Министерство охраны здоровья Украины

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра урологии

История болезни

Больной: Иван Степанович

Диагноз: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы ІІ степени, хроническая задержка мочи.

Куратор: Шубина М. Г.

Запорожье - 2012

Паспортная часть

. ФИО: Иван Степанович

. Пол: мужской

. Возраст: 02.09.1936 (75)

. Постоянное место жительства: пгт Степногорск

. Образование: Одесский институт народного хозяйства

. Профессия: экономист мтс

. Место работы: пенсионер

. Дата и время поступления: 06.03.2012 в 12:15

. Диагноз направившего учреждения: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

. Диагноз при поступлении: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хроническая задержка мочи

. Клинический диагноз: основной: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, осложнение основного: хроническая задержка мочи

. Хирургические операции: Трансуретральная резекция предстательной железы 13.03.2012 в 10:00 - 11:00.

Жалобы больного

При поступлении предъявляет жалобы на выраженные дизурические явления, чувство не полного опорожнения мочевого пузыря, частое мочеиспускание малыми порциями, никтурию до 4-5 раз за ночь.

История настоящего заболевания

Считает себя больным в течение двух лет, когда начал отмечать резкое нарастание дизурических явлений. Обратился к урологу по месту жительства, где получал консервативное лечение с временным улучшением. Затем самостоятельно обратился в отделение эндоурологии и литотрипсии, где и был госпитализирован после осмотра зав. отделением Унгурян А. Б.

Анамнез жизни

Больной, Иван Степанович, родился 02.09.1936 г. здоровым ребенком. Рос и развивался соответственно возрасту. Служил в армии с 1955 по 1957г. Затем окончил Одесский институт народного хозяйства. Женат с 1959 г., имеет двоих детей. Туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. Во время службы в армии перенес операцию по поводу острого мастита. В 1986 году оперирован по поводу острого аппендицита. В 2009г. находился в ЗОКОД на лечении с диагнозом «рак кожи лица». Получал лучевую терапию. Находится на учете онколога по данному заболеванию. В течение нескольких лет страдает левосторонней паховой грыжей. Наблюдался терапевтом по поводу гипертонической болезни, отмечает периодическое повышение цифр АД до 190/110 мм. рт. ст., постоянно принимает терапию. Страдает хроническими запорами. Гемотрансфузий не было. Аллергологический и семейный анамнезы не отягощены. Вредных привычек нет.

Настоящее состояние больного

Общее состояние: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Телосложение: нормостеник.

Кожа: чистая, обычной окраски, тургор снижен, слегка суховата в силу возрастных изменений.

Видимые слизистые оболочки: обычной окраски, влажные, чистые.

Подкожная жировая клетчатка: развита достаточно, распределена равномерно.

Лимфатические узлы: периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Мышечная система: развита достаточно. Гипотрофий, атрофий, новообразований не выявлено.

Костно-суставная система: скелет развит нормально, деформаций не обнаружено. Подвижность суставов сохранена в полном объеме.

Органы дыхания: над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены, АД 130/90 мм. рт. ст., пульс - 80уд/мин.

Органы пищеварения: живот мягкий, безболезненный по всей поверхности. Перитонеальные симптомы отрицательные. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Нервная система, органы чувств: память сохранена, сон нормальный, настроение ровное. Патологических рефлексов не выявлено.

Щитовидная железа: локализация шейная, размеры нормальные, функция обычная.

гиперплазия предстательный железа лечение

Мочеполовая система

Диурез достаточный, моча светлая. Мочеиспускание самостоятельное, частое, малыми порциями. Никтурия до 4-5 раз за ночь. Патологических выделений из мочеиспускательного канала нет.

Конфигурация поясничной области и подреберий нормальная. Выпячиваний, сколиоза не обнаружено.

Конфигурация гипогастральной области: наблюдается выпячивание над лонным сочленением из-за значительного наполнения мочевого пузыря. Расширения подкожных вен брюшной стенки не наблюдается.

Расположение наружного отверстия уретры нормальное. Слизистая оболочка не изменена. Выделений нет.

Состояние крайней плоти: не изменена.

Внешний вид мошонки: не изменена, кожа чистая, обычной окраски.

Данные перкуссии: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Симптомы Фронштейна и Робертса отрицательны. Определяется притупление перкуторного звука над лонным сочленением.

Пальпация: почки не пальпируются с обеих сторон в трех положениях больного, безболезненны при пальпации. Мочеточники не пальпируются, безболезненны. Мочевой пузырь пальпаторно определяется в виде тугоэластического шаровидного образования над лобком, переполнен.

Ректально: простата увеличена в размерах (5×7×7см.(норма 25-40×18-25×27-42мм.)), безболезненна, плотноэластической консистенции. Очагов уплотнения, размягчения нет. Железа увеличена равномерно. Срединная и боковые борозды определяются. Подвижность стенки прямой кишки над железой сохранена. Патологические образования в прямой кишке (геморроидальные узлы, опухоли полипы) не выявлены.

Пальпация органов мошонки: размеры, консистенция и форма яичек и их придатков нормальные, безболезненные при пальпации.

Предварительный диагноз

На основании жалоб на выраженные дизурические явления, чувство не полного опорожнения мочевого пузыря, частое мочеиспускание малыми порциями, никтурию до 4-5 раз за ночь;

На основании данных истории заболевания: Считает себя больным в течение двух лет, когда начал отмечать резкое нарастание дизурических явлений. Обратился к урологу по месту жительства, где получал консервативное лечение с временным улучшением. Затем самостоятельно обратился в отделение эндоурологии и литотрипсии, где и был госпитализирован после осмотра зав. отделением Унгурян А. Б.;

На основании анамнеза жизни: возраст больного 75 лет;

На основании объективного исследования больного: Мочеиспускание самостоятельное, частое, малыми порциями. Никтурия до 4-5 раз за ночь. Наблюдается выпячивание над лонным сочленением из-за значительного наполнения мочевого пузыря. Мочевой пузырь пальпаторно определяется в виде тугоэластического шаровидного образования над лобком, переполнен. Ректально: простата увеличена в размерах (5×7×7см.(норма 25-40×18-25×27-42мм.)), безболезненна, плотноэластической консистенции. Очагов уплотнения, размягчения нет. Железа увеличена равномерно. Срединная и боковые борозды определяются. Подвижность стенки прямой кишки над железой сохранена. Патологические образования в прямой кишке (геморроидальные узлы, опухоли полипы) не выявлены.

Можно поставить предварительный диагноз: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, хроническая задержка мочи.

План обследования

. Общий анализ крови.

. Анализ крови на глюкозу.

. Биохимический анализ крови.

. Коагулограмма.

. ПСА сыворотки крови.

. Кровь на RW.

. Печеночные пробы.

. Общий анализ мочи.

. Микробиологическое исследование мочи.

. УЗИ.

. Экскреторная урография.

. ЭКГ+ФВД.

. Консультация терапевта.

Данные лабораторных и специальных исследований

. Общий анализ крови от 06.03.2012г.

Hb - 130,0 г/л (132-164)

Er - 4,02×1012/л(3,9-5,8)

Цветной показатель - 0,9

Lc - 6,7×109/л(4,0-8,8)

СОЭ - 38 мм/ч(1-10)

Вывод: повышение СОЭ может свидетельствовать о воспалительном процессе.

. Кровь на креатинин от 06.03.2012г.

Креатинин 84,2 мМоль/л

. Кровь на группу и резус от 06.03.2012г

О(І)первая (+)положительная.

. Глюкоза крови от 06.03.2012г.

Глюкоза 3,8 мМоль/л (3,3-5,5)

. Кровь на RW от 06.03.2012г. - отр.

. Печеночные пробы от 06.03.2012г.

Общий билирубин - 16,75мМоль/л(8,5-20,5)

Прямой билирубин - 0

Тимоловая проба - 2,4м

АСТ - 0,36мкмоль/ч (0,1-0,68)

АЛТ - 0,46мкмоль/ч (0,1-0,68)

. Общий анализ мочи от 06.03.2012

Цвет - светло-желтая

Реакция - щелочная

Уд. Вес - 1022(1010-1025)

Лейкоциты - 1-3 в п/з(до 3 в п/з)

Эпителий - 2-6 в п/з(до 1-2 в п/з)

Вывод: повышенное содержание эпителия в моче.

. УЗИ от 12.03.2012

Заключение: доброкачественная гиперплазия предстательной железы ІІ ст., хроническая задержка мочи.

. ЭКГ от 06,03,2012

Заключение: очаговых изменений нет.

Дифференциальный диагноз

По своей клинической картине доброкачественная гиперплазия предстательной железы похожа на рак предстательной железы тем, что и в том и в другом случае имеется нарушение оттока мочи из мочевого пузыря. Однако в данном случае не характерной для рака неравномерной, каменистой консистенции, бугристой поверхности, типичной картины метастазов в регионарные лимфоузлы и кости.

Для хронического простатита характерны: нарушение мочеиспускания (учащение, затруднение, задержка мочеиспускания), ноющие боли в промежности, крестце, прямой кишке, иррадиирующие в наружные половые органы, неприятные ощущения и жжение в уретре при мочеиспускании, особенно по утрам; простаторея после дефекации или в конце мочеиспускания, расстройства половой функции (недостаточность эрекции, ускоренная эякуляция); при ректальном исследовании отмечается болезненность, пастозность, отсутствие выраженного увеличения простаты; при ультразвуковом исследовании обнаруживаются диффузные изменения плотности органа.

В отличие от клиники хронического простатита в клинике, наблюдаемой у больного, отсутствуют ноющие боли в промежности, крестце, прямой кишке, иррадиирующие в наружные половые органы, неприятные ощущения и жжение в уретре при мочеиспускании, отсутствуют простаторея и жалобы на расстройства половой функции; при ректальном пальцевом исследовании предстательная железа умеренно увеличена, умеренно болезненна, имеет выпуклую ровную поверхность, срединная борозда сглажена, консистенция равномерная мягко-эластическая, контуры четкие; при ультразвуковом исследовании отмечаются УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы, папилломы мочевого пузыря, парауретральных кальцинатов.

Для опухолевого поражения уретры характерны: боли при мочеиспускании, его учащение и затруднение, инициальная гематурия, жжение в мочеиспускательном канале, появление мутных выделений из уретры; наличие объемного процесса в зоне поражения на поздних стадиях, отсутствие изменений в предстательной железе.

В отличие от клиники опухолевого поражения уретры в клинике, наблюдаемой у больного, отсутствуют инициальная гематурия, жжение в мочеиспускательном канале, появление мутных выделений из уретры; не определяется объемного образования в уретре, имеются изменения в предстательной железе, выявляемые пальпаторно при ректальном пальцевом исследовании и при ультразвуковом исследовании.

Окончательный клинический диагноз

На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, осмотра, лабораторных данных, УЗИ и основываясь на данных дифференциального диагноза можно поставить окончательный диагноз: доброкачественная гиперплазия предстательной железы ІІ ст., хроническая задержка мочи.

Этиология и патогенез

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы - это наиболее часто встречающееся доброкачественное заболевание среди мужчин. Многочисленные исследования демонстрируют зависимость частоты встречаемости от возраста достигая 50% в группе больных на пятом десятке жизни. К 80 годам у всех мужчин имеется аденома простаты. Развитие симптомов аденомы простаты не имеет зависимости от гистоморфологического состава ткани и лишь 10-20% всех мужчин в течение их жизни должны подвергаться лечению, что соответствует соотношению 4:1 между бессимптомными и требующими лечения формами аденомы простаты.

Лечение

Консервативное лечение. Консервативные методы лечения на данной стадии развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы малоэффективны.

Рекомендуется: активный образ жизни, теплая одежда.

Диета: из рациона исключаются все раздражающие продукты и вещества (алкоголь, азотистые экстрактивные вещества, кофе, какао, шоколад, острые и солёные блюда); с целью предотвращения запоров в рацион включаются продукты, богатые клетчаткой и обладающие послабляющим действием (черный хлеб, сырые овощи и фрукты, сухофрукты, особенно чернослив, урюк, различные жиры, кисломолочные продукты).

Медикаментозное лечение

. α1-адреноболкаторы.: Tab. Doxasosini 0,002 N. 100.S. По 1 таблетке 1 раз в сутки, постепенно увеличивая дозу до 4-8 мг в сутки.: Tab. Terasosini 0,001 N. 100.S. По 1 таблетке 1 раз в сутки перед сном, постепенно увеличивая дозу до 2-10 мг в сутки

. Прогестагены.: Tab. Finasteridi 0,005 N. 50.S. По 1 таблетке 1 раз в сутки

. Ингибиторы α-редуктазы.: Tab. Finasteridi 0,005 N. 50.S. По 1 таблетке 1 раз в сутки

Протокол операции

Трансуретральная электрорезекция предстательной железы (ТУР). Операция проводится под спинальной анестезией с помощью резектоскопа, вводимого по просвету мочеиспускательного канала. После ретроградной уретроцистоскопии осуществляется электрорезекция: подвижная металлическая петля, расположенная на внутрипузырном конце инструмента, рассекает ткань за счёт образования электрической дуги переменного тока высокой частоты. Ткань аденомы превращается в мелкие кусочки, удаляется через уретру обратным током жидкости путем промывания. Аденома срезается до границы с хирургической капсулой. Кровотечение останавливается диатермокоагуляцией. Мочевой пузырь дренируется уретральным катетером.

Эпикриз

Для жизни прогноз - благоприятный; для здоровья - благоприятный, но возможно снижение половой функции, послеоперационные осложнения в виде стриктуры мочеиспускательного канала, недержания мочи; для работы - работоспособность сохранена. Рекомендации: диспансерное наблюдение уролога, здоровый образ жизни.