**Официальные данные** (официальный анамнез)

**Фамилия, имя, отчество больного:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Возраст:** 68 года

**Семейное положение:** женат

**Национальность:** русский

**Профессия, название предприятия и места работы:** пенсионер, тракторист

**Место рождения:** г. Тайга

**Место жительства, адрес:** г. Тайга

**Дата поступления**: 07.04.03

**Выписан:**

**Диагноз:**

 **Основное заболевание:** аденома предстательной железы, стадия декомпенсации

 **Осложнения:**  острая задержка мочи, микрогематурия

 **Сопутствующие заболевания:**

**АНАМНЕЗ**

**Жалобы:**

1. Затруднение мочеиспускания
2. Рези при мочеиспускании
3. Повышенная утомляемость
4. Снижение аппетита

**Анамнез настоящего заболевания:**

Считает себя больным с октября 2002 года, когда стал чаще мочиться (каждые 15 минут). Самостоятельно пропил в течении нескольких месяцев препараты Полин, Гентос и Простамол – мочеиспускание стало реже (примерно раз в час). В марте 2003 появились рези при мочеиспускании. 3-го апреля после тяжёлой работы (кидал снег) рези стали не выносимыми, что сделало мочеиспускание невозможным. В течение трёх дней не удавалось опорожнить мочевой пузырь. 6 апреля утром вызывал машину скорой помощи из-за не стихающих позывов к мочеиспусканию, нарастающей боли внизу живота, слабости и тошноты. Врачами скорой помощи была проведена катетеризация мочевого пузыря и выведено до 1 л мочи. Вечером 6 апреля ситуация повторилась – было откачено до 1,5 л мочи. 7 апреля был доставлен сыном в урологическое отделение клиники им. Савиных, куда был госпитализирован.

**Личный анамнез больного:**

Родился в срок 20.10.34 г. Вскармливался грудью. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Детских заболеваний не помнит. Закончил 10 классов школы. Затем с 1953 года работал трактористом.

В 1993 году перенёс инфаркт.

**Аллергологический анамнез:**

Не отягощен.

**Социально-бытовые условия:**

Материально обеспечен. Живет в благоустроенной квартире, условия быта - удовлетворительные. Питание регулярное.

Курит. Алкоголь употребляет умеренно. Употребление наркотиков отрицает.

**Общие исследования**

**Тип телосложения:** нормостеническое

**Положение больного:**  активное

**Сознание:** ясное

**Выражение лица:** осмысленное

Исследование кожи:

 Кожные покровы светлой окраски, эластичные, умеренной температуры и влажности. Отеков не отмечается. Сыпи и пигментации не отмечается. Наличие расширенной венозной сети не отмечается.

Слизистые:

 Имеют бледно-розовую окраску, чистые, влажные, блестящие. Изъязвлений и налетов нет.

Подкожная клетчатка:

 Развита равномерно, умеренно. Отеки не определяются. Тургор сохранен.

Лимфатические узлы:

 Кожа над лимфатическими узлами не изменена, гиперемии, повышение температура, увеличения визуально не отмечается. Пальпируются одиночные узлы, плотной, эластической консистенции, не спаянные с окружающей тканью, безболезненные.

Мышечная система:

 Развита умеренно, симметрично на одинаковых участках. Тонус и сила мышц сохранены, при пальпации болезненности нет.

Костная система:

 Конфигурация костей нормальная, деформаций нет. При пальпации безболезненны. Суставы нормальной конфигурации, кожа над ними не изменена, повышения температуры, гиперемии нет. Движения в суставах сохранены в полном объеме, без болезненности.

Голова:

 Округлой формы. Соотношение мозгового и лицевого черепа нормальное. Отеков на лице нет. Аномалий развития черепа не отмечается.

Ротовая полость:

 Язык бледно-розовой окраски, влажный, обложен белым налётом, трещин нет. Десны розовой окраски. Миндалины розового цвета, влажные, чистые, блестящие, не выходят за дужки. Мягкое и твердое небо без изменений. Признаков воспаления нет.

Шея:

 Щитовидная железа не увеличена, не пальпируется, видимой пульсации сосудов не отмечается. Лимфатические узлы шеи не увеличены, безболезненны.

Грудная клетка:

#  Обе половины симметрично участвуют в акте дыхания, отставаний нет. Межрёберные промежутки, над- и подключичные ямки выражены слабо. Деформация грудной клетки не отмечается. Дыхательные движения симметричные. Частота дыхания 20 актов в мин.

 При сравнительной перкуссии лёгких спереди и сзади на симметричных участках звук ясный, легочной одинаковый. Гамма звучности спереди и сзади не изменена. Граница лёгких соответствует норме.

При аускультации дыхание везикулярное, хрипов, патологических шумов нет.

Сердечно - сосудистая система.

 При осмотре области сердца и сосудов деформации, патологической пульсации не отмечается. «Сердечного горба» нет.

 Пальпация. Верхушечный толчок локализуется в 5 межреберье слева на среднеключичной линии, площадью 2 см, положительный, резистентный, неусилен, невысокий.

 Патологического дрожания в области сердца не определяется.

 При аускультации сердца тоны приглушены, ритмичные, шумов нет. Пульс 72 уд\мин, одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сосудистая стенка не пальпируется.

Исследования органов брюшной полости

Состояние после эпицистостомиии. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания равномерно, видимой пульсации нет, при пальпации болевых точек не обнаружено, печень не выступает за край рёберной дуги.

Мочеполовая система

 При пальпации области почки слева и справа болезненность отсутствует. Правая и левая почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слева и справа отрицательный. Мочеиспускание через цистостому, диурез в норме, половые органы сформированы по мужскому типу. Отделяемого, крови, гноя из уретры и заднего прохода нет.

Состояние психики и нервной системы

 Память удовлетворительная, в контакт входит охотно, относится с вниманием, поведение сдержанное. К своему состоянию относится спокойно.

 **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Общий анализ крови:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **17.04.03** | **Норма** |
| Гемоглобин г\л | 160 | 120 – 140 |
| Цветной показатель | 0,9 | 0,85 – 1,05 |
| Эритроциты 109 | 4,9 | 3,9 – 4,7 |
| Лейкоциты 103 | 5,8 | 4 – 9 |
| Палочкоядерные % | 1 | 1 – 6 |
| Сегментоядерные % | 59 | 47 – 72 |
| Лимфоциты % | 35 | 19 – 37 |
| Моноциты % | 5 | 3 – 11 |
| СОЭ | 21 | менее 15 |

Заключение: повышено СОЭ

**Биохимический анализ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель  | 17.04.03 | Норма |
| Общий белок г/л | 103 | 63 – 84 |
| Глюкоза ммоль\л | 5,2 | 3,8 – 6,2 |
| АлАТ Ед\л | 16,1 | менее 33 |
| АсАТ Ед\л | 10,3 | менее 48 |
| Билирубин общ. мкмоль\л | 74,3 | менее 21,5 |
| Мочевина | 8,3 | менее 8,3 |
| Креатинин | 51,5 | менее 103 |

Заключение: увеличение белка, билирубина

**Общий анализ мочи**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | 08.04.03 |
| Цвет  | св-жёлтый |
| Прозрачность  | мутная |
| Белок г\л | 0,44  |
| Относительная плоьность | 1005 |
| Глюкоза | Отр |
| Лейкоциты | 3-4 |
| Эпителий |  |
| Эритроциты | много |
| Соли | Оксалаты |

Заключение: повышено содержание белка в моче, микрогематурия

**Реакция Вассемана** **08.04.03:** отрицательно

**УЗИ брюшной полости 10.04.03:** Диффузные изменения печёночной ткани и поджелудочной железы. Признаки хр. Холангиохолецистита. Двусторонний гидронефроз и нефроптоз I ст.

**ЭКГ 08.04.03:** Отклонение ЭОС влево, ритм синусовый 78/мин, желудочковые и наджелудочковые экстрасистолии по типу бигеминии, рубец задней стенки левого желудочка.

**Анализ мочи на стерильность 08.04.03:** ОМЧ=0

**Промежностная биопсия простаты 22.04.03:** аденома предстательной железы

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

 На основании:

жалоб:

* Затруднение мочеиспускания
* Рези при мочеиспускании
* Повышенная утомляемость
* Снижение аппетита

анамнеза:

* мужской пол
* 68 лет
* работа, связанная со стрессами и переохлаждениями (тракторист)

объективного обследования:

* состояние после эпицистостомии

данных лабораторных исследований:

* УЗИ брюшной полости:Диффузные изменения печёночной ткани и поджелудочной железы. Признаки хр. Холангиохолецистита. Двусторонний гидронефроз и нефроптоз I ст.
* ОАМ: микрогематурия, повышено содержание белка
* промежностная биопсия простаты: аденома предстательной железы

ставлю диагноз аденома предстательной железы, стадия декомпенсации, осложненённая острой задержкой мочи, микрогематурией

#### Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз прежде всего следует проводить с раком предстательной железы, результаты биопсии исключили эти предположения.

**Лечение**

Больному было назначено следующее лечение:

Для полноценного выведения мочи проведена торакарная эпицистостомия, затем выполнена промежностная биопсия предстательной железы. В дальнейшем планируется провести чрезпузырную энуклеацию аденомы предстательной железы.

**Торакарная эпицистостомия 11.04.03:** Операционное поле обработано по Гроссиху. Проведена местная инфильтрационная анастезия 0,5% р-ром новокаина 30 мл. Остроконечным скальпелем рассечена кожа и апоневроз по ходу пункционного канала. Торакарным способом установлен силиконовый катетер без техничесикх сложностей. Фиксирован к коже двумя швами. Наложена асептическая повязка.

**Промежностная биопсия предстательной железы по контролем ТРУЗИ 22.04.03**: Операционное поле обработано по Гроссиху. С помощью ректального датчика при продольном сканировании выбрано направление биопсии. Проведена местная инфильтрационная анастезия 0,5% р-ром новокаина 90 мл. Биопсийная игла подведена к простате и при помощи пистолета проведена биопсия из правой доли 4 фрагмента и левой доли 4 фрагмента. Наложена асептическая повязка.

**Чрезпузырная энуклеация аденомы предстательной железы:** После ревизии мочевого пузыря вскрывают слизистую оболочку, покрывающую узлы в области передней комиссуры аденомы или надрывают ее указательным паль­цем правой руки, введенным через шейку мочевого пузыря в просвет простати­ческого отдела уретры и деликатными и дозированными усилиями фаланги ука­зательного пальца, двигаясь по окружности аденомы, отделяют узлы от хирурги­ческой капсулы — собственно предстательной железы и в завершение — от мо­чеиспускательного канала в апикальной зоне. На ложе удаленных узлов в зоне шейки мочевого пузыря, спереди от уретрального катетера накладывают два или три поперечных кетгутовых шва ∞ -образной формы, контролируют положение мочеточниковых устий и завершают операцию двухслойным ушиванием мочевого пузыря наглухо или с оставлением надлобкового мочепузырного дренажа. Дополнительный гемостаз достигается лег­ким дозированным натяжением уретрального баллонного катетера, введенного в мо­чевой пузырь на 3—4 ч. Непрерывное капельное промывание мочевого пузыря раствора­ми фурацилина или 0,9 % раствором натрия хлорида в первые сутки после опера­ции предотвращает образование сгустков крови и окклюзию дренажных трубок.

Уретральный катетер может быть при необходимости удален через 3—4 дня после формирования простатической части уретры. В последующем мочепузырный свищ заживляют при дренировании мочевого пузыря уретральным катетером и восста­навливают мочеиспускание.

**Прогноз**

Прогноз благоприятный.

**Рекомендации**

1. Активный образ жизни

2. Исключение из рациона раздражающих продуктов питания, копчёностей, специй, алкоголя, больших количеств жидкостей.

3. Предотвращение запоров.

4. Предупреждение переохлаждений.

5. Профилактика мочеполовых инфекций.