**Паспортная часть.**

Фамилия, имя, отчество:

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: инвалид 1гр.

Постоянное место жительства:

Дата поступления: \_\_\_\_\_\_\_\_

Дата курации: \_\_\_\_\_\_\_\_

**Жалобы больного.**

Жалобы на режущие боли при мочеиспускании, на задержку мочеиспускания периодические боли внизу живота. На наличие эпицистостомы.

**Anamnesis morbi.**

Считает себя больным с мая 2004г. Больного начали беспокоить режущие боли при мочеиспускании, затруднение мочеиспускание, боли внизу живота. Обратился к урологу по месту жительства, был установлен диагноз: склероз шейки мочевого пузыря. Больной был госпитализирован, была наложена эпицистотстома. В сентябре 2005г. был направлен в урологическое отделение Республиканской клинической больницы с целью уточнения диагноза и дальнейшего лечения.

**Anamnesis vitae.**

Краткие биографические данные: родился 11 декабря 1954 года. Первый ребенок в семье. Семейно – половой анамнез: женат, имеет 2 детей. Бытовой анамнез: жилищно–коммунальные условия удовлетворительные. Питание: регулярное, полноценное. Вредные привычки: курение. Аллергологический анамнез: аллергии нет. Перенесенные заболевания: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом в апреле 2002г., .инвалид 1 группы.

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

**Настоящее состояние (status praesens).**

**Общий осмотр (inspectio)**

Общее состояние больного: удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение активное.

Телосложение: нормастеническое.

Рост 168 см, вес 65 кг.

Выражение лица: осмысленное

Кожные покровы: обычной окраски, влажность кожи умеренная. Тургор снижен.

Тип оволосения: по мужскому типу.

Видимые слизистые розовые, влажность умеренная, язык – белый.

Подкожно – жировая клетчатка: развита слабо.

Мышцы: степень развития удовлетворительная, тонус сохранен.

 Кости: безболезненные.

Суставы: болезненны при пальпации.

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.

**Пищеварительная система.**

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, не увеличена, уплотнение поджелудочной железы не обнаруживается.

**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.

**Мочевыделительная система.**

Выпячиваний 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 (эцистостома), отмечено выбухание надлобковой области. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Система половых органов.**

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

**Данные ректального исследования.**

При ректальном пальцевом исследовании определяется нормальных размеров предстательная железа, имеющая выпуклую, гладкую поверхность, сглаженную серединную бороздку, равномерную тугоэластическую консистенцию, ровные четкие контуры, верхний полюс слева не досягаем, подвижность стенки прямой кишки над ней сохранена.

**Данные лабораторные исследования.**

*Общий анализ крови 30.10.05*

Эритроциты 5,2\*1012 /л

Гемоглобин 156 г /л

Цветовой показатель 0,9

Лейкоциты 7,3\*109 /л

Лимфоциты 36%

Моноциты 8%

СОЭ 3 мм/час

*Общий анализ мочи 1.10.05*

Цвет с/м

Уд.вес 1016

Реакция щелочная

Белок 0,66%

Эритроциты в б/к

Лейкоциты 5-6

Соли:фосфаты +

Бактерии +

*Биохимический анализ крови1.10.05*

Общий белок плазмы 60,0 г/л

Тимоловая проба 5,6

Мочевина крови 18,0 ммоль/л

Креатинин 0,47 ммоль/л

Щелочная фосфатаза-104МЕ/л

Общий билирубин 12,9мкмоль/л

Мочевая кислота 339 мкмол/л

Триглицериды 2,67 ммоль/л

Глюкоза 6,2 ммоль/д

Холестерин 5,2ммоль/л

*КСР на сифилис «-» 29.09.05*

*Вич-инфекция не обнаружена 29.09.05*

**Данные лучевой диагностики.**

Радиоренография 3.10.05.

Секреторно-выделительная функция левой и правой почек снижена.

УЗИ 4.10.05.

Предстательная железа, размеры 41×23×38. Эпицистостоиа, отдел уретры 37мм. Объем 17,9см3. Отмечается участок фиброза 24×12мм.

ТР УЗИ 2.10.05

Мочевой пузырь наполнен удовлетворительно. Структурной патологии не выявлено.

Предстательная железа: размеры 41×23×38мм. Длина простатического отдела уретры 37 мм, объем 17,9см3. Капсула прослеживается на всем протяжении, ровная, четкая. Эхогенность ткани средняя, структура неоднородная, отмечается участок фиброза 24×12мм. Сосудистый рисунок предстательной железы не изменен. Семенные пузырьки обычных размеров, симметричные, структура не изменена. Просвет сосудов вокруг простаты в норме.

**Клинический диагноз.**

Склероз шейки мочевого пузыря. Надлобковый м/п свищ. Вторичный цистит.

**Обоснование клинического диагноза.**

На основании жалоб больного на задержку мочеиспускания, режущие боли во время мочеиспускания, на неудобства, связанные с наличием эпистостомы; также учитывая анамнез заболевания – острое развитие заболевания, анамнез жизни – перенесенную в 2002г. геморрагическую лихорадку с почечным синдромом, данные объективного исследования, данные клинического анализа мочи – выявление эритроцитов в большом количестве, белка и данных ТР УЗИ – где выявлен участок фиброза предстательной железы, мы можем говорить осклерозе шейки мочевого пузыря и развитии вторичного цистита..

**Лечение.**

Показано оперативное лечение

Операция: ТУР рубцовых тканей шейки мочевого пузыря.

Протокол операции: под перидуральной анестезией, после обработки операционного поля, уретроскопия. Тубус резектоскопа встретил трудно преодолимое препятствие в проекции проксимального сфинктера м/п – рубцовая деформация мочевого пузыря. В полости мочевого пузыря множество конкрементов размерами от 0.5 до 0.8 см. Камни отмыты шприцом Жане в количестве 50-60 шт.В мочевом пузыре цистоскопический дренаж, около него явление буллезного цистита, выполнена биопсия слизистой м/п данной области. Выполнена ТУР рубцовых тканей шейки м/п- направлены на гистологическое исследование. Гемостаз. Мочевой пузырь дренирован по уретре катетером Фоли 22 СН – натянут, гемостаз адекватный.

Медикоментозное лечение:

Антибактериальные препараты: гентамецин по 80мг 2-3 раза в день в\м в течение 5-7 суток, инстилляции в мочевой пузырь 0.25-0.5% раствора серебра нитрата 20-40 мл, 0,5% раствора диоксидина 20-30мл.Электрофорез с ампицелином 2 раза в день.

Также рекомендовано санаторно-курортное лечение

(Железноводск, Боржоми).

**Эпикриз.**

ФИО поступил в плановом порядке в урологическое отделение РКБ с диагнозом – склероз шейки мочевого пузыря. 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 : склероз шейки мочевого пузыря, надлобковый м/п свищ, вторичный цистит. Было проведено соответствующее лечение и оперативное вмешательство.

**Прогноз заболевания.**

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

***Использованная литература.***

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.

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

Медицина, 1993.