Дата и время поступления - \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество -

Пол - муж.

Возраст и дата рождения - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа крови - 1 (0) Rh (+)

Место жительства - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы - пенсионер

Кем направлен - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид транспортировки - может идти сам.

Диагноз направившегося учреждения - Аденома предстательной железы.

Диагноз при поступлении - Аденома предстательной железы.

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО - Предъявлены жалобы на учащение позывов на мочеиспускание, особенно в ночное время до 4--5 раз, затруднение акта мочеиспускания, большая его продолжительность, уменьшение ширины и вялость струи, остается ощущение остаточной мочи после акта мочеиспускания. Жалуется на появившуюся раздражительность, быструю утомляемость, нарушения сна.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ - считает себя больным около 8 лет, когда впервые появились выше описанные жалобы, но были менее выражены. Обратился в больницу по месту жительства, было назначено лечение двумя таблетированными препаратами, после чего через месяц наступило улучшение. В начале этого года состояние значительно ухудшилось, симптомы стали более выраженными, в поликлинике по месту жительства было предложено направление.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Больной родился 1.07.1938 года в сельской местности. Воспитывался в семье один. Начал ходить в 1 год. В физическом и умственном развитии не отставал. В школу пошёл в 8 лет. Условия развития больного были хорошие. Питание хорошее. Мать больного умерла от пневмонии, отец от ДТП.

Семейный анамнез - вдовец. Имеет детей

Трудовой анамнез - на данный момент пенсионер, раньше работал руководителем ОГТ.

Материально-бытовые условия - благоприятные. Живёт в 1 комн. квартире площадью 34 кв. метра. Коммунальные услуги имеются.

Вредные привычки - не выявлено.

Наследственность - ни у кого из родственников не было данного заболевания.

Аллергический анамнез - аллергии нет.

Гемотрансфузионный анамнез - переливалась чужая кровь 2 раза. Первый раз - ножевое ранение, второй раз-перитонит.

Перенесённые заболевания и операции - аппендектомия, простудные: ОРВИ, грипп.

Контакт с инфекционными больными - не отрицает.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Состояние - удовлетворительное.

Сознание - полное, ясное.

Положение в постели - активное.

Телосложение - гиперстеническое.

Выражение лица - осмысленное.

Вес - 99кг.

Рост - 178см.

ОСМОТР КОЖИ, ПЖК

Кожа бледного оттенка, чистая. Тургор снижен. ПЖК выражена хорошо, около 3-4 см.

КОСТНО-МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА

Осанка - не нарушена.

Походка - не нарушена.

Телосложение - гиперстенический.

Половины тела - симметричны.

Надплечия - расположены на одном уровне.

Кости черепа, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей - в норме.

Позвоночник-физиологические изгибы: кифоз, лордоз., патологические изгибы: не наблюдаются.

Ключицы и лопатки - ключицы расположены на одном уровне, лопатки двигаются синхронно в такт дыхания.

Кости черепа, грудной клетки, таза - болезненности при пальпации и перекуссии не выявлено, очагов размягчения в костях нет.

Суставы - не увеличены. Но имеют небольшое ограничение пассивных и активных движений, болезненность есть.

Мышцы развития, симметричность, тонус мышц - Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно. Тонус слабый. Симметричны.

Мышечная слабость - выражена.

Сила мышц - ослаблена.

Активные движения (Объем) - не в полном объёме, имеется боль.

Мышцы брюшного пресса - не развиты

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА

Шейные - не увеличены.

Подчелюстные - не увеличены.

Подключичные - не увеличены.

Подмышечные - не увеличены.

Локтевые - не увеличены.

Паховые - увеличены до 4 мм, безболезненные, эластичные, не спаянные.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Тип дыхания - смешанный.

Форма грудной клетки - правильная, коническая

Участие в акте дыхания - участвует в такт дыханию.

Грудная клетка - пальпация грудной клетки информации о болевых точках не даёт. Грудная клетка эластична, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в симметричных участках. Хруста и крепитации нет.

При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами легких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный, гамма звучности сохранена.

Ритм дыхания - ритмичный

Ключицы и лопатки - ключицы симметричны. Лопатки двигаются в такт дыхания.

Ход рёбер - косой.

Эпигастральный угол - тупой

ЧДД - 17

Сравнительная перкуссия:

Спереди-наключичная ямка-сглажены, ассиметрии не наблюдается, одинаковый звук с обеих сторон.

С боков-подмышечная ямка - ассиметричности и западания не наблюдается одинаковый звук с обеих сторон.

Сзади - подлопаточная межрёберная область - ассиметрии не наблюдается, одинаковый звук с обеих сторон.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Правое | Левое |
| Около грудинная | 5р | - |
| Среднеключичная | 6р | - |
| Передняя подмышечная | 7р | 7р |
| Средняя подмышечная | 8р | 8р |
| Задняя подмышечная | 9р | 9р |
| Лопаточная | 10р | 10р |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Дыхание - не нарушено.

Хрипы и шумы - не выявлены.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Верхушечный толчок - располагается в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Сердечный толчок - не определяется.

Дрожание в области сердца - не выявлено.

Пульс - 76 ударов в минуту, симметричный, хорошего наполнения и напряжения.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя - по верхнему краю 3-го ребра.

Левая - 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - по правому краю грудины.

Верхняя - по верхнему краю 4-го ребра.

Левая - на 1 см кнутри от левой границы сердечной относительной тупости.

Сосудистый пучок - 5-6 см, не выходит за край грудины.

АД-140/90

ЧСС-76

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Боль в животе - отсутствует.

Диспептические расстройства - отсутствуют.

Аппетит - в норме.

Язык - слегка обложен белым налётом.

Отрыжка, изжога, тошнота и рвота - не наблюдается

Зев - слизистая оболочка розовой окраски.

Десны - не изменены розовой окраски.

Зубы - есть кариес. Всего зубов 25.

Асцит - не выявлено.

Поверхностная пальпация: Живот мягкий. В правой подвздошной области находится рубец после аппендектомии. Признаков в виде головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка нет. Признаков метеоризма, видимой перистальтики во время исследования не обнаружено. При пальпации зоны над лобком есть небольшая болезненность и набухание.

Глубокая пальпация: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра, диаметр 2 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде цилиндра, диаметр 3 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. Поперечно ободочная кишка расположена выше пупка на 2 см, диаметр 3 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет.

Восходящая часть толстого кишечника расположена правильно, диаметр 2.5 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. Нисходящий отдел расположен правильно, диаметр 2 см, эластичный, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет.

Стул - обычного цвета, регулярный - 1 раз в день, оформленный, без примесей.

Печень - Размеры печени по Курлову: по правой средне-ключичной линии 10 см; по передней срединной линии 9 см; по левой реберной дуге 7 см.

Симптом Ортнера - при постукивании ребром ладони по правой реберной дуге нет болезненности.

Селезёнка - не пальпируется, что соответствует норме.

Длинник - 8см.

Поперечник - 6см.

Поджелудочная железа - не пальпируется, что является нормой.

Аускультация: прослушиваются кишечные шумы, что обусловлено перистальтикой кишечника.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Мочеиспускание - частое, иногда болезненное, никтурия.

Мочевой пузырь - при пальпации увеличение.

Цвет мочи, наличие примесей - соломенно-жёлтый, большое количество эпителия

Припухлость и гиперемия в поясничной области - не выявлено

Отеки - слабо выраженные отеки на ногах

Дизурические расстройства - затруднение мочеиспускания.

Почки - не пальпируются.

Симптом Пастернацкого - при поколачивании нет болезненности.

ЖЕЛЕЗЫ ВНУТРЕННЕЙ СЕНКРЕЦИИ

Жажда, сухость во рту, чувство голода, жара или зябкости у больного - не наблюдается

Ожирение, исхудание, выпадения волос - наблюдается ожирение. Индекс массы тела 31,2.

Симптомы тириотоксикоза - не выявлено.

Щитовидная железа при пальпации, наличие узлов - не пальпируется, узлов не обнаружено.

Тремор рук и век - не обнаружено.

Поджелудочная железа - не пальпируется.

Размеры носа, челюстей, ушных раковин - нормальных размеров

Размеры стоп и ладоней - нормальных размеров

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Состояние психики - адекватное, к контакту доступно.

Рефлексы - не угнетены.

Сон - 5-6ч.

Нарушений эмоциональной сферы - не наблюдается.

Обоняние и вкус. Реакция зрачка на свет, функция слухового аппарата. Расстройства речи. Нарушения функционирования вестибулярного аппарата. Движения мимической мускулатуры. - патологии не выявлено.

Тремор - есть небольшой тремор.

Пальпация про ходу нервных стволов - безболезненны.

Менингеальные симптомы - Кернига и Брудзинского не выявлены.

Умственное развитие - хорошее

МЕСТНЫЙ СТАТУС (STATUS LOKALIS)

Больной жалуется на учащённое, болезненное мочеиспускание в ночное время до 4-5 раз. При пальпации живота выявлено болезненность в области мочевого пузыря. При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличение предстательной железы, имеющей выпуклую, гладкую поверхность, сглаженную серединную бороздку, равномерную тугоэластическую консистенцию, ровные чёткие контуры, верхний полюс слева не досягаем, подвижность стенки прямой кишки над ней сохранена.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Аденома предстательной железы

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови.

Гемоглобин 137 г/л СОЭ 6 мм Лейкоциты 8\*109 /л.

Нейтрофилы сегментоядерные 72 % Эозинофилы 2 % Лимфоциты 38 % Моноциты 2 %

Биохимический анализ крови.

Общий белок плазмы 74 г/л Мочевина крови 8.0 ммоль/ АлАТ 0.43 мкмоль/ч

АСТ 0.36 мкмоль/ч Общий билирубин 20.2 мкмоль/ Глюкоза 4.9 ммоль/л

Заключение. В ОАК и БАК изменений нет

Кровь на сахар.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Норма |  |
| Сахар | 4,8 |  |

Заключение.

Изменений нет. Кровь соответствует норме.

Дополнительные методы исследования:

Анализ мочи:

Цвет мочи соломенно-желтый Прозрачность прозрачная прозрачная Относительная плотность 1.026 Белок отр. до 0.012 г/л Лейкоциты 5--7 в п/зр.

Эпителий 3--4 в п/зр.

Кровь на ПСА=7,8 нг/мл

Ультрасонографическое исследование

Мочевой пузырь при адекватном наполнении деформирован, узловатый. Содержимое гипоэхогенное, с незначительным количеством эхогенного осадка. Объем мочевого пузыря - 363 мл, объем остаточной мочи 309 мл.

Prostata: форма неправильная, контуры неровные, бугристые, эхогенность - смешанная, неравномерная, структура неоднородная. В проекции левой доли исходит узловатое образование диаметром 24 мм с капсулой, негомогенной внутренней эхоструктурой, пониженной эхо генности. В проекции правой доли - узловатое образование диаметром, 19 мм.

УЗИ

Заключение:

Анализ мочи:

Лейкоцитурия и повышение количества эпителия в моче.

Ультрасонографическое исследование:

Эхоскопические признаки гиперплазии предстательной железы, узловатые образования предстательной железы.

УЗИ:

Увеличение предстательной железы и сужение мочеиспускательного канала

ПСА - свидетельствует об увеличении предстательной железы.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

На основании жалоб - учащение позывов на мочеиспускание, особенно в ночное время до 4--5 раз, затруднение акта мочеиспускания, большая его продолжительность, уменьшение ширины и вялость струи, остается ощущение остаточной мочи после акта мочеиспускания.

Объективные данные - болезненная пальпация над лобком и увеличение мочевого пузыря.

Данные дополнительного исследования - а анализе мочи определяется лейкоцитурияи повышения количества эпителия; Ультрасонография: признаки гиперплазии предстательной железы, узловатые образования предстательной железы; На УЗИ увеличение предстательной железы и сужение мочеиспускательного канала. ПСА

План ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ:

Консервативные методы лечения: Празозин, пепонен, проскар, серпес.

При аденоме предстательной железы малоэффективны. Предполагается произвести аденомэктомию. Согласие больного на операцию получено.

КЛИНИКА ФАРМАКОЛОГИЧЕКОГО ХАРАКТЕРА ПРЕПАРАТОВ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название препарата | Показание к применению | Доза |
| Празозин | Аденома предстательной железы | По 1 мг 3-4 раза в день |
| Пепонен | Аденома предстательной железы | По 1-2 капсулы 3 раза в сутки |
| Проскар | Аденома предстательной железы | По 1 таблетки 1 раз в сутки |
| Серпес | Аденома предстательной железы | По 2 таблетки 2 раза в день |
|  |  |  |

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

4.05.2012

Состояние больного удовлетворительное. Жалуется на болезненное и учащённое мочеиспускание в ночное время Сознание ясное. Положение активное. Я зык влажный, обложен слегка белым налётом. АД 140/90 мм. рт. ст. ЧДД 17 в минуту. Пульс 77 ударов в минуту. Стул в норме. Диурез нарушен, количество выпитой жидкости преобладает над выделенной.

7.05.2012

Состояние больного удовлетворительное. Жалуется на болезненное и учащённое мочеиспускание в ночное время Сознание ясное. Положение активное. Я зык влажный, обложен слегка белым налётом. АД 130/90 мм. рт. ст. ЧДД 17 в минуту. Пульс 81 ударов в минуту. Стул в норме. Диурез нарушен, количество выпитой жидкости преобладает над выделенной.

8.05.2012

Состояние больного удовлетворительное. Жалуется на болезненное и учащённое мочеиспускание в ночное время Сознание ясное. Положение активное. Я зык влажный, обложен слегка белым налётом. АД 140/90 мм. рт. ст. ЧДД 118 в минуту. Пульс 79 ударов в минуту. Стул в норме. Диурез нарушен, количество выпитой жидкости преобладает над выделенной.

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

ООО поступил в урологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.05.2012 в 10.40 с диагнозом аденома предстательной железы.

В отделении проведены следующие диагностические приемы: опрос, объективное исследование, ректальное исследование предстательной железы, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование мочеполовых органов. На основе полученных данных был выдвинут окончательный диагноз: аденома предстательной железы.

Прогноз: благоприятный.

Рекомендации: диспансерное наблюдение уролога, здоровый образ жизни.