Паспортная часть:

ФИО: С\*\*\*

Пол: мужской

Возраст: 78 лет

Место жительства:

Профессия: пенсионер

Дата госпитализации:

Диагноз при поступлении: Рак нижней трети пищевода.

Клинический диагноз: экзофитный рак н/3 пищевода (наддиафрагмальный сегмент).

T N M II 2 кл. гр.

Жалобы:

На общую слабость, исхудание, непроходимость твердой пищи, чувство "комка" и дискомфорта за грудиной

Anamnesis morbi:

Считает себя больным с конца декабря 2013г, когда впервые стали беспокоить вышеперечисленные симптомы. Обратился в ДЦБ по месту жительства, где была выполнена R-графия пищевода, желудка, 12-перстной кишки - заключение - экзофитный рак н/3 пищевода (наддиафрагмальный сегмент). Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки. Гастродуоденит. Дуоденостаз. Обратился в ДЦГХ для дальнейшего обследования и лечения.

Anamnesis vitae:

Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Питание регулярное 5 раз в день.

Семейный анамнез: Женат.

Наследственность не отягощена.

Проф. анамнез: Работа не связана с тяжелым физическим трудом.

Эпид. анамнез: Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние 6 месяцев кровь не переливалась, контакт с инфекционными больными не имелся.

Перенесенные заболевания отрицает.

Вредные привычки: курит, алкоголь не употребляет, наркотики не употребляет.

Гемотрансфузионный анамнез: гемотрансфузий не проводилось.

Аллергологический анамнез: Аллергических реакций не отмечал.

Status praesens

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение активное.

Телосложение правильное, тип конституции - астенический

Выражение лица - нормальное. Патологических изменений величины, формы, положения, объема движений головы, мягких и костных тканей свода черепа при пальпации не выявлено.

Кожные покровы розового цвета, влажные, тургор снижен, патологических изменений кожи в виде сыпи, рубцов, телеангиоэктазий, шелушения нет.

Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом.

Выраженность подкожно-жирового слоя снижена, отеков нет.

Затылочные, околоушные, подчелюстные и подбородочные, шейные передние и задние, надключичные и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Конфигурация суставов правильная, деформаций не обнаружено, изменения величины, цвета тканей и кожной температуры над суставами нет. Объем активных движений не изменен. Деформации, утолщения, размягчения костей не отмечается, болезненности при пальпации и поколачивании нет. Форма пальцев нормальная.

Дыхательная система

Носовое дыхание свободное, ритмичное. Тип дыхания абдоминальный, ЧДД 19 в минуту. Форма грудной клетки обычная, обе половины симметричны между собой, участвуют в дыхании, односторонних западений или выпячиваний не обнаружено. Вспомогательная мускулатура шеи, плечевого пояса в акте дыхания участия не принимает.

При пальпации грудная стенка безболезненна, патологических изменений кожи и подкожного жирового слоя над грудной клеткой, а также межреберных мышц, нервов и ребер не отмечается. Грудная клетка ригидна, б/б. Над участками легочной ткани легочный звук. Добавочных дыхательных шумов (сухих хрипов и шума трения плевры) при пальпации не выявлено.

Топографическая перкуссия легких:

Высота стояния верхушек легкого:

спереди на 3 см выступают над ключицей

сзади на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

Нижние границы правого и левого легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название линий | Границы | |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Linea parasternalis | 5 межреберье | - |
| Linea medioclavicularis | 6 м/р | - |
| Linea axillaris anterior | 7 м/р | 7 м/р |
| Linea axillaris media | 8 м/р | 8 м/р |
| Linea axillaris posterior | 9 м/р | 9 м/р |
| Linea scapularis | 10 м/р | 10 м/р |
| Linea paravertebralis |  |  |

Аускультация легких:

Везикулярное дыхание над всеми отделами. Добавочных дыхательных шумов нет.

Сердечнососудистая система

Осмотр Верхушечный толчок визуально не определяется. Пальпация

Пульс симметричный, частотой 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной артерий; стенка их эластическая. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье по левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный. по площади он нормальный, по высоте - низкий, по силе - слабый. Сердечный толчок и другие пульсации при пальпации не выявлены.

При пальпации артерий и вен других областей морфологических изменений артерий, а также признаков варикозного расширения вен и тромбофлебитов не обнаружено.

Артериальное давление: 110/70 мм. рт. ст.

Перкуссия сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| границы сердца | относительная тупость | абсолютная тупость |
| правая | 4 межреберье по правому краю грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| верхняя | 3 ребро слева | 4 ребро слева |
| левая | 5 межреберье на 1-1,5 см кнутри от среднеключичной линии | 5 межреберье на 1-1,5 см кнутри от границы относительной тупости |

Конфигурация сердца нормальная.

Аускультация сердца:

Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные. Изменения тембра тонов, расщепления или раздвоения тонов, а также появления трехчленных ритмов не отмечается. Шумы в сердце не выслушиваются.

Аускультация сосудов:

При аускультации сосудов патологических тонов и шумов не обнаружено.

Пищеварительная система

Осмотр полости рта: Язык правильной формы, влажность и цвет нормальные, язык обложен белым налетом.

Осмотр живота: форма живота овальная. Обе половины симметричны, пупок втянут. Живот участвует в акте дыхания.

Поверхностная ориентировочная пальпация живота: живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая скользящая методическая пальпация живота.

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области, в виде подвижного образования цилиндрической формы, размером 2-3 см, с гладкой поверхностью, эластической консистенции. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде цилиндра толщиной 2,5 см. безболезненна. Консистенция эластическая.

Поперечно-ободочная кишка пальпируется в мезогастральной области в виде подвижного цилиндра плотной консистенции толщиной 3 см; безболезненна, поверхность ровная.

Восходящий и нисходящий отделы пальпируются в виде плотных цилиндров; поверхность их гладкая, диаметр-3,5-4,5 см.

Размеры печени по Курлову:

размер (по правой срединно-ключичной линии) - 9 см

размер (по передней срединной линии) - 7,5 см

размер (по косой линии по левой реберной дуге) - 7 см

При пальпации печень не выходит из под края реберной дуги. Край ровный, закругленный, мягкий, мягкой консистенции безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Френикус-симптом, а также симптомы Ортнера и Кера отрицательные.

Селезенка пальпаторно не определяется.

Мочевыделительная система

При осмотре поясничной области и области мочевого пузыря сглаживания контуров, выбухания, покраснения и припухлости не обнаружено.

По данным перкуссии поколачивание по поясничной области безболезненно, симптом Пастернацкого отрицательный. Признаков переполнения мочевого пузыря нет.

Правая и левая почки не пальпируются.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Предварительный диагноз: На основании жалоб на общую слабость, исхудание, непроходимость твердой пищи, чувство "комка" и дискомфорта за грудиной. На основании анамнеза заболевания, что считает себя больным с конца декабря 2013г, когда впервые стали беспокоить вышеперечисленные симптомы. Обратился в ДЦБ по месту жительства, где была выполнена R-графия пищевода, желудка, 12-перстной кишки - заключение - экзофитный рак н/3 пищевода (наддиафрагмальный сегмент). Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки. Гастродуоденит. Дуоденостаз. Обратился в ДЦГХ для дальнейшего обследования и лечения.

На основании догоспитальных обследований: R-графия пищевода, желудка, 12-типерстной кишки- экзофитный рак нижней трети пищевода (наддиафрагмальный сегмент) Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-типерстной кишки.

Выставлен диагноз: Рак нижней трети пищевода.

План обследования:

Лабораторные исследования:

1. Общий анализ крови

. Общий анализ мочи

. Биохимический анализ крови ( белок, мочевина, креатинин, глюкоза, Са)

Инструментальные исследования:

1. ЭКГ

. Фиброгастродуаденоскопия с биопсией

. УЗИ брюшной полости

Консультация специалистов.

1. Консультация терапевта.

План лечения:

1. Хирургическое лечение

. Диета № 1.

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования

Результаты лабораторных исследований:

Клинический анализ крови.

Эритроциты- 6,5 х 10 /л- 155 г/л

Цвет. показатель- 0,96

Лейкоциты- 5,8 х 10 /л

палочкоядерные- 2%

сегментоядерные- 68%

Эозинофилов- 1%

Лимфоцитов- 27%

Моноцитов- 3%ОЭ - 17 мм/ч

Биохимический анализ крови:

Общ. белок - 66 г/л

Билирубин общ. -

Глюкоза - 3,9 ммоль/л

Мочевина - 4,6 ммоль/л

Креатинин - 117 мкмоль/л

Общий анализ мочи:

Цвет - светло-желтый

Уд. Вес - 1, 014

Прозрачность - полная

Реакция кислая

Белок - нет

Сахар - нет

Уробилин (-)

Желч. пигменты (-)

Лейкоциты - 4 ед в п/зр

Эпителий плоский - 0- 2 ед в п/зр

Результаты инструментальных исследований:

ЭКГ. Заключение: синусовый ритм, правильный, вертикальное положение ЭОС.

Рентгеноскопия:

Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим для бариевой взвеси. В нижней трети пищевода- наддиафрагмальный сегмент определяется дефект наполнения на участке поражения складки слизистой обрываются. Желудок атоничен, натощак в желудке содержит избыточное содержание секреторной жидкости и слизи. В связи с чем изучить рельеф слизистой желудка не представляется возможным. Перистальтика: пассивная эвакуация, свободная луковица 12п. кишки определяется депо бариевой взвеси размером приблизительно 0,5х0,6 см. верхне-горизонтальная часть подковы 12п. кишки расширена пассаж бариевой взвеси по петле 12.п. кишки не нарушен. При досмотре проксимальные петли тонкой кишки равномерно контрастированы.

Заключение: Рак нижней трети пищевода - наддиафрагмальный сегмент. Язвенная болезнь. Язвы луковицы 12п. кишки. Сопутствующий гастродуоденит. Дуоденостаз.

Фиброгастродуоденоскопия:

Пищевод- Слизистая оболочка диффузно гиперемированная в н/3, абдоминальный отдел. Z-линия 41 см от резцов.

Ножки диафрагмы от 41 от зубцов.

Кардиальный жом сомкнут.

Желудок- Содержимое- слизь, желчь, в значительном количестве. Складки нормальных размеров, хорошо расправились воздухом. Перистальтика ослаблена. Слизистая оболочка очагово гиперемирована( свод, антральный и пилорический жом) Сосудистый рисунок не выражен. Привратник смыкается не полностью.

Двенадцатиперстная кишка: Просвет умеренно деформирована луковица. Содержимое: слизь, желчь, умеренно количество, луковица, ДПК.

Слизистая оболочка истончена. Фатеров сосочек не визуализируется.

Другие изменения: 39 см от резцов на 5 часах участок с язвенными изменениями, контактно раним. Протяженностью 1,5 см. Взята биопсия.

Заключение: Рак нижней трети пищевода.

Биопсия со слизистой нижней трети пищевода:

Плоскоклеточная ороговевающая карцинома.

У З И брюшной полости: Печень: Размер 17 см, контуры ровные, желчные ходы не расширены, портальная вена - 8 мм, воротная вена - 15 мм.

Желчный пузырь: размеры 72 х 24 мм, толщина стенки 3 мм, содержимое гомогенное, холедох - 4 мм, свободен.

Поджелудочная железа: размеры в норме, Вирсунгов проток не расширен

Почки: визуализируются в типичном месте, ЧЛС не расширена, размеры в норме, контуры ровные, индекс 2/1

Обоснование клинического диагноза:

На основании жалоб на общую слабость, исхудание, непроходимость твердой пищи, чувство "комка" и дискомфорта за грудиной. На основании анамнеза заболевания, что считает себя больным с конца декабря 2013г, когда впервые стали беспокоить вышеперечисленные симптомы. Обратился в ДЦБ по месту жительства, где была выполнена R-графия пищевода, желудка, 12-перстной кишки - заключение - экзофитный рак н/3 пищевода (наддиафрагмальный сегмент). Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки. Гастродуоденит. Дуоденостаз. Обратился в ДЦГХ для дальнейшего обследования и лечения.

На основании догоспитальных обследований: R-графия пищевода, желудка, 12-типерстной кишки- экзофитный рак нижней трети пищевода (наддиафрагмальный сегмент) Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-типерстной кишки.

На основании инструментальных данных:

Рентгеноскопия: Акт глотания не нарушен. Пищевод свободно проходим для бариевой взвеси. В нижней трети пищевода- наддиафрагмальный сегмент определяется дефект наполнения на участке поражения складки слизистой обрываются. Желудок атоничен, натощак в желудке содержит избыточное содержание секреторной жидкости и слизи. В связи с чем изучить рельеф слизистой желудка не представляется возможным. Перистальтика: пассивная эвакуация, свободная луковица 12п. кишки определяется депо бариевой взвеси размером приблизительно 0,5х0,6 см. верхне-горизонтальная часть подковы 12п. кишки расширена пассаж бариевой взвеси по петле 12.п. кишки не нарушен. При досмотре проксимальные петли тонкой кишки равномерно контрастированы.

Заключение: Рак нижней трети пищевода - наддиафрагмальный сегмент. Язвенная болезнь. Язвы луковицы 12п. кишки. Сопутствующий гастродуоденит. Дуоденостаз.

Фиброгастродуоденоскопия: Пищевод- Слизистая оболочка диффузно гиперемированная в н/3, абдоминальный отдел. Z-линия 41 см от резцов.

Ножки диафрагмы от 41 от зубцов.

Кардиальный жом сомкнут.

Желудок- Содержимое- слизь, желчь, в значительном количестве. Складки нормальных размеров, хорошо расправились воздухом. Перистальтика ослаблена. Слизистая оболочка очагово гиперемирована( свод, антральный и пилорический жом) Сосудистый рисунок не выражен. Привратник смыкается не полностью.

Двенадцатиперстная кишка: Просвет умеренно деформирована луковица. Содержимое: слизь, желчь, умеренно количество, луковица, ДПК.

Слизистая оболочка истончена. Фатеров сосочек не визуализируется.

Другие изменения: 39 см от резцов на 5 часах участок с язвенными изменениями, контактно раним. Протяженностью 1,5 см. Взята биопсия.

Заключение: Рак нижней трети пищевода.

На основании результатов биопсии со слизистой нижней трети пищевода: Плоскоклеточная ороговевающая карцинома.

можно поставить клинический диагноз: Рак нижней трети пищевода (наддиафрагмальный сегмент).

T N M II 2 кл. гр.

Обоснование лечения:

Хирургическое лечение еще не проведено.

Консервативная терапия направлена на поддержание и улучшения состояния больного

Глюкоза 5%-400мл

КС l 4%- 30млв/в

MgSO 25%- 3мл

+ 4ед. инсулина

Реополиглюкин 200 мл в/в

Рингера 500 мл

аскорб. Кислота - 5мл

глюкоза 5% -400мл

инфузол 250 мл

Рибоксин 10мл в/в - 1р/д

цефатоксим 1гр в/в - 2р/д

Дифференциальная диагностика:

Дифференциальная диагностика рака пищевода проводится с кардиоспазмом (ахалазией), хроническим эзофагитом, язвой пищевода, разнообразного рода Рубцовыми сужениями его после термических и химических ожогов, с доброкачественными опухолями (полипы, липома, миома и тому подобное) и дивертикулами, варикозным расширением вен пищевода, а также с опухолями средостения.

**Рубцовые сужения пищевода** также протекают длительно, волнообразно, с заострением и стиханием явлений дисфагии. В месте сужения пищевода контуры четкие. Выше сужения определяется выраженное расширение пищевода. Большое значение в распознавании заболевания имеет анамнез, из которого выясняется причина возникновения Рубцовых сужений.

**Ахалазия кардии (кардиоспазм)** - нервномышечное заболевание пищевода, проявляющееся нарушением прохождения пищевых масс в желудок вследствии стойкого нарушения рефлекторного открытия кардии при глотании, изменения перистальтики и ослабления тонуса пищеводной стенки. Для ахалазии кардии характерна триада симптомов: дисфагия, регургитация, боли. Это заболевание взято для дифференцировки, так как возникают большие трудности в их распознавании. Так при ахалазии кардии, как и при раке пищевода имеются явления дисфагии - затруднение прохождения плотной пищи, и имеются боли за грудиной или в эпигастральной области. Но есть ряд симптомов и данных обследования по которым можно исключить то или иное заболевание. Во-первых следует учитывать возраст больных: более молодой при ахалазии и пожилой (60 лет и старше) при раке (возраст больного 68 лет). Ахалазией болеют чаще женщины, раком пищевода - мужчины. Длительный анамнез заболевания более характерен для ахалазии, чем для рака (у больного дилтельность заболевания окло 4 месяцев). При раке первым симптомом обычно является дисфагия, боль присоединяется позднее при прорастании опухолью стенки пищевода и нервных стволов, как и было у больного. При ахалазии кардии первым симптомом нередко является боль, дисфагия возникает позже. Причем дисфагия при эзофагеальном раке в отличие от ахалазии всегда носит неуклонно погрессирующий характер - у больного постепенно нарастала все более и более непроходимость плотной пищи. При ахалазии дисфагия имеет ряд особенностей, что не наблюдается при раке: усиление дисфагии может быть при нервном возбуждении, во время поспешной еды, часто наблюдается парадоксальная дисфагия - плотная пища проходит в желудок лучше, чем жидкая и полужидкая, у ряда больных дисфагия зависит от температуры пищи. Боли при ахалазии могут иметь разнообразный характер, но их особенность - ото загрудинные боли и купируются они приемом нитроглицерина, амилнитрита и атропина, так как обусловлены спазмом кардии. При раке пищевода боли имеют различную локализацию в зависимости от уровня паражения пищевода (у больного боли в эпигастрии - поражение нижних отделов пищевода). Для рака в отличие от ахалазии не свойствена обильная и ночная регургитация. А для ахалазии не характерны симптомы интоксикации, которые мы видим у больного: резкая слабость, сухость, серо-пепельный цвет кожи, бледность слизистых оболочек, снижение эластичности кожи и тургора тканей, уменьшение толщины подкожно-жировой клетчатки. Выраженное похудание (на которое жалуется больной) при ахалазии кардии наблюдают редко. При ахалазии изменения в перифирической крови могут носить воспалительный характер из-за развития эзофагита. При раке пищевода изменения связаны с интоксикацией, и восновном выявляется анемия, лимфоцитоз и значительное ускорение СОЭ. Эти изменения и были выявлены у больного. При рентгенологическом исследовании пищевода при раке отмечают ассимитричность сужения, неровность его контуров, нарушение рельефа слизистой оболочки, регидность стенки его (что мы получили у больного), и отсутствуют признаки характерные для ахалазии: значительное расширение и S-образное искривление пищевода, нет выраженных нарушений перистальтики. И наконец решающее значение имеет эзофагоскопия с прицельной биопсией для гистологического исследования. При ахалазии выявляется значительное расширение пищевода с явлениями воспаления стенок (утолщение складок, расширение артерий и вен, учаски эрозий), конец эзофагоскопа можно провести за место сужения, что подтверждает функциональный характер изменений. Раковое поражение пищевода характеризуеся сужением просвета на большом протяжении, изменением стенок пищевода (появляется бугристость, изъязвления, серый налет, кровоточивость), как у данного больного. Последнюю точку ставит гистологическое исследование биоптата. У больного выявлен эпидермоидный рак. На основании проведенной дифференциации ахалазию кардии можно исключить.

**Дивертикулы пищевода** встречаются сравнительно редко и характеризуются периодической дисфагией, болью за грудиной, регургитацией с неприятным запахом, значительной потерей массы тела. Дивертикулы являются обычно врожденной аномалией развития и потому чаще встречаются в молодом возрасте.

**Полипы** развиваются на фоне хронического эзофагита на любом участке пищевода. Распознаются рентгенологически в виде округлых, с четкими контурами, дефектов наполнения. Эзофагоскопия с биопсией подтверждает диагноз.

**Хронический эзофагит** характеризуется длительным анамнезом, периодическим усилением дисфагии. Диагностируется с помощью эзофагоскопии, во время которой видно гиперемированную рыхлую оболочку без сужений, а рентгенологически определяется периодический спазм участков пищевода с четкими ровными контурами. Больные должны находиться на диспансерном наблюдении.

Рак пищевода от опухолей средостения легко дифференцировать с помощью рентгеноскопии и эзофагоскопии.

Дневники: диагноз рак пищевод лечение

.02.2014 г.

Жалобы на тянущие, интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие после еды, на непроходимость плотной пищи, слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Пульс 74 уд/мин. АД 120/80 мм. рт.ст. Кожа розового цвета, влажная. Тургор тканей снижен. Язык влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме.

.02.2014 г.

Жалобы на тянущие, интенсивные боли в эпигастральной области, возникающие после еды, на непроходимость плотной пищи, слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Пульс 72 уд/мин. АД 120/70 мм. рт.ст. Кожа розового цвета, влажная. Тургор тканей снижен. Язык влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме.

Жалобы на тянущие боли в эпигастральной области, возникающие после еды, на непроходимость плотной пищи, слабость. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Пульс 74 уд/мин. АД 110/70 мм. рт.ст. Кожа розового цвета, влажная. Тургор тканей снижен. Язык влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме.

Этапный эпикриз:

Больной Исрафилов Исрафил Ханмагомедович 78 лет, был гопитализирован в ДЦГХ с диагнозом: Рак нижней трети пищевода. При этом имелись жалобы на: На общую слабость, исхудание, непроходимость твердой пищи, чувство "комка" и дискомфорта за грудиной. Считает себя больным с конца декабря 2013г, когда впервые стали беспокоить вышеперечисленные симптомы. Обратился в ДЦБ по месту жительства, где была выполнена R-графия пищевода, желудка, 12-перстной кишки - заключение - экзофитный рак н/3 пищевода (наддиафрагмальный сегмент). Язвенная болезнь. Язва луковицы 12-перстной кишки. Гастродуоденит. Дуоденостаз. Обратился в ДЦГХ для дальнейшего обследования и лечения.

При поступление общее состояние больного было удовлетворительное. Больной был обследован и ему проведены следующие лабораторно-инструментальные обследования: клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, фиброгастродуаденоскопия с биопсией.

На фиброгастродуаденоскопии: Пищевод- Слизистая оболочка диффузно гиперемированная в н/3, абдоминальный отдел. Z-линия 41 см от резцов.

Ножки диафрагмы от 41 от зубцов.

Кардиальный жом сомкнут. Желудок - Содержимое- слизь, желчь, в значительном количестве. Складки нормальных размеров, хорошо расправились воздухом. Перистальтика ослаблена. Слизистая оболочка очагово гиперемирована( свод, антральный и пилорический жом) Сосудистый рисунок не выражен. Привратник смыкается не полностью. Двенадцатиперстная кишка: Просвет умеренно деформирована луковица. Содержимое: слизь, желчь, умеренно количество, луковица, ДПК.

Слизистая оболочка истончена. Фатеров сосочек не визуализируется.

Другие изменения: 39 см от резцов на 5 часах участок с язвенными изменениями, контактно раним. Протяженностью 1,5 см. Взята биопсия. Биопсия со слизистой нижней трети пищевода:

Плоскоклеточная ороговевающая карцинома.

Был поставлен диагноз: Рак нижней трети пищевода (наддиафрагмальный сегмент).

T N M II 2 кл. гр.

Проводится консервативное лечение направленное на поддержание и улучшения состояния больного.