***1. Паспортная часть.***

###### **Ф.И.О**

**Возраст** 67 лет

**Адрес**

**Место работы** пенсионер

**Профессия** лесник

**Дата поступления в клинику**

***2. Жалобы.***

Учащенное болезненное мочеиспускание (никтурия до 6-8 раз). Затрудненно начало мочеиспускания (задержка 1-2 мин.), тонкая струя мочи.

***3. Анамнез заболевания.***

Больным себя считает с 1992 года. Начало заболевания ни с чем не связывает. Обратился к врачу с жалобами на задержку мочеиспускания. После консервативной терапии отмечает лишь незначительное улучшение мочеиспускания. С осени этого года отмечается учащенное мочеиспускание, никтурия до 8 раз, боль при мочеиспускании. Обратился в районную поликлинику. После 15-и дней консервативного лечения улучшения не отмечалось. 18.11.99 был переведён в урологическое отделение РКБ для дальнейшего лечения.

***4. Перенесённые заболевания.***

###### ОРЗ, грипп

###### Операция в 1964 г. : - лобэктомия правого лёгкого по поводу туберкулёза.

###### 1960 г. – перенёс вирусный гепатит.

***5. История больного.***

Ф.И.О., родился 01.02.32 в семье колхозников. Четвёртый ребёнок в семье (всего – 7 детей). Рос и развивался соответственно полу и возрасту. Окончил начальную школу. С 9-и лет работал в колхозе. С 1950 по 1953 г. служил в Советской Армии в ВДВ. После окончания службы работал лесником.

Женат с 20-и лет. Имел одного сына (умер от осложнений аппендицита).

Вредные привычки.

Курит с 18 лет (по 5-6 сигарет в день), употребляет алкоголь.

Аллергологический анамнез.

На лекарственные препараты аллергии нет.

Отмечалась аллергическая реакция на укус пчелы.

Наследственность.

Не отягощена.

***6. Объективное исследование.***

***Status praesents.***

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, легко вступает в разговор, выражение лица спокойное, походка обычная, осанка сутуловатая, телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное.

Кожа смуглой окраски, тургор и эластичность снижены. Видимые слизистые оболочки обычной физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка умеренно выражена.

***Дыхательная система.***

В легких везикулярное дыхание, ЧДД 18, дыхание осуществляется через нос, голос слегка охриплый, смешанный тип дыхания. Пальпаторно – голосовое дрожжание одинаково с обеих сторон. Перкуссионо – легочный звук над всей поверхностью лёгких ясный. Дыхание везикулярное с жестковатым оттенком.

Границы легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ориентиры | Справа (ребра) | Слева (ребра) |
| Парастернальная линия  Срединноключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Позвоночная | Хрящ V  V  VI  VII  VII  IX  X | VII  VIII  IX  X  XI |

Подвижность легочного края:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Линии перкуссии | Вверх | Вниз | Общая |
| Срединноключичная  Средняя подмышечная  Лопаточная | 2,5  3  2 | 2,5  3  2 | 5  6  4 |

***Сердечно-сосудистая система.***

Сердечный горб и сердечный толчок не определяются. Отеки не обнаружены.

*При пальпации:* верхушечный толчек определяется слева на 2 см. правее срединноключичной линии в области 5 межреберья (площадью около 1,5 см.). Размер сосудистого пучка – 5,5 см. Феномен «кошачего мурлыканья» отрицательный.

Пульс ритмичный, хорошего напряжения, хорошего наполнения, по величине большой, по форме – нормальный, ЧСС 65 уд/мин,

*При аускультации*: тоны сердца приглушены, ритмичны. Патологические шумы не прослушиваются.

*При перкуссии:*

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на 1,5 см. кнаружи от правого края грудины

Левая - на 1,5 см. кнутри от срединноключичной линии

Нижняя - на уровне 5 ребра

Поперечный размер сердца – 13.5 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая – по левому краю грудины от 4 до 6 ребра

Левая - на 1,5 см. кнутри от срединноключичной линии

Нижняя – нижний край 4 реберного хряща

Конфигурация сердца не изменена (нормальная).

Лимфатические узлы (затылочные, околоушные, поднижнечелюстные, подбородочные, поверхностные шейные, над- и подключичные, подмышечные, поверхностные паховые, подколенные) не увеличены. Симптом щипка отрицательный. АД 120 /80

***Желудочно-кишечный тракт.***

Губы физиологичной окраски, слегка влажные, высыпания и трещины не обнаружены, Слизистая полости рта равномерной розовой окраски, язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом и выраженными сосочками, мягкое и твердое небо розовые, без пятен и налета, миндалины не увеличены. Неприятный запах изи рта не отмечается, глотание не нарушено. Живот округлый, обе половины симметричны, активно учавствуют в акте дыхания, пупок умеренно втянут, кожа живота бледно-розовая, сосудистые звездочки и грыжевые выпячивания не наблюдаются. *При пальпации:* уплотнений и опухолевидных образований не обнаружено, резистентность мышц пресса выражена умеренно. Зона проекции поджелудочной железы безболезненна. Край печени ровный, гладкий, обнаруживается некоторая ее болезненность. Зона Шоффара безболезненна. Симптомы Курвуазье - Терье, «головы медузы», «плавающей льдинки», Лидского, Лепене, Кера, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюсси – Георгиевского отрицательные.

Размеры печени по Курлову:

1 размер – 9 см.

2 размер – 8 см.

3 размер – 7 см.

***Опорно-двигательный аппарат.***

Осанка сутуловатая, мышцы соответственно развиты, костные выступы нечеткие. Припухлости, деформации, дефигурации суставов не обнаруживаются. Объемы движений в суставах не ограничены. *При аускультации суставов:* патологические шумы не выслушиваются. *При пальпации суставов:* подкожные ревматические узелки, тофусы, лимфатические узлы не определяются.

***Нервная система.***

Характер спокойный, устойчивый, дружелюбно относится к медицинскому персоналу. Ориентирован во времени, месте, ситуации. Судороги и непроизвольные движения не наблюдаются, трофических нарушений и болезненность по ходу нервных стволов нет, обоняние и вкус не нарушены, обнаруживается некоторое ослабление слуха.

Движение глазных яблок в полном объеме, зрение нормальное, со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, мимическая мускулатура симметрична, оскала зубов нет, язык распологается посередине.

***Эндокринная система.***

Вторичные половые признаки, физические и умственные способности соответствуют полу и возрасту, формы отдельных частей скелета, туловища, конечностей, черепа и черты лица пропорциональные. Кожа бледно-розовой окраски, нормальной температуры. Щитовидная железа не увеличена.

***7. Мочеполовые органы.***

Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников безболезненны с обеих сторон. Симптом Пастернацкого отрицательный.

При пальпации мочевой пузырь не выступает за верхний край лобка.

Половой член и мошонка нормальной формы и размеров, кожа над ними чистая, обычной окраски. Головка полового члена и крайняя плоть без патологических изменений, отделяемого из уретры нет. При пальпации форма, размеры и консистенция яичек не изменены, они с гладкой поверхностью, безболезненны. Придатки яичек и семенные канатики без патологии.

*Данные ректального исследования.*

Предстательная железа увеличена 50 х 33 х 44 мм., болезненна. Контуры неровные. Срединная борозда сглажена.

*Данные лабораторного исследования.*

1. Биохимический анализ крови.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от 18.11.99 |
| Общий белок  Мочевина  Билирубин общий  Тимоловая проба  Сулемовая проба | 79,2  7,2  14  6,5  1,6 |

2. Данные общего анализа мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Данные от 18.11.99 |
| Удельный вес  Цвет  Прозрачность  Кислотность  Белок  Лейкоциты  Плоские эпителиальные клетки | 1025  с/ж  прозрачная  кислая  нет  3-4 в п. з.  Ед в п. з. |

1. Реакции крови на RW, ВИЧ, HBs Ag отрицательны.
2. Общий анализ крови.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от  (18.11.99) |
| Эритроциты  Гемоглобин  СОЭ  Цветной показатель  Лейкоциты  Эозинофилы  Нейтрофилы палочкоядерные  Нейтрофилы сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты | 4.5\*1012  128  11 мм./час  1,0  5.2\*109  3  4  49  41  3 |

1. Сахар крови 5,6 ммоль/л. (от 19.11.99.)

6. Группа крови IV (АВ), резус отрицательная.

***8. Рентгенорадиологические методы исследования.***

1) 23.11.99 Обзорная урография.

На обзорной урограмме тени конкрементов в проекции мочевыводящих путей не определяются. Явления деформирования спондилоартроза L1 – L5 и S1 позвонков.

2) 23.11.99 Экскреторная урограмма.

Sol. omnipaque 350 mg – 20 ml в/в.

Заполнение контрастом полостей почек своевременное. Внутрипочечные лоханки с деформацией ЧЛС.

Пассаж контраста из обеих почек не нарушен.

Контуры мочевого пузыря ровные. В проекции простаты определяются множественные тени камней по типу инкрустаций.

3) 19.11.99 УЗИ.

Почка обычных размеров. Контуры ровные Надпочечники не визуализируются.

Мочевой пузырь – стенки неравномерно утолщены (до 8 мм.) Просвет свободен.

Предстательная железа – 50 х 33 х 44 мм. Контуры неровные. Структура диффузно неоднородная. В паренхиме определяется узел 19 х 17 мм., пролабирующий в просвет мочевого пузыря.

***9. Клинический диагноз.***

*Основное заболевание:* Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Стадия субкомпенсации (II).

*Осложнения основного заболевания:* Хронический пиелонефрит.

Диагноз поставлен на основании:

*1) жалоб:* учащенное болезненное мочеиспускание (никтурия до 6-8 раз). Затруднено начало мочеиспускания (задержка 1-2 мин.)

*2) анамнеза:* начало заболевания с 1992 года, жалобы на задержку мочеиспускания.

*3) данных ректального исследования:* предстательная железа увеличена 50 х 33 х 44 мм., болезненна. Контуры неровные. Срединная борозда сглажена.

*4) данных экскреторной урографии:* внутрипочечные лоханки с деформацией ЧЛС. В проекции простаты определяются множественные тени камней по типу инкрустаций.

*5) данных УЗИ от 19.11.99 :* предстательная железа – 50 х 33 х 44 мм. Контуры неровные. Структура диффузно неоднородная. В паренхиме определяется узел 19 х 17 мм., пролабирующий в просвет мочевого пузыря.

***10. Лечение.***

***11. Дневник.***

24.11.99

Состояние удовлетворительное, АД 120/75, в легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 75. Живот безболезненный. Жалобы на учащенное мочеиспускание (никтурия 6 раз). Затруднено начало мочеиспускания, тонкая струя мочи.

25.11.99

Состояние удовлетворительное, АД 120/75, в легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 78 /мин. Живот безболезненный. Никтурия 5 раз. Больной готовится к операции. Проведена седативная терапия: Sol. Dimedroli 1% - 1 ml. в/м.

26.11.99

Состояние удовлетворительное, АД 120/70, в легких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 70 /мин. Живот безболезненный. Никтурия 7 раз. С целью премедикации назначено: Sol Omnoponi 2% - 1ml в/м; Sol Atropini sulfatis 0,1% - 1ml в/м.

27.11.99

Состояние удовлетворительное, АД 120/80. ЧСС 80 /мин. Живот безболезненный. С утра – субфебрильная температура (37,60 С). Жалобы на боль в левой поясничной области.

***12. Эпикриз.***

Больной , 67лет (1932г.), переведен в урологическое отделение РКБ 18.11.99 после 15-и дневного лечения в районной больнице.

Диагноз при поступлении: аденома простаты II стадии. Жалобы при поступлении: учащенное болезненное мочеиспускание, затруднено начало мочеиспускания.

После проведённого исследования поставлен клинический диагноз: *основное заболевание:* доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Стадия субкомпенсации (II); *осложнения основного заболевания:* хронический пиелонефрит.

Проведена операция 26.11.99 – трансуретральная резекция предстательной железы. Больной продолжает находиться в клинике с целью послеоперационного наблюдения.

Прогноз (ближайший и отдалённый):

* Для жизни – благоприятный.
* Для здоровья – благоприятный.
* Для трудовой деятельности – благоприятный.

Литература:

1. Н.А. Лопаткин и др. «Урология»
2. Пособие для студентов «Схема истории болезни», курс урологии БГМУ.
3. В.К. Милькаманович, «Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней» , Минск, ˝Полифакт-Альфа˝, 1994 г.
4. Покровский В.И. «Краткая медицинская энциклопедия», Москва, 1994 г.
5. Кочергин И.Г. «Справочник практического врача», Москва, 1973г.
6. В.К. Султанов «Исследование объективного статуса больного» С-Пб. 1997г.