**Паспортные данные**

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 1953 (60 лет).

Профессия в настоящее время: ведущий экономист

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в стационар: 11.03. 2013 г. 12ч. 40мин.

**Диагноз направившего учреждения:** заболевание лоханки правой почки.

**Диагноз при поступлении:** заболевание лоханки правой почки

**Клинический** д**иагноз:** терминальный уретерогидронефроз справа

**Жалобы больного.** При поступлении предъявляла жалобы на приступы жара, озноба, слабости, отёка на лице по утрам, невозможность мочеиспускание, боли внизу живота, которые связывает с невозможностью помочиться. Моча иногда выделялась небольшим количеством с примесью крови.

**История настоящего заболевания.**

Со слов пациентки, болеет она около 30ти лет, и подобные состояния случались у нее периодически, с частотой около одного раза в несколько лет. После первой госпитализации в оршанскую больницу, на основании проведенного обследования(УЗИ, ренгенограммы,ОАК,БАК,),был поставлен диагноз-левосторонний нефролитиаз. Во время приступов, госпитализировалась в Оршанскую больницу, где ей проводилось лечение, на фоне которого состояние улучшалось. Между приступами, лечения не проводилось. 29.02.2013г.было затруднение мочеиспускания, которое началось днем, не мочилась день, ночью стало хуже-появились сильнее боли внизу живота и позывы на мочеиспускание, вызвала скорую помощь,госпитализирована в больницу. С 30.02.2013 г. по 11.03.2013г. находился на стационарном лечении с диагнозом: заболевание лоханки правой почки. Получала капельницы с физ.раствором,глюкозой и другими препаратами, название которых не помнит, на фоне лечения наблюдалась положительная динамики. После улучшения состояния больная госпитализирована в урологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для дальнейшего обследования и лечения.

**История жизни больного.**

Материально-бытовые условия благополучные. Работает ведущим экономистом, работа связана с психо-эмоциональной нагрузкой, другие проф. вредности отрицает. Наследственный анамнез не отягощён. У родственников онкопатологии не выявлено. Вредные привычки отрицает.

Аллергоанамнез: аллергических реакций не отмечал. Потери массы за последнее время не отмечает.

Из перенесённых заболеваний: простудные, хранический бронхит, хронический гастрит. Вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания отрицает.

Переливаний крови и кровезаменителей не производилось.

**Гинекологический анамнез:**

Месячные начались в 14ть лет, установились через три года, безболезненные, необильные, четыри дня. Половую жизнь начала в 23 года.2 беременности: 2 родов, аборты и вакуумы отрицает.Роды и беременности без особенностей. Рожала сама. Воспалительные заболевания органов, ЗПП- отрицает. Климакс наступил в 48 лет, сопровождается приливами жара, раздражительностью.

**Данные объективного исследования больного.**

**Общий статус.**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Питание больной удовлетворительное. Рост 164см, 77 кг. Телосложение правильное,гиперстенический тип конституции.

**Кожа, слизистые.**

Цвет кожи розовый, влажность нормальная. Патологические изменения отсутствуют. Видимые слизистые обычной окраски. Цианоз губ отсутствует. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Температура при пальпации нормальная, равномерная во всех участках тела. Отёков нет. Волосы и ногти без патологии. Лимфатические узлы доступные пальпации не увеличены, безболезненны, мягкоэластической консистенции, с окружающими тканями не спаяны.

**Опорно-двигательный аппарат**.

Мышечная система.

Мышцы безболезненны при активных/пассивных движениях, пальпации. Тонус умеренный. Сила достаточная. Рельеф не выражен. Мышцы брюшной стенки не напряжены.

Костно-суставная система:

Конечности симметричны по длине и форме. Грудная клетка нормостеническая, симметричная, без деформаций, эпигастральный угол близок к 90 градусам. Кости головы без деформаций и выпячиваний. Кости конечностей безболезненны в покое, при движении, пальпации. Деформации, утолщения отсутствуют.

Суставы безболезненны в покое, при активных/пассивных движениях, пальпации. Суставы симметричны, форма не изменена. Температура кожных покровов над суставами нормальная. Цвет кожи над суставами не изменен. Объем пассивных и активных движений достаточный.

**Молочные железы:**

Размеры молочных желез средние , симметричные, при пальпации уплотнений не определяется, выделения из сосков отсутствуют.

**Мочеполовая система:**Поясничная область симметрична, припухлость отсутствует, симптом поколачиваня слабоположительный справа. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь над симфизом перкуторно не определяется. Мочеиспускание затруднено. Моча с примесью крови.

**Органы дыхания.**

Дыхание свободное. Грудная клетка правильной формы, симметрична, без деформаций. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД=16 в минуту. Голосовое дрожание не изменено.

Перкуссия грудной клетки: сравнительная - звук легочной, одинаковый над обеими половинами грудной клетки; топографическая:

1. верхняя граница слева и справа на 3 см выше ключицы по среднеключичной линии, поля Кренига справа и слева составляют по 5 см.;
2. нижние границы соответствуют: правое легкое - 5-ое межреберье по окологрудинной линии, 6-ое ребро-- по среднеключичной, 7-ое—по передней подмышечной, 8-ое—по средней подмышечной, 9-ое—по задней подмышечной, 10-ое—по лопаточной, остистый отросток 11-го грудного позвонка—по околопозвоночной линии; границы левого легкого- 7-ое—по передней подмышечной, 8-ое—по средней подмышечной, 9-ое—по задней подмышечной, 10-ое—по лопаточной, остистый тросток 11-го грудного позвонка—по околопозвоночной линии.

Аускультация легких: дыхание везикулярное, жесткое, хрипы отсутствуют, шум трения плевры, бронхофония отсутствуют.

**Сердечно-сосудистая система.**

**Осмотр области сердца и сосудов**

Выпячивание грудной клетки в области сердца (сердечный горб) – нет.Сердечный толчок отсутствует.Пульсация сосудов шеи и других зон не определяется, пульсация височных артерий сохранена с обеих сторон.

**Пальпация области сердца и сосудов**

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1.5 см кнутри от левой среднеключичной линии, площадью 2 см.кв., средней высоты.

Пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, равномерный, ритмичный, 75уд. в мин.Пульс на сонных и бедренных артериях, a.tibialis post., a.dorzalis ped. симметричный.

**Артериальное давление** на правой руке 140/90 мм.рт.ст., на левой – 140/90 мм.рт.ст.

**Перкуссия сердца**

***Границы относительной тупости сердца:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| В 4 межреберье на уровне правого края грудины | В 5 межреберье на 1 см кнаружи от левой срединоключичной линии | По верхнему краю 3 ребра |

***Граница абсолютной тупости сердца:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| По правому краю грудины | В 5 межреберье на 0.5 см кнаружи от левой срединоключичной линии | Нижний край 4 ребра слева по окологрудинной линии |

**Аускультация сердца и сосудов**

Ритм сердца: правильный. Тоны сердца: приглушены, ритмичные. Шумы сердца отсутствуют. Экстракардиальные шумы не определяются.

**Органы пищеварения.**

Ротовая полость:

Цвет слизистой бледно-розовый. Миндалины без патологии.

Язык влажный, обложен белым налетом.

Живот:

Живот симметричен, участвует в акте дыхания. Венозная сеть не просматривается. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Болезненность в эпигастрии при пальпации . Урчание при пальпации. Пульсация брюшного отдела аорты не прощупывается. Симптом Валя, Шварца, плеска не выявляются. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, Образцова отрицательны. Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана :В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка-2 см. в диаметре,безболезненна,подвижная,эластичная.

В правой подвздошной пальпируется слепая к-ка урчащая,безболезненная,эластичная,цилиндрической формы,ниже слепой-терминальный отдел подвздошной к-ки диаметром 0.5 см.,урчащий,безболезненный,эластичный, цилиндрической формы.

Большая кривизна желудка определяется методом аффрикции на 4 см. выше пупка.Пилорический отдел желудка не определяется.

**Селезёнка.**

Селезенка не пальпируется, из-под края реберной дуги не выступает. Перкуторные размеры - 7см на 5см.

**Печень.**

С-мы: Кера, Мерфи, с-мы Ортнера-Грекова, Мюсси-Георгиевского отрицательны.

Нижний край из-под края реберной дуги не выступает. Печень безболезненна.

Нижний край острый. Поверхность нижнего края гладкая, мягкоэластичной консистенции. Желчный пузырь не пальпируется. Размеры по Курлову: правая срединно-ключичная линия – 10 см. , передняя срединная линия – 8 см. , косой размер – 7 см.

**Щитовидная железа.**

Щитовидная железа: безболезненна, мягкой консистенции, не увеличена. Экзофтальм, тремор рук отсутствуют. Глазная щель средней ширины, не превышает диаметр радужки.

**Нервная система.**

Больная легко идет на контакт. Эмоционально устойчива. Сон и память не нарушены. Нарушений чувствительной и двигательной сферы не выявлено. Патологические рефлексы отсутствуют. Зрачки равновеликие, реакция на свет адекватная и содружественная. Патологических изменений со стороны ЧМН не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы одинаковы на конечностях с обеих сторон.

**Влагалищное исследование**:

Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, слизистая бледно-розовая. Шейка матки цилиндрической формы, чистая, наружный зев щелевидный, закрыт. Выделения светлые, слизистые.

Бимануальное (влагалищное) исследование: влагалище рожавшей, свободное. Шейка матки цилиндрической формы, обычной консистенции, подвижная. Наружный зев закрыт. Движения за шейку матки безболезненные. Матка в положении anteversio flexiо,размеры неувеличены, контуры четкие, недеформированная, эластичной консистенции, умеренно подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Влагалищные своды глубокие, безболезненные.

Ректальное исследование: тонус сфинктера в норме, слизистая оболочка без изменений, опухолевидных образований не выявлено, ампула свободна, на перчатке следов крови нет.

**Предварительный диагноз:**

На основании жалоб**:**затруднение мочеиспускания.моча спримесью крови; на основании истории заболевания: болеет она около 30ти лет, и подобные состояния случались у нее периодически, с частотой около одного раза в несколько лет. После первой госпитализации в оршанскую больницу, на основании проведенного обследования(УЗИ, ренгенограммы,ОАК,БАК,),был поставлен диагноз-левосторонний нефролитиаз. Между приступами, лечения не проводилось. 29.02.2013г.было затруднение мочеиспускания, которое началось днем, не мочилась день, ночью стало хуже-появились сильнее боли внизу живота и позывы на мочеиспускание, вызвала скорую помощь,госпитализирована в больницу. С 30.02.2013 г. по 11.03.2013г. находился на стационарном лечении с диагнозом: заболевание лоханки правой почки. Получала капельницы с физ.раствором,глюкозой и другими препаратами, название которых не помнит, на фоне лечения наблюдалась положительная динамики. После улучшения состояния больная госпитализирована в урологическое отделение ВОКОД для дальнейшего обследования и лечения;на основании объективного исследования: симптом поколачиваня слабоположительный справа. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь над симфизом перкуторно не определяется. Мочеиспускание затруднено. Моча с примесью крови, при перкуссии сердца-расширение левой границы сердца,АДна обеих руках-140/90 мм.рт.ст. ;можно поставить предварительный дианоз:**Заболевание лоханки правой почки.АГ 1 степени. риск 2.**

**План обследования:**

1. ОАК, ОАМ,
2. Биохимический анализ крови с определением (общ. биллирубин, общий белок, Na, Cl, K, Ca, мочевина, креатинин,щелочная фосфотаза).
3. Коагулограмма.
4. Анализ мочи по Земницкому
5. Изотопная экскреторная ренография в динамике.
6. Узи органов брюшной полости.
7. Профиль АД.
8. ЭКГ.
9. Анализ крови на RW и ВИЧ
10. Определение группы крови и резус-фактора
11. Ренгенограмма гр.кл и ОБП

**Лабораторные и инструментальные методы исследования, заключения специалистов.**

**Общий анализ крови. 12.03.13.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель |  | Норма | Размерность |
| Эритроциты | 3.91 | 3.5-4.5 | 1012/л |
| Гемоглобин | 120 | 120-160 | г/л |
| ЦП | 0.98 | 0.9-1.1 |  |
| Тромбоциты | 280 | 200-300 |  |
| Лейкоциты | 4.8 | 4-9 | 109/л |
| Эозинофилы | 6 | 3-4 | % |
| Палочкоядерные | 1 | 4 | % |
| Сегментоядерные | 51 | 50-72 | % |
| Лимфоциты | 37 | 18-36 | % |
| Моноциты | 5 | 2-10 | % |
| СОЭ | 25 | 14 | мм/час |

**Заключение:**повышение СОЭ.

**Биохимический анализ крови. 12.03.13.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель |  | Норма | Размерность |
| Билирубин общий | 18.875 | 8.55-20.52 | мкмоль/л |
| Глюкоза | 5.6 | 2.7-5.5 | ммоль/л |
| Креатинин | 101 |  | мкмоль/л |
| Мочевина | 6.95 | 2.5-8.0 | ммоль/л |
| Общий белок | 71 | 67.0-82.0 | г/л |

**Заключение:**БАК в норме.

**Анализ мочи. 12.03.13.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ph | Кислая |
| Сахар | Нет |
| Белок | 0.068 |
| Удельный вес | 1020 |
| Прозрачность | сл. мут. |
| Эритроциты | 1-3 |
| Плоский эпителий | 3-5 |
| Слизь | +++ |
| Лейкоциты | 25-30 |

**Заключение:** лейкоцитурия, следы белка,слизь-восполительный процесс.

**Анализ крови на RW. 13.03.13.**

**О**трицательный.

**Коагулограмма 12.03.13.**

АЧТВ (24-34мин.) -33мин.

ПТИ (0,7-1,1мин.) – 0,94мин.

Фибриноген А (1,8-3,5г/л.) –4.44 г/л

МНО-1.07

Заключение- коагулограмма в норме.

**Исследование крови на резус – фактор и группу крови от 12.03.13г.-**

О(1)первая.резус отрицательная

**ЭКГ.**

Ритм синусовый. 75 в мин. ЭОС горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

**УЗИ органов брюшной полости 12.03.13**

Заключение: нефролитиаз левой почки, опухоль лоханки правой почки.

**Ринография от 13.03.13**

Справа функция отсутствует.

Слева функция сохранена.

**Ренгенограмма грудной клетки от 19.02.13г.-**в норме

**Обоснование клинического диагноза:**

На основании жалоб**:**затруднение мочеиспускания.моча спримесью крови; на основании истории заболевания: болеет она около 30ти лет, и подобные состояния случались у нее периодически, с частотой около одного раза в несколько лет. После первой госпитализации в оршанскую больницу, на основании проведенного обследования(УЗИ, ренгенограммы,ОАК,БАК,),был поставлен диагноз-левосторонний нефролитиаз. Между приступами, лечения не проводилось. 29.02.2013г.было затруднение мочеиспускания, которое началось днем, не мочилась день, ночью стало хуже-появились сильнее боли внизу живота и позывы на мочеиспускание, вызвала скорую помощь,госпитализирована в больницу. С 30.02.2013 г. по 11.03.2013г. находился на стационарном лечении с диагнозом: заболевание лоханки правой почки. Получала капельницы с физ.раствором,глюкозой и другими препаратами, название которых не помнит, на фоне лечения наблюдалась положительная динамики. После улучшения состояния больная госпитализирована в урологическое отделение ВОКОД для дальнейшего обследования и лечения;на основании объективного исследования: симптом поколачиваня слабоположительный справа. Почки не пальпируются. Мочевой пузырь над симфизом перкуторно не определяется. Мочеиспускание затруднено. Моча с примесью крови, при перкуссии сердца-расширение левой границы сердца,АДна обеих руках-140/90 мм.рт.ст. ;на основании лабораторных и инструментальных методов исследования-ОАК-повышения СОЭ,ОАМ-восполительный процесс, УЗИ.Заключение: нефролитиаз левой почки, опухоль лоханки правой почки,Ринография- справа функция отсутствует,слева функция сохранена;монжно поставить клинический диагноз**: Опухоль лоханки правой почки 1б клиническая группа.АГ 1степени,риск 2.**

**Дифференциальный диагноз:**

Уретерогидронефроз можно дифференцироват **с**  опухолями и кистами почки ,при этом может оказать помощь нефротомография, при которой опухоль почки контрастируется, а киста отличается пониженной контраст­ностью. Более точное дифференцирование опухоли и кисты почки может быть проведено с помощью почечной артериографии. В последние годы с этой целью используют пункционную кистографию и ультразвуковое сканирование, компьютерную томо­графию.

При уретеро*гидронефрозе* прощупывают опухолевидное обра­зование в подреберье, однако консистенция его тугоэластическая, поверхность гладкая, а гематурия отмечается редко. Пиелогра­фическая картина гидронефротической трансформации резко от­личается от деформации чашечно-лоханочной системы опухолью. На почечных артериограммах выявляют сужение просвета почеч­ной артерии и ее ветвей.

*Поликистоз*почек симулирует опухоль в случае его асимметрического развития, когда прощупывают только одну увеличенную плотную бугристую почку. Подозрение на наличие опу­холи усиливается при гематурии. Однако для поликистоза харак­терна хроническая почечная недостаточность той или иной ста­дии, а главное- патогномоничная пиелографическая картина двусторонних изменений, повышенная ветвистость чашечек, сдавление и удлинение лоханок. На артериограммах для поликистоза характерно наличие множества округлых бессосудистых участков и удлиненных ис­тонченных артерий.

*Забрюшинная опухоль*. С помощью экскреторной урографии и ретроградной пиелографии (желательно в сочетании с пневморетроперитонеумом и томографией) при забрюшинной опухоли обнаруживают смещение почки без деформации чашечно-лоханочной системы и получают изображение отдельно располо­женной опухоли. Характерно для забрюшинной опухоли отклоне­ние мочеточника в медиальном направлении.

**Этиология и патогенез:**

Уретерогидронефроз может быть вызван сужением лоханочно-мочеточникового сегмента, высоким отхождением мочеточника, сжатием его кровеносными сосудами, эмбриональными тяжами, спайками и др. В зависимости от причин возникновения различают уретерогидронефроз, обусловленный:

а) препятствием в области лоханочно-мочеточникового сегмента;

б) препятствием по ходу мочеточника;

в) препятствием в нижних отделах мочевыводящих путей;

г) нейрогенными нарушениями в мочевых органах.

Уретерогидронефроз бывает двух видов:

а) первичный, или врожденный, развивающийся вследствие врожденного препятствия в области лоханочно-мочеточникового сегмента или по ходу мочеточника;

б) вторичный, или приобретенный, который является осложнением любой болезни (камня почки или мочеточника, опухолей почки и др.).

Он бывает одно-и двусторонний, асептический и инфицированный, открытый, закрытый и интермиттирующий. У данной пациентки, на основании всего перечисленного, уретерогиднонефроз следует считать вторичным, развившимся на фоне восполительных процессов.

**Лечение.**

На основании проведенных методов исследования,данной пациентке была назначена операция –радикальная нефрэктомия справа.Операция проведена 19.03.13г. в 9:30до11:20.

Предоперационная подготовка:

1. Премедикация:

Sol. Promedoli 2%-2ml

Sol. Atropini sulfatis 0.1% - 0.2ml

Sol. Dimedroli 1%-1ml

Sol. Droperidoli 1ml, ввести внутримышечно за 30 мин до операции.

**Выбор метода обезболивания.**

В целях адекватного обезболивания показан эндотрахеальный наркоз. Обеспечивает оптимальную вентиляцию легких, хорошо управляем.

**Ход операции:**

Разрез в 10м межреберье справа.Послойно рассечены мышцы. Рассечена париетальная брюшина, вскрыто забрюшинное пространство.Визуально инраоперациооно в правой почке опухоль не определяется.Визуализируется расширенный мочеточник.Выделена артерия,перевязана, прошита.Вена выделена,перевязана, над зажима Федорова пересечена. Пересечен и перевязан мочеточник.Почка с опухолью, паранефральной клетчаткой тупым и острым путем удалена. Правый надпочечник не увеличен. Произведена лимфодиссекция по ходу полой вены.Контроль гемостаза и инородных тел. В ложе почки поставлена через отдельный разрез дренажная трубка, фиксиравана к коже. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.

**Макропрепарат: правая почка с терменальным гидронефрозом(расширенная лоханка и чашечка)без опухоли, паракавальная клетчатка, расширенный мочеточник.**

**На основании результата проведенной операции можно поставить клинический диагноз:терминальный уретерогидронефроз правой почки.**

Послеоперационный период.

Обезболивание.

Sol. Promedoli 2%-1ml, внутримышечно в 23.00 17.02.98

Sol. Analgini 50%-2ml

Sol. Dimedroli 1%-1ml, внутримышечно 3 раза в день с 20.03.13

Профилактика гнойно-септических осложнений.

цефотаксим 1.0 в/м-3 р в д.

**Дневники наблюдения за больным.**

27.03.13

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительную боль в области послеоперационной раны, тянущее чувство в области раны, метиоризм, запоры и тошноту. Сознание ясное. Кожа обычного цвета, слизистые влажные, розовые, чистые. Пульс 78 уд/мин, АД140/90 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное 16 в минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Повязка чистая,сухая.Мочеиспускание свободное.безболезненное. Температура тела 36,6С.

Назначение: Sol. Promedoli 2%-1ml, внутримышечно в 23.00 17.02.98

Таб.Линекс по 1 таб. 3 р. в д.

28.03.13

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительную боль в области послеоперационной раны, тянущее чувство в области раны. Сознание ясное. Кожа обычного цвета, слизистые влажные, розовые, чистые. Пульс 75 уд/мин, АД140/90 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное 17 в минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Повязка чистая,сухая. Физиологические отправления в норме. Температура тела 36,6С.

29.03.13г.

Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на тянущее чувство в области раны. Сознание ясное. Кожа обычного цвета, слизистые влажные, розовые, чистые. Пульс 76 уд/мин, АД140/90 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное 17 в минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Повязка чистая,сухая. Физиологические отправления в норме. Температура тела 36,6С.

**Эпикриз**

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1953 г.р. поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 11.03.13. с жалобами на невозможность мочеиспускания, боли в низу живота. Поступила для дообследования и лечения из оршанской больнице, где с 30.02.13г. ей проводилось лечение,предварительный диагноз:заболевание лозанки правой почки. Болеет около 30ти лет, госпитализируется при обострении. Было проведено следующее обследование: ОАК(увеличениеСОЭ),АОМ(восполительный процес), БАК(норма),кровь на RW(-), коагулограмма(норма),ренгенография гр.кл.(норма),УЗИ ОБП.Заключение: нефролитиаз левой почки, опухоль лоханки правой почки,Ринография- справа функция отсутствует,слева функция сохранена),на основании этого был поставлен диагноз-опухоль лоханки правой почки.Назначена-радикальная нефрэктомия, которая была проведена 19.03.13г.В результате операции, на основании полученого макропрепарата был поставлен клинический диагноз-терминальная уретерогидронефроз справа. В результате проведенного лечение, состояние больной улучшилось .Лечение продолжает.

**Прогноз.**

Прогноз для жизни благоприятный, для трудовой деятельности неблагоприятный.