**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Отделение: 1-е урологическое;

Палата: 409;

Дата рождения: 11.04.1940 гр. (74);

Пол: мужской;

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Место работы, профессия или должность: пенсионер;

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

Обслуживающая поликлиника: пол. №1 г. Городок;

Кем направлен: пол. №1 г. Городок;

Доставлен в стационар: госпитализирован в плановом порядке;

Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые;

Дата поступления в стационар: 03.12.14г.;

Дата выписки:

Группа крови: 2, Rh +;

Побочное действие лекарств (непереносимость): пенициллины, димедрол;

**ЖАЛОБЫ**

Жалуется на затруднения мочеиспускания в течение длительного времени, частое ночное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Мочеиспускание затруднено, моча выделяется медленно, вялой, прерывистой струей. При мочеиспускании задействует мышцы брюшного пресса. Периодическое повышение АД до 170/90 мм. рт. ст., которое сопровождается головной болью, головокружением.

**АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ(ANAMNESISMORBI)**

Считает себя больным несколько лет, когда впервые стало отмечаться некоторое затруднение и учащение мочеиспускания, ночные пробуждения в связи с позывами к мочеиспусканию (2-3 раза за ночь), уменьшение объема мочи, выделяемого за однократное мочеиспускание. Спустя некоторое время стали появляться императивные позывы к мочеиспусканию, появилось чувство неудовлетворенности после мочеиспускания. Мочеиспускание стало еще более затрудненным, осуществляемым прерывисто, с периодами отдыха в течение нескольких минут. На протяжении всего акта мочеиспускания больной натуживается, напрягает мышцы живота и диафрагмы.

02.12.14 обратился к врачу по месту жительства в поликлинику №1 г. Городок. После проведения необходимых исследований был направлен в урологическое отделение № 1 ВОКБ. 03.12.14 был госпитализирован в плановом порядке с диагнозом: ДГПЖ 2-3 ст., ХЗМ.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (ANAMNESISVITAE)**

Родился 11.04.1940 гр. в семье рабочих, воспитывался в благоприятных социально-бытовыми условиях. Рос и развивался соответственно возрасту. Прививался по календарю. Период полового созревания протекал без особенностей. Получил средне-специальное образование, работал по специальности. Состоит в браке, имеет здоровых детей. Питание полноценное и достаточное.

Из перенесенных заболеваний отмечает АГ2 р4, простудные. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания у себя и родственников отрицает. Перенесенные операции: удаление геморроидальных узлов. Гемотрансфузий не было.

Эпиданамнез и наследственность не отягощены.

Курит с юности, около пачки в день, алкоголем не злоупотребляет.

Аллергический анамнез: антибиотики пенициллинового ряда, димедрол. На пищевые, бытовые и животные аллергены не реагирует.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение тела активное, температура тела 36,7. Пациент не общителен, ориентирован во времени. Рост 174 см, вес 66 кг, ИМТ=25. Питание нормальное, телосложение правильное. Тип конституции нормостенический. Подкожная жировая клетчатка хорошо развита, толщина жировой складки не превышает 2 см.

Кожный покров бледно-розовый, чистый, зуда нет. Тургор сохранен, эластичная. Влажность достаточная. Патологических элементов не найдено. Рубцов нет. Усиления кожного рисунка, извилистости и расширения поверхностных вен не выявлено.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, влажные, без видимых патологических изменений. Язык влажный, чстый. Небо физиологической окраски, налетов, кровоизлияний нет. Миндалины физиологической окраски, налетов кровоизлияний, гнойных пробок, гнойников в лакунах нет.Десны розовые, кровоточивости, гноетечения нет. Склеры нормальной окраски.

Волосы и ногти не изменены. Оволосение по мужскому типу.

Щитовидная железа не увеличена, подвижна, не спаяна с окружающими тканями, гладкая, при пальпации безболезненная. Поджелудочная железа не пальпируется.

Лимфоузлы доступные пальпации не увеличены, безболезненны.

Кости безболезненны, не деформированы, опорная функция не нарушена. Суставы: движения в полном объеме, безболезненны, кожа над суставами не изменена. Мышцы безболезненны; функции и сила не изменены и симметричны. Позвоночник имеет физиологические изгибы, безболезненный; движение в полном объеме.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

Жалуется напериодическое повышение АД до 170/90 мм. рт. ст., которое сопровождается головной болью, головокружением.

**Осмотр.**

Осмотр сердечной области: сердечный горб отсутствует; верхушечный толчок на глаз не определяется. Отрицательного верхушечного толчка нет. Эпигастральная пульсация отсутствует.

Осмотр крупных сосудов: набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

**Пальпация.** Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии; ритмичный, ограниченный (площадь 2 см2), средней силы и высоты. Сердечный толчок не определяется.

Симптом «кошачьего мурлыканья», трение перикарда отсутствуют. Ретростернальная пульсация аорты не пальпируется.

Пульс на обеих лучевых артериях одинаковый, ритмичный, частота - 78 в минуту, дефицита пульса нет, пульс хорошего напряжения и наполнения. Пульсовая волна пальпируется на височных, сонных, бедренных, подколенных и артериях стопы.

**Перкуссия сердца.** Границы сердца не расширены.

**Аускультация.** Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. АД 140/90 мм.рт.ст.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Осмотр грудной клетки.** Грудная клетка нормостеническая: переднезадний размер меньше бокового, над- и подключичные ямки выражены умеренно, ребра имеют косой ход, межреберные промежутки выражены умеренно, эпигастральный угол около 90 о, лопатки хорошо контурируются.

Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, отставания одной половины от другой нет. Смешанный тип дыхания. Ритм дыхания правильный. Дыхательные движения средней глубины; частота дыхательных движений – 16 в минуту. Объективные признаки одышки: изменение частоты и глубины дыхания, участие вспомогательной мускулатуры и крыльев носа в акте дыхания, акроцианоз, ортопноэ, – отсутствуют.

**Пальпация.** Резистентность грудной клетки нормальная. Болезненности по ходу межреберных нервов, мышц, ребер нет. Голосовое дрожание не изменено, проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки. Ощущения трения плевры при пальпации нет. Экскурсия грудной клетки при спокойном дыхании составляет 3 см, максимальная экскурсия – 8 см.

**Перкуссия грудной клетки.**

*Топографическая перкуссия:* границы легких не изменены;

*Сравнительная перкуссия:* над симметричными участками легких перкуторно ясный легочный звук.

**Аускультация.** Над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, шум трения плевры, крепитация) отсутствуют.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

**Осмотр**. Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Пупочное кольцо не расширено, пупок втянут. Видимая перистальтика и венозная сеть на поверхности живота отсутствуют. Признаков расстройства портального кровотока, головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых областях, в области белой линии живота нет. Признаков метеоризма, видимой перистальтики во время исследования не обнаружено.

**Поверхностная пальпация живота в вертикальном и горизонтальном положении.** Живот мягкий, безболезненный, умеренной резистентности и напряжения. Грыжевые отверстия, расхождение прямых мышц живота, опухолевидные образования отсутствуют. Асцит методом флюктуации не определяется. Увеличение органов брюшной полости не отмечается.

**Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско.**

Патологических изменений при глубокой пальпации не выявлено. Перитонеальные симптомы отсутствуют.

**Пальпация печени по Образцову.** Нижний край печени не выступает из-под края реберной дуги.

**Пальпация желчного пузыря.** Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Образцова-Мерфи, Курвуазье, Георгиевского-Мюсси отрицательные.

**Пальпация поджелудочной железы.** Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность в треугольнике Шоффара не отмечается. Симптомы Гротта, Мейо-Робсона, Катча отрицательные.

**Пальпация селезенки.** Селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не пальпируется.

Симптом Поргеса отрицательный.

**Перкуссия живота.** Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптом Образцова отрицательный.

**Аускультация.** Выслушиваются шумы перистальтики во всех отделах кишечника. Шум трения брюшины над печенью, селезенкой не выслушивается. Систолический шум над аортой и мезентериальными артериями отсутствуют.

**МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

**Осмотр.** Поясничная и надлобковая область при осмотре не изменена. Мышцы поясничной области не напряжены. Половой член и мошонка нормальной формы и размеров, кожа над ними чистая, нормальной окраски. Головка полового члена и крайняя плоть без патологических изменений. Отделяемого из уретры нет.

**Пальпация.** Почки в горизонтальном и вертикальном положении не пальпируются. Пальпаторно мочевй пузырь не определяется. Пальпация по ходу мочеточников безболезненна. При пальпации форма, размеры и консистенция яичек и полового члена не изменены, имеют гладкую поверхность, безболезненны. Придатки яичек и семенные канатики без патологии.

**Перкуссия.** Симптом Пастернацкого отрицательный. Перкуторно мочевй пузырь не определяется.

**ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС** **(STATUS LOCALIS)**

**Ректальное пальцевое исследование предстательной железы.** Предстательная железа умеренно увеличена, имеет выпуклую ровную поверхность, срединная борозда сглажена, консистенция равномерная мягко-эластическая, контуры четкие. Простата при пальпации безболезненна.

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Общий анализ мочи (04.12.14 г.):**

Цвет – соломенно-желтый;

Реакция – кислая;

Удельный вес – 1021 (в норме 1012-1025);

Прозрачность – полная ;

Белок – нет;

Глюкоза – нет;

Эпителий плоский – 0-1 в п/зр. (в норме 0-1 в п/зр.);

Лейкоциты – 0-1 в п/зр. (в норме 0-3 в п/зр.);

Эритроциты – нет (в норме 0-2 в п/зр. );

Бактерии – нет;

**Общий анализ крови (04.12.14 г.):**

Эритроциты 4,7 \* 1012/л (4,0 – 5,1);

Гемоглобин 153 г/л (130 – 160);

Цветной показатель 0,97 (0,85 – 1,05);

Тромбоциты 203,1 \* 109/л

СОЭ 7 мм/ч ( 1 -10);

Лейкоциты 4,5 \* 109/л (4,0 – 9,0);

Нейтрофилы палочкоядерные – 1%(1 – 6);

Нейтрофилы сегментоядерные – 60% (47 – 72);

Лимфоциты 30% (19 – 37);

Моноциты 6% (3 – 11);

**Биохимический анализ крови (04.12.14 г.):**

Билирубин общий – 11,6 мкмоль/л (в норме 8,5-20,5 мкмоль/л);

Билирубин прямой – 2,5 мкмоль/л (в норме 0-3,4 мкмоль/л);

Глюкоза – 4,1 ммоль/л (в норме 3,3-5,5 ммоль/л);

Креатинин – 0,084 ммоль/л (в норме 0,07-0,176 ммоль/л);

Мочевина – 6,5 ммоль/л (в норме 1,7-7,5 ммоль/л);

**Определение группы крови и резус-принадлежность (04.12.14 г.)**

Группа крови – Ав (2) вторая;

Rh (+) полож.;

**Исследование крови на сифилис (05.12.14 г.)**

Реакция преципитации – отрицательна;

**Анализ крови на ПСА метододм ИФА (05.12.14 г.)**

ПСА общий – 3,24 нг/мл (старше 60 лет – до 7,0 нг/мл);

ПСА свободный – 0,25 (более 15% от ПСА общ.);

**УЗИ почек, предстательной железы и мочевого пузыря (08.12.14 г.)**

Почки обычной формы, нормальных размеров. Чашечно-лоханочная система обоих почек неравномерно незначительно расширена. Паренхима почек нормальной толщины, равномерно неоднородная. Паренхима нижней трети левой почки имеет кисту, диаметром 50 мм.

Предстательная железа. Длина 50 (норма 23-40 мм), передне-задний размер 42 мм (норма 18-25 мм), поперечный размер 60мм (норма 27-42мм). Объём предстательной железы 68,1 см3, масса 71,5 г.

Мочевой пузырь. Размер МП после мочеиспускания: 5х7х3 см. Остаточный объём мочи 65 мл. Внутренняя поверхность мочевого пузыря мелкобугристая, неровная.

**Урофлоуметрия (08.12.14 г.)**

Maximum flowrate (Qmax): 2,9 ml/s;

Averate flowrate (Qave): 1,9ml/s;

Time to Qmax (T Qmax): 2,2 s;

Volume at Qmax (V Qmax): 7,3 ml;

Total Volume (V tot): 45,1 ml;

Delay (T del): 0,0 s;

Time of flow (T flow): 21,2 s;

Time of Miction (T mic): 23,7 s;

Flowindex Hoefner (M/F): M= 0,2 F= 0,1;

**ЭКГ (04.12.14 г.)**

Заключение: Ритм синусовый, 70 уд/мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка.

**ДИАГНОЗ:**

**Диагноз при направлении:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, ХЗМ;

**Диагноз при поступлении:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы;

**Диагноз клинический**: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, II стадия;

**Основной:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, II стадия;

**Осложнения:** Хроническая задержка мочи (ХЗМ);

**Сопутствующие заболевания**: АГ 2, риск 4, ИБС, ФК2;

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Диагноз поставлен на основании:

**Жалоб больного**: Жалуется на затруднения мочеиспускания в течение длительного времени, частое ночное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Мочеиспускание затруднено, моча выделяется медленно, вялой, прерывистой струей. При мочеиспускании задействует мышцы брюшного пресса. Периодическое повышение АД до 170/90 мм. рт. ст., которое сопровождается головной болью, головокружением.

**Данных анамнеза:** Считает себя больным несколько лет, когда впервые стало отмечаться некоторое затруднение и учащение мочеиспускания, ночные пробуждения в связи с позывами к мочеиспусканию (2-3 раза за ночь), уменьшение объема мочи, выделяемого за однократное мочеиспускание. Спустя некоторое время стали появляться императивные позывы к мочеиспусканию, появилось чувство неудовлетворенности после мочеиспускания. Мочеиспускание стало еще более затрудненным, осуществляемым прерывисто, с периодами отдыха в течение нескольких минут. На протяжении всего акта мочеиспускания больной натуживается, напрягает мышцы живота и диафрагмы.

02.12.14 обратился к врачу по месту жительства в поликлинику №1 г. Городок. После проведения необходимых исследований был направлен в урологическое отделение № 1 ВОКБ. 03.12.14 был госпитализирован в плановом порядке с диагнозом: ДГПЖ 2-3 ст., ХЗМ.

Из перенесенных заболеваний отмечает АГ2 р4, простудные. Перенесенные операции: удаление геморроидальных узлов. Гемотрансфузий не было.

Курит с юности, около пачки в день, алкоголем не злоупотребляет.

Аллергический анамнез: антибиотики пенициллинового ряда, димедрол.

**Локального статуса:** Per rectum: предстательная железа умеренно увеличена, имеет выпуклую ровную поверхность, срединная борозда сглажена, консистенция равномерная мягко-эластическая, контуры четкие, при пальпации умеренно безболезненна – признаки, характерные для ДГПЖ.

**Данных лабораторных и инструментальных исследований:**

**УЗИ почек, предстательной железы и мочевого пузыря (08.12.14 г.)**

Почки обычной формы, нормальных размеров. Чашечно-лоханочная система обоих почек неравномерно незначительно расширена. Паренхима почек нормальной толщины, равномерно неоднородная. Паренхима нижней трети левой почки имеет кисту, диаметром 50 мм.

Предстательная железа. Длина 50 (норма 23-40 мм), передне-задний размер 42 мм (норма 18-25 мм), поперечный размер 60мм (норма 27-42мм). Объём предстательной железы 68,1 см3, масса 71,5 г.

Мочевой пузырь. Размер МП после мочеиспускания: 5х7х3 см. Остаточный объём мочи 65 мл. Внутренняя поверхность мочевого пузыря мелкобугристая, неровная.

**Урофлоуметрия (08.12.14 г.):** Qmax: 2,9 ml/s; Qave: 1,9ml/s; T Qmax: 2,2 s; V Qmax: 7,3 ml; V tot: 45,1 ml;T del: 0,0 s; T flow: 21,2 s; T mic: 23,7 s; M/F: M= 0,2 F= 0,1;

Выставлен диагноз:

**Основной:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, II стадия;

**Осложнения:** Хроническая задержка мочи (ХЗМ);

**Сопутствующие заболевания**: АГ 2, риск 4, ИБС, ФК2;

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

В виду наличия ряда заболеваний, клиника которых сходна с клиникой, наблюдаемой у больного, проводится дифференциальная диагностика:

1. Рак предстательной железы

2. Хронический простатит

3. Опухолевое поражение уретры

4. Склероз предстательной железы

5. Туберкулез предстательной железы

Для **рака предстательной железы** характерны: развитие в течение нескольких месяцев; симптомы, имеющиеся и у больного: учащение, затруднение мочеиспускания, задержка мочеиспускания; однако, при раке предстательной железы возникают боли в промежности, гематурия, гемоспермия, боли в костях, кашель (метастазы в кости, легкие); при ректальном пальцевом исследовании предстательная железа имеет неровную, бугристую поверхность хрящевидной консистенции, нечеткие контуры; при ультразвуковом исследовании выявляются крупноочаговые изменения акустической плотности ткани предстательной железы.

В отличие от клиники рака предстательной железы в клинике, наблюдаемой у больного, отмечается длительное и стадийное развитие и течение заболевания, отсутствуют боли в промежности, костях, кашель, гемоспермия. При ректальном пальцевом исследовании предстательная железа умеренно увеличена, безболезненна, имеет выпуклую ровную поверхность, срединная борозда сглажена, консистенция равномерная мягко-эластическая, контуры четкие. При ультразвуковом исследовании отмечаются УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы.

Учитывая несоответствие клиники рака предстательной железы клинике, наблюдаемой у больного, данный диагноз исключается.

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, безболезненна, имеет выпуклую ровную поверхность, срединная борозда сглажена, консистенция равномерная мягко-эластическая, контуры четкие; при ультразвуковом исследовании отмечаются УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы.

Учитывая несоответствие клиники хронического простатита клинике, наблюдаемой у больного, данный диагноз исключается.

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.

Учитывая несоответствие клиники опухолевого поражения уретры клинике, наблюдаемой у больного, данный диагноз исключается.

Для **склероза предстательной железы** характерны: нарушения мочеиспускания (учащение, затруднение, задержка мочеиспускания); при ректальном исследовании отмечается уплотнение, безболезненность, уменьшение размеров предстательной железы; при ультразвуковом исследовании обнаруживаются диффузные изменения плотности органа.

В отличие от клиники склероза предстательной железы у больного при ректальном пальцевом исследовании предстательная железа умеренно увеличена, безболезненна, имеет выпуклую ровную поверхность, равномерную мягко-эластическую консистенцию; при ультразвуковом исследовании отмечаются УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы.

Учитывая несоответствие клиники склероза предстательной железы клинике, наблюдаемой у больного, данный диагноз исключается.

Для **туберкулеза предстательной железы** характерны: наличие туберкулеза любой локализации в анамнезе, а также длительного контакта с больным туберкулезом; признаки туберкулезного поражения других органов (слабость, повышенная утомляемость, потливость, субфебрилитет, похудание, кровохарканье, кашель, сухой или экссудативный плеврит при туберкулезе легких, боли в поясничной области при туберкулезе почек, боли в костях, суставах, наличие холодных натечных абсцессов при костно-суставном туберкулезе и др.); нарушения мочеиспускания (учащение, затруднение, задержка мочеиспускания), незначительные болевые ощущения в промежности; при ректальном пальцевом исследовании определяется бугристая с западаниями поверхность предстательной железы, уплотнения выше нее; в моче может обнаруживаться микобактерия туберкулеза; при ультразвуковом исследовании обнаруживаются полости и очаговые изменения плотности ткани предстательной железы.

В отличие от клиники туберкулеза предстательной железы в клинике, наблюдаемой у больного, отсутствуют анамнестические данные, говорящие о наличии туберкулеза, отсутствуют признаки туберкулезного поражения других органов; отсутствуют боли в промежности; при ректальном пальцевом исследовании предстательная железа умеренно увеличена, безболезненна, имеет выпуклую ровную поверхность, равномерную мягко-эластическую консистенция; при ультразвуковом исследовании отмечаются УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы.

Учитывая несоответствие клиники туберкулеза предстательной железы клинике, наблюдаемой у больного, данный диагноз исключается.

**ЛЕЧЕНИЕ**

**1. Оперативное лечение.**

**Оптическая 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 засчет 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.

**2. 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:

В послеоперационном периоде назначено:

Антибиотик

Rp.: Sol. Ceftriaxoni 2,0

D.S. в/в 1 раз в сутки для профилактики инфекционных осложнений

НПВС, обезболивающее

Rp.: Sol. Ketoralaci 2,0

D.S. в/м 3 раза в сутки

Возможные препараты для консервативного лечения:

1. α1-адреноболкаторы

Rp.: Tab. Doxasosini 0,002 N. 100

D.S. По 1 таблетке 1 раз в сутки, постепенно увеличивая дозу до 4-8 мг в сутки

Rp.: Tab. Terasosini 0,001 N. 100

D.S. По 1 таблетке 1 раз в сутки перед сном, постепенно увеличивая дозу до 2-10 мг в сутки

2. Ингибиторы α-редуктазы

Rp.: Tab. Finasteridi 0,005 N. 50

D.S. По 1 таблетке 1 раз в сутки

Rp.: Tab. Prostaplanti 0,005 N. 50

D.S. По 1 таблетке 1 раз в сутки

3. Прогестагены

Rp.: Sol. Depostati 10% - 2 ml oleosae

D.t.d. N 15 in amp.

S. в/м 1 раз в неделю

Rp.: Sol. Oxyprogesteroni caproatis 25% - 2 ml oleosae

D.t.d. N 15 in amp.

S. в/м 1 раз в неделю

ДНЕВНИК ВРАЧЕБНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ И НАЗНАЧЕНИЙ

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Данные наблюдения |
| 09.12.14 | Жалуется на затруднения мочеиспускания в течение длительного времени, частое ночное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Периодическое повышение АД до 170/90 мм. рт. ст., которое сопровождается головной болью, головокружением.  Температура тела 36,7ºС.  Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Объективно: кожный покров и видимые слизистые без особенностей. Зев не гиперемирован. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 80 в 1 мин. АД 140/80. Пульс одинаковый, ритмичный на обеих руках. Живот мягкий безболезненный, доступен для глубокой пальпации, печень не увеличена. Стул в норме. Мочеиспускание затруднено, моча выделяется медленно, вялой, прерывистой струей. При мочеиспускании задействует мышцы брюшного пресса.  Показано оперативное лечение, опт. ТУР назначено на 10.12.14. |
| 10.12.14 | Жалуется на затруднения мочеиспускания в течение длительного времени, частое ночное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.  Температура тела 36,6ºС.  Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Объективно: кожный покров и видимые слизистые без особенностей. Зев не гиперемирован. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 78 в 1 мин. АД 130/70. Пульс одинаковый, ритмичный на обеих руках. Живот мягкий безболезненный, доступен для глубокой пальпации, печень не увеличена. Стул в норме. Мочеиспускание затруднено, моча выделяется медленно, вялой, прерывистой струей. При мочеиспускании задействует мышцы брюшного пресса.  Готовится к операции: опт. ТУР в 11:00. |
| 11.12.14 | Жалобы на наличие уретрального катетера и дискомфорт в связи с этим, умеренную болезненность в послеоперационной области.  Температура тела 36,6ºС.  Состояние после операции удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Объективно: кожный покров и видимые слизистые без особенностей. Зев не гиперемирован. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 76 в 1 мин. АД 130/80. Пульс 78/мин одинаковый, ритмичный на обеих руках. Живот мягкий безболезненный, доступен для глубокой пальпации, печень не увеличена. Стул в норме. Мочеиспускание по катерору, диурез достаточный.  Локальный статус: уретральный катетер функционирует. Моча с небольшой примесью крови, окрашена в розовый цвет, диурез достаточный.  Назначения:  Rp.: Sol. Ceftriaxoni 2,0  D.S. в/в 1 раз в сутки для профилактики инфекционных осложнений;  Rp.: Sol. Ketoralaci 2,0  D.S. в/м 3 раза в сутки (НПВС, обезболивающее); |

**ЭПИКРИЗ**

Вордаеян Владимир Арменович 11.04.1940 гр. (74). 03.12.14 был госпитализирован в урологическое отделение ВОКБ в плановом порядке с диагнозом: ДГПЖ 2-3 ст., ХЗМ. Пациент поступил с жалобами на затруднения мочеиспускания в течение длительного времени, частое ночное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Мочеиспускание затруднено, моча выделяется медленно, вялой, прерывистой струей. При мочеиспускании задействует мышцы брюшного пресса. Периодическое повышение АД до 170/90 мм. рт. ст., которое сопровождается головной болью, головокружением.

Per rectum: предстательная железа умеренно увеличена, имеет выпуклую ровную поверхность, срединная борозда сглажена, консистенция равномерная мягко-эластическая, контуры четкие, при пальпации умеренно безболезненна – признаки, характерные для ДГПЖ.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований: ОАМ(04.12.14 г.):**Цвет –с/ж;Р-я – кис; Уд вес – 1021; Прозр – полн ;Белок – нет;Глюк – нет;Эпит пл – 0-1 в п/зр.;Лейк – 0-1 в п/зр.;Эр – нет;Бакт – нет;

**ОАК (04.12.14 г.):** Эр 4,7 \* 1012/л; Гемогл 153 г/л; ЦП 0,97; Тр 203,1 \* 109/л; СОЭ 7 мм/ч; Лейк 4,5 \* 109/л; пал – 1%; сегм – 60%; Лимф 30%; Мон 6%;

**БХ крови (04.12.14 г.):** Бил общ – 11,6 мкмоль/л; Бил пр – 2,5 мкмоль/л; Гл – 4,1 ммоль/л; Креат – 0,084 ммоль/л; Мочев – 6,5 ммоль/л;

**Группа крови и резус (04.12.14 г.)**: Гр кр – Ав (2) вторая; Rh (+) полож.;

**Иссл крови на сифилис (05.12.14 г.):**Р-я прецип – отриц;

**Анализ крови на ПСА метододм ИФА (05.12.14 г.):** ПСА общ – 3,24 нг/мл (старше 60 лет – до 7,0 нг/мл); ПСА своб – 0,25 (более 15% от ПСА общ.);

**УЗИ почек, предстательной железы и мочевого пузыря (08.12.14 г.)**

Чашечно-лоханочная система обоих почек неравномерно незначительно расширена. Паренхима почек нормальной толщины, равномерно неоднородная. В нижней трети левой почки имеется киста, диаметром 50 мм.

Предстательная железа. Длина 50 (норма 23-40 мм), передне-задний размер 42 мм (норма 18-25 мм), поперечный размер 60мм (норма 27-42мм). Объём предстательной железы 68,1 см3, масса 71,5 г.

Мочевой пузырь. Размер МП после мочеиспускания: 5х7х3 см. Остаточный объём мочи 65 мл. Внутренняя поверхность мочевого пузыря мелкобугристая, неровная.

**Урофлоуметрия (08.12.14 г.):** Qmax: 2,9 ml/s; Qave: 1,9ml/s; T Qmax: 2,2 s; V Qmax: 7,3 ml; V tot: 45,1 ml;T del: 0,0 s; T flow: 21,2 s; T mic: 23,7 s; M/F: M= 0,2 F= 0,1;

**ЭКГ (04.12.14 г.):** Ритм синусовый, 70 уд/мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Выставлен диагноз:

**Основной:** Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, II стадия;

**Осложнения:** Хроническая задержка мочи (ХЗМ);

**Сопутствующие заболевания**: АГ 2, риск 4, ИБС, ФК2;

10.12.14 выполнена операция: Оптическая трансуретральная электрорезекция предстательной железы (ТУР).

В послеоперационном периоде назначено:

Антибиотик:

Rp.: Sol. Ceftriaxoni 2,0

D.S. в/в 1 раз в сутки для профилактики инфекционных осложнений

НПВС, обезболивающее:

Rp.: Sol. Ketoralaci 2,0

D.S. в/м 3 раза в сутки

**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).

Наблюдение у уролога и терапевта

Состояние пациента значительно улучшилось. Продолжает находится на стационарном лечении.

**ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПРОГНОЗ**

Продолжает находится на стационарном лечении.

Прогноз: для жизни – благоприятный; для здоровья – благоприятный, но возможно снижение половой функции, послеоперационные осложнения в виде стриктуры мочеиспускательного канала, недержания мочи; для работы – работоспособность сохранена.