Сибирский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии N 3

Цикл урологии

Заведующий кафедрой:

д.м.н., профессор Ивченко О.А.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного: x

Возраст: 60 лет.

Профессия и место работы: АОЗТ, Томский завод керамических

изделий, сторож.

Дата поступления: 2.10.1996 г.

Дата выписки:

Диагноз клинический: Аденома предстательной железы, II стадия,

вторичный хронический двусторонний пиелонефрит в фазе

латентного воспаления.

Куратор: студент Савюк В.Я.

Факультет: ЛПФ

Курс: IV

Группа: 1312

Ассистент: Давыдов В.А.

Томск --- 1996 г.

Формальные данные

Ф.И.О. больного:

Возраст: 60 лет.

Дата рождения: 22.08.1936 г.

Пол: муж.

Национальность: русский

Место жительства: г. Томск

Профессия и место работы: АОЗТ, Томский завод керамических

изделий, сторож.

Дата поступления в стационар: 2.10.1996 г.

Дата выписки:

Диагноз направления: Аденома простаты I--II степени.

Диагноз клинический: Аденома предстательной железы, II стадия,

вторичный хронический двусторонний пиелонефрит в фазе

латентного воспаления

Группа крови: 0 (1), Rh (+).

Операция

(дата, время, название, фамилия хирурга): 11.10.1996 г. 9:00--10:00,

чрезпузырная аденомэктомия с двусторонней вазотомией, Бараулин.

Анестезия: транквилонейролептаналгезия, кетамин,

фторотан, закись азота.

Осложнения: нет

Результаты лечения: улучшение

Прогноз: в общем благоприятный, но возможно снижение

половой функции, послеоперационные осложнения в виде стриктур

мочеиспускательного канала, остеомиелита лобковых костей,

хронического цистита, камней мочевого пузыря, недержания

мочи,незаживающего надлобкового свища.

Рекомендации: диспансерное наблюдение уролога, здоровый

образ жизни.

Анамнез

Жалобы пациента: Предъявлены жалобы на учащение

позывов на мочеиспускание, особенно в ночное время до 4--6 раз,

затруднение акта мочеиспускания, большая его продолжительность,

уменьшение ширины и вялость струи, остается ощущение остаточной мочи

после акта мочеиспускания.

Также предъявлены жалобы на появившуюся раздражительность, быструю

утомляемость, нарушения сна в виде бессонницы и кошмаров, повышенную

потливость.

Начало и развитие данного заболевания. x считает себя больным в течение 1

года --- с сентября 1995 года, когда впервые появились описанные

выше жалобы, но были менее выражены. Обратился к урологу по месту

жительства, было назначено лечение двумя таблетированными

препаратами, после чего через месяц наступило улучшение. Подобные

обострения повторялись ещ "е дважды --- в январе и апреле 1996 года,

предпринимались подобные меры с удовлетворительными результатами. В

начале сентября этого года состояние значительно ухудшилось, симптомы

стали более выраженными, в поликлинике по месту жительства была

предложена госпитализация и 2.10.1996 года

Тиличев Анатолий Ф "едорович поступил в урологическое отделение МСЧ-2

с целью уточнения диагноза и лечения.

Анамнез жизни.

Родился и воспитывался в семье с благоприятными социально-бытовыми

условиями, в сельской местности. В семье воспитывался один, старший и

младший братья умерли в младенческом возрасте --- причины смертей не

известны. Питание полноценное и достаточное во все периоды жизни. В

детстве перен "ес корь, в 1961 году --- 35 лет назад в возрасте 45 лет

имело место травма черепа с сотрясением головного мозга, в 1970 году

лечился в кожно-венерическом диспансере по поводу гонореи. С 1981

года стоит на уч "ете у уролога по поводу хронического простатита. Не

курит, алкоголем не злоупотребляет. Психические, венерические

заболевания отрицает.

Семейный анамнез. Наследственность.

У отца имелась аденома простаты, в последние годы жизни стояла

цистостома. Причины смертей родителей выяснить не удалось,

хронической патологии у сына нет.

Аллергологический анамнез. Аллергии нет.

Профессиональный анамнез. В течение жизни работал на

добыче глины, работа сочеталась с такими профвредностями, как

пыль, низкая температура, шум.

Объективное исследование.

Вес: 70 кг

Рост: 170 см

Тип телосложения: нормостенический

Положение пациента: активное

Сознание: полное, ясное.

Выражение лица: осмысленное.

Кожа и видимые слизистые оболочки.

Кожа смуглая. Тургор сохран "ен. Влажность достаточная.

Патологических элементов не найдено. Рубцов нет. Слизистые

оболочки конъюнктив, носовых ходов розовые, чистые, отделяемого

нет.

Волосы, ногти.

Волосы пигментированы, чистые. Перхоти нет. Педикул "еза не

выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста на теле

или облысения не обнаружено. Ногти гладкие, блестящие, без

поперечной исчерченности.

Подкожная жировая клетчатка.

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно.

Пастозности, отеков нет.

Локального патологического скопления жира не найдено.

Мышечная система.

Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и

сила сохранены, болезненности нет. Участков гипотонии,

гипертрофии, парезов и параличей не обнаружено.

Костный аппарат.

Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа,

грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет.

Осанка правильная. Пальпация и перкуссия костей безболезненная.

Суставы.

Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и

активных движений, болезненности при движениях, хруста,

изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих

мягких тканей.

Лимфатические узлы.

При исследовании лимфатических узлов отмечено увеличение

шейных единичных узлов до 3 мм в диаметре --- безболезненные,

эластичные, подвижные. Также пальпируются паховые лимфоузлы ---

множественные, до 4 мм, безболезненные, эластичные,

неподвижные. Другие лимфатические группы не прощупываются, что

соответствует норме.

Полость рта.

Углы рта расположены на одном уровне, губы розовые,без высыпаний и трещин.

Слизистые оболочки ротовой полости розовые, чистые, блестящие.

Зубная формула --- 8:8/8:8, кариеса нет.

Нал "ета на языке нет. Миндалины не выходят за пределы передних дужек.

Шея.

Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется.

Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон.

Набухания и пульсации яр "емных вен нет.

Ограничений подвижности нет.

Грудная клетка.

Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены на

одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно,

расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм.

Лопатки симметричны, двигаются синхронно в такт дыхания.

Тип дыхания смешанный.Дыхание ритмичное --- 16 в минуту.

Правая и левая половины грудной клетки двигаются синхронно.

Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Окружности грудной клетки составляют 92 см на выдохе и 98 см на вдохе.

Пальпация грудной клетки информации о болевых точках не да "ет.

Грудная клетка эластична, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в

симметричных участках.Хруста и крепитации нет.

При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами л "егких в

симметричных участках перкуторный звук одинаковый, л "егочный,

гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия л "егких.

Параметр Правое Левое

Высота верхушек спереди p 4cm |

3 см над ключицей

p 4cm | 3 см над ключицей

Высота верхушек сзади

p 4cm | Ниже уровня VII шейного позвонка на 2 см

p 4cm | Ниже уровня VII шейного позвонка на 2 см

Ширина полей Кр "енига c| 5 см c| 5 см

Нижняя граница по линиям Граница По -д -ви -ж -ность Граница

По -д -ви -ж -ность

Парастернальная V меж -ре -бе -рье --- --- ---

Срединно--ключичная VI ребро --- --- ---

Передняя аксиллярная VII ребро --- VII ребро ---

Средняя аксиллярная VIII ребро 4 см VIII ребро 4 см

Задняя аксиллярная IX ребро --- IX ребро ---

Скапулярная X ребро --- X ребро ---

Околопозвоночная остистый отросток Th$ \_ XI $ ---

остистый отросток Th$ \_ XI $

---

При аускультации л "егких в клиностатическом и ортостатическом

положениях при спокойном и форсированном дыхании определяется

физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и

задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не

выявлено. При изучении бронхофонии над периферическими участками л "егких

слышны неразборчивые звуки, что соответствует норме.

Сердце.

При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка,

выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также

эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не

обнаружено.

Перкуссия сердца.

Граница Относительная тупость Абсолютная тупость

Правая 1.5 см кнаружи от правого края грудины Левый край грудины

Верхняя Середина III ребра IV ребро

Левая 2 см кнутри от срединно-ключичной линии ---

Границы сердца соответствуют норме

Высота стояния правого атриовазального угла находится на III реберном хряще

у нижнего его края, на 0.5 см правее правого края грудины.

Размеры сердца: поперечник (сумма двух расстояний правой и левой границ

сердца от срединной линии тела) ---14 см, длинник (расстояние от правого

атриовазального угла до крайней левой точки контура сердца) --- 15 см.

Ширина сосудистого пучка --- 6.5 см.

Сердце имеет нормальную конфигурацию.

При аускультации сердца в ортостатическом и клиностатическом

положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются

нормальные тоны сердца. Ослабления, расщепления и раздвоения

тонов сердца, ритма галопа, дополнительных тонов (щелчок

открытия митрального клапана, добавочный систолический тон)

и шумов сердца не обнаружено.

Аорта и сосуды.

Аорта не пульсирует. Извитости и видимой пульсации

области височных артерий, "пляски каротид", симптома Мюссе и

капиллярного пульса нет. Вены конечностей не переполнены.

Сосудистых зв "ездочек и "caput medusae" нет. Венный пульс не

определяется.

Артериальный пульс на обеих лучевых артериях имеет одинаковую

величину; пульс ритмичен (pulsus regularis), частота --- 70 в

минуту, дефицита нет, пульс напряж "енный, тв "ердый (pulsus

durus), полный (pulsus plenus), равномерный по наполнению

(pulsus alqualis), скорый по форме (pulsus celer). Пульсовая

волна пальпируется на височных, сонных, бедренных, подколенных и

артериях стопы.

При аускультации артерий и вен выслушиваются I и II тоны на

aa.carotis communis и aa.subclaviae, на других артериях тонов

нет. Шумов не отмечено. Над венами не выслушиваются ни тоны, ни

шумы.

Артериальное давление.

Систолическое Диастолическое

Правая рука 120 мм рт. ст. 80 мм рт. ст.

Левая рука 120 мм рт. ст. 80 мм рт. ст.

Пульсовое давление --- 40 мм рт. ст.

Живот.

Живот нормальной формы. Жидкость в брюшной полости методом

флюктуации не определяется. Признаков расстройства портального

кровотока, тромбоза и сдавления vv. cavae superior et inferior в

виде головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке

не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых

областях, в области белой линии живота нет. Признаков

метеоризма, видимой перистальтики, грелочных пигментаций во

время исследования не обнаружено.

Желудок.

Осмотр области желудка не да "ет информации. При перкуссии

нижняя граница определяется на 3 см выше пупка, что

подтверждается при аускультафрикции. Шум плеска не определяется.

Большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка желудка

ровная, эластичная, подвижная, безболезненная.

Кишечник.

При поверхностной л "егкой пальпации болезненности нет.

Сигмовидная кишка расположена правильно, диаметр 2 см,

эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

урчания нет. Caecum расположена правильно, диаметр 3 см,

эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

урчания нет. Поперечно ободочная кишка расположена

выше пупка на 2 см, диаметр 3 см, эластичная, стенка

гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет.

Восходящая часть толстого кишечника расположена правильно,

диаметр 2.5 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет. Нисходящий отдел расположен правильно,

диаметр 2 см, эластичный, стенка гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет.

Поджелудочная железа.

Pancreas не пальпируется, что является нормой.

Печень.

Перкуссия.

Ориентир Граница

верхняя Относительная граница по linea clavicularis

dextra Середина VI ребра

Абсолютная тупость по linea clavicularis

dextra сверху Нижний край VI ребра

Граница по linea clavicularis

dextra снизу Совпадает с краем реберной дуги

Верхняя граница по linea mediana anterior

Основание мечевидного отростка

Нижняя граница по linea mediana anterior

Между верхней и средней третями расстояния от пупка до

основания мечевидного отростка

Левая граница по реберной дуге

Linea parasternalis sinistra

Ординаты Курлова 10, 9 и 8 см

При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено.

При глубокой --- на глубоком вдохе край печени выходит из-под

края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis

dextra. Край печени эластичный, гладкий, острый, ровный,

безболезненный.

Селез "енка.

Перкуссия.

Ориентир Граница

Верхняя граница по linea axillaris medialis sinistra IX ребро

Нижняя граница по linea axillaris medialis sinistra XI ребро

Задний верхний полюс Linea scapularis sinistra

нижний Передний полюс Linea costoarticularis

Поперечник селез "енки --- 6 см, длинник ---12 см.

Селез "енка не пальпируется, что соответствует норме.

Почки и мочевыводящие пути.

Левая и правая почки не пальпируются. Мочевой пузырь определяется

перкуторно в виде тупости и пальпаторно в виде тугоэластического

шаровидного образования над лобком, переполнен, отмечено выбухание

надлобковой области. Имеется болезненность при покалачивании по

поясничным областям.

Status localis.

При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличение

предстательной железы (4$ times$5 см), имеющей выпуклую, гладкую поверхность,

сглаженную серединную бороздку, равномерную тугоэластическую

консистенцию, ровные ч "еткие контуры, верхний полюс слева

не досягаем, подвижность стенки прямой кишки над ней сохранена.

Диагноз: аденома предстательной железы, II ст.

Лабораторные исследования.

Анализ крови клинический. Дата: 3.10.1996 г.

Показатель Результат Норма

Гемоглобин 137 г/л М --- 132.0--164.0 г/л, Ж --- 115.0--145.0 г/л

СОЭ 6 мм М --- 1--10 мм/ч,

Ж --- 2--15 мм/ч

Лейкоциты $4.5 cdot 10^ 9 $ $(4.0-8.8) cdot 10^ 9 $

Нейтрофилы палочкоядерные 1 % 1--6 %

Нейтрофилы сегментоядерные 57 % 47--72 %

Эозинофилы 2 % 0.5--5 %

Лимфоциты 38 % 19--37 %

Моноциты 2 % 3--11 %

Заключение: изменений нет.

Анализ мочи клинический. Дата: 3.10.1996 г.

Показатель Результат Норма

Цвет мочи соломенно--ж "елтый соломенно--ж "елтый

Прозрачность прозрачная прозрачная

Относительная плотность 1.026 1.010--1.025

Белок отр. до 0.012 г/л

Лейкоциты 5--7 в п/зр. М --- до 3 в п/зр.,

Ж --- до 5 в п/зр.

Эпителий 3--4 в п/зр. до 1--2 в п/зр.

Заключение: имеет место лейкоцитурия, и повышение количества

эпителия в моче.

Биохимический анализ крови. Дата: 4.10.1996 г.

Показатель Результат Норма

Общий белок плазмы 74 г/л 65--85 г/л

Мочевина крови 8.0 ммоль/л 2.5--8.3 ммоль/л

АлАТ 0.43 мкмоль/ч мл 0.1--0.68 мкмоль/ч мл

АСТ 0.36 мкмоль/ч мл 0.1--0.68 мкмоль/ч мл

Общий билирубин 20.2 мкмоль/л 8.5--20.5 мкмоль/л

Глюкоза 4.9 ммоль/л 3.3--5.5 ммоль/л

Заключение: изменений нет.

Лучевая диагностика.

Ультрасонографическое исследование мочевого пузыря и

простаты.

Мочевой пузырь при адекватном наполнении деформирован,

узловатый. Содержимое гипоэхогенное, с незначительным количеством

эхогенного осадка. Объ "ем мочевого пузыря --- 363 мл, объ "ем

остаточной мочи --- 309 мл.

Prostata: форма неправильная, контуры неровные, бугристые,

эхогенность --- смешанная, неравномерная, структура неоднородная. В

проекции левой доли исходит узловатое образование диаметром 24 мм с

капсулой, негомогенной внутренней эхоструктурой, пониженной

эхо генности. В проекции правой доли --- узловатое образование

диаметром 19 мм, подобной эхоструктуры.

Семенные пузырьки: справа --- 32 $ times$ 11 мм, слева --- 31 $ times$13

мм.Эхоструктура типичная.

Заключение: эхоскопические признаки гиперплазии предстательной

железы, узловатые образования предстательной железы.

Дата: 7.10.1996 г.

Ультразвуковое исследование.

Почки. Положение физиологическое, размеры нормальные, паренхима без

особенностей, соотношение сло "ев --- 2/1, чашечно-лоханочная система

уплотнена, не расширена, крупные

солевые включения с обеих сторон.

Мочевой пузырь деформирован, узловатый.

Предстательная железа с ровными, ч "еткими

контурами, правая доля --- 46 $ times$ 23 мм, левая --- 44 $ times$

22 мм.

Заключение: хронический пиелонефрит.

Инструментальное обследование.

Электрокардиография.

Имеются возрастные изменения, патологии не выявлено.

Обоснование диагноза и диагноз.

Жалобы пациент, объективное исследование и результаты

параклинических тестов позволяют предположить патологию со стороны

мочеполовой системы. Выявлены следующие синдромы: дизурические

расстройства (жалобы и объективно) , переполнение мочевого пузыря и

застой мочи (объективно), увеличение предстательной железы при

ректальном исследовании и параклинический синдром хронического,

латентного воспаления чашечно--лоханочного аппарата почек. На

основании всего этого, а также учитывая описание морфологического

элемента, полученного при ультразвуковом исследовании, предполагаем

наличие опухолевого образования в области простаты, препятствующего

оттоку мочи и способствующего этим развитию пиелонефрита.

Ощущение неполного опорожнения пузыря и достаточный объ "ем

остаточной мочи, но отсутствие при этом ischuria paradoxa

сообщают о стадии субкомпенсации аденомы предстательной

железы. Наличие слабовыраженной лейкоцитурии говорит о фазе

латентного воспаления чашечно--лоханочного аппарата.

Клинический диагноз: аденома предстательной железы, II стадия,

вторичный хронический двусторонний пиелонефрит в фазе

латентного воспаления.

Дифференциальный диагноз.

По своей клинической картине аденома парауретральных жел "ез похожа

на рак предстательной железы тем, что и в том и в другом случае

имеется нарушение оттока мочи из мочевого пузыря. Однако в данном

случае нет характерной для рака неравномерной, каменистой

консистенции, бугристой поверхности, типичной картины метастазов в

регионарные лимфоузлы и кости. При катетеризации мочевого пузыря

исключена стриктура мочеиспускательного канала, иначе он был бы

непроходим. Цистоскопии для дифференциальной диагностики опухоли

или склероза шейки мочевого пузыря не проводили.

Этиология и патогенез.

Рассматривая данный клинический случай , следует учесть несколько

этиологических моментов. Во-первых, несомненно свою роль в развитии

аденомы сыграла возрастная недостаточность андрогенов. По механизму

обратной связи усилилось выделение гонадотропных гормонов передней

долей гипофиза. Его воздействие привело к разрастанию парауретральных

жел "ез и образованию аденомы, покрытой оболочкой из предстательной

железы. Во-вторых, имеется наследственная предрасположенность к

поражению простаты, проявившаяся в виде аденомы у отца. В-третьих, у

пациента имеется в анамнезе специфического гонорейного воспаления

уретры, что могло привести к ослаблению местных иммунных механизмов,

развитию соединительной ткани, что в свою очередь созда "ет

благоприятную почву для развития опухолевого процесса. Следует также

учесть всю совокупность профессиональных вредностей, пагубно влияющих

на мочеполовую систему.

Лечение.

Консервативные методы лечения при аденоме предстательной железы

малоэффективны. Предполагается произвести чрезпузырную аденомэктомию

с двусторонней вазотомией. Согласие больного на операцию получено.

Показания и противопоказания к операции. В отношении

радикального оперативного вмешательства

противопоказаний нет. Показаниями к операции являются: задержка

мочеиспускания, дизурические расстройства, снижение качества жизни,

возможность развития опасных осложнений: острая задержка

мочеиспускания, гематурия, кровотечение из расширенных вен в области

шейки мочевого пузыря, камни мочевого пузыря, воспалительные процессы

в любом отделе мочевой и половой системы, в том числе

прогрессирования пиелонефрита с развитием хронической почечной

недостаточности. Вазотомия проводится для профилактики послеоперационного

осложнения в виде застоя секрета и инфицирования ductus deferens.

Подготовка к операции. Накануне вечером после л "егкого ужина

пищу больше не принимать. В 20 и 21 час. сделать очистительные

клизмы. Принять гигиеническую ванну. Дать на ночь 1 таблетку

седуксена 0.0005. Утром сделать очистительную клизму, побрить

операционное поле и обработать спиртовыми шариками. Перед подачей в

операционную ввести в мышцу Sol. Atropini sulfatis 0.1 %--1 ml,

Sol. Dimedroli 1 %--1ml, Sol. Promedoli 2 %--1ml.

Анестезия: вводный наркоз ---

Sol. Phentanyli 0.005 % --- 2 ml,

Sol. Droperidoli 0.25 % ---2 ml,

Sol. Sibazoni 0.5 % --- 2 ml,

Sol. Ketamini hydrochloridi 5 % --- 3 ml.

Интубация кислорода с закисью азота в соотношении 7/3, фторотан. В

конце операции появилось спонтанное дыхание, произведена экстубация

без осложнений. Артериальное давление во время операции ---

110/80--130/80, пульс --- 90 в минуту.

Анестезиолог: Мазаев.

Ход операции. Adenomectomia transvesicalis. Положение

больного по Тренделенбургу. Операционное поле

обработали по Гроссиху--Филончикову. Разрез кожи по Кею. Вскрыли и

выделили ductus deferens, наложили две лигатуры и пересекли с обеих

сторон на протяжении 0.5 см. Мочевой пузырь взят на держалки

и вскрыт по ним надлобковым разрезом . Слизистую оболочку в

области перехода шейки в мочеиспускательный канал и хирургическую

капсулу аденомы рассекли, пользуясь для ориентировки концом катетера,

находящегося в пузыре, после чего указательным пальцем вылущили

аденому, подавая е "е двумя пальцами левой руки, введ "енными в

прямую кишку. На ложе удал "енной аденомы наложили швы. Мочевой

пузырь наглухо ушили с временным оставлением надлобкового дренажа.

Рана послойно зашита. Наложена асептическая повязка. В пузырь

введ "ен уретральный катетер с надувным резиновым баллоном, для

гемостаза и фиксации.

Оператор: Бараулин.

Ассистент: Ор "ел, Юрченко.

Дневник.

Дата t, П, Д. Течение болезни Назначения

11.10 37.1 72/мин 18/мин Отделение реанимации и

анестезиологии. Состояние после операции средней тяжести. АД

120/80. Диурез соответствующий объ "ему инфузий. Моча цвета

клюквенного морса из-за примеси крови. Повязка слабо промокает.

Режим постельный. Стол 15. Катетер с натяжением 200 г. Перевязка.

Сквозное промывание пузыря фурацилином. Ампиокс 0.5 4раза в сутки.

Дыхательная гимнастика.

14.10 36.7 70/мин 16/мин Состояние удовлетворительное.

Перевед "ен в отделение. Моча прозрачная, макрогематурии нет.

Диурез соответствующий объ "ему инфузий. Повязка сухая,

послеоперационный шов розовый, гиперемия выражена слабо.

Режим палатный. Катетер удал "ен. Остальные назначения без

изменений.

Конец курации.

Эпикриз.

x поступил в плановом порядке в

урологическое отделение МСЧ 2 с диагнозом аденома простаты I--II

степени.

В отделении проведены следующие диагностические при "емы:

опрос, объективное исследование, ректальное исследование

предстательной железы, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови,

ультразвуковое исследование мочеполовых органов. На основе полученных

данных был выдвинут окончательный диагноз: аденома предстательной

железы, II стадия, вторичный хронический двусторонний пиелонефрит в

фазе латентного воспаления.

Проведена чрезпузырная аденомэктомия с

двусторонней вазотомией. Назначена антибактериальная терапия.

Послеоперационный период без осложнений.

Подготавливается к выписке

со значительным улучшением в результате лечения.

Прогноз: в общем благоприятный, но возможно снижение

половой функции, послеоперационные осложнения в виде стриктур

мочеиспускательного канала, остеомиелита лобковых костей,

хронического цистита, камней мочевого пузыря, недержания

мочи,незаживающего надлобкового свища.

Рекомендации: диспансерное наблюдение уролога, здоровый

образ жизни.

Подпись куратора : САВЮК В.Я.

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.

Справочник практического врача / Под ред. А.И. Воробь "ева --- М.:

Медицина, 1992. --- В 2 томах. Т. 1.

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

Медицина, 1993.