# Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

больного.

Клинический диагноз:

а). Основное заболевание: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, II стадия;

б). Сопутствующие заболевания: хронический цистит, склероз шейки мочевого пузыря, папиллома шейки мочевого пузыря.

в). Осложнения основного заболевания: ОЗМ.

АНАМНЕЗ

1. АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

(ANAMNESIS MORBI)

1.1. Жалобы больного при поступлении. Жалуется на задержку мочеиспускания в течение трех суток, частые позывы к мочеиспусканию (каждые 10 минут). Мочеиспускание резко затруднено, моча выделяется по каплям, в начале акта мочеиспускания возникает боль внизу живота.

1.2. Развитие и течение болезни. Считает себя больным с 2002 года, когда впервые стало отмечаться некоторое затруднение и учащение мочеиспускания до 10 раз в сутки, ночные пробуждения в связи с позывами к мочеиспусканию (2-3 раза за ночь), уменьшение объема мочи, выделяемого за однократное мочеиспускание. В то же время стали появляться императивные позывы к мочеиспусканию.

С 2004 года стала появляться боль в начале акта мочеиспускания, 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.

К врачу заставила обратиться острая полная задержка мочеиспускания, появление частых позывов к мочеиспусканию (каждые 10 минут), при попытке мочеиспускания – выделение мочи по каплям. Данное состояние возникло 21 октября 2005 года, его возникновение больной связывает с приемом алкоголя. 24 октября 2005 года был доставлен бригадой СМП в Увинскую районную больницу, где была проведена катетеризация мочевого пузыря. Был поставлен диагноз: ДГПЖ II ст., хронический цистит, папиллома шейки мочевого пузыря, ХЗМ. 16 ноября 2005 года был планово госпитализирован в РКБ№1. Диагноз при поступлении: ДГПЖ II ст., хронический цистит, склероз шейки мочевого пузыря, ХЗМ. Проводилась катетеризация мочевого пузыря. В клинике состояние больного улучшилось, мочеиспускание восстановилось.

2. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

(ANAMNESIS VITAE)

Место рождения – деревня Овражино, Увинский район. Социальное положение: служащий. В раннем возрасте в развитии от сверстников не отставал. Образование – среднее специальное. Профессия – слесарь. Питание нерегулярное, неразнообразное, калорийность средняя. Перенесенные заболевания: в детстве перенес ОРЗ; в 1993 году в Увинской районной больнице было проведено две хирургические операции: по поводу язвенной болезни желудка и по поводу послеоперационного кровотечения; в 1994 году в РКБ№1 была проведена операция по поводу обтурации желчных протоков; в 2000 году в РКБ№1 была проведена операция по поводу острой кишечной непроходимости.

Служил в армии в 1966 – 1968 гг.

Вредные привычки: курение с 1969 года, частое употребление алкоголя.

Наследственность не отягощена. У родственников отсутствовали туберкулез, сифилис, алкоголизм, психические болезни и злокачественные новообразования.

Аллергологический анамнез без особенностей. Переливания крови не проводилось.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Походка уверенная. Осанка прямая. Выражение лица обычное. Форма головы не изменена. Квадратного, башенного черепа нет, размягчение костей черепа отсутствует. Мозговой череп преобладает над лицевым.

Глазные щели расположены симметрично. Слизистая склеры, конъюнктивы физиологической окраски. Зрачки одинаковые, правильной формы. Реакция на свет живая, содружественная. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага, нистагм отсутствуют.

Спинка носа: западания нет; искривление носовой перегородки, дефекты, седловидный нос отсутствуют. Крылья носа в акте дыхания не участвуют. Носогубные складки симметричны. Углы губ находятся на одном уровне; трещин, заед, высыпаний нет. Губы физиологической окраски.

Язык высовывается по срединной линии, имеется белый налет; сосочки выражены, отпечатков зубов нет. Задняя стенка глотки гладкая, блестящая, физиологической окраски; налетов, кровоизлияний нет.

Небо физиологической окраски, налетов, кровоизлияний нет. Миндалины физиологической окраски, налетов кровоизлияний, гнойных пробок, гнойников лакунах нет.

Десны розовые, кровоточивости, гноетечения нет.

Зубы: кариозные поражения отсутствуют, зубных протезов нет, все зубы присутствуют.

Шея средних размеров, кровенаполнение сосудов нормальное; кривошеи, ограничения движения нет; воротника Стокса, ожерелья Венеры нет. Щитовидная железа не пальпируется.

Запах тела и выдыхаемого воздуха физиологический. Телосложение правильное. Конституция астеническая. Пониженное питание. Подкожная жировая клетчатка – 1см в области реберной дуги.

Кожные покровы физиологической окраски; сыпи, язв, пролежней нет. По передней срединной линии в области живота проходит послеоперационный рубец длиной 14 см с явлениями келоидизации. Коллатеральное кровообращение отсутствует.

Оволосение по мужскому типу. Ногти физиологической окраски, расслоения, исчерченности нет. Ногтей в виде «часовых стекол», пальцев в виде «барабанных палочек» нет.

Пальпация кожи: тургор сохранен, влажность сохранена, эластичность кожи на тыльной стороне кистей снижена.

Лимфоузлы: околоушные, собственно шейные, заушные, подчелюстные, надключичные, подключичные, подмышечные, подколенные, – не пальпируются.

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.

Отеков на лице, крестце, голенях нет.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ

1. Осмотр грудной клетки. Грудная клетка астеническая: переднезадний размер меньше бокового, над- и подключичные ямки выражены хорошо, ребра имеют косой ход, межреберные промежутки выражены хорошо, плечешейный угол тупой, угол Людвига не выражен, эпигастральный угол острый, лопатки хорошо контурируются; грудной отдел туловища по высоте больше брюшного.

Обе половины грудной клетки 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.

2. 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.

3. Перкуссия грудной клетки.

А. Топографическая перкуссия:

Определение нижних границ легких:

Опознавательная линия

Правое легкое

Левое легкое

Срединно-ключичная

VI ребро

–

Средняя подмышечная

VIII ребро

VIII ребро

Лопаточная

X ребро

X ребро

Определение активной подвижности легких по линиям:

Опознавательная линия

Правое легкое

Левое легкое

Срединно-ключичная

5 см

–

Средняя подмышечная

7 см

7 см

Лопаточная

6 см

6 см

Высота стояния верхушек легких: спереди (относительно ключицы) – 3 см справа и слева; сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка справа и слева. Ширина полей Кренига – 6 см справа и слева. Полулунное пространство Траубе свободно.

Б. Качественная перкуссия: над симметричными участками легких перкуторный звук легочный, не измененный.

4. Аускультация. Над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы: хрипы, шум трения плевры, крепитация, – отсутствуют. Бронхофония не изменена, выслушивается в виде неясного бормотания.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

1. Осмотр.

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

Осмотр крупных сосудов: пульсация височных артерий, пляска каротид, набухлость шейных вен, венный пульс не наблюдается. Симптом «червячка», капиллярный пульс Квинке, варикозное расширение вен на нижних конечностях, расширение подкожных вен на грудной клетке отсутствуют. Симптом Альфреда Мюссе отсутствует.

2. 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 одинакового наполнения на обеих руках. Правильный (pulsus regularis), мягкий (pulsus mollis), полный (pulsus plenuus). Частота пульса – 68 в минуту. Форма и величина пульса не изменены.

3. Перкуссия сердца. Определение границ относительной тупости сердца:

- Правая – правый край грудины, 4 межреберье;

- Левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье;

- Верхняя – 3 ребро, левая парастернальная линия.

Ширина сосудистого пучка – 5 см.

4. Аускультация.

А. Аускультация сердца:

I точка: выслушиваются 2 тона; 1 тон громче, чем 2 тон.

II точка: выслушиваются 2 тона; 1 тон громче, чем 2 тон.

III точка: выслушиваются 2 тона; 2 тон громче, чем 1 тон.

IV точка: выслушиваются 2 тона; 2 тон громче, чем 1 тон.

Точка Боткина-Эрба: выслушиваются 2 тона; 2 тон громче, чем 1 тон.

Изменений тембра и конфигурации тонов ни в одной из точек аускультации нет. Ритм перепела, ритм галопа не выслушиваются. Шум трения перикарда отсутствует.

Б. Аускультация сосудов:

На сонных, подключичных артериях выслушиваются 2 тона. Тоны Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье при аускультации бедренной артерии отсутствуют. Симптом Сиротинина-Куковерова отсутствует. Шум волчка при выслушивании яремных вен отсутствует.

ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

1. Осмотр полости рта. Язык высовывается по срединной линии, имеется белый налет; сосочки выражены, отпечатков зубов нет. Задняя стенка глотки гладкая, блестящая, физиологической окраски; налетов, кровоизлияний нет. Небо физиологической окраски, налетов, кровоизлияний нет. Миндалины физиологической окраски, налетов кровоизлияний, гнойных пробок, гнойников лакунах нет. Десны розовые, кровоточивости, гноетечения нет. Зубы: кариозные поражения отсутствуют, зубных протезов нет, все зубы присутствуют.

2. Осмотр живота в вертикальном и горизонтальном положении. Форма живота обычная, в лобковой области имеется выпячивание; пупок втянут. Расширенные кожные вены, пигментация, цианотические участки отсутствуют. По передней срединной линии проходит послеоперационный рубец длиной 14 см с явлениями келоидизации. Перистальтические и антиперистальтические движения желудка и кишечника не отмечаются.

3. Поверхностная пальпация живота в вертикальном и горизонтальном положении. Местная и разлитая болезненность не отмечаются. Общее и местное напряжение отсутствует. Грыжевые отверстия, расхождение прямых мышц живота, опухолевидные образования отсутствуют. Асцит методом флюктуации не определяется. Увеличение органов брюшной полости не отмечается.

4. Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско.

Сигмовидная кишка прощупывается в левой подвздошной области, безболезненна, имеет форму цилиндра толщиной 2 см, плотноватой консистенции, с гладкой поверхностью, подвижность – 2 см в обе стороны; урчание не отмечается.

Слепая кишка прощупывается в правой подвздошной области в форме безболезненного, гладкого цилиндра мягкой консистенции, толщиной 3 см; подвижность – 1 см в обе стороны; отмечается небольшое урчание; поверхность гладкая.

Терминальный отдел подвздошной кишки прощупывается в правой подвздошной области в форме безболезненного, гладкого, плотного цилиндра диаметром 1 см; подвижность – 3 см в обе стороны; урчание не отмечается.

Червеобразный отросток слепой кишки не пальпируется.

Малая кривизна желудка не пальпируется, большая кривизна желудка не пальпируется, привратник не пальпируется.

Поперечная ободочная кишка прощупывается на 2 см ниже пупка в виде плотноватой консистенции безболезненного цилиндра толщиной 2,5 см, с гладкой поверхностью; подвижность в обе стороны – 4 см; урчание отсутствует.

Восходящий отдел ободочной кишки прощупывается в области правого фланка в виде мягкой консистенции цилиндра с гладкой поверхностью, толщиной 3 см, безболезненный, малоподвижный; урчание отсутствует.

Нисходящий отдел ободочной кишки прощупывается в области левого фланка в виде мягкой консистенции цилиндра с гладкой поверхностью, толщиной 3 см, безболезненный, малоподвижный; урчание отсутствует.

Пальпация печени по Образцову. Нижний край печени не выступает из-под правой реберной дуги, находится у края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии; мягкий, с гладкой поверхностью, острый, ровный, безболезненный. Пульсация при пальпации печени не отмечается.

Пальпация желчного пузыря. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Захарьина, Лепене, Кера-Гаусмана, Ортнера, Образцова-Мерфи, Курвуазье, Георгиевского-Мюсси отрицательные.

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

Пальпация селезенки в горизонтальном положении и на правом боку (по Сали). Селезенка не прощупывается.

Симптом Поргеса отрицательный.

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

Перкуторные размеры печени по Курлову:

- 10 см – по правой срединно-ключичной линии;

- 9 см – по передней срединной линии;

- 7 см – по левой реберной дуге.

Перкуторные размеры селезенки: продольный – 7 см, поперечный – 6 см.

6. Аускультация. Выслушиваются шумы во всех отделах кишечника. Шум трения брюшины над печенью, селезенкой не выслушивается.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

1. Осмотр. Осмотр поясничной области: припухлости, покраснения кожных покровов нет. Визуально определяется увеличение мочевого пузыря.

2. Пальпация. Пальпация почек по Образцову и Боткину: почки не пальпируются.

Пальпация мочевого пузыря: верхушка мочевого пузыря выступает над верхним краем лонного сочленения на 5 см, мочевой пузырь увеличенный умеренно напряженный, безболезненный.

Пальпация по ходу мочеточников: безболезненна.

3. Перкуссия. Симптом Пастернацкого отрицательный. Перкуссия мочевого пузыря: перкуторный звук над мочевым пузырем тупой, мочевой пузырь выступает над верхним краем лонного сочленения на 6 см.

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 умеренно болезненна.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

1. Данные лабораторных исследований.

1). Анализ мочи (17.11.05 г.):

Цвет – соломенно-желтый

Реакция – кислая

Удельный вес – 1010 (в норме 1012-1025)

Прозрачная

Эпителий переходный – 10-15 в п/зр. (в норме 0-1 в п/зр.)

Лейкоциты – 20-25 в п/зр. (в норме 0-3 в п/зр.)

Эритроциты (в норме 0-2 в п/зр.)

  свежие – 5-7 в п/зр.

  выщелоченные – 2-3 в п/зр.

Бактерии – значительное количество

Заключение: повышено содержание клеток переходного эпителия, лейкоцитов, эритроцитов; бактериурия; незначительно снижен удельный вес.

2). Полный анализ крови (17.11.05 г.):

ПТИ – 96% (в норме 95-105%)

Протромбиновое время – 14,9 с (в норме 15-18 с)

Фибриноген – 3,2 г/л (в норме 2-4 г/л)

WBC – 8,2∙109 (в норме 4-9∙109)

RBC – 4,75∙1012 (в норме 4,5-5∙1012)

HGB – 129 г/л (в норме 120-180 г/л)

HCT – 0,395 (в норме 0,36-0,48)

MCV – 94,2 фл (в норме 75-95 фл)

MCH – 31,4 пг (в норме 28-34 пг)

MCHC – 301 г/л (в норме 300-380 г/л)

PLT - 250∙109 (в норме 150-400∙109)

Нейтрофилы юные – 0% (в норме 0-1%)

Нейтрофилы палочкоядерные – 3% (в норме 1-5%)

Нейтрофилы сегментоядерные – 62% (в норме 47-72%)

Базофилы – 0% (в норме – 0-1%)

Эозинофилы – 2% (в норме – 0,5-5%)

Лимфоциты – 26% (в норме 19-37%)

Моноциты – 7% (в норме 3-9%)

СОЭ – 12 мм/ч (в норме 4-10 мм/ч)

Заключение: общий анализ крови в норме.

3). Биохимический анализ крови (17.11.05 г.):

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

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

Глюкоза – 3,8 ммоль/л (в норме 3,3-5,5 ммоль/л)

Калий – 5,6 ммоль/л (в норме 3,5-6,5 ммоль/л)

Натрий – 144 ммоль/л (в норме 126-152 ммоль/л)

Хлор – 102 ммоль/л (в норме 98-107 ммоль/л)

Креатинин – 0,087 ммоль/л (в норме 0,07-0,176 ммоль/л)

Мочевина – 4,79 ммоль/л (в норме 1,7-7,5 ммоль/л)

Заключение: биохимический анализ крови в норме.

2. Данные инструментальных исследований.

1). Ультразвуковое исследование (7.11.05 г.).

Заключение: в области шейки мочевого пузыря фиксированная гиперструктура до 5 мм; УЗИ-признаки очаговых изменений в виде двух парауретральных кальцинатов, ХЗМ.

2). Трансректальное ультразвуковое исследование (17.11.05 г.).

Описываемое ранее образование в мочевом пузыре является частью простаты, выходящей в просвет мочевого пузыря, выше которой визуализируется фиксированная эхопозитивная структура 3×3 мм; стенки мочевого пузыря неровные, с трабекулярной исчерченностью. Объем остаточной мочи 200 мл.

Заключение: УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы, папилломы мочевого пузыря, парауретральных кальцинатов, ХЗМ.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

а). Основное заболевание: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, II стадия;

б). Сопутствующие заболевания: хронический цистит, склероз шейки мочевого пузыря, папиллома шейки мочевого пузыря.

в). Осложнения основного заболевания: ОЗМ.

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб больного: задержка мочеиспускания в течение трех суток, частые позывы к мочеиспусканию (каждые 10 минут), мочеиспускание резко затруднено, моча выделяется по каплям, в начале акта мочеиспускания возникает боль внизу живота (признаки ОЗМ).

2. Развития и течения заболевания: 3 года назад впервые стало отмечаться некоторое затруднение и учащение мочеиспускания до 10 раз в сутки, ночные пробуждения в связи с позывами к мочеиспусканию (2-3 раза за ночь), уменьшение объема мочи, выделяемого за однократное мочеиспускание; в то же время стали появляться императивные позывы к мочеиспусканию – проявления, соответствующие I стадии развития ДГПЖ.

С 2004 года появилось чувство неудовлетворенности после мочеиспускания (признак ХЗМ). 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. Это проявления, характерные для II стадии ДГПЖ.

К врачу заставила обратиться острая полная задержка мочеиспускания, появление частых позывов к мочеиспусканию (каждые 10 минут), при попытке мочеиспускания – выделение мочи по каплям. Данное состояние его возникновение больной связывает с приемом алкоголя. Проводилась катетеризация мочевого пузыря. В клинике состояние больного улучшилось, мочеиспускание восстановилось. Это признаки, соответствующие ОЗМ как осложнению II стадии ДГПЖ.

3. Данных объективного исследования: визуально определяется увеличение мочевого пузыря; пальпаторно: верхушка мочевого пузыря выступает над верхним краем лонного сочленения на 5 см, мочевой пузырь увеличенный умеренно напряженный, безболезненный; перкуторный звук над мочевым пузырем тупой, мочевой пузырь выступает над верхним краем лонного сочленения на 6 см. Это признаки увеличения объема остаточной мочи в мочевом пузыре, что характерно для ХЗМ.

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

5. Данных лабораторных и инструментальных исследований. Трансректальное ультразвуковое исследование, заключение: УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы, папилломы мочевого пузыря, парауретральных кальцинатов, ХЗМ.

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 (в течение 3 лет), отсутствуют боли в промежности, костях, кашель, гемоспермия. При ректальном пальцевом исследовании предстательная железа умеренно увеличена, умеренно болезненна, имеет выпуклую ровную поверхность, срединная борозда сглажена, консистенция равномерная мягко-эластическая, контуры четкие. При ультразвуковом исследовании отмечаются УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы, папилломы мочевого пузыря, парауретральных кальцинатов.

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, умеренно болезненна, имеет выпуклую ровную поверхность, срединная борозда сглажена, консистенция равномерная мягко-эластическая, контуры четкие; при ультразвуковом исследовании отмечаются УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы, папилломы мочевого пузыря, парауретральных кальцинатов.

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, умеренно болезненна, имеет выпуклую ровную поверхность, равномерную мягко-эластическую консистенцию; при ультразвуковом исследовании отмечаются УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы, папилломы мочевого пузыря, парауретральных кальцинатов.

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, умеренно болезненна, имеет выпуклую ровную поверхность, равномерную мягко-эластическую консистенция; при ультразвуковом исследовании отмечаются УЗИ-признаки доброкачественной гипертрофии предстательной железы, папилломы мочевого пузыря, парауретральных кальцинатов.

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

Исключив все вышеперечисленные заболевания, ставлю следующий клинический диагноз:

а). Основное заболевание: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, II стадия;

б). Сопутствующие заболевания: хронический цистит, склероз шейки мочевого пузыря, папиллома шейки мочевого пузыря.

в). Осложнения основного заболевания: ОЗМ.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Оперативное лечение.

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:

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. Внутримышечно 1 раз в неделю

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

D.t.d. N 15 in amp.

S. Внутримышечно 1 раз в неделю

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.

Список литературы

1. Урология: учебник / Н.А. Лопаткин, А.Ф. Даренков, В.Г. Горюнов и др. – М.: Медицина, 1992. – 496 с.

2. Вахрушев Я.М. – Непосредственное исследование больного. Учебное пособие. – Ижевск: Экспертиза, 2002. – 225 с.

3. Лабораторные методы диагностики: учебное пособие / Сост. Я.М. Вахрушев, Е.Ю. Шкатова. – М.: Издательство «АНК», 2004. – 80 с.

4. План клинического обследования больного. Методические рекомендации / Сост. Я.М. Вахрушев, Л.И. Ермолова, Е.В. Белова. – Ижевск: Экспертиза, 2002. – 16 с.

5. Лекарственные средства. М.Д. Машковский, т. I, II. – М.:Медицина, 1993.

6. Харкевич Д.А. Фармакология: Учебник. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 664 с.