**Паспортне данные.**

Ф.И.О.

Возраст - \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: женский.

Дата и время поступления в стационар: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон:

Место работы: пенсионер, не работает.

**Жалобы больного**

**Основные:**  на ухудшение общего состояния (потливость, слабость, потеря аппетита, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела в вечернее время), ноющие боли в поясничной области справа.

**Дополнительно:** слабость, головокружение, периодические схваткообразные боли за грудинной, жгучего характера, возникающие после физической нагрузки или после эмоционального перенапряжения, продолжительностью 10-15 мин. купирующиеся в покое или после принятия нитроглицерина. Повышение артериального давления, постоянно держится на уровне 160/90.

**Анамнез заболевания**

Считает себя больной с апреля 2008 года, когда появилась вышеописанная симптоматика. Обратилась в поликлинику по месту жительства. На УЗИ была выявлена опухоль правой почки, диагноз подтвержден на КТ. Больная была направлена в ЛОКОД . 19.05.2008 была госпитализирована в плановом порядке в урологическое отделение ЛОКОД для оперативного лечения в объеме нефруретерэктомия справа.

**Анамнез жизни**

Ребенок от первой беременности, беременность протекала без особенностей. Условия жизни, режим питания матери во время беременности удовлетворительные. Роды срочные, течение их нормальное. В школу пошла в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала, училась хорошо. В юношеские годы развивалась нормально. Материально-бытовые условия были удовлетворительными. После окончания школы закончила педагогический университет. Трудовую деятельность начала в 22 года. Работала воспитателем в детском садике. В настоящее время проживает в отдельной квартире, материально-бытовые условия удовлетворительные. Муж здоров. Бабушка умерла от рака почки, отец умер от инфаркта миокарда.

Эпидемиологический анамнез: брюшной и сыпной тиф отрицает, кишечные инфекции отрицает. За пределы Луганской области последние 6 месяцев не выезжала. Наследственный и аллергологический анамнез не отягощен. В 1995 году – холецистэктомия.

**Специальный анамнез**. Первые месячные появились в 15 лет; установились сразу. Характер менструального цикла был: 28-29 по 4-5 дней, менструации слабо болезненные, умеренные. Половую жизнь начала с 20 лет после брака. Характер менструаций после начала половой жизни не изменился. Имела 2 беременности, первая и вторая беременность закончилась срочными родами, послеродовый период протекал без осложнений. Менопауза с 50 лет.

**ОБЬЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

Состояние больной средней степени тяжести. Вид больной соответствует возрасту. Сознание ясное. Поведение адекватное. Положение больной активное. Тип телосложения нормостенический, рост 170см., вес 73 кг. Нарушений осанки и походки не отмечается.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Эластичность и влажность кожи умеренно сниженная. Первичных и вторичных патологических элементов сыпи нет. Рост волос не нарушен, ногти не изменены. Подкожная клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет.

Лимфатические узлы визуально не определяются. При пальпации обнаруживаются лишь одиночные подчелюстные лимфатические узлы, по два справа и слева, не спаяны с окружающими тканями и друг с другом, округлой формы, размером с горошину, плотной консистенции, кожа над поверхностью узлов не изменена.

Мышечная система развита умеренно, болезненности нет, тонус нормальный, гиперкинетических расстройств не выявлено.Костно-суставной аппарат без изменений болезненности, деформаций, искривлений нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации, кожные покровы над ними нормальной окраски. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен полностью, окружность симметричных суставов одинакова.

**ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

Носовое дыхание свободное. Грудная клетка конической формы, без деформации. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над - и подключичные ямки умеренно выражены с 2х сторон. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания брюшной. Ритм дыхания правильный. ЧДД-20 в мин.

При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается, эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки, звук ясный легочной. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

При топографической перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Высота стояния верхушки | Справа | Слева |
|  спереди | Над ключицей 3 см. | Над ключицей 3,5 см. |
|  сзади | Остистый отросток 6 ш.поз. | Остистый отросток 6 ш.поз. |
| Ширина полей Кренига |  5см. |  5 см. |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Линии: |  справа |  слева |
| парастернальная |  5 ребро |  ---- |
| среднеключичная |  6 ребро  |  ---- |
| переднеподмышечная |  7 ребро |  7 ребро |
| среднеподмышечная |  8 ребро |  8 ребро |
| заднеподмышечная |  9 ребро |  9 ребро |
| лопаточная |  10 ребро |  10 ребро |
| околопозвоночная | Остистый отросток 11 г. п. | Остистый отросток 11 г. п. |

Подвижность нижних краев легких:

 Справа (см) Слева (см)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | вдох | выдох | общее | вдох | выдох | общее |
| среднеключичная |  2 |  2 |  4 |  - |  - |  - |
| среднеаксилярная |  3 |  3 |  6 |  3 |  3 |  6 |
| лопаточная |  2 |  2 |  4 |  2 |  2  |  4 |

При аускультации над легкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Бронхофония одинаково выражена с обеих сторон.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.**

При осмотре, область сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется. При пальпации: верхушечный толчок локализован в 5 межреберье на 1см кнаружи от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, не усиленный, не резистентный. Систолического и пресистолического дрожания нет. Пульсации в эпигастральной области нет.

При перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место определения | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| справа | По правому краю грудины | По левому краю грудины |
| слева | На 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии | По левой среднеключичной линии |
| сверху | 3 ребро | 4 ребро |

 Ширина сосудистого пучка 7см.

Аускультации: тоны сердца приглушены, отмечается акцент второго тона над аортой. ЧСС- 80 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

Пульс на лучевых артериях симметричен, ритм правильный, частота 80 уд в мин, мягкий, слабого наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы. При пальпации ригидность артериальных сосудов не определяется. Артериальное давление 160\90 мм. рт.ст. Капиллярный пульс не определяется.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

При осмотре полости рта слизистая оболочка твердого неба розовая, запах изо рта отсутствует. Язык влажный слегка обложен белым налетом. Глотка и миндалины розового цвета, налета нет, гнойных пробок нет.

Живот округлой формы, симметричен, участвует в акте дыхания, перистальтические движения визуально не определяются. Расширение подкожных вен нет. Рубцов нет. Ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании и натуживании отсутствуют.

При поверхностной пальпации живота: живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. При исследовании слабых мест передней брюшной стенки грыжевых выпячиваний не обнаружено. Симптом мышечной защиты отсутствует, с-м Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой, скользящей,методической последовательной пальпации по методу В.П. Образцова- М.Д. Стражеско.

1. Сигмовидная кишка, пальпируется в левой подвздошной области, имеет косое проекционное направление, в виде гладкого, плотноватого, подвижного, безболезненного цилиндра размером 2,5 см, урчания нет, не спаяны с окружающими тканями. Не спазмирована.
2. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, в виде цилиндра диаметром 3 см, с гладкой поверхностью, умеренно упругими стенками, безболезненные, малоподвижная, урчания нет, не спаяна с окружающими тканями.
3. Восходящая ободочная кишка пальпируется в правом фланке в виде мягкого цилиндра 3,5 см, неподвижная, безболезненная, не урчит.
4. Нисходящая ободочная кишка пальпируется в левом фланке в виде мягкого цилиндра 3,5 см, неподвижная, безболезненная, не урчит.

Размеры печени по Курлову:

-первый прямой размер- 9 см.

-второй прямой размер- 8 см.

-косой размер- 7 см.

Печень не выступает из под края реберной дуги, край печени мягкий, ровный с гладкой поверхностью, безболезненный при пальпации.

Симптомы Керра, Мерфи, Образцова, Мюси-Георгиевского отрицательный. Селезенка не пальпируется. При перкуссии селезенки продольный размер 8 см., поперечный- 6см.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

Кожа в области почек не изменена, почки не пальпируются. С-м Пастернацкого, отрицательный с обеих сторон. Болезненность при пальпации верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Болезненности при мочеиспускании нет. Дизурических расстройств нет.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.**

Визуально щитовидная железа не определяется. При пальпации щитовидная железа мягкая, безболезненная, не увеличена. Патологии со стороны эндокринной системы не выявлено.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СИСТЕМА.**

Контактна, спокойна, правильно ориентирована в пространстве и времени. Восприятие не нарушено, внимание ослаблено, не способна долго сосредотачиваться но одном деле. Память сохранена. Сон поверхностный, часто просыпается по ночам, беспокоят головные боли , головокружения. Реакция зрачков на свет прямая, содружественная. Патологические рефлексы, параличи, парезы отсутствуют. Судорог нет. Расстройств сознания нет.

Дермографизм красный, нестойкий.

**При поступлении в стационар больная имела при себе следующие документы:**

**УЗИ от 7.05.2008 г**.: печень не увеличена, очаговые симптомы не визуализируются. Желчный пузырь – отсутствует. Поджелудочная железа – форма и размеры обычные. Селезенка не увеличена. Забрюшинные лимфоузлы не визуализируются. Почки обычно расположены, с обеих сторон кристаллы, микролиты, ЧЛС не расширена. Справа в нижнем полюсе, определяется неоднородное овальное образование с относительно четкими контурами до 8 см, сосудистая ножка свободна. Параортальные и паракавальные лимфоузлы не определяются.

**КТ от 10.05.2008 г.** На серии КТ сканов печень – не увеличена, контур четкий, ровный. Паренхима однородная, плотностью от +58 до +67 ед. НИ. Внутрипеченочные желчные протоки, холедох не расширены. Желчный пузырь – удален. Поджелудочная железа в размерах не увеличена. Контуры четкие, неровные. Структура и дольчатость неоднородная, плотностью от +38 до +66 ед. НИ. Селезенка не увеличена, контуры четкие, ровные, структура однородная.

Почки расположены типично. Справа на границе верхнего и среднего полюса по наружному краю определяется объемное образование неправильной формы с условными размерами 49\*47 мм с признаками интра- и экстраренального роста, неоднородной кистозно-солидной структуры, интенсивно накапливающее контраст при в/в усилении. Полостная система не расширена. Верхняя группа чашечек незначительно деформирована. Сосудистая ножка почки структурная. В воротах почки определяются отдельно расположенные лимфоузлы до 5 мм в диаметре. Слева – без особенностей. Концентрационная функция обеих почек сохранена. Надпочечники без особенностей. Увеличенный лимфоузлов по ходу магистральных сосудов не определяется. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

**Предварительный диагноз**

На основании:

-жалоб больной на

**Основные:**  на ухудшение общего состояния (потливость, слабость, потеря аппетита, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела в вечернее время), ноющие боли в поясничной области справа.

**Дополнительно:** слабость, головокружение, периодические схваткообразные боли за грудинной, жгучего характера, возникающие после физической нагрузки или после эмоционального перенапряжения , продолжительностью 10-15 мин. купирующиеся в покое или после принятия нитроглицирина. Повышение артериального давления, постоянно держится на уровне 160/90.

-анамнеза заболевания

Считает себя больной с апреля 2008 года, когда появилась вышеописанная симптоматика. Обратилась в поликлинику по месту жительства. На УЗИ была выявлена опухоль правой почки, диагноз подтвержден на КТ. Больная была направлена в ЛОКОД . 19.05.2008 была госпитализирована в плановом порядке в урологическое отделение ЛОКОД для оперативного лечения в объеме нефруретерэктомия справа.

- анамнеза жизни бабушка умерла от рака почки.

- данных объективного обследования при пальпации: верхушечный толчок локализован в 5 межреберье на 1см кнаружи от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, не усиленный, не резистентный. Аускультации: тоны сердца приглушены, отмечается акцент второго тона над аортой. Артериальное давление 160\90 мм.

Контактна, спокойна, правильно ориентирована в пространстве и времени. Восприятие не нарушено, внимание ослаблено, не способна долго сосредотачиваться но одном деле. Память сохранена. Сон поверхностный, часто просыпается по ночам, беспокоят головные боли, головокружения.

- **УЗИ от 7.05.2008 г**.: печень не увеличена, очаговые симптомы не визуализируются. Желчный пузырь – отсутствует. Поджелудочная железа – форма и размеры обычные. Селезенка не увеличена. Забрюшинные лимфоузлы не визуализируются. Почки обычно расположены, с обеих сторон кристаллы, микролиты, ЧЛС не расширена. Справа в нижнем полюсе, определяется неоднородное овальное образование с относительно четкими контурами до 8 см, сосудистая ножка свободна. Параортальные и паракавальные лимфоузлы не определяются.

- **КТ от 10.05.2008 г.** На серии КТ сканов печень – не увеличена, контур четкий, ровный. Паренхима однородная, плотностью от +58 до +67 ед. НИ. Внутрипеченочные желчные протоки, холедох не расширены. Желчный пузырь – удален. Поджелудочная железа в размерах не увеличена. Контуры четкие, неровные. Структура и дольчатость неоднородная, плотностью от +38 до +66 ед. НИ. Селезенка не увеличена, контуры четкие, ровные, структура однородная.

Почки расположены типично. Справа на границе верхнего и среднего полюса по наружному краю определяется объемное образование неправильной формы с условными размерами 49\*47 мм с признаками интра- и экстраренального роста, неоднородной кистозно-солидной структуры, интенсивно накапливающее контраст при в/в усилении. Полостная система не расширена. Верхняя группа чашечек незначительно деформирована. Сосудистая ножка почки структурная. В воротах почки определяются отдельно расположенные лимфоузлы до 5 мм в диаметре. Слева – без особенностей. Концентрационная функция обеих почек сохранена. Надпочечники без особенностей. Увеличенный лимфоузлов по ходу магистральных сосудов не определяется. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

**Можно поставить предварительный диагноз:**

- основной: опухоль правой почки T2 N0 M0, II st, клиническая группа IIа. ;

- сопутсвующий : ИБС. Дифузный кардиосклероз. АСГМ. ГБ II.

**План обследования.**

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови на содержание глюкозы.
4. Анализ крови на RW.
5. Анализ кала на Я/Г.

 6. УЗИ правой почки.

 7. КТ правой почки.

 8. Консультация терапевта и ЭКГ.

**Результаты дополнительных методов исследования:**

1. Клинический анализ крови от 13.02.06. .02.06 HB- 148г/л; Э- 4,43 \* 1012/л; ЦП-0,99; Л- 5.0\* 109/л; СОЭ- 3 мм/ч; П-1%; С-67%, Эф-2%,Лф-21%,М-9% . Заключение: норма.
2. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, кол-во 100мл, отн. пл.- 1018; р-я щелочная; белок- нет; сахар-нет, эпит. кл 2 в поле зрения; лейкоциты 2 в поле зрения; цилиндров, слизи нет. Заключение: норма.
3. Анализ кала на яйца глистов отрицательный.
4. Анализ крови на содержание глюкозы- 4,5 ммоль\л.
5. Анализ крови на RW- отриц.

6. **УЗИ от 7.05.2008 г**.: печень не увеличена, очаговые симптомы не визуализируются. Желчный пузырь – отсутствует. Поджелудочная железа – форма и размеры обычные. Селезенка не увеличена. Забрюшинные лимфоузлы не визуализируются. Почки обычно расположены, с обеих сторон кристаллы, микролиты, ЧЛС не расширена. Справа в нижнем полюсе, определяется неоднородное овальное образование с относительно четкими контурами до 8 см, сосудистая ножка свободна. Параортальные и паракавальные лимфоузлы не определяются.

 7. **КТ от 10.05.2008 г.** На серии КТ сканов печень – не увеличена, контур четкий, ровный. Паренхима однородная, плотностью от +58 до +67 ед. НИ. Внутрипеченочные желчные протоки, холедох не расширены. Желчный пузырь – удален. Поджелудочная железа в размерах не увеличена. Контуры четкие, неровные. Структура и дольчатость неоднородная, плотностью от +38 до +66 ед. НИ. Селезенка не увеличена, контуры четкие, ровные, структура однородная.

Почки расположены типично. Справа на границе верхнего и среднего полюса по наружному краю определяется объемное образование неправильной формы с условными размерами 49\*47 мм с признаками интра- и экстраренального роста, неоднородной кистозно-солидной структуры, интенсивно накапливающее контраст при в/в усилении. Полостная система не расширена. Верхняя группа чашечек незначительно деформирована. Сосудистая ножка почки структурная. В воротах почки определяются отдельно расположенные лимфоузлы до 5 мм в диаметре. Слева – без особенностей. Концентрационная функция обеих почек сохранена. Надпочечники без особенностей. Увеличенный лимфоузлов по ходу магистральных сосудов не определяется. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

 8. Консультация терапевта и ЭКГ ИБС. Дифузный кардиосклероз. АСГМ. ГБ II.

**План лечения:**

Учитывая возраст больной 56 лет, отягощенный наследственный анамнез план лечения будет заключаться в проведении оперативного лечения в объеме нефрурутерэктомии справа.

**Протокол операции 20.05.08.**

Трансабдоминальная нефруретерэктомия справа.

После трехкратной обработки операционного поля раствором ‘’ Бетадин ‘’ выполнена срединная лапаротомия. При ревизии: в правом подреберье пальпируется правая почка с опухолью верхнее – среднего сегмента. Париетальная брюшина рассечена в правом боковом фланке и открыт доступ в забрюшинное пространство. Правая почка с опухолью мобилизирована. Мочеточник выделен, пережат, пересечен и перевязан на уровне выхода в малый таз. Сосуды почки выделены, пережаты, пересечены. Почечная ножка трижды лигирована капроном. Почка с опухолью удалена, гемостаз в ране. Печень у края реберной дуги. Желчный пузырь – отсутствует. Общая кровопотеря до 400 мл. дренирование через контрапертуру перчаточным и трубчатым выпускниками в правой поясничной области. Брюшная полость ушита послойно наглухо. Асептическая повязка.

Макропрепарат: правая почка с опухолью в верхне-среднем полюсе до 8 см. на гистологическое исследование.

**Дифференциальная диагностика.**

Дифференциальная диагностика опухолей почек проводится с поликистозом, гидронефрозом, абсцессом, туберкулезом и забрюшинными опухолями. Для дифференциации опухолей и кист используется КТ и УЗИ. Оба метода легко выявляют кистозные образования.

Гидронефротическая почка имеет гладкую поверхность, эластическую консистенцию. Есть существенная разница в урографической картине этих двух заболеваний. Для ангиограм характерна обедненность сосудистого рисунка.

Поликистоз, как правило, процесс двусторонний, поэтому главные патогномоничные пиелографические его особенности, такие, как гиперрамификация, сжатие и удлинение лоханок, прослеживается в обеих почках. На артериограммах выявляются множественные круглые безсосудистые зоны. Для поликистоза характерна ХПН.

Дифференцировать опухоли почки с туберкулезом, карбункулом и абсцессом очень сложно. Клиника, течение. Результаты ряда инструментальных исследований дают аналогичную картину. Лишь при помощи ангиографии можно отграничить эти нозологии.

Чтобы отличить опухоли почки от забрюшинных опухолей, применяют метод экскреторной урографии в сочетании с ретропневмоперитонеумом. На таких урограммах прослеживается лишь смещение почки и сдвиг пищевода в медиальном направлении.

**Обоснование окончательного диагноза.**

На основании:

-жалоб больной на

**Основные:**  на ухудшение общего состояния (потливость, слабость, потеря аппетита, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела в вечернее время), ноющие боли в поясничной области справа.

**Дополнительно:** слабость, головокружение, периодические схваткообразные боли за грудинной, жгучего характера, возникающие после физической нагрузки или после эмоционального перенапряжения , продолжительностью 10-15 мин. купирующиеся в покое или после принятия нитроглицирина. Повышение артериального давления, постоянно держится на уровне 160/90.

-анамнеза заболевания

Считает себя больной с апреля 2008 года, когда появилась вышеописанная симптоматика. Обратилась в поликлинику по месту жительства. На УЗИ была выявлена опухоль правой почки, диагноз подтвержден на КТ. Больная была направлена в ЛОКОД . 19.05.2008 была госпитализирована в плановом порядке в урологическое отделение ЛОКОД для оперативного лечения в объеме нефруретерэктомия справа.

- анамнеза жизни бабушка умерла от рака почки.

- данных объективного обследования при пальпации: верхушечный толчок локализован в 5 межреберье на 1см кнаружи от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, не усиленный, не резистентный. Аускультации: тоны сердца приглушены, отмечается акцент второго тона над аортой. Артериальное давление 160\90 мм.

Контактна, спокойна, правильно ориентирована в пространстве и времени. Восприятие не нарушено, внимание ослаблено, не способна долго сосредотачиваться но одном деле. Память сохранена. Сон поверхностный, часто просыпается по ночам, беспокоят головные боли, головокружения.

- данных лабораторного и инструметального обследования

* Клинический анализ крови от 13.02.06. .02.06 HB- 148г/л; Э- 4,43 \* 1012/л; ЦП-0,99; Л- 5.0\* 109/л; СОЭ- 3 мм/ч; П-1%; С-67%, Эф-2%,Лф-21%,М-9% Заключение: норма.
* Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, кол-во 100мл, отн. пл.- 1018; р-я щелочная; белок- нет; сахар-нет, эпит. кл 2 в поле зрения; лейкоциты 2 в поле зрения; цилиндров, слизи нет. Заключение: норма.
* Анализ кала на яйца глистов отрицательный.
* Анализ крови на содержание глюкозы- 4,5 ммоль\л.
* Анализ крови на RW- отриц.
* **УЗИ от 7.05.2008 г**.: печень не увеличена, очаговые симптомы не визуализируются. Желчный пузырь – отсутствует. Поджелудочная железа – форма и размеры обычные. Селезенка не увеличена. Забрюшинные лимфоузлы не визуализируются. Почки обычно расположены, с обеих сторон кристаллы, микролиты, ЧЛС не расширена. Справа в нижнем полюсе, определяется неоднородное овальное образование с относительно четкими контурами до 8 см, сосудистая ножка свободна. Параортальные и паракавальные лимфоузлы не определяются.
* **КТ от 10.05.2008 г.**

На серии КТ сканов печень – не увеличена, контур четкий, ровный. Паренхима однородная, плотностью от +58 до +67 ед. НИ. Внутрипеченочные желчные протоки, холедох не расширены. Желчный пузырь – удален. Поджелудочная железа в размерах не увеличена. Контуры четкие, неровные. Структура и дольчатость неоднородная, плотностью от +38 до +66 ед. НИ. Селезенка не увеличена, контуры четкие, ровные, структура однородная.

Почки расположены типично. Справа на границе верхнего и среднего полюса по наружному краю определяется объемное образование неправильной формы с условными размерами 49\*47 мм с признаками интра- и экстраренального роста, неоднородной кистозно-солидной структуры, интенсивно накапливающее контраст при в/в усилении. Полостная система не расширена. Верхняя группа чашечек незначительно деформирована. Сосудистая ножка почки структурная. В воротах почки определяются отдельно расположенные лимфоузлы до 5 мм в диаметре. Слева – без особенностей. Концентрационная функция обеих почек сохранена. Надпочечники без особенностей. Увеличенный лимфоузлов по ходу магистральных сосудов не определяется. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

* Консультация терапевта и ЭКГ ИБС. Дифузный кардиосклероз. АСГМ. ГБ II.
* ПГЗ №10534-38 от 27.05.2008. в почке – светлоклеточный Сr без роста в капсулу почки.

**Можно поставить предварительный диагноз:**

- основной: Cr правой почки T2 N0 M0, I I st, клиническая группа III. ;

- сопутсвующий : ИБС. Дифузный кардиосклероз. АСГМ. ГБ II.

**Дневник наблюдений**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата** | **Результаты обследования.** |
| 21.05.08г.ЧСС 80уд\минЧД19\минT – 37,422.05.08г.ЧСС 76уд\минЧД18\минT – 37,123.05.08г.ЧСС 82уд\минЧД17\минT – 37,0 |  Жалобы боли в области послеоперационной раны. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Тоны сердца приглушенны, отмечается акцент второго тона над аортой. ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.. Послеоперационная рана в норме отмечаются незначительные кровянистые выделения. Жалобы боли в области послеоперационной раны. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Тоны сердца приглушенны, отмечается акцент второго тона над аортой. ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.. Послеоперационная рана в норме отмечаются незначительные кровянистые выделения. Жалобы боли в области послеоперационной раны. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Тоны сердца приглушенны, отмечается акцент второго тона над аортой. ритмичные. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.. Послеоперационная рана в норме отмечаются незначительные кровянистые выделения. |

Этапный эпикриз.

Пациентка \*\*\*\*\*\*, 56 лет, поступила в урологическое отделение ЛОКОД с жалобами на **Основные:**  на ухудшение общего состояния (потливость, слабость, потеря аппетита, отеки нижних конечностей, повышение температуры тела в вечернее время), ноющие боли в поясничной области справа.

**Дополнительно:** слабость, головокружение, периодические схваткообразные боли за грудинной, жгучего характера, возникающие после физической нагрузки или после эмоционального перенапряжения, продолжительностью 10-15 мин. купирующиеся в покое или после принятия нитроглицирина. Повышение артериального давления, постоянно держится на уровне 160/90.

В клинике было произведено обследование:

* Клинический анализ крови от 13.02.06. .02.06 HB- 148г/л; Э- 4,43 \* 1012/л; ЦП-0,99; Л- 5.0\* 109/л; СОЭ- 3 мм/ч; П-1%; С-67%, Эф-2%,Лф-21%,М-9% Заключение: норма.
* Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, кол-во 100мл, отн. пл.- 1018; р-я щелочная; белок- нет; сахар-нет, эпит. кл 2 в поле зрения; лейкоциты 2 в поле зрения; цилиндров, слизи нет. Заключение: норма.
* Анализ кала на яйца глистов отрицательный.
* Анализ крови на содержание глюкозы- 4,5 ммоль\л.
* Анализ крови на RW- отриц.
* **УЗИ от 7.05.2008 г**.: печень не увеличена, очаговые симптомы не визуализируются. Желчный пузырь – отсутствует. Поджелудочная железа – форма и размеры обычные. Селезенка не увеличена. Забрюшинные лимфоузлы не визуализируются. Почки обычно расположены, с обеих сторон кристаллы, микролиты, ЧЛС не расширена. Справа в нижнем полюсе, определяется неоднородное овальное образование с относительно четкими контурами до 8 см, сосудистая ножка свободна. Параортальные и паракавальные лимфоузлы не определяются.
* **КТ от 10.05.2008 г.**

На серии КТ сканов печень – не увеличена, контур четкий, ровный. Паренхима однородная, плотностью от +58 до +67 ед. НИ. Внутрипеченочные желчные протоки, холедох не расширены. Желчный пузырь – удален. Поджелудочная железа в размерах не увеличена. Контуры четкие, неровные. Структура и дольчатость неоднородная, плотностью от +38 до +66 ед. НИ. Селезенка не увеличена, контуры четкие, ровные, структура однородная.

Почки расположены типично. Справа на границе верхнего и среднего полюса по наружному краю определяется объемное образование неправильной формы с условными размерами 49\*47 мм с признаками интра- и экстраренального роста, неоднородной кистозно-солидной структуры, интенсивно накапливающее контраст при в/в усилении. Полостная система не расширена. Верхняя группа чашечек незначительно деформирована. Сосудистая ножка почки структурная. В воротах почки определяются отдельно расположенные лимфоузлы до 5 мм в диаметре. Слева – без особенностей. Концентрационная функция обеих почек сохранена. Надпочечники без особенностей. Увеличенный лимфоузлов по ходу магистральных сосудов не определяется. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

* Консультация терапевта и ЭКГ ИБС. Дифузный кардиосклероз. АСГМ. ГБ II.
* ПГЗ №10534-38 от 27.05.2008. в почке – светлоклеточный Сr без роста в капсулу почки.

 Учитывая полученные данные наиболее оптимальным дальнейшим лечением будет курс гормонотерапии:

* Тамоксифен по 10 мл 3 р/д
* Депо Провера по 1000 МЕ 1 раз в 10 дней №4

Курс иммунотерапии:

* Лаферон 1млн. в/м 2р/д в течении 10 дней.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Большая медицинская инциклопедия. т.12 с.412.

2. И.Б. Щепотина «Онкология» Киев 2006 год.

3. Б.Т. Билинский, Ю.М.СТЕРНЮК «Онкология» Киев 2007 год.

4. Материал лекций.