**Паспортная часть.**

#### Ф. И. О. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Возраст \*\*\*

Пол мужской

Семейное положение женат

Место работы инвалидность II гр.

Домашний адрес \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Время поступления в клинику \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Диагноз при поступлении Единственная правая почка

**Жалобы** : Жалоб при поступлении нет.

**Анамнез заболевания** : Летом 1982 года отметил сильно выраженное беспричинное похудание, и нарастающую болезненность в правой поясничной области которая купировалась после приема ванны или посещения бани. Осенью того же года проходил диспансеризацию в поликлинике МВД ни каких изменений выявлено не было. 2 января 1983 года появилась сильная опоясывающая боль в поясничной области купирущаяся приемом двух таблеток Баралгина каждые 2 часа, после обращения к участковому терапевту был направлен в НЦХ где после проведенного обследования был поставлен диагноз Рак левой почки. 29 января был госпитализирован в клинику урологии ММА им.И.М.Сеченова. 21 февраля была произведена левая нефроэктомия, больной был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового врача. В 1985 году при прохождении рентгенологического исследования были обнаружены метастазы в правое легкое была произведена резекция правого легкого. В 1988 году были обнаружены метастазы в левом легком была произведенна частичная резекция левого легкого. В 1992 году обнаружены метастазы в мочевой пузырь, было произведено трансуретральное удаление метастазов, и лучевая терапия. Было назначено ежегодное наблюдение. С 1997 года перестал наблюдаться. Настоящая госпитализация в онкологическое отделение клиники урологии для контрольного обследования.

**Анамнез жизни** : Родился в 1939 году в городе Москве, в детстве развивался нормально от сверстников не отставал, перенес все детские инфекции, в 1957 году проходил службу в армии. После окончания института в 1964 году был направлен на работу в г. Надым. В 1987 году грыжесечение по поводу послеоперационной вентральной грыжи (после нефроктомии с лева). В 1998 году диагностированна ИБС. В настоящее время на пенсии. Женат имеет одного сына.

Вредные привычки отрицает. Аллергическая непереносимость на Новокаин, в виде коллаптоидного состояния.

Наследственность не отягощена.

**Данные объективного обследования :** Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Температура тела 36,6\*С. Рост 178 см. вес 84 кг. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы розовые, имеется множество варикозно расширенных подкожных вен передней и боковой стенки живота. Видимые слизистые розовые чистые. Ногти не изменены, достаточно эластичны. Развитие подкожно жирового слоя умеренное. Молочные железы не изменены. Выявляются слабо выраженные отеки нижних конечностей. Лимфоузлы безболезненны, не увеличены. Мышечная система развита умеренно, тонус нормальный. Костно-суставная система не изменена.

**Органы дыхания :** Дыхание свободное через нос, отделяемого из носа нет. Болей у корня носа на местах лобных пазух и гайморовых полостей нет. Голос громкий, чистый. Форма грудной клетки коническая, ассиметрии грудной клетки не выявленно. Лопатки на одном уровне, плотно прилегают к грудной клетке. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не учавствует. Тип дыхания абдоминальный, 19 в мин. Ритм дыхания правильный. Справа от средней подмышечной линии на уровне VI ребра до парастернальной линии имеется косой послеоперационный рубец длиной 14 см. При пальпации грудная клетка эластична, межреберные промежутки не расширенны. Перкуторно границы легких в пределах нормы. Аускультативно дыхание ослабленно над всей поверхностью.

**Органы кровообращения :** Визуально область сердца и крупных сосудов не изменена. Пульс на лучевых артериях симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения, с частотой 84 уд/мин. Аускультативно тоны ясные,ритмичные шумов нет. АД 130/80 мм рт ст. Пульсация на aa. Dorsalis pedis снижена.

**Органы пищеварения :** Глотание свободное, язык влажный. Живот деформирован за счет послеоперационного рубца, участвует в акте дыхания. От левой лопаточной области на уровне XI ребра до правой парастернальной линии на 7 см ниже основания мечевидного отростка имеется послеоперационный рубец длиной 30 см. При пальпации живот мягкий безболезненный. Печень перкуторно и пальпаторно в пределах нормы, безболезненна. Селезенка для пальпации не доступна. Стул регулярный оформленный.

**Нервно психический статус. :** Больной контактен ориентирован в месте во времени и собственной личности. Лицо симметрично. Зрачки круглые, реакция их на свет живая, содружественная. Двигательных нарушений нет. Имеется снижение чувствительности на стопах.

**Органы мочеполовой системы :** Поясничная область справа не изменена. Правая почка не пальпируется. Симптом Пастернацкого с права отрицательный. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Самостоятельное мочеиспускание не затруднено. Наружные половые органы развиты правильно, выделений нет. Мошонка не увеличена в размерах, не гиперимированна, складчатость и пигментация сохранены. Яички в мошонке не увеличены в размерах, плотно эластичной консистенции, безболезнены при пальпации. Наружные паховые кольца пропускают кончик пальца.

Per rectum : Предстательная железа не увеличена в размерах, гладкая плотно эластичная, средняя бороздка сохранена.

**Дополнительные методы исследования.**

**Лабораторные методы.**

*Общий анализ крови.*

Лейкоциты 4,78 \* 10 9/л

 Нейтрофилы 65,86 %

 Лимфоциты 20,66 %

 Моноциты 10,09 %

 Эозинофилы 2,92 %

 Базофилы 0,47 %

Эритроциты 4,844 \* 10 12/л

Гемоглобин 153,9 гр/л

Гемотакрит 44,43 %

Mev 91,70 fL

Mch 31,78 pg

Mchc 34,65 g/dh

Тромбопластинки 195,6 \* 10 9/л

Цветвой показатель 0,95

СОЭ 10 мм/ч

*Биохимический анализ крови*

Общ.белок 8,1 г%

Альбумины 5,3 г%

Глюкоза 118 мг%

Креатинин 1,8 мг%

Азот мочевины 37 мг%

Неорг.фосфор 3,8 мг%

Общ.билирубин 2,1 мг%

Прямой билирубин 0,4 мг%

*Коагулограмма*

Активированное время

рекальцификации (АВР) 63 сек

Активированное время частичное

тромбопластиновое (АЧТВ) 42 сек

Протромбиновый индекс (ПИ) 99 %

Фибриноген 1,82 г/л

Тромбиновое время 36 сек

ТВ с протамина сульфатом 19 сек

*Серологические анализы крови.*

RW отриц.

Гепатит отриц.

ВИЧ отриц.

***Лабораторные исследования мочи.***

*Анализ мочи по Нечепоренко.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 порция | 2 порция | 3 порция | Норма |
| Реакция | Сл.щелоч. | Сл.щелоч. | Кислая |  |
| Белок | 0,030 | 0,030 | 0,125 |  |
| Количество | 70 | 140 | 60 |  |
| Количество в 1 мл мочи |
| Лейкоциты | 2750 | 1000 | 30000 | До 4000 |
| Эритроциты | 8500 | 1250 | 500 | До 1000 |
| Цилиндры | --- | --- | --- | До 250 |

*Исслелрвание на атипичные клетки в моче.*

Небольшое количество клеток плоского эпителия и умеренное количество клеток полиморфного эпителия без признаков атипии.

**Инструментальные методы исследования.**

***Рентген мочевой системы.***

На обзорном снимке органов мочевой системы теней, подозрительных на конкременты, нет. При инфузионной урографии (в\в капельно введено 160 мл 38% урографина): лоханка правой почки размерами 2,5 х 2,3 см, чашечки не расширены. Дефектов наполнения в проекции ЧЛС нет. Пассаж контрасного вещества по мочеточнику сохранен, мочеточник не расширен. При нисходящей цистографии: мочевой пузырь с четкими, ровными контурами, «башенной» формы. Четких дефектов наполнения в проекции мочевого пузыря нет.

***КТ органов малого таза.***

Мочевой пузырь с ровными стенками, внутритазовые лимфоузлы не увеличены.

***Нефросцинтиография.***

 Накопительно – выделительная функция правой почки без существенных нарушений.

***УЗИ органов брюшной полости.***

Эхо картина стеатоза печени, конкрементов желочного пузыря, диффузных изменений поджелудочной железы.

***УЗИ органов мочевой системы***

 В ложе удаленной левой почки патологических изменений нет. Правая почка с четкими ровными контурами, размерами 11,5 х 5,5 см, подвижна при дыхании. Паренхима однородная, толщиной до 1,7 см. Дилатации ЧЛС нет. Гиперэхогенных, патологических образований не выявленно. Мочевой пузырь с четкими, неровными контурами за счет диформации в области шейки. Стенка мочевого пузыря утолщена до 1 см, слизистая в области шейки четко визуализируется, толщиной 0,3 см. По задне – левой стенке в области шейкиопределяется объемное образование на широком основании размерами 0,8 х 0,5 см. При наполнении мочевого пузыря подвижность боковых стенок симметрично снижена, увеличение происходит в основном за счет верхушки, мочевой пузырь преобретает «башенный» вид. Отставания стенки в области опухоли нет.

 При трансректальном ультрозвуковом исследовании предстательная железа с четкими, ровными контурами, симметрична, размерами 2,7 х 3,7 х 3,2 см, объем предстательной железы 17 см. Паренхима железы диффузно неоднородная.

***ЭХО – КГ***

 Левое предсердие – 3,8 см, дркгие камеры сердца не расширены, стенки левого желудочка не утолщены, зон гипокинезии не выявленно. Клапаны не изменены. Стенки аорты уплотнены. Функция диастолического расслабления миокарда снижена.

**Консультации специалистов.**

***Консультация терапевта.***

 Ds: ИБС, стенокардия напряжения. Атеросклеротический кардиосклероз с нарушением проводимости (блокада правой ножки пучка Гиса). Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Артериальная гипертензия.

***Консультация невропатолога.***

 Ds: дисциркуляторная энцефалопатия II ст. с преимущественным поражением вертебро – базилярного бассейна на фоне атеросклероза магистральных артерий головного мозга и вертеброгенного воздействия вследствии шейного остеохондроза, синдром полинейропатии нижних конечностей.

***Консультация ангиохирурга.***

 Данных за атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей нет.

**Обоснование диагноза.**

На основании

1. Анамнеза заболевания.

2. Данных лабораторных исследований мочи.

3. Данных инструментальных исследований:

* УЗИ органов мочевой системы
* Нисходящей цистографии

Можно поставить диагноз: Рецидив опухоли мочевого пузыря.

**Клинический диагноз.**

Единственная правая почка. Рецидив опухоли мочевого пузыря.

 **Дифференциальный диагноз.**

Дифференциальную диагностику опухоли мочевого пузыря следует проводить с хроническими воспалительными процессами в мочевом пузыре: туберкулезом, простой язвой, эндометриозом мочевого пузыря, хроническим геморрагическим циститом, а также с опухолеподобными поражениями. Туберкулезные гранулемы или туберкулезные язвы сочетаются со специфическими изменениями почки и мочеточника, а в моче находят микобактерии. Простая язва мочевого пузыря отличается отсутствием инфильтративного роста. При малакоплакии обнаруживают тельца Михаэлиса-Гутмана.

 **Лечение больного.**

Больному показана трансуретральная резекция опухоли мочевого позыря на основании наличия опухоли небольших размеров назадне – левой стенки в области шейки мочевого пузыря. Опреация производится с помощью специального эндоскопического инструмента – резектоскопа. После выписки больного из стационара рекомендуется регулярное наблюдение врачом урологом не реже 2 раз в год.

 **Прогноз.**

Прогноз благоприятный.