20 минуте. Выделительная функция правой почки сохранена, левая почка не функционирует. Чашечно-лоханочная система правой почки расширена. Контрастирован на всем протяжении правый мочеточник. На уровне L₂ справа на фоне верхней трети мочеточника видна плотная округлая тень, похожая на конкремент. Но на рентенограмме от 25.01.18 г. этой тени не видно. Мочевой пузырь контрастирован, небольшого объема. Заключение: Гидронефротическая трансформация правой почки. Афункциональная левая почка.

05.04.18 г. Гистеросальпингография. Треугольной формы очень небольшая контрастированная матка, справа виден нитевидный центральный отрезок маточной трубы, слева труба не контрастируется. Следов контраста в брюшной полости нет.

АБ-лечение: Стрептомицин – 0,75 (87 доз); Феназид – 0,5 в сутки (135 доз); Рифампицин – 0,45 в сутки (135 доз); Пиразинамид – 1,5 в сутки (135 доз); Протионамид – 0,75 в сутки (21 доза). Проведено 20 инстилляций в полость матки

р-ра Стрептомицина 1,0 на 5 мл. 0,25 % новокаина № 10 + № 10 канамицина 1 гр. 5 мл. 0,25 % новокаина. 190 к/д

Переносимость АБП – удов. Не переносит (1) нет показаний

Оперативное лечение или отказ от него: проведено, нет показаний, достаточный терапевтический эффект, досрочная выписка, сопутствующее заболевание, другие противопоказания, отказ больного от операции.

Дата операции: операция на органах дыхания в связи с туберкулезом, по поводу внелегочного туберкулеза (подчеркнуть нужное), по другим причинам (указать)

Мазок на микрофлору – 2 степень чистоты от 05.04.18 г.

АНАЛИЗЫ (при поступлении и выписке)

ОАК от 18.01.18 г.: Гем-120; Тромб-346; вр.св.-5⁴/45 – 6³/30⁰; длит.кр-1⁴/45; СОЭ-23 мм/ч; лейко-6,4; эоз-4; п-2; с/я-59; лимф-18; м-17.

ОАК от 06.06.18 г.: Гем-121; Тромб-346; вр.св.-5⁴/45 – 6³/30⁰; длит.кр-1⁴/45; СОЭ-19 мм/ч; лейко-6,4; эоз-2; п-3; с/я-81; лимф-8; м-6.

БАХ крови от 18.01.18 г.: Об.белок-71; моч-8,8; креатинин-80; тим.пр-2,7; билирубин-10; АсАТ-21; АлАТ-21; сахар-11,6.

БАХ крови от 29.05.18 г.: Об.белок-71; моч-8,8; креатинин-80; тим.пр-2,7; билирубин-8; АсАТ-29; АлАТ-30; сахар-6,4.

ОАМ от 18.01.18 г.: Уд.вес-1014; р-я кислая; белок – 0,92; лейко сплошь; эрит – сплошь; слизь+

ОАМ от 28.05.18 г.: Уд.вес-1008; р-я кислая; белок – 0,17; лейко 10-13; эрит изм. – большое кол-во; эпителий – 4-6.

ЭКГ от 18.01.18 г. Ритм синусовый с ЧСС 74 в 1 мин. Полувертикальное положение ЭОС.

ФВД от 18.01.18 г. Норма.

Сатурация крови 18.01.18 г. Норма.

УЗИ гениталий в динамике от 18.01.18 г. Эхо графические признаки хронического эндометрита, серозометры.

УЗИ гениталий от 01.06.18 г. Диффузные изменения в структуре миеометрия. Признаки хронического метрита. Признаки хронического цистита.

Устойчивость: к Канамицину и Капреомицину.

Группа крови O (I) (+) полож. от 18.01.18 г.

Кровь на RW от 23.01.18 г. – отр.

Нbs антиген от 23.01.18 г. – отр.

Кровь на ВИЧ и ВГС от 23.01.18 г. № 108 – отр.

Посевы классические на МБТ от 15, 18, 19.01.18 г. отделяемого из цервикального канала, аспирата из полости матки – полож.

Посевы мочи 15, 18, 19.01.18 г. № 3 на МБТ – полож.

Мазки на БК лям. от от этих же чисел – полож.

Аспират из полости матки 18.01.18 г. № 20-23 – некротическая ткань, мелкие фрагменты слизистой тела матки с эпителиоидно-клеточными гранулемами с наличием гигантских клеток. Микроскопическая картина соответствует туберкулезу эндометрия.

Посевы классические + ПЦР на МБТ от 15, 18, 19.01.18 г. отделяемого из цервикального канала, аспирата из полости матки – полож.

Аспират из полости матки от 16.01.18 г. № 1453, № 1243 – выделено более 20 колоний МБТ, устойчивых к Канамицину и Капреомицину.

Контрольные посевы аспирата из полости матки, мочи в ПЦР на ДНК МБТ от 14.05.18 г. – отриц.

Аспират из полости матки от 14.05.18 г. – Эритроциты, железистый эпителий № 634.

Контрольные посевы аспирата из полости матки, мочи № 3 классические от 08, 15, 16.05.18 г. – в работе.

Биопсия биоптата слизистой мочевого пузыря от 19.01.18 г. – Цистоскопия объем мочевого пузыря до 200 мл., слизистая гиперемирована, местами покрыта фибрином, легко травмируется и при нажатии. Устья мочеточников симметричны, выполнена биопсия в месте отложения фибрина. Диагноз: Хронический послеоперационный цистит, кистозная трансформация правой почки, афункциональная левая почка. Туберкулез мочевой системы? 0 Б гр.

Гистология 5 Б, 6 Б – фрагменты слизистой мочевого пузыря с обильной лимфоидной и лейкоцитарной инфильтрацией, как в эпителии так и в подэпителиальном слое. Микроскопические признаки цистита, опухолевого роста и специфического воспаления не обнаружено.

Терапевт – 23.01.18 г. – ИБС. Атеросклероз аорты. Артериальная гипертензия 1 ст. Сахарный диабет 2 тип. ХБП 2 ст. ХПН 0 ст. Ст мочевого пузыря. T₁N₀M₀. Состояние после трансвезикальной плоскостной электрорезекции мочевого пузыря. (18.04.17 г.)

ЛОР 23.01.18 г. – Патологии не выявлено.

Окулист от 23.01.18 г. – Начальная старческая катаракта (Этамбутол не назначать)

Эндокринолог – Сахарный диабет 2 тип. Гликлазид 60 мг. утром. 9 стол.

Уролог 19.01.18 г. – Хронический послеоперационный цистит туб.этиологии. МБТ (+). Гидронефроз правой почки, афункциональная левая почка. ХПН 1 ст. Недержание мочи.

Невролог 10.03.18 г. – Хронический дисциркуляторная энцефалопатия I-II ст. сложного генеза, вестибулопатия, церебрастения. Лечение: Миксидол – 5,0 в/в на физ.р-ре № 10; Пирацетам 10,0 в/в; Бетагистин по 12 мг x 3 р; Цитоплавин по 1 т x 3 р в течение месяца.

Цистоскопия от 23.03.18 г. – Мочевой пузырь до 200 мл. слизистая розовая, местами покрыта детритом. Умочеточников стья симметричны, шелковидные, перестальтируют. В области верхушки мочевого пузыря рубец, покрытый сгустком крови. Заключение: Состояние после ТУР мочевого пузыря по поводу Ст мочевого пузыря, хронический цистит. Получена 10 инстилляций Колларгола.

УЗИ внутренних органов от 18.01.18 г. – УЗ признаки невыраженных диффузных изменений печени, стеатоз?, диффузных изменений поджелудочной железы, ЖКБ хронического калькулезного холецистита, шлоэктозия справа, кисты правой почки.

РЕКОМЕНДАЦИИ: Продолжить АБ лечение, фаза продолжения в течение 6 месяцев. Феназид 0,5 в сутки (Тубазид 0,6 в сутки); Рифампицин 0,45 в сутки; Пиразинамид 1,5 гр. в сутки

Лечащий врач

Заведующий отделением

Начальник отдела по координации хирургической деятельности

Н. Д. Есфеева

В. А. Полежаев

А. В. Петрищев

Дата заполнения: 07.06.2018 г.



АО " САМАРСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР "

Адрес: 443093, г.Самара, ул.Мяги, 7а Тел. регистратуры: 300-44-63

ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА по методике : **Цистометр.**

ФИО: [REDACTED] д.р. 01.01.1952
Адрес: [REDACTED]
СМО: КОМПАНИЯ НЕ ИЗВЕСТНА Серия/Номер Полиса ОМС: 0

Проведена ретроградная водная цистометрия наполнения. Скорость инфузии 50 мл в мин. Фаза накопления: Первое желание помочиться отмечено при инфузии 86 мл жидкости при давлении в мочевом пузыре 22 см.водн. ст. Сильное желание при инфузии 115 мл и давлении 36 см водн.ст. КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЛОСЬ НЕПРОИЗВОЛЬНЫМ МОЧЕИСПУСКАНИЕМ.

Наблюдаются незаторможенные сокращения детрузора в момент наполнения, повышения давления больше 15 см водн.ст. в фазу наполнения,

Заключение: Непроизвольное мочеиспускание (МКБ-39.3) Фазовая гиперактивность детрузора. Нестабильный гиперрефлекторный мочевой пузырь (МКБ-31.0).

Рекомендации: консультация уролога, невропатолога, Нормакс 400 по 1 табл. - 2 раза в день 3 дня.

Врач высшей категории РАДАЕВ А.Н.

Дата обследования: 18.07.2018





Имя пациента: Баширова, зания Имамметдиновна

Имя файла:

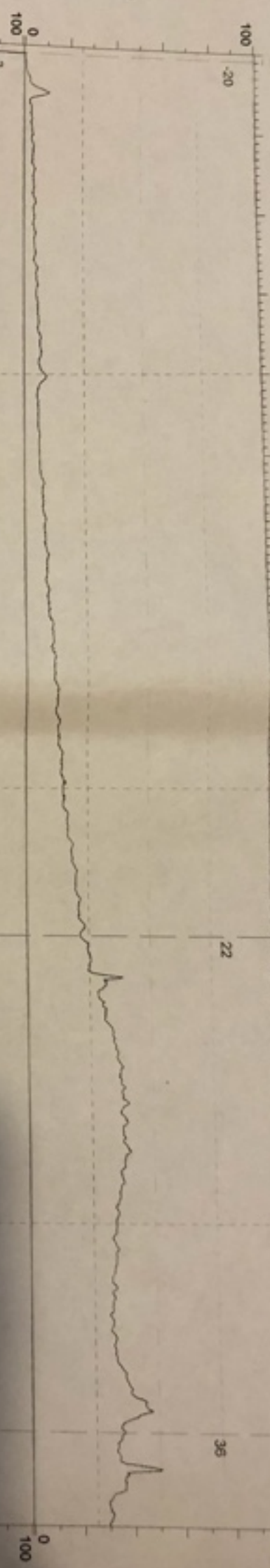
Название теста: Micturition

18.07.2018

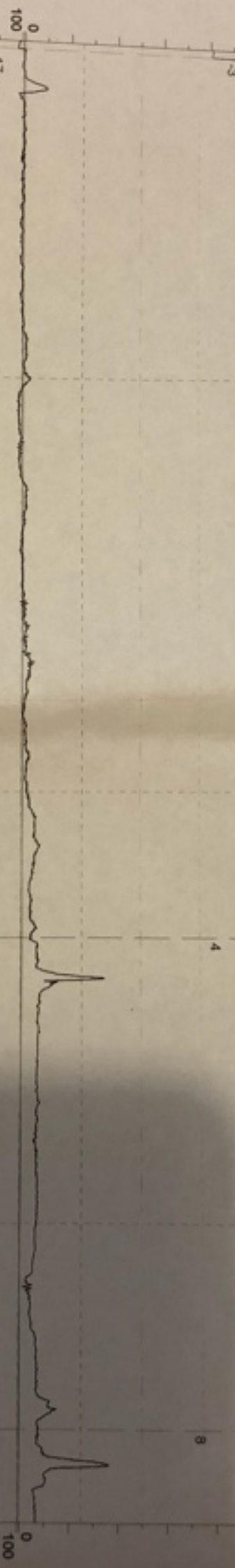
13:47:14

0 10 20 30 40 50 1:00 1:10 1:20 1:30 1:40 1:50 2:00 2:10 2:20 2:30 2:40 2:50
ZAI 10e одрушение 1ый позыв

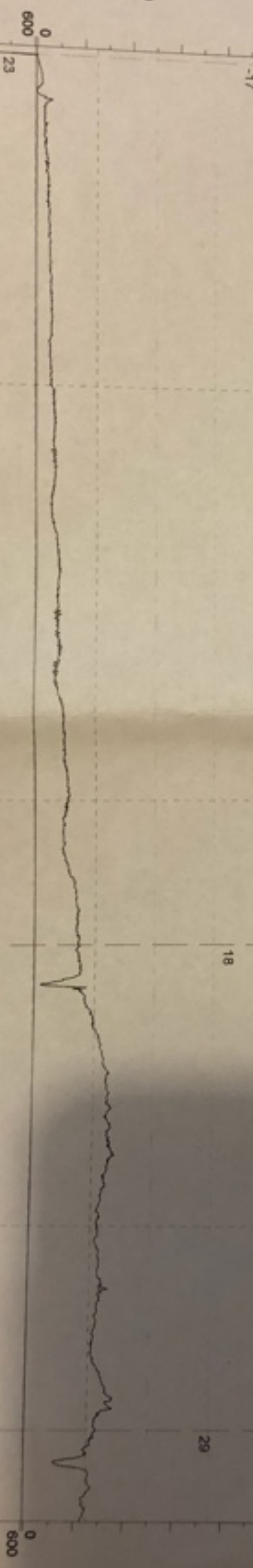
Pves
(cm H2O)



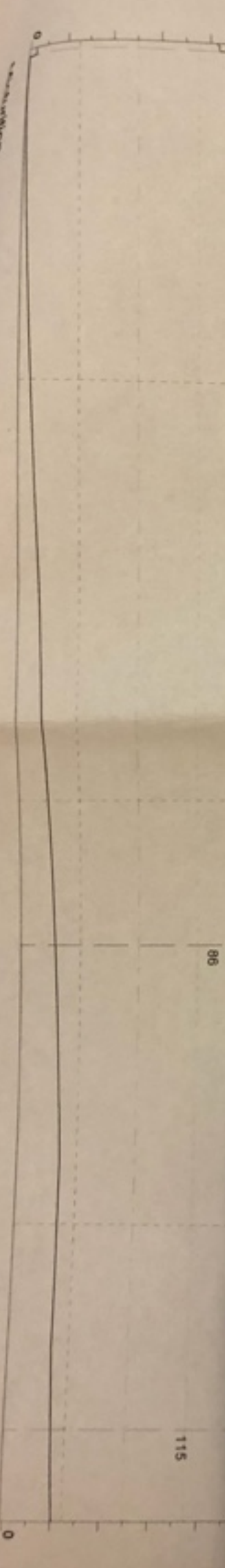
Padl
(cm H2O)



Pdel
(cm H2O)



VH2O
(ml)



www.mikro.com

Имя пациента: Баширова, зания Имамединовна
 Доктор: Радаев А.Н.
 Клиника: Самарский Диагностический центр
 MR#:
 Название теста: Micturition
 Комментарии:
 Дата: 18.07.2018

Пол: Женский
 Дата рождения: 01.01.1952
 Возраст: 66 год.
 Комментарии 2:
 Имя файла:
 Версия: 12 Rel 0
 Время: 13:47:14

Сводка события (* = перемещенное событие)

Аннотация	Время	Pves	Pabd	Pdet	IN2O	VH2O
ZAll	0.9	-20	-3	-17	0	23
1ое ощущение	1:47.3	22	4	18	51	86
1ый позыв	2:42.9	36	8	29	51	115



АО " САМАРСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР "

Адрес: 443093, г.Самара, ул.Мяги, 7а Тел. регистратуры: 300-44-63

ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА по методике : Профиломтр

ФИО: **БАШИРОВА** **ЗАНИЯ** **ИМАМЕТДИНОВНА** д.р. 01.01.1952
Адрес: Оренбургская область Красногвардейский район п Нижнекристалка ЗАРЕЧНАЯ УЛ
СМО: КОМПАНИЯ НЕ ИЗВЕСТНА Серия/Номер Полиса ОМС: 0

Проведена профилометрия. Давление в уретре на протяжении 39 мм водн.ст. Максимальное давление закрытой уретры 40 мм водн.ст. Функциональная длина уретры 1,9 см.

При проведении стрессовых проб (кашель) отмечается падения давления в уретре, которое сопровождалось непроизвольным мочеиспусканием.

Заключение: Непроизвольное мочеиспускание (МКБ-39.3) Стрессовое недержание мочи.

Рекомендации: консультация уролога, гинеколога, Нормакс 400 по 1 табл. - 2 раза в день 3 дня.

Врач *высшей категории*

РАДАЕВ А.Н.

Дата обследования: 18.07.2018





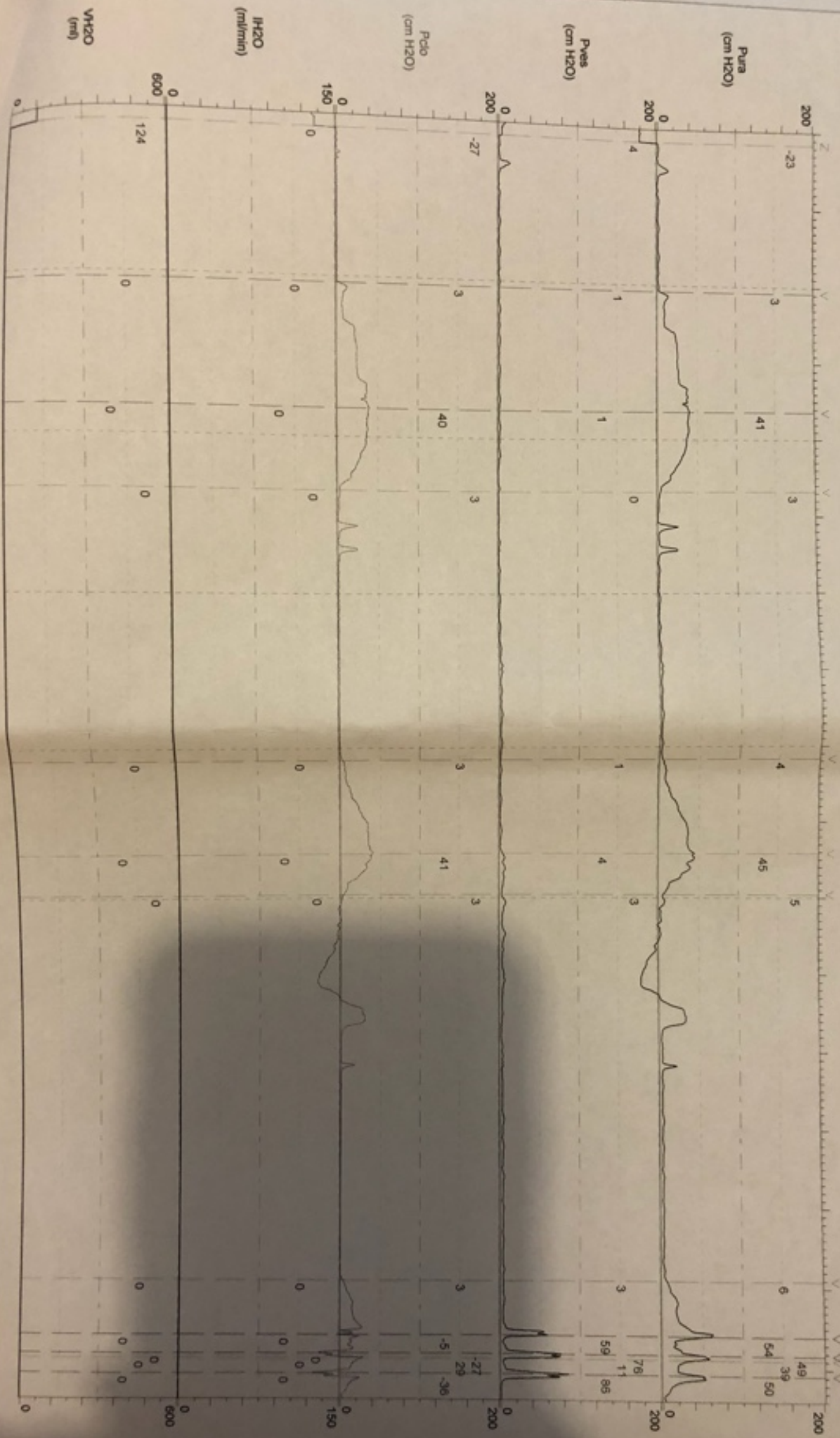
Имя пациента: Баширова, зания Имамметдиновна Имя файла:

Название теста: Urethral Pressure Profile 18.07.2018 13:53:52

0 ZAI 10 20 Начало UPR 1 30 Пиковое значение UPR 1 40 Остановка UPR 1

1:20 Начало UPR 2 1:30 Пиковое значение UPR 2 1:40 Остановка UPR 2

2:30 Начало UPR 3 2:40 ПТР ПТР Пиковое значение UPR 3



Urethral Pressure Profile

Имя пациента: [REDACTED]
 Доктор: Радаев А.Н.
 Клиника: Самарский Диагностический центр
 MR#:
 Название теста: Urethral Pressure Profile
 Комментарии:
 Дата: 18.07.2018

Пол: Женский
 Дата рождения: 01.01.1952
 Возраст: 66 год.
 Комментарии 2:
 Имя файла:
 Версия: 12 Rel 0
 Время: 13:53:52

Сводка профиля уретрального давления (Pclo)

Скорость UPP: 1.0 mm/s

	Тяга 1	Тяга 2	Тяга 3	Средняя	
Длина:	26	17	15	19	mm
Начало	20.8	1:21.7	2:29.1	Нет	
Конец	46.8	1:39.6	2:44.1	Нет	
Пик Pclo	39	40	28	36	cm H2O
Пик зоны препятствий					cm H2O
Длина пост. зоны:	15	12	9	12	mm
Площадь пост. зоны:	333	263	109	235	cm H2O.mm

ДНЕВНИК МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Ф.И.О. пациента: _____ Дата заполнения: 15.08.2018-16.08.2018

Время	Выпито Что выпито?		Сколько? Объем мочи при мочеиспускании (мл)	Подтекание мочи (да, нет / сколько?)	Сильный позыв (да/нет)	Ваши действия в момент подтекания мочи: кашель, смех, работа с водой	Смена прокладки (да, нет)
6-00			60	Подтекает но чувствительности нет	да	Подтекает но чувствительности нет	
7-00			50		да		
9-00	чай	200					
10-00			60		да		
11-00	вода	100	70		да		
12			50		да		1 шт (урологическая 4 капли)
12-30			60		да		
13-00			50		да		
13-30	чай	150					
14-30			60		да		
15-00	чай	150	60		да		
16-00	вода	100					
17-00			70		да		1 шт (урологическая 4 капли)
19-00			80		да		
19-30	бульен	200					
19-40	чай	100					
20-00			50		да		
21-00			50		да		
22-00	вода	200					1 шт (урологическая 4 капли)
23-00			70	да			
3-00			50	да	1 шт (урологическая 4 капли)		

Время	Выпито Что выпито?		Сколько? Объем мочи при моченспускании (мл)	Подтекание мочи (да, нет / сколько?)	Сильный позыв (да/нет)	Ваши действия в момент подтекания мочи: кашель, смех, работа с водой	Смена прокладки (да, нет)
6-00			50	Подтекает но чувствительности нет	да	Подтекает но чувствительности нет	1 шт (урологическая 4 капли)
7-00			50		да		
8-00	чай	200					
9-00	вода	100	60		да		
10-00			70		да		
11-00			60		да		
11-40			70		да		
12-00							
12-40			80		да		
12-30			50		да		
13-30			50		да		
13-35	бульен	300					
13-45	чай	100					
14-30			70		да		
16-00	вода	100	50		да		
17-00	вода	100	50		да		
17-30	вода	100	40		да		
19-00			40		да		
19-30	чай	150					
21-00			40		да		
22-00							
23-00	вода	100	40	да			
24-00			40	да			
4-00			40	да			
6-00			40	да			

Клинико-диагностическая лаборатория
ГБУЗ «Красногвардейская РБ»

Анализ мочи № 24

Фамилия, И.О. _____

возраст _____

Отделение 1952 гр. палата 14 кв

Физико-химические свойства

Количество _____

л

мл

Цвет св ж

Прозрачность ал

Относительная плотность 1012

Реакция кисл

Белок до 3+

Глюкоза _____

ммоль/л

г

Эпителий:

Плоский 5-7

Переходной _____

Почечный _____

Лейкоциты 10-12 окот до 10

Эритроциты:

Неизмененные 10-12

Измененные _____

Цилиндры:

Гиалиновые _____

зернистые _____

восковидные _____

эпителиальные _____

лейкоцитарные _____

эритроцитарные _____

пигментные _____

Слизь _____

соли _____

Бактерии _____

Дата выдачи 19.07.18

Подпись _____

ОРЕНБУРГСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ
ВETERANОВ ВОЙН.

Оренбургский областной
клинический психоневрологический
госпиталь ветеранов войны
460035, г. Оренбург,
ул. Комсомольская, 202

Отделение ультразвуковой и функциональной диагностики.

Ультразвуковое исследование внутренних органов.

Визуализация адекватная.

Исследование проведено на УЗ сканере экспертного класса
TOSHIBA SSA 770A конвексным датчиком частотой 2.5 - 4МГц.

1952 г.

отд:

ПЕЧЕНЬ: Контуры ровные, четкие. Размеры: Правая доля 163мм, левая доля 66мм. Эхогенность не изменена, эхоструктура неоднородная, очаговых изменений не выявлено. Деформации органа и аномалий строения не выявлено. В режиме ЦДК и ЭК сосудистый рисунок адекватный, архитектура сосудов не нарушена. Внутривеночные желчные протоки не расширены. Печеночные вены не расширены. Воротная вена 10мм, нижняя полая вена 20мм, холедох 6мм, конкрементов в просвете холедоха не выявлено.

Дополнительные данные: не выявлено.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ: Овальной формы, расположен в типичном месте, деформации органа и аномалий строения не выявлено. Размеры 42/32мм. Лоцируется часть верхней стенки, дно желчного пузыря и просвет не лоцируется, желчный пузырь заполнен конкрементами.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА: Контуры ровные, четкие. Расположена в типичном месте, деформации органа и аномалий строения не выявлено. Размеры: головка 26мм, тело 19мм хвост 20мм. Эхогенность повышена, эхоструктура неоднородная, очаговых изменений не выявлено, деструктивных изменений в поджелудочной железе и перипанкреатической области не выявлено. Панкреатический проток не расширен.

Дополнительные данные: не выявлено.

ПОЧКИ: Левая почка: расположена в типичном месте, контуры неровные, нечеткие. Размеры: 52/30/10мм. Паренхима неоднородная, незначительно расширены чашечки, лоханка не расширена. Деструктивных изменений в почке и паранефральной области не выявлено. Подвижность почки в пределах допустимых границ.

Правая почка: расположена в типичном месте, обычной формы, контуры ровные, четкие. Размеры: 122/55/15мм. Паренхима однородная, расширена лоханка до 20/45мм, расширены чашки и мочеточник до средней трети (далее не лоцируется). Деструктивных изменений в почке и паранефральной области не выявлено. Подвижность почки в пределах допустимых границ.

В режиме ЦДК и ЭК сосудистый рисунок с обеих сторон адекватный, симметричный, показатели кровотока в пределах нормы

Дополнительные данные: В паренхиме несколько анэхогенных аваскулярных образований с ровными контурами и однородным внутренним содержимым до 20мм.

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ: Мочевой пузырь обычной формы, аномалий строения не выявлено, деформации мочевого пузыря не выявлено. Стенки мочевого пузыря неровные, содержимое однородное, объемных образований и конкрементов достоверно не выявлено.

Дополнительные данные: не выявлено

СЕЛЕЗЕНКА: Контуры ровные, четкие. Расположена в типичном месте, деформации органа и аномалий строения не выявлено. Размеры: 108/56мм. Эхогенность не изменена, эхоструктура однородная, очаговых изменений не выявлено.

Увеличенных забрюшинных лимфоузлов не выявлено.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Эхографические признаки гидронефроза слева, вторично сморщенной правой почки, конкрементов желчного пузыря, диффузных изменений в печени. Для верификации изменений в мочевом пузыре рекомендована цистоскопия.

25.07.2018г

Врач

/Полосов А.Е./



Ф.И.О.: [REDACTED] (Б46267)

Дата рождения: 01.01.1952 Возраст: 66 Пол: женский Амб.карта № 21617

ПРАВАЯ ПОЧКА:

Положение: типичное, см.
Подвижность: в пределах нормы
Форма: бобовидная
Контуры: нечеткие неровные
Размеры: не изменены
длина: 120 мм, ширина: 66 мм, толщина: 48 мм.
Паренхима: Толщина справа (мм): 9 неоднородная истончена
ЧЛС: расширена, имеет вид анэхогенного кольца, с анэхогенным центром
чашечки: 17

ЛЕВАЯ ПОЧКА:

Положение: опущение, см.
Подвижность: в пределах нормы
Форма: бобовидная
Контуры: нечеткие неровные
Размеры: изменены
длина: 80 мм, ширина: 37 мм, толщина: мм.
Паренхима: Толщина слева (мм): истончена от 5 до 7 мм
ЧЛС: не визуализируется, жидкостные внэхогенные образования разных размеров.
Конкременты: не визуализируются
Надпочечники: в месте проекции надпочечников патологических образований не выявлено

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ:

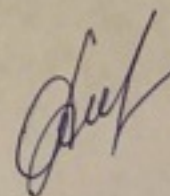
Наполнение: опорожнен, количество мочи: мл.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: гидронефроз левой почки.

Начальная стадия гидронефроза правой почки

РЕКОМЕНДАЦИИ: Консультация уролога

Врач: Тарасова Диана Сергеевна

 18.07.2018

КРАСНОГВАРДЕЙСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА

УК
/

КАБИНЕТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Электрокардиограмма № 4194

Фамилия, имя, отчество [REDACTED]

Возраст 1952

Клинический диагноз дана экстр. срочн. АД

Направлен на Крестовск

Дата 13.07.87

P 0,10" PQ 0,20"

QRS 0,08"

R-R 0,74" Ч.С.С. 83

QT 0,35" № 0,10"

Заключение:

Сильнейшее с
ред. ритмом
Нарезаный ритм
мелкие зубцы

13/07/87

ф

Магнитно-резонансная томография

Фамилия, имя, отчество: _____

Дата рождения: 01.01.1952

Пол: жен.

Область исследования: **головной мозг до и после внутривенного контрастного усиления Омнискан 10,0 мл**

Номер исследования: 29973, 29982

Цель исследования: **обследование**

Краткий анамнез заболевания (жалобы): **со слов пациента на головные боли, головокружение.**

На серии МР-томограмм, взвешенных по T1, T2, T2-flair, T2-hemo и DWI в трёх проекциях, визуализированы суб- и супратенториальные структуры.

Срединные структуры не смещены.

В белом веществе правой затылочной доли визуализируется внутримозговая гематома (поздний подострый период), с наличием минимально выраженного перифокального отека и резким ограничением диффузии по DWI, размерами: 0,6x1,0x0,7 см, ~ объемом 0,2 см³, без значимого масс-эффекта /бассейн правой задней мозговой артерии.

В левой гемисфере мозжечка визуализируется зона кистозно-глиозных изменений, с наличием минимально выраженного масс-эффекта, в виде локального расширения борозд и конвекситального пространства на этом уровне, без признаков ограничения диффузии по DWI и без перифокального отека, размерами 3,0x2,1x2,1 см - зона ишемического НМК в бассейне левой задней нижней мозжечковой артерии, хронический период.

На фоне вышеописанных кистозно-глиозных изменений определяется объемное образование, округлой формы, с четкими неровными ("фестончатыми") контурами, неоднородной структуры, гипоинтенсивного МР-сигнала во всех режимах сканирования, с наличием минимального перифокального глиоза, с положительной реакцией в режиме T2-hemo (скрытую кровь), без перифокальной инфильтрации, без признаков накопления контрастного препарата, размерами 0,55x0,7x0,7 (фронтальный x сагиттальный x вертикальный) - более специфично для кавернозной ангиомы.

В белом веществе лобных и теменных долей, субкортикально и перивентрикулярно, определяются немногочисленные очаги хронической ишемии /гиперинтенсивные по T2, T2-flair, изоинтенсивные по T1, без признаков ограничения диффузии по DWI, без признаков накопления контрастного препарата/ без перифокальной инфильтрации, размером от 0,2 см до 0,4 см.

Боковые желудочки мозга практически симметричны, не расширены, размеры в пределах возрастной нормометрии, обычной конфигурации, без перивентрикулярной инфильтрации; III-й желудочек не расширен - 0,8 см. IV-й желудочек не расширен, не деформирован.

Дополнительных образований в области мостомозжечковых углов не выявлено. Внутренние слуховые проходы не расширены.

Орбиты без особенностей, данных за наличие явных патологических структурных изменений, достоверно выявленных очагов патологического изменения МР-сигнала в их проекции не выявлено.

Хиазмальная область без особенностей, гипофиз в размерах не увеличен, ткань гипофиза имеет обычный сигнал. Хиазмальная цистерна не изменена. Воронка гипофиза не смещена.

Минимально расширена четверохолмная цистерна, остальные базальные цистерны не расширены, не деформированы.

Субарахноидальные конвекситальные пространства и борозды больших полушарий и мозжечка не расширены. Боковые щели мозга симметричны, не расширены.

Миндалины мозжечка расположены на уровне большого затылочного отверстия.

Краниовертебральный переход - без особенностей.

Пневматизация фациальных синусов существенно не нарушена.

Данное заключение не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом!

Клиника ЭКСПЕРТ

Федеральная сеть медицинских центров

г. Оренбург, проспект Гагарина 17 тел.: +7(3532) 444-474

Патологического накопления контрастного препарата на остальном уровне исследования не определяется.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: МР-картина внутримозговой гематомы правой затылочной доли, поздний подострый период; зоны кистозно-глиозных изменений левой гемисферы мозжечка - последствия ишемического НМК; дополнительного объемного образования на фоне кистозно-глиозных изменений левой гемисферы мозжечка - специфично для кавернозной ангиомы; немногочисленных супратенториальных очагов хронической ишемии.

Рекомендовано: срочная консультация невролога.

20.07.2018

Врач Авдеева Р.Х.



Магнитно-резонансная томография

Фамилия, имя, отчество: _____

Дата рождения: 01.01.1952

Пол: жен.

Область исследования: **МР-артериография головного мозга**

Номер исследования: **29974**

Цель исследования: *обследование*

Краткий анамнез заболевания (жалобы): *со слов пациента на головные боли, головокружение.*

На серии МР ангиограмм, выполненных в режиме 3D PCA, в аксиальной проекции визуализированы внутренние сонные, основная, интракраниальные сегменты позвоночных артерий и их разветвления.

Интракраниальные сегменты позвоночных артерий минимально асимметричны, D>S, диаметр артерий справа 0,3 см, слева 0,25 см /норма 0,15-0,38 см/, участков с патологическим кровотоком не выявлено.

Основная артерия имеет прямолинейный ход, диаметр артерии 0,3 см, участков с патологическим кровотоком не выявлено.

Задние мозговые артерии симметричны, диаметр не сужен, участков с патологическим кровотоком не выявлено.

Внутренние сонные артерии симметричны по диаметру, участков с патологическим кровотоком не выявлено. На уровне перехода препетрозальных в петрозальные сегменты с обеих сторон визуализируются деформации стенок артерий с локальными сужениями на протяжении 0,1-0,2 см, минимальный диаметр артерий 0,2-0,3 см /более вероятно за счет экстравазальных факторов/.

Выявлены признаки снижения кровотока /обеднения за счет снижения интенсивности МР-сигнала и сужения диаметров артерий/ в периферических отделах P3 сегментов соответствующих артерий.

Средние и передние мозговые артерии симметричны, диаметр не сужен, участков с патологическим кровотоком не выявлено.

Глазничные артерии хорошо дифференцированы, симметричны.

Вариант развития Виллизиева круга в виде снижения кровотока и сужения просвета по обеим задним соединительным артериям (не противоречит физиологической норме).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: МРА-картина минимальной асимметрии интракраниальных сегментов позвоночных артерий, D<S; данных за наличие артериовенозных мальформаций, аневризматического расширения, патологического стенотического сужения интракраниальных артерий не выявлено. Признаки снижения кровотока от периферических отделов P3 сегментов соответствующих артерий.

Рекомендовано: консультация невролога.

20.07.2018

Врач Авдеева Р.Х.

