МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙФЕДЕРАЦИИ

БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра общей хирургии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Куратор - студент Уфимцева Елена Сергеевна

Преподаватель-к.м.н., Галимов И.И.

Уфа 2003 год

**Паспортная часть**

Пол: мужской

Возраст: 67 лет (дата рождения - 20.10.1945)

Национальность: татарин

Профессия, место работы (учёбы), должность: пенсионер

Постоянное место жительства: РБ, Кушнаренковский сельский совет, с.Кушнаренково

Дата поступления: 28.03.2013

Дата курации: с 3.04.2013

Диагноз при поступлении: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, пилоростеноз

**Жалобы**

На момент поступления больной предъявляет жалобы:

* на боли в правом эпигастрии ноющего характера, умеренной интенсивности, возникающие после приёма пищи
* на рвоту кислым желудочным содержимым, возникающую сразу после приема пищи
* на общую слабость, снижение работоспособности, похудание .

**История настоящего заболевания (anamnesis morbi)**

Больным себя считает с июля 2012 года, когда впервые его начали беспокоить боли в эпигастральной области справа от передней срединной линии живота. Боли возникали сразу после приема пищи. Больного беспокоили изжога, отрыжка, тошнота, рвота. Больной заметил, как он постепенно начал терять, стал быстро утомляться. Стул нерегулярный, диарея несколько раз в неделю. Сам болезнь связывает с постоянным недоеданием, с большими перерывами между приёмами пищи во время работы на пастбище. В апреле поликлиникой по месту жительства со своими жалобами он был направлен на обследование и лечение в РКБ им. Г,Г,Куватова г. Уфы с направительным диагнозом: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, пилоростеноз.

**История жизни (anamnesis vitae)**

Рос и развивался соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, грипп, гипертоническую болезнь (принимает гипотензивные препараты), хронический панкреатит. Туберкулез, гепатит, гемотрансфузии отрицает. Аллергические реакции на лекарственные средства отрицает.

Наследственность Наследственными заболеваниями не отягощен.

Настоящее состояние (status presens)

**Общий осмотр (inspectio)**

Общий вид:

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Тип телосложения - нормостенический. Осанка нарушена: больной сутулый. Походка лёгкая, не нарушена. При осмотре головы, лица, шеи патологических изменений не наблюдается. Лицо не выражает болезненных проявлений.

Кожные покровы: Кожные покровы бледной окраски, чистые, умеренно влажные. Окраска конъюнктивы не интенсивная. Тургор кожи ослаблен. Рост волос не нарушен. Ногти не изменены.

Подкожная жировая клетчатка: Подкожный жировой слой развит слабо (толщина кожной складки на животе на уровне пупка - 1 см), распределён равномерно. Отёков нет.

Лимфатическая система: При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации определяются одиночные подчелюстные лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон, размером с небольшую горошину, мягкоэластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Другие группы лимфатических узлов (затылочные, заушные, подбородочные, поверхностные шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются. Мышечная система: Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы - хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная.

Костная система: Жалоб нет. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформаций, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается.

Исследование суставов: Жалоб нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменений околосуставных тканей, а так же болезненности не отмечается. Объём активных и пассивных движений в суставах сохранён полностью. Болевые ощущения, хруст и крепитация при движении отсутствуют.

**Система органов дыхания**

Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух (самостоятельных, а также при ощупывании и поколачивании) не отмечается. Гортань: жалоб нет. Голос не громкий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании области гортани болезненности не определяется. Грудная клетка усечённого конуса без деформаций. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания - грудной. Частота дыхания 18 в минуту. Ритм дыхания правильный. При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Топографическая перкуссия:



Суммарная подвижность нижних краёв лёгких:

по среднеключичной линии справа ±2 = 4 см

по средней подмышечной линии справа ±3 = 6 см, слева ±3 = 6 см

по лопаточной линии справа ±2 = 4 см, слева ±2 = 4 см

При аускультации над лёгкими определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

**Система органов кровообращения**

При осмотре сосудов шеи отмечается слабая пульсация сонных артерий.

Грудная клетка в области сердца не изменена.

Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, не усиленный, не резистентный.

Сердечный толчок отсутствует.

Пульсации в эпигастральной области нет.

Границы относительной тупости сердца:

правая - 1 см кнаружи от правого края грудины в четвёртом межреберье; левая - 1 см кнутри от левой среднеключичной линии в пятом межреберье; верхняя на уровне III ребра (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины и параллельно ему). Поперечник относительной тупости сердца: 3+8=11 см. конфигурация сердца не изменена.

Границы абсолютной тупости сердца: правая - левый край грудины; левая - 2 см кнутри от левой среднеключичной линии; верхняя - на уровне IV ребра. Поперечник абсолютной тупости сердца - 5,5 см. Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка - 5 см.

Тоны сердца нормальной звучности. Частота сердечных сокращений - 78 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

Жалоб на сосуды нет. При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы не извитые, мягкие, с эластичными тонкими стенками.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой - 78 в минуту, хорошего наполнения, напряжённый, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс не определяется.

При аускультации артерий патологических изменений нет. Артериальное давление (АД) - 130/80 мм рт. ст., при осмотре, пальпации и аускультации вен изменений не отмечается.

**Система органов пищеварения**

Больной предъявляет жалобы на частую изжогу, тошноту, отрыжку, запоры, поносы, боли в правом эпигастрии. Боли, как правило, появляются сразу после приёма пищи. На высоте боли возникает рвота. Аппетит понижен. Вкусовые ощущения не изменены. Жажда не усилена (в сутки потребляет около 1500 мл воды). Пищу старается прожёвывать хорошо, болей при жевании не отмечает. Глотание свободное, безболезненное. Деятельность кишечника не регулярная. Стул бывает раз в два дня. Испражнения оформленной консистенции, тёмно-коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.

При осмотре полости рта запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба розовой окраски; высыпания, изъязвления, афты отсутствуют. Дёсны бледно-розовой окраски, не кровоточат. Кариозные зубы есть.

Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, слегка обложен белым налётом.

Зев розовой окраски. Нёбные дужки хорошо контурируются. Миндалины на 2-3 мм выступают за нёбные дужки. Слизистая оболочка глотки слегка гиперемирована, влажная, поверхность её гладкая.

Живот нормальной формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Патологической перистальтики нет. Мышцы брюшной стенки слабо участвуют в акте дыхания. Ограниченные выпячивания стенки живота при глубоком дыхании и натуживании отсутствуют.

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Симптом Менделя положительный.

При поверхностной ориентировочной пальпации отмечается болезненность и напряжение мышц брюшной стенки живота в эпигастральной области. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается.

Глубокая методическая скользящая пальпация по методу Образцова-Стражеско-Василенко:

сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на протяжении 15 см, цилиндрической формы, диаметром 2 см, плотноэластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 4-5 см, безболезненная, неурчащая;

слепая кишка пальпируется в правой паховой области, цилиндрической формы, диаметром 3-4 см, мягкоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 2-3 см, безболезненная, слегка урчащая при пальпации;

восходящая и нисходящая ободочные кишки пальпируются в виде толстого, эластичного цилиндра размером 4-6 см, диаметром 2 см, без урчания, смещаемые, безболезненные; - поперечная ободочная кишка пальпируется на уровне пупка, цилиндрической формы, диаметром 3-4 см, умеренно плотной консистенции, подвижная, безболезненная, не урчащая.

Методом перкуссии, методом глубокой пальпации большой кривизны, методом перкуторной пальпации по Образцову (определение шума плеска), методом стетакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 3 см выше пупка.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются. Шум плеска справа от средней линии живота (симптом Василенко) не определяется.

При аускультации живота выслушиваются нормальные кишечные перистальтические шумы.

Перкуссия границ абсолютной печёночной тупости.

Верхняя граница: по правой передней подмышечной линии - VII ребро; по правой среднеключичной линии - VI ребро; по правой окологрудинной линии - V межреберье.

Нижняя граница: по правой передней подмышечной линии - Х ребро; по правой среднеключичной линии - край рёберной дуги; по правой окологрудинной линии - на 2 см ниже края рёберной дуги; по передней срединной линии - на 4 см ниже основания мечевидного отростка грудины.

Левая граница абсолютной печёночной тупости не выступает за левую окологрудинную линию по краю рёберной дуги.

Размеры (высота) печёночной тупости: по правой передней подмышечной линии - 11 см; по правой среднеключичной линии - 10 см; по правой окологрудинной линии - 9 см; по передней срединной линии (по Курлову) - 8 см; косой размер (по Курлову) - 7см.

Печень пальпируется на 1 см ниже края рёберной дуги (по правой среднеключичной линии.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует

Селезёнка не пальпируется.

Поджелудочная железа не пальпируется. Отмечается болезненность при пальпации в зоне Шоффара

Система мочевыделения

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

Система половых органов

Жалоб нет.

Тип оволосения мужской. Волосяной покров в подмышечных впадинах, на лице, на животе в лобковой области развит умеренно. Голос низкий. Грудные железы развиты умеренно, симметричны, без деформаций. При пальпации безболезненны, без уплотнений

Эндокринная система

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается.

**Нервная система и органы чувств**

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, способен долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект средний. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное.

Головных болей, головокружения, обмороков нет. Сон не нарушен. Самочувствие после пробуждения хорошее.

**Местные проявления болезни (status localis)**

При пальпации живота в эпигастральной и околопупочной области наблюдается напряжение мышц передней брюшной стенки.

**Предварительный диагноз**

Диагноз основного заболевания: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, пилоростеноз.

**План обследования**

Лабораторные методы исследования:

1. Общий анализ крови
2. Анализ крови на групповую принадлежность
3. Анализ крови на резус-фактор
4. Общий анализ мочи

5. Определение одержания сахара в крови

. Биохимический анализ крови

Инструментальные методы исследования:

1. УЗИ печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, селезенки
2. ФЭГДС с прицельной биопсией и щёточным цитологическим иследованием
3. ЭКГ
4. Фистулография
5. Рентгенография органов брюшной полостим

**Данные лабораторных и инструментальных методов исследования и консультации специалистов**

Лабораторные методы исследования:

1. Общий анализ крови (29 марта 2013 года):

Эритроциты 4,34 \* 1012 /л

Гемоглобин 117 г/л

Цветной показатель 0,377

Лейкоциты 8,1 \* 109 /л

Лимфоциты 2,0 \* 109 /л

Моноциты 0,9\* 109 /л

Нейтрофилы 5,2\* 109 /л

СОЭ 5 мм/г

1. Анализ крови на групповую принадлежность (29 марта 2013 года):

Группа крови В (III).

1. Анализ крови на резус-фактор (29 марта 2013 года):

Положительный.

.Общий анализ мочи (29 марта 2013 года):

Цвет - соломенно-желтая

Прозрачность - слегка мутная

Реакция среды - нейтральная

Удельный вес - 1010

Белок - отрицательный

Эпителий - плоский 4 мм

Лейкоциты - 1-2 в поле зрения

1. Определение одержания сахара в крови (29 марта 2013 года):

4,52 ммоль/л

Интерпретация: Содержание сахара в крови в пределах нормы.

1. Биохимический анализ крови (29 марта 2013 года):

Общий белок 59,9 г/л

Креатинин 76,60 ммоль/л

Общий билирубин 19,9 мкмоль/л

Билирубин связанный 4,5 мкмоль/л

Непрямой билирубин 15,4 мкмоль/л

Холестерин 2,96 ммоль/л

Глюкоза 4,52 ммоль/л

АлТ 8,8 Ед/л

АсТ 16,4 Ед/л

Интерпретация: биохимические показатели крови в пределах нормы.

Инструментальные методы исследования:

1. УЗИ печени, желчевыводящих путей, селезенки и поджелудочной железы (28 марта 2013 года).

Печень: размеры не изменены, контуры четкие ровные, эхогенность паренхимы средняя, структура умеренно диффузно неоднородная. Сосудистый рисунок без особенностей.

Желчный пузырь: объем уменьшен. Контуры четкие ровные, толщина стенки до 3 мм, в просвете взвесь. Внутри- и внепеченочные протоки не расширены.

Селезенка: размеры уменьшены 73x24 мм, структура без особенностей

Поджелудочная железа: обычных размеров, контуры четкие ровные, эхогенность ткани смешанная, структура диффузно неоднородная. Проток не расширен.

В желудке большое количество застойного содержимого. По малой кривизне желудка определяется объемное образование неоднородной структуры с неровными нечеткими контурами. В режиме ЦДК с кровотоком в толще (T-r).

.ФЭГДС с прицельной биопсией и щёточным цитологическим исследованием (29 марта 2013 года).

Местная анестезия: лидокаин 10% - спрей.

Слизистая пищевода рыхлая, утолщена со множеством ярко-красных эрозий до 5 мм в длину. Кардиальная розетка зияет. В желудке большое количество застойной жидкости с примесью пищевых масс и бария. В антропилорическом отделе желудка определяются 2 язвы 6 и 5 мм в диаметре. В антропилорическом отделе желудка по задней стенке большой и малой кривизне стенки ригидные, деформированы, слизистая изъязвлена покрыта серовато коричневым налетом . При биопсии отмечается фрагментация. Перистальтика в указанном отделе не прослеживается. Привратник щелевидной формы, для аппарата не проходим. Через привратник установлен питательный зонд.

Заключение: инфильтративно-язвенная форма BL желудка, опухолевой стеноз.

.ЭКГ (29 марта 2013 года).

Заключение: Синусовая тахикардия с ЧСС 115, частые суправентрикулярные экстрасистолы. Рубцовые изменения в переднеперегородочной области сердца, нарушения реполяризации в нижней боковой области левого желудочка.

.Рентгенография: BL желудка, пилоростеноз

Клинический диагноз: инфильтративно-язвенная форма BL желудка стадия 4, гр. 4(T4N3M1)

**Дифференциальный диагноз**

Ведущими симптомами аденокарциномы желудка у нашего больного является тошнота, возникающая после еды, и заканчивающаяся рвотой, а также постоянные, ноющие боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, наблюдается значительная потеря веса. Однако некоторые из этих симптомов могут встречаться и при других заболеваниях, таких как: гастрит типа В, холецистит, язвенная болезнь. Хронический холецистит, как правило, развивается на фоне желчно- каменной болезни, и характеризуется болями в правом подреберье, которые возникают после приема жирной и острой пищи. Боли сопровождаются тошнотой, а иногда рвотой желчью. Кроме того, при хроническом холецистите могут наблюдаться симптомы Мерфи, Мюсси, Ортнера. Так как у нашего больного данная клиническая картина отсутствует, то это позволяет исключить наличие хронического холецистита.

Хронический гастрит чаще наблюдается в молодом возрасте, преимущественно у мужчин, основными симптомами являются боли и диспепсические расстройства. Также как и при аденокарциноме, при гастрите наблюдаются тупые, ноющие боли, которые локализуются в подложечной области, но стихают после приема пищи. Однако аденокарцинома желудка характеризуется глубокими морфологическими изменениями, которые обнаруживаются при фиброгастродуоденоскопии. У нашего больного при фиброгастродуоденоскопии получены убедительные данные, подтверждающие наличие аденокарциномы.

Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки так же следует дифференцировать с аденокарциномой желудка, которые часто возникают остро (иногда сразу проявляясь желудочно-кишечным кровотечением), отличаются нетипичной клинической картиной (слабой выраженностью или даже отсутствием боли, сезонности обострений, невысокими или резко повышенными показателями кислотообразующей функции желудка), их развитие чётко связано с предшествующим заболеванием (цирроз печени, инфаркт миокарда и др.) При язве двенадцатиперстной кишки говорят боли спустя 2-3 часа после приёма пищи, а у нашего больного боли появляются сразу после приема пищи.

Рак желудка. Ведущими симптомами в картине заболевания является тошнота, возникающая после еды, и заканчивающаяся рвотой, а также постоянные, ноющие боли и чувство дискомфорта в эпигастральной области, мелена, а также проявления анемии возникшей на фоне хронической кровопотери вследствие изъязвления рака и возможно длительно протекающего атрофического гастрита. При раке желудка наблюдается значительная потеря веса, а также появление изменений вкусовых ощущений (например отвращение к мясу, жирной пище и т.п.). У нашего больного большинство симптомов совпадает. Во время ФГДС при раке желудка выявляется обычно язва больших размеров, изъязвление, как правило, неправильной формы с неровными и бугристыми краями, ригидностью стенки желудка в этом участке. Кроме того, диагноз рака желудка подтверждается гистологическим исследованием, материал для который взялся во время фиброгастродуоденоскопии.

**Клинический диагноз и его обоснование**

язвенный двенадцатиперстный кишка лечение

Диагноз основного заболевания: Инфильтрирующая язвенная форма BL желудка.

Диагноз осложнений основного заболевания: Пилоростеноз, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Диагноз выставлен на основании данных:

жалоб больного на боли в эпигастральной справа от передней срединной линии, рвоту, после приема пищи, небольшую слабость, головокружение, быструю утомляемость, не частые запоры;

результатов лабораторных и инструментальных методов обследования: анемия лёгкой степени тяжести в ОАК. Заключения ФЭГДС: инфильтративно-язвенная форма BL желудка, опухолевой стеноз.

**Этиология и патогенез**

Достоверных данных об этиологии аденокарциномы до сих пор нет. В настоящее время до конца не определено значение наследственных факторов: есть данные как об отсутствии достоверной связи заболевания с генетическими факторами, так и о том, что генетическая предрасположенность увеличивает риск развития рака желудка в 2 раза по сравнению с общепопуляционным.

Наиболее значимый фактор, влияющий на частоту заболеваемости, - фактор окружающей среды. При миграции населения из зоны с высоким уровнем заболеваемости в зону с низким уровнем, частота развития рака желудка снижается. По данным некоторых авторов, развитие интестинального типа рака желудка - многоэтапный процесс, характеризующийся сочетанием экзогенных и эндогенных факторов.

К экзогенным факторам риска относят:

• высокое содержание соли в продуктах (солёная и вяленая рыба, различные консерванты);

• большое количество нерафинированных жиров в рационе;

• низкое содержание в рационе молока и молочных продуктов;

• курение (в основном для жителей восточных регионов) в сочетании с употреблением алкоголя;

• употребление очень горячей пищи;

• высокое содержание афлотоксина в пище;

• нерегулярное питание.

Важный экзогенный фактор риска - диета. С высоким риском развития рака желудка ассоциированы высококалорийная пища, мясо, копчёности, большое содержание соли. Употребление свежих фруктов, клетчатки и витаминов, наоборот, - защитные факторы (особенно для развития рака желудка интестинального типа). Для профилактики развития рака желудка диффузного типа необходимо высокое содержание в пище витамина С.

Одна из достоверных причин развития рака желудка - N-нитрозоамины, часто эндогенные. Снижение кислотности желудочного сока, встречающееся при хроническом атрофическом гастрите и способствующее развитию патогенной флоры, - пусковой фактор развития рака. В результате действия этого патологического механизма увеличивается синтез нитросоединений в просвете желудка.

В последние десятилетия вероятную связь Helicobacter pylori с развитием рака желудка рассматривают как наиболее достоверную. Особенно сильно она проявляется при длительном периоде инфицирования в зонах повышенного риска. Наиболее чётко эта зависимость проявляется в старшей возрастной группе и снижается параллельно снижению уровня инфицирования в популяции. Механизм H.pylori-ассоциированного канцерогенеза связан со способностью микроорганизма вызывать выраженный инфильтративный гастрит с пролиферацией интерстициальных клеток. Длительное воспаление сопровождается атрофией и кишечной метаплазией. Именно её следует рассматривать как предраковое изменение с последующим развитием рака желудка кишечного типа. H.pylori обнаруживают в 100% диффузных карцином, но диффузный тип рака желудка не сочетается с кишечной метаплазией. Она не вызывает канцерогенез, а представляет собой суперинфекцию, развивающуюся на фоне угнетения факторов защиты слизистой желудка.

**Предоперационный эпикриз**

.04.13 г. Р.Н. поступил в экстренном порядке с жалобами на боли в правом эпигастрии и рвоту после приема пищи. Больным считает себя с июля 2012 г. По данным:

ФГДС: инфильтрирующая язвенная форма BL желудка, пилоростеноз

Цитограмма: умеренно недифференцируемая аденокарцинома

Диагноз: Инфильтрирующая язвенная форма BL желудка.

Показано оперативное лечение в плановом порядке

Планируется: лапаротомия, гастроэнтероанастамоз под наркозом

**Протокол операции**

Операция: наложение позадиободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле.

Начало операции: 4.04.2013 г. 11:50

Продолжительность: 1 час.

Под наркозом произведена верхняя срединная лапаротомия. Ревизия брюшной полости: в выходном отделе желудка неподвижная бугристая плотная опухоль 5х6х6 см, полностью обтурирующаяя выходной отдел желудка. В левой доле печени имеются метастазы в диаметре до 6 мм. Через окно в брыжейки поперечно-ободочной кишки мобилизована задняя стенка желудка. Наложен позадиободочный гастроэнтероанастамоз на короткой петле 2рядным швом. Окно в брыжейке подшито к задней стенке желудка. В малый таз и поддиафрагмальное пространство установлены трубчатые дренажи. Послойно швы наружу. Асептическая повязка.

**Послеоперационный эпикриз**

Проведена операция по наложению позадиободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле. Осложнений нет. Больной чувствует себя удовлетворительно.

**План лечения и его обоснование**

Дезинтоксикационная терапия:

Rp.:Sol. Natrii chloride 0,9% - 800,0 ml

D.S. В/в.:Sol. Glucosae 10% - 800,0 ml.S. В/в

Антибактериальная терапия:

Rp.: Сeftriaxoni 0,5

D.t.d N 5

S. Разбавить лидокаином, в/м

Гастропротекторы:

Rp.: Omeprasoli N 20

D.S. Внутрь по 1 капсуле 3 раза в день перед едой

Спазмолититки:

Rp.:Sol. Platyphyllini 0,2% - 1 ml

D.S. В/м 2 раза в день

**Дневники курации**

3 апреля 2013 года.

Жалобы на боли в животе. Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожные покровы физиологической окраски и влажности , в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыхания 18 в минуту, тоны сердца ритмичные приглушены. Пульс 72, артериальное давление 110/60 , язык незначительно обложен белым налетом, живот при пальпации мягкий.

апреля 2013 года.

Жалобы на боли в животе. Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожные покровы физиологической окраски и влажности , в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыхания 18 в минуту, тоны сердца ритмичные приглушены. Пульс 72, артериальное давление 110/60 , язык незначительно обложен белым налетом, живот при пальпации мягкий, температура 37.

апреля 2013 года.

Жалобы на слабость боли в области п/о раны. Состояние больного стабильно тяжелое, сознание ясное, положение активное, кожные покровы физиологической окраски и влажности , в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыхания 18 в минуту, тоны сердца ритмичные приглушены. Пульс 72, артериальное давление 90/60 , язык незначительно обложен белым налетом, живот вздут, температура 36,6, рвота желчью около 200 мл.

апреля 2013 года.

Состояние средней тяжести. Жалобы на слабость, боли в области п/о раны, тошнота, рвота кожные покровы физиологической окраски и влажности , в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыхания 22 в минуту, тоны сердца ритмичные приглушены. Пульс 77, артериальное давление 130/70 , язык незначительно обложен белым налетом, живот при пальпации мягкий, температура 36,6.

апреля 2013 года.

Состояние средней тяжести. Жалобы на боли в области п/о раны, кожные покровы физиологической окраски и влажности , в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыхания 18 в минуту, тоны сердца ритмичные приглушены. Пульс 76, артериальное давление 120/70 , язык незначительно обложен белым налетом, живот при пальпации мягкий, температура 36,6.

апреля 2013 года.

Состояние средней тяжести. Жалобы на боли в области п/о раны, кожные покровы физиологической окраски и влажности , в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыхания 18 в минуту, тоны сердца ритмичные приглушены. Пульс 72, артериальное давление 120/80 , язык незначительно обложен белым налетом, живот при пальпации мягкий, температура 36,6.

апреля 2013 года.

Состояние средней тяжести. Жалобы на боли в области п/о раны, кожные покровы физиологической окраски и влажности , в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыхания 20 в минуту, тоны сердца ритмичные приглушены. Пульс 80, артериальное давление 120/80 , язык незначительно обложен белым налетом, живот при пальпации мягкий, температура 36,6.

апреля 2013 года.

Состояние средней тяжести. Жалобы на боли в области п/о раны, кожные покровы физиологической окраски и влажности , в легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет, частота дыхания 17 в минуту, тоны сердца ритмичные приглушены. Пульс 80, артериальное давление 120/80 , язык незначительно обложен белым налетом, живот при пальпации мягкий, температура 36,6.

**Прогноз**

Прогноз для жизни: неблагоприятный

Прогноз для выздоровления: неблагоприятный

Прогноз для трудоспособности: неблагоприятный

**Этапный эпикриз**

Больной поступил в РКБ им. Г.Г. Куватова 28 марта 2013 года в 16 ч 48 минут. Больной поступил по направлению консультативной поликлиники по месту жительства на обследование и лечение с жалобами на боли в правом эпигастрии и рвоту после приема пищи. Со слов больного, заболевание у него началось в июле 2012 года. В больнице ему были проведены основные исследования (ФЭГДС, УЗИ, ЭКГ, ОАК, ОАМ и т.д.). На основании жалоб, истории настоящего заболевания, истории жизни, объективного исследования больному был выставлен клинический диагноз: Инфильтративно-язвенная BL желудка, пилоростеноз. В стационаре были назначены палатный режим, энтеропитание, лечение Альмагелем, Платифиллином,

Рекомендуется: соблюдать режим питания, улучшить качество питания (употреблять более щадящую пищу), соблюдать режим труда и отдыха, раз в 2 месяца консультироваться у гастроэнтеролога. Показано санаторно-курортное лечение.