ГБОУ ВПО ТГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра онкологии и лучевой терапии

Заведующий кафедрой: профессор, д.м.н., Невожай В.И.

Преподаватель: ассистент Гулян И.С.

История болезни

Основное заболевание: Инфильтративный рак желудка, Стадия IIА: T3N0M0

Осложнения: Субкомпенсированный пилоростеноз

Сопутствующие заболевания: Отсутствуют

Владивосток 2013

1. Паспортная часть

. Национальность: русский

. Семейное положение: женат

. Образование: среднее профессиональное

. Профессия: водитель

. Место работы: пенсионер

. Домашний адрес: Приморский край, г. Арсеньев

. Дата поступления: 22.05.2013

. Дата курации: 24.05.2013

. Жалобы больного

заболевание рак желудок инфильтративный

На тошноту; обильную рвоту, съеденной накануне пищей, приносящую облегчение; общую слабость, недомогания, ухудшения сна, снижение массы тела.

. История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)

заболевание рак желудок инфильтративный

Считает себя больным с марта 2013 года, когда впервые появилась рвота, возникающая через 20-30 минут после приема пищи. На фоне этого пациент начал худеть, у него ухудшилось самочувствие, стал беспокойным сон. К середине мая масса больного снизилась на 15 кг, рвота сохранялась, ухудшилось общее состояние, и он обратился к участковому терапевту. После проведения ФГДС, пациент был направлен на консультацию к онкологу, с подозрением на ЗНО антрального отдела желудка. Онколог подтвердил диагноз злокачественного образования, и пациент был планово направлен в ПКОД с целью проведения дальнейшего обследования и лечения.

4. История жизни (Anamnesis vitae)

Родился в гор. Арсеньеве 15.05.1945 г. Посещать школу начал с 7 лет. В своем развитии не отставал от сверстников. Успеваемость в школе, и в дальнейшем в среднем профессиональном учебном заведении, была хорошая и удовлетворительная. Начал работать с 18 лет. В данный момент находится на пенсии. Проводит большое количество времени на свежем воздухе

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные. Проживает с семьей в благоустроенной квартире. Материальная обеспеченность удовлетворительная.

Питание: регулярное, разнообразное, 3-4-х разовое.

Вредные привычки, привычные интоксикации: Не курит в течение 8 лет, алкоголь употребляет в умеренном количестве, несколько раз в неделю. Наркотические и психоактивные вещества не употребляет.

Наследственность: У матери пациента - сахарный диабет.

Метеочувствительность и сезонность: Влияния на течение заболевания климатических условий, магнитных возмущений, связи заболевания с физическими факторами не установлено.

Перенесенные ранее заболевания травмы, операции, контузии, ранения: Заболевания раннего детства больной не помнит. В 1963 году была произведена аппендэктомия. Хронический гастрит с 2007 года. В 2011 году - флебит нижних конечностей.

Эпидемиологический анамнез: Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние 6 месяцев не контактировал с инфекционными больными, не подвергался укусам насекомых и грызунов. Вакцинации производились согласно календарю прививок.

Аллергологический анамнез: Не отягощен

Трансфузионный анамнез: переливания крови, ее компонентов и препаратов не производились.

Страховой анамнез: Страховой полис имеется

. Объективное исследование (Status praesens objectivus)

Общий осмотр больного. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, бреда и галлюцинаций нет. Положение активное. Выражение лица спокойное. Внешний вид соответствует возрасту. Походка свободная; телосложение правильное, длина конечностей и шеи пропорциональна длине туловища; конституционный тип нормостенический, эпигастральный угол равен 90 градусам; надключичные ямки выражены незначительно, лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Рост 175 см, вес 70 кг

Кожные покровы, дериваты кожи: цвет бледно-розовый. Кожные покровы чистые. Шелушения, сыпи, сосудистых звездочек, ксантом, рубцов не обнаружено. На ощупь кожные покровы теплые, умеренно сухие, эластичные, тургор сохранен. Волосяной покров развит умеренно. Оволосенение по мужскому типу. Ногти правильной формы. Дермографизм физиологичный.

Слизистые оболочки: слизистые оболочки глаз, носа, губ, полости рта чистые, бледно-розовые, умеренной влажности.

Лимфатические узлы: подчелюстные лимфоузлы пальпируются в виде небольших подвижных округлых образований эластичной консистенции, безболезненные

Специальный осмотр:

Голова и шея.

Непроизвольные движения головой, пульсация отсутствуют. Форма головы правильная, лицо симметричное, выражение спокойное. Ширина глазных щелей умеренная. Глазные симптомы отсутствуют. Склеры желтоватые, конъюнктивы обычные. Зрачки одинакового размера, формы; живая реакция на свет. Нос не деформирован, не увеличен. Кожа лица красноватого оттенка. Губы бледно-розовые, сухие. Шея обычного размера, видимая пульсация сосудов отсутствует. Щитовидная железа не увеличена, обычной консистенции. При пальпации: определяется перешеек щитовидной железы

Костно-мышечная система.

Деформация костей черепа, искривление костей конечностей, позвоночника отсутствует. Акромегалия, периостит, изменения концевых фаланг не обнаружены. Степень развития мышц - нормальная, тонус обычный, болезненность при пальпации и движении отсутствует, дрожание, парезы, параличи конечностей отсутствуют. Хруст, контрактуры, анкилоз суставов отсутствуют.

Органы дыхания:

Статический осмотр грудной клетки:

Грудная клетка правильной формы; нормостеническая, эпигастральный угол прямой. Левая и правая половины грудной клетки симметричные, участвуют в акте дыхания равномерно. Ключицы находятся на одном уровне. Надключичные ямки одинаково выражены с обеих сторон. Положение лопаток симметричное. Межреберные промежутки умеренной ширины. Патологические искривления позвоночника, деформации грудной клетки отсутствуют.

Динамический осмотр грудной клетки:

ЧД = 18/мин. Дыхание Умеренной глубины, ритмичное. Тип дыхания: смешанный с преобладанием брюшного.

Пальпация грудной клетки:

Болезненности при пальпации грудной клетки не выявлено. Межреберные промежутки шириной 1.5 см. Резистентность грудной клетки не изменена, эластичность в норме. Голосовое дрожание проводится равномерно над симметричными участками грудной клетки

Перкуссия:

Сравнительная перкуссия легких:

Равномерный легочный звук над симметричными областями легких

Аускультация легких:

При аускультации выслушивается: над всей поверхностью легких везикулярное дыхание.

Система органов кровообращения:

Осмотр области сердца и периферических сосудов:

Сердечный горб отсутствует. Верхушечный и сердечный толчок не наблюдается. Эпигастральная пульсация не наблюдается. При осмотре аорты в области яремной вырезки и при осмотре передней боковой поверхности шеи (сонная артерия, шейные вены) видимая пульсация и выбухания отсутствуют. Венный пульс отрицательный.

Видимая пульсация периферических артерий (височной, бедренной, подколенной, артерии тыла стопы, задней большеберцовой) отсутствует.

Исследование артериального пульса на лучевой артерии: пульс, удовлетворительного наполнения, умеренного напряжения, средней величины, ритмичный, правильный. Pulsus aequalis. Частота: 65 ударов в минуту. Сосудистая стенка эластична. Артериальное давление определяемое по методу Короткова 130\80 мм.рт.ст.

### - Пальпация области сердца.

Верхушечный толчок находится в 5 межреберье на левой срединноключичной линии, не резистентный. Сердечный толчок отсутствует.

- Перкуссия области сердца

|  |  |
| --- | --- |
|  | Относительная тупость |
| Правая граница | IV межреберье на 0,5 см. кнаружи от правого края грудины. |
| Верхняя граница | III межреберье. |
| Левая граница | V межреберье по левой срединно-ключичной линии. Образовано левым желудочком. |

- Аускультация сердца

Во всех пяти классических точках аускультации выслушивается 2 тона и 2 паузы. Тоны сердца ясные, чистые, ритмичны, ЧСС= 72 удара в минуту. Акцент II тона над аортой (2-я классическая аускультативная точка)

Органы пищеварения и брюшной полости

Ротовая полость: запах обычный, цвет слизистых оболочек: бледно-розовый; язык обычной величины, розового цвета, без налета, умеренно влажный с выраженными сосочками; зубы правильной формы, здоровые, с желтоватым налетом. Десна здоровые, кровоточивость отсутствует; Трещины в углах рта отсутствуют. Миндалины не выходят за пределы небных дужек.

Осмотр живота.

Статический осмотр: живот правильной формы, асимметричность не наблюдается, вздутие отсутствует, видимая перистальтика желудка и кишечника не видна;

Динамический осмотр: живот равномерно участвует в акте дыхания; расширение подкожных вен, грыжи, расхождение прямых мышц живота не обнаружено.

Пальпация:

Поверхностная ориентировочная пальпация по Образцову-Стражеско.

Во всех топографических областях: живот безболезненный, мягкий. Грыжевые выпячивания в "слабых местах" (пупочное кольцо, белая линия живота и паховые кольца) отсутствуют. Влажность и тургор кожи сохранены.

Глубокая ориентировочная пальпация живота: в эпигастральной области определяется плотное образование.

Пальпация поджелудочной железы по Гроту.

Не пальпируется.

Исследование печени.

Осмотр

При осмотре области проекции печени на переднюю, поверхность грудной клетки, правого подреберья и эпигастральной области выбухания, расширение кожных вен и анастомозов, кровоизлияний не наблюдается.

Перкуссия печени:

Верхняя граница по правой окологрудинной линии, срединно-ключичной и передней подмышечной линиям находиться на уровне 6 ребра. Нижняя граница печени расположена: по правой срединноключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней срединной линии на границе верхней и средней 1/3 расстояния между мечевидным отростком и пупком, по левой реберной дуге на уровне первой парастернальной линии.

Размеры по Курлову:

по правой срединноключичной линии - 9 см,

по передней срединной линии - 8 см,

по левой реберной дуге - 7 см.

Пальпация печени по Образцову-Стражеско:

Пальпируется нижний край печени: безболезненный, мягкий, гладкий, эластичный, кнаружи от прямой мышцы живота на уровне реберной дуги. Диффузное и ограниченное набухание в области правого подреберья при пальпации не обнаружено.

Исследование желчного пузыря: при осмотре области проекции на правое подреберье в фазе вдоха отсутствует выпячивания или фиксация этой области. При поверхностной пальпации этой области передняя стенка живота безболезненная. При глубокой пальпации желчный пузырь не пальпируется.

Исследование селезенки.

При осмотре области проекции селезенки на левую боковую поверхность грудной клетки и левое подреберье выбухание этой области не отмечается.

Пальпация селезенки.

Селезенка не пальпируется, данная область при пальпации безболезненна.

Органы мочевыделения.

При осмотре области поясницы патологических изменений (припухлости, гиперемии, асимметрия) не выявлено. При бимануальной пальпации по Образцову-Стражеско и Боткину, почки в горизонтальном и вертикальном положении больного не определяются. Болевые точки (в области проекции почек: реберно-позвоночная точка - в углу между XII ребром и длинными мышцами спины; мочеточниковые: верхняя - у края прямой мышцы живота на уровне пупка, нижняя - пересечение биспинальной линии с вертикальной линией, проходящей через лонный бугорок) не определяются. Симптом поколачивания отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется, болезненности при его пальпации не отмечается. При аускультации почечных артерий шумы не выслушиваются.

Нервно-психическая система.

Сознание ясное. Интеллект нормальный, память хорошая. Сон здоровый. Расстройства речи отсутствуют. Судорог, параличей и парезов нет. Походка нормальная. Рефлексы (зрачковый, глоточный, сухожильные и др.) сохранены. Реакция зрачков на свет сохранена. Менингиальные симптомы отсутствуют. Ригидность затылочных мышц отсутствует. Экстероцептивная, проприоцептивная, интероцептивная, ноцицептивная чувствительности не нарушены. Зрение, слух, обоняние сохранены.

Эндокринная система:

Щитовидная железа не пальпируется. Глазные симптомы гипертиреоза (экзофтальм, Грефе, Мебиуса, Штельвага, Дальримпля, Элинека, Кохера) отрицательные. Акромегалии, гигантизма, не обнаружено. Патологической пигментации кожных покровов нет. Оволосенение по мужскому типу. Умеренно выраженные вторичные половые признаки

6. Предварительный диагноз

Основное заболевание: Рак желудка

Осложнение: Пилоростеноз

Сопутствующие заболевания: Хронический атрофический гастрит

. План обследования

Лабораторные методы:

1. Клинический анализ крови

2. Биохимический анализ крови (Общий белок, мочевина, билирубин, холестерин, креатинин, глюкоза, ALT, AST,)

. Анализ крови на САСС

4. Анализ крови на а/т HCV

. Анализ крови на HbsAg

. ЭДС

7. Анализ на ВИЧ

. Общий анализ мочи

. Кал на я/глистов

Инструментальные методы:

. ЭКГ

. КТ грудной клетки, брюшной полости, малого таза

. ФГДС

. Рентгенологическое исследование желудка с контрастированием

. Гистологическое исследование биоптата из стенки желудка

. Лабораторно-инструментальные обследования

Лабораторные методы

. Клинический анализ крови

Эритроциты - 4,19 х1012 /л

Лейкоциты - 5,8 х 109/л

п/я - 3%

с/я - 50%

эозинофилы - 5%

лимфоциты - 38%

моноциты - 4%

Hb - 135г/л

Тромбоциты 150 х 109/л

СОЭ - 9 мм/ч

. Биохимический анализ крови

Общий белок - 69,1 г/л

Мочевина - 4,8 ммоль/л

Билирубин - 18,6 мкмоль/л

Холестерин 5.5 ммоль/л

Креатинин - 66 мкмоль/л

Глюкоза - 4,3 ммоль/л

ALT - 34,5 U/l - 23,8 U/l

3. Анализ крови на САСС

Протромбиновое время - 14 сек.

Протромбиновый индекс - 105%

. Анализ крови на а/т HCV: отрицательный

. Анализ крови на HbsAg : отрицательный

. Анализ крови на ЭДС: отрицательный

. Анализ крови на ВИЧ: отрицательный

. Общий анализ мочи

Соломенно-желтая, прозрачная, кислая, плотность - 1012 эритроциты - нет лейкоциты - 1-3 в поле зрения эпителий - 0-2 в поле зрения Белок, сахар - нет

. Кал на я/глистов - отрицательный

Инструментальные методы

. ЭКГ: Заключение: Ритм синусовый, правильный. ЧСС - 81 удар/мин.

. КТ грудной клетки - без патологических особенностей; брюшной полости - определяется образование в стенке антрального отдела желудка, малого таза - без особенностей

. ФГДС: Пищевод свободно проходим. В просвете желудка застойное содержимое. В антральном отделе стенка желудка инфильтрирована, инфильтрация носит циркулярный характер, суживая просвет до 0,5 см. Заключение: Инфильтративный рак желудка

. Рентгенологическое исследование желудка с контрастированием: заключение: задержка эвакуации бария более 12 часов.

. Обоснование диагноза

У данного больного ведущим в клинике является синдром «малых признаков», характерный для ранних стадий рака желудка, и проявляющийся рвотой, накануне съеденной пищей, приносящей облегчение, снижением массы тела, ухудшением общего состояния, нарушением сна. Диагноз подтверждается при физикальном обследовании: выявление плотного образования в эпигастрии при глубокой пальпации и с помощью инструментальных методов диагностики. (Заключение ФГДС: инфильтративный рак желудка; КТ брюшной полости - образование в стенке антрального отдела желудка, с инфильтрацией серозной оболочки). Основное заболевание осложняется проявлениями пилоростеноза. Таким образом, клинический диагноз:

Основное заболевание: Инфильтративный рак желудка, стадия II: T3N0M0

Осложнение: Субкомпенсированный пилоростеноз

Сопутствующие заболевания: отсутствуют

. Дифференциальный диагноз

Данное заболевание необходимо дифференцировать от: язвенной болезни желудка, доброкачественных новообразований (полипы), саркомы желудка, лимфомы желудка.

Отсутствие яркой клинической картины характерной для язвенной болезни желудка (сезонность, характерные боли, купирование боли, приемом антацидов), а также отсутствие эндоскопической и рентгенологической картины данного заболевания позволяет отказаться от этого диагноза. Дифференцировать рак от доброкачественных новообразований возможно лишь по результатам гистологического исследования биоптата из стенки желудка. При раке желудка будет присутствовать характерная клеточная атипия. Так же для подтверждения ЗНО на поздних стадиях, целесообразно проведение лучевых методов исследования грудной клетки, органов малого таза для выявления отдаленных метастазов.

Главные признаки, отличающие рак желудка от саркомы и лимфомы - это результаты гистологического исследования, однако, данные заболевания имеют и различия в клинической картине. При саркоме характерно медленное прогрессирование заболевания.

. Лечение

Основной метод радикального лечения рака желудка - хирургический. Выбор встает между гастрэктомией и дистальной субтотальной резекцией желудка. Адъювантная химиотерапия необходима в случае установления низкой дифференцировки и других неблагоприятных факторов. Проводится по одной из схем (ECF, Mayo, PELF, ELF) в течение 6 курсов.

Режим - палатный. После проведения хирургического вмешательства следует проводить профилактику вторичных инфекционных осложнений:

Rp: Cefotaximi 1,0.t.d. № 6 in amp.

S. В/м 3 раза в день.

. Этиология

Среди факторов, способствующих развитию рака желудка, называются особенности диеты и факторы окружающей среды, курение, инфекционный и генетический факторы.

Доказана зависимость частоты возникновения рака желудка от недостатка употребления аскорбиновой кислоты, избыточного употребления соли, маринованных, пережаренных, копчёных продуктов, острой пищи, животного масла. Среди причин рака желудка называется злоупотребление алкоголем, особенно водкой. Отмечается прямая корреляционная связь частоты возникновения рака желудка с содержанием в почве меди, молибдена, кобальта и обратная - цинка и марганца.

Важным фактором развития рака желудка является дуоденогастральный рефлюкс, приводящий к хроническому рефлюкс-гастриту. Так, риск рака желудка увеличивается через 5-10 лет после операций на желудке, особенно после резекции по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера, способствующих развитию рефлюкса.

Имеются убедительные данные о зависимости рака желудка от инфицированности Helicobacter pylori. Считается статистически доказанным, что у инфицированных этой бактерией повышен риск развития рака желудка (относительный коэффициент 2,5). В 1994 г. Международным агентством по изучению рака (IACR) ВОЗ H. Pylori отнесен к канцерогенам 1 группы. Эта бактерия вызывает гистологические изменения, приводящие к развитию рака - атрофию слизистой оболочки, кишечную метаплазию и дисплазию эпителия. Большинству случаев рака желудка предшествует длительный предраковый процесс, включающий в себя цепь событий: хронический гастрит - мультифокальная атрофия - кишечная метаплазия - интраэпителиальная неоплазия

Вместе с тем, имеются сведения, противоречащие инфекционной теории - так, в эндемичных по Helicobacter pylori районах северной Нигерии рак желудка развивается редко.

. Дневники наблюдения

.05.13

Жалобы на слабость, общее недомогание, рвоту. Состояние больного средней степени тяжести. Сознание ясное. Тоны сердца ритмичные ЧСС=80, АД=130/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, ЧД = 17 в минуту. Температура тела 36,8 С. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. В эпигастральной области при глубокой пальпации определяется плотное образование, безболезненное при пальпации. Перистальтика сохранена. Диурез физиологичный.

.05.13

Активных жалоб не предъявляет. Состояние больного умеренной степени тяжести. Сознание ясное. Тоны сердца ритмичные ЧСС=75, АД=120/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, ЧД = 19 в минуту. Температура тела 36,6 С. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. В эпигастральной области при глубокой пальпации определяется плотное образование, безболезненное. Перистальтика сохранена. Диурез физиологичный. Пациент готовится к хирургическому вмешательству.