АГМУ

Кафедра урологии и нефрологии

Зав. Кафедрой А.И.Неймарк

Преподаватель: Р.Т.Алиев

Куратор: А.С.Кулеш 418гр.

**Клиническая история болезни**

**Пациент: Ф.И.О.**

**Клинический диагноз: Правосторонний орхоэпидидимит, доброкачественная гиперплазия.**

**г.Барнаул 2008**

Паспортные данные:

ФИО:

Возраст: 79 лет;

Место жительства: Алтайский край, г.Барнаул;

Место работы: пенсионер;

Дата поступления: 28.08.08;

Дата курации: 8.09.08;

Диагноз при поступлении: Правосторонний орхоэпидидимит

**Жалобы:**

Пациент предъявляет жалобы на увеличение правой части мошонки и боли. покраснение, недомогание и повышение температуры тела t=38,7,боли в паховой области, корне полового члена, мезогастральной области, при ходьбе боли усиливаются, которые появились 27.08.08.

На момент курации:

Пациент не предъявляет жалоб. Орган принял нормальную форму и цвет.

**Анамнез заболевания:**

Считает себя больным с 27.08.08 когда в первые утром, обнаружил увеличение правой части мошонки и боли. К вечеру размеры органа увеличились, появилось покраснение, пациент ощущал незначительное недомогание и повышение температуры тела t=38,7.Пациент принимал аспирин. На утро орган увеличился еще сильнее, а боли стали интенсивнее, это заставило пациента обратиться к врачу в городскую больницу №8, где уму провели полное обследование и УЗИ мошонки. После этого пациент был переведен, по его просьбе, в городскую больницу №11.

**Анамнез жизни:**

Ф.И.О. родился 22 декабря 1928 года в Ростовской области селе Коволерко. Единственный ребенок в семье. Рос и развивался в соответствии с возрастом, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставал, занимался футболом, волейболом. В 18 лет был призван в армию пограничных войск, где дослужился до младшего лейтенанта. Затем окончил Ростовский аграрный институт, получил ветеринарное образование. По распределению попал в Алейск старшим веет. работником, где женился в свои 25 лет. Затем переехал в Барнаул и начал свою преподавательскую деятельность. 20 лет спустя стал профессором зоологических наук.

Жена работает главным бухгалтером. Имеет двух детей, сына и дочь, оба получили пидогогическое образование, и работают по профессии.

В детстве перенес ветрянку, 20 мая 2008 года перенес операцию цистостомию, в связи с доброкачественной гиперплазии простаты, пять лет назад переболел пневмонией, иных заболеваний и оперативных вмешательств отрицает. Наличие вредных привычек отрицает. Имеется аллергическая реакция на пенициллин.

**Общее состояние:**

Общее состояние пациента средней тяжести, сознание ясное, поведение адекватное, в контакт вступает легко. Питание нормальное, Телосложение правильное, конституция нормостеническая, состояние питания нормальное.

Кожные покровы нормальной окраски, сухие, тургор в норме. Видимые слизистые оболочки обычной окраски. Участков высыпания, расчесов, геморрагий, сосудистых звездочек нет.

Лимфоузлы не увеличены. При осмотре и пальпации щитовидной железы патологий не выявлено. Костно-мышечная система без патологий.

**Органы пищеварения:**

Язык влажный, налетом не обложен, полость рта нормального цвета, влажная, трещин и язв слизистой нет. Небные миндалины не увеличены. Прикус нормальный. Живот плоской формы, симметричный, выпячиваний нет, участвует в акте дыхания без ограничений. Поверхностная пальпация: температура и влажность кожи на симметричных участках одинакова, безболезненна, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен во всех отделах. Глубокая пальпация по Образцову-Страженко без изменений. Перкуторный звук тимпанический. Размеры печени по Курлову: 9\8\7см. Размеры селезенки: 7\5см. аускультативно выслушивается перистальтический шум кишечника. Аппетит в норме, питание 4-х разовое, стул нормальный, каждый день.

**Органы дыхания:**

Грудная клетка при осмотре нормостеническая, конической формы, симметрична. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД=18 в минуту, одышки нет. Резистентность грудной клетки в норме. Голосовое дрожание проявляется одинаково по всем полям, не усилено. При перкуссии определяется ясный легочной звук над обоими легкими. Топографическая перкуссия: высоты стояния верхушки, широта полей Кренинга, нижняя граница легких и подвижность, легочного края без изменений. Аускультация: дыхание везикулярное на симметричных участках легких, побочных дыхательных шумов (хрипов, крепитации, шума трения плевры) нет. Бронхофония в норме.

**Органы кровообращения:**

При осмотре области сердца и крупных сосудов изменений не выявлено, патологической пульсации в области сердца и крупных сосудов нет. При пальпации, верхушечный толчок в норме, систолическое и диастолическое дрожание в области верхушки и на основании сердца нет. Перкуссия: границы относительной и абсолютной тупости сердца в норме, поперечник, длинник и ширина сосудистого пучка без изменений. Аускультация: тоны сердца не изменены, шумов нет, ритм правильный, ЧСС=74 уд\мин. АД=120\80 мм.рт. на обоих руках, пульс 74 уд\мин, дефицита пульса нет. Вены нижних конечностей не расширены.

**Органы нейроэндокринной системы:**

На момент курации координация движений не нарушена. Болевая, температурная, тактильная чувствительность сохранена. Тремора рук, век, и языка нет. Настроение удовлетворительное, поведение без особенностей, к своему заболеванию относится относительно спокойно.

**Локальный статус:**

**Органы мочеполовой системы:**

При осмотре: область поясницы симметричная, ровная, кожные покровы обычной окраски, отеков, припухлостей на лице и в области поясницы нет. Почки в положении лежа и стоя не пальпируются. Симптом поколачивания по XII ребру отрицателен с обеих сторон. Наружные половые органы сформированы правильно, развитие по мужскому типу. Самостоятельное мочеиспускание нарушено, цистостомический дренаж работает хорошо. Правая половина мошонки увеличена, гиперемирована вплоть до багрового цвета, болезненна. Выделения из уретрального канала, налетов, зуда, жжения, отеков, гиперемии и инфильтратов нет. Сужение крайней плоти не выявлено

**Предварительный диагноз:**

На основании жалоб пациента на увеличение правой части мошонки и боли. покраснение, недомогание и повышение температуры тела t=38,7,боли в паховой облости, корне полового члена, мезогастральной области, и при ходьбе.

Из анамнеза известно, что с 27.08.08 утром, обнаружил увеличение правой части мошонки и появились боли. К вечеру симптоматика нарастала: орган увеличился, появилось покраснение, пациент ощущал недомогание и повышение температуры тела t=38,7.Пациент принимал аспирин, который помог сбить температуру до 37,1. На утро орган увеличился еще сильнее, а боли стали интенсивнее, это заставило пациента обратиться к врачу.

Из общего статуса известно, что тяжесть состояния больного не носит угрожающего характера для жизни. Патологии со стороны других систем органов, помимо органов мочемоловой системы не выявлено, это подтверждает отсутствие осложнений основного заболевания.

Из локального статуса известно, что почечной и полового члена патологий не выявлено. Правая половина мошонки увеличена, гиперемирована вплоть до багрового цвета, болезненна.

Таким образом, основываясь на выше перечисленное можно поставить предварительный диагноз правосторонний орхоэпидидимит.

**План дополнительных методов обследования:**

1. Общий анализ крови;
2. Биохимический анализ крови;
3. УЗИ органов мошонки;
4. Соскоб из уретры, бульбарных желез и лакун на бактериологическое и бактериоскопическое исследование;
5. Общеклинический анализ мочи

**Результаты дополнительных обследований:**

1. Гемоглобин 150 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

СОЭ 26 мм/ч

Тромбоциты 300х10 /л

Лейкоциты 16,1х10 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| эозинофилы | базофилы | миелоцыты | метамиелоциты | палочкоядерные | сигментоядерные | лимфоцыты | моноцыты |
| 1 | - | 0 | 0 | 6 | 62 | 26 | 6 |

**Заключение:** Указывает на воспалительный процесс.

1. Общий билирубин 12 мкмоль/л

Прямой билирубин 3 мкмоль/л

Непрямой билирубин 9 мкмоль/л

Глюкоза 5,5 мкмоль/л

Мочевина 7,2 мкмоль/л

Амилаза 7,7 мкмоль/л

Креатин 0,094 ммол/л

**Заключение:** Показатели не выходят за пределы нормы.

1. правое яичко - длина 34мм

 - ширина 29,3мм

 - толщина 23,9мм

 - объем 12,4 см\*3

 левое яичко - длина 36мм

 - ширина 25,8мм

 - толщина24,1мм

 - объем 11,9 см\*3

 правый придаток - длина 36мм

 - ширина 23,3мм

 левый придаток - длина 14,5 мм

 - ширина 10,6мм

**Заключение:** ассиметрия мошонки с увеличением правой стороны.

1. Бактериологическое и бактериоскопическое исслндование мазка отрицательны.
2. Количество: 240 мл

Плотность: 1017 мг/л

Цвет: желтый

Прозрачность: полная

Белок: отриц

Лейкоциты: 2 кл. в поле зрения

Эритроциты: 0 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: единич.

Бактерии: +++

Слизь: +

Соли: отриц

**Заключение:** Данае указывают на процесс воспалительного характера.

**Клинический диагноз**:

Предварительный диагноз подтверждают результаты дополнительных методов исследования.

В ОАК повышенное содержание лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, что свидетельствует об остром воспалительном процессе.

Таким образом, диагноз будет звучать так: правосторонний острый орхоэпидидимит.

**Дифференциальный диагноз:**

Диагноз острый правосторонний орхоэпидидимит можно дифференцировать с раком придатка яичка и туберкулезным эпидидимитом.

При дифференцировки с раком нужно учитывать, что этот патологический процесс развивается безболезненно, без изменения цвета органа и воспалительного процесса. Следовательно анализ крови и мочи будут без изменений. Установление точного диагноза – рак придатка яичка можно во время операции или взятия биопсии, в чем нет необходимости, так как клиническое течение резко отличается от острого орхоэпидидимита.

Если брать во внимание туберкулезный эпидидимит, то следует заметить, что при этом придаток яичка имеет бугристую поверхность, четкообразность семявыносящего протока, а также возникновение гнойных свищей мошонки. Необходимо установить другой туберкулезный очаг в организме, так как изолированный туберкулез половых желез у мужчин встречается крайне редко.

Исследовав выше перечисленное можно подтвердить диагноз и назначить лечение.

**Лечение:**

Цель: снятие болевого симптома, в первые сутки купировать воспалительный процесс, уменьшение воспалительного процесса вплоть до полного устранения, провести жаропонижающую терапию, дезинтоксикационную терапию, иммуностимулирующую терапию, снятие воспалительного инфильтрата, назначить диету.

1. Rp: Sol. Analgini 1%-2ml

D.S. По 1 ампуле в/в 2 раза в день, до прекращения болевых симптомов.

1. Пузырь со льдом к месту поражения в первые сутки.
2. Rp: Aritromicini 0,25

 D.S. По 1 таблетки 3 раза в день.

1. Rp: Ac. Acetilcalecylici 1.0

 D.S 3 раза в день по одной таблетки, внутрь.

1. Rp: Sol. Ac. Ascorbinici 5% - 4,0

 D. S: по 4 мл. в/м 1 раз в день.

1. Rp: “Anaferon”

 D.S. 4 раза в день по 1 таблетке

1. Rp: Aloae 1ml

 D.S. по 1 ампуле п/к 1 раз в сутки.

1. Обильное питье, исключить из питания острую и раздражающую пищу.

**Прогноз:**

Лечение начато своевременно и это предшествует благоприятному течению болезни. Однако воспаление вследствие аутоиммунных процессах может привести к бесплодию.