

# МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

## 1. Тема занятия

Онкоурология. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы.

## 2. Мотивация

Онкоурология является весьма актуальной темой современной урологии, что связано с большой частотой встречаемости онкологических заболеваний органов мочевыделительной и половой систем.

## 3. Цель занятия

- изучить этиологию и патогенез, особенности клинического течения, диагностику, лечение и профилактику опухолей мочеполовых органов.

## 4. Практические умения и навыки, приобретаемые на конкретном занятии (в соответствии с выбранными компетенциями и перечнем навыков по дисциплине в целом):

в результате изучения темы студент должен:

### Знать:

- основы законодательства РФ, основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения различных возрастно-половых и социальных групп (ОК-1);
- основы страховой медицины в РФ, структуру современной системы здравоохранения РФ, деятельность органов и учреждений системы здравоохранения (ОК-1);
- этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний среди населения (ПК-17);
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у подростков и взрослого населения (ПК 17, ПК 19, ПК 20);
- современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных терапевтического, хирургического и инфекционного профиля; общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий (ПК-15, ПК-17);
- виды и методы современной анестезии (масочный, эндотрахеальный, внутривенный) у детей и подростков; способы и методы профилактики послеоперационных легочных осложнений; особенности проведения интенсивной терапии у пациентов различных возрастно-половых групп (ПК 17, ПК 19, ПК 20);

### Практические умения по дисциплине

№ п/п	Умения, владения в соответствии с ФГОС ВПО	Перечень практических навыков в рамках умений, владений	Число повторений
<b>Уметь</b>			
1	анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского и взрослого населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды, биологических и организации медицинской помощи (ОК-1)	- оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и формулировка предварительного диагноза (синдромального, нозологического).	5
2	собрать анамнез; провести опрос пациента и его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение	- сбор урологического анамнеза; - определение симптома Пастернацкого; - пальпация почек в 3 положениях; - пальпация и перкуссия мочевого	5

	АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам (ПК-5, ПК-17)	пузыря; - определение набора дополнительных методов диагностики, позволяющих подтвердить или поставить диагноз; - составление плана обследования пациента на основе предварительного диагноза.	
3	интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз (ПК-5, ПК-15, ПК-17)	- определение набора дополнительных методов диагностики, позволяющих подтвердить или поставить диагноз; - составление плана обследования пациента на основе предварительного диагноза; - формулировка развернутого клинического диагноза, его обоснование; - оценка результатов УЗИ; - оценка результатов рентгенографического исследования; - оценка результатов радиоизотопной ренографии; - оценка результатов КТ.	5
4	разработать больному человеку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия (ПК-19, ПК-20)	- выбор показаний и противопоказаний для выбора консервативного метода лечения, лекарственных препаратов и метода обезболивания; - катетеризация мочевого пузыря жестким катетером; - капиллярная пункция мочевого пузыря; - выполнение блокады семенного канатика по Лорин-Эпштейну; - вправление парафимоза.	3
<b>Владеть</b>			
1	методами общего клинического обследования пациентов (ПК-5)	- диагностика почечной колики; - выполнение пальцевого ректального исследования.	3
2	интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов (ПК-5, ПК-15)	- оценка общего анализа крови; - оценка общего анализа мочи; - анализ мочи по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Амбурже; - анализ пробы по Зимницкому; - оценка биохимического анализа крови (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, остаточный азот, креатинин, калий, кальций, фосфор, натрий, хлор, сахар).	5
3	владеть методами асептики и антисептики, использовать медицинский инструментарий, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций, владеть техникой ухода за больными (ПК 7)	- выполнение пальцевого ректального исследования; - катетеризация мочевого пузыря мягким катетером.	3
4	алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам-специалистам; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза (ПК-17)	- диагностика почечной колики; - определение набора дополнительных методов диагностики, позволяющих подтвердить или поставить диагноз; - оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и формулировка предварительного диагноза (синдромального, нозологического); - составление плана обследования	5

		пациента на основе предварительного диагноза; - формулировка развернутого клинического диагноза, его обоснование.	
5	алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи населению при неотложных и угрожающих жизни состояниях (ПК-19)	- обоснование тактики ведения больного, показаний для экстренной или плановой госпитализации, показаний и противопоказаний для экстренной или плановой операции, методов лечения, профилактики, определение прогноза; - выполнение пальцевого ректального исследования; - катетеризация мочевого пузыря мягким катетером; - оказание неотложной помощи при почечной колике; - оказание неотложной помощи при острой задержке мочи.	3

## 5. Исходные знания по теме

Необходимо вспомнить из курса физики – физические основы рентгеновского излучения и рентгенотерапии, принципы работы компьютерных томографов и аппаратов УЗИ; из курса патофизиологии – нарушения гемодинамики почки, нарушение тканевого роста, особенности опухолевого роста; из курса патанатомии – морфологическую характеристику рака почки и мочевого пузыря.

### Точки соприкосновения с хирургией.

Пальпируемая опухоль брюшной полости может являться предметом консилиума в составе хирурга, терапевта, уролога и гинеколога. Возникает необходимость в специальных методах исследования для исключения рака почки или опухоли забрюшинного пространства. Чувство тяжести, увеличение одной из половин мошонки является поводом для обращения к хирургу. Эти явления могут быть обусловлены варикоцеле. Внезапное появление извитых, расширенных вен семенного канатика у мужчин среднего и пожилого возраста должно вызвать у врача подозрение на рак почки.

### Наиболее частые точки соприкосновения с терапией.

Весьма распространенным, нередко единственным признаком рака почки может быть гипертермия. Больные с неясным генезом повышения температуры тела, как правило, находятся на лечении и наблюдении у терапевта. Если причина длительной лихорадки остается неизвестной, необходима консультация уролога.

Рак почки в 15-20 % больных проявляется артериальной гипертонией. Этот симптом должен быть поводом для ультразвукового исследования почек, сцинтиграфии

При раке с локализацией в верхнем полюсе почки может иметь место

упорный кашель. При рентгеноскопии груди не всегда выявляются патологические изменения.

### **Наиболее частые точки соприкосновения с гинекологией.**

Имеются наблюдения, когда больные не могут отличить маточное кровотечение от гематурии. Влагалищное исследование и цистоскопия позволяют установить источник кровотечения. Боль внизу живота, дизурия могут быть как при фибромиоме матки, так и при заболеваниях мочевого пузыря. Возникает необходимость в осмотре больной гинекологом и урологом.

### **Методические указания по самоподготовке (на что необходимо обратить внимание при изучении основных разделов темы)**

Классификация злокачественных опухолей почки по системе TNM/

Основные симптомы рака почки.

Особенности клинического течения рака почки.

Рентгенодиагностика рака почки.

Дифференциальная диагностика и лечение рака почки.

Особенности симптоматики и клинического течения опухоли Вильмса.

Диагностика и лечение опухоли Вильмса.

Пути метастазирования опухоли лоханки и мочеточника.

Особенности диагностики и лечения опухоли мочеточника и почечной лоханки.

Международная классификация опухолей мочевого пузыря.

Симптоматология, клиническое течение, диагностика и лечение опухолей мочевого пузыря.

Методы хирургического лечения злокачественных опухолей мочевого пузыря.

Стадии ДГП и их клиническая характеристика.

Данные пальпации простаты при аденоме.

Показания к одномоментной и двухмоментной простатэктомии

Осложнения ДГП и их коррекция.

Клинические проявления рака простаты.

Дифференциальная диагностика ДГП и рака простаты.

Клинические проявления опухолей яичка.

### **Основные положения темы**

Опухоли почки. Распространенность, этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Опухоли почечной паренхимы, опухоли почечной лоханки и мочеточника. Опухоли почечной паренхимы - злокачественные, доброкачественные. Злокачественные опухоли почечной паренхимы - рак почки (светлокориновый, зернистоклеточный, саркоподобный и железистый). Опухоль Вильмса. Международная классификация по системе

TNM. Доброкачественные опухоли почки: ангиомиолипома, онкоцитома, аденома, мезенхимомы. Клиническая симптоматология рака почки. Ренальные (гематурия, боль, пальпируемое образование) и экстраренальные (гипертермия, артериальная гипертензия, варикоцеле, эритроцитоз, амилоидоз, энтеропатии) симптомы. Паранеопластические синдромы (нефротический, костно-суставной, миопатический, синдром Штауффера). Гематогенное и лимфогенное метастазирование при раке почки. Диагностика опухоли почки. Роль УЗИ как скрининг-теста в распознавании объемных заболеваний почки и метода диспансерного обследования населения. Диагностические возможности обзорной и экскреторной урографии. Значение компьютерной томографии в установлении диагноза и распространенности процесса. Комплексное вазографическое исследование при опухоли почки и значимость полученной информации для выбора оперативного доступа и планирования операции. Ангионеврография как метод оценки функционального состояния, пораженной раком и контрлатеральной почки. Магнитно-резонансная томография в диагностике опухоли почки. Дифференциальная диагностика с солитарной кистой, мультилакунарной кистозной нефромой, ксантогранулематозным пиелонефритом, эхинококкозом. Особенности данных УЗИ, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, ангиографии в дифференциальной диагностике. Роль пункционной биопсии почки под ультразвуковым или компьютерным мониторингом. Лечение. Операция как единственный эффективный метод. Виды оперативных доступов при опухоли почки. Требования онкологии при раке почки. Виды операций: радикальная нефрэктомия (предварительное лигирование почечных сосудов, экстрафасциальное удаление органа, регионарная и юкстарегинарная лимфаденэктомия), органосохраняющие операции (резекция почки, энуклеация опухоли). Показания к органосохраняющим операциям (двухсторонний рак, рак единственной почки, рак одной почки и заболевание другой при наличии хронической почечной недостаточности). Лучевая терапия при метастазах в забрюшинные узлы, при метастазах в кости. Химиотерапия при метастазах в легкие. Роль иммунотерапии при раке почки. Эмболизация почечной артерии как метод остановки кровотечения у неоперабельных больных. Диспансеризация больных, оперированных по поводу рака почки. Особенности диагностики и лечения больных раком почечной лоханки. Роль экскреторной урографии, ретроградной пиелографии, УЗИ в дифференциальной диагностике рака почечной лоханки и рентгеноконтрастного конкремента. Значимость исследования осадка мочи в дифференциальной диагностике рака почечной лоханки. Объем операции (нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря в области устья мочеточника, регионарная лимфаденэктомия). Диспансеризация больных, необходимость регулярных цистоскопий.

Опухоли мочевого пузыря. Распространенность. Этиология и патогенез. Профессиональные опухоли мочевого пузыря. Эпителиальные новообразования мочевого пузыря. Злокачественные: папиллярный

переходноклеточный рак, плоскоклеточный рак, аденокарцинома. Доброкачественные опухоли: папилломы, аденомы, эндометриозные. Опухоли из соединительной, мышечной и других тканей: злокачественные - саркома; доброкачественные - фиброма, гемангиома, лейомиома, нефрома. Симптомы. Международная классификация по системе TNM. Диагностика опухоли мочевого пузыря: УЗИ (трансабдоминальное, трансректальное, эндовезикальное). Цистоскопия как первое и экстренное обследование при тотальной безболевого гематурии, биопсия. Рентгенологические методы: обзорная и экскреторная урография, цистография, полицистография, тазовая артерио- и венография. Роль компьютерной томографии в определении распространенности процесса. Лечение. ТУР мочевого пузыря при T<sub>1-2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Значимость биопсии стенки мочевого пузыря из зоны трансуретральной резекции для определения радикальности операции и "ступенчатых" биопсий для определения степени риска рецидивирования рака мочевого пузыря. Резекция мочевого пузыря с уретероцистостомией и без нее, эндовезикальная резекция. Цистэктомия, показания к ней. Методы деривации мочи (создание искусственного мочевого пузыря, пересадка мочеточников в непрерывный кишечник, в изолированный сегмент кишки, на кожу, трансуретероанастомоз с односторонней нефростомией, двухсторонняя нефро- и пиелостомия). Место внутрипузырной химио- и иммунотерапии (БЦЖ) в лечении рака мочевого пузыря и профилактика его рецидивов. Лучевая терапия при раке мочевого пузыря. Роль контрольных цистоскопий в диспансеризации больных. Прогноз.

### **Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и рак предстательной железы.**

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Этиология и патогенез: гормональная теория, нарушение обмена дигидротестостерона в клетках простаты, роль различных изоферментов 5-альфа-редуктазы и факторов роста в патогенезе гиперплазии предстательной железы. Патологическая анатомия. Классификация болезни: стадии заболевания. Клиническое течение гиперплазии предстательной железы (рак предстательной железы, хронический простатит, стриктура уретры, склероз шейки мочевого пузыря, камни мочевого пузыря, опухоль мочевого пузыря). Выбор терапии больных гиперплазией предстательной железы. Медикаментозное лечение ингибиторами 5-альфа-редуктазы, селективными альфа-1-адреноблокаторами и их комбинацией. Малоинвазивные методы лечения гиперплазии предстательной железы: трансуретральная микроволновая термотерапия, применение различных видов лазерной энергии и других. Оперативное лечение: показания к трансуретральной, трансвезикальной и позадилонной аденомэктомиям, цистостомии. Трансуретральная аденомэктомия. Позадилонная аденомэктомия. Чреспузырная аденомэктомия. Цистостомия. Острая задержка мочеиспускания. Оказание помощи при острой задержке мочеиспускания: катетеризация мочевого пузыря, надлобковая пункция пузыря, троакарная и традиционная цистостомии. Осложнения доброкачественной гиперплазии

предстательной железы: камни мочевого пузыря, цистит, пиелонефрит, почечная недостаточность. Профилактика осложнений. Диспансерное наблюдение за больными гиперплазией предстательной железы.

Рак предстательной железы. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия. Клиническое течение. Стадии заболевания. Метастазирование рака простаты, типы метастазов. Диагностика рака простаты (клиническая, лабораторная, рентгенологическая, радиологическая). Биопсия предстательной железы (трансректальная и промежностная). Дифференциальная диагностика (аденома простаты, камни простаты, хронический простатит, туберкулез простаты, рак мочевого пузыря). Показания к оперативному лечению: простатэктомия, трансуретральная и интравезикальная электрорезекция, криохирургия простаты. Кастрация, энуклеация яичек. Консервативные методы лечения. Эстрогенотерапия: общие принципы, возможные осложнения. Первичная и вторичная резистентность опухоли к эстрогенам. Лечение антиандрогенами. Определение гормональной насыщенности для терапии. Ближайшие и отдаленные результаты лечения. Роль профилактических осмотров населения.

#### **Опухоли яичка и полового члена.**

Опухоли яичка. Классификация. Современные методы диагностики опухоли яичка и их метастазов. Лечение: оперативное, х-терапия, химиотерапия. Опухоли придатка яичка. Диагностика, лечение.

Опухоли полового члена. Этиология, клиническое течение, диагностика и методы лечения.

## **8. Рекомендуемая литература**

### Основная:

1. Урология: учебник /Н. А. Лопаткин-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007, 520 с.

### Собственная:

1. Семенов А.В., Стрельников А.И., Цеханович А.В. Руководство к практическим занятиям по онкоурологии. - Иваново, 2005;
2. Стрельников А.И., Цеханович А.В., Полозов В.В., Почерников Д.Г., Васильева И.Г., Шевырин А.А., Черкасова М.Ю. Методические разработки для самостоятельной подготовки студентов по урологии. - Иваново, 2011.

## **9. Организационная основа действий по работе на практическом занятии:**

Вы изучили рекомендуемый материал по теме занятия. Вам

необходимо уметь применять полученные знания на практике. Для этого на основании изученного материала постарайтесь усвоить организационную основу действия по диагностике онкоурологических заболеваний.

Сбор жалоб и анамнеза позволяет выявить симптоматику урологических заболеваний складывающуюся из болей, расстройств мочеиспускания, количественных и качественных изменений мочи, патологических выделений из уретры, общих системных проявлений.

Физикальные методы обследования позволяют установить выраженность клинических симптомов.

Лабораторные методы диагностики позволяют установить характер патологического процесса.

Инструментальные методы диагностики определяют выраженность функциональных нарушений, а также характер структурных изменений органов мочеполовой системы.

## **10. Организационная основа действий при работе с тематическими больными**

При обследовании больного установите проявления поражения органов мочеполовой системы. Уточните время появления жалоб на боли, дизурию, качественные изменений мочи. При сборе анамнеза обратите внимание на наличие наследственной предрасположенности, сопутствующие заболевания.

При осмотре пациента уточните характер поражения органов мочеполовой системы.. Попытайтесь определить ведущие симптомы и синдромы, выявленные у больного. Определите план дополнительных методов исследования и оцените их результаты. Сформулируйте клинический диагноз.

Продумайте тактику ведения больного и основные направления его лечения.

## **11. Блок информации по теме**

Различают опухоли паренхимы почки, опухоли лоханки почки и опухоли мочеточника. У взрослых из опухолей паренхимы почки чаще всего встречается рак почки, у детей – опухоль Вильмса, среди опухолей лоханки почки и мочеточника – папиллярный рак.

Для рака почки характерны местные симптомы: гематурия, пальпируемое образование в подреберье, боль в поясничной области или подреберье, аврикоцеле на стороне поражения. Но эти признаки встречаются в далекозашедших стадиях болезни, когда в опухолевый процесс вовлекается



ЧЛС, окружающие почку ткани и нервы. Более ранними являются общие симптомы: ухудшение самочувствия, похудание, повышение температуры тела, артериальная гипертензия, эритроцитоз, анемия, ускорение СОЭ.

Основными методами диагностики рака почки являются УЗИ и ангиография почек.

Метастазирование происходит гематогенным и лимфогенным путем. Наиболее часто метастазы выявляют в легких, костях, печени, регионарных лимфоузлах.

Основным методом лечения является оперативный (нефрэктомия).

Для опухоли Вильмса, которая встречается у детей в возрасте до 5 лет, характерны: быстрая утомляемость, недомогание, отсутствие аппетита, бледность кожных покровов, субфебрилитет, похудание. Эти признаки неспецифичны, наблюдаются при многих заболеваниях. В случае выявления опухоли при пальпации живота у ребенка должен ставиться диагноз опухоли Вильмса, пока уролог не исключит его с помощью специальных методов исследования.

Наиболее информативными методами исследования являются: УЗИ и экскреторная урография. Почечная ангиография у детей применяется крайне редко.

Лечение опухоли Вильмса комплексное: химиотерапия, нефрэктомия, полихимиотерапия, рентгенотерапия.

Папиллярные опухоли лоханки и мочеточника характеризуются гематурией и болью в поясничной области на стороне поражения. Боли возникают при нарушении уродинамики, при обструкции растущей опухолью. Постепенно развивается гидронефроз и ли гидроуретеронефроз.

Методами диагностики являются экскреторная урография и ретроградная уретеропиелография, которые позволяют выявить дефект наполнения в месте локализации опухоли. При цистоскопии в момент гематурии устанавливают источник кровотечения, можно увидеть и опухоль, растущую из устья мочеточника. При проведении катетера в мочеточник по нему и мимо него из устья мочеточника выделяется кровь (симптом Шевассю). Ангиография почек малоинформативна.

Метастазирование происходит имплантационным путем сверху вниз – в мочеточник, мочевой пузырь.

Лечение оперативное – удаление почки, мочеточника и части мочевого пузыря с устьем мочеточника.

Наиболее часто встречаются эпителиальные опухоли мочевого пузыря: типичная эпителиальная фиброэпителиома, папиллярный рак, солидный рак.

Наиболее ранним признаком опухоли мочевого пузыря является гематурия. При инфильтрации опухолью стенки мочевого пузыря присоединяется дизурия, позднее – боли внизу живота.

Основным методом исследования является цистоскопия. При использовании операционного цистоскопа можно провести биопсию опухоли для гистологического исследования.

Лечение комбинированное: оперативное, лучевое, химиотерапевтическое.

Аденома простаты – доброкачественная опухоль, наиболее часто встречающаяся у мужчин пожилого возраста. Ведущую роль в генезе заболевания играет гормональный фактор.

ДГП препятствует нормальному оттоку мочи из мочевого пузыря, тем самым приводит к изменениям со стороны почек и верхних мочевых путей.

В клиническом течении выделяют 3 стадии заболевания по Гюйону: компенсация (дизурические расстройства), субкомпенсация (появление остаточной мочи), декомпенсация (парадоксальная ишурия).

Основным методом диагностики является пальцевое исследование предстательной железы. Количество остаточной мочи определяется с помощью УЗИ или изотопных исследований. Для оценки состояния уродинамики ВМП проводится экскреторная урография.

Наиболее частым осложнением ДГП является острая задержка мочи. Другим осложнением является гематурия, источником которой являются расширенные вены шейки мочевого пузыря. К осложнениям относятся также камни мочевого пузыря.

Лечение ДГП может быть консервативным или оперативным. Консервативное лечение проводится на 1 стадии заболевания и у пациентов с противопоказаниями к операции. Оно заключается в катетеризации, гормонотерапии и медикаментозном лечении. Основным методом хирургического лечения считается трансвезикальная одномоментная аденомэктомия.

Рак предстательной железы наблюдается чаще после 50 лет. Характерной особенностью является метастазирование в кости таза, поясничный отдел позвоночника, крестец. Клинически длительное время может протекать бессимптомно. По мере роста опухоли появляются симптомы, которые сводятся к дизурическим расстройствам, боли в области заднего прохода, может быть гематурия и острая задержка мочи.

Основные данные для диагностики заболевания можно получить при пальцевом ректальном исследовании. Из лабораторных исследований следует обратить внимание на увеличение СОЭ. Также поставить диагноз помогают УЗИ простаты и пункционная биопсия предстательной железы с последующим исследованием гистологической природы опухоли.

Лечение может быть консервативным и оперативным. Радикальная операция – простатэктомия. Паллиативные операции – трансуретральная электрорезекция, эпицистостомия, кастрация или энуклеация яичек. Консервативное лечение – гормонотерапия эстрогенами, антиандрогенами и цитостатиками, а также лучевое

## **12. Учебные ситуационные задачи.**

1. В урологическое отделение по экстренной помощи поступил больной с безболевым тотальной макрогематурией.

Какова должна быть тактика дежурного уролога, экстренность

диагностических и лечебных мероприятий?

Эталон ответа: Можно думать об опухолях мочевого системы. Гематурия в таких случаях может быстро прекратиться. В таком случае важно выявить источник кровотечения. Поэтому экстренная цистоскопия в момент кровотечения абсолютно показана для выявления источника гематурии.

2. Больной 59 лет, в течение последних трех лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи тонкой и вялой струей. Кожные покровы нормальной окраски. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы развиты нормально. При пальцевом ректальном исследовании простата умеренно увеличена в размерах, правая доля ее бугристая, каменной плотности, безболезненная. Слизистая кишки над правой долей железы неподвижная.

Ваш предварительный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

Эталон ответа: На основании жалоб, осмотра, данных пальцевого исследования простаты можно заподозрить рак простаты. Для уточнения диагноза необходимо провести биопсию опухоли с целью гистологической верификации ее.

### **Контрольные ситуационные задачи.**

1. Больной 63 лет обратился с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания, боли внизу живота. Указанные явления беспокоят в течение 14 часов. Состояние удовлетворительное. По внутренним органам без патологии. Определяется притупление перкуторного звука до уровня пупка. Простата увеличена, междолевая борозда не определяется, железа безболезненная, плотно-эластической консистенции.

Ваш предположительный диагноз? План обследования и лечения?

2. У больного 43 лет длительная субфебрильная температура тела, отсутствие аппетита, упорный, не поддающийся терапии сухой кашель. Болен 1 год. За это время похудел на 15 кг. Неоднократно обследовался у разных специалистов. При рентгенологических исследованиях легких патологии не выявлено. Отмечается нарастание СОЭ (с 30 мм/час до 60 мм/час). Отмечена анемия

О каком заболевании можно думать? Какие методы исследования можно провести для уточнения диагноза?

