



результатной.

Одно из образований  
виз-с в предвзвешен  
уменьш, первого многомог-  
лика, второе из  
многомогика виз-с.

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

Закон: Объемная  
образования в  
многомогика  
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 Милуровская 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 \_\_\_\_\_, аборт(ы) \_\_\_\_\_  
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 пузырь.

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](http://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 параренальное 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](http://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 Железковская 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 0.091 мм/л; мочевины 3.3 мм/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

