**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. **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.
  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

1. 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.