***Паспортная часть:***

Фамилия, имя, отчество:

Возраст: 68 лет.

* 1. Место работы: пенсионер
	2. Постоянное место жительства:
	3. Дата поступления:
	4. Дата курации:

 ***Жалобы больного:***

Предъявлены жалобы на учащение позывов на мочеиспускание, особенно в ночное время до 4-6 раз, затруднение акта мочеиспускания, большая его продолжительность, уменьшение ширины и вялость струи, остается ощущение остаточной мочи после акта мочеиспускания.

Также предъявлены жалобы на появившуюся раздражительность, быструю утомляемость, нарушения сна в виде бессонницы и кошмаров, повышенную потливость.

***Anamnesis morbi:***

Считает себя больным в течение трех лет, когда впервые появились описанные выше жалобы, но были менее выражены. Обратился к урологу по месту жительства, было назначено лечение двумя таблетированными препаратами, после чего через месяц наступило улучшение. Подобные обострения повторялись еще дважды в январе и апреле 2005 года, предпринимались подобные меры с удовлетворительными результатами. В начале сентября этого года состояние значительно ухудшилось, симптомы стали более выраженными, в поликлинике по месту жительства была предложена госпитализация и поступил в урологическое отделение Республиканской клинической больницы с целью уточнения диагноза и лечения.

***Anamnesis vitae:***

* 1. Краткие биографические данные:
	2. анамнез: женат, имеет 5 детей.
	3. Трудовой анамнез: работал с 1950-1985г работах в колхозе, вел натуральное хозяйство.
	4. Бытовой анамнез: жилищно–коммунальные условия удовлетворительные.
	5. Питание: регулярное, полноценное.
	6. Вредные привычки: не курит.
	7. Аллергологический анамнез: аллергии нет.
	8. Перенесенные заболевания: абсцесс легкого в 1968 г. Ревматизм. Инвалид 2 группы.

***Наследственность:*** со слов больного никто из его родственников не болел урологическими заболеваниями.

***Настоящее состояние (status praesens)***

**Общий осмотр (inspectio)**

1. Общее состояние больного: удовлетворительное.
2. Сознание: ясное.
3. Положение больного: начал ходить с 18 числа
4. Телосложение: нормастеническое.
5. Рост 170 см, вес 70 кг.
6. Выражение лица: осмысленное
7. Кожные покровы: обычной окраски, влажность кожи умеренная. Тургор снижен.
8. Тип оволосения: по мужскому типу.
9. Видимые слизистые розовые, влажность умеренная, язык – белый.
10. Подкожно – жировая клетчатка: развита слабо.
11. Мышцы: степень развития удовлетворительная, тонус сохранен.
12. Кости: безболезненные.
13. Суставы: болезненны при пальпации.
14. Периферические лимфоузлы: не увеличены.

**Дыхательная система.**

*Осмотр:*

* + Форма грудной клетки: нормостеническая.
	+ Грудная клетка: симметрична.
	+ Ширина межреберных промежутков умеренная.
	+ Эпигастральный угол прямой.
	+ Лопатка и ключица выступают слабо.
	+ Тип дыхания брюшной.
	+ Число дыхательных движений в минуту: 18
	+ Пальпация грудной клетки: грудная клетка эластична, голосовое дрожание одинаково на симметричных участках, безболезненная.

*Перкуссия легких:*

Сравнительная перкуссия: ясный легочный звук на симметричных участках грудной клетки.

*Топографическая перкуссия.*

Ширина полей Кренинга по 8 см с обеих сторон.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Верхняя граница |
| 1 | Высота стояния верхушек спереди | 3 см выше ключицы | 3 см выше ключицы |
| 2 | Высота стояния верхушек сзади | 7 шейный позвонок | 7 шейный позвонок |
| Нижняя граница |
| 1 | По окологрудинной линии | Верхний край 4 ребра | Не определяется |
| 2 | По срединно – ключичной линии | 5 ребро | Не определяется |
| 3 | По передней подмышечной линии | 7 ребро |  6 ребро |
| 4 | По средней подмышечной линии |  7 ребро |  7 ребро |
| 5 | По задней подмышечной линии |  8 ребро |  8 ребро |
| 6 | По лопаточной линии |  9 ребро |  8 ребро |
| 7 | По околопозвоночной линии | Остистый отросток X груд. позвонка | Остистый отросток X груд. позвонка |

#### Дыхательная экскурсия нижнего края легких: по задней подмышечной линии 1.5 см на вдохе, на выдохе – 1 см.

*Аускультация:*

Прослушивается везикулярное дыхание, шум трения плевры не определяется.

***Сердечно – сосудистая система*.**

*Осмотр:* видимая пульсация артерий и вен в области шеи не прослеживается, видимые выпячивания и пульсация в области сердца так же не обнаружены.

*Пальпация:*

* + верхушечный толчок располагается в 5 межреберье на 1,5-2 см латеральнее левой среднеключичной линии (нормальной силы, ограниченный).

*Перкуссия:*

-Поперечник относительной тупости сердца : 12-13 см

-Ширина сосудистого пучка: 6-7 см, 2 межреберье слева и справа (соответствует ширине грудины)

-Конфигурация сердца: нормальная.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | **Абсолютной тупости** |
| Правая | 4 межреберье 1 см правее края грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Левая | 5 межреберье на 1,5-2 см латеральнее левой среднеключичной линии | От области верхушечного толчка двигаться к центру (2,5 см медиальнее) |
| Верхняя | Парастернальная линия 3 межреберье | Парастернальная линия 4 межреберье |

*Аускультация:*

*Тоны:*

- ритмичные сердечные сокращения

* + число сердечных сокращений – 75
	+ первый тон нормальной звучности
	+ второй тон нормальной звучности
	+ дополнительные тоны не прослушиваются

Артериальный пульс на лучевых артериях: симметричный, ритмичный, твердый, полный.

Артериальное давление на плечевых артериях: 150 и 90 мм. рт. ст.

**СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Губы бледно-розового цвета, слегка влажные, трещин и изъязвлений нет. Слизистые оболочки бледно-розовые, влажные, патологических изменений не обнаружено. Язык розовый, влажный, с беловатым налетом, сосочки развиты хорошо, трещин, язв. Десны розового цвета, без кровоточивости и язв.

Глотка: слизистая оболочка бледно-розовая, миндалины не гиперемированы, слегка увеличены, дужки и язычок не гиперемированы. Налетов нет. Задняя стенка без патологических изменений.

Слюнные железы не увеличены, безболезненны, кожа в области желез не изменена, боли при жевании и глотании.

Живот нормальной формы, симметричен, не вздут, выпячиваний, западений, видимой пульсации нет. Брюшная стенка участвует в акте дыхания, рубцов нет, видимой перистальтики нет. При перкуссии и поколачивании над всей поверхностью - тимпанический звук, болезненность, напряжение стенки живота, флюктуация отсутствуют.

При поверхностной пальпации напряжение брюшной стенки отсутствует, болезненность не отмечается, уплотнений нет. Симптом волны, симптом Менделя, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательны.

При специальной пальпации расхождения прямых мышц живота нет. Аускультация: перистальтика кишечника в норме.

При осмотре печень не увеличена. При глубокой скользящей методической пальпации по Образцову-Стражеско по правой среднеключичной линии нижний край печени не выступает из-под нижней реберной дуги. При пальпации край печени острый, безболезненный, мягкий, поверхность ровная, гладкая.

При пальпации пузырная точка, эпигастральная зона, холедо-панкреатическая зона, точка диафрагмального нерва,акромиальная точка, точка лопаточного угла, позвоночная точка безболезненны.

При перкуссии: границы печени

 верхняя - 6 межреберье по среднеключичной линии.

 нижняя – по правому краю реберной дуги.

Болезненность при перкуссии и поколачивании отсутствует.

Определение размеров по Курлову:

1. по срединной линии – 6,5 см
2. по среднеключичной линии – 9 см
3. по левой реберной дуге – 5 см

Стул: 1 раз в 2-3 дня. Запоры мучают часто.

Селезенка: видимого увеличения нет.

При пальпации:

- верхняя граница - 8 ребро

- нижняя граница - на 1 см кнутри от реберной дуги.

Размеры при перкуссии: длина - 7,5 см, ширина - 4,5 см. Селезенка не пальпируется.

***Поджелудочная железа.***

При пальпации безболезненна, неувеличена, уплотнение поджелудочной же­лезы не обнаруживается.

**Мочевыделительная система: в**ыпячиваний над лобком, в области почек не отмечается. Левая и правая почки не пальпируются. Мочевой пузырь определяется перкуторно в виде тупости и пальпаторно в виде тугоэластического шаровидного образования над лобком, переполнен, болезненен (цистостома), отмечено выбухание надлобковой области. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличение предстательной железы, имеющей выпуклую, гладкую поверхность, сглаженную серединную бороздку, равномерную тугоэластическую консистенцию, ровные четкие контуры, верхний полюс слева не досягаем, подвижность стенки прямой кишки над ней сохранена.

**Система половых органов:** Жалоб на боли нет. Вторичные половые признаки: мужской тип оволосения, волосяной по­кров в подмышечных впадинах.

**Эндокринная система:** Рост, телосложение и пропорциональность частей тела соответствует возрасту.

Размеры языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук и стоп соответ­ствуют развитию. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна.

**Нервная система:** Память, внимание, сон сохра­нены. Настроение – бодрое, аптиместическое. В чувствительной сфере нет отклонений, но присутствует увеличение болевой чувствительности.

Состояние психики – сознание ясное, нормально ориентировано в пространстве, времени и ситуации.

* + Интеллект соответствует уровню развития.
	+ Поведение адекватное.
	+ Уравновешен, общителен.
	+ Никаких отклонений не наблюдается
	+ Двигательная сфера: не устойчивая, болезненная.

 ***Лабораторные исследования:***

*Клинический анализ крови 30.09.05.*

Эритроциты 4,61\*10/л

Гемоглобин 143 г /л

Гематокрит 40 %

Лейкоциты 5,5\*10 /л

*Общий анализ крови 1.010.05*

Эритроциты 4,5\*10 /л

Гемоглобин 143 г /л

Цветовой показатель 0,9

Лейкоциты 5,4\*10 /л

Лимфоциты 38%

Моноциты 8%

СОЭ 3 мм/час

*Общий анализ мочи 2.10.05*

Цвет с/м

Уд.вес 1010

Реакция щелочная

Белок отр

Эмителий плоский 0-1-0

Лейкоциты 5-6

Соли:фосфаты +

Бактерии +

*Биохимический анализ крови1.10.05*

Общий белок плазмы 69,0

Тимоловая проба 5,6

Мочевина крови 10,0

Креатинин 0,11

Ал Ат 14

К=4,6, Na=145,Са общ=2,4, сывороточное железо=23,0

АСТ 19

Щелочная фосфатаза= 104

Общий билирубин 12,9

Мочевая кислота 339 мкмол/л

Триглицериды 2,67 ммоль/л

Глюкоза 6,1

Холестерин 5,2

*КСР на сифилис «-» 25.08.05*

*Вич-инфекция не обнаружена 29.09.05*

***Лучевая диагностика.***

Радиоренография 30.10.05.

Секреторно-выделительная функция левой и правой почек снижена.

ЭКГ 4.10.05

Синусовый ритм, одиночная желудочковая экстрасистола, нарушение реполяризации высоких передних боковых отделов по типу ишемии миокарда.

УЗИ 5.10.05.

Семенные пузырьки обычных размеров, не изменены. Мочевой пузырь наполнен удовлетворительно, в просвете несколько конкрементов до 16 мм.

Предстательная железа размеры 55 х 39х 41 мм, объем железы 43,9 см 2. Длина пристеночного отдела уретры 48 мм. Капсула прослеживается на всем протяжении, ровная, четкая. Эхогенность ткани средняя. Структура диффузно-неоднородная, гиперплазия переходящих зон с узлообразованием: справа 20 х 18 мм, слева 17 х 14 мм, с краевой кальцинацией слева, в составе узла киста 4х 3х5 мм, сосудистый рисунок не изменен.

Узи 6.10.05

Печень: контуры четкие, ровные, эхогеннносить паренхимы средняя, структура неоднородная, определяется кисты максимально в S3 13х 18 мм, в правой доле кальциноз 3 мм. Сосудистый рисунок не изменен. Желчный пузырь: объем средний, контуры четкие, ровные, стенки уплотнены до 4 мм, в просвете малоподвижный камень 3 мм,. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Селезенка: без особенностей. Поджелудочная железа: обычных размеров, контуры четкие, неровные, эхогенность ткани повышена, структура диффузно-неоднородная, проток не расширен.

*Заключение:* диффузные изменения и кисты печени. Хронический калькулезный холестит, хронический панкреатит.

***Дифференциальный диагноз:***

По своей клинической картине аденома парауретральных желез 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 нет характерной для рака неравномерной, каменистой консистенции, бугристой поверхности, типичной картины метастазов в регионарные лимфоузлы и кости. При катетеризации мочевого пузыря исключена стриктура мочеиспускательного канала, иначе он был бы непроходим. Цистоскопии для дифференциальной диагностики опухоли или склероза шейки мочевого пузыря не проводили.

***Этиология и патогенез.***

Рассматривая данный клинический случай, следует учесть несколько этиологических моментов. Несомненно свою роль в развитии аденомы сыграла возрастная недостаточность андрогенов. По механизму обратной связи усилилось выделение гонадотропных гормонов передней долей гипофиза. Его воздействие привело к разрастанию парауретральных желез и образованию аденомы, покрытой оболочкой из предстательной железы.

***Лечение.***

Консервативные методы лечения при аденоме предстательной железы малоэффективны. Предполагается произвести чрезпузырную аденомэктомию с двусторонней вазотомией. Идет подготовка больного к операции.

*Назначение консервативного лечения:*

*Фурадонин 2х3 раз/д*

*Анальгин 2,0 х3 раз/д*

*Артезин 2 mg 1 таб на ночь*

*Цефазолиен 1,0 в/м*

*Дицинон 4,0 в/м*

*Na Cl 0,9 %-400,0 в/в кап.*

*Эуфиллин 2,4 %-5,0 в/в кап*

*Глюкоза 5 %-400,0 в/в кап*

*Ac.ascorbinici 5%-5,0 в/в кап*

***Прогноз заболевания:***

Прогноз: в общем благоприятный, но возможно снижение половой функции, послеоперационные осложнения в виде стриктур мочеиспускательного канала, остеомиелита лобковых костей, хронического цистита, камней мочевого пузыря, недержания мочи, незаживающего надлобкового свища.

***Дневник курации.***

14.10 37.1 72/мин 18/мин. Состояние удовлетворительное. АД 150/90 мм. рт. ст.. Режим постельный. Стол 15. Сквозное промывание пузыря фурацилином. Ампиокс 0.5 4раза в сутки. Дыхательная гимнастика.

15.10 36.7 70/мин 16/мин Состояние удовлетворительное.

Переведен в отделение. Моча прозрачная, макрогематурии нет.

Диурез соответствующий объему инфузий. Режим палатный. Остальные назначения без изменений.

16.09 72/мин 18/мин Состояние удовлетворительное.

Моча прозрачная, макрогематурии нет.

Диурез соответствующий объему инфузий. Режим палатный. Снят катетор.

Остальные назначения без изменений.

***Эпикриз этапный.***

поступил в плановом порядке в урологическое отделение РКБ с диагнозом Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (аденома простаты). 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 : Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (аденома). Вторичный цистит.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 13/10 | 14/10 | 15/10 | 16/10 | 17/10 | 18/10 | 19/10 | 20/10 |
| у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |
| 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36,8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36,6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36,4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36,2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***Температурный лист.***

***Использованная литература.***

Гостищев В.К. «Общая хирургия» Москва, 2003

Нартайлаков М.А. «Лекции по общей хирургии» Уфа, 2002

Гребнев А.Л. «Пропедевтика внутренних болезней» Москва, 2001

Гостищев В.К. «Руководство к практическим занятиям по общей хирургии» Москва, 1987

Харкевич Д.А. «Фармакология» Москва , 2001

Урология: Учебник / Под ред. Н.А. Лопаткина. --- М.: Медицина, 1982.

Островерхов Г.Е., Бомаш Ю.М., Лубоцкий Д.Н. Оперативная

хирургия и топографическая анатомия. --- Курск: АП ``Курск'', 1995.

Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия: Учебник. --- М.:

Медицина, 1993

Тетенев Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних

болезней (клинические лекции). --- Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995.

Справочник практического врача / Под ред. А.И. Воробь "ева --- М.:

Медицина, 1992. --- В 2 томах. Т. 1.

Машковский М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. Ч. 1. --- М.:

Медицина, 1993.