

Диагностическая анкета

УЗИ почек

Фамилия Исмаилов

Дата 9/01-18

Возраст 22

г. Белгород г. в.

Расположение Обычное

Опущены на _____ см.

Размер почек
длина толщина
правая 100 50
левая 107 53

Чашечно-лоханная система прав. лев.

Паренхима 16-18 мм

Плотность ЭХО
Нормальная
Повышенная
Пониженная

Распределение ЭХО
Однородное
Неоднородное

Не расширена
Расширена

Плотность ЭХО
нормальная
повышенная
пониженная

Надпочечники увеличено ЭХО

Контуры
Ровные
Неровные

Локализация (на продольном разрезе)
правая левая

увеличено ЭХО

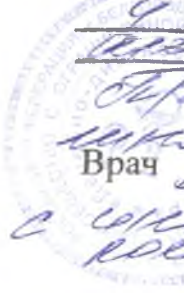


Описания данных УЗИ

Мочеточники расширены
в верхних 1/3 до 25 мм
Мочевой пузырь 10 мм
в нижних 1/3 расширен
до 8 мм на краях
стенки 60 мм
в центре свобод до 14 мм.

Дополнительные образования
Мочеточник: 110-90-70
мочеточник 110-90-70
4 мм, перегородка
увеличена

Врач Исмаилов
увеличена
образована
с перегородкой
виз-за
серьезная
ФФ 30 мм
увеличена
такая



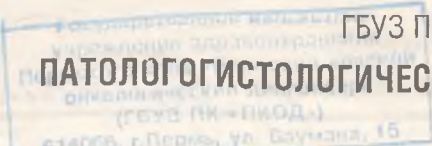
результатной.

Одно из образований
виз-с в предвзвешен
уменьш, первого многомог-
ника, второе из
многомогника виз-с.

Остаток воды, 50 см.
более сформирован
многомогника
Ф многомогника
и Ф час воды
поки - без ринамики.

Закон: Объемная
образования в
многомогника
Турборефраз и вода -
уретер вода.





ГБУЗ ПК «ПКОД»

1848-1845
№ 3669-41-н 3679-90

ПАТОЛОГОГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ № _____

Материал принят на исследование

11.04.17

час, число, месяц, год

РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Макроскопическое описание препарата

3669-90
17

Милеровская Э.И. 212

№1 ракушечковидная серая эластичная
бляшка 5x4,5x0,5 см.

№2 кусочек серой эластичной бляшки
1,5x1x0,3 см, исследован по месту.

13/5

Патологогистологический диагноз

Хронический фолликулярный
типа тиреоидит.

Дата исследования

« 11 » апреля 20 17 г.

Исследование производил

Врач Шеняков

Дата выдачи

« » 20 г.

Лаборант

фамилия разборчиво

ГБУЗ ПК «ПКОД»
Патологическая лаборатория

Самарск

Лабораторный № _____ История болезни № _____

Отделение _____
Фамилия, имя, отчество, возраст, *Шелердская А. Д.*
1962

Жалобы больной _____

Характер менструации, когда последняя _____

Половая жизнь _____, роды _____, аборты _____
Данные внутреннего исследования _____

Произведенная операция, дата _____

или проводимое лечение _____

Присланный материал *Зем. мр. л. 3669-71 - л. 3689-90*
с 2-ух бл.

Особенность случая _____

Клинический диагноз _____

Подпись врача, направившего препарат _____

Подпись доставившего препарат _____

Подпись принявшего препарат _____

Магнитно-резонансная томография

Фамилия, Имя, Отчество:	Железовская Екатерина Ивановна
Дата рождения:	28.09.1995
Пол:	Ж; Вес: 56 кг
Наименование услуги:	Магнитно-резонансная томография органов малого таза с контрастным усилением: «Магневист» 10.0
Номер исследования	053-001-0013702 от 26.01.2017

На серии МР томограмм органов малого таза, взвешенных по T1 и T2 в трёх проекциях визуализированы матка, придатки и мочевого пузыря.

Состояние после цистоскопии и биопсии от 26.12.2016г (гистология №36953-36954 от 28.12.2016 – хорошо васкуляризованная фиброзная ткань, частично покрытая переходным эпителием и наличием выраженного активного воспаления, учитывая клинические данные – вероятнее воспалительный полип).

Мочевой пузырь содержит выраженное количество мочи. Стенки его неравномерно утолщены, форма округлая.

В просвете мочевого пузыря:

- по задней стенке с распространением на левую боковую стенку определяются солидные объемные образования, широким основанием прилежащие к стенке пузыря (нельзя исключить распространение в подслизистый слой, без признаков распространения за пределы мочевого пузыря), с неровными нечеткими контурами, неоднородной структуры, неоднородными сигнальными характеристиками, изо-гипоинтенсивные по T2ВИ, T2-STIR, T1ВИ, ~ размерами 1.5x3.1x3.1 см и 2.6x4.4x4.2 см.

- по передней стенке слева определяется аналогичное объемное образование. размером ~ 0.5x1.1x1.3 см.

При проведении программы DWI определяется повышение сигнала от образований на изображениях с диффузионным фактором 500 и 1000, на АДС-карте сигнал от них гипоинтенсивный. Значение ИКД – до $0.63-0.71 \times 10^{-3}$.

После введения контрастного вещества определяется интенсивное неоднородное повышение интенсивности МР-сигнала от вышеописанных объемных образований.

Паравезикальная клетчатка имеет неоднородную интенсивность сигнала.

Определяется увеличение регионарных лимфатических узлов до 1.1 см вдоль подвздошных сосудов слева и паховые лимфоузлы.

Матка находится в положении антефлексию, в размерах не увеличена: тело 3.7x3.2x4.1 см, шейка 2.4x2.2 см. Полость органа не расширена, эндометрий однородный.

Интенсивность сигнала от миометрия однородная, без очаговых изменений.

Цервикальный канал не расширен.

Яичники не увеличены, размерами: правый 3.5x2.3 см, левый 2.7x1.4 см. Яичники содержат умеренное количество фолликулов, размерами до 1.6 см.

В полости малого таза определяется умеренное количество свободной жидкости.

Заключение: МР картина состояние после цистоскопии и биопсии от 26.12.2016г. Объемные образования мочевого пузыря. Свободная жидкость в полости малого таза.
Рекомендовано: консультация уролога, МР-контроль в динамике.

26.01.2017

Врач:

ЛОМОВА
Анна Николаевна
врач-рентгенолог

Данное заключение не является диагнозом и требует интерпретации лечащего врача

Ваше здоровье бесценно, информация о нём доступна!

info@ldc.ru www.ldc.ru

ООО «ЛДЦ МИБС - Белгород»

ул. Губкина, д.46, тел: 8(4722)23-13-25, 8(4722)23-13-26, 8(4722)23-13-27

По результатам данного исследования Вы также можете получить независимое второе мнение или консультацию иностранного специалиста в международной телерадиологической сети www.diagnose.me

Магнитно-резонансная томография

Фамилия, Имя, Отчество:	Железовская Екатерина Ивановна
Дата рождения:	28.09.1995
Пол:	Ж; Вес: 56 кг
Наименование услуги:	Магнитно-резонансная томография органов брюшинного пространства
Номер исследования	053-001-0013702 от 26.01.2017

На серии МР томограмм брюшинного пространства, взвешенных по T1 и T2 в трех проекциях, в том числе с жиродавлением, с применением DWI ADC, почки обычной формы и расположения.

Правая почка: не изменена, контуры ее четкие, ровные, размером 10.3x5.5x4.5 см, ЧЛС не расширена. Кортикальное и мозговое вещество дифференцируется отчетливо. Правая почечная артерия диаметром 0.5 см.

Левая почка: не изменена, контуры ее четкие, ровные, размером 9.6x5.4x4.5 см, ЧЛС не расширена. Кортикальное и мозговое вещество дифференцируется отчетливо. Левая почечная артерия диаметром 0.6 см.

Визуализируются надпочечники, имеющие треугольную форму и обычное расположение. Их структура не изменена, обычных размеров.

Пери- и паранеральное пространство не изменено.

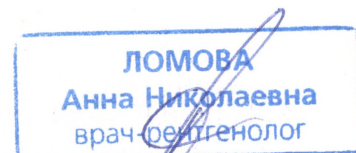
Регионарные лимфатические узлы не изменены.

Заключение: На основании МР картины данных за патологические изменения не получено.

26.01.2017



Врач:



Данное заключение не является диагнозом и требует интерпретации лечащего врача

Ваше здоровье бесценно, информация о нём доступна!

ООО «ЛДЦ МИБС – Белгород»

info@ldc.ru www.ldc.ru

ул. Губкина, д.46, тел: 8(4722)23-13-25, 8(4722)23-13-26, 8(4722)23-13-27

По результатам данного исследования Вы также можете получить независимое второе мнение или консультацию иностранного специалиста в международной телерадиологической сети www.diagnose.me

ГБУЗ ПК «Г.Б. имени академика Вагнера Е.А.»

Кабинет компьютерной томографии

г. Березники, ул. Деменева, 12, тел. 23-08-23

1 хирургический корпус

Ф.И.О. пациент: Железовская Е. И. 21г.

Предварительный диагноз: заболевание мочевого пузыря?

Дата исследования: 08.02.2017г. № исследования: 1084

Доза: 23 мЗв отделение: урол

в/в: ультравист 300-100мм – 20,60 сек, 5, 80 мин.

Компьютерная томография почек.

Надпочечники инвертированной формы, в объеме не увеличены, однородной плотности. В проекции почек, мочеточников и мочевого пузыря конкрементов не выявлено. Почки обычной бобовидной формы, правая 105,9 x 52,9мм, левая 96 x 48мм, их длинные оси параллельны краям т.ileopsoas. Паренхима 17-19мм, однородной плотности. Полостные системы не расширены. Левая почечная артерия-5,8мм, правая – 5,7 мм, вена слева-8,0мм, справа - 7,9 мм. Экскреторная и концентрационная функции почек своевременные. Паранефральная клетчатка не изменена, скудная. Мочеточники контрастируются цистоидами, не расширены. Мочевой пузырь с крупным 2х-узловым дефектом наполнения по левому задне-нижне-боковому неровному контуру 46 x 52 x 35мм, интенсивно накапливающее контраст до 20 — 25 едН., прорастает все слои мочевого пузыря, выходит в паравезикальную клетчатку. Контур образования неровный, волнистый. Жировая прослойка между мочевым пузырём и маткой дифференцируется. Лимфоаденопатия левых подвздошных околопузырных лимфоузлов. Выпота забрюшинно, малом тазе и в брюшной полости на уровне сканирования не выявлено.

Заключение: КТ – признаки образования мочевого пузыря, что может соответствовать малигнизированному полипу, лимфоаденопатии регионарных лимфоузлов слева.

Врач- рентгенолог Кириленко М.Г.



10101

Выписка из истории болезни № 686/59

Больная Железовская Екатерина Ивановна 28.09.1995./22 года.

Проживающая по адресу Пермский край г. Соликамск ул. Всеобуча 104.

Находилась на стационарном лечении в отделении урологии с 18.01.18. по 23.01.18.

Городской больницы № 1 им. Акад. Вагнера Е.А.

Диагноз: Susp BL мочевого пузыря. Хр. Цистит. Уретерогидронефроз слева.

Обследован:

0(1) положительная 7.02.2018.

УЗИ заключение на руках.

19.01.18. КТ заключение на руках.

ЭКГ от 19.01.18. Ритм синусовый 67 в минуту.

БАК от 19.01.18. глюкоза 5.2 мм/л; билирубин 1.7 мкм/л; о/белок 73г/л; креатинин 0.069мм/л; мочевины 3.3мм/л.

Посев мочи от 19.01.18. роста нет.

ОАК от 19.01.18. Эр- $4.2 \cdot 10^{12}$; Нб- 127г/л; ЦП- 0.9; L- $10.3 \cdot 10^9$; Э- 0%; П- 0%; С/я- 80%;

Лимф.- 10%; Мон.- 10%; СОЭ - 8 мм/час.

ОАМ от 16.09.18. желтая, щелочная, у/в 1012, белок отр, сахар- отр, L – 10-12, Эр 1-2.

19.01.18. Цистоскопия Ёмкость мочевого пузыря 250 мл. Пузырная моча прозрачная.

В полоститмочевого пузыря округлые шаровидные выпячивания приподнимающие нормальную слизистую. Устья четко не дифференцируются. Выпячивания в основном в области треугольника, по задней и левоу боковой стенке, взяты на биопсию.

Гистология № 1224-29 Цистит (возможно микотический)

Выписана в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано: 1. Консультация КОД г. Пермь со стеклопрепаратами.

2. Консультация уролога ККБ г. Пермь.

3. Фурамаг 50 мг 3р в день 10 дней.

4. Цистоскопия Ч/3 месяц.

5. Наблюдение уролога.

Врач уролог: Лештаев А.В.

ГБУЗ ПК « Г.Б. имени академика Вагнера Е.А.»г. Березники

Кабинет компьютерной томографии

г. Березники, ул. Деменева,12, тел.23-08-23,

1 хирургический корпус

Ф.И.О. пациент: Железовская Е.И. 22г.

Предварительный диагноз: Новообразование мочевого пузыря.

Дата исследования:19. 01.2018г № исследования:0731

Доза: 2 3 мзв отделение: урология.

в/в к/у- ультравист 300- 100мл 20,60сек, 5, 30мин.

Компьютерная томография почек.

Надпочечники инвертированной формы, не увеличены, структура паренхимы однородная. Правая почка 102,5 x 51,8мм, левая 101,8x 61,4 мм, обычной бобовидной формы и расположения, структура паренхимы однородная. Полостная система левой почки расширена до I степени гидронефроза, мочеточник гипотоничен, расширен на всем протяжении от 9 до 13мм, в 12мм от устья конически слепо обрывается. Паранефрий скудный, однородной плотности справа, слева- с единичными с фиброзными тяжами. Мочевой пузырь уменьшен в объёме все стенки мочевого пузыря кроме передней и правой латеральной неравномерно утолщены, с бугристым контуром, интенсивно +20, +25 едН., на 30минуте дифференцируются как крупные многоузловые экскавированные дефекты, слева прорастают устье и н/3 мочеточника. Лимфоаденопатия околопузырных и околоматочных лимфоузлов от 10 до 13мм. Выпота в брюшной полости, забрюшинно на уровне сканирования не определяется. В малом тазе небольшое количество свободного выпота плотностью +4, +6 едН.в Дугласовом пространстве.Жировые прослойки между органами малого таза отсутствуют. Деструктивных изменений костей области сканирования не выявлено, дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника.

Заключение : КТ – признаки многоузлового образования мочевого пузыря, что может соответствовать раку, с прорастанием устья и н/3 левого мочеточника , вторичного гидронефроза I степени слева, гидроуретера слева, вторичной лимфоаденопатии регионарных лимфоузлов.

Врач- рентгенолог Кириленко М.Г.



Выписка из истории болезни № 1260/127

Больная Железовская Екатерина Ивановна 28.09.1995./21 год.

Проживающая по адресу г. Соликамск ул. Всеобуча д. 104.

Находилась на стационарном лечении в отделении урологии с 06.02.17. по 17.02.17.

Городской больницы № 1 им. Акад. Вагнера Е.А.

Диагноз: Образование мочевого пузыря. Фолликулярный цистит.

Обследован:

0(1) положительная 7.02.17.

УЗИ 7.02.17. по левой боковой поверхности образование с неровной поверхностью 46*15мм.

ЭКГ от 6.02.17. Ритм синусовый 75 в минуту.

БАК от 16.02.17. глюкоза 4.8 мм/л; билирубин 15.7 мкм/л; о/белок 71г/л; креатинин 0.091мм/л; мочевины 3.3мм/л. АЛТ 10 Е/л. АСТ 28 Е/л.

Посев мочи от 7.02.17. E.coli 10000 КОЕ чувствительна к антибиотикам.

ОАК от 16.02.17. Эр- $4.2 \cdot 10^{12}$; Нб- 124г/л; ЦП- 0.9; L- $6.0 \cdot 10^9$; Э- 3%; П- 1%; С/я- 37%;

Лимф.- 58%; Мон.- 1%; СОЭ - 5 мм/час.

ОАМ от 16.02.17. желтая, кислая, у/в 1012, белок 0.405% . L – 10-12, Эр 8-10.

8.02.17. КТ заключение на руках.

10.02.17. ТУР мочевого пузыря. На задней стенке и левой боковой ворсинчатая опухоль с короткими ворсинами до 4 см, рядом с левым устьем. Правое устье щелевидной формы, без особенностей.

Гистология № 3669-90 Слизистая с рыхлой отечной стромой с выраженной лимфоидной инфильтрацией с образованием фолликулов. Эпителий с умеренной атрофией без атипии.

Заключение: Фолликулярный цистит.

Выписан в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано: 1. Консультация онкоуролога со стеклопрепаратами. КОД г. Пермь.

2. Цистоскопия Ч/З месяца.

3. Наблюдение уролога.

4. Растительные мочегонные.

Врач: Лештаев А.В.



Тел. (342) 220-16-51

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ.

из медицинской карты стационарного больного № 1317\66

Ф.И.О. Железовская Екатерина Ивановна, 22 года (28.09.1995г.р.)

Домашний адрес: г. Соликамск ул.Всеобуча д104

Место работы: Белгородский Государственный Технологический Университет, 4 курса

Дата поступления: 30.01.18; **дата выписки:** 13.02.18

Поступила с подозрением на опухоль мочевого пузыря по данным КТ от 19.01.2018г.

Диагноз: Хронический псевдотуморозный цистит, в\о. Уретерогидронефроз слева. Хронический пиелонефрит, латентное течение, в\о. ХПН 0.

Соп.диагноз: Хронический гастрит, в\о

Диагностические исследования:

Группа крови О (1) Rh (+) положительный

ОАК (19.01.18) эр-4.2 Нв-127, Лейк- 10,3; б\х крови от 19.01.18: глюкоза 5,23; креатинин 0,069ммоль\л; мочевины 3,3 ммоль\л

Оперативное лечение: 6.02.18 трансуретральная резекция мочевого пузыря.

Гистологическое заключение: 4231-5 ИДО 202 от 12.02.18: буллезный цистит с выраженным склерозом, персистирующей гиперплазией лимфоидной ткани с формированием вторичных Т-В клеточных фолликулов.

Проведенное лечение: антибактериальная (цефуроксим 750 в/м 2 раза \сут №5), анальгетики.

п\о период: без осложнений. Выписывается в удовлетворительном состоянии на фоне нормотермии, самостоятельного мочеиспускания. Гематурии нет.

Консультирована зав. урологич. отделением – рекомендовано направить в урологическое отделение ПККБ (уретероцистонеоанастомоз слева? Стентирование?); контрольный осмотр в ПКОД через 6 месяцев

Экспертный анамнез: справка ф.095у №768 с 30.01.18 по 15.02.18, открыта, на приём 15.02.18 по м\ж

Рекомендовано:

1. Наблюдение уролога по месту жительства
2. Консультация уролога ПККБ для решения вопроса о дальнейшем лечении
3. Таваник 500 мг 1 раз в сутки №5; антиагреганты; канефрон Н по 50 капель 3 раза в сутки №14
4. Явка в ПКОД через 6 месяцев для контрольного осмотра (планируется КТ контроль в динамике), явиться с дисками КТ с предыдущих исследований

Зав. отделением

И.Л. Катков

Лечащий врач

А.В. Щербинин

