

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

ОТДЕЛЕНИЕ ДЕТСКОЙ ХИРУГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ № 2011/319

Ф.И.О.: Абдуллозода Мухаммадносир

Возраст: 25-06-2018 года

Дата госпитализации: 18-07-2018 года

Дата выписки: 31-07-2018 года

Диагноз: Сложная врожденная недостаточность в развитии моче-испускаемых каналов.

Дисплазия сегмента мошонки и мочеточника с двух сторон. Склероз шейки мошонки.

Уретрогидронефроз врожденный 4-5 степени с двух сторон. Хронический пиелонефрит двусторонний 2-3 степени. НМГ-2. Гипосподия типа верхушки. Врожденная узость канала члена.

Гипотрофия 2-степени. Рахит. Внутриматочная инфекция. Энтероколит хронический.

Перинатальная энцефалопатия с синдромом гипертензии.

Пациент Абдуллозода Мухаммадносир 28 дней с жалобами по словам родителей, наличии высокой температуры, узкость наружного канала мочеиспускания, истерики при мочеиспускании и общей слабости тело было госпитализировано в срочном порядке.

С истории болезни выяснилось, что болеет с самого рождения и под наблюдением врача по месту жительства несколько раз принимал амбулаторное лечение, но безрезультатно.

Состояние ребёнка остаётся стабильно тяжелым. С даты рождения ребёнок с третьей беременности и третьи роды в условиях родильного дома района Регар родился с весом 3100 гр. Течение беременности происходило с тяжелым токсикозом, пиелонефритом и гриппом. Общее состояние пациента при госпитализации очень тяжелое. Тяжесть за счёт основного заболевания, которое связано со сложными врожденными недостатками развития путей мочеиспускания, недостатка работы почек, общая токсикация тело и сомато-неврологические симптомы. Пациент в сознании, слаб и бессилён. Аппетит сравнительно слабый. Тошнота и рвота в данный момент не наблюдается. Кожа и слизистые оболочки видимые, бледный. Подкожный жир слабо развит; число дыханий – 42 раза в минуту. Дыхание через рот и нос свободное, компенсируемый. При аускультации с обеих сторон легких слышится грубое дыхание. Пульс – 146 ударов в минуту. При аускультации работа сердца ритмичное, звуки слышимые. Язык чистый, влажный. Живот имеет сравнительное разбухание, и участвует при дыхании, при пальпации мягкое и безболезненное. Печень и селезёнка не пальпируются. При осмотре не было самостоятельного испражнения.

Status Urologus: При осмотре в области поясницы не наблюдается опухлость или красноватость. Нижний полюс почек пальпируется. Левая почка при пальпации опухший и болезненный. Правая почка тоже болезненный. Признак Пастернацкий с обеих сторон положительный. При осмотре

внешнее отверстие члена не находится на его натуральном месте, она находится в области шейки члена. Его внешнее отверстие очень узкое и похоже на точки. Мочеиспускание наблюдается с трудом и немного истерикой. В УЗИ путей мочеиспускания: правая почка 66x45 мм, мясo почки от 4 до 7,0 мм, расширение ячeйки до 26 мм, расширение чаши от 6 до 15 мм, расширение ячeйки до 29 мм, расширение чаши до 16 мм. Расширение мочеточника от 7 до 11мм. Левая почка 65x39мм, мясo почки от 4 до 5 м, расширение ячeйки до 29 мм, расширение чаши до 16 мм. Расширение мочеточника до 12 мм. Пациент после немного расширения внешней oтвeрстия члена с полиэтиленовой трубкой № 4 с небольшим трудом был введен в член и мошонки. Больному было проведено полное урологическое обследование. В обследование проведенное доплерографическое, циркуляция крови в кровяных сосудах левой и правой почки наблюдается очень слабо. В контрастно-уро-графическом обследовании выделения, функция правой почки в 10¹, 55¹, 120¹ и после 4 часа очень слабое, наблюдаются признаки уретерогидронефроза 4 степени с правой стороны, а с левой стороны функция почки полностью не был определен. Имеется признаки хронического пиелонефрита почки правой стороны. В общем анализе крови: $Eg-5.8 \times 10^{12} / l$, $Hb-190.5 g/l$, $l-10.2 \times 10^9$, эозинофилы -2, палочковидные -6, сег-мет- 51, Лимфоциты -36, Моноциты -2.

В биохимическом анализе: общий билирубин-18.0, связанные -4.0, свободные -14.0: тимол-веранол -4.1 ед., мочевиha 5.0ммоль/л, креатинин-73.0ммоль/л, Алат-0.50 ммоль/л, Асат-0.55 ммоль/л, В коагулограмме крови: АВР-68, фибрин-10,0, фибриноген-222.0: томботест 5ст.

В анализе мочи: белки-0.33%, лейкоциты 64-72 в поле зрения, эритроциты 2-4, бактерии в огромном количестве в поле зрения наблюдаются, Оксалатовые соли имеются в малом количестве.

В бактериологическом посеве мочи: Klipsellae, из кали: Str.Fecalis и грибковые Candida вырастают.

Большое чувствительность к цефозолину, азитромицину, меркацину, ампиокусу, фуродонин, 5-ноку.

Результат анализов на гепатиты: отрицательное. В обследование цистографии oбъем мошонки очень маленькое, его вместимость до 40.0мл. Противопоточные реакции мошонки и мочеточника не наблюдается.

Пациент в это отделении принимал симптоматическое, спазмолитическое и уро-септическое лечение антибиотиками (цефазолин цефтраксионом) и ферментное. В динамике общего наблюдения больного его общее и соматическое неврологическое состояние намного улучшилось. Признаки телесной и неврологической токсикации уменьшились. Пациент спокоен и активный. Аппетит хороший, не имеет рвот. Температура тело стабильное. Дыхание везикулярное компенсируемое. Число дыханий – 34 . работа сердце и гемодинамика стабильное. Язык чистый. Живот не имеет вздутие, мягкое и без боли. Почки не пальпируются. Признак Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание через трубки внутри мошонки до 400.0 мл выделяет свободно. В повторном обследовании УЗИ почек не наблюдаются отрицательные изменения. Объем почек остаётся без изменения, расширение чаши и ячeйки не наблюдается.

В больной в отделение был осмотрен урологами кафедры и было получено заключение что наблюдается положительная динамика процесса заболевания, улучшение общей соматической-

неврологической состоянии ребёнка, учитывая его маленький возраст, нужно откладывать большие хирургически-реконструктивные операции восстановления мочевыводящих путей. Было рекомендовано выписать больного под тщательным наблюдением педиатра и уролога по месту жительства. Пациент по советам и рекомендациям специалистов кафедры и со сравнительно удовлетворительным улучшением состояния был выписан домой.

Рекомендации: тщательный надзор педиатра и уролога по месту жительства;

Продолжение реабилитационного и иммуностимулирующего курса;

Обследование по УЗИ почек и общий анализ мочи каждые 10 дней;

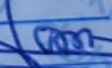
Для осмотра и повторного обследования нужно приходить через 10 дней.

Лечащий врач /подпись/ Гарибшоев Х.К.

Заведующий отделением: /подпись/ Рахмонов Ш.Дж.

Штамп 1: врач: Гарибшоев Ховаршо Хикматшоевич

Штамп 2: ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

 «RS TOUR» LIMITED LIABILITY COMPANY ЧАМБИЯТИ ДОРОИМАСЪУЛИЯТИ МАХДУДИ «РС ТУР» ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «РС ТУР» Address: Dushanbe city Rudaki avenue E-mail: rs_tour@mail.ru Tel: +992 (90) 555 55 94	ТАРЧУМА ДУРУСТ АСТ
	TRANSLATION IS CORRECT
	ПЕРЕВОД ВЕРЕН
	DATE: 03.02.2018
	Signature: 
	Translator: 